

**DRG-Entgelttarif für Krankenhäuser
im Anwendungsbereich des KHEntgG
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG
Stand 1. Januar 2012**

1. Fallpauschalen (DRG) gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 1 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 Kataloge mit circa 13.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2012) und circa 28.000 Prozeduren (OPS Version 2012) 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 **2.970,00 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
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	0,641	€ 3.000,00	€ 1.923,-
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse	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 2012 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der DRG-Entgeltkatalogverordnung 2012 (DRG-EKV 2012) 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 2012

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 **2012** (FPV **2012**).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2012

Gemäß § 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 und Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr **2012** werden die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der DRG-EKV **2012** vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der DRG-EKV **2012** 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 2012 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Für diese Zusatzentgelte sind die bisher krankenhausindividuell vereinbarten Entgelte gemäß § 15 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung der Höhe nach weiter zu erheben:

ZE2012-25 Modulare Endoprothesen Hüfte	EUR 1.800,00
ZE2012-25 Modulare Endoprothesen Knie	EUR 3.000,00
ZE2012-41 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 2012 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, sind folgende fall- bzw. tagesbezogene Entgelte zu berechnen:

Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks
DRG B61B EUR 594,01/Tag

Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie, DRG B76A EUR 9.000,00 /Fall

Spezielle orthopädische Schmerz-Tagesklinik EUR 167,98/Tag

Können für weitere Leistungen nach **Anlage 3a** DRG-EKV 2012 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **600,00 €** abzurechnen.

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 (Computer-Tomographie-Gerät CT und Magnet-Resonanz-Gerät MRT)

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 Abs. 1 Ziff. 4 KHEntgG

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

Ausbildungszuschlag EUR 87,70 /Fall

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

Die auf Bundes- und Landesebene beschlossenen Qualitätssicherungsmaßnahmen werden über einen Zuschlag je vollstationären Fall finanziert. In Baden-Württemberg erfolgt über diesen Zuschlag auch die Finanzierung der klinischen Registerstelle gemäß Landeskrebsregistergesetz.

Qualitätssicherungszuschlag EUR 1,34 /Fall

8. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs.5 KHG

EUR 1,14/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 0,93/Fall

9. Zuschläge für besondere Tatbestände nach §7 Abs. 1 Ziffer 4 KHEntgG

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 0,39 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen, die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.

10. Zuzahlungen

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.

11. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2012 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2012 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2012 zusammengefasst und abgerechnet.

12. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntgG). Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung und der Patienteninformation über die **Entgelte der wahlärztlichen Leistungen** entnehmen.

Für Wahlleistungen im Bereich der Unterbringung berechnet das Krankenhaus:

a) Komfortzuschlag Einbettzimmer:

Zuschlag von **EUR 130,00** je Tag

b) Komfortzuschlag Zweibettzimmer:

Zuschlag von **EUR 65,00** je Tag

b) 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.

c) 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 01.01.2012 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.10.2011 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten des Tarifes noch ergänzende Fragen haben, steht Ihnen Herr Schumny, Leiter Finanz- und Rechnungswesen, Tel. 0731/177-1020 (intern: App.1020) 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. Bitte prüfen Sie selbst, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung versichert sind.

Mit freundlichen Grüßen

RKU - Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm gGmbH