

**Entgelttarif im Anwendungsbereich des KHEntG und der BPFIV
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntG und § 14 BPFIV**

Die DRK Kliniken Berlin | Mitte berechnen ab dem 01. Januar 2012 folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 1 KHEntG

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie des KHEntG 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 kon 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	Hüftgelenkersatz ohne Begleiterkrankungen	2,849	*	€ 2.935,00	=	€ 8.361,82
I03A	Hüftgelenkersatz mit Begleiterkrankungen	4,336	*	€ 2.935,00	=	€ 12.726,16

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.

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

Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 DRG-EKV 2012 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausspezifischen 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 KHEntG mit den zuständigen Kostenträgern fall- bzw. tagesbezogene krankenhausspezifische Entgelte vereinbaren.

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

5. 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 KHEntG mit den zuständigen Kostenträgern fall- bzw. tagesbezogene krankenhausspezifische Entgelte vereinbaren.

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

6. 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 KHEntG 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.

7. Zu- und Abschläge

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

8. 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.

9. 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.

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 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 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 Gebüh-

ren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25%; bei Leistungen und Zuschlägen von Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten um 15%. Das Arzthonorar wird in der von den jeweils liquidationsberechtigten Krankenhausärzten geltend gemacht, sofern nicht eine externe Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt tätig wird.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen 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 und Thoraxchirurgie	Chefarzt PD Dr. P. Schneider	OA W. Ostach OA Dr. M. Utzig OA Dr. M. Häßle
Fachabteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie	Chefarzt PD Dr. R. Pfitzmann	OA Dr. M. Häßle
Klinik für vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie	Chefarzt Dr. P. Dollinger	OA B. Arroyo Camejo OÄ Dr. H. Hauptenthal
Klinik für Innere Medizin - Pneumologisches und Schlafmedizinisches Zentrum	Chefarzt Prof. Dr. P. Dorow	OA Dr. P. Meissner
Klinik für Innere Medizin - Schwerpunkt Gastroenterologie	Chefarzt Dr. U. Kleinau	OA Dr. M. Bertullies OA Dr. J. Barth OÄ Dr. M. Weiß
Klinik für Innere Medizin – Schwerpunkt Angiologie und kardiovaskuläre Frührehabilitation ständige Vertreterin Vertreterin für den Bereich Angiologie	Chefarzt Dr. P. Klein-Weigel	OÄ Dr. A. Härtwig OÄ Chr. Köning
Klinik für Abhängigkeitserkrankungen	Chefarzt Dr. H.-J. Keller	OA Dr. Th. Reuter
Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie	Komm. CA Dr. M. Heimesaat	OA Dr. D. Götz OÄ Dr. A. Müller-Garnn OA Dr. J. Akyeli
Zentrum für Oberflächenersatz an der Hüfte	Chefarzt Prof. Dr. M. Faensen	

Fachabteilung	Wahlarzt	Vertreter
Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie Gefäßdiagnostik, interventionelle Maßnahmen am Gefäßsystem Schnittbilddiagnostik (CT, Sonographie, MRT und CT-gestützte Interventionen)	Chefärztin Dr. E. Foert	OA St. Müller OA M. Borchert
Pathologisches Institut	Chefärztin Dr. C. Radke	OA R. Fischer
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. Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer / 2-Bett-Zimmer :

Zuschlag je Berechnungstag

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

c. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson

€ 107,01 je Berechnungstag

d. Gestellung einer Sonderwache

€ 45,00 je Berechnungsstunde

e. Bereitstellung eines Telefons

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

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

f. Kaufpreis eines Kopfhörers für den Fernseher: € 1,80

g. Multimediapakete

Für Wahlleistungszimmer, die mit Patientenbetterminal 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 01. Juni 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.