

## Erläuterungen zur Rechnung für stationäre Krankenhausaufenthalte

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Komplexität der gesetzlichen Bestimmungen erschwert die Lesbarkeit und Nachvollziehbarkeit Ihrer Krankenhausrechnung. Zum besseren Verständnis haben wir Ihnen daher hier die wichtigsten Informationen zum Thema zusammengestellt; dabei sind 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.

### Erklärung der verwendeten Begriffe

**IK-Nr.:** Institutionskennzeichen, ein für jedes Krankenhaus eindeutiges Merkmal

**Fallnummer:** Nummer, unter der Ihre Behandlung im Krankenhaus geführt wurde

**Aufnahme-/Entlassdaten:** Erster und letzter Behandlungstag in unserem Haus, Grund und Zeit der Aufnahme ins Krankenhaus, aufnehmende Fachabteilung, Aufnahmediagnose, Aufnahmegewicht (bei Säuglingen) und einweisende Stelle, Grund und Zeit der Entlassung, entlassende Fachabteilung sowie ggf. nachbehandelndes Krankenhaus

**Hauptdiagnose:** Wesentlicher Anlass für Ihre stationäre Aufnahme

**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

**DRG-Bezeichnung:** Offizieller Wortlaut der abzurechnenden Fallpauschale

**DRG-Schlüssel:** Offizieller Schlüssel der abzurechnenden Fallpauschale

**Beatmungsstunden:** Dauer einer etwaigen künstlichen Beatmung während des Aufenthaltes

**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)

**Basisfallwert:** Landesbasisfallwert, Erläuterung siehe Punkt 2

**Bewertungsrelation:** Bewertungsrelation (Relativgewicht) der ermittelten DRG

**Entgelt:** Abzurechnendes (DRG-)Entgelt, (Produkt aus Bewertungsrelation und Basisfallwert)

**Untere GVD:** Untere Grenzverweildauer (uGVD) der DRG laut Fallpauschalenkatalog

**Mittlere GVD:** Mittlere Grenzverweildauer (mGVD) der DRG laut Fallpauschalenkatalog

**Obere GVD:** Obere Grenzverweildauer (oGVD) der DRG laut Fallpauschalenkatalog

### 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 Verordnung zum DRG-Entgeltkatalog (DRG-EKV) und der Fallpauschalenvereinbarung 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. Der aktuelle Fallpauschalenkatalog sowie das aktuell gültige Preisverzeichnis mit den für unser Haus vereinbarten Leistungen und Preisen liegen zur Einsichtnahme in der Krankenhausverwaltung bereit.

### 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 über 15.000 Diagnosen und über 29.000 Prozeduren zur Verfügung. Daneben können weitere Faktoren wie z. B. das Alter 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. Sie erhalten dann auch nur eine Rechnung dafür.

### Abschlag bei GVD-Unterschreitung / Zuschlag bei GVD-Überschreitung

Unterschreitet Ihre 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 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.

#### **Zusatzentgelte (ZE)**

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.. Daneben können auf der Grundlage der Anlage 4 in Verbindung mit den Anlagen 6 und 7 zum DRG-Entgeltkatalog krankenhausspezifische Zusatzentgelte abgerechnet werden. Der abzurechnende Betrag ist vom Krankenhaus individuell mit den Kostenträgern vereinbart. Zusatzentgelte sind z.B. für die Gabe besonderer Medikamente oder für spezielle Operationen abzurechnen.

#### **Sonstige Leistungen**

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. KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern fall- bzw. tagesbezogene krankenhausspezifische Entgelte vereinbart. Hierzu zählen z.B. die teilstationären Leistungen unserer Tageskliniken.

#### **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.

#### **Basispflegesatz / Abteilungspflegesatz Psychiatrie**

Bei Behandlung in der Psychiatrie erfolgt die Abrechnung nicht mittels DRG-Fallpauschalen, sondern durch einen tagesbezogenen (vollstationären bzw. teilstationären) Basis- und Abteilungspflegesatz.

#### **Zuschläge und Abschläge**

**(Rot: Ausgewiesen in Rechnung)**

- **Ausbildungszuschlag gem. § 17a KHG (Zuschlag Ausbildung):** Zur Sicherstellung der Ausbildung insbesondere qualifizierten Pflegepersonals wird ein Ausbildungszuschlag erhoben.
- **Qualitätssicherungszuschlag gem. § 17b Abs. 1 KHG und § 137 SGB V (Zuschlag Qualitätssicherung):** 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.
- **Systemzuschlag nach §17b Abs. 5 KHEntgG sowie Systemzuschlag für den GBA nach § 91 SGB V und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a SGB V (DRG-Systemzuschlag sowie DRG-Systemzuschlag GBIQW32):** 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.
- **Versorgungszuschlag nach § 8 Abs. 10 KHEntgG:** Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen bei Patientinnen oder Patienten, die zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden.
- **Ggfs. Ab- bzw. Zuschlag für Erlösausgleiche gemäß §5 Abs. 4 KHEntgG (Zu.§5 Abs. 4 KGEntgG):** Dieser Zu- bzw. Abschlag dient zur Verrechnung von Ausgleichsbeträgen aus Vorjahren, z.B. aufgrund von Mehr- oder Mindererlösausgleichen. Dessen Höhe wird durch das Krankenhaus und die Kostenträger vereinbart . Die aktuell gültige Höhe der jeweiligen Ab- bzw. Zuschläge finden Sie in unserem Preisverzeichnis.
- **Ggfs. Abschlag für erbrachte Mehrleistungen gemäß §4 Abs. 2a KHEntgG (Mehrleistungsabschlag § 4 Abs. 2a KHEntgG) :** Wenn das Krankenhaus in der Budgetvereinbarung des jeweils aktuellen Jahres mehr Leistungen vereinbart hat als im jeweiligen Vorjahr, ist ein Vergütungsabschlag ( Mehrleistungsabschlag) vorzunehmen. Dieser ist durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen. Die aktuell gültige Höhe der jeweiligen Ab- bzw. Zuschläge finden Sie in unserem Preisverzeichnis.
- **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.
- **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. 1 S. 4 KHG für jeden Belegungstag (ausgenommen Entlassungs- oder Verlegungstag) ein Zuschlag für Unterkunft und Verpflegung der Begleitperson abgerechnet werden.

