

Fd 90–9/2 Erläuterungen zur Rechnung für stationäre Krankenhausaufenthalte

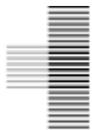
Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Komplexität der gesetzlichen Bestimmungen erschwert leider die Lesbarkeit und Nachvollziehbarkeit Ihrer Krankenhausrechnung. Zum besseren Verständnis haben wir Ihnen daher hier die wichtigsten Informationen zum Thema zusammengestellt; Im Zuge der Vollständigkeit sind dabei eventuell auch Erläuterungen enthalten, die für Ihre Behandlung keine Rolle spielen.

Nach einigen einführenden Begriffserklärungen stellen wir Ihnen kurz die wichtigsten Eckpunkte der Entgeltabrechnung im stationären Krankenhausbereich sowie die gesetzlichen Grundlagen dazu vor.

1. Erklärung der verwendeten Begriffe

Fallnummer	Nummer, unter der Ihre Behandlung im Krankenhaus geführt wurde
Fallbeginn/Fallende	Erster und letzter Behandlungstag in unserem Haus
Hauptdiagnose	Wesentlicher Anlass für Ihre stationäre Aufnahme
IK-Nr.	Institutionskennzeichen, ein für jedes Krankenhaus eindeutiges Merkmal
Aufnahmedaten	Grund und Zeit der Aufnahme ins Krankenhaus, aufnehmende Fachabteilung, Aufnahmediagnose, Aufnahmegewicht (bei Säuglingen) und einweisende Stelle
Entlassdaten	Grund und Zeit der Entlassung, entlassende Fachabteilung sowie ggf. nachbehandelndes Krankenhaus
DRG-Daten	Offizielle Bezeichnung und Schlüssel der abzurechnenden Fallpauschale, Dauer einer etwaigen künstlichen Beatmung während des Aufenthalte und Verweildauer = Dauer des stationären Aufenthaltes im Krankenhaus (der Tag der Entlassung wird dabei nicht zum Aufenthalt gezählt, es sei denn, die Entlassung erfolgt am gleichen Tag wie die Aufnahme. Bei teilstationären Aufenthalten wird jeder Tag berechnet). Außerdem der Basisfallwert, die Bewertungsrelation (Relativgewicht) der ermittelten DRG und das daraus resultierende Entgelt (Produkt aus Bewertungsrelation und Basisfallwert, Erläuterung der Preisermittlung siehe Punkt 2.1). Zuletzt werden die untere (uGVD), mittlere (mGVD) und obere (oGVD) Grenzverweildauer der DRG laut Fallpauschalenkatalog angegeben.
Eventuell Zu-/Abschläge zur DRG	Angabe eines ggf. abzurechnenden Ab- oder Zuschlages zur DRG mit Begründung sowie der Anzahl der Tage, um die die untere oder mittlere Grenzverweildauer unterschritten bzw. die obere Grenzverweildauer überschritten wurde, der Bewertungsrelation je Tag der Über- oder Unterschreitung der GVD sowie des Betrags, um den DRG-Entgelt gekürzt bzw. erhöht wird.
Pflegeentgelt (tagesbezogen)	Angabe des tagesbezogenen Pflegeentgelts zur Abzahlung des Pflegebudgets mit Angaben zu Entgeltwert, der Bewertungsrelation, der pflegerelevanten Verweildauer und des Entgeltes pro Tag.
Diagnosen	Der DRG zugrunde gelegte Diagnosen mit Datum, Schlüssel und Bezeichnung
Prozeduren	Durchgeführte Leistungen (Operationen sowie aufwändige diagnostische oder therapeutische Leistungen) mit Datum, Schlüssel und Bezeichnung
IRD-Daten	Daten des Melderegisters gemäß IRegG für implantatbezogene Maßnahmen (alphanumerischer Meldebestätigung, auslösende OPS, Produktzuordnung, Hash-String sowie Hashwert). Weitere Informationen dazu finden Sie bei Im- und Explantationen als Beiblatt zum Arztbrief.



Fd 90–9/2 Erläuterungen zur Rechnung für stationäre Krankenhausaufenthalte

2. Entgeltabrechnung im stationären Krankenhausbereich

Die Abrechnung richtet sich unabhängig von der Art Ihrer Krankenversicherung nach den gesetzlichen Vorgaben des fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) in Verbindung mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), der Bundespflegesatzverordnung (BpflV), dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) und der Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPPV) samt Anlagen in der jeweils gültigen Fassung.

