



DRG-Entgelttarif

DRG-Entgelttarif für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des Krankenhaus-Entgeltgesetzes (KHEntgG) gültig ab 01. Mai 2022 und Unterrichtung des Patienten nach § 8 KHEntgG

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 1 KHEntgG

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses 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 2022) und circa 30.000 Prozeduren (OPS-301 Version 2022) 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 **3.837,42 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel

DRG B79Z	DRG-Definition Schädelfrakturen	Relativgewicht 0,525	Basisfallwert € 3.837,42	Entgelt € 2.014,65
DRG I04Z	DRG-Definition Ersatz des Kniegelenks	Relativgewicht 3,206	Basisfallwert € 3.837,42€	Entgelt € 12.302,77



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 2022 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2022 (FPV 2022) vorgegeben.

2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gem. § 1 Abs. 2 und 3 sowie § 3 Abs. 1 und 2 FPV 2022

Der nach der oben beschriebenen DRG-Systematik zu ermittelnde Preis setzt voraus, dass DRG-spezifische Grenzen für die Verweildauer im Krankenhaus 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 Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2022 (FPV 2022).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltekatalogen gemäß § 5 FPV 2022

Gem. § 17b Abs. 1 S. 7 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 2022 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2022 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2022 genannten Zusatzentgelte **krankenhausindividuelle Zusatzentgelte** nach § 6 Abs. 1 KHEntG vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntG abgerechnet werden.

Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2022 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2022 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2017 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.



Das Krankenhaus berechnet folgende krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte:

Zusatzentgelt nach § 6 KHEntgG	OPS-Kode	Entgelt-höhe	Bezeichnung	Entgeltarten-schlüssel
1	2		6	
ZE2019-01.03	5-785.4d	1.972,00	Beckenimplantate	7600001C
ZE2019-25H	5-829.k*	1.500,00	Modulare Endoprothesen	76096912
ZE2019-25K	5-829.k*	1.700,00	Modulare Endoprothesen	76096914
ZE2019-25S	5-829.k*	986,49	Modulare Endoprothesen	76097704
ZE2019-53.04	5-38a.8c	21.580,51	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	7609953W
ZE2019-53.05	5-38a.8d	24.716,71	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	7609953X
ZE2019-53.06	5-38a.8e	25.000,00	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	7609953Y
ZE2019-53.07	5-38a.8f	31.131,07	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	7609953Z
ZE2019-53.08	5-38a.c1	11.622,78	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	76099531
ZE2019-53.09	5-38a.c2	14.450,00	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	76099532
ZE2019-53.10	5-38a.c3	16.600,00	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	76099533
ZE2019-54.02	5-429.j1	425,18	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	7609054B
ZE2019-54.08	5-429.jc	660,62	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	7609054V
ZE2019-54.16	5-449.h3	721,18	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	76000908
ZE2019-54.21	5-469.k3	414,20	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	76000913
ZE2019-54.24	5-513.m0	466,63	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	76000D59
ZE2019-54.27	5-513.n0	618,67	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	76000D62
ZE2019-54.28	5-513.n1	1.237,35	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	76000D63
ZE2019-54.33	5-517.03	721,18	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	76000D68
ZE2019-54.86	5-529.n4	813,75	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	7609954D
ZE2019-67.01	8-840.04	588,85	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal	7609067A
ZE2019-67.02	8-840.14	1.166,40	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal	7609067B
ZE2019-69.04	6-004.13	1.974,00	Gabe von Hämin, parenteral	76000B62
ZE2019-111.01	6-005.d0	832,50	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral	76090DH0
ZE2019-111.02	6-005.d1	1.387,50	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral	76090DH1



