



**Das
Marienhospital
Letmathe
informiert**

DRG-Entgelttarif 4|1|2017

Gültig ab 1. Januar 2018

Diesen DRG-Entgelttarif können Sie unter www.marienhospital-letmathe.de einsehen!

I. Allgemeines

Das Krankenhaus berechnet

- a) Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 1 KHEntgG
- b) Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. mittleren Verweildauer der DRG gem. § 1 Abs. 2 & 3 sowie § 3 Abs. 1 und 2 FPV (Fallpauschalenverordnung)
- c) Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV
- d) Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV
- e) Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gem. § 115a SGB V
- f) Gesamtzuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen
- g) Qualitätssicherungszuschlag oder -abschlag nach § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG
- h) einen DRG-Systemzuschlag nach § 17 Abs. 5 KHG
- i) Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte
- j) Entgelte für Wahlleistungen
- k) Entgelte für sonstige Leistungen
- l) Zuzahlungen

II. Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

Das Krankenhaus berechnet die allgemeinen Krankenhausleistungen wie folgt:

1.1 Basisfallwert **3.452,70 €**

<i>2.1 Abteilungen</i>	<i>vorstationäre Fallpauschale</i>	<i>nachstationäre Tagespauschale</i>
Innere Medizin	147,25 €	53,69 €
Allgemeine Chirurgie	100,72 €	17,90 €
Schmerztherapie	91,52 €	24,54 €

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 Krankheitsfalles.

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 bzw. Prozeduren stehen Kataloge mit ca. 13.300 Diagnosen und ca. 30.000 Prozeduren zur Verfügung. Neben den bisher genannten können auch andere Faktoren wie z. B. das Alter oder die Entlassungsart Auswirkungen 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 Sie 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 (s.o.). Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall. 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 bzw. therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden.

Der zu ermittelnde Preis setzt voraus, dass DRG-spezifische Grenzen für die Verweildauer nicht über- oder unterschritten werden. Bei Über- oder Unterschreiten dieser Verweildauern werden gesetzlich vorgegebene Zu- und Abschläge fällig. Die näheren Einzelheiten und Berechnungsverfahren regelt die Fallpauschalenverordnung (FPV).

3. Bei vor- und nachstationärer Behandlung zusätzlich zu berechnenden Leistungen (Durchführung mit medizinisch-technischen Großgeräten; Leistungen nach den DKG-NT I - Ziffern)

Ziffer	Computer-Tomographie (CT) - Leistungen	Betrag
5370	CT im Kopfbereich - ggf. einschließlich des kraniozervikalen Übergangs	81,81 €
5371	CT im Hals- und/oder Thoraxbereich	94,08 €
5372	CT im Abdominalbereich	106,35 €
5373	CT des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare)	77,72 €
5374	CT der Zwischenwirbelräume im Bereich der Hals-, Brust- und/oder Lendenwirbelsäule	77,72 €
5369	Höchstwert der Ziffern 5370-5374	122,71 €
5375	CT der Aorta in ihrer gesamten Länge	81,81 €
5376	Ergänzende CT(s) mit mindestens einer zusätzlichen Serie - zusätzl. zu Nr. 5370-5375	20,45 €
5377	Zuschlag für computergesteuerte Analyse, einschl. 3D-Rekonstruktion	32,72 €
5378	CT zur Bestrahlungsplanerstellung oder zu intervent. Maßnahmen	40,90 €
5380	Mineralgehaltsbestimmung (Osteodensitometrie) von repräsentat. Skeletteilen	12,27 €

Gem. § 8 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG ist eine vorstationäre Behandlung neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Eine nachstationäre Behandlung kann zusätzlich zur DRG berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Behandlungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der DRG übersteigt.

4. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV

Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (GKV-Spitzenverbände, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) gem. § 17b Abs. 1, S.7 KHG Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Bundeseinheitliche Zusatzentgelte werden durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der jeweils gültigen FPV vorgegeben.

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

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

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

- DRG Systemzuschlag	1,31 €
- Zuschlag für externe Qualitätssicherung	0,74 €
- Systemzuschlag für GBA und IQWiG	1,70 €
- Zuschlag für Kosten der Ausbildungsstätten	87,86 €
- Zuschlag für die Aufnahme von med. notwendigen Begleitpersonen*	45,00 €
- Pflegekostenzuschlag (§ 4 Abs. 10 KHEntgG)	19,57 €
- Pflegekostenzuschlag (Förderprogramm, § 4 Abs. 8 KHEntgG)	0,30 %
- Fixkostendegressionsabschlag gem. § 4 Abs. 2b KHEntgG	- 0,95 %

* bzw. Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Abs. 3 SGB V

III. Entgelte für Wahlleistungen

1. Unterbringung im Komfortzimmer	pro Berechnungstag	97,00 €
1.1 Freihaltung Komfortzimmer (max. 4 Tage)	pro Berechnungstag	72,75 €
2. Unterbringung im 1-Bett-Zimmer	pro Berechnungstag	53,00 €
2.1 Freihaltung 1-Bett-Zimmer (max. 4 Tage)	pro Berechnungstag	39,75 €
3. Unterbringung im 2-Bett-Zimmer mit Dusche	pro Berechnungstag	20,00 €
Unterbringung im 2-Bett-Zimmer ohne Dusche	pro Berechnungstag	19,00 €

4.	Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson	Zuschlag je Berechnungstag	61,00 €
5.	Wahlleistungen Telefon und Fernsehen	Grundgebühr pro Tag	0,50 €
5.1	Telefon:	je Einheit	0,10 €
5.2	Fernsehen: Allgemeine Gebühr bis zu 2,80 € pro Tag, sowie (bei Bedarf) 2,50 € für einen Kopfhörer. Weitere Informationen befinden sich in einer Sonderbeilage.		
6.	WLAN-Gebühren		6,00 €/ Ticket

IV. 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.

Das Krankenhaus berechnet weiterhin für

- | | | |
|----|--|-----------------------------|
| 1. | Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung | 85,00 € |
| 2. | Nutzung der Kühlzelle ab dem 3. Tag der Aufbewahrung (+ MwSt) je Tag | 50,00 € |
| 3. | Kreditkartengebühr | 2,35% vom Zahlbetrag |
| 4. | Hilfsmittel | |

den entstandenen Aufwand.

V. Wiederaufnahme und Rückverlegung

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

VI. Zuzahlungen

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 § 43 b Abs. 3 SGB V **im Auftrag** der gesetzlichen Krankenkassen beim Patienten eingefordert.

VII. Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 1. Januar 2018 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 1. Oktober 2017 aufgehoben.

Letmathe, den 1. Januar 2018

Märkische Kliniken GmbH
Die Geschäftsführung