

Entgelttarif 2014 für Krankenhäuser
in den Anwendungsbereichen des KHEntgG und der BPfIV (mit PEPP)
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG bzw. § 14 BPfIV

Die

**Saarland Kliniken kreuznacher diakonie
Fliedner Krankenhaus Neunkirchen
Theodor-Fliedner-Str. 12
66538 Neunkirchen**

berechnen ab dem 01.04.2014 folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gemäß § 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 2014) und circa 28.000 Prozeduren (OPS Version 2014) 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) zugeordnet¹. Der derzeit gültige Basisfallwert liegt bei **3.208,00 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Freigegeben von: Geschäftsführung der Saarland Kliniken			
Erstellt von: Heribert Biesel		Geprüft von:	
Revision: 1	Gültig ab: 01.04.2014	Ablaufdatum: 31.12.2014	Seite 1 von 11

Beispiel (Relativgewicht und Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
B79Z	Schädelfrakturen, Sopor	0,652	€ 3.208,00	€ 2.091,62

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse	3,370	€ 3.208,00	€ 10.810,96

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 2014 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem 2014 (FPV 2014) vorgegeben.

1a. Pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) gemäß § 7 S. 1 Nr. 1 BPfIV

Die Entgelte für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie der BPfIV in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über mit Bewertungsrelationen bewertete pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) anhand des PEPP-Entgeltkataloges abgerechnet.

Jedes PEPP ist mit mindestens einer tagesbezogenen Bewertungsrelation hinterlegt, deren Höhe sich aus den unterschiedlichen Vergütungsstufen des PEPP-Entgeltkataloges ergibt. Die Bewertungsrelationen können im Rahmen der Systempflege jährlich variieren. Die für die Berechnung des PEPP jeweils maßgebliche Vergütungsstufe ergibt sich aus der jeweiligen Verweildauer des Patienten im Krankenhaus. Der Bewertungsrelation ist ein in Euro ausgedrückter Basisentgeltwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet. Der derzeit gültige Basisentgeltwert liegt bei **264,97 €** und unterliegt ebenfalls jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Bewertungsrelation und Basisentgeltwert ergibt sich die Entgelthöhe je Tag. Das Ergebnis wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation mit dem Basisentgeltwert multipliziert wird (Preis je Vergütungsstufe). Das Ergebnis wird kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet. Für die Rechnungsstellung wird die Anzahl der Berechnungstage je Vergütungsstufe addiert und mit dem Preis je Vergütungsstufe multipliziert.

Ab einer Verweildauer von 21 Tagen kann eine Zwischenabrechnung erfolgen; hier wird je Behandlungstag ein Betrag von **238,71 €** (vollstationär) bzw. **182,75 €** (teilstationär) in Rechnung gestellt. Bei der Endabrechnung werden die bereits abgerechneten Beträge entsprechend berücksichtigt.

Freigegeben von: Geschäftsführung der Saarland Kliniken			
Erstellt von: Heribert Biesel		Geprüft von:	
Revision: 1	Gültig ab: 01.04.2014	Ablaufdatum: 31.12.2014	Seite 2 von 11

PEPP-Entgeltkatalog
Bewertungsrelationen bei vollstationärer Versorgung

PEPP	Bezeichnung	1. Vergütungsstufe			2. Vergütungsstufe			3. Vergütungsstufe			4. Vergütungsstufe			5. Vergütungsstufe		
		Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag
		von	bis		von	bis		von	bis		von	bis		von	bis	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
PA03A	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit erhöhter Therapieintensität oder mit Mutter/Vater-Kind-Setting	1	19	1,1354	20	42	0,9509	43		0,9433						

Anhand des nachfolgenden Beispiels bemisst sich die konkrete Entgelthöhe für die **PEPP PA03A** bei einem **Basisentgeltwert von € 264,97** und einer **Verweildauer von 17 Berechnungstagen** wie folgt:

PEPP	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Basisentgeltwert	Entgelthöhe
PA03A	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit erhöhter Therapieintensität oder mit Mutter/Vater-Kind-Setting	1,1354	€ 264,97	17 x 300,85 = € 5.114,40

Bei einer **längeren Verweildauer von z.B. 29 Berechnungstagen** wäre die Bewertungsrelation der 1 und 2. Vergütungsstufe anzuwenden. Dies würde zu folgendem Entgelt führen:

PEPP	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Basisentgeltwert	Entgelt
PA03A	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit erhöhter Therapieintensität oder mit Mutter/Vater-Kind-Setting	1,1354	€ 264,97	19 x € 300,85
		0,9509	€ 264,97	+ 10 x € 251,96
				= € 8.235,75

Freigegeben von: Geschäftsführung der Saarland Kliniken			
Erstellt von: Heribert Biesel		Geprüft von:	
Revision: 1	Gültig ab: 01.04.2014	Ablaufdatum: 31.12.2014	Seite 3 von 11

Welche PEPP bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es insbesondere 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 2014 werden die bundeseinheitlichen PEPP durch die Anlagen 1a und 2a der PEPP-Vereinbarung 2014 (PEPPV 2014) vorgegeben.

