



## Patienteninformation (Langfassung) zur Abrechnung von Fallpauschalen (DRG's) Stand September 2009

Geschäftsbereich Finanzen  
Abrechnungsservice

Für die Vergütung von Krankenhausleistungen ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem eingeführt worden. Danach rechnet das Städtische Klinikum Braunschweig, so wie fast alle Krankenhäuser bundesweit, nach Fallpauschalen (DRG's) ab. Lediglich im Bereich der Psychiatrie erfolgt eine Abrechnung über Tagespflegesätze.

Die Abkürzung **DRG** steht für **D**iagnosis **R**elated **G**roups (Diagnosebezogene Fallgruppen).

In einer solchen DRG sind medizinisch und ökonomisch möglichst ähnliche Krankenhausbehandlungsfälle zusammengefasst. Eine solche Fallpauschale wird folgendermaßen ermittelt:

Während des Aufenthaltes werden alle abrechnungsrelevanten Diagnosen sowie alle Leistungen (Prozeduren) anhand bestimmter vorgeschriebener Klassifikationen (ICD-10, OPS-301) unter Berücksichtigung sog. Kodierrichtlinien elektronisch erfasst. Diejenige Diagnose, die die Aufnahme begründet ist dabei Hauptdiagnose. Anhand der Hauptdiagnose sowie der weiteren kodierten Diagnosen und Leistungen (Prozeduren) wird EDV-gestützt in einem sogenannten Gruppierungsverfahren (Grouping) eine Fallpauschale (DRG) ermittelt.

Je nach Fallpauschale müssen für die Gruppierung weitere Diagnosen, Alter und Geschlecht des Patienten, evtl. notwendige intensivmedizinische Betreuung und bei Kindern bis zu einem Jahr das Gewicht bei Aufnahme einbezogen werden. Diese Angaben können sich auf die Ermittlung der Fallpauschale in Form eines erhöhten Schweregrades auswirken.

Der Fallpauschalenkatalog wird jährlich überarbeitet und angepasst. Den aktuellen Fallpauschalenkatalog können Sie auf Wunsch in den Stationären Aufnahmen einsehen.

Jede einzelne DRG ist bundeseinheitlich mit einem sog. **Schweregrad** bewertet. Dieser Schweregrad stellt ein Maß für den durchschnittlichen Behandlungsaufwand dar und wird als **Bewertungsrelation** bezeichnet.

Zurzeit hat jedes Krankenhaus eine individuelle **Basisrate**, die in der Regel jährlich mit den Krankenkassen verhandelt wird. Die Basisrate bezeichnet die Kosten eines stationären Behandlungsfalles im Krankenhaus mit der Bewertungsrelation (Relativgewicht) =1.

### Ermittlung der Pauschale

**In den Stationären Aufnahmen können Sie den DRG-Katalog gern einsehen**



Das jeweilige Relativgewicht einer DRG wird mit der Basisrate multipliziert und ergibt so die, mit der Krankenkasse, abzurechnende **Vergütung**.

*Beispiel:*

*Basisrate des Krankenhauses 3000,- €*

*Relativgewicht der DRG 1,5*

*Ergibt eine Vergütung von 4.500,- € (3000,- € x 1,5 Punkte)*

Die Höhe der Basisrate des Städtischen Klinikum Braunschweig entnehmen Sie bitte der Auflistung der aktuellen Entgelte, die Sie auf Wunsch in den stationären Aufnahmen erhalten.

Derzeit befinden sich alle Krankenhäuser in der sogenannten **Konvergenzphase**. In dieser Konvergenzphase, die bis 2009 dauert, werden die Basisraten aller Krankenhäuser landeseinheitlich aneinander angepasst. In der Konvergenzphase rechnen also alle Krankenhäuser für dieselben Fallpauschalen (DRGs) je nach Basisrate unterschiedliche Preise ab. Nach Abschluss der Konvergenzphase werden für identische Leistungen in verschiedenen Krankenhäusern eines Bundeslandes gleiche Preise abgerechnet.

