

DRG Entgelttarif 2022 für Krankenhäuser

im Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)
und
Unterrichtung des Patienten/der Patientin gemäß § 8 KHEntgG

Das Krankenhaus Salem der Evangelischen Stadtmission Heidelberg gGmbH berechnet ab dem **01.07.2022** folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gemäß § 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 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 im Krankenhaus Salem liegt bei 3.837,42 Euro** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	0,525	3.800,00 €	1.995,00 €
104Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese	3,206	3.800,00 €	12.182,80 €

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 Behandlungs-geschehens konkret erbracht werden. **Für das Jahr 2022 werden die bundes-einheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der DRG-Entgeltkatalogverordnung 2022 (DRG-EKV 2022) vorgegeben**, welche vom Bundesministerium für Gesundheit als Rechtsverordnung erlassen wurde. Parallel dazu wurden die für das Jahr 2022 anzuwendenden Abrechnungsbestimmungen nach § 17b Abs. 2 S. 1 KHG von Seiten des GKV-Spitzenverbandes sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Fallpauschalenvereinbarung 2022 – FPV 2022 vereinbart, welche hinsichtlich der einzelnen Entgelte auf die vom Bundesministerium per Rechtsverordnung festgesetzten Anlagen der DRG-EKV 2022 verweist.

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 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 Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2022

Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, 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) gemäß § 17b Abs. 1 S. 7

KHG 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 DRG-EKV 2022 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der DRG-EKV 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 DRG-EKV 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 DRG-EKV 2022 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 Salem berechnet für die in Anlage 4 i.V. mit Anlage 6 zur DRG-EKV 2022 genannten Zusatzentgelte folgende Preise:

Entgelt	Beschreibung	Entgelthöhe
ZE2020-25	5-829.m Modulare Endoprothesen Hüfte : Implantation von oder (Teil-) Wechsel in ein patientenindividuell angefertigtes Implantat bei knöcherner Defektsituation oder angeborener oder erworbener Deformität	1.500,00 €
ZE2020-25	5-829.m Modulare Endoprothesen Knie : Implantation von oder (Teil-) Wechsel in ein patientenindividuell angefertigtes Implantat bei knöcherner Defektsituation oder angeborener oder erworbener Deformität	1.700,00 €
ZE2020-54	5-429.j1 Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, eine Prothese ohne Antirefluxventil	414,20 €
ZE2020-54	5-429.jc Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, eine Prothese mit Antirefluxventil	660,62 €
ZE2020-54	5-449.h3 Andere Operationen am Magen: Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese: Endoskopisch	702,56 €
ZE2020-54	5-469.k3 Andere Operationen am Darm: Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese: Endoskopisch	414,20 €
ZE2020-54	5-513.m0 Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden ungecoverten Stents: Ein Stent	466,63 €
ZE2020-54	5-513.n0 Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden gecoverten Stent-Prothesen: Eine Stent-Prothese	618,67 €
ZE2020-111	6-005.d0 Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral: 150 mg bis unter 300 mg	744,75 €
ZE2020-111	6-005.d1 Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral: 300 mg bis unter 450 mg	1.241,25 €
ZE2020-111	6-005.d3 Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral: 600 mg bis unter 750 mg	2.234,25 €
ZE2020-113	6-006.10 Gabe von Cabazitaxel, parenteral: 30 mg bis unter 35 mg	1.747,53 €
ZE2020-113	6-006.11 Gabe von Cabazitaxel, parenteral: 35 mg bis unter 40 mg	2.016,38 €
ZE2020-113	6-006.12 Gabe von Cabazitaxel, parenteral: 40 mg bis unter 45 mg	2.285,23 €
ZE2020-120	6-001.c3 Gabe von Pemetrexed, parenteral: 900 mg bis unter 1.000 mg	1.539,00 €
ZE2020-120	6-001.c5 Gabe von Pemetrexed, parenteral: 1.100 mg bis unter 1.200 mg	1.863,00 €
ZE2020-123	6-002.pa Gabe von Caspofungin, parenteral: 500 mg bis unter 600 mg	258,50 €
ZE2020-146	6-007.m0 Gabe von Ramucirumab, parenteral: 300 mg bis unter 450 mg	1.387,50 €
ZE2020-146	6-007.m2 Gabe von Ramucirumab, parenteral: 600 mg bis unter 750 mg	2.349,00 €
ZE2020-146	6-007.m5 Gabe von Ramucirumab, parenteral: 1.050 mg bis unter 1.200 mg	3.915,00 €
ZE2020-148	6-001.d2 Gabe von Adalimumab, parenteral: 40 mg bis unter 80 mg	412,80 €
ZE2020-149	6-001.e4 Gabe von Infliximab, parenteral: 300 mg bis unter 400 mg	479,50 €
ZE2020-153	6-001.k2 Gabe von Trastuzumab, intravenös: 200 mg bis unter 250 mg	416,25 €
ZE2020-153	6-001.k4 Gabe von Trastuzumab, intravenös: 300 mg bis unter 350 mg	601,25 €
ZE2020-153	6-001.k5 Gabe von Trastuzumab, intravenös: 350 mg bis unter 400 mg	693,75 €
ZE2020-153	6-001.k6 Gabe von Trastuzumab, intravenös: 400 mg bis unter 450 mg	786,25 €
ZE2020-153	6-001.k7 Gabe von Trastuzumab, intravenös: 450 mg bis unter 500 mg	878,75 €
ZE2020-153	6-001.k8 Gabe von Trastuzumab, intravenös: 500 mg bis unter 600 mg	1.017,50 €
ZE2020-158	6-007.90 Gabe von Pertuzumab, parenteral: 420 mg bis unter 840 mg	2.486,40 €
ZE2020-158	6-007.91 Gabe von Pertuzumab, parenteral: 840 mg bis unter 1.260 mg	4.972,80 €
ZE2020-160	6-009.38 Gabe von Pembrolizumab, parenteral: 200 mg bis unter 240 mg	5.381,20 €
ZE2020-160	6-009.3g Gabe von Pembrolizumab, parenteral: 600 mg bis unter 680 mg	15.654,40 €
ZE2020-160	6-009.3t Gabe von Pembrolizumab, parenteral: 1.880 mg bis unter 2.200 mg	49.898,40 €
ZE2020-161	6-008.m2 Gabe von Nivolumab, parenteral: 80 mg bis unter 120 mg	973,00 €

