

Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen

Informationsblatt Nr. 215-01

Stand: 1. Januar 2016

Krankenhäuser sollen ihre Rechnungen so gestalten, dass sie verständlich sind und die Patientin bzw. der Patient auch ohne nähere Kenntnis gesetzlicher Vorschriften erkennen kann, welche Leistungen zu welchem Preis abgerechnet werden. Nicht verständliche Rechnungen sollten direkt gegenüber dem Krankenhaus reklamiert werden. Es ist Aufgabe der Krankenhäuser und ggf. der Krankenversicherungen, bei Fragen zu Rechnungen Auskunft zu geben.

Das Bundesministerium für Gesundheit führt keine Einzelfallberatungen durch, sondern informiert Sie über die wichtigsten Rechtsvorschriften zur Abrechnung von Krankenhausleistungen.

1. Vergütung mit DRG-Fallpauschalen

Seit dem Jahr 2003 wurde in Deutschland schrittweise ein DRG-Fallpauschalen-System (Diagnosis Related Groups) eingeführt, wie es z. B. in den USA, Australien sowie in etlichen europäischen Staaten angewandt wird. Die überwiegende Zahl der Akut-Krankenhäuser rechnet DRG-Fallpauschalen ab. Wenige Einrichtungen sind als besondere Einrichtung zeitlich befristet von der DRG-Abrechnung ausgenommen; sie vereinbaren weiterhin krankenhausespezifische Entgelte. Ferner rechnen psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ihre Leistungen bislang weiterhin über tagesgleiche Pflegesätze ab. Für diese Einrichtungen hat der Gesetzgeber die schrittweise Einführung eines eigenständigen pauschalierenden Entgeltsystems ab dem Jahr 2013 vorgesehen.

Die Höhe der DRG-Fallpauschalen richtet sich insbesondere nach Krankheitsart (Diagnose), Operation und Schweregrad der Erkrankung. Eine Patientin bzw. ein Patient mit leichten Erkrankungen zahlt somit weniger als eine Patientin bzw. ein Patient mit einer schweren, aufwändig zu behandelnden Erkrankung. Mit der Fallpauschale wird eine genau definierte Erkrankung und deren Behandlung in einer bestimmten Bandbreite der Verweildauer vergütet. Innerhalb dieser Bandbreite wird die gleiche Pauschale unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer der Patientin bzw. des Patienten gezahlt. Die Höhe der Fallpauschale ist für eine mittlere Verweildauer innerhalb dieser Bandbreite kalkuliert. Für Patientinnen und Patienten mit einer deutlich längeren bzw. kürzeren Verweildauer werden in der Regel Zu- oder Abschläge auf die Fallpauschalen erhoben.

In eng begrenzten Ausnahmefällen, in denen dies für eine sachgerechte Vergütung erforderlich ist, können ergänzend zu einer Fallpauschale insbesondere für aufwändige Arzneimittel, einzelne Leistungen und Leistungskomplexe Zusatzentgelte berechnet werden. Die Kalkulation der Fallpauschalen und Zusatzentgelte beruht auf den Leistungs- und Kostendaten deutscher Krankenhäuser.

Ein Fallpauschalensystem übt grundsätzlich einen Anreiz aus, die Verweildauer der Patientinnen und Patienten im Interesse des Krankenhauses zu verkürzen und damit medizinisch nicht erforderliche Liegezeiten abzukürzen.

2. **Berechnung der Wahlleistung Arzt (Chefarztbehandlung)**

Die DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte vergüten jeweils den gesamten Umfang der medizinisch notwendigen Behandlung einschließlich durchzuführender Operationen sowie Unterkunft, Verpflegung und sonstiger Leistungen des Krankenhauses (allgemeine Krankenhausleistungen). Soweit dies medizinisch erforderlich ist, gehört dazu auch die Behandlung durch den Chefarzt.