**Konvergenzphase - Vereinheitlichung der Preise bis 2009**

Spezielle Fallpauschalen, für die im Fallpauschalenkatalog keine Bewertungsrelation kalkuliert werden konnte und für die in der Budgetvereinbarung des Städtischen Klinikums keine Regelung existiert, werden gemäß § 7 Abs. 4 der Fallpauschalenverordnung mit den dort aufgeführten Tagessätzen pauschaliert abgerechnet.

### **Zu- und Abschläge bei Über- oder Unterschreitung von Grenzverweildauern**

**Zu- und Abschläge auf die Fallpauschale**

Dauert ein Krankenhausaufenthalt kürzer als eine sog. Untere Grenzverweildauer (UGVD) oder länger als eine sog. Obere Grenzverweildauer (OGVD), so werden Abschläge oder Zuschläge berechnet.

### **Verlegungsabschlag**

Kommt ein Patient aus einem anderen Krankenhaus in das Städtische Klinikum Braunschweig oder wird in ein anderes Krankenhaus verlegt, so können Verlegungsabschläge berechnet werden.

### **Zusatzentgelte**

Zusatzentgelte dienen der Abrechnung besonders aufwendiger Einzelleistungen, die über die Fallpauschale (DRG) nicht ausreichend abgebildet werden. Sie können zusätzlich zu einer Fallpauschale abgerechnet werden. Es gibt folgende Zusatzentgelte:

**Zusatzentgelte**



- **Dialysebehandlung**  
In bestimmten Situationen werden Dialysebehandlungen, die während eines Krankenhausaufenthaltes notwendig sind, zusätzlich zu der Fallpauschale berechnet (sog. Interkurrente Dialyse).
- **Behandlung mit bestimmten Gerinnungspräparaten**  
In bestimmten Fälle werden Behandlungen mit teuren Blutprodukten zur Wiederherstellung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes mit einer landesweit festgelegten Pauschale zusätzlich berechnet.
- **Medikamente**  
Für eine Reihe von teuren Medikamenten sind Zusatzentgelte vereinbart worden, die bei Gabe je nach Art und Menge zusätzlich abrechenbar sind.
- **Transfusionen**  
Gaben von Blut bzw. Bestandteilen von Blut sind je nach Art und Menge zusätzlich abrechenbar.
- **Sonstige Zusatzentgelte**  
Neben den oben genannten existieren weitere Zusatzentgelte für Stentgraft-Prothesen, Tumorendoprothesen, Medikamentefreisetzende Koronarstents, implantierbare Medikamentenpumpen sowie weitere seltene und komplexe Operationen und Behandlungen. Zusatzentgelte, die vom Krankenhaus erbracht wurden, aber nicht in der Budgetvereinbarung enthalten sind, werden gemäß § 5 Abs. 2 FPV mit einem Pauschalbetrag berechnet.

### **Wiederaufnahme**

Unter bestimmten Voraussetzungen werden zwei stationäre Aufenthalte als ein Aufenthalt abgerechnet. Sie bzw. Ihre Krankenkasse erhalten dann nur eine Rechnung für beide Aufenthalte.

Dieses trifft z.B. zu, wenn Sie aus einem anderen Krankenhaus zu uns verlegt und anschließend in das andere Krankenhaus wieder zurückverlegt werden, aber auch, wenn Sie nach einem Eingriff aufgrund einer Komplikation erneut behandelt werden müssen.

In Einzelfällen erfolgt die Zusammenführung zweier oder mehrerer Krankenhausbehandlungen zu einem Fall erst, nachdem bereits ein Fall abgerechnet wurde. In diesem Fall erhalten Sie bzw. Ihre Krankenkasse eine Rechnungskorrektur.

### **Zu- bzw. Abschläge für den stationären Bereich**

Aufgrund gesetzlicher Regelungen werden auf eine DRG – Fallpauschale verschiedene Zu- bzw. Abschläge berechnet, die auf Ihrer Rechnung ausgewiesen sind.

### **Zusammenfassung mehrerer stationärer Aufenthalte**

### **Sonstige Zuschläge**



Die Höhe der unterschiedlichen Zu- bzw. Abschläge entnehmen Sie bitte der Auflistung der aktuellen Entgelte, die Sie auf Wunsch in den stationären Aufnahmen erhalten.