2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gemäß § 1 Abs. 2 und 3 sowie § 3 Abs 1 und 2 FPV 2014

Das nach der oben beschriebenen DRG-Systematik zu ermittelnde Entgelt 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 2014 (FPV 2014).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2014

Gemäß § 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 vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2014 werden die **bundeseinheitlichen** Zusatzentgelte durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2014 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2014 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 2014 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden können, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2014 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2014 keinen krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

ZE01.01 Hämodialyse, Alter > 14 Jahre 226,28 €

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2014

Für die Vergütung von Leistungen, die noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1

Freigegeben von: Geschäftsführung der Saarland Kliniken			
Erstellt von: Heribert Biesel		Geprüft von:	
Revision: 1	Gültig ab: 01.04.2014	Ablaufdatum: 31.12.2014	Seite 4 von 11

KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern zur Zeit keine gesonderte Vereinbarungen getroffen.

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2014 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 600,00 € abzurechnen. Können für die Leistungen nach Anlage 3b FPV 2014 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuelle Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 300,00 € abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2014 für Leistungen nach Anlage 3a der FPV 2014 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs.1 Satz 3 KHEntgG für jeden Belegungstag 450,00 € abzurechnen.

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

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 gemäß § 6 Abs. 2a KHEntgG zur Zeit nicht vereinbart.

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

Gemäß § 17a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen.

Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig:

110,26 € / Fall

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

- einen Zuschlag für die Aufnahme von Begleitpersonen mit gegenwärtig

45,00 € / Tag²

- einen Zuschlag für das Diabeteschwerpunktzentrum mit gegenwärtig

507,93 € / Fall.

7. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 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 gemäß § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, hat das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG zur Zeit keine gesonderte Vereinbarung getroffen.

Freigegeben von: Geschäftsführung der Saarland Kliniken			
Erstellt von: Heribert Biesel		Geprüft von:	
Revision: 1	Gültig ab: 01.04.2014	Ablaufdatum: 31.12.2014	Seite 5 von 11

8. Qualitätssicherungszu- und -abschläge nach § 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG

Der Qualitätssicherungszuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG beträgt gegenwärtig:

0,60 € / Fall. ³

9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

Die berechneten Zuschläge werden vom Krankenhaus an die in § 17 b KHG benannten Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene abgeführt.

Der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG beträgt gegenwärtig

1,05 € / Fall. ⁴

Der Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a i.V. mit § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V. mit § 139c SGB V beträgt gegenwärtig:

1,27 € / Fall. ⁵

10. Zuschläge zur finanziellen Entlastung der Krankenhäuser

Über das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (Beitragsschuldengesetz) werden die Krankenhäuser im Geltungsbereich des KHEntgG über einen befristeten Zeitraum finanziell entlastet.

Der Versorgungszuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 2 KHEntgG wird auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen erhoben und beträgt gegenwärtig

0,80 % / Fall. ⁶

Der Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene nach § 4 Abs. 11 KHEntgG wird auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte nach § 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 erhoben und beträgt gegenwärtig

0,13 % / Fall. ⁷

11. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115a SGB V

Gemäß § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte

a. vorstationäre Behandlung

Innere Medizin	147,25 €
Allgemeine Psychiatrie	125,78 €

Freigegeben von: Geschäftsführung der Saarland Kliniken			
Erstellt von: Heribert Biesel		Geprüft von:	
Revision: 1	Gültig ab: 01.04.2014	Ablaufdatum: 31.12.2014	Seite 6 von 11

Intensivmedizin 104,30 €

b. nachstationäre Behandlung

Innere Medizin 53,69 €
Allgemeine Psychiatrie 37,84 €
Intensivmedizin 36,81 €

Gemäß § 8 Abs. 2 Satz 3 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.

12. Entgelte für sonstige Leistungen

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

13. Zuzahlungen

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom **gesetzlich versicherten** Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein (§ 39 Abs. 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zur Zeit € 10,- je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** eingezogen.

14. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2014 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2014 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2014 zusammengefasst und abgerechnet.

15. Belegärzte

Mit den Entgelten nach Nr. 1 bis 11 sind nicht abgegolten:

1. die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

Diese Leistungen werden vom Belegarzt gesondert berechnet.⁸

Freigegeben von: Geschäftsführung der Saarland Kliniken			
Erstellt von: Heribert Biesel		Geprüft von:	
Revision: 1	Gültig ab: 01.04.2014	Ablaufdatum: 31.12.2014	Seite 7 von 11

16. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntgG bzw. § 22 BPfIV):

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 einer gesonderten Rechnung geltend gemacht.

