

# Waldkrankenhaus St. Marien gGmbH



waldkrankenhaus

ST. MARIEN

## DRG-Entgelttarif für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG

und

## Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Stand: 01.01.2011  
(Basisfallwert: 2.982,60 €)

Die Waldkrankenhaus St. Marien gGmbH, Rathsberger Str. 57, 91054 Erlangen (Gesellschafterin: Kongregation der St. Franziskusschwestern Vierzehnheiligen 8, 96231 Bad Staffelstein), berechnet ab dem **01.01.2011** folgende Entgelte:

### 1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 17b KHG

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 - DRGs) 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 (ICD-10-GM und OPS-301) 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. Dieser unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Relativgewicht und Basisfallwert hypothetisch):

DRG B79Z	DRG-Definition Schädelfrakturen	Relativgewicht Basisfallwert Entgelt	0,611 € 3.000,00 € 1.833,00
DRG I04Z	DRG-Definition Revision oder Ersatz des Kniegelenks mit komplizierter Diagnose oder Arthrodese	Relativgewicht Basisfallwert Entgelt	3,399 € 3.000,00 € 10.197,00

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 2011 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 FPV 2011 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 2011**

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 2011 (FPV 2011).

**3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltekatalogen gem. § 5 FPV 2011**

Gem. § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (GKV-Spitzenverbände, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel sowie die Höhe der Entgelte vereinbaren. Für das Jahr 2011 werden die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2011 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2011 genannten Zusatzentgelte krankenhausspezifische 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.

Die vom Krankenhaus vereinbarten Zusatzentgelte können in der Patientenverwaltung – Erdgeschoß, Zimmer A02 – eingesehen werden.

**4. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV 2011**

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2011 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern ab 01.01.2011 individuelle fall- bzw. tagesbezogene Entgelte vereinbart. Die vom Krankenhaus vereinbarten individuelle fall- bzw. tagesbezogene Entgelte können in der Patientenverwaltung – Erdgeschoß, Zimmer A02 – eingesehen werden.

**5. Entgelte für nicht durch die Fallpauschalen und Zusatzentgelte sachgerecht vergütete Leistungen gem. § 6 Abs. 2a KHEntgG**

- z.Zt. keine Vereinbarung

**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 zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab. Die vom Krankenhaus vereinbarten neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) können in der Patientenverwaltung – Erdgeschoß, Zimmer A02 – eingesehen werden.

**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:

a. vorstationäre Behandlung		b. nachstationäre Behandlung	
Medizinische Klinik I	156,97 €	Medizinische Klinik I	61,36 €
Medizinische Klinik II	164,64 €	Medizinische Klinik II	63,91 €
Chirurgie	100,72 €	Chirurgie	17,90 €
Urologie	103,28 €	Urologie	41,93 €
Orthopädie	133,96 €	Orthopädie	20,96 €
Geriatrische Klinik	72,09 €	Geriatrische Klinik	30,68 €

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten  
Die abzurechnenden Leistungen können in der Patientenverwaltung – Erdgeschoß, Zimmer A02 – eingesehen werden.

Gem. § 8 Abs. 2 Nr. 4 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. Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen gem. § 7 Ziff. 4 KHEntgG und sonstige Zu- und Abschläge

Ab 01.01.2011 ist der landeseinheitliche Ausbildungszuschlag gemäß § 17 a Absatz 5 KHG zu berechnen: 63,25 €. (Entgeltschlüssel 75109002).

Sonstige Zu- und Abschläge:

Zuschlag für die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson: 45,00 € pro Tag

### 9. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG sowie Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Abs. 4 KHEntgG

Gem. § 17b KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag in Höhe von 0,89 € je Fall für die Beteiligung der Krankenhäuser an der Qualitätssicherung auf der Grundlage des § 137 SGB V.

### 10. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

DRG-Systemzuschlag nach § 17 b Abs. 5 KHG in Höhe von 1,13 €.

Zuschlag für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V in Höhe von 0,80 €.

### 11. Weitere Zu- und Abschläge

Zuschlag zur Umsetzung des Förderprogramms zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals gemäß § 4 Abs. 10 KHEntgG in Höhe von 0,90 % ab 01.01.2011 (Entgeltschlüssel 47100012).

