

**DRG-Entgelttarif für Krankenhäuser
im Anwendungsbereich des KHEntgG
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG
Stand 1. Januar 2009**

1. Fallpauschalen (DRG) 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, aufwendige diagnostische oder therapeutische Leistungen). Eventuell vorhandene Nebendiagnosen können zudem die Schweregradeinstufung beeinflussen. Für die Festlegung der Diagnosen beziehungsweise Prozeduren stehen amtliche Kataloge 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 **2.713,34 EUR** 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 |
|------|---|----------------|---------------|------------|
| I03C | Hüftgelenksersatz ohne Begleiterkrankungen | 2,79 | EUR 3.000 | EUR 8.370 |
| DRG | DRG-Definition | Relativgewicht | Basisfallwert | Erlös |
| I03B | Hüftgelenksersatz mit Begleiterkrankungen | 3,35 | EUR 3.000 | EUR 10.050 |

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 **2009** werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 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 2009

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 **2009** (FPV 2008).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2009

Gemäß § 17b Abs. 1, S. 12 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe und Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr **2009** 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 **2009** genannten Zusatzentgelte krankenhaushausindividuelle 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.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

| | |
|--|---------------------|
| ZE2007-25 Modulare Endoprothesen Hüfte | EUR 1.700,00 |
| ZE2007-25 Modulare Endoprothesen Knie | EUR 3.300,00 |
| ZE2007-41 Komplexbehandlung Bewegungssystem | EUR 1.100,00 |

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 KFPV

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV **2009** noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfaßt werden, sind folgende fall- bzw. tagesbezogene Entgelte zu berechnen:

| | |
|--|-----------------------|
| Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks DRG B61Z | EUR 585,00/Tag |
| Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie, DRG B76A | EUR 8.816,00 |
| Spezielle orthopädische Schmerz-Tagesklinik | EUR 161,68/Tag |

5. Entgelte für vorstationäre Behandlungen gem. § 115a SGB V

Gemäß § 115 SGB V berechnet das Krankenhaus für vorstationäre Behandlungen folgende Entgelte:

| | |
|--|-------------------|
| Vorstationäre Behandlung Orthopädie | EUR 133,96 |
| Vorstationäre Behandlung Neurologie | EUR 114,02 |

Hinzu kommen ggf. gesonderte Entgelte für medizinisch-technische Großgeräte.

Gemäß § 8 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG ist eine vorstationäre Behandlung neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar.

6. Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen gem. § 7 Ziff. 4 KHEntgG

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

| | |
|----------------------------|-----------------------|
| Ausbildungszuschlag | EUR 83,99/Fall |
|----------------------------|-----------------------|

7. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG

Nach der Vereinbarung zwischen der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft und den Verbänden der Krankenkassen in Baden-Württemberg wird für bestimmte Behandlungsfälle ein Zuschlag berechnet.

| | |
|------------------------------------|----------------------|
| Qualitätssicherungszuschlag | EUR 1,75/Fall |
|------------------------------------|----------------------|

8. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

| | |
|--|----------------------|
| DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs.5 KHG | EUR 1,03/Fall |
|--|----------------------|

| | |
|--|----------------------|
| Zuschlag für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a SGB V | EUR 0,85/Fall |
|--|----------------------|

9. Zuschläge für besondere Tatbestände

Zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen (§4 Abs. 13 KHEntgG) berechnet das Krankenhaus einen **Zuschlag von 1,08 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen .

Für die besonderen Aufgaben des Geriatrischen Zentrums für die stationäre Versorgung von Patienten nach § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 4 KHEntgG berechnet das

Krankenhaus einen **Zuschlag von 0,48%** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen .

10. Zuzahlungen

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhaus Behandlung an – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beträgt zur Zeit **10 EUR je Kalendertag**. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die entsprechende Mitgliedskrankenkasse abgeführt.

11. 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 Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären 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 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 § 6a GOÄ erfolgt bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen/privatärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25%. Das Arzthonorar wird in der Regel gesondert von den jeweils liquidationsberechtigten Krankenhausärzten geltend gemacht, sofern nicht eine externe Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt tätig wird.

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 Satz 1 GOÄ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs.2 Satz 3 GOÄ) erbracht:

| Fachabteilung | Wahlarzt | Ständiger ärztlicher Vertreter |
|----------------------------|-------------------|--------------------------------|
| Orthopädie/Querschnitt | Prof. Dr. Reichel | Vgl. Wahlleistungsvereinbarung |
| Neurologie/Stroke Unit | Prof. Dr. Ludolph | Vgl. Wahlleistungsvereinbarung |
| Anästhesie/Intensivmedizin | Dr. Geiger | Vgl. Wahlleistungsvereinbarung |

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:

Zuschlag von **EUR 87,20** je Tag

c) Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson

Zuschlag von EUR 45,00 je Tag

Sofern die Wahlleistung „Begleitperson“ zusätzlich zur Wahlleistung „Einbettzimmer“ gewählt wird, erfolgt die Unterbringung der Begleitperson stets im freien Bett des Zimmers.

Wird die Wahlleistung „Begleitperson“ ohne die Wahlleistung „Einbettzimmer“ gewählt, erfolgt die Unterbringung auf einer Liege im selben Zimmer, zusätzlich zu den Betten.

Besteht eine medizinische Notwendigkeit zur Aufnahme einer Begleitperson, wird der Zuschlag von der Krankenkasse des Patienten übernommen.

d) Bereitstellung eines Fernsprechapparates

Grundgebühr **EUR 1,50** je Berechnungstag (inkl. MWSt)
Fernsprechgebühr **EUR 0,10** je Gebühreneinheit (inkl. MWSt)
Für Langliegerpatienten wird die Grundgebühr automatisch nach 30 bzw. 50 Tagen auf EUR 1,00 bzw. EUR 0,50 ermäßigt.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2009 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.09.2008 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten des Tarifes noch ergänzende Fragen haben, steht Ihnen Herr Schumny, Leiter Rechnungswesen und Controlling, Tel. 0731/177-1020 (intern: App.1020) gerne zur Verfügung.

Insgesamt kann die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Dies gilt insbesondere für Selbstzahler. Bitte prüfen Sie selbst, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung versichert sind.

Mit freundlichen Grüßen

RKU - Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm gGmbH