ZE2020-161	6-008.m6 Gabe von Nivolumab, parenteral: 240 mg bis unter 280 mg	2.529,80 €
ZE2020-169	6-009.e3 Gabe von Liposomalen Irinotecan, parenteral: 125 mg bis unter 150 mg	2.629,00 €
ZE2020-169	6-009.e4 Gabe von Liposomalen Irinotecan, parenteral: 150 mg bis unter 175 mg	3.107,00 €
ZE2020-169	6-009.e5 Gabe von Liposomalen Irinotecan, parenteral: 175 mg bis unter 200 mg	3.585,00 €
ZE2020-169	6-009.e6 Gabe von Liposomalen Irinotecan, parenteral: 200 mg bis unter 250 mg	4.302,00 €
ZE2020-170	6-002.91 Gabe von Bevacizumab, parenteral: 250 mg bis unter 350 mg	645,00 €
ZE2020-170	6-002.92 Gabe von Bevacizumab, parenteral: 350 mg bis unter 450 mg	860,00 €
ZE2020-170	6-002.93 Gabe von Bevacizumab, parenteral: 450 mg bis unter 550 mg	1.075,00 €
ZE2020-170	6-002.94 Gabe von Bevacizumab, parenteral: 550 mg bis unter 650 mg	1.290,00 €
ZE2020-170	6-002.96 Gabe von Bevacizumab, parenteral: 750 mg bis unter 850 mg	1.720,00 €
ZE2020-170	6-002.99 Gabe von Bevacizumab, parenteral: 1.150 mg bis unter 1.350 mg	2.687,50 €
ZE2020-170	6-002.9e Gabe von Bevacizumab, parenteral: 2.350 mg bis unter 2.750 mg	5.482,50 €
ZE2020-177	6-002.72 Gabe von Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg	76,92 €

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV 2022

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

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2021 für Leistungen nach **Anlage 3a DRG-EKV 2022** keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

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

Gem. § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte

a.) vorstationäre Behandlung		b.) nachstationäre Behandlung	
Medizinische Klinik	147,25 €	Medizinische Klinik	53,69 €
Chirurgie	100,72 €	Chirurgie	17,90 €
Urologie	103,28 €	Urologie	41,93 €
Gynäkologie	119,13 €	Gynäkologie	22,50 €

c.) Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten bei vor- oder nachstationärer Behandlung

Computertomographie-Gerät (CT)

