

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

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

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	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.

1. 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).

2. 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 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 krankenhausspezifischen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

3. 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 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.

4. Entgelte gem. § 13 BPFIV für die Fachabteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie

Das Krankenhaus berechnet bei vollstationärer bzw. teilstationärer Aufnahme in die Fachabteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie einen tagesgleichen

	vollstationär	teilstationär
Basispflegesatz (§ 13 Abs. 3, 4 BPFIV) in Höhe von	€ 75,09	€ 61,08
Abteilungs pflegesatz (§ 13 Abs.2, 4 BPFIV) in Höhe von	€ 253,60	€ 134,34

für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthaltes; der Entlassungs- oder Verlegungstag wird nicht berechnet (§ 14 Abs. 2 BPFIV).

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. 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**

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

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.

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 – 6 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/§ 22 BPIV):

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

Die gesondert berechnbaren 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	Chefarzt Prof. Dr. Th. Steinmüller	OA Dr. K. Gagas
Zentrum f. Minimalinvasive Chirurgie	Chefarzt Prof. Dr. Th. Steinmüller	OA Dr. A. Jaegle
Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie	Chefarzt Dr. Th. John	OA F. Jahn OA Dr. O. Altenkirch OA K. Westmeyer OA Dr. M. Reinke
Zentrum für Wirbelsäulen-Chirurgie und Neurotraumatologie	PD Dr. O. Süß (Ltd. Arzt)	OA Dr. S. Mularski
Zentrum f. Oberflächenersatz an der Hüfte	Chefarzt Prof. Dr. M. Faensen	OA Dr. O. Meyer

Fachabteilung	Wahlarzt	Vertreter
Klinik für Innere Medizin – Schwerpunkt Gastroenterologie	Chefarzt Prof. Dr. R. Büchsel	OÄ Dr. I. Hartje OÄ Dr. U. Schartmann OA St. Helgers
Klinik für Innere Medizin – Schwerpunkt Kardiologie MRT-Untersuchungen:	Chefarzt Dr. R. Schoeller	OA Dr. M. Just-Teetzmann OÄ Dr. C. Graf OA Dr. O. Senf OA Dr. W. Franz
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Gynäkologie Geburtshilfe	Chefarzt Prof. Dr. Chr. Altgassen	OA Dr. Chr. Olbrich OÄ Dr. I. Utz-Billing
Brustzentrum	Ärztlicher Leiter Dr. W. Schoenegg	OÄ Dr. U. Makowiec
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	Chefarzt PD Dr. A. v. Moers	OÄ Dr. I. Schmauser OÄ Dr. J. Rakob OA Dr. M. Herr OA Dr. Chr. Kluthe (Neonatologie)
Klinik für Kinder- und Jugend-psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	Chefarzt Prof. Dr. M. v. Aster	OA O. Hummel OA Dr. A. Brümmerhoff OA Dr. I. Vogl
Hedwig-von-Rittberg Zentrum für Kinder- u. Jugendmedizin – Deutsches Kinder-UrologieZentrum Berlin	Chefärztin PD Dr. Riebe	OA R. Bitterlich
Klinik für Augenheilkunde	Chefarzt PD Dr. Kl.-M. Kreusel	
Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie	Komm. CA Dr. M. Heimesaat	OÄ Dr. A. Santarelli OA J. Dälken OA Dr. K. Seitz OÄ Dr. E. Hohnholt OÄ Dr. E. Hoffmann OA Dr. St. Schmidt OA H. Brewka OA Dr. M. Franz OÄ P. Packeiser OÄ Dr. N. Pfeiffer OÄ Dr. B. Rachut

Fachabteilung	Wahlarzt	Vertreter
Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie	Chefarzt PD Dr. B. Frericks	OÄ Dr. I. Stein OÄ Dr. S. Krohmer
Zentrallabor	Chefarzt Dr. B. Ostapowicz	OA Dr. G. Heymann
Mikrobiologie	Chefärztin Dr. M Höck	OÄ Dr. S. Dobinsky
Pathologisches Institut	Chefärztin Dr. C. Radke	OA R. Fischer OA M. Schwabe OA Dr. Otano-Jos (WE) OÄ U. Marten (KO)
Interdisziplinäre Rettungsstelle und Notaufnahme	Ärztlicher Leiter Dr. D. Schachinger	

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:

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

d. Begleitperson

Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson (Wahlleistung)

(nur möglich, wenn Patient/Patientin den 1-Bett-Zimmer-Tarif gewählt hat)
€ 90,00 je Berechnungstag

Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson in der Geburtshilfe (Wahlleistung)

(nur möglich, wenn Patientin den 1-Bett-Zimmer-Tarif gewählt hat)
€ 50,00 je Berechnungstag

Verpflegung einer Begleitperson (ohne Unterkunft) € 17,50 je Berechnungstag

(Ausnahme: Frauen- und Kinderklinik – siehe e. -)

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 (ohne Verpflegung)

- **der Mutter im Rahmen des Rooming-In** € 10,00 einmalig
(Bereitstellung eines Beistellbettes im Zimmer des Kindes)

- **des werdenden Vaters im Vorwehenzimmer** € 10,00 je Berechnungstag

- **von Müttern in der Neonatologie im Elternappartement** € 5,00 je Berechnungstag

- **eines Kleinkindes im Rahmen der ambulanten Haushaltshilfe** € 26,00 je Berechnungstag

Bei der Teilnahme an der **Essenversorgung** im Rahmen der Mitaufnahme **in der Frauen- und Kinderklinik** sind € 4,00 für das Frühstück, 5,00 € für das Mittagessen (nur Kinderklinik) und € 4,00 für das Abendessen bzw. für das Buffet zu zahlen.

- f. **Gestellung einer Sonderwache** € 45,00 je Berechnungsstunde

- g. **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.

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

Inkrafttreten

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