

# DRG-Entgelttarif 2011

für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und  
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Das Evangelische Geriatriezentrum Berlin berechnet ab dem 01.01.2011 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 circa 13.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2011) und circa 28.000 Prozeduren (OPS-301 Version 2011) 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 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<sup>1</sup>. Der derzeit gültige Basisfallwert liegt bei **2.963,82 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
<b>B79Z</b>	Schädelfrakturen	0,611	€ 3.000	€ 1.833
<b>I04Z</b>	Revision und Ersatz des Kniegelenks mit komplexer Diagnose oder Arthrodes	3,399	€ 3.000	€ 10.197

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 2011 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2011 (FPV 2011) 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 2011

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 Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV 2011).

## 3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV 2011

Gem. § 17 b Abs. 1 S. 12 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der 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 2011 werden die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2011 vorgegeben. Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit der Anlage 6 zu FPV 2011 genannten Zusatzentgelte krankenhausindividuelle 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 FPV 2011 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

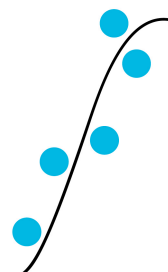
Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2011 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2011 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntG für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

## 4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2011

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2011 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

Tagesbezogene Entgelte :

<b>TK (§ 6 KFPV 2011)</b>	Teilstationäre Leistungen nach § 6 Abs. 1 S. 1 KHEntG	<b>100,64 €</b>
<b>A90A</b>	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung umfassende Behandlung	<b>189,14 €</b>
<b>A90B</b>	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung Basisbehandlung	<b>163,00 €</b>
<b>B61Z</b>	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks	<b>255,00 €</b>
<b>K01A</b>	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen mit Frührehabilitation und Geriatrischer Komplexbehandlung	<b>225,00 €</b>



EGZB

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2011 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 FPV 2011 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 für Leistungen nach Anlage 3a FPV 2011 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S.3 KHEntgG für jeden Belegungstag 450,00 € abzurechnen.

## 5. Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 4 KHEntgG und sonstige Zu- und Abschläge ab dem 01.01.2011

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

---

<b>Ausbildungszuschlag</b>	je voll- und teilstationärem Fall	<b>56,68 €</b>
----------------------------	-----------------------------------	----------------

Ferner berechnet das Krankenhaus gem. § 17 b Abs. 1 S. 4 und 6 KHG folgenden Zuschlag:

---

<b>Aufnahme von Begleitpersonen</b>	pro Tag	<b>45,00 €</b>
-------------------------------------	---------	----------------

## 6. Qualitätssicherungszuschläge nach § 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG

Zuschlag für externe vergleichende Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 137 SGB V zur Finanzierung der Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

---

<b>Qualitätssicherungspauschale CQS</b>	je vollstationärem Fall	<b>0,88 €</b>
---	-------------------------	---------------

Von diesem Zuschlag wird ein Anteil in Höhe von 0,29 € an das Land bzw. den Bund abgeführt.

## 7. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG  
zur Finanzierung der Weiterentwicklung und Pflege des pauschalierenden Entgeltsystems

<b>DRG-Systemzuschlag stationär</b>	je voll- und teilstationärem Fall	<b>1,13 €</b>
-------------------------------------	-----------------------------------	---------------

Dieser Zuschlag wird in voller Höhe an das Institut für das Entgeltsystems im Krankenhaus gGmbH abgeführt.

Systemzuschlag nach § 91 SGB V und § 139a a i. V. § 139c SGB V  
zur Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschuss und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit

<b>Systemzuschlag (GBA) CBQ</b>	voll- und teilstationärem Fall	<b>0,80 €</b>
---------------------------------	--------------------------------	---------------

Dieser Zuschlag wird in voller Höhe an den Gemeinsamen Bundesausschuss abgeführt.

### **Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 4 Abs. 6 KHEntgG**

In Höhe von	je vollstationärem Fall	<b>50,00 €</b>
-------------	-------------------------	----------------

## 8. Entgelte für sonstige Leistungen

Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnet 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 zur Zeit **€ 10,- je Kalendertag** (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43b Abs. 3 SGB V im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen eingezogen.

## 10. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2011 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2011 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2011 zusammengefasst und abgerechnet.

## 11. 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 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 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:

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
<b>Geriatric</b>	<b>Prof. Dr. E. Steinhagen-Thiessen</b>	<b>OÄ Dr. Kirdorf-Eisenblätter</b>

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</b>	je Berechnungstag	<b>75,22 €</b>
<b>Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer</b>	je Berechnungstag	<b>43,10 €</b>
<b>Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson</b>	je Berechnungstag	<b>45,00 €</b>
<b>Telefongebühren</b>	Kostenpauschale	<b>20,00 €</b>

## 12. Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif gilt ab 01.01.2011.  
Gleichzeitig wird der Entgelttarif vom 01.06.2010 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:

**Frau Ebeling    Tel (030) 45 94 – 12 27**

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.

**Anmerkungen:**

<sup>1</sup> Der Basisfallwert kann gemäß § 15 Abs. 2 . 1 KHEntG Verrechnungsbeträge in Form von Zu- und Abschlägen enthalten.

<sup>2</sup> Die Höhe des Zuschlages von 45,00 € ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG geregelt. Dieser Zuschlag betrifft im Übrigen nur die Fälle der medizinisch notwendigen Aufnahme von Begleitpersonen und ist von der wahlweisen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson zu unterscheiden.

<sup>3</sup> Nach § 22 Abs. 1 der am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser werden die Zuschläge nunmehr für jeden abgerechneten vollstationären Krankenhausfall erhoben.