GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS
HERDECKE

**DRG-Entgelttarif 2017 für Krankenhäuser**
**im Anwendungsbereich des KHEntgG**
**und**
**Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG**

Die **Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke gemeinnützige GmbH**

berechnet ab dem **01.01.2017** folgende Entgelte:

## 1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 1 Ziff.1 KHEntgG

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses 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). Eventuell 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 2017) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2017) 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 liegt bei **3.278,19 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Basisfallwert hypothetisch):

| DRG | DRG-Definition | Relativgewicht | Basisfallwert | Entgelt |
|---|---|---|---|---|
| B79Z | Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor | 0,687 | € 3.500 | € 2.404,50 |
| I04Z | Implantation, Wechsel o. Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose o. Arthrodese | 3,503 | € 3.500 | € 12.260,50 |

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 2017 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2017 (FPV 2017) vorgegeben.

**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 2017**

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 2017 (FPV 2017).

**3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltekatalogen gemäß § 5 FPV 2017**

Gem. § 17b Abs. 1 S. 7 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 2017 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2017 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2017 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 FPV 2017 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2017 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2017 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

| Zusatzentgelt | Bezeichnung | Zahlbetrag |
|---|---|---|
| ZE2017-26 | Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung (OPS 8-975.3) | 1.235,63 € |
| ZE2017-36 | Versorgung von Schwerstbehinderten | 566,70 € |
| ZE2017-45 | Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS 1-940) | 2.521,46 € |
| ZE2017-54 | Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt;[…] eine Prothese ohne Antirefluxventil) (OPS 5-429.j1) | 705,39 € |
| ZE2017-54 | Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt;[…] zwei Prothesen ohne Antirefluxventil) (OPS 5-429.j4) | 1.410,78 € |
| ZE2017-54 | Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt;[…] (OPS 5-513.m0/ OPS 5-513.n0 / OPS 5-517.00) | 833,83 € |
| ZE2017-61 | Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar (OPS 5-028.92) | 17.022,41 € |
| ZE2017-61 | Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar (OPS 5-028.a2) | 14.784,56 € |

| | | |
|---|---|---|
| ZE2017-61 | Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar (OPS 5-028.c2) | 17.800,00 € |
| ZE2017-61 | Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar (OPS 5-039.e2 oder OPS 5-059.c2) | 22.907,52 € |
| ZE2017-61 | Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar (OPS 5-039.f2 oder OPS 5-059.d2) | 20.047,95 € |
| ZE2017-61 | Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar (OPS 5-039.n2 oder OPS 5-059.g2) | 23.800,00 € |
| ZE2017-74 | Gabe von Sunitinib, oral; je mg | 3,71 € |
| ZE2017-104 | Gabe von Trastuzumab, subkutan; je mg | 3,96 € |
| ZE2017-111 | Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral; je mg | 3,40 € |
| ZE2017-112 | Gabe von Abirateronacetat, oral; je mg | 0,13 € |

**4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2017**

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 fall- bzw. tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

*Tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte nach Anlage 3a FPV 2017:*

| Entgelte | Bezeichnung | Zahlbetrag |
|---|---|---|
| A43Z | Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom | 537,18 € |
| B11Z | Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur | 537,18 € |
| B43Z | Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage | 537,18 € |
| B46Z | Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems | 375,90 € |
| B61B | Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks | 523,61 € |
| B76A | Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie – Komplexbehandlung | 337,00 € |
| E41Z | Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane | 537,18 € |
| F29Z | Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur, außer kardiothorakale Eingriffe | 537,18 € |
| F45Z | Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems | 537,18 € |
| G51Z | Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane | 537,18 € |
| I40Z | Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe | 537,18 € |
| I96Z | Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 20 Tage | 537,18 € |
| K43Z | Frührehabilitation bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | 537,18 € |

| | | |
|---|---|---|
| U41Z | Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen | 375,90 € |
| U42Z | Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen | 342,28 € |
| W01A | Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie, mit Frührehabilitation | 537,18 € |
| W05Z | Frührehabilitation bei Polytrauma mit OR-Prozedur | 537,18 € |
| W40Z | Frührehabilitation bei Polytrauma | 537,18 € |

