

DRG-Entgelttarif 2008 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Das Landshuter Kommunalunternehmen für medizinische Versorgung **La.KUMed** als Träger des

Kreiskrankenhaus Vilsbiburg, Krankenhausstr. 2, 84137 Vilsbiburg

berechnet ab dem **01.01.2008** 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 - 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 2008) und circa 28.000 Prozeduren (OPS Version 2008) 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.

Zusätzlicher, erläuternder Hinweis zu DRG-Texten auf unserer Ausgangsrechnung:

Auf Ihrer Ausgangsrechnung finden Sie eine DRG. Diese besteht aus einem Buchstaben, einer zweistelligen Ziffer und noch einem Buchstaben (z.B. F49C). Die zugeordneten Diagnosen und Prozeduren (Untersuchungen / Behandlungen) sehen Sie auf Ihrer Rechnung oberhalb der Rechnungspositionen. Der DRG-Bezeichnung (z.B. F49C) wird ein bundeseinheitlicher und vom Gesetzgeber vorgeschriebener Text zugeordnet, den Sie ebenfalls auf der Rechnung finden. In einigen Fällen kommt es leider vor, dass diese DRG-Texte missverständlich wirken. Es handelt sich bei diesen Texten um einen groben, abrechnungstechnischen Anhalt, damit die DRG-Abkürzung einem Bereich (Krankheit / Operation) zugeordnet werden kann. Dieser Text beschreibt allerdings nicht immer den genauen medizinischen Sachverhalt. Dieser wird durch die Diagnosen und Prozeduren festgehalten. Ihre Krankenkasse bekommt durch diese die korrekten Informationen zu Ihrer stationären Krankenhausbehandlung.

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.¹

Der derzeit gültige Basisfallwert liegt bei 2.586,66 €

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	0,623	€ 3.000	€ 1.869
I04Z	Revision und Einsatz des Kniegelenks mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse	3,380	€ 3.000	€ 10.140

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 2008 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2008 (FPV 2008) 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 2008

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 FPV 2008.

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß §5 FPV 2008

Gem. § 17 b Abs. 1, S. 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 2008 werden die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2008 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2008 genannten Zusatzentgelte krankenhausespezifische Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntG vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntG abgerechnet werden.

Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2008 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausespezifischen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen. Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2008 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2008 keine krankenhausespezifischen Zusatzentgelte vereinbart, sind auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntG für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

Medikamente-freisetzende Koronarstents (ein Stent)	950,00 €
Medikamente-freisetzende Koronarstents (zwei Stent)	1.900,00 €
Selbstexpandierende Prothesen an Ösophagus und Gallengängen (ein Stent)	1.000,00 €
Selbstexpandierende Prothesen an Ösophagus und Gallengängen (zwei Stent)	2.000,00 €
Modulare Endoprothese	1.860,00 €

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2008

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2008 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausespezifische Entgelte vereinbart:

Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks B61Z	270,91 €
Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage E76A	270,91 €

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2008 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausespezifischen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 600,00 € abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 3b** FPV 2008 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausespezifischen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 300,00 € abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2008 für Leistungen nach Anlage 3a FPV 2008 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntG für jeden Belegungstag 450,00 € abzurechnen.

5. Entgelte für nicht durch die Fallpauschalen und Zusatzentgelte sachgerecht vergüteten Leistungen gem. § 6 Abs. 2a KHEntG

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

Derzeit wurden noch keine Entgelte vereinbart!

6. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 7 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:

Derzeit wurden noch keine Entgelte vereinbart!

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

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

a. vorstationäre Behandlung

Innere Medizin	147,25 €
Chirurgie	100,72 €
Gynäkologie / Geburtshilfe	119,13 €

b. nachstationäre Behandlung

Innere Medizin	53,69 €
Chirurgie	17,90 €
Gynäkologie / Geburtshilfe	22,50 €

c: Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Computer-Tomographie-Geräte (CT)

DKG-NT-Tarifnr.	Leistung	Pauschale in Euro
5369	Höchstwert	122,71
5370	Kopf	81,81
5371	Hals oder Thorax	94,08
5372	Abdomen	106,35
5373	Skelett	77,72
5374	Zwischenwirbelräume	77,72
5375	Aorta	81,81
5376	Ergänzende CT	20,45
5377	Zuschlag 3D-Rekonstruktion	32,72
5378	CT zur Bestrahlungsplanung	40,90
5380	Bestimmung Mineralgehalt	12,27

Magnet-Resonanz-Geräte (MR)

