

KRANKENHAUS 14 NOTHELFER GMBH
DRG-ENTGELTTARIF FÜR KRANKENHÄUSER
IM ANWENDUNGSBEREICH DES KHEntgG
UND
UNTERRICHTUNG DES PATIENTEN GEMÄß § 8 KHEntgG

GÜLTIG AB 01. August 2007

§ 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 KHEntG 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 2007) und circa 23.500 Prozeduren (OPS Version 2007) 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 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.¹ Der derzeit gültige Basisfallwert liegt bei 2.714,30 Euro 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	0,646	€2.714,30	€ 1.753,44

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
I04Z	Revision und Ersatz des Kniegelenks mit komplizierter Diagnose oder Arthrodes	3,492	€ 2.714,30	€ 9.478,34

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 Aufenthalts gestellt und welche diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Für das Jahr 2007 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2007 (FPV 2007) 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 2007

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 2007.

§ 3

Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2007

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 2007 werden die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2007 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2007 genannten Zusatzentgelte krankenhausespezifische 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 2007 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 2007 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2007 keine krankenhausespezifischen 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:

§ 4

Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2007

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2007 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEentgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart:

- z.B. Leistungen der Anlage 3 der FPV 2007

- z.B. teilstationäre Leistungen (Leistungen nach Anlage 3b FPV 2007 und sonstige teilstationäre Leistungen)

- z.B. Leistungen besonderer Einrichtungen nach § 17 b Abs. 1 S. 15 KHG

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2007 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 2007 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 300,00 € abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2007 für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2007 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEentgG für jeden Belegungstag 450,00 € abzurechnen.

§ 5

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

Für folgende Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 S. 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:

<u>Leistungen</u>	<u>Zusatzentgelt</u>
_____	_____
_____	_____

§ 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:

§ 7

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

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

a. vorstationäre Behandlung (Erstuntersuchung)

Chirurgische Abteilung	€ 100,72
Innere Abteilung	€ 147,25
Gynäkologische Abteilung	€ 119,13

b. nachstationäre Behandlung

Chirurgische Abteilung	€ 17,90
Innere Abteilung	€ 53,69

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Computer-Tomographie-Geräte (CT)	_____
Magnet-Resonanz-Geräte (MR)	_____
Linksherzkatheter-Messplätze (LHM)	_____
Hochvolttherapie-Geräte:	_____
Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET)	_____

Gem. § 8 Abs. 2 S. 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.

§ 8

Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen gem. § 7 Ziff. 4 KHEntgG und sonstige Zu- und Abschläge ab dem 01. Januar 2007

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

Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig:

€ 83,67

§ 9

Qualitätssicherungszuschläge² nach § 17 b Abs. 1 S. 5 KHG sowie Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Abs. 4 KHEentgG

€ 1,33

§ 10

Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17 b Abs. 5 KHG

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 die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139 c SGB V

in Höhe von 0,40 €

§ 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 0,98 %

auf die im Erlösbudget und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG enthaltenen Entgelte⁴.

§ 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 30,00 €.

§ 13

Zuzahlungen

a. 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 10,00 € 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 2007 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2007 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2007 zusammengefasst und abgerechnet.

§ 15

Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 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;
2. die Leistungen von Beleghebammen bzw. Entbindungspflegern.

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Hebamme / dem Entbindungspfleger 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 Wahlleistungen „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 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 Institutes (§ 4 Abs. 2, S. 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2, S. 3 GOÄ/GOZ) erbracht:

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Innere Medizin	Dr. med. Klaus Füger	Dr. med. A. von Schmädel/ Dr. med. B. Ilg
Chirurgie / Dreiländerklinik	Dr. med. Walter Rampf Dr. med. Conzelmann Dr. med. Kretschmer Dr. med. Holl	J. Stanisz/ R. Knöll Dr. med. Conzelmann Dr. med. Kretschmer Dr. med. Holl
Anästhesie Dreiländerklinik	Dr. med. Albert Braun/ Dr. med. Bernhard Komprecht/ Dr. med. Reinhard Schoch Dr. med. Fugel	Dr. med. Albert Braun / Dr. med. Bernhard Komprecht/ Dr. med. Reinhard Schoch

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 bzw. 2-Bett-Zimmer:

1-Bett-Zimmer	pro Berechnungstag	80,98 €
2-Bett-Zimmer	pro Berechnungstag	46,62 €

c. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson:

50,00 € je Berechnungstag

d. Bereitstellung eines Telefonapparates / TV-Gerätes:

Telefon

Grundgebühr	pro Tag	1,50 €
Gebühren	je Einheit	0,15 €

TV

Gebühren pro Einheit á 20 Minuten
Maximalbetrag

pro Tag 0,25 €
pro Tag 2,00 €

§ 17

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 1. August 2007 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif vom 1. Januar 2007 aufgehoben.

	Inkrafttretung	Ausfertigungsdatum	Amtliche Bekanntmachung
Satzung	01. 02.2005		
Änderung	01.01.2006		
Änderung	01.01.2007		
Änderung	01.08.2007		

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 § 2 der Vereinbarung für die Finanzierung der Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen nach § 115 b SGB V (Anlage 4 zur Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 115 b SGB V) sieht die Erhebung eines Zuschlages für die Qualitätssicherung vor. Die Höhe der einzelnen Zuschlagsanteile steht derzeit jedoch noch nicht fest.

³ 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.

⁴ Die Frage, inwieweit auch die Entgelte nach § 6 Abs. 2 a KHEntgG bei der Berechnung dieses prozentualen Zuschlags berücksichtigt werden, lässt sich aus dem Gesetzeswortlaut nicht eindeutig herleiten.