



DRG-Entgelttarif 2016 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Das **Klinikum Wetzlar-Braunfels** (Krankenhaus)

der **Lahn-Dill-Kliniken GmbH** (Krankenhausträger)

berechnet ab dem 01.01.2016 folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 1 Nr. 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 2016) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2016) 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 **3.264,35 €** 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	0,678	3.264,35 €	2.213,23 €
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesese	3,348	3.264,35 €	10.929,04 €

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 2016 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der DRG-Entgeltkatalogverordnung 2016 (DRG-EKV 2016) 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 2016

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 2016 (FPV 2016).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV 2016

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 2016

werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der DRG-EKV 2016 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der DRG-EKV 2016 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 DRG-EKV 2016 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 2016 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 DRG-EKV 2016 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:

Leistungsbezeichnung 2016	Betrag
ZE2016-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.20	3.928,02 €
ZE2016-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.21	4.291,81 €
ZE2016-107 Medikamente-freisetzende bioresorbierbare Koronarstents; OPS 8-83d.0	1.400,00 €
ZE2016-22 IABP; OPS 8-839.0	844,12 €
ZE2016-25 Modulare Endoprothesen; OPS 5-829.k (Knie)	1.992,32 €
ZE2016-25 Modulare Endoprothesen; OPS 5-829.k (Hüfte)	1.472,86 €
ZE2016-54B Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt: OPS 5-429.j1	866,86 €
ZE2016-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt: OPS 5-429.jc	832,49 €
ZE2016-54D62 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; 5-513.n0	797,91 €
ZE2016-54C Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; 5-517.**	797,91 €
ZE2016-58 Gabe von Alpha-1-Proteinaseninhibitor human; parenteral, je mg 8-812.0	0,31 €
ZE2016-67A Implantation einer Stent(graft)-Prothese, 8-840.04	688,38 €
ZE2016-63 Gabe von Diboterminalfa, Implantation am Knochen, je 12 mg	3.510,50 €



4. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 11 KHEntgG i. V. mit § 6 Abs. 2 S. 6 KHEntgG

Leistungsbezeichnung 2016	Betrag
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, < 100 mm; OPS 8-842.*b in Verbindung mit OPS 8-83b.e1	1.599,82 €
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 100 mm bis unter 150 mm; OPS 8-842.*b in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f1	2.085,60 €
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 150 mm bis unter 200 mm; OPS 8-842.*b in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f2	2.529,65 €
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 250 mm und mehr; OPS 8-842.*b in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f4	3.765,50 €

5. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV 2016

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

krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

4.1 Leistungen der Anlage 3a und 3b der FPV 2016

a) B61B



Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks

412,76 € pro Behandlungstag

b) E76A

Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage

311,70 € pro Behandlungstag

4.2 Teilstationäre Leistungen

Geriatrische Komplexbehandlung

a) Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung

184,14 € pro Behandlungstag

b) Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung

163,08 € pro Behandlungstag

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** DRG-EKV 2016 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** DRG-EKV 2016 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 2016 für Leistungen nach **Anlage 3a** DRG-EKV 2016 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

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

Gemäß § 17a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten. Der **Ausbildungszuschlag** beträgt gegenwärtig **90,33 €**.



7. Qualitätssicherungszu- und abschläge nach § 7 Abs. 1 Ziffer 7 KHEntgG

Der Qualitätssicherungszuschlag

in Höhe von 1,32 €

setzt sich zusammen aus einem Zuschlagsanteil Krankenhaus (0,70 €)
und einem Zuschlagsanteil Land (0,62 €)

8. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

in Höhe von 1,15 €

- Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall

in Höhe von 1,63 €

9. Versorgungszuschlag nach § 8 Abs. 10 KHEntgG

Bei allen Patienten, die zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus

aufgenommen werden und für die Entgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntgG berechnet werden (= bundesweit einheitlich bewertete DRG-Leistungen inkl. Zu-

/Abschläge OGVD, UGVD und Verlegung), ist mit Aufnahmedatum ab dem **01.01.2016** ein Versorgungszuschlag **in Höhe von 0,8 %** abzurechnen.

