

DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. Allgemeines zum DRG-Entgelttarif	2
- Vor- und nachstationäre Krankenhausleistungen	4
- Zuschläge	4
- Zuzahlungen	4
- Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger	4
- Entgelte für Wahlleistungen	4 - 5
- Entgelte für sonstige Leistungen	5
II. Allgemeines zum Pflegekostentarif	6
III. Inkrafttreten	6

I. DRG-Entgelttarif 2016 im Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Das Ortenau Klinikum als Eigenbetrieb des Ortenaukreises berechnet ab dem 01.01.2016 folgende Entgelte:

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

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 2016) und circa 30.000 Prozeduren (OPS-301 Version 2016) 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 und 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 **3.226,64 EUR** 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	0,678	3.500,00 EUR	2.373,- EUR
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesese	3,348	3.500,00 EUR	11.718,- EUR

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 2016 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2016 (FPV 2016) 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 2016

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 2016 (FPV 2016).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2016

Gem. § 17b Abs. 1 Satz 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 2016 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2016 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2016 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 2016 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 EUR** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2016 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2016 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 EUR** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte: (siehe *Anlage 1*).

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2016

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: (siehe *Anlage 2*).

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2016 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **600,00 EUR** abzurechnen. Können für die Leistungen nach Anlage 3b FPV 2016 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **300,00 EUR** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2016 für Leistungen nach Anlage 3a FPV 2016 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 EUR** abzurechnen.

5. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 3 KHEntgG

Für folgende Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2a KHEntgG folgende gesonderte Zusatzentgelte vereinbart (siehe *Anlage 3*).

6. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 6 KHEntgG

Für die Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und bundeseinheitlich festgelegten Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können und die nicht gem. § 137 c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab (siehe *Anlage 4*).

7. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gem. § 115 a SGBV

Gemäß § 115a SGBV berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind: (siehe *Anlage 5*).

Gem. § 8 Abs. 2 Satz 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. Zuschläge (siehe *Anlage 6*)

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,- EUR je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b 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 2016 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2016 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2016 zusammengefasst und abgerechnet.

11. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 - 8 sind nicht abgegolten:

1. die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses;
2. die Leistungen von Beleghebammen bzw. Entbindungspflegern.

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. 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 der wahlärztlichen Leistungen entnehmen.

a) Ärztliche Leistungen:

Bei der 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 Ärzte des Krankenhauses soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten verursachten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit das Krankenhaus selbst wahlärztliche 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, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen/privatärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25%; bei Leistungen und Zuschlägen von Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten um 15%. Das Arzthonorar wird in der Regel gesondert von den jeweils liquidationsberechtigten Krankenhausärzten geltend gemacht, sofern nicht die Verwaltung des Ortenau Klinikums oder eine externe Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt tätig wird.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom nachfolgend aufgeführten Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtungen persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts (§ 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ/GOZ) erbracht:

(siehe **Anlage 7**)

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

b) Unterkunft (siehe **Anlage 8**)

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) Weitere Wahlleistungen (siehe **Anlage 8**)

13. Entgelte für sonstige Leistungen

Das Krankenhaus berechnet für

1. Hilfsmittel (z.B. Prothesen, Unterarmstützkrücken, Krankenfahrstühle):

Erstattung des tatsächlichen Aufwandes.

2. Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung:

40,-- EUR.

3. Nutzungsentgelt für Leichenkühlzelle pro Werktag (Berechnung ab dem 3. Werktag):

20,-- EUR.

4. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnet das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.

II. Pflegekostentarif im Anwendungsbereich der BPflV

(Anlage 9 – nur Ortenau Klinikum Standorte Lahr und Offenburg)

III. Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt für das Ortenau Klinikum Wolfach am 01.01.2016 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif vom 28.08.2015 aufgehoben.

Offenburg, den 30.12.2015

gez. Lörch
Geschäftsführer

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, steht Ihnen unsere Stationäre Abrechnung hierfür gerne zur Verfügung.

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.

DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif
Anlagen 1 - 4

Anlage 1		Zusatzentgelte	
Zusatz- entgelt	OPS- Kode	Bezeichnung	Betrag
ZE2016-25	5-829.k	Modulare Endoprothesen (Knie)	1.700,00 EUR
ZE2016-54 *)	5-429.j1	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (Ösophagus)	414,20 EUR
ZE2016-54 *)	5-429.j4	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (Ösophagus)	823,30 EUR
ZE2016-54 *)	5-469.k3	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (Darm)	414,20 EUR
ZE2016-54 *)	5-513.m0	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (Gallengänge)	466,63 EUR
ZE2016-54 *)	5-513.m1	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (Gallengänge)	933,25 EUR
ZE2016-54 *)	5-513.n0	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (Gallengänge)	618,67 EUR
ZE2016-54 *)	5-449.h3	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (Magen)	702,56 EUR

*) pro eingesetztem Stent / Prothese

Anlage 2	Sonstige Entgelte gem. § 7 FPV 2016	derzeit keine Vereinbarung
Anlage 3	Gesonderte Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 2a KHEntgG	derzeit keine Vereinbarung
Anlage 4	Entgelte gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 6 KHEntgG (neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)	derzeit keine Vereinbarung

DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif
Anlage 5
Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen

Fachabteilung	vorstationär pro Behand- lungsfall	nachstationär pro Behand- lungstag
Allgemeine Chirurgie	100,72 EUR	17,90 EUR
Innere Medizin	147,25 EUR	53,69 EUR

zuzüglich der Vergütung von Großgeräteleistungen [z.B. Computer-Tomographie-Geräte (CT) oder Magnet-Resonanz-Geräte (MR)].

DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif

Anlage 6

Zu- und Abschläge

- 1) Gem. § 17a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung der Ausbildungskosten in Höhe von 98,38 EUR.
- 2) Qualitätssicherungszuschlag nach § 17 b Abs. 1 Satz 5 KHG in der stationären Krankenhausbehandlung in Höhe von 1,20 EUR/Fall.
- 3) Versorgungszuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 1 KHEntgG je voll- und teilstationärem Fall, für den Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nummer 1 KHEntgG berechnet werden, in Höhe von 0,80 % der entsprechenden Entgelte.
- 4) Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben
 - a) DRG-Systemzuschlag nach § 17 b Abs. 5 KHG in Höhe von 1,15 EUR/Fall.
 - b) Zuschlag für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit nach § 139a 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 1,63 EUR/Fall.
- 5) Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 11 KHEntgG in Höhe von 0,15 % auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.
- 6) Zuschlag für die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson in Höhe von 45,00 EUR/Tag¹.
- 7) Zuschlag für die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Pflegekraft in Höhe von 45,00 EUR/Tag¹.

¹ Die Höhe des Zuschlages von 45,00 EUR ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17 b Abs. 1, Satz 4 KHG geregelt. Dieser Zuschlag betrifft im Übrigen nur die Fälle der medizinisch notwendigen Aufnahme von Begleitpersonen und ist von der wahlweisen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson nach Anlage 8 Buchstabe b) zu unterscheiden.

DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif
Anlage 7
Wahlärzte

Fachabteilung	Wahlarzt	ständiger ärztlicher Vertreter
Innere Medizin	Dr. Bruno M. Kaufmann	Dr. Roland Dobrindt
	Dr. Roland Dobrindt	Dr. Bruno M. Kaufmann
Chirurgie	Dr. Volker Ansorge	Dr. Oliver Datz Dr. Harald Prinz
	Dr. Oliver Datz	Dr. Volker Ansorge Dr. Harald Prinz
	Dr. Peter Baum	
	Prof. Dr. Sven Ostermeier	
	Dr. Martin Rinio	
	Dr. Thomas Schneider	
Anästhesiologie	Dr. Jürgen Hug	Herr Dr. Braun Herr Dr. Rohr

DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif

Anlage 8

Zuschläge für Unterkunft und weitere Wahlleistungen

Zuschläge für Unterkunft

Unterbringung im Einbettzimmer mit **eigener** Nasszelle

55,18 EUR Zuschlag je Berechnungstag

Unterbringung im Einbettzimmer mit Zugang zu einer Nasszelle (Mitnutzung)

49,23 EUR Zuschlag je Berechnungstag

Zuschläge für weitere Wahlleistungen

- a) Gestellung einer Sonderwache/Pflegekraft
Erstattung des tatsächlichen Aufwands
- b) Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson
 - b1.) bei Unterbringung im Krankenbett (mit Verpflegung):
45,-- EUR je Berechnungstag
 - b2.) bei eingeschobener Ruhegelegenheit (ohne Verpflegung):
ohne Berechnung
 - b3.) Verpflegung
 - ganzer Tag: 13,40 EUR
 - Frühstück: 3,40 EUR
 - Mittagessen: 6,60 EUR
 - Abendessen: 3,40 EUR
- c) Bereitstellung eines Fernsprechapparates
 - c1.) Bereitstellung 2,00 EUR je Kalendertag
 - c2.) tatsächliche Gebühren in Höhe von 0,10 EUR je Einheit.
- d) Wahlleistung Unterbringung und Verpflegung nach einer ambulanten Operation:
45,00 EUR je Nacht