

**Entgelttarif im Anwendungsbereich des KHEntgG und der BPfIV
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG und § 14 BPfIV**

Die DRK Kliniken Berlin | Köpenick berechnen ab dem 01. Januar 2012 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 (s.g. 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 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 zu 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** beträgt **€2.935,00** 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	=	Entgelt
I05Z	Hüftgelenksersatz ohne Begleiterkrankungen	2,849	*	€ 2.935,00	=	€ 8.361,82
I03A	Hüftgelenksersatz mit Begleiterkrankungen	4,336	*	€ 2.935,00	=	€ 12.726,16

Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersehen. 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.

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 gem. § 5 FPV 2012

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 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 krankenhausesindividuelle 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 krankenhausesindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

4. Sonstige Entgelt für Leistungen gem. § 7 FPV 2012

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

Können für die Leistungen nach Anlage 3a DRG-EKV 2012 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 2012 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 300,00 € abzurechnen.

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

Gem. § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen Entgelte. Eine Auflistung der einzelnen Entgelte liegt im Aufnahmebüro zur Einsicht bereit. Hierbei wird beachtet, dass gem. § 8 Abs. 2 Nr. 3 KHEntgG eine vorstationäre Behandlung neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar ist. 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.

6. Zuschläge

- Qualitätssicherungszuschlag gem. § 17b Abs. 1 KHG und § 137 SGB V **pro Fall 0,87 €**
- Ausbildungszuschlag gem. § 17a Abs. 5 KHG **pro Fall 54,89 €**

7. DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG

Zur Finanzierung der Entwicklung und Pflege des in Deutschland einzuführenden pauschalierenden Entgeltsystems für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) berechnet das Krankenhaus einen **DRG-Systemzuschlag in Höhe von € 1,14** sowie einen **GemBA-Systemzuschlag in Höhe von € 0,93** je voll- und teilstationärem Krankenhausfall. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die in § 17 b KHG benannten Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene abgeführt.

8. Entgelte für sonstige Leistungen

Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.

9. 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.

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

Im Rahmen des Krankenhausinvestitionsprogramms gemäß Art. 14 Abs. 1 Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) berechnet das Krankenhaus gegenüber den Benutzern des Krankenhauses bzw. deren Kostenträgern einen Investitionszuschlag in Höhe von 5,62 € für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes, bei Fallpauschalen für die entsprechenden Belegungstage. Bei teilstationärer Behandlung wird der Zuschlag auch für den Entlassungstag berechnet.

10. 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.

11. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 5 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.

12. Entgelte für Wahlleistungen

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

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 KHEntG). 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 voll-

stationären 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%; bei Leistungen und Zuschlägen von Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten um 15%. 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/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs.2 Satz 3 GOÄ/GOZ) erbracht.

Fachabteilung	Wahlarzt	Vertreter
Klinik für Chirurgie Zentrum für Adipositaschirurgie	Chefarzt Prof. Dr. M. Pross	OÄ Dr. Ch. Ritter
Onkologische medikamentöse Therapie		OÄ Dr. L. Mauthner
Endokrine Chirurgie		OA Dr. M. Sahn
Proktologische Chirurgie		OA Dr. M. Franz
Klinik f. vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie	Chefarzt Dr. M. Naundorf	OÄ Dr. A. Jordan OA P. Rudzik OA M. Marcus
Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie	Chefarzt Dr. F. Reuther	OA Dr. M. Möller
Kniegelenkschirurgie/Sportverletzungen Handchirurgie		OA Dr. R. Stößlein OÄ Dr. B. Memari
Zentrum für Oberflächen-Ersatz an der Hüfte	Prof. M. Faensen	OA Dr. O. Meyer

