

**Stand: Januar 2019**

# **DRG Entgelt- und Pflegekostentarif**

für die BDH-Klinik Elzach GmbH

Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)

Gültig ab 01.01.2019

## **1. Krankenhausbehandlung in der Phase B nach § 108 SGB V**

### **1.1 Fallpauschalen (DRGs) gemäß § 7 Abs. 1 Ziff. 1 KHEntgG**

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen der BDH-Klinik Elzach richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie des KHEntgG in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über diagnoseorientierte Fallpauschalen (sog. Diagnosis Related Groups – DRG) abgerechnet.

Entsprechend der DRG-Systematik bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalls. Die Zuweisung zu einer DRG erfolgt über verschiedene Parameter. Die wichtigsten sind hierbei die Hauptdiagnose sowie gegebenenfalls durchgeführte Prozeduren (Operationen, aufwändige diagnostische oder therapeutische Leistungen). Eventuelle vorhandene Nebendiagnosen können zudem die Schweregradeinstufung beeinflussen. Für die Festlegung der Diagnosen beziehungsweise Prozeduren stehen Kataloge mit circa 13.000 Diagnosen (ICD-10 GM Version 2019) und circa 28.000 Prozeduren (OPS Version 2019) zur Verfügung. Neben den bisher genannten können auch andere Faktoren, wie z. B. das Alter oder die Entlassungsart, Auswirkung auf die Zuweisung einer DRG haben.

Die genauen Definitionen der einzelnen DRGs sind im jeweils aktuell gültigen DRG-Klassifikationssystem (DRG-Definitionshandbuch) festgelegt. Das DRG-Definitionshandbuch beschreibt die DRGs einerseits alphanumerisch, andererseits mittels textlichen Definitionen. Ergänzend finden sich hier auch Tabellen von zugehörigen Diagnosen oder Prozeduren.

Die jeweilige DRG ist mit einem entsprechenden Relativgewicht bewertet, welches im Rahmen der DRG-Systempflege jährlich variieren kann. Diesem Relativgewicht ist ein in Euro ausgedrückter Basisfallwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet. Der derzeit gültige Basisfallwert beträgt **EUR 3.453,17** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

*Beispiel:*

<i>DRG</i>	<i>DRG – Definition</i>	<i>Relativgewicht</i>				<i>Entgelt</i>
<i>B42B</i>	<i>Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls</i>	<i>3,570</i>	<i>x</i>	<i>EUR 3.453,17</i>	<i>=</i>	<i>EUR 12.327,82</i>

Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Diagnose(n) am Ende des stationären Aufenthaltes gestellt und welche diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Für das Jahr 2019 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der DRG-Entgeltkatalogverordnung 2019 (DRG-EKV 2019) vorgegeben. Die neben den DRG-Fallpauschalen zur Abrechnung kommenden tagesgleichen Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG sind unter 3. aufgeführt.

**1.2 Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gem. § 1 Abs 2. und 3 sowie §3 Abs. 1 und 2 FPV 2019**

Der nach der oben beschriebenen DRG-Systematik zu ermittelnde Preis setzt voraus, dass DRG-spezifische Grenzen für die Verweildauer im Krankenhaus nicht über- oder unterschritten werden. Bei Über- oder Unterschreiten dieser Verweildauern werden gesetzlich vorgegebene Zu- oder Abschläge fällig. Die näheren Einzelheiten und das Berechnungsverfahren hierzu regelt die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2019 (FPV 2019).

**1.3 Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen**

Gem. §17b Abs. 1 S.12 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, PKV Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2019 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die in Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der DRG-EKV 2019 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur DRG-EKV 2019 genannten Zusatzentgelte **krankenhausindividuelle Zusatzentgelte** nach §6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den Entgelten nach §6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden.

Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 DRG-EKV 2019 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelte **EUR 600,00** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2019 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 DRG-EKV 2019 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von §8 Abs. 1 S.3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **EUR 600,00** abzurechnen.

**1.4 Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2019**

Für die Vergütung von Leistungen, die noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart.

Leistungen nach Anlage 3a der DRG-EKV 2019

DRG	Bezeichnung	Entgelt
A43Z	Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom	<b>EUR 500,17</b>
B11Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur	<b>EUR 500,17</b>
B43Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage	<b>EUR 500,17</b>
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Tage	<b>EUR 500,17</b>
I40Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	<b>EUR 500,17</b>
W40Z	Frührehabilitation bei Polytrauma	<b>EUR 500,17</b>

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** DRG-EKV 2018 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **EUR 600,00** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 3b** DRG-EKV 2019 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **EUR 300,00** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2019 für Leistungen nach **Anlage 3a** DRG-EKV keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von §8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **EUR 450,00** abzurechnen.

**1.5 Zu- und Abschläge gemäß §7 Abs. 1 Ziff. 4 KHEntgG**

Gem. § 17a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationären Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten.

Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig: **EUR 145,48**

Ferner berechnet das Krankenhaus gemäß §17b Abs. 1 Satz 4 und 6 KHG folgende Zuschläge / Abschläge:

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **EUR 45,00** pro Tag.
- Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung gemäß §4 Abs 6 KHEntgG in Höhe von **EUR 50,00** (gilt nur für Leistungen gemäß § 7 Abs. 1 Ziff. 1 KHEntgG)

### 1.6 Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **EUR 1,59**
- Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a i.V.m. 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschuss nach §91 i.V.m. §139c SGB V jeden abzurechnenden Krankenhausfall in Höhe von **EUR 1,82**
- Zuschlag zur Finanzierung für Maßnahmen zur Qualitätssicherung gem. §17b Abs 1 Satz 5 KHG in Höhe von **EUR 0,74**

### 1.7 Weitere Zu- und Abschläge

- Zuschlag in Höhe von **0,44%** für die Finanzierung von neu eingestellten Pflegekräften oder aufgestockter Teilzeitstellen gem.§ 4 Abs.6 8 KHEntgG auf die abgerechnete Höhe der DRG Fallpauschalen und der Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs.1 Satz1 und Abs.2a KHEntgG
- Zuschlag für Erlösausgleiche gem.§ 5 Abs.4 KHEntgG in Höhe von **0,93%** auf die abgerechnete Höhe der DRG Fallpauschalen und der Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs.1 Satz1 und Abs.2a KHEntgG
- Zuschlag für das Hygieneförderprogramm gem.§4 Abs.11 Satz3 KHEntgG in Höhe von - **0,01%** auf die abgerechnete Höhe der DRG Fallpauschalen und der Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs.1 Satz1 und Abs.2a KHEntgG
- Zuschlag in Höhe von **207,87€** zur Förderung der pflegerischen Versorgung gem.§ 8 Abs. 10 KHEntgG auf die abgerechnete Höhe der DRG Fallpauschalen und der Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs.1 Satz1 und Abs.2a KHEntgG

### **1.8 Entgelte für sonstige Leistungen**

Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus **EUR 50,00**

### **1.9 Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten**

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein (§39 Abs. 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit **EUR 10,00** je Kalendertag (§61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach §43b Abs 3 SGB V im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen beim Patienten eingefordert.

### **1.10 Wiederaufnahme und Rückverlegung**

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2017 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2017 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2012 zusammengefasst und abgerechnet.

## **2. Neurologische und geriatrische Rehabilitation nach §111 SGB V**

Die Entgelte nach §111 SGB V richten sich nach den individuellen Vergütungsvereinbarungen mit den jeweiligen Kostenträgern.

## **3. Entgelte für Wahlleistungen**

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§17 KHEntgG).

### **a. Ärztliche Leistungen:**

Bei Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten Ärzte der Einrichtung, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der voll-stationären und teilstationären Behandlung berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Hauses. Dies gilt auch, soweit die Einrichtung selbst wahl-ärztliche Leistungen berechnet.

Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung. Nach § 6a GOÄ erfolgt bei vollstationären und teilstationären wahlärztlichen / privat-ärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25%, bei Leistungen und Zuschlägen von niedergelassenen Ärzten um 15%. Das Arzthonorar wird in einer gesonderten Rechnung geltend gemacht.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom nachfolgend aufgeführten Wahlarzt persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§4 Abs. 2, S. 3 GOÄ/GOZ) erbracht:

**Wahlarzt**

*Ärztlicher Direktor*

Prof. Dr. med. C.-W. Wallesch

**ständiger ärztlicher Vertreter**

*Ltd. Oberarzt (Frühreha)*

Dr. med. Alexander Klingler

**Weitere Vertreter**

*Oberarzt*

Dr. med. Rainer Ihling

Die ärztlichen Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von diesen nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

b. Unterkunft

Die Gesamtkosten für die Unterbringung werden aus den Kosten pro Berechnungstag gebildet. Berechnungstag in diesem Sinne ist der Tag der Aufnahme zuzüglich jedes weiteren Aufenthaltstages. Der Tag der Entlassung bzw. Verlegung wird bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

c. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson

Für die Aufnahme einer Begleitperson wird ein Zuschlag von **EUR 25,00** pro Tag für die Unterkunft im Patientenzimmer (Zustellbett) und von **EUR 35,00** für die Unterkunft in einem Einzelzimmer berechnet. Hierin ist die Verpflegung nicht enthalten.

Für die Verpflegung wird mittels Essensmarkenverkauf wie folgt berechnet:

- Frühstück EUR 5,00
- Mittagessen EUR 9,60
- Salat EUR 3,50
- Abendessen EUR 6,30

#### d. Einzelzimmer

Für die Unterbringung in einem Einzelzimmer (Komfortzimmer) werden **EUR 55,00** pro Tag berechnet.

In der **Phase B** beträgt die Unterbringung im Einzelzimmer **EUR 45,15** pro Tag.

#### e. sonstige Leistungen

Die Telefoneinheit nach Gebührenzählung der Telekom (je Einheit) beträgt **EUR 0,10**.

Zusätzlich wird eine Grundgebühr von **EUR 1,50** pro Tag berechnet.

### **4. Inkrafttreten**

Dieser DRG Entgelt- und Pflegekostentarif tritt am **01.01.2019** in Kraft und gilt unbefristet. Gleichzeitig wird der DRG Entgelt- und Pflegekostentarif vom **01.02.2018** aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen folgende Mitarbeiter unseres Krankenhauses hierfür gern zur Verfügung:

Frau Beate Singler                      Tel: 07682/801 – 1152  
Frau Susanne Huber                      Tel: 07682/801 – 1151

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in das DRG – Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie die zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen.

Insgesamt kann die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Dies gilt insbesondere für Selbstzahler. Prüfen Sie bitte, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung versichert sind.

Selbstzahler leisten für jeweils 10 Tage eine Vorauszahlung wie folgt:

Phase B	EUR 5.000
Phase C /Geriatric	EUR 2.000
Phase D	EUR 1.500