ZE2019-111.03	6-005.d2	1.942,50	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral	76090DH2
ZE2019-120.02	6-001.c1	1.987,50	Gabe von Pemetrexed, parenteral	76090DN1
ZE2019-120.03	6-001.c2	2.252,50	Gabe von Pemetrexed, parenteral	76090DN2
ZE2019-120.04	6-001.c3	2.517,50	Gabe von Pemetrexed, parenteral	76090DN3
ZE2019-120.05	6-001.c4	2.782,50	Gabe von Pemetrexed, parenteral	76090DN4
ZE2019-120.06	6-001.c5	3.047,50	Gabe von Pemetrexed, parenteral	76090DN5
ZE2019-123.02	6-002.p1	56,10	Gabe von Caspofungin, parenteral	76090DOB
ZE2019-123.03	6-002.p2	85,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	76090DOC
ZE2019-123.04	6-002.p3	119,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	76090DOD
ZE2019-123.05	6-002.p4	153,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	76090DOE
ZE2019-123.06	6-002.p5	187,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	76090DOF
ZE2019-123.07	6-002.p6	221,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	76090DOG
ZE2019-123.08	6-002.p7	255,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	76090DOH
ZE2019-123.09	6-002.p8	289,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	76090DOI
ZE2019-123.10	6-002.p9	323,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	76090DOJ
ZE2019-123.11	6-002.pa	374,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	76090DOK
ZE2019-123.12	6-002.pb	442,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	76090DOL
ZE2019-123.13	6-002.pc	510,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	76090DOM
ZE2019-123.14	6-002.pd	578,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	76090DON
ZE2019-123.15	6-002.pe	646,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	76090DOO
ZE2019-123.16	6-002.pf	748,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	76090DOP
ZE2019-123.17	6-002.pg	884,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	76090DOQ
ZE2019-123.18	6-002.ph	1.020,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	76090DOR
ZE2019-123.19	6-002.pj	1.224,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	76090DOS
ZE2019-123.20	6-002.pk	1.496,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	76090DOT
ZE2019-123.21	6-002.pm	1.768,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	76090DOU
ZE2019-123.22	6-002.pn	2.176,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	76090DOV
ZE2019-147.01	6-001.90	848,00	Gabe von Bortezomib, parenteral	76090E7B
ZE2019-147.02	6-001.91	1.272,00	Gabe von Bortezomib, parenteral	76090E7C
ZE2019-151.01	6-001.h0	308,00	Gabe von Rituximab, intravenös	76090E96
ZE2019-151.02	6-001.h1	462,00	Gabe von Rituximab, intravenös	76090E97
ZE2019-151.03	6-001.h2	616,00	Gabe von Rituximab, intravenös	76090E98
ZE2019-151.04	6-001.h3	770,00	Gabe von Rituximab, intravenös	76090E99