Folgende Zu- bzw. Abschläge werden auf eine DRG – Fallpauschale berechnet:

- Systemzuschlag nach § 91 und §139a SGB V  
Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach § 91 SGB V und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin nach § 139a SGB V werden durch einen Systemzuschlag auf jeden abgerechneten voll- und teilstationären Krankenhausfall finanziert. Dieser Zuschlag wird vom Krankenhaus lediglich erhoben und muss ungekürzt an den Gemeinsamen Bundesausschuss weitergeleitet werden.
- Systemzuschlag nach § 17b KHG  
Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK) zur Entwicklung, Einführung und laufenden Pflege des neuen Vergütungssystems wird ebenfalls durch einen Systemzuschlag auf jeden abgerechneten voll- und teilstationären Krankenhausfall finanziert. Dieser Zuschlag muss ungekürzt an das InEK weitergeleitet werden.
- Qualitätssicherungspauschale  
Pro Behandlungsfall wird eine Qualitätssicherungspauschale erhoben. Diese Qualitätssicherungspauschale vergütet die Aufwendung für die gesetzlich festgelegten Qualitätssicherungsmaßnahmen. Ein Teil dieser Qualitätssicherungspauschale verbleibt dem Klinikum selbst, ein Teil wird über die Landeskrankenhausgesellschaften an die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) in Köln abgeführt.
- Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen nach § 7 Ziff.4 KHEntgG  
Im Städtischen Klinikum Braunschweig werden
  - Gesundheits- und Krankenpflegeschüler/innen
  - Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeschüler/innen
  - Hebammenschülerinnen / Entbindungshelfer
  - Kauffrau/-mann im Gesundheitswesen
  - Fachinformatiker/-in (Fachrichtung; Systemintegration)

ausgebildet. Auszubildende Krankenhäuser haben zusätzliche Kosten, die durch die DRG-Vergütung allein nicht gedeckt sind. Obwohl im Städtischen Klinikum Braunschweig seit vielen Jahren ausgebildet wird, mussten die entstehenden Kosten bislang aus laufenden Mitteln gedeckt werden.



Seit dem 01.01.2006 ist von jedem Krankenhaus je voll- und teilstationärem Fall zusätzlich ein landeseinheitlicher Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen zu erheben, der dann auf die ausbildenden Krankenhäuser umgeschlagen wird.

- Zuschlag Arbeitszeitbedingung nach § 4 Abs.13 KHEntgG  
Die Krankenhäuser haben einen Anspruch auf einen zusätzlichen Betrag zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen. Hierzu wurde ein Zuschlag vereinbart, der in prozentualer Höhe auf die Fallpauschale und die Zusatzentgelte berechnet wird und dem Krankenhaus verbleibt.
- Zuschlag Pflegepersonalstellenprogramm nach § 4 Abs. 10 KHEntgG  
Ein Krankenhaus hat einen Anspruch auf eine anteilige Finanzierung der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal. Dieses wird sichergestellt durch einen prozentualen Zuschlag, der zunächst befristet bis zum Jahr 2012 auf die Fallpauschale und die Zusatzentgelte erhoben wird und dem Krankenhaus verbleibt.
- Zu- bzw. Abschlag Erlösausgleich nach § 5 Abs. 4 KHEntgG  
Ab dem Jahr 2009 wurde der krankenhausesindividuelle Basisfallwert durch einen Landesbasisfallwert ersetzt. Die notwendige Verrechnung von krankenhausesindividuellen Ausgleichsbeträgen erfolgt nunmehr über einen Zu- bzw. Abschlag, der prozentual auf die Fallpauschale und die Zusatzentgelte erhoben wird.
- Zu- bzw. Abschlag wegen Konvergenzverlängerung nach § 5 Abs. 6 KHEntgG  
Dieser Zu- oder Abschlag wird nur für Patienten erhoben, die im Zeitraum vom 01. Januar bis zum 31. Dezember 2009 entlassen werden. Er dient dazu, die Anpassung des bisherigen krankenhausesindividuellen Basisfallwertes an den ab 2009 geltenden Landesbasisfallwert anteilig auszugleichen.  
Der Zu- oder Abschlag wird als EURO – Betrag vereinbart und mit der Bewertungsrelation der DRG multipliziert.  
Sofern der bisherige krankenhausesindividuelle Basisfallwert über dem Landesbasisfallwert liegt, erhält das Krankenhaus einen Zuschlag für jede abgerechnete Fallpauschale. Liegt der bisherige krankenhausesindividuelle Basisfallwert unter dem Landesbasisfallwert muss das Krankenhaus einen Abschlag für jede abgerechnete Fallpauschale hinnehmen.
- Abschlag für vereinbarte Mehrleistungen gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG  
Das Erlösbudget eines Krankenhauses wird nach Art und Menge der zu erbringenden Leistungen ermittelt. Hat das Krankenhaus in dem aktuellen Jahr mehr zu erbringende Leistungen vereinbart als im Vorjahr, wird ein Ausgleich in Form eines Abschlags