Demnach werden allgemeine Krankenhausleistungen im Regelfall über diagnoseorientierte Fallpauschalen (sog. Diagnoses Related Groups - DRG) abgerechnet. Entsprechend der DRG-Systematik bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalles. Einen Verweis zur aktuellen Fallpauschalenvereinbarung und PEPP-V sowie den aktuell gültigen DRG- und PEPP-Entgelttarif mit den für unser Haus vereinbarten Leistungen und Preisen ist unter www.uk-erlangen.de/patienten/antwort-auf-haeufige-fragen bei den Informationen für Patienten von A – Z („S“ wie Selbstzahler / Privatversicherte) zu finden.

2.1 DRG-Entgelte

DRG Ermittlung

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 und ca. 30.000 Prozeduren zur Verfügung. Daneben können weitere Faktoren wie z. B. das Alter oder die Entlassungsart Auswirkung auf die Zuweisung zu einer DRG haben. Die genaue Definition der einzelnen DRGs ist im jeweils aktuell bundesweit gültigen Definitionshandbuch festgelegt.

Preisermittlung für die DRG

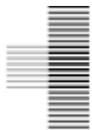
Jede DRG ist im Fallpauschalenkatalog mit einer Bewertungsrelation, dem sog. Relativgewicht versehen. Dieses Relativgewicht ist ein Kostengewicht und drückt den ökonomischen Aufwand im Vergleich zu einer Bezugsgröße (= 1,0) aus. Das abzurechnende Entgelt ergibt sich aus einer Multiplikation dieser Bewertungsrelation mit dem Landesbasisfallwert, einer rechnerischen Größe, die für das jeweilige Bundesland einheitlich vorgegeben wird.

Fallzusammenführungen

In genau definierten Fällen ist das Krankenhaus verpflichtet, mehrere zeitlich kurz aufeinander folgende Einzelaufenthalte eines Patienten abrechnungstechnisch zu einem Gesamtfall zusammenzuführen. Der Patient erhält dann auch nur eine Rechnung dafür.

Abschlag bei GVD-Unterschreitung / Zuschlag bei GVD-Überschreitung

Der nach der oben beschriebenen Systematik zu ermittelnde Preis für die DRG setzt voraus, dass spezifische Grenzen für die Verweildauer im Krankenhaus nicht über- oder unterschritten werden. Unterschreitet die Verweildauer im Krankenhaus eine je DRG-Fallpauschale festgelegte untere Grenzverweildauer (GVD), so wird das abrechenbare Entgelt gemindert. Umgekehrt können Zuschläge abgerechnet werden, wenn Sie länger im Krankenhaus bleiben und somit die obere Grenzverweildauer einer Fallpauschale überschritten wird. Auch für jeden GVD-Zu- oder Abschlag ist im



Fd 90–9/2 Erläuterungen zur Rechnung für stationäre Krankenhausaufenthalte

Fallpauschalenkatalog eine Bewertungsrelation definiert. Die Multiplikation dieser Bewertungsrelation mit der Zahl der jeweiligen die Grenzverweildauer unter- bzw. überschreitenden Tage und dem Landesbasisfallwert ergibt den Ab- bzw. Zuschlag.

Abschlag bei Verlegung in ein anderes Krankenhaus

Neben den bereits aufgeführten unteren und oberen Grenzverweildauern sind für die meisten DRGs auch mittlere Grenzverweildauern mit dazu gehörigen Bewertungsrelationen definiert. Sind Sie im Laufe Ihrer Behandlung in ein anderes Krankenhaus verlegt worden oder kamen Sie aus einem anderen Krankenhaus zu uns, wird geprüft, ob diese mittlere Verweildauer bei uns im Krankenhaus erreicht wurde, ansonsten wird ein Abschlag vorgenommen. Die Höhe des Abschlages je Tag ergibt sich wieder durch Multiplikation des Basisfallwerts mit der Bewertungsrelation. Die Zahl der Tage, für die ein Abschlag vorzunehmen ist, errechnet sich durch Abzug der Belegungstage insgesamt (also Ihrer tatsächlichen Verweildauer im Krankenhaus) von der kaufmännisch auf die nächste ganze Zahl gerundeten mittleren Verweildauer laut Fallpauschalenkatalog.