ZE2019-151.05	6-001.h4	924,00	Gabe von Rituximab, intravenös	76090E9A
ZE2019-151.06	6-001.h5	1.078,00	Gabe von Rituximab, intravenös	76090E9B
ZE2019-151.07	6-001.h6	1.232,00	Gabe von Rituximab, intravenös	76090E9C
ZE2019-151.08	6-001.h7	1.386,00	Gabe von Rituximab, intravenös	76090E9D
ZE2019-151.09	6-001.h8	1.540,00	Gabe von Rituximab, intravenös	76090E9E
ZE2019-151.10	6-001.h9	1.771,00	Gabe von Rituximab, intravenös	76090E9F
ZE2019-151.11	6-001.ha	2.079,00	Gabe von Rituximab, intravenös	76090E9G
ZE2019-151.12	6-001.hb	2.387,00	Gabe von Rituximab, intravenös	76090E9H
ZE2019-151.13	6-001.hc	2.695,00	Gabe von Rituximab, intravenös	76090E9I
ZE2019-151.14	6-001.hd	3.003,00	Gabe von Rituximab, intravenös	76090E9J
ZE2019-151.15	6-001.he	3.465,00	Gabe von Rituximab, intravenös	76090E9K
ZE2019-151.16	6-001.hf	4.081,00	Gabe von Rituximab, intravenös	76090E9L
ZE2019-151.17	6-001.hg	4.697,00	Gabe von Rituximab, intravenös	76090E9M
ZE2019-151.18	6-001.hh	5.313,00	Gabe von Rituximab, intravenös	76090E9N
ZE2019-151.19	6-001.hj	5.929,00	Gabe von Rituximab, intravenös	76090E9O
ZE2019-154.03	6-003.k2	577,50	Gabe von Anidulafungin, parenteral	76090EAZ
ZE2019-154.04	6-003.k3	808,50	Gabe von Anidulafungin, parenteral	76090EB0
ZE2019-154.05	6-003.k4	1.039,50	Gabe von Anidulafungin, parenteral	76090EB1
ZE2019-154.06	6-003.k5	1.270,50	Gabe von Anidulafungin, parenteral	76090EB2
ZE2019-154.07	6-003.k6	1.501,50	Gabe von Anidulafungin, parenteral	76090EB3
ZE2019-154.08	6-003.k7	1.732,50	Gabe von Anidulafungin, parenteral	76090EB4
ZE2019-154.09	6-003.k8	1.963,50	Gabe von Anidulafungin, parenteral	76090EB5
ZE2019-154.10	6-003.k9	2.194,50	Gabe von Anidulafungin, parenteral	76090EB6
ZE2019-154.11	6-003.ka	2.541,00	Gabe von Anidulafungin, parenteral	76090EB7
ZE2019-154.12	6-003.kb	3.003,00	Gabe von Anidulafungin, parenteral	76090EB8
ZE2019-154.13	6-003.kc	3.465,00	Gabe von Anidulafungin, parenteral	76090EB9
ZE2019-154.14	6-003.kd	3.927,00	Gabe von Anidulafungin, parenteral	76090EBA
ZE2019-154.15	6-003.ke	4.389,00	Gabe von Anidulafungin, parenteral	76090EBB
ZE2019-154.16	6-003.kf	5.082,00	Gabe von Anidulafungin, parenteral	76090EBC
ZE2019-154.17	6-003.kg	6.006,00	Gabe von Anidulafungin, parenteral	76090EBD
ZE2019-154.18	6-003.kh	6.930,00	Gabe von Anidulafungin, parenteral	76090EBE
ZE2019-154.19	6-003.kj	8.316,00	Gabe von Anidulafungin, parenteral	76090EBF
ZE2019-154.20	6-003.kk	10.164,00	Gabe von Anidulafungin, parenteral	76090EBG



ZE2019-154.21	6-003.km	12.012,00	Gabe von Anidulafungin, parenteral	76090EBH
ZE2019-154.22	6-003.kn	13.860,00	Gabe von Anidulafungin, parenteral	76090EBI
ZE2019-154.23	6-003.kp	16.632,00	Gabe von Anidulafungin, parenteral	76090EBJ
ZE2019-154.24	6-003.kq	20.328,00	Gabe von Anidulafungin, parenteral	76090EBK
ZE2019-154.25	6-003.kr	24.024,00	Gabe von Anidulafungin, parenteral	76090EBL
ZE2019-154.26	6-003.ks	27.720,00	Gabe von Anidulafungin, parenteral	76090EBM
ZE2019-154.27	6-003.kt	31.416,00	Gabe von Anidulafungin, parenteral	76090EBN

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2022

Für die Vergütung von Leistungen, die noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart:

Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2022:

B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	200,86 €
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	151,23 €

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2022 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **600,00 €** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 3b** FPV 2022 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **300,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2022 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2022 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

5. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 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 gemäß §137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

NUB-Nr.	Beschreibung	Ko- die- rung	Anzahl Einheiten je Fall		
			Einheit	Entgelthöhe	
NUB2019-03	Atezolizumab	6-00a.1	1200	je mg	3,71 €
NUB2019-10	Trastozumab Emtansin	6-007.d	300	je mg	18,93 €
NUB2019-11	Eribulin	6-006.5	1.760	je µg	0,43 €
NUB2019-13	Golimumab	6-005.2	100	je mg	19,44 €
NUB2019-14	Liposomales Irinotecan	6-009.e	1.50	je mg	20,00 €
NUB2019-15	Pazopanib	6-005.a	5.600	je mg	0,18 €
NUB-2019-46	Icatibant	6-005.4	30	je mg	66,31 €

