

## Entgelttarif gemäß Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) für das Universitätsklinikum Regensburg und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Das Universitätsklinikum Regensburg berechnet ab dem

**01.07.2011**

folgende Entgelte.

### 1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 17 b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Universitätsklinikums 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 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. Der derzeit gültige Basisfallwert liegt bei **2.982,60 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

#### Beispiel:

DRG	Bezeichnung	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
I08A	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff, mit komplexer Prozedur oder Diagnose und mit äußerst schweren CC	3,759	2.982,60 €	11.211,59 €
I08B	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff, mit komplexer Prozedur oder Diagnose oder mit äußerst schweren CC	3,319	2.982,60 €	9.899,25 €

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) gemäß § 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 Klinikum 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 FPV 2011.

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

Gemäß § 17 b 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 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 Anlage 6 zur FPV 2011 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 FPV 2011 aufgrund einer fehlenden Vereinbarung für das Jahr 2011 noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Vereinbarung 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 Satz 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2011 sind Zusatzentgelte nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2011, für die 2010 krankenhausindividuell Entgelte vereinbart wurden, bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben.

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

Für die Vergütung von Leistungen, die noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, hat das Klinikum gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern fall- bzw. tagesbezogene Entgelte gem. den Anlagen 3a und 3b FPV 2011 vereinbart.

Sofern noch keine Vereinbarung für das Jahr 2011 vorliegt, und für die Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2011 noch keine krankenhausindividuell vereinbarten Entgelte abgerechnet werden können, sind für jedes Entgelt der Anlage 3a für jeden Belegungstag **600,00 €** und für jedes Entgelt der Anlage 3b für jeden Belegungstag **300,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Vereinbarung für das Jahr 2011 für Leistungen nach Anlage 3a FPV 2011 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

Nach § 7 Abs. 4 Satz 1 FPV 2011 sind die Entgelte nach Anlage 3a und 3b FPV 2011, für die 2010 krankenhausindividuell Entgelte vereinbart wurden, bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Vereinbarung weiter zu erheben.

## 5. Zu- und Abschläge gemäß § 7 Abs. 1 Ziff. 4 KHEntgG.

Gem. § 17 a KHG berechnet das Klinikum einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten.

Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig **63,25 €**.

Ferner berechnet das Klinikum gemäß § 17b Abs. 1 Satz 4 und 6 KHG folgende Zuschläge:

- Aufnahme einer medizinisch notwendigen Begleitperson: **45,00 € pro Tag**
- Aufnahme einer medizinisch nicht notwendigen Begleitperson: **49,23 € pro Tag**  
(incl. 7% bzw. 19% MWSt)
- Zuschlag Tumorzentrum: **0,77 %**
- Zuschlag für Erlösausgleich gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG: **1,45 %**

#### 6. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 7 Abs. 1 Ziffer 6 KHEntgG

Für die Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und bundeseinheitlich festgelegten Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können und die nicht gem. § 137 c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Klinikum gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab.

#### 7. Qualitätssicherungszuschläge nach § 7 Abs. 1 Ziffer 7 KHEntgG

Für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen der Qualitätssicherung berechnet das Klinikum einen Qualitätssicherungszuschlag von derzeit **0,89 € je Behandlungsfall**

#### 8. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gem. § 115a SGB V

Gem. § 115 a SGB V berechnet das Klinikum Entgelte für die

##### **vorstationäre Behandlung und die nachstationäre Behandlung.**

Gem. § 8 Abs. 2 Satz 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.

#### 9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17 b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **1,13 €**.
- 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. § 139 c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall in Höhe von **0,80 €**.

#### 10. Weitere Zu- und Abschläge

- Zuschlag zur Umsetzung des Förderprogramms zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals gem. § 4 Abs. 10 KHEntgG in Höhe von **1,74 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.
- Zuschlag für die Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der elektronischen Gesundheitskarte (Telematikzuschlag) nach § 291a Abs. 7a Satz 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **3,43 €** (Gültig vom 01.06.2001 bis 30.09.2011)

## 11. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnet das Klinikum sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Klinikum **26,00 €**

## 12. Zuzahlungen

Als Eigenbeteiligung zieht das Klinikum 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

**10,00 € je Kalendertag** (§ 61 Satz 2 SGB V).

Dieser Betrag wird vom Klinikum nach § 43b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** eingezogen.

## 13. 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.

## 14. 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 Klinikums 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 Klinikums, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a SGB V) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Klinikums. Dies gilt auch, soweit das Klinikum 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 niedergelassenen Ärzten um 15 %. Das Arzthonorar wird in der Regel gesondert von den jeweils liquidationsberechtigten Klinikumsärzten geltend gemacht, sofern nicht die Verwaltung des Klinikums oder eine externe Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt tätig wird.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Klinikum berechnet werden, vom gesondert 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.

## **Eine Liste der liquidationsberechtigten Ärzte und deren ständigen ärztlichen Vertreter liegt diesem Entgelttarif als Anlage bei.**

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

<b>b) Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer</b>	<b>40,00 €/Tag</b>
<b>c) Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson</b>	
- medizinisch notwendig	<b>45,00 €/Tag</b>
- medizinisch nicht notwendig	<b>49,23 €/Tag</b>
	(incl. 7% bzw. 19% MWSt)
<b>d) Gestellung einer Sonderwache</b>	<b>Erstattung des tatsächlichen Aufwands</b>
<b>e) Internet am Krankenbett</b>	<b>3,51 €/Tag</b>
	(incl. 19% MWSt)

### **Inkrafttreten**

Dieser Entgelttarif tritt am 01.07.2011 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.01.2011 aufgehoben.

#### **Hinweis:**

- **Der Fallpauschalenkatalog (DRG)-Katalog gem. Anlage 1 FPV 2011,**
- **die Liste der bundeseinheitlich vereinbarten Zusatzentgelte gem. Anlage 2 bzw. 5 FPV 2011,**
- **die Liste der krankenhausindividuell vereinbarten Zusatzentgelte gem. Anlage 4 bzw. 6 FPV 2011,**
- **die Liste der sonstigen Entgelte und der teilstationären Entgelte gem. Anlagen 3a und 3b FPV 2011,**
- **die Liste der Entgelte für die Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und**
- **die Liste der Entgelte der vor- und nachstationären Leistungen**

**können bei der Patientenaufnahme eingesehen werden. Auf Wunsch wird eine Liste ausgehändigt.**

**Sofern zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen bestehen, stehen die Mitarbeiter der Patientenaufnahme und -abrechnung gerne zur Verfügung.**

**Auf Wunsch kann Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie die zugehörigen Abrechnungsregeln gewährt werden.**

**Insgesamt kann die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Dies gilt insbesondere für Selbstzahler. Es sollte daher von Patientenseite geprüft werden, ob in vollem Umfang Versicherungsschutz besteht.**