Fachabteilung	Wahlarzt	Vertreter
Klinik für Innere Medizin – Schwerpunkt Kardiologie Nicht-invasive Diagnostik und MRT Elektrophysiologie	Chefarzt PD Dr. Chr. Opitz	OA Dr. P. Zelzer OÄ Dr. A. Bublak OA Dr. S. Spencker
Klinik für Innere Medizin – Schwerpunkt Gastroenterologie	Chefarzt PD Dr. St. Kahl	OA Dr. M. Hüttig OA R. Szczygiel OA Dr. D. Riegelmann OÄ Dr. L. Marretta OÄ Dr. S. Hesse
Klinik für Neurologie	Komm. CA Dr. G. Scherzinger Komm. CÄ Dr. A. Barthel	
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Gynäkologie Geburtshilfe Onkologie	Chefarzt Dr. J. Schreier	OA H. Jank OA Dr. E. Schreiber OA R. Wieth
Neonatologie	Ltd. Arzt Dr. A. Widera	FÄ G. Schäfer
Brustzentrum	Chefärztin Dr. A. Kleine-Tebbe	OA Dr. O. Pirsig
Klinik für Innere Medizin – Schwerpunkt Angiologie und kardiovaskuläre Frührehabilitation	Chefarzt Dr. P. Klein-Weigel	OÄ Dr. A. Härtwig OÄ Chr. Köning
Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie	Chefarzt PD Dr. H. Kern	OA Dr. R. Ordyniak OA Dr. U. Redlich OA Dr. H. Schuhmacher OÄ Dr. U. Rohr OA Dr. R. Wittich OA G. Ristau

Fachabteilung	Wahlarzt	Vertreter
Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie CT, konventionelles Röntgen, Sonographie, Doppler Mammographie, Mammasonographie MRT Angiographie	Chefärztin Dr. K. Westphalen	OÄ I. Nickel OÄ G. Dubó Herr Dr. Lipke Herr Nesterov
Pathologisches Institut	Chefärztin Dr. C. Radke	OÄ U. Marten
Zentrallabor	Chefarzt Dr. B. Ostapowicz	OA Dr. G. Heymann
Mikrobiologie	Chefärztin Dr. M. Höck	OÄ Dr. S. Dobinsky

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

b. Einsatz von OXINIUM Femurkomponenten: nach Vereinbarung zum Einkaufspreis

c. Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer / 2-Bett-Zimmer :

Allgemeine Stationen:

im 1-Bett-Zimmer:	€ 90,61 je Berechnungstag
im 2-Bett-Zimmer:	€ 45,52 je Berechnungstag

Komfortstation:

im 1-Bett-Zimmer:	€ 145,00 je Berechnungstag
im 2-Bett-Zimmer:	€ 72,50 je Berechnungstag

d. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson

€ 118,74 je Berechnungstag

Unterbringung und Verpflegung einer (med. notwendigen) Begleitperson

€ 45,00 je Berechnungstag

Dieser Zuschlag betrifft nur die Fälle, bei denen die Mitaufnahme einer Begleitperson zwingend medizinisch notwendig ist. Die Höhe des Zuschlages von 45,00 € ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1, Satz 4 KHG geregelt.

e. Mitaufnahme

- **Mitaufnahme Begleitperson in der Frauenklinik:
(nicht Vorwehenzimmer)** € 51,00 je Berechnungstag
- **eines Kleinkindes im Rahmen der ambulanten Haushaltshilfe:**
€ 26,00 je Berechnungstag

f. Gestellung einer Sonderwache € 45,00 je Berechnungsstunde

g. Bereitstellung eines Telefons – Allgemeine Stationen

Grundgebühr	€ 1,70 je Berechnungstag
Gebühreneinheit	€ 0,10

Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist das Lösen einer Chipkarte (siehe Hinweisblatt "Patienten-telefon"), für die ein Pfand von € 10,00 hinterlegt werden muss.

h. Kaufpreis eines Kopfhörers für den Fernseher: € 1,60

i. Multimediapakete auf der Komfortstation

Für Wahlleistungszimmer, die mit Patientenbettterminal ausgestattet sind, besteht die Möglichkeit gegen eine Nutzungsgebühr Multimediapakete zu buchen. Hierzu ist eine Registrierung am jeweiligen Terminal erforderlich. Am Terminal können Sie sich auch über die aktuellen Preise der verschiedenen Multimediapakete informieren. (Rubrik Information)

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01. Januar 2012 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 21. September 2011 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen hierfür gerne Mitarbeiter des Zentralen Patientenmanagements 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. Auch beachten Sie bitte, dass Kosten für Wahlleistungen nur dann von Ihrer privaten Krankenversicherung gezahlt werden, wenn Sie dies mit Ihrer privaten Krankenversicherung vereinbart haben.