

Anlage zu den Allgemeinen Vertragsbedingungen

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

Die Klinikum

des Landkreises Löbau-Zittau gGmbH

mit ihren Standorten in

02763 Zittau, Görlitzer Straße 10 – Standort ZI und
02730 Ebersbach, Röntgenstraße 23 – Standort EB

berechnet ab dem 1. März 2008 folgende Entgelte:

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

Das Entgelt für die allgemeinen vollstationären Leistungen des Klinikums 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 23.500 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 textlicher 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 beträgt

2.780,65 €

und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Relativgewicht und Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
B79Z	Schädelfraktur	0,630	€ 3.000,00	€ 1.890,00
I04Z	Revision und Ersatz des Kniegelenks mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse	3,983	€ 3.000,00	€ 11.949,00

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 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. § 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 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 KHEntgG vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden.

Ab Aufnahme datum 01.01.2008 gelten weiterhin folgende Werte:

Schlüssel	OPS	Bezeichnung	Preis
ZE 2007-08	8-853.70	Hämofiltration (CVVH), bis 24 Stunden	310,34 €
ZE 2007-08	8-853.71	Hämofiltration (CVVH), mehr als 24 bis 72 Stunden	620,69 €
ZE 2007-08	8-853.72	Hämofiltration (CVVH), mehr als 72 bis 144 Stunden	1.370,02 €
ZE 2007-08	8-853.73	Hämofiltration (CVVH), mehr als 144 bis 264 h	2.553,25 €
ZE 2007-08	8-853.74	Hämofiltration (CVVH), mehr als 264 bis 432 h	4.348,80 €
ZE 2007-08	8-853.75	Hämofiltration (CVVH), mehr als 432 Stunden	6.046,04 €
ZE 2007-54	5-429.j1	Andere Operationen am Ösophagus: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, eine Prothese	738,00 €
ZE 2007-54	5-513.j0	Andere Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese	668,00 €
ZE 2007-54	5-513.j1	Andere Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel zweier selbstexpandierender Prothesen	1.336,00 €

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, werden gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart:

Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks

Schlüssel	mVD	uGVD	oGVD	Entgelt	Abschlag Verlegung	Abschlag Kurzlieger	Zuschlag Langlieger
B61Z	12,0	3	21	2.681,85 €	226,51 €	753,56 €	229,53 €

Teilstationäre onkologische Behandlung

Tagesbezogenes Entgelt nach § 6 Abs. 1 KHEntgG.		Pro Behandlungstag
Teilstationäre onkologische Behandlung		367,26 €

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 Satz 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:

- keine -

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. § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, hat das Klinikum gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte vereinbart:

- keine -

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

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

a. vorstationäre Behandlung fallbezogene Pauschale:

Innere Medizin	147,25 €
Chirurgie	100,72 €
Unfall- u. Handchirurgie	82,32 €
Frauenheilkunde / Geburtshilfe	119,13 €
Kinder- und Jugendmedizin	94,08 €
Intensivmedizin	104,30 €

b. nachstationäre Behandlung tagesbezogene Pauschale:

Innere Medizin	53,69 €
Chirurgie	17,90 €
Unfall- u. Handchirurgie	21,47 €
Frauenheilkunde / Geburtshilfe	22,50 €
Kinder- und Jugendmedizin	37,84 €
Intensivmedizin	36,81 €

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Computer-Tomographie-Gerät nach DKGNT I

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 dem 1. Januar 2008

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

Der Ausbildungszuschlag beträgt **52,40 €**
je Krankenhausfall.

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

Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson aus medizinischem Grund (je Belegungstag) **45,00 €**

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

Zuschlag pro Fall **1,27 €**

Abschläge nicht zutreffend

10. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG in Höhe von **0,90 €**

Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a SGB V sowie Zuschlag für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V

in Höhe von **0,64 €**

11. Zuschläge für besondere Tatbestände

Zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen (§ 4 Abs. 13 KHEntgG) und für entstandene Mehrkosten infolge der Abschaffung des Arztes im Praktikum (§ 4 Abs. 14 KHEntgG) berechnet das Krankenhaus einen prozentualen Zuschlag in Höhe von

0,84%

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

12. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnet das Klinikum sowie der liquidationsberechtigte Arzt Entgelte nach Aufwand. Hierzu gehören auch Schreibgebühren für das Gutachten sowie Porto- und Versandkosten.

2. Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung:	33,00 €
3. Nutzung der Kühlzellen, unabhängig von der Dauer:	20,00 €
4. Aufbahrung und Abschiednahme:	32,00 €

Die Leistungen nach 1.; 3. und 4. werden zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer berechnet. Sofern die Leistung nach 1. mit einem vordergründig therapeutischen Ziel erbracht wurde (Feststellung der Behandlungsart, Gewährung von Heil- und Hilfsmitteln, Feststellung der medizinischen Notwendigkeit von Kur und / oder Sanatoriumsbehandlung, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, persönliche Voraussetzung zur medizinischen Rehabilitation u.a.) ist diese mehrwertsteuerfrei.

13. Zuzahlungen

a. Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten

Als Eigenbeteiligung zieht das Klinikum vom 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 Klinikum an die entsprechende Mitgliedskrankenkasse abgeführt.

b. Zusatzklausel für Krankenhäuser in den neuen Bundesländern und im Ostteil Berlins:

Im Rahmen des Krankenhausinvestitionsprogramms gemäß Art. 14 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) berechnet das Klinikum gegenüber den Benutzern des Klinikums bzw. deren Kostenträgern einen Investitionszuschlag in Höhe von **5,62 €** für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts mit Ausnahme des Entlassungstags (Belegungstage).

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;
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 Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Klinikums beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten Ärzte des Klinikums, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären 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 Klinikums. Dies gilt auch, soweit das Klinikum 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 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 Klinikum 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 EB	CA Dr. med. Häberlein	OÄ Dr. med. Karthäuser
Innere Medizin ZI	CÄ Dr. med. Zeißig	
Chirurgie EB	CA Dr. med. Karutz	OA Dr. med. Förster
Chirurgie ZI	CA DM Rehnisch	OA Zenker
Unfall- und Handchirurgie ZI	CA Dr. med. Pollack	OA Dr. med. Zeißig
Frauenheilk. / Geburtshilfe EB	CA Glajzer	OA Graf
Frauenheilk. / Geburtshilfe ZI	CA Dr.med. Dipl.-Ing. Retzke	OA Dr. med. Mengel
Kinder- und Jugendmedizin ZI	CA Dr. med. Verbeek	OÄ Dr. med. Pollack
Anästhesie / Intensivmedizin EB	CA Dr.med. Ettrich	OA Dr. med. Drechsel
Anästhesie / Intensivmedizin ZI	CA Dr. med. Kluttig	OA DM Hurraß
Institut für Radiologie	CA Dr.med. Gerlach	OA Dr.med. Liebscher

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

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

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.

Fachabteilung	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Alle, Einbettzimmer KOMFORT Standort Zittau	Separates WC, separate Dusche, besondere Größe der Sanitärzone, individueller Größenvorteil im Zimmer: 64%.	56,- €
Alle, Einbettzimmer STANDARD Standort Zittau		31,- €
Alle, Einbettzimmer KOMFORT Standort Ebersbach	Separates WC, separate Dusche, besondere Größe der Sanitärzone, individueller Größenvorteil im Zimmer: 62%.	39,50€
Alle, Einbettzimmer STANDARD Standort Ebersbach		30,50€

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 Klinikum einen um 25 % geminderten Zimmerpreis, mindestens jedoch 25,- €.

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

Standardausstattung des Klinikums, keine gesonderte Berechnung

d. Unterbringung einer Begleitperson (ohne medizinische Notwendigkeit) mit Verpflegung

45,00 € je Berechnungstag

zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer,

e. Unterbringung einer Begleitperson (ohne medizinische Notwendigkeit) ohne Verpflegung

35,50 € je Berechnungstag

zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 1. März 2008 in Kraft.
Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 1. Januar 2008 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Gesetzgeber hat in § 305 Abs. 2 Satz 5 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) eine Regelung getroffen, nach der Krankenhäuser die Versicherten auf Verlangen über die erbrachten Leistungen und die dafür von den Krankenkassen zu zahlenden Entgelte unterrichten sollen. Damit hat der Gesetzgeber bezweckt, das Kostenbewusstsein der Patienten zu stärken und eine Transparenz der Leistungserbringung und der Leistungsabrechnung zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen zu schaffen.

Für Sie bedeutet dies, dass Ihnen einzelne Daten, wie Rechnungsbetrag, Hauptdiagnose, Art und Höhe der in Rechnung gestellten Entgelte etc. mitgeteilt werden können. Sollten Sie daran Interesse haben, wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an die Abt. Leistungsmanagement / Bereich Patientenmanagement der MGLZ, die u.a. diese Aufgabe der Krankenhausverwaltung wahrnimmt. Bitte beachten Sie jedoch, dass Sie sich bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung erklären müssen.

Sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Patientenaufnahme hierfür gern 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.