Hybrid-DRGs

Gemäß § 115f SGB V vereinbaren der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einen Katalog an Leistungen, die auf Grundlage einer speziellen sektorengleichen Vergütung, genannt „**Hybrid-DRG**“, vergütet werden.

Tagesbezogenes Pflegeentgelt

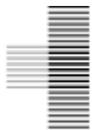
Zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen ist gemäß § 6a Abs.1 Satz 1 KHEntgG ein krankenhausespezifisches Pflegebudget zu vereinbaren. Die Abzahlung dieses Pflegebudgets erfolgt über tagesbezogene Pflegeentgelte. Der Gesamtbetrag ergibt sich durch Multiplikation des tagesbezogenen Pflegeentgeltes mit der Anzahl der Belegungstage (Verweildauer).

2.2 Zusatzentgelte

Die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (Spitzenverbände der gesetzlichen und privaten Krankenkassen und Deutsche Krankenhausgesellschaft) haben Zusatzentgelte vereinbart, die das Krankenhaus ergänzend zu der DRG-Fallpauschale abrechnen kann. Diese Entgelte sind der Höhe nach für jedes Krankenhaus in Deutschland identisch. Welche Zusatzentgelte dies sind, ergibt sich aus der Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 und 8 zur Fallpauschalenvereinbarung (FPV). Daneben können auf Grundlage der Anlage 4 in Verbindung mit den Anlagen 6 und 7 zur Fallpauschalenvereinbarung krankenhausespezifische Zusatzentgelte abgerechnet werden. Der abzurechnende Betrag wird vom Krankenhaus individuell mit den Kostenträgern vereinbart.

2.3 Sonstige Entgelte

Hierbei handelt es sich um die Vergütung von Leistungen, die noch nicht von den DRG-Fallpauschalen oder den bundeseinheitlichen Zusatzentgelten abgedeckt werden. Hier hat das Krankenhaus nach § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern fall- bzw. tagesbezogene krankenhausespezifische Entgelte vereinbart. Hierzu zählen z.B. das tagesbezogene Entgelt für das Epilepsiezentrum oder die teilstationären Leistungen unserer Tageskliniken.



Fd 90–9/2 Erläuterungen zur Rechnung für stationäre Krankenhausaufenthalte

2.4 Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen

Für Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 Abs. 1, S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2a KHEntgG gesonderte Zusatzentgelte vereinbart. Ein Beispiel hierfür ist etwa die Hyperthermie-Behandlung.

2.5 Zusatzentgelt für Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2

Für Kosten, die dem Krankenhaus für Testungen von Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden, auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 entstehen, rechnet das Krankenhaus auf Grund der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG ein gesondertes Zusatzentgelt ab.

2.6 Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Vergütung noch nicht sachgerecht mit DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten vorgenommen werden kann, sind gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG durch gesonderte Zusatzentgelte abzurechnen. Die Höhe der Entgelte ist zwischen dem Krankenhaus und den Kostenträgern vereinbart.

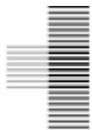
2.7 Entgelte für psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Behandlungen

Bei Behandlung in der Universitätspsychiatrie erfolgt die Abrechnung nicht mittels DRG-Fallpauschalen, sondern analog dazu anhand der sog. Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPPV) in der jeweils aktuellen Fassung.

2.8 Zuschläge und Abschläge

Folgende Zu- bzw. Abschläge werden ggfs. bei Ihrer Rechnung mitberücksichtigt:

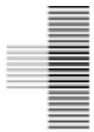
- Ausbildungszuschlag gem. § 17a KHG: Zur Finanzierung von Ausbildungskosten wird ein Ausbildungszuschlag erhoben.
- Ausbildungszuschlag nach §33 PflBG: Im Rahmen der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufe-Gesetz wird ein eigener Ausbildungszuschlag berechnet.
- Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte nach § 17 b Abs. 1a KHG: Stellt das Krankenhaus ein Zentrum, z.B. ein Tumorzentrum oder einen Schwerpunkt in der medizinischen Versorgung dar, wird ein prozentualer Zuschlag auf DRG, ZE und sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG für die Erhaltung und den Ausbau dieser Zentren berechnet.
- Qualitätssicherungs- (QS) Zuschlag gem. § 17b Abs. 1 KHG und § 137 SGB V: Die Krankenhäuser sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage des § 137 SGB V zu beteiligen. Zur Finanzierung dieser externen Qualitätssicherung werden Zuschläge erhoben.
- Zuschlag Schlaganfallpatienten: In Bayern erfolgt die Abrechnung eines speziellen Zuschlages zur Sicherung der Behandlungsqualität bei Patienten mit einem Schlaganfall



Fd 90–9/2 Erläuterungen zur Rechnung für stationäre Krankenhausaufenthalte

nach den Vorgaben der Dokumentation, die sich an der ICD-Einschluss- und Ausschlussliste der BAQ orientiert.