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

Gem. § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind:

	vorstationäre Behandlung	nachstationäre Behandlung
Kardiologie	156,97 €	61,36 €
Gastroenterologie	164,64 €	63,91 €
Chirurgie Allgemein	100,72 €	17,90 €
Chirurgie Unfall	82,32 €	21,47 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13 €	22,50 €
Urologie	103,28 €	41,93 €
Psychosomatik/Psychotherapie	99,19 €	47,55 €
Innere Medizin	147,25 €	53,69 €

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.



7. Zusatzentgelt für Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gemäß der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG

Für Kosten, die dem Krankenhaus für Testungen von Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden, auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 entstehen, rechnet das Krankenhaus auf Grund der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG gesondert folgendes Zusatzentgelt ab:

- Testung durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR:
ab 01.07.21: 45,50 €
- Testung mittels Labor-Antigen-Test zum Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2:
ab 15.10.20: 19,00 €
- Testung mittels PoC-Antigen-Test zum Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2:
ab 01.08.21: 11,50 €

8. Zu- und Abschläge gemäß § 7 Abs. 1 S.1 Ziff. 4KHEntgG

8.1. Kombiniertes Zuschlag für Ausbildungsvergütung nach § 17a Abs.6 bzw.9 KHG und § 33 Abs.3 S.1 PflBG

Gemäß § 17 a KHG und § 33 Abs.2 S.1 PflBG berechnet das Krankenhaus einen kombinierten krankenhausesindividuellen Zuschlag je voll- und teilstationären Fall bei Aufnahme ab dem 01.01.22 zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütung.

in Höhe von: 207,60 €.

8.2. Zuschlag für Leistungen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG Geriatrischer und onkologischer Schwerpunkt

entfällt

8.3. Zuschlag für Teilnahme an der Notfallversorgung § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG

Zuschlag wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr.5 KHEntgG

in Höhe von 23,79 € je vollstationärem Fall.

8.4. Zuschlag für Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG

Zuschlag für Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG

in Höhe von 0,01 %

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG



8.5. Zuschlag G-BA Mehrkosten gem. § 5 Abs, 3c KHEntgG

entfällt

8.6. Krankenhaushygienezuschlag gem. § 4 Abs. 9 KHEntgG

Zur Finanzierung von Mehrkosten für Maßnahmen zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes im Sinne des § 4 Abs. 11 Satz 1 Nr. 1,2 und 3 KHEntgG wird gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 KHEntgG ein Zuschlag

in Höhe von 0,14 %

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen, der Zusatzentgelte und der sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 und Abs. 2a KHEntG abgerechnet.

8.7. Qualitätssicherungszuschlag nach § 17 b Abs. 1 a Nr. 4 KHEntgG

Nach § 17 b Abs. 1 Nr. 4 KHG sind für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage des § 137 SGB V Zuschläge zu vereinbaren. Dieser Zuschlag wird je vollstationärem Fall in Höhe von

0,81 € berechnet

8.8. Qualitätszuschläge nach § 17 b Abs. 1a Nr. 4 KHG

Für die Teilnahme von Krankenhäusern an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen, die die Anforderungen der üFMS-B erfüllen, erhält das Krankenhaus nach Vereinbarung gemäß § 17 b Abs. 1a Nr. 4 KHG für Aufnahmen ab 01.10.2017 einen

Zuschlag von 0,20 € vollstationärem Fall.



9. Tagesbezogene Entgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 7 Abs.1 Ziff.6a KHEntgG

Das Krankenhaus vereinbart mit den Krankenkassen ein Pflegebudget zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten, die dem Krankenhaus entstehen. Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt nach § 6a Abs. 4 KHEntgG über einen krankenhausesindividuellen Pflegeentgeltwert, welcher berechnet wird, indem das vereinbarte Pflegebudget dividiert wird durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr.