5369	Höchstwert der Ziffern 5370-5374	122,71 €
5370	CT im Kopfbereich – ggf einschließlich des kraniozervikalen Übergangs	81,81 €
5371	CT im Hals- und/oder Thoraxbereich	94,08 €
5372	CT im Abdominalbereich	106,35 €
5373	CT des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare)	77,72 €
5374	CT der Zwischenwirbelsäule im Bereich Hals-, Brust- und/oder Lendenwirbelsäule	77,72 €
5375	CT der Aorta in ihrer gesamten Länge	81,81 €
5376	Ergänzende CT(s) mit mindestens einer zusätzlichen Serie – zusätzl. zu Nr. 5370-5375	20,45 €
5377	Zuschlag für computergesteuerte Analyse, einschl. 3D-Rekonstruktion	32,72 €
5378	CT zur Bestrahlungsplanerstellung oder zu intervent. Maßnahmen	40,90 €
5380	Mineralgehaltsbestimmung (Osteodensitometrie) von repräsentat. Skeletteilen	12,27 €

Gem. § 8 Abs. 2 S. 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.

6. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 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 gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

Medikament	Beschreibung	Entgelthöhe
Trastuzumab-Emtansin	6-007.d - Gabe von Trastuzumab-Emtansin: Arzneimittelkosten für 1 mg	17,72 €
Everolimus	6-005.8 - Gabe von Everolimus bei Neoplasie: Arzneimittelkosten für 1 mg	3,69 €
Eribulin	6-006.5 - Gabe von Eribulin: Arzneimittelkosten für 0,88 mg	423,13 €
Pazopanib	6-005.a - Gabe von Pazopanib: Arzneimittelkosten für 1 mg	0,18 €
Axitinib	6-006.g - Gabe von Axitinib: Arzneimittelkosten für 1 mg	10,33 €
Lenvatinib	6-008.j - Gabe von Lenvatinib: Arzneimittelkosten für 1 mg	7,53 €
Cabozantinib	6-008.8 - Gabe von Cabozantinib: Arzneimittelkosten für 1 mg	1,90 €

Vemurafenib	6-006.f - Gabe von Vemurafenib: Arzneimittelkosten für 1 mg	0,10 €
Durvalumab	6-00b.7 - Gabe von Durvalumab: Arzneimittelkosten für 1 mg	4,09 €
Olaparib	6-009.0 - Gabe von Olaparib: Arzneimittelkosten für 1 mg	0,23 €
Trifluridin-Tipiracil	6-009.n - Gabe von Trifluridin-Tipiracil: Arzneimittelkosten für 1 mg	1,63 €
Trametinib	6-009.7 - Gabe von Trametinib: Arzneimittelkosten für 1 mg	67,64 €
Avelumab	6-00a.2 - Gabe von Avelumab: Arzneimittelkosten für 1 mg	3,76 €
Ribociclib	6-00a.f - Gabe von Ribociclib: Arzneimittelkosten für 1 mg	0,17 €
Abemaciclib	6-00b.0 - Gabe von Abemaciclib: Arzneimittelkosten für 1 mg	0,22 €
Niraparib	6-00a.c - Gabe von Niraparib: Arzneimittelkosten für 1 mg	0,66 €
Cemiplimab	6-00c.3 - Gabe von Cemiplimab: Arzneimittelkosten für 1 mg	12,09 €
Tivozanib	6-00a.j - Gabe von Vandetanib: Arzneimittelkosten für 1 µg	0,13 €
Encorafenib plus Binimetinib	6-00b.9 - Gabe von Encorafenib plus Binimetinib: Arzneimittelkosten für 1 mg	0,55 €
Streptozotocin	6-00b.h - Gabe von Streptozotocin: Arzneimittelkosten für 1000 mg	750,30 €
Vedolizumab	6-008.5 - Gabe von Vedolizumab: Arzneimittelkosten für 1 mg	7,57 €
Golimumab	6-005.2 - Gabe von Golimumab: Arzneimittelkosten für 1 mg	17,79 €
Dabrafenib	6-007.5 - Gabe von Dabrafenib: Arzneimittelkosten für 1 mg	0,60 €
Cobimetinib	6-008.c - Gabe von Cobimetinib: Arzneimittelkosten für 1 mg	4,09 €
Trastuzumab-Deruxtecan i.v.	6-001.k - Gabe von Trastuzumab-Deruxtecan i.v.: Arzneimittelkosten für 1 mg	22,11 €
Glecaprevir/Pibrentasvir	6-00a.6 - Gabe von Glecaprevir-Pibrentasvir: Arzneimittelkosten für 1 mg	1,19 €
Dostarlimab	8-547.0 - Gabe von Dostarlimab: Arzneimittelkosten für 1 mg	11,15 €
Sacituzumab Govitecan	8-547.1 - Gabe von Sacituzumab Govitecan: Arzneimittelkosten für 1 mg	5,76 €

7. Tagesbezogene Pflegeentgelte 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.

Pflegeentgeltwert für die Berechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte 219,93 €

