

***DRG-Entgelttarif für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des  
KHEntgG  
Unterrichtung des Patienten gem. § 8 KHEntgG***

Die RoMed Klinik Bad Aibling berechnet **ab 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 (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, aufwändige diagnostische oder therapeutische Leistungen). Eventuell vorhandene Nebendiagnosen können zudem die Schweregradeinstufung beeinflussen. Für die Festlegung der Diagnosen beziehungsweise Prozeduren stehen Kataloge mit ca. 13.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2012) und ca. 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 textlicher 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 3.036,02 Euro und unterliegt zeitlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

**Beispiel:**

<b>DRG</b>	<b>DRG-Definition</b>	<b>Relativgewicht</b>	<b>Basisfallwert</b>	<b>Entgelt</b>
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	0,641	€3.036,02	€1.946,09
<b>DRG</b>	<b>DRG-Definition</b>	<b>Relativgewicht</b>	<b>Basisfallwert</b>	<b>Entgelt</b>
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoproth. am Kniegelenk mit kompl.-der Diagn. o. Arthrodes	3,214	€3.036,02	€9.757,77

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 wer-

den die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2012 (FPV 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 Zusatzentgeltekatalogen gem. § 5 FPV 2012**

Gem. § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (GKV-Spitzenverbände, 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. Diese Zusatzentgelte können hier nicht einzeln aufgelistet, auf Wunsch aber gerne in der Verwaltung des Krankenhauses eingesehen werden.

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.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2012 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 DRG-EKV 2012 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **€600,00** abzurechnen.

**Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:**

ZE 2012-25	Modulare Endoprothesen Hüftgelenk	pro Fall	€1.100,00
ZE 2012-54	Selbstexpandierende Prothese: Speiseröhre	pro Fall	€995,00
ZE 2012-54	Selbstexpandierende Prothese: Galle	pro Fall	€950,00

**4. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV 2012**

Für die Vergütung von Leistungen, die noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende tages- bzw fallbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	pro Tag	€395,00
------	--	---------	---------

Können für die 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. Können für die Leistungen nach **Anlage 3b**

DRG-EKV 2012 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **€300,00** abzurechnen. Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2012 für Leistungen nach **Anlage 3a** DRG-EKV 2012 keine Entgelte vereinbart, sind auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **€450,00** abzurechnen.

5. **Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 3 KHEntgG**  
derzeit nicht vereinbart
  
6. **Zu- und Abschläge gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 4 KHEntgG**
  - a) Gem. § 17 a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten.  
Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig: **€65,66**
  - b) Ferner berechnet das Krankenhaus gem. § 17b Abs. 1 Satz 4 und 6 KHG einen Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **€45,-** pro Tag gegenüber der Krankenkasse.
  
7. **Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 6 KHEntgG**  
derzeit nicht vereinbart
  
8. **Qualitätssicherungszu- und -abschläge nach § 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG**  
Qualitätssicherungszuschlag entspr. der 2. Ergänzungsvereinb. zur Qualitätssicherung  
**in Höhe von €0,90**
  
9. **Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben**
  - a) DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall  
**in Höhe von €1,14**
  
  - b) Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a i.V.m. § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139 c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall  
**in Höhe von €0,93**
  
10. **Weitere Zu- und Abschläge**  
Derzeit nicht vereinbart
  
11. **Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gem. § 115a SGB V**  
Gem. § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind:
  - a) **vorstationäre Behandlung**
    - Innere Medizin € 147,25
    - Allgemeine Chirurgie € 100,72
    - HNO € 78,74
  
  - b) **nachstationäre Behandlung**
    - Innere Medizin € 53,69
    - Allgemeine Chirurgie € 17,90
    - HNO € 37,84

Zusätzlich zu den Pauschalen für vor- oder nachstationäre Behandlung können Leistungen mit medizinisch technischen Großgeräten, (Computer-Tomographie-Geräte – CT, Magnet-Resonanz-Geräte – MR, Linksherzkatheter-Messplätze – LHM, Hochvolttherapie-Geräte, Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte – PET) nach entsprechenden DKG-NT-Ziffern abgerechnet werden

Gem. § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 KHEntgG ist eine **vorstationäre Behandlung** neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. 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.

## 12. Entgelte für sonstige Leistungen

- a) Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
- b) Für die Vorname der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus €35,-

## 13. 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 € 10,00 je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V **im Auftrage der gesetzlichen Krankenkassen** eingezogen.

## 14. Wiederaufnahme und Rückverlegung

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

## 15. Belegärzte, Beleghebammen, Belegentbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 11 sind nicht abgegolten:

- a) die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses;
- b) die Leistungen von Beleghebammen bzw. Belegentbindungspflegern.

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Beleghebamme / dem Belegentbindungspfleger gesondert berechnet.

## 16. 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 oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a SGB V) be-

rechtigt 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 die Verwaltung des Krankenhauses oder 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:

<b>Fachabteilung</b>	<b>Wahlarzt</b>	<b>Ständiger ärztl. Vertreter</b>
<b>Anästhesie</b>	Chefarzt Dr. med. Pfeiffer	Oberarzt: K. Gebert Oberarzt: Dr. M. Konert Fachärzte: R. Marcon J. Kieser Dr. Engel-Hebestreit
<b>Chirurgie</b>	Chefarzt Priv. Doz. Dr. med. Brandmair  Dr. MU Adamco Dr. MU Zsilinszky Dr. med. König Dr. med. Köster Dr. med. Schiller Dr. med. Windsberger Dr. med. Scheele Dr. med. Sandweg	Oberarzt: K. Maier Fachärzte: Dr. med. Prediger
<b>Innere Medizin</b>	Chefarzt Priv. Doz. Dr. med. Eckel	Oberarzt: Dr. med. Thöres Oberarzt: Dr. med. Ahrens Oberarzt: Dr. med. Kabisch

#### Auswärtige Untersuchungsinstitute / Konsiliarärzte

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

#### **b) Unterkunft**

Die Gesamtkosten für die Unterbringung werden aus den Kosten pro Berechnungstag gebildet. Berechnungstag in diesem Sinne ist der Tag der Aufnahme zuzüglich jedes weiteren Aufenthaltstages. Der Tag der Entlassung bzw. Verlegung wird bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

**c) Begleitperson**

- Für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson, welche aus medizinischen Gründen **nicht erforderlich** ist (**Wahlleistung**), werden **€45,00** pro Tag berechnet.
- Die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson von Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (maßgebend Aufnahmetag) erfolgt kostenfrei

**d) Unterbringung:**

- Unterbringung in einem **1-Bett-Zimmer €44,22** Zuschlag je Berechnungstag.

- e) Telefon:** Taktung der Einheiten nach dem Tarif der Dt. Telekom **€1,00 je Berechnungstag; €0,10 je Einheit;**

**f) Sonstige Wahlleistungen**

- Tubenligatur (Pauschale ohne Arztkosten des Operateurs) **€353,91**
- Tubenligatur während bereits bestehendem stat. Aufenthalt aus anderen Gründen (Pauschale ohne Arztkosten des Operateurs) **€315,00**

***Inkrafttreten***

Dieser **DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2012 in Kraft**. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.07.2011 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung. Auch können Sie in der Patientenverwaltung Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie die zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen.

Alle relevanten Dokumente sowie weiterführende Informationen finden Sie auf der offiziellen Homepage des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Die Adresse ist: [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)

**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.**