Kann der krankenhausesindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 KHEntgG aufgrund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 noch nicht berechnet

werden, sind gemäß § 15 Abs. 2a S. 1 und 2 KHEntgG (i.d.F.d. MDK-RefG) für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 6a KHEntgG die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG mit

163,09 €

zu multiplizieren.

10. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

1.DRG-Systemzuschlag nach § 17 b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von 1,26 €.

2.Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) nach § 139 a i.V.m. § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) nach § 91 i.V.m. § 139 c SGB V bzw. des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) nach § 137 a Abs. 8 i.V.m. § 139 c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall

in Höhe von 2,67 €.

11. Weitere Zuschläge und Abschläge

11.1. Zuschlag zur Abgeltung von Preis- und Mengensteigerung infolge des Coronavirus SARS-Cov-2 nach § 21 Abs.6 KHG

entfällt

12. Sonstige Zuschläge

Das Krankenhaus berechnet gem. § 17 b Abs. 1 Satz 4 und 6 KHG folgenden Zuschlag:

Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen (incl. der Mitaufnahme von Pflegepersonal nach § 11Abs. 3 SGB V) in Höhe von 45,00 € pro Tag¹.

¹ Die Höhe des Zuschlages von 45,00 € ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17 b Abs. 1, Satz 4 KHG geregelt. Dieser Zuschlag betrifft im Übrigen nur die Fälle der medizinisch notwendigen Aufnahme von Begleitpersonen und ist von der wahlweisen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson zu unterscheiden



13. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus 50,00 €, zuzüglich 19% Mehrwertsteuer 9,50 €, insgesamt **59,50 €**.

14. Zuzahlungen

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus 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 zurzeit **10,00 €** je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

15. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2022 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2022 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2022 zusammengefasst und abgerechnet.

16. Belegärzte / Beleghebammen / Entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 - 11 sind nicht abgegolten:

1. die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.
2. die Leistungen von Beleghebammen bzw. Entbindungspflegern

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Hebamme/dem Entbindungspfleger gesondert berechnet.

17. 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 Krankenhauses 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 Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit das Krankenhaus 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 Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten um 15%. Das Arzthonorar wird in der Regel gesondert von den jeweils liquidationsberechtigten Krankenhausärzten geltend gemacht.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom nachfolgend 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 den ständigen ärztlichen Vertretern (§ 4 Abs.2 Satz 3 GOÄ / GOZ) erbracht:

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

**b) Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung (BRUCHSAL):**

Die Gesamtkosten für die Unterbringung werden aus den Kosten pro Berechnungstag gebildet. Berechnungstag in diesem Sinne ist der Tag der Aufnahme zuzüglich jedes weiteren Aufenthaltstages. Der Tag der Entlassung bzw. Verlegung wird bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Die Zimmerleistungen sind zeitlich splittbar und können sich während des Aufenthalts ändern.

Fachabteilung	Station	Komfortmerkmal	Preis pro Berechnungstag
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	Wahlleistungsstation	Besondere Zimmergröße und -ausstattung, sowie Wahlverpflegung und Service	186,00
Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie, Hämato-Onkologie, Pneumonologie, Infektiologie und Intensivmedizin			
Klinik für Innere Medizin, Kardiologie, Angiologie, Diabetologie, Neurologie und Intensivmedizin			
Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie			
Klinik für Urologie			
Klinik für Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie			
Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie			
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe			



Fachabteilung	Station	Komfortmerkmal	Preis pro Berechnungstag
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	Eingestreuter Bereich	Wahlverpflegung und Service	159,00
Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie, Hämato-Onkologie, Pneumologie, Infektiologie und Intensivmedizin			
Klinik Innere Medizin, Kardiologie, Angiologie, Diabetologie, Neurologie und Intensivmedizin			
Klinik für Unfall- und Wiederherstellungsch irurgie			
Klinik für Urologie			
Klinik für Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie			
Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie			
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe			

**c) Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung (BRUCHSAL):**

Die Zimmerleistungen sind zeitlich splittbar und können sich während des Aufenthalts ändern.