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2017 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **600,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2017 für Leistungen nach **Anlage 3 a** FPV 2017 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

**5. Zu- und Abschläge gem. § 7 Abs. 1 S.1 Ziff. 4 KHEntgG**

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17 a KHG je voll- und teilstationärem Fall in **Höhe von 84,14 €.**

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen **in Höhe von 45,00 €** pro Tag.
  (Die Höhe des Zuschlages von 45,00 € ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17 b Abs. 1 S. 4 KHG geregelt. Dieser Zuschlag ist von der wahl–weisen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson zu unterscheiden. Über die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson entscheidet der Krankenhausarzt aufgrund der rechtlichen Vorgaben.)

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Pflegekräften **in Höhe von 45,00 €** pro Tag.

- Abschlag für Erlösausgleiche gem. § 5 Abs.4 KHEntgG in **Höhe von 0,87 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie die Sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.

- Abschlag für Mehrleistungen gem. § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG **in Höhe von 1,32 %** auf den Landesbasisfallwert je Bewertungsrelation voll- und teilstationärer Fälle.

- Zuschlag nach § 4 Abs.8 KHEntgG zur finanziellen Förderung der zusätzlichen Personalkosten bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Stellen von ausgebildetem Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Krankenpflegegesetz **in Höhe von 0,15 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gem. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 1a KHEntgG (Pflegestellen-Förderprogramm).

- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gem. § 4 Abs. 9 KHEntgG **in Höhe von 0,03 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschale und die Zusatzentgelte gem. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 21 KHEntgG (Hygienezuschlag).

- Pflegezuschlag bei sämtlichen ab dem 01.01.2017 aufgenommenen Patientinnen oder Patienten, die zur vollstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden gem. § 8 Abs. 10 KHEntgG je vollstationärem Fall **in Höhe von 22,00 €**.

- Qualitätssicherungszuschlag nach § 17 b Abs. 1a Nr. 4 KHG **in Höhe von 0,99 €** für jeden vollstationären Krankenhausfall erhoben.

**6. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben**

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall **in Höhe von 1,30 €.**

- 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 Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V bzw. des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall **in Höhe von 1,49 €.**

**7. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gem. § 115a SGB V**

Gem. § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind:

| **Fachabteilung** | **Vorstationäre Behandlung** | **Nachstationäre Behandlung** |
|---|---|---|
| Innere Medizin | 147,25 € | 53,69 € |
| Pädiatrie | 94,08 € | 37,84 € |
| Allgemeine Chirurgie | 100,72 € | 17,90 € |
| Neurochirurgie | 48,57 € | 21,99 € |
| Frauenheilkunde/Geburtshilfe | 119,13 € | 22,50 € |
| Neurologie | 114,02 € | 40,90 € |

Zusätzlich können Untersuchungen mit Großgeräten wie CT und MRT in Rechnung gestellt werden.

Gem. § 8 Abs. 2 S.3 Nr. 3 KHEntgG ist eine **vorstationäre Behandlung** neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Eine **nachstationäre Behandlung** kann zusätzlich zur Fallpauschale (DRG) berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale (DRG) übersteigt.

**8. Entgelte für sonstige Leistungen**

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus **30,00 €**.

GEMEINSCHAFTSKRANKENHAUS
HERDECKE

**9. Zuzahlungen**

**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 **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.

**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 2017 zusammengefasst und abgerechnet.

**11. Beleghebammen**

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 11 sind nicht die Leistungen von Beleghebammen bzw. Entbindungspflegern abgegolten. Diese Leistungen werden von der Hebamme / dem Entbindungspfleger gesondert berechnet.

**12. Entgelte für Wahlleistungen**

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet. Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung und der Patienteninformation über die Entgelte wahlärztlicher Leistungen entnehmen.

**Inkrafttreten**
Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2017 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.12.2016 aufgehoben.

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, setzen Sie sich bitte mit den Mitarbeiterinnen der Patientenaufnahme in Verbindung (Tel.: 3084). Dort können Sie auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie die gültigen 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.

Christian Klodwig
Geschäftsführer