8. 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 folgende Zusatzentgelte ab:

- Testungen durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels **PCR, PoC-PCR** oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik bei Patientinnen und Patienten mit **Aufnahmedatum ab dem 01.07.2022: 37,80 €**
- **Labordiagnostik** mittels **Antigen-Test** zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit **Aufnahmedatum ab dem 15.10.2020: 19,00 €**
- Testung mittels **Antigen-Test** zur patientennahen Anwendung durch Dritte zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (PoC-Antigentest) bei Patientinnen und Patienten mit **Aufnahmedatum ab dem 01.08.2021: 11,50 €**

9. Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen gem. § 7 Abs.1 Ziff. 4 KHEntgG und sonstige Zu- und Abschläge ab dem 1. Januar 2022

Gem. § 17a KHG und § 33 Abs. 3 Satz1 BfIBG berechnet das Krankenhaus einen **kombinierten landesweiten Ausbildungszuschlag** je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen.

Der kombinierte Ausbildungszuschlag beträgt ab 01.01.2022 207,60 €.

Dieser setzt sich zusammen aus dem Ausbildungszuschlag nach § 17 a Abs. 6 bzw. 9 KHG (72,97 EUR) sowie dem Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 2 Satz 1 PflBG (134,63 EUR).

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

Zuschlag für die **medizinisch notwendige** Aufnahme von Begleitpersonen bzw. für die Mitaufnahme einer Pflegekraft **i.H. von 45,00 € pro Tag .1)**

10. Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG

Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG in **Höhe von 0,26 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß §7 Abs. 1 Satz Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.

11. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG sowie Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Abs. 4 KHEntgG

Gem. § 17b KHG berechnet das Krankenhaus einen **Zuschlag i.H. von 0,81 €** je Fall für die Beteiligung der Krankenhäuser an der Qualitätssicherung auf der Grundlage des § 137 SGB V.

12. Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG

Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG in **Höhe von 14,52 €** je vollstationärem Fall.

13. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

Zur Finanzierung der Entwicklung und Pflege des in Deutschland einzuführenden pauschalierenden Entgeltsystems für voll und teilstationäre Krankenhausleistungen auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) berechnet das Krankenhaus einen

DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG in Höhe von 1,26 €

je vollstationärem Krankenhausfall. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die in § 17 b Abs. 5 KHG benannten Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene abgeführt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V i.V.m. § 139 c SGB V und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin nach § 139a, i.V.m. § 139c werden seit 1.4.2004 über einen DRG-Zuschlag im stationären Sektor finanziert. **Dieser DRG-Zuschlag beträgt ab 01.01.2022 2,67 €.** Für die Verrechnung des Zuschlags gelten die gleichen Regularien wie für den DRG Systemzuschlag. 2)

14. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnet das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus **60,00 €**

15. Zuzahlungen

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,- je Kalendertag (§ 61 Abs.2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkasse** beim Patienten eingefordert.

16. 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.

17. Belegärzte

Mit dem Entgelt nach Nr. 1 bis 13 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; diese Leistungen werden vom Belegarzt gesondert berechnet.

18. 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 SGB V) 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, 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 Krankenhaus berechnet werden, **vom in der Anlage 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:

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

b. Unterkunft

1. Die Unterbringung in einem 1-Bettzimmer mit Dusche	108,60 €
2. Die Unterbringung in einem 2-Bettzimmer mit Dusche	61,00 €
3. Die Unterbringung in einem 1-Bettzimmer mit Dusche Gynäkologie - Haupthaus	58,20 €
4. Die Unterbringung im 1-Bettzimmer mit Dusche in der Villa Menge (Geburtshilfliches Zentrum)	83,25 €
5. Die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson je Berechnungstag	44,99 € inkl. MwSt.

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/berechnet.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **01.07.2022** in Kraft. Gleichzeitig wird der Pflegekostentarif vom 01.04.2022 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten dieses Entgelttarifes noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter der Verwaltung (Patientenaufnahme) unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung.

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.

1) Die Höhe des Zuschlages von 45,00 € ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs.1 Satz 4 KHG geregelt. Dieser Zuschlag betrifft im Übrigen **nur die Fälle der medizinisch notwendigen Aufnahmen** von Begleitpersonen und ist von der wahlweisen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson nach Ziff. 18b Ziffer 5 zu unterscheiden.

2) Die Zuschläge für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V, des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V werden gemeinsam erhoben und als ein gemeinsamer Zuschlag in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen. Demzufolge werden sie auch im DRG-Entgelttarif gemeinsam ausgewiesen.