Fachabteilung	Station	Komfortmerkmal	Preis pro Berechnungstag
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	Wahlleistungsstation	Besondere Zimmergröße und -ausstattung, sowie Wahlverpflegung und Service	89,00
Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie, Hämato-Onkologie, Pneumologie, Infektiologie und Intensivmedizin			
Klinik für Innere Medizin, Kardiologie, Angiologie, Diabetologie, Neurologie und Intensivmedizin			
Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie			
Klinik für Urologie			
Klinik für Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie			
Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie			
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe			



Fachabteilung	Station	Komfortmerkmal	Preis pro Berechnungstag
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	Eingestreuter Bereich	Wahlverpflegung und Service	79,00
Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie, Hämato-Onkologie, Pneumonologie, Infektiologie und Intensivmedizin			
Klinik für Innere Medizin, Kardiologie, Angiologie, Diabetologie, Neurologie und Intensivmedizin			
Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie			
Klinik für Urologie			
Klinik für Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie			
Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie			
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe			



d) Unterbringung und Verpflegung in einem Familienzimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung (BRUCHSAL):

Nur in Verbindung mit der Berechnung des Zuschlages für Begleitperson lt. Ziffer h) möglich!!

Fachabteilung	Komfortmerkmal	Preis pro Berechnungstag
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Familienzimmer für Eltern mit Neugeborenem: Besondere Zimmerausstattung und -größe, sowie Wahlverpflegung und Service	89,00 €

e) Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung (BRETTE):

Fachabteilung	Station	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Klinik für Chirurgie	Wahlleistungsstation	Besondere Zimmergröße und -ausstattung, sowie Wahlverpflegung und Service	186,00 €
Klinik für Innere Medizin			

Die Zimmerleistungen sind zeitlich splittbar und können sich während des Aufenthalts ändern.



f) Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung (BRETTE):

Fachabteilung	Station	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Klinik für Chirurgie	Wahlleistungsstation	Besondere Zimmergröße und -ausstattung, sowie Wahlverpflegung und Service	89,00 €
Klinik für Innere Medizin			

Alle Zimmerleistungen sind zeitlich splittbar und können sich während des Aufenthalts ändern.

g) Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson

Preis pro Berechnungstag = 234,61 €

Wahlleistung „Unterbringung einer Begleitperson ohne medizinische Notwendigkeit“ pro Tag 234,61 € (Anteil Unterkunft Patient/in 186,00 € und Anteil Unterkunft Begleitperson 35,20 € zzgl. 7 % Mehrwertsteuer und Anteil Verpflegung Getränke 3,92 € zzgl. 19% Mehrwertsteuer und Essen 5,88 € zzgl. 7% Mehrwertsteuer)

h) Bereitstellung eine Telefons und TV incl. SKY (BRUCHSAL)

Grundgebühr = **3,90 €** je Berechnungstag
und Flatrate ins deutsche Festnetz

zusätzlich Internet **2,00 €** je Berechnungstag; s.Faltblatt/Flyer

i) Bereitstellung eine Telefons (BRETTE)

Bereitstellung eines I-Pads und eines Telefons durch die Klinik.
Pfandgebühr = 50,00 € oder Personalausweis

**Inkrafttreten**

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **01. Mai 2022** in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif/
Pflegekostentarif vom **15. Februar 2022** aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen folgende
Mitarbeiter unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung:

Frau Sänger	Patientenmanagement	07252-54-79183
Frau Hirsch/Frau Kacmaz	Patientenmanagement Bruchsal	07251-708-57101
Frau Schneck	Patientenmanagement Bruchsal	07251-708-57032
Frau Grohnert	Patientenmanagement Bretten	07252-54-79319
Frau Schenkel	Patientenmanagement Bretten	07252-54-79335

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit
den zugehörigen Kostengewichten sowie die zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen.
Insgesamt kann die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen und der
Wahlleistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Dies gilt
insbesondere für Selbstzahler. Prüfen Sie bitte, ob Sie in vollem Umfang für eine
Krankenhausbehandlung versichert sind.