auf jede abgerechnete Fallpauschale vorgenommen. Der Abschlag wird als EURO – Betrag vereinbart und mit der Bewertungsrelation der DRG multipliziert.

### **Vor- und nachstationäre Behandlung**

Vorstationäre Aufenthalte sind vorgesehen zur Klärung der Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes oder zur Vorbereitung eines geplanten stationären Aufenthaltes. Nachstationäre Aufenthalte sind vorgesehen im Anschluss an einen stationären Aufenthalt zur Sicherung oder Festigung des Behandlungsergebnisses.

Die Höhe der hier in Rechnung zu stellenden Beträge ist bundeseinheitlich festgelegt. Bei Behandlungsfällen, die mit einer Fallpauschale (DRG) abgerechnet werden, dürfen vorstationäre Leistungen innerhalb von 5 Tagen vor stationärer Aufnahme nicht gesondert in Rechnung gestellt werden, nachstationäre Leistungen nur in Ausnahmefällen nach besonders langdauernden Krankenhausaufenthalten.

Findet ein vorstationärer Aufenthalt ohne sich innerhalb von 5 Tagen daran anschließenden stationären Aufenthalt statt, so wird eine landesweit festgelegte Pauschale je nach Fachrichtung berechnet.

**Vorstationäre Leistungen werden bei stationärer Aufnahme innerhalb von 5 Tagen nicht, nachstationäre nur in Ausnahmefällen berechnet**

### **Abrechnung von stationären Aufenthalten in der Psychiatrischen Abteilung**

Als einzige Fachabteilung unseres Hauses werden für die Abteilung Psychiatrie weiterhin sogenannte tagesbezogene Pflegesätze abgerechnet. Diese sind differenziert nach Basis- und Abteilungspflegesatz.

Die aktuell gültigen Abrechnungsbeträge können Sie der Auflistung der aktuellen Entgelte entnehmen, die Sie auf Wunsch in den stationären Aufnahmen erhalten.

**Tagesgleiche Pflegesätze**

### **Abrechnung von teilstationären Aufenthalten in der Psychiatrischen Abteilung (Tag- und Nachtambulanz)**

Aufenthalte in unserer Tag- und Nacht-Klinik werden mit teilstationären Pflegesätzen abgerechnet. Diese sind ebenfalls differenziert nach Basis- und Abteilungspflegesatz.

Die aktuell gültigen Abrechnungsbeträge können Sie der Auflistung der aktuellen Entgelte entnehmen, die Sie auf Wunsch in den stationären Aufnahmen erhalten.

### **Begleitpersonen**

Die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten ist gemäß § 2 Abs. 2 KHEntgG über die Krankenkasse abrechenbar. Der behandelnde Krankenhausarzt stellt die medizinische Notwendigkeit fest.

Wenn keine medizinische Notwendigkeit vorliegt, können Sie trotzdem die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson als Wahlleistung in Anspruch nehmen. Die aktuell gültigen Abrechnungsbeträge können



Sie der Auflistung der aktuellen Entgelte entnehmen, die Sie auf Wunsch in den stationären Aufnahmen erhalten.