Wird von der Patientin bzw. von dem Patienten ausdrücklich eine Behandlung durch bestimmte Ärzte ("Chefarztbehandlung") gewünscht, so schließt die Patientin bzw. der Patient darüber schriftlich eine gesonderte vertragliche Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen ab. In diesem Zusammenhang ist die Patientin bzw. der Patient darüber zu unterrichten, dass durch eine solche Vereinbarung die persönliche Behandlung durch liquidationsberechtigte Ärzte ohne Rücksicht auf Art und Schwere der Erkrankung sichergestellt werden soll. Dabei ist auch darauf hinzuweisen, dass die Patientin bzw. der Patient auch ohne eine solche Vereinbarung die medizinisch notwendige Versorgung durch hinreichend qualifizierte Ärzte erhält. Die Vereinbarung erstreckt sich auf alle an der Behandlung der Patientin bzw. des Patienten beteiligten liquidationsberechtigten Krankenhausärzte einschließlich der von diesen ggf. veranlassten Leistungen außerhalb des Krankenhauses. Dies führt dazu, dass er in der Regel von den Ärzten, die an der wahlärztlichen Behandlung beteiligt sind, gesonderte Rechnungen nach der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) erhält, die zusätzlich zur normalen Krankenhausvergütung zu zahlen sind. Weil in den Entgelten des Krankenhauses für die allgemeinen Krankenhausleistungen bereits ein Anteil für die Vergütung der ärztlichen Behandlung enthalten ist, sind die Rechnungen über wahlärztliche Leistungen um 25 Prozent zu ermäßigen. Auch für nicht-ärztliche Wahlleistungen (Einbettzimmer) ist eine

gesonderte Berechnung mit dem Krankenhaus zu vereinbaren. Wer die mit der Inanspruchnahme von Wahlleistungen verbundenen zusätzlichen Kosten sparen möchte, kann auf diese Leistungen verzichten. Patientinnen und Patienten bzw. deren Kostenträger zahlen dann nur die Fallpauschale bzw. die sonstigen Entgelte des Krankenhauses, mit denen alle medizinisch notwendigen Leistungen abgedeckt sind.

3. Information der Patientinnen und Patienten

Selbstzahler (also auch Privatversicherte, Beihilfeberechtigte) erhalten vom Krankenhaus eine Rechnung. Sie müssen außerdem bereits frühestmöglich vor oder nach ihrer Aufnahme über die voraussichtlich zu zahlenden Entgelte unterrichtet werden. Für gesetzlich Versicherte werden die Fallpauschalen und die sonstigen Entgelte für die allgemeinen Krankenhausleistungen in der Regel direkt mit der Krankenkasse abgerechnet. Die Krankenhäuser sind aber verpflichtet, die gesetzlich versicherte Patientin bzw. den gesetzlich versicherten Patienten über die für ihn maßgeblichen Entgelte zu unterrichten, wenn er dies verlangt. Schließen Patientinnen und Patienten eine Wahlleistungsvereinbarung ab (Chefarztbehandlung, Ein- oder Zweibettzimmer), ist das Krankenhaus ebenfalls verpflichtet, die Patientinnen und Patienten so früh wie möglich über die für sie voraussichtlich maßgebenden Entgelte ihres stationären Aufenthalts zu informieren.

Nach § 1 Abs. 8 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) der Selbstverwaltungspartner ist das Krankenhaus verpflichtet, in seiner Rechnung den sich nach dem Fallpauschalen-Katalog ergebenden Betrag für die Fallpauschale sowie Abschläge, weitere Entgelte und Zuschläge gesondert auszuweisen. § 17c Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) schreibt vor, dass das Krankenhaus für selbstzahlende Patientinnen und Patienten zusätzlich die für die Abrechnung der Fallpauschalen und Zusatzentgelte erforderlichen Diagnosen, Prozeduren und sonstigen Angaben mit der Rechnung zu übersenden hat.

4. Zuzahlung

Volljährige Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen zahlen je Kalendertag des Krankenhausaufenthalts 10 Euro für längstens 28 Tage im Jahr. Die Zuzahlung ist direkt an das Krankenhaus zu leisten. Der Aufnahme- bzw. Entlassungstag ist ebenfalls zuzahlungspflichtig.

