

Anmerkungen DRG-Rechnung

Aufnahmenummer: Hierbei handelt es sich um die Nummer, unter der Sie im Krankenhaus für die Dauer Ihrer Behandlung geführt worden sind.

Aufnahme-/Entlassdatum: Sollte eine Fallzusammenführung vorliegen, also zeitlich kurz aufeinander folgende Behandlungsfälle als ein Behandlungsfall abgerechnet werden, finden Sie hier eine Aufstellung Ihrer jeweiligen Aufnahme- und Entlassdaten.

IK: Dies ist das individuelle Institutskennzeichen des aufnehmenden Krankenhauses.

Verweildauer: Dies ist die Dauer Ihres Aufenthaltes im Krankenhaus. Der Tag der Entlassung wird nicht zum Aufenthalt dazugezählt, es sei denn, die Entlassung erfolgt am gleichen Tag wie die Aufnahme.

Diagnosen: Hier ist der hauptsächliche Anlass Ihrer Behandlung zu nennen. Da eventuell erfolgte Nebendiagnosen die genaue Einstufung Ihrer Behandlung beeinflussen können, sind diese ebenfalls hier aufzuführen.

DRG (Buchstaben-Ziffern-Kombination): Auf der Rechnung finden Sie den offiziellen DRG-Schlüssel der abzurechnenden Fallpauschale laut aktuellem Fallpauschalenkatalog. Außerdem wird der offizielle Wortlaut der abzurechnenden Fallpauschale laut aktuellem Fallpauschalenkatalog wiedergegeben. Das abzurechnende Entgelt ergibt sich aus einer Multiplikation der Bewertungsrelation laut Katalog mit dem Landesbasisfallwert. 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.

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.

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 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.

Nähere Informationen finden Sie im „DRG-Entgelttarif 2026 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG“ der Ökumenisches Hainich Klinikum gGmbH, auf welchen Sie bei Unterzeichnung des Behandlungsvertrages hingewiesen wurden. Eine Ausfertigung senden Ihnen unsere Mitarbeiter auf Anfrage gerne zu.

tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 7 Abs. 1 Nr. 6a i. V. m. § 6a Abs. 4 KHEntgG

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

Zusatzentgelt: Die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (GKV-Spitzenverband, PKV-Verband 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 zur Fallpauschalenvereinbarung 2026 (FPV 2026). Aufgeführt werden der jeweilige Schlüssel, die genaue Bezeichnung sowie der abzurechnende Betrag des Zusatzentgelts.

Daneben können auf der Grundlage der Anlage 4 in Verbindung mit der Anlage 6 zur FPV 2026 krankenhausindividuelle Zusatzentgelte abgerechnet werden. Schlüssel und Bezeichnung können den entsprechenden Anlagen zur Fallpauschalenvereinbarung entnommen werden. Der abzurechnende Betrag wird vom Krankenhaus individuell mit den Kostenträgern vereinbart.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB): Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), deren Vergütung noch nicht sachgerecht mit DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten vorgenommen werden können, sind gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG durch gesonderte Zusatzentgelte abzurechnen. Die Höhe der Entgelte wird zwischen dem Krankenhaus und den Kostenträgern vereinbart. Die Ihnen gegenüber erbrachte Leistung und das entsprechende Zusatzentgelt werden hier aufgelistet.

Sonstige Entgelte für Leistungen: Hierbei handelt es sich um die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 der Fallpauschalenvereinbarung noch nicht von den DRG-Fallpauschalen oder den bundeseinheitlichen Zusatzentgelten abgedeckt werden. Damit das Krankenhaus die entstehenden Kosten dennoch abdecken kann, ist es ihm möglich, gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern fall- bzw. tagesbezogene krankenhaushausindividuelle Entgelte zu vereinbaren. Die jeweilige Entgeltbezeichnung sowie der vereinbarte Betrag werden hier aufgeführt.

Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlung: Hierbei handelt es sich um die Berechnung von Entgelten für vor- und nachstationäre Behandlungen nach § 115a SGB V. Eine Berechnung findet dann statt, wenn diese Entgelte nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind. Diese Leistungen werden pauschal vergütet. Eine vorstationäre Behandlung ist neben einer DRG-Fallpauschale nicht gesondert abrechenbar, § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG. Die Berechnung einer nachstationären Behandlung zusätzlich zu einer DRG-Fallpauschale ist nur dann möglich, wenn die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der DRG-Fallpauschale übersteigt. Außerdem werden die gesondert zu berechnenden Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V aufgeführt (z. B. Computer-Tomographie-Geräte (CT), Magnet-Resonanz-Geräte (MR)).

Ausbildungszuschlag: Zur Finanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege wird ein eigenständiger Ausbildungszuschlag je voll- und teilstationärem Fall erhoben. Dieser beträgt zur Zeit 172,21 EUR.

Qualitätssicherungszuschlag: Krankenhäuser sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage der §§ 136 und 136b SGB V zu beteiligen. Zur Finanzierung dieser Maßnahmen, die insbesondere in den vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf Grundlage des § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V erlassenen Richtlinien zur Qualitätssicherung geregelt sind, wird ein Zuschlag von zur Zeit 0,84 EUR erhoben.

Begleitperson: Sollte im Rahmen Ihrer Behandlung aus medizinischen Gründen die Mitaufnahme einer Begleitperson erforderlich sein, können auf der Grundlage der im Jahr 2005 in Kraft getretenen Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1a Nr. 7 KHG für jeden Belegungstag (ausgenommen Entlass- und Verlegungstage) zur Zeit 60,00 EUR für Unterkunft und Verpflegung der Begleitperson abgerechnet werden.

GBA-Zuschlag: Ein Krankenhaus kann einen Zuschlag für die Finanzierung von Mehrkosten, die durch Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung entstehen, berechnen. Dieser Zuschlag beträgt zur Zeit 3,12 EUR.

DRG-Systemzuschlag: Auf Grund der gesetzlichen Vorgabe in § 8 Absatz 9 KHEntgG sind der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 KHG, der Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Absatz 3 Satz 1 i.V.m. § 139c SGB V, der Zuschlag für das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Absatz 8 i. V. m. § 139c SGB V sowie der nach § 377 Absatz 1 SGB V zu erhebende Telematikzuschlag in einem Systemzuschlag zu bündeln, obwohl die einzelnen Spezialgesetze einen gesonderten Ausweis dieser Zuschläge vorsehen. Diese Zuschläge werden erhoben zur Entwicklung, Einführung und laufenden Pflege des Systems der Abrechnung nach Fallpauschalen einschließlich dessen elektronischer Weiterentwicklung sowie zur Sicherstellung eines einheitlichen Qualitätsstandards der Krankenhausbehandlung. Der zusammengefasste Systemzuschlag beträgt zurzeit 1,59 EUR.

Zuschlag für die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldeverfahren (üFMS): Krankenhäuser sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Ein Bestandteil der Qualitätssicherung ist die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Krankenhäuser an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen. Um eine Beteiligung der Krankenhäuser an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen, die den Festlegungen des

Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136a Absatz 3 Satz 3 SGB V entsprechen, sicher zu stellen, wird ein Zuschlag von zurzeit 0,20 € je abgerechnetem vollstationären Fall erhoben.

Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung

Jedes Krankenhaus, das an der Notfallversorgung teilnimmt und die diesbezüglichen Voraussetzungen des G-BA erfüllt, erhebt einen Zuschlag je vollstationärem Fall. Die Höhe dieses Zuschlages bestimmt sich nach der Notfallstufenvergütungsvereinbarung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG i. V. m. § 136c Absatz 4 SGB V und beträgt zurzeit 9,68 EUR.

Telematikzuschlag nach § 377 Abs. 1 SGB V

Erhoben wird ein Zuschlag zum Ausgleich der den Krankenhäusern entstehenden Kosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattung in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie der Betriebskosten des laufenden Betriebs der Telematikinfrastruktur (Telematikzuschlag) nach § 377 Abs. 1 SGB V. Dieser beträgt derzeit für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall 25,58 EUR.

