



DRG-Entgelttarif 2012 und Unterrichtung der Patienten gemäß § 8 KHEntgG

**Franziskus-Krankenhaus
Budapester Straße 15-19
10787 Berlin**

Rechtsträger:

**St.Georgsstift e.V.
Klosterstraße 14
49832 Thuine
Kreis Emsland**

Gültig ab 01. Januar 2012

ALLGEMEINES

Das Franziskus-Krankenhaus berechnet

1) Fallpauschalen (DRGs) gemäß § 7 Abs. 1 Ziff. 1 KHEntgG

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Franziskus-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 bzw. 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 genaue Definition jeder einzelnen DRG ist im jeweils aktuell gültigen DRG-Klassifikationssystem (DRG-Definitionshandbuch) festgelegt. Das 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 2.935,00 Euro und unterliegt,



meist jährlichen, Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Relativgewicht und Basisfallwert hypothetisch)

DRG	DRG-Defintion	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
J64A	Infektion oder Entzündung der Haut und Unterhaut	1,232	2.935,00 €	3.615,92 €
I18A	Wenig komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Ellenbogengelenk	0,777	2.935,00 €	2.280.50 €

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 bzw. 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) gemäß gem. § 1 Abs. 2 und 3 sowie § 3 Abs. 1 und 2 DRG-EKV 2012

Der nach der oben beschriebenen DRG-Systematik zu ermittelnde Preis setzt voraus, dass DRG-spezifische Grenzen für die Verweildauer im Franziskus-Krankenhaus nicht über- oder unterschritten werden. Bei Über- und Unterschreiten dieser Verweildauern werden gesetzlich vorgegebene Zu- und 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 Zusatzentgeltkatalog gemäß § 5 FPV 2012

Gemäß § 17b Abs. 1 Satz 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 zur 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. Dies sind:

ZE2011-08 : Sonstige Dialyse	760,00 €
ZE2011-53 : Stentgraft-Prothese bei Aortenaneurysmen	23.200,00 €

Können für 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 2011 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 DRG-EKV 2012 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.



4) Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2012

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2012 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, hat das Franziskus-Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart:

B61Z: Akute Erkrankung und Verletzungen des Rückenmarkes (tagesbezogenes Entgelt)	387,27 €
---	----------

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. Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2011 Leistungen nach Anlage 3a DRG-EKV 2012 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von §8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag 450,00 € abzurechnen.

5) Zuschlag und Abschläge gem. § 7 Ziff. 4 KHEntgG

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

- Der Ausbildungszuschlag beträgt pro Fall **€ 54,89**

Ferner berechnet das Krankenhaus gem.§ 17b Abs. 1 Satz 4 und 6 KHG folgenden Zuschlag: Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von 45,00 € pro Tag

6) Qualitätssicherungszuschlag nach § 7 Abs. 1 Ziffer 7 KHG

Qualitätssicherungszuschlag in Höhe von **€ 0,87**
pro voll- und teilstationärem Krankenhausfall.

7) Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden voll- und teilstationären Krankenhausfall **€ 1,14**

Der Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall beträgt **€ 0,93**

8) Weitere Zu- und Abschläge

-Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7 a Satz 1 SGB V für die Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der elektronischen Gesundheitskarte für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **€ 1,41**

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

Gemäß § 115a SGB V berechnet das Franziskus-Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte:



Fachabteilung	vorstationäre Behandlung in €	nachstationäre Behandlung in €
Innere Medizin	147,25	53,69
Chirurgie	100,72	17,90
Urologie	103,28	41,93

Gemäß § 8 Abs. 2 Nr. 4 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 Behandlungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale (DRG) übersteigt.

10) Entgelte für sonstige Leistungen

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

11) Zuzahlungen

Als Eigenbeteiligung zieht das Franziskus-Krankenhaus vom gesetzlich krankenversicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein (gem. § 39 Abs. 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit € 10,- je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Franziskus-Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** eingezogen.

12) Wiederaufnahme und Rückverlegung

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

13) 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 Franziskus-Krankenhauses beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten Ärzte des Franziskus-Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der voll- und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung¹ berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Franziskus-Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit das Franziskus-Krankenhaus selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.

Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung, siehe

¹ Vgl.: § 115a SGB V



auch das Beiblatt: **wichtige Informationen vor der Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen.**

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 ist.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Franziskus-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, weitere Informationen.

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Innere Abteilung	Prof. Dr. med. Schmidt-Lucke	OA Dr. med. Unckell
Chirurgische Abteilung	PD Dr. med. Rückert	OA Dr. med. Hanack
Urologische Abteilung	Prof. Dr. med. Beer	OA Dr. med. Ruffert
Uro-Gynäkologie	OA Dr. med. Boeckmann	
Röntgenabteilung	PD. Dr. med. Enzweiler	
Anästhesieabteilung	CA Dr. med. Foer	

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

Selbstverständlich werden Ihnen auch ohne Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung alle medizinisch erforderlichen Leistungen zuteil, jedoch richtet sich dann die Person des behandelnden Arztes ausschließlich nach der medizinischen Notwendigkeit.

b. Unterbringung im 1-Bett-Zimmer

Zuschlag je Berechnungstag € **97,90**

c. Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer

Zuschlag je Berechnungstag € **53,85**

d. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson

Zuschlag je Berechnungstag € **85,00**

e. Gestellung und Nutzung eines Telefonapparates

Zuschlag je Berechnungstag € **1,00**

Telefongespräche werden mit € **0,12**
pro Gebühreneinheit (Taktung Dt. Telekom) berechnet.

f. Nutzung des Patientenfernsehens

Kein Zuschlag je Tag, jedoch einmalig Einrichtungsgebühr € **1,25**

Fernseheneinheit (10 Minuten) je 0,18 €, maximal täglich € **2,10**



Inkrafttreten

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

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen ihnen folgende Mitarbeiter unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung:

Patientenverwaltung: Herr Seiring Tel 3009
Medizincontrolling: Herr Scholz Tel 3026

Gleichzeitig können Sie dort auch Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie die zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen.

Insgesamt kann die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Walleistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten.

Dies gilt insbesondere für Selbstzahler.

Prüfen sie bitte, ob sie im vollen Umfang für eine Krankenhausbehandlung versichert sind.