

DRG-Entgelttarif 2022 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Die STENUM Ortho GmbH berechnet ab dem 01.01.2022 folgende Entgelte:

1. Fallpauschale (DRGs) gem. § 7 Abs. 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 textlicher 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 **3834,04** 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	Entgelt
B79 Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	0,517	€ 3.500,00	€ 1.809,50
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	3,202	€ 3.500,00	€ 11.207,00

Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild 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 Unterschreitung 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

-	Veröffentlicht am: 12.10.2023	Version: 3
Status: final	Druckdatum: 25.10.2023	Dok.Nr.: 63086
		Seite 1 von 5

Einzelheiten und das Berechnungsverfahren hierzu regelt die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2022 (FPV 2022).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 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 FPV 2022 vorgegeben.

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

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

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

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

ZE 11.01	- Wirbelkörperersatz 1 Wirbelkörper	- 832,87 €
ZE 2022.25 a	- Modulare Endoprothesen Kniegelenk 5-829.k	- 2.000,00 €
ZE 2022 25b	- Modulare Endoprothesen Hüftgelenk 5-829.k	- 1.700,00 €
ZE 36.02	- 2 Plasmapheresen	- 2.199,58 €
ZE 36.03	- 3 Plasmapheresen	- 3.299,37 €
ZE 125.01	- Andere Operationen an der Wirbelsäule:	
	Implantation eines interspinösen Spreizers: 1 Segment	- 416,69 €
ZE 125.02	- Andere Operationen an der Wirbelsäule:	
	Implantation eines interspinösen Spreizers: 2 Segmente	- 833,38 €
ZE 162	- Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle Anlage 2)	- 15,12 €
ZE 163	- Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle Anlage 2)	- 31,30 €

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 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 krankenhausespezifische Entgelte vereinbart:

B61B

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2022 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausespezifischen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **EUR 600,00** abzurechnen. Können für die Leistungen nach Anlage 3b FPV 2022 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausespezifischen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **EUR 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 **EUR 450,00** abzurechnen.

-	Veröffentlicht am: 12.10.2023	Version: 3
Status: final	Druckdatum: 25.10.2023	Dok.Nr.: 63086
		Seite 2 von 5

5. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 3 KHEntgG

Für folgende Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2a KHEntgG folgende gesonderte Zusatzentgelte vereinbart: **keine**

6. 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:

- Testungen durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 16.06.2020: 45,50 €
- Testung mittels Antigen-Test um direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 15.10.2020: 19,00 €

7. Zu- und Abschläge gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 4 KHEntgG

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je vollstationärem Fall in Höhe von **EUR 94,34**
- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach §33 Abs. 2 PflBG je vollstationären Fall in Höhe von **EUR 157,82**
- Zuschlag für eine nicht medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **EUR 98,50** pro Tag (zzgl. Umsatzsteuer)

Hinweis für Privatversicherte:

Hier muss mit der Privaten Krankenversicherung (PKV) geklärt werden, ob diese Leistung Bestandteil des Vertrages zwischen PKV und Patient ist. Sollte diese Leistung ausgeschlossen sein, wird diese Leistung vom Krankenhaus dem Patienten in Rechnung gestellt.

- Abschlag für Mehrleistungen gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG vom landesweit geltenden Basisfallwert in Höhe von **EUR 0,00** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen.
- Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG in Höhe von **60,00 €** je vollstationärem Fall.
- Fixkostendegressionsabschlag gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG in Höhe von **0,0 %** auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen.
- Zuschlag für Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG in Höhe von **0,0 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2a KHEntgG.
- Zuschlag für die Finanzierung von Mehrkosten, die durch Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung entstehen nach § 5 Abs. 3c KHEntgG in Höhe von **EUR 0,81**.
- Abschlag wegen Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i Abs. 5 SGB V i.V.m. § 8 Abs. 4 KHEntgG in Höhe von **EUR 0,00**.
- Abschlag wegen Nichteinhaltung der Untergrenze für den Pflegepersonalquotienten nach § 137j Abs. 2a SGB V in Höhe von **EUR 0,00**.
- Zuschlag nach § 5 Abs. 3d KHEntgG für Implantatbezogene Maßnahmen nach § 2 Nr. 4 Implantateregistrierungsgesetz in Höhe von **EUR 0,00**.

-	Veröffentlicht am: 12.10.2023	Version: 3
Status: final	Druckdatum: 25.10.2023	Dok.Nr.: 63086
		Seite 3 von 5

- Zuschlag nach § 5 Abs. 3g KHEntgG für Speicherung von Daten auf der elektronischen Patientenakte für jeden voll- und teilstationären Fall in Höhe von **EUR 0,00**.
- Zuschlag nach § 5 Abs. 3g KHEntgG für Unterstützung von Versicherten bei erstmaliger Befüllung der elektronischen Patientenakte im aktuellen Behandlungskontext im Jahr 2022 in Höhe von **EUR 0,00**.

8. 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 gem. § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab: **keine**

9. 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 krankenhausespezifischen 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.

10. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **EUR 1,20**
- Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V bzw. des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **EUR 2,67**

11. Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a S. SGB V

Zuschlag für die Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der elektronischen Gesundheitskarte (Telematikzuschlag) nach § 291a Abs. 7a S. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **EUR -**

12. 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 (Pauschale je Behandlungsfall)

EUR 133,96

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.

13. Entgelte für sonstige Leistungen

Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand. Daneben werden Schreibgebühren, Porto- und Versandkosten berechnet.

-	Veröffentlicht am: 12.10.2023	Version: 3
Status: final	Druckdatum: 25.10.2023	Dok.Nr.: 63086
		Seite 4 von 5

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 **EUR 10,-** je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43b 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

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 12 sind nicht abgegolten:

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 von dem Belegarzt gesondert geleistet.

17. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet. Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung und der Patienteninformation über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen entnehmen.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2022 in Kraft.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Verwaltung 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.

-	Veröffentlicht am: 12.10.2023	Version: 3
Status: final	Druckdatum: 25.10.2023	Dok.Nr.: 63086
		Seite 5 von 5