Zuschlag Sofort-Transformationskosten gemäß § 8 Abs. 11 Satz 1 KHEntgG

Zur finanziellen Unterstützung der Krankenhäuser wird zur Schließung der finanziellen Lücke der Sofort-Transformationskosten gemäß § 8 Abs. 11 S. 1 KHEntgG ein Zuschlag in Höhe von 3,25 % des jeweiligen Rechnungsbetrages für die voll- oder teilstationäre Behandlung erhoben, wenn Sie in der Zeit vom 01.11.2025 bis zum 31.10.2026 in das Krankenhaus aufgenommen werden, allerdings nur dann, wenn Sie gesetzlich versichert sind. Sind Sie reiner Selbstzahler oder privat versichert, wird dieser Zuschlag nicht erhoben.

Zuschlag Erlösausgleich nach § 5 Abs. 4 KHEntgG

Dieser Zuschlag dient der Verrechnung von Ausgleichsbeträgen aus Vorjahren, z. B. aufgrund von Mehr- oder Mindererlösausgleichen. Dessen Höhe wird durch das Krankenhaus und die Kostenträger vereinbart und beträgt zurzeit 0,00%.

Hybrid-DRG

Abgerechnet werden Hybrid-DRGs laut der Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung) vom 19.12.2023, die in einem Behandlungsfall zur Anwendung kommen können. Die Abrechnung einer Hybrid-DRG kommt nur anstelle einer DRG-Fallpauschale oder eines sonstigen Entgeltes in Betracht.

Die anwendbare Hybrid-DRG wird mit einem festen Eurobetrag vergütet. Dieser ist in der Hybrid-DRG-Verordnung aufgeführt. Mit der Hybrid-DRG sind alle im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung entstandenen Aufwände, ausgenommen die Entgelte für gesondert vereinbarte Wahlleistungen (siehe dazu Nr. 64) oder einzelne, verbrauchsabhängige Entgelte (siehe dazu Nr. 65), abgegolten. Im Falle einer postoperativen Nachbehandlung kann eine um 30,00 EUR erhöhte Fallpauschale berechnet werden.

Wahlleistungen: Hierbei 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. Der Preis ist Ihnen vorab bereits bekannt gegeben worden. Nähere Informationen finden Sie in Ihrer Wahlleistungsvereinbarung.

Umsatzsteuer: Krankenhausbehandlungsleistungen sowie eng damit verbundene Umsätze sind grundsätzlich umsatzsteuerfrei, § 4 Nr. 14b UStG. Dies gilt jedoch nicht für Leistungen, deren Erbringung nicht medizinisch indiziert ist. Diese Leistungen sind umsatzsteuerpflichtig in Höhe von zur Zeit 19 %.

Da nicht sämtliche Rechnungspositionen umsatzsteuerpflichtig sind, ist ein Ausweis in der Rechnung erforderlich, auf welche Rechnungsposition Umsatzsteuer zu erheben ist. Diese Positionen werden durch Angabe ihrer Nummer in der Rechnung ausgewiesen.

Der Rechnungsbetrag wird mit Zugang dieser Rechnung fällig.

Das Krankenhaus ist bei Zahlungsverzug berechtigt, sämtliche zur zweckmäßigen Rechnungsverfolgung notwendigen Kosten sowie Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz pro Jahr gemäß § 288 Abs. 1 Satz 2 BGB zu erheben. Zahlungsverzug tritt gemäß § 286 Abs. 3 BGB spätestens ein, wenn nicht innerhalb von 30 Tagen nach Fälligkeit und Zugang der Rechnung der Rechnungsbetrag auf einem der Konten des Krankenhauses gutgeschrieben worden ist.

Darüber hinaus können Mahngebühren berechnet werden, es sei denn, Sie weisen nach, dass kein oder ein wesentlich geringerer Schaden entstanden ist.

Die Nachberechnung von Leistungen, die in der Schlussrechnung nicht enthalten sind, und die Berichtigung von Fehlern bleiben vorbehalten. Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.