10. Ausgleichsbetrag nach § 5 Abs. 4 KHEntgG

- Zu-/Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs: 4 KHEntgG

in Höhe von 0,02 %



auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.

11. Zu- und Abschläge nach § 4 KHEntgG

- Abschlag für Mehrleistungen § 4 Abs. 2a KHEntgG

in Höhe von - 35,85 €

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

Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 11 KHEntgG

in Höhe von 0,20 %

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.

13. 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

<i>Allgemeine, Viscerale und Onkologische Chirurgie</i>	100,72 €
<i>Gefäßchirurgie</i>	134,47 €
<i>Frauenheilkunde und Geburtshilfe</i>	119,13 €
<i>Medizinische Klinik I</i>	147,25 €



<i>Medizinische Klinik II</i>	147,25 €
<i>Medizinische Klinik III</i>	147,25 €
<i>Neurologie</i>	114,02 €
<i>Strahlenheilkunde</i>	186,62 €
<i>Unfallchirurgie und Orthopädie</i>	82,32 €
<i>Urologie</i>	103,28 €
<i>PCH</i>	95,10 €

b. nachstationäre Behandlung

<i>Allgemeine, Viscerale und Onkologische Chirurgie</i>	17,90 €
<i>Gefäßchirurgie</i>	17,90 €
<i>Geriatric</i>	30,68 €
<i>Frauenheilkunde und Geburtshilfe</i>	22,50 €

<i>Medizinische Klinik I</i>	53,69 €
<i>Medizinische Klinik II</i>	53,69 €
<i>Medizinische Klinik III</i>	53,69 €
<i>Neurologie</i>	40,90 €
<i>Strahlenheilkunde</i>	330,29 €
<i>Unfallchirurgie und Orthopädie</i>	21,47 €
<i>Urologie</i>	41,93 €
<i>Plastische Chirurgie</i>	18,41 €

Gem. § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 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.

14. 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 0,- €.

15. 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,- 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.

16. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2016 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2016 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2016 zusammengefasst und abgerechnet.

17. 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
2. ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses;
3. die Leistungen von Beleghebammen bzw. Entbindungspflegern.

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



18. Entgelte für Wahlleistungen

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

a. Ärztliche Leistungen:

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 (§ 17 Abs. 3 KHEntgG). 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.

Die Übersicht der für das Klinikum Wetzlar-Braunfels tätigen Wahlärzte und deren Vertreter befindet sich in der separaten Anlage zur Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen.



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.

- (1) Unterbringung in einem **1-Bett-Zimmer** nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

<i>Standort Wetzlar</i>	Preis pro Berechnungstag
Wetzlar Kategorie 1 (Wahlleistungsstation 3B)	103,74 €
Wetzlar Kategorie 2	90,00 €

- (2) Unterbringung in einem **2-Bett-Zimmer** nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

<i>Standort Wetzlar</i>	Preis pro Berechnungstag
Wetzlar Kategorie 1 (Wahlleistungsstation 3B)	64,79 €
Wetzlar Kategorie 2	54,49 €

- (3) Unterbringung in einem **1-Bett-Zimmer** nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:



<i>Standort Braunfels</i>	Preis pro Berechnungstag
Medizinische Klinik 3	90,72 €
Geriatric	68,72 €

- (4) Unterbringung in einem **2-Bett-Zimmer** nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

<i>Standort Braunfels</i>	Preis pro Berechnungstag
Medizinische Klinik 3	52,43 €
Geriatric (nur Komfortzuschlag)	33,42 €

- (5) Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson
Je Berechnungstag **49,00 €**

- (6) Bereitstellung eines Fernsprechapparates

Miete je Tag	2,50 €
City- und Inlandsgespräche	frei
Mobil (alle Netze)	0,54 € je Minute

19. Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **01.01.2016** in Kraft.



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter der Aufnahme unseres Krankenhauses 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.

Ihre Lahn-Dill-Kliniken GmbH