DKG-NT-Tarifnr.	Leistung	Pauschale in Euro
5700	Kopf	179,97
5705	Wirbelsäule	171,79
5715	Thorax	175,88
5720	Abdomen	179,97
5721	Mamma(e)	163,61
5729	Gelenke oder Extremitäten	98,17
5730	Mehrere Extremitäten	163,61
5731	Ergänzende Serie(n)	40,90
5732	Zuschlag für Positionswechsel und/oder Spulenwechsel	40,90
5733	Zuschlag für computergesteuerte Analyse	32,72
5735	Höchstwert für Leistungen nach den Nr. 5700 bis 5730	245,42

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

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

Zuschlag in Höhe von 59,63 €

Zuschlag für die Aufnahme von Begleitpersonen

in Höhe von 45,00 € pro Tag²

9. Qualitätssicherungszuschläge³ nach § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG sowie Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Abs. 4 KHEntgG

Qualitätssicherungszuschlag 1,18 € je voll- und teilstationären Krankenhausfall
Dieser Zuschlag ist von jedem Krankenhaus pro Fall in Rechnung zu stellen und muss an Einrichtungen der Qualitätssicherung der gesundheitspolitischen Selbstverwaltung zu deren Finanzierung anteilig weitergeleitet werden!

10. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

DRG-Systemzuschlag in Höhe von 0,90 €

- Zuschlag 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

Zuschlag in Höhe von 0,64 €⁴

11. Zuschläge für besondere Tatbestände

Zuschlag zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen (§ 4 Abs. 13 KHEntgG) und für entstandene Mehrkosten infolge der Abschaffung des Arztes im Praktikum (§ 4 Abs. 14 KHEntgG)

in Höhe von 0,95 %

auf die im Erlösbudget und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG enthaltenen Entgelte⁵

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.
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus 26,00 €, für die Leichenhallenbenutzung pro Tag 7,71 €.

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 (§39 Abs. 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zur Zeit € 10,- je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die entsprechende Mitgliedskrankenkasse abgeführt.

14. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2008 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2008 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2008 zusammengefasst und abgerechnet.

15. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 11 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. Entbindungshelfern.

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Hebamme / dem Entbindungshelfer gesondert berechnet.

16. 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 (§ 115 a 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 § 6 a Abs. 1 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, S. 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2, S. 3 GOÄ/GOZ) erbracht:

Krankenhaus	Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
KKH Vilsbiburg	Innere Medizin	Hr. PD Dr. Pehl	Hr. Dr. Landendinger, Hr. Dr. Werner
KKH Vilsbiburg	Chirurgie / Unfallchirurgie	Hr. Dr. Albersdörfer	Hr. Dr. Voithenleitner
KKH Vilsbiburg	Chirurgie / Visceralchirurgie	Hr. Dr. Steigemann	Hr. Dr. Scheingraber
KKH Vilsbiburg	Gynäkologie - Geburtshilfe	Hr. Dr. Koch	Hr. Dr. Kiessling
KKH Vilsbiburg	Anästhesie - Intensivmedizin	Hr. Dr. Weidauer	Hr. Dr. Afdar-Alkayat, Hr. Dr. Januschewitz
KKH Vilsbiburg	Physikalische Therapie	Hr. Dr. Timmer	

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:

Fachabteilung	Fachabteilung	Preis pro Berechnungstag
Kreiskrankenhaus Vilsbiburg	Separates WC, Sanitär-Zusatzartikel (Frotteetücher, Fön, Dusch- und Waschset), Komfortbetten, Besucherecke, besondere Dekoration, kostenfreies TV, Programmzeitschrift, grundgebührenbefreites Telefonieren, Telefax- und Internetdienste, Balkon mit Sitzgelegenheit, bevorzugte Zimmerlage- und größte, zusätzliches Extramenu, kostenfreie Zusatzverpflegung (Obst, alkoholfreie Getränke, Kaffee und Kuchen, erweitertes Frühstück), täglicher Hand- und Badetuchwechsel, persönlicher Service	60,93 €

c. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson

Kreiskrankenhaus Vilsbiburg

45,00 € Entgelt je Berechnungstag

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **01.01.2008** in Kraft. Gleichzeitig wird der bisher gültige DRG-Entgelttarif aufgehoben.

Diese mitgeltende interne Unterlage ist in der Patientenaufnahme auszuhängen!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient.

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter unsere Patientenverwaltung /
Patientenabrechnung 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.

Anmerkungen:

¹ Der Basisfallwert kann gemäß § 15 Abs. 2 S. 1 KHEntG 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 nach Ziff. 15 c.) zu unterscheiden.

³ § 22 Abs. der am 01.01.2008 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 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.