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	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Innere Medizin (allgemein), Intensivmedizin	Dr. Franz-Theo Nohr	OA Dr. Andreas Puhl
Endokrinologie und Diabetologie	Prof. Dr. Frank Lammert	Dr. Bettina Friesenhahn-Ochs
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie	Dr. med. Hans-Georg Gerber	Stationen P1 und P2: OÄ Dr. Mechthild Grundmann Stationen P3, P4 und P5: OÄ Dr. Adelinde Schulz-Kabelitz

Freigegeben von: Geschäftsführung der Saarland Kliniken			
Erstellt von: Heribert Biesel		Geprüft von:	
Revision: 1	Gültig ab: 01.04.2014	Ablaufdatum: 31.12.2014	Seite 8 von 11

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 VIP mit Internetanschluss (Innere Medizin)
pro Berechnungstag 77,73 €
- Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer mit Nasszelle (Innere Medizin)
pro Berechnungstag 76,70 €
- Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer mit WC (Innere Medizin)
pro Berechnungstag 39,65 €
- Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer mit WC (Psychiatrie)
pro Berechnungstag 38,60 €

c. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson
pro Berechnungstag 45,00 €

d. Bereitstellung eines Fernsprechapparates
1,00 € je angefangener Kalendertag
0,25 € je Gebühreneinheit

Die Dauer einer Einheit beträgt von Montag bis Freitag zwischen 7 und 18 Uhr 30 Sekunden, außerhalb dieser Zeit 2 Minuten.

17. Patientenquittung

Patienten, bei denen eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 SGB V (stationäre Behandlung) durchgeführt wird und die erklären, über die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen sowie die von den Krankenkassen dafür zu zahlenden Entgelte unterrichtet werden zu wollen, erhalten innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung eine derartige schriftliche Information, sofern sie bzw. ihre gesetzlichen Vertreter bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung dies ausdrücklich gegenüber der Krankenhausverwaltung erklären.

Freigegeben von: Geschäftsführung der Saarland Kliniken			
Erstellt von: Heribert Biesel		Geprüft von:	
Revision: 1	Gültig ab: 01.04.2014	Ablaufdatum: 31.12.2014	Seite 9 von 11

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.04.2014 in Kraft. Gleichzeitig wird der Pflegekostentarif vom 01.02.2014 aufgehoben.

Neunkirchen, den 31.03.2014

Joachim Krekel
Geschäftsführer

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die MitarbeiterInnen unseres Krankenhauses, Abteilung Patientenservice 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.

Freigegeben von: Geschäftsführung der Saarland Kliniken			
Erstellt von: Heribert Biesel		Geprüft von:	
Revision: 1	Gültig ab: 01.04.2014	Ablaufdatum: 31.12.2014	Seite 10 von 11

Anmerkungen:

¹ Der Basisfallwert kann gemäß § 15 Abs. 2 S. 1 KHEntgG Verrechnungsbeträge in Form von Zu- und Abschlägen enthalten. In Bayern werden diese Zu- und Abschläge in der Rechnung gesondert ausgewiesen.

² Die Höhe des Zuschlages von 45,00 € 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 zu unterscheiden.

³ Nach § 22 Abs. 1 der am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen *Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser* werden die Zuschläge nunmehr für jeden abgerechneten vollstationären Krankenhausfall erhoben.

⁴ Nach § 8 Abs. 9 KHEntgG – neu – sind der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG, der Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Abs. 3 Satz 1 i.V.m. § 139c SGB V in der Rechnung als „Systemzuschlag“ zusammengefasst auszuweisen. Diese Vorgabe widerspricht jedoch den §§ 139 c S. 2 und 291 a Abs. 7a S. 1 SGB V, wonach die Zuschläge in der Rechnung gesondert auszuweisen sind. Aus diesem Grunde wurde die gesonderte Ausweisung dieser drei Zuschlagstatbestände beibehalten.

⁵ Aufgrund eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21.12.2004 werden die Zuschläge für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a i.V.m. § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139 c SGB V gemeinsam erhoben und als ein gemeinsamer Zuschlag in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen. Im Übrigen siehe Fn. 4.

⁶ Nach § 8 Abs. 10 Satz 2 KHEntgG können Krankenhäuser zur finanziellen Entlastung für alle zwischen dem 01.01.2014 und 31.12.2014 aufgenommenen Patienten einen bundesweit einheitlichen erhöhten Zuschlag in Höhe von 0,80 % zu den DRG-Fallpauschalen nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG abrechnen (erhöhter Versorgungszuschlag).

⁷ Nach dem Infektionsschutzgesetz sind von den Krankenhäusern gewisse Anforderungen zur personellen Ausstattung zu erfüllen, um die notwendigen hygienischen Standards einhalten zu können. Durch den in § 4 Abs. 11 KHEntgG Hygienezuschlag werden dem Krankenhaus zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt, mit denen die Neueinstellung oder Aufstockung sowie die Fort- und Weiterbildung von qualifiziertem ärztlichem und pflegerischem Hygienepersonal gefördert wird. Es wird ein Hygienezuschlag in der Höhe von zur Zeit 0,13 % 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 erhoben.

⁸ Nach § 121 Abs. 5 SGB V i.V. mit § 18 Abs. 3 KHEntgG können Krankenhäuser mit Belegbetten zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten auch Honorarverträge schließen. Die Leistungen des Belegarztes würden ihm in dieser Konstellation vom Krankenhaus vergütet werden.

Freigegeben von: Geschäftsführung der Saarland Kliniken			
Erstellt von: Heribert Biesel		Geprüft von:	
Revision: 1	Gültig ab: 01.04.2014	Ablaufdatum: 31.12.2014	Seite 11 von 11