### **Eigenbeteiligung des Patienten**

Als Eigenbeteiligung stellt das Krankenhaus Ihnen, im Auftrag der Krankenkassen gemäß § 61 SGB V, vom Beginn der vollstationären Behandlung an eine Zuzahlung in Rechnung. Diese beträgt zur Zeit 10 EUR je Kalendertag und wird für höchstens 28 Tage innerhalb eines Kalenderjahres erhoben.

### **Inanspruchnahme von Wahlleistungen**

Auch unter den Bedingungen des neuen Fallpauschalensystems besteht nach wie vor selbstverständlich die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Wahlleistungen für die Unterbringung und für die wahlärztliche Behandlung. Ergänzende Informationen finden Sie in der „Patienteninformationen zur Inanspruchnahme von Wahlleistungen“, die in den Stationären Aufnahmen erhältlich ist.

**Wahlleistungen können weiterhin in Anspruch genommen werden**

### **Aufbau und Versand der Rechnung**

In jedem Fall erhalten Sie bzw. Ihre Krankenkasse eine Rechnung über die in Anspruch genommenen Krankenhausleistungen. Sind Sie in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert, so erhält Ihre Krankenkasse die erforderlichen Daten auf elektronischem Wege per Datenfernübertragung. Sind Sie als Selbstzahler in einer privaten Krankenkasse versichert, so erhalten Sie die Rechnung persönlich.

Je nach Inanspruchnahme von Wahlleistungen erhalten Sie für Ihren Aufenthalt zusätzlich folgende Rechnungen:

- Rechnung über die Wahlleistung „Unterkunft“
- Rechnung über die Chefarztbehandlung

Sofern bei Ihnen, aufgrund des Vorliegens der Wiederaufnahmeregelung, zwei Aufenthalte zu einem Aufenthalt zusammengefasst wurden, enthält Ihre Rechnung in den Kopfdaten den Vermerk „Führender Fall einer Wiederkehrerkette“. Damit ist für Sie ersichtlich, dass Sie nur eine Rechnung für zwei oder ggf. mehr Aufenthalte bekommen.

Darunter sind die einzelnen Rechnungspositionen aufgelistet. Da es über 1000 Fallpauschalen gibt, ist die Bezeichnung einer Fallpauschale nur abgekürzt bzw. nur mit dem Text „DRG gemäß Fallpauschalenkatalog“ ausgewiesen. Auf Wunsch können wir Ihnen gern den genauen Text der Fallpauschale nennen.

Als weitere Rechnungspositionen folgen die verschiedenen oben genannten Zuschläge, Qualitätssicherungspauschale, ggf. Zusatzentgelte und medizinisch notwendige Begleitperson.



Bezahlen Sie Ihren Krankenhausaufenthalt zunächst selbst, so liegen als Anlage die während Ihres Krankenhausaufenthaltes dokumentierten Diagnosen und Prozeduren (Maßnahmen) bei. Diese benötigt Ihre private Krankenkasse zur Überprüfung unserer Rechnung.

Die Rechnungen für Krankenhausleistungen, Wahlleistung „Unterkunft“ und Wahlleistung „Chefarzt“ unterscheiden sich im Wesentlichen in den Rechnungspositionen. Die Kopfdaten sind identisch.

In den Wahlleistungsrechnungen finden Sie die Berechnung des Zimmers oder die Honorare der liquidationsberechtigten Ärzte.

### **Haben Sie weitere Fragen?**

Sollten Sie zu Einzelheiten noch weitere Fragen haben, stehen Ihnen nebenstehende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Abrechnungsservices unseres Krankenhauses gerne zur Verfügung.

Gerne können Sie in die der Abrechnung der allgemeinen Krankenhausleistungen zugrundeliegenden Rechtsvorschriften Einsicht nehmen. Diese liegen in den Stationären Anmeldungen unserer Standorte Holwedestraße, Salzdahlumer Straße und Celler Straße aus.

Bitte rufen Sie uns bei weiteren Fragen an:

Buchst.		Tel: 0531/ 595 -
A - C	Frau Kunath	-1209
D - G	Frau Hansch	-1405
H - I	Frau Cholewa	-1689
J - Lo	Frau Frank	-1798
Lp - P	Frau Musil	-1483
Q - So	Frau Reckewell	-1433
Sp - Z	Herr Lippe	-1224