- Systemzuschlag nach § 8 Abs. 9 KHEntgG: Zusammenfassung der Zuschläge zur Entwicklung, Einführung und laufenden Pflege des Systems der Abrechnung nach Fallpauschalen (DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG) sowie zur Sicherstellung eines einheitlichen Qualitätsstandards der Krankenhausbehandlung und der Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA-Zuschlag). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die in § 17 b KHG benannten Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene abgeführt.
- Zuschlag Pflegeförderprogramm nach § 4 Abs. 8 KHEntgG auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG
- Zuschlag Infektiologieförderprogramm nach § 4 Abs. 9 KHEntgG: Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene
- Pflegezuschlag nach § 8 Abs. 10 KHEntgG auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte
- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen: Sollte im Rahmen der Behandlung aus medizinischen Gründen die Mitaufnahme einer Begleitperson erforderlich sein, kann nach § 17b Abs. 1a Nr. 7 KHG für jeden Belegungstag (ausgenommen Entlassungs- oder Verlegungstag) ein Zuschlag für Unterkunft und Verpflegung der Begleitperson abgerechnet werden
- Ab- bzw. Zuschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG
- Abschlag für erbrachte Mehrleistungen gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG
- Zuschlag für Mehrkosten (G-BA), die durch Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung entstehen, nach G-BA gemäß §5 Abs. 3c KHEntgG
- Fixkostendegressionsabschlag gemäß §4 Abs. 2b Satz 5 bzw. Satz 7 KHEntgG. Dieser Abschlag wird prozentual zur die effektive Bewertungsrelation berechnet
- Zuschlag für die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen gemäß §17b Abs. 1a Nr. 4 KHG
- Zuschlag Corona Mehraufwand: Zur pauschalen Abgeltung von Preis- und Mengensteigerungen infolge des Coronavirus SARS-CoV-2, insbesondere für persönliche Schutzausrüstungen, wird gemäß § 21 Abs. 6 KHG für jeden Patienten, der zur voll- oder teilstationären Behandlung in ein Krankenhaus aufgenommen wird, ein Zuschlag je voll- oder teilstationärem Fall erhoben
- Zuschlag zum pauschalen Ausgleich nicht refinanzierter Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals nach §8 Abs. 11 KHEntgG bzw. nach §8 Abs. 7 BPfIV
- Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG



Fd 90–9/2 Erläuterungen zur Rechnung für stationäre Krankenhausaufenthalte

- Zuschlag klinische Sektionen (Obduktionen) nach § 5 Abs. 3b KHEntgG
- Zuschlag zur Finanzierung des Hebammenförderprogramms nach § 4 Abs. 10 KHEntgG
- Zuschlag zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG
- Telematikzuschlag nach § 377 Abs. 1 und 2 SGB V
- Zuschlag zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin gem. §4a Abs. 4KHEntgG
- Zuschlag zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern nach §5 Abs. 2c KHEntgG
- Zuschlag für den Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgangs nach § 21 Abs. 10 KHG
- Zuschlag zur Implantateregistermeldevergütung nach § 17b Abs. 1a Nr. 9 KHG

Die aktuell gültige Höhe der jeweiligen Ab- bzw. Zuschläge finden Sie in unserem DRG-Entgelt- und Pflegekostentarif.

2.9 Wahlleistungen Unterkunft

Dabei handelt es sich um eine Zusatzleistung des Krankenhauses, deren Erbringung Sie separat vereinbart haben. Berechnet werden der Tag der Aufnahme und jeder weitere Aufenthaltstag, nicht jedoch der Tag der Entlassung oder der Verlegung.

2.10 Medizinische Wahlleistungen

Außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommene medizinische Wahlleistungen werden gesondert berechnet. Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung und der Patienteninformation dazu entnehmen.