### 12. 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 45,00 €.

### 13. 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. Der Zuzahlungsbetrag beträgt z. Zt. 10,00 € je Kalendertag. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen eingezogen.

### 14. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gem. § 2 FPV 2011 oder der Rückverlegung gem. § 3 Abs. 3 FPV 2011 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV zusammengefasst und abgerechnet.

### 15. Belegärzte

Mit den Entgelten nach Nummer 1 bis 11 sind nicht die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses abgegolten. Diese Leistungen werden von dem Belegarzt gesondert berechnet.

### 16. Entgelte nach § 111 SGB V für geriatrische Rehabilitation

1. Für stationäre med. Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation (§ 40 Abs. 2 SGB V) beträgt die vollpauschalierte Vergütung pro Tag 170,79 €.

2. Für Patienten der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse gilt folgende ergänzende Vereinbarung: Bei einer Aufenthaltsdauer von 20 bis einschließlich 29 Kalendertagen beträgt die vollpauschalierte Vergütung pro Fall 3.795,00 €. Dauert der Aufenthalt länger als 29 Tage, wird ab dem 30. Tag der aktuell gültige Pflegesatz (Abs. 1) verrechnet. Dieser wird ebenfalls verrechnet, wenn die Aufenthaltsdauer unter 20 Kalendertagen liegt.

## 17. Entgelte für Wahlleistungen

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

### 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 angestellten oder beamteten 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 veranlassten 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 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:

Fachabteilung	Chefarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Anästhesie	Dr. med. G. Lauer	Oberarzt Dr. med. P. Oppelt
Med. Klinik I	Dr. med. H. Beyer	Oberarzt Dr. med. W. Weiß
Med. Klinik II	Priv.-Doz. Dr. med. G. Preclik	Oberarzt Dr. med. B. Kusch
Chirurgie	Dr. med. A. Brütting	Oberarzt Dr. med. A. Harder
Urologie	Prof. Dr. med. B. Wullich	Priv.-Doz. Dr. med. D. Engehausen
Orthopädie	Prof. Dr. med. R. Forst	Oberarzt Dr. med. T. Elbracht

Rheumatologie	Prof. Dr. med. B. Swoboda	Priv.-Doz. Dr. med. H.-D. Carl
Geriatrische Klinik	Prof. Dr. med. K.-G. Gaßmann	Oberarzt Dr. med. U. Runge
Reha-Geriatrie	Prof. Dr. med. K.-G. Gaßmann	Oberarzt Dr. med. U. Runge

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.

#### Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Kategorie	Komfortmerkmale	Preis pro Tag
Akutbereich	s. Wahlleistungsflyer	92,74 €
Reha-Geriatrie	s. Wahlleistungsflyer	61,63 €
Intensiv-Überwachung	Basispreis ohne Komfortelemente	59,95 €

Für einen Zeitraum von maximal vier Tagen besteht die Möglichkeit der Reservierung bzw. des Freihaltens des gebuchten 1-Bett-Zimmers für den Fall, dass das Zimmer vorübergehend nicht genutzt werden kann. Während der Zeit der Reservierung / des Freihaltens, in welcher das Zimmer nicht anderweitig belegt wird, berechnet das Krankenhaus einen um 25 % geminderten Zimmerpreis, mindestens jedoch den Basispreis.

#### Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Kategorie	Komfortmerkmale	Preis pro Tag
Akutbereich	s. Wahlleistungsflyer	50,63 €
Reha-Geriatrie	Regelleistung = Zweibettzimmer s. Wahlleistungsflyer (nur Komfortelemente)	18,41 €
Intensiv-Überwachung	Basispreis ohne Komfortelemente	22,48 €

**c. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson:**

Für die Wahlleistung „Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson“ berechnet das Krankenhaus 45,00 € je Berechnungstag

**18. Inkrafttreten**

Dieser Entgelttarif tritt am 01.01.2011 in Kraft. Gleichzeitig wird der Entgelttarif vom 01.10.2010 aufgehoben.

Erlangen, 31.12.2010

Günther Brütting  
Geschäftsführer

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

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Patientenverwaltung (Erdgeschoss Zimmer A02, Telefon 3259) 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.