

DRG-Entgelttarif 2015 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Das Klinikum Ansbach
des ANregiomed

berechnet ab dem 1. Februar 2015 folgende Entgelte

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 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 13.300 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2015) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2015) 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. Der derzeit gültige Basisfallwert liegt bei **3.255,50 €** 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, Somnolenz, Sopor	0,662	€ 3.000,00	€ 1.986,-
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesese	3,214	€ 3.000,00	€ 9.642,-

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 2015 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der DRG-Entgeltkatalogverordnung 2015 (FPV 2015) 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 2015

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 2015 (FPV 2015).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV 2015

Gem. § 17b Abs. 1 S. 12 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2015 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2015 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2015 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 2015 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2015 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2015 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

K01Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes – Komplexbehandl.	417,32 €
ZE 2014-03	ECMO und PECLA	8.000,00 €
ZE 2014-22	IABP	811,00 €
ZE 2014-25-1	Modulare Endoprothesen (Hüfte)	1.400,00 €
ZE 2014-25-2	Modulare Endoprothesen (Knie)	2.264,64 €
ZE 2014-25-3	Modulare Endoprothesen (Schulter)	1.571,00 €
ZE 2014-54G	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	952,30 €
ZE 2014-54A	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	637,00 €
ZE 2014-54B	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	637,00 €
ZE 2014-54U	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	824,00 €
ZE 2014-54V	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	824,00 €
ZE 2014-54C	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	1.274,00 €
ZE 2014-54D	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	1.274,00 €
ZE 2014-54W	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	1.650,00 €
ZE 2014-54X	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	1.650,00 €
ZE 2014-54E	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	1.911,00 €
ZE 2014-54F	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	1.911,00 €
ZE 2014-54Y	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	1.911,00 €
ZE 2014-54Z	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	1.911,00 €
ZE 2014-54H	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	933,00 €
ZE 2014-54I	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	933,00 €
ZE 2014-54AA	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	599,20 €
ZE 2014-54CC	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	750,00 €
ZE 2014-54BB	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	631,30 €
ZE 2014-64	Gabe von Eptotermin alfa	5.086,63 €
ZE 2014-82	Peritonealdialyse	6.354,82€
ZE 2014-98	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	Kostenerstattung

Das Krankenhaus berechnet für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden:

Abirateronacetat	32,73 € je 250 mg
Cabazitaxel	82,18 € je mg
Everolimus bei Neoplasie	104,81 € je 5mg Kapsel
Everolimus bei Neoplasie	149,23 € je 10 mg Kapsel
Pazopanib	36,67 € je 200 mg
Pazopanib	73,34 € je 400 mg
Alemtuzumab	9.670,32 € je 12 mg
Dialyse mit High-Cut-off Dialysemembran	728,00 €
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 100 bis unter 150 mm	1.944,00 €
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 150 bis unter 250 mm	2.446,00 €
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße	3.661,00 €

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV 2015

Für die Vergütung von Leistungen, die noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart:

- keine vereinbart

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2015 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 2015 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 2015 für Leistungen nach Anlage 3a FPV 2015 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

5. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 3 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:

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

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

Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig: **72,95 €**

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

Zuschlag für die Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von	45,00 € pro Tag¹
Zuschlag nach § 5 KHEntgG für STENO	195,56 €
Zuschlag Qualitätssicherung Schlaganfallbehandlung	3,10 €
Versorgungszuschlag	26,04 €
Zentrumszuschlag	18,88 €

7. 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. § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

- entfällt -

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

- Externe Qualitätssicherung

in Höhe von 0,97 €

9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

in Höhe von 1,13 €

- 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 für jeden abzurechnenden Krankenhausfall

in Höhe von 1,36 €²

10. Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a S. 1 SGB V

- Zuschlag für die Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der elektronischen Gesundheitskarte (Telematikzuschlag) nach § 291a Abs. 7a S. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von 0,00 €³

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

Gem. § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind:

a. vorstationäre Behandlung

pauschal (siehe Beilage zum Entgelttarif)

b. nachstationäre Behandlung

pro Behandlungstag – maximal 7 mal (siehe Beilage zum Entgelttarif)

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

(siehe Beilage zum Entgelttarif)

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.

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 35,00 €.
3. Für die Ausstellung einer Aufenthaltsbescheinigung berechnet das Krankenhaus je Bescheinigung 3,00 Euro.
4. Bereitstellung eines Telefons 1,50 Euro je Kalendertag
zzgl. 0,15 Euro pro Gebühreneinheit

13. Zuzahlungen

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,- je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

14. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2015 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2015 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2015 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.⁴

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 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.

Die ärztlichen Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von diesen nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

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.

- | | |
|---|-------------------------------------|
| b. Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer - Station D4 | 97,29 Euro je Berechnungstag |
| c. Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer mit Dusche | 86,62 Euro je Berechnungstag |
| d. Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer ohne Dusche | 80,05 Euro je Berechnungstag |

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.

- | | |
|---|-------------------------------------|
| e. Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer – Station D4 | 55,97 Euro je Berechnungstag |
| f. Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer | 46,19 Euro je Berechnungstag |
| g. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson (bei Erwachsenen) | 80,00 Euro je Berechnungstag |
| h. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson (bei Kindern) | 45,00 Euro je Berechnungstag |
| i. Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer als Familienzimmer | 54,98 Euro je Berechnungstag |
| j. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Familienzimmer | 40,00 Euro je Berechnungstag |

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01. Januar 2015 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01. Dezember 2014 aufgehoben.

Ansbach, den 30.12.2014



Hausleitner
Leiter des

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen folgende Mitarbeiter unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung: Herr Hausleitner und Frau Mahli

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 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.

² 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.

³ Vgl. Fn. 3.

⁴ Nach § 121 Abs. 5 SGB V i.V.m. § 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.