

## DRG-Entgelttarif

DRG-Entgelttarif für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des Krankenhaus-Entgelt-Gesetzes (KHEntgG) gültig ab **01. Februar 2018** 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 2018) und circa 30.000 Prozeduren (OPS-301 Version 2018) 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 **3.453,17 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

#### Beispiel

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen	0,718	€ 3.453,17	€ 2.479,38
DRG I04Z	DRG-Definition Ersatz des Kniegelenks mit Begleiterkrankungen	Relativgewicht 3,621	Basisfallwert € 3.453,17	Entgelt € 12.503,93

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 2018 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2018 (FPV 2018) 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 2018

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 2018 (FPV 2018).

## 3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV 2018

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 sowie die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2018 werden die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2018 vorgegeben.

Daneben können für die Anlage 4 in Verbindung mit der Anlage 6 der FPV 2018 genannten Zusatzentgelte **krankenhausindividuelle 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 2018 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Wurden in den Budgetverhandlungen für das Jahr 2018 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2018 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von §8 Abs. 1 S.3 KHEntgG für jeden Behandlungstag 600,-€ abzurechnen.

Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden

ZE 2017-01.03	Beckenimplantate	Entgelthöhe	1.972,00 €
ZE 2017-25H	Modulare Endoprothesen Hüfte	Entgelthöhe	1.500,00 €
ZE 2017-25K	Modulare Endoprothesen Knie	Entgelthöhe	2.050,00 €
ZE 2017-25S	Modulare Endoprothesen Schulter	Entgelthöhe	986,00 €
ZE 2017-41	Multimodal-nichtoperative.Komplexbehandlung des Bewegungssystems	Entgelthöhe	775,00 €
ZE 2017-61.05	Neurostimulatoren zur Hirn-oder Rückenmarkstimulation,Mehrkanalsystem,wiederaufladbar	Entgelthöhe	15.212,00 €

#### 4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2018

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2018 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** FPV 2018 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 2018 für Leistungen nach Anlage 3a FPV 2018 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

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 krankenhausindividuelle** Entgelte vereinbart:  
- Leistungen der Anlage 3 der FPV

<b>DRG B61B</b> Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks	Entgelthöhe pro Belegungstag 596,91 Euro
---------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

#### 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, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind:

<b>a. vorstationäre Behandlung</b>	<b>133,96 €</b>
<b>b. nachstationäre Behandlung</b>	<b>20,96 €</b>

Gem. § 8 Abs. 2 Nr. 4 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. Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen gem. § 7 Ziff. 4 KHEntgG

Gemäß § 17a KHG berechnet das Krankenhaus einen krankenhausindividuellen Zuschlag je voll- und teilstationären Fall zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütung. Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig: **113,99 €**

### 7. Qualitätssicherungszuschläge nach §17 b Abs. 1 a Nr. 4 KHG

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 vollstationären Fall in Höhe von

- Zuschlagsanteil Krankenhaus	0,74 €
- Zuschlagsanteil Land (GeQiK)	<u>0,58 €</u>

**1,32 €** berechnet.

### 8. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

**in Höhe von 1,31 €**

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 1,70 € .**

### 9. 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 0,08 %**

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

### 10. Neueinstellung von Pflegekräften gem. § 4 Abs. 8 KHEntgG

Zuschlag nach § 4 Abs. 8 KHEntgG zur finanziellen Förderung der zusätzlichen Personalkosten bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Stellen von ausgebildetem Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Krankenpflegegesetz

**in Höhe von 0,30 %**

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.

### 11. Begleitperson medizinisch notwendig

Für die Aufnahme einer medizinischen notwendigen Begleitperson (incl. med.notwendiger Mitaufnahme einer Pflegekraft als Begleitperson nach § 11 Abs.3 SGB V) wird mit der Krankenkasse ein Betrag pro Tag in Höhe von

**45 € abgerechnet.**

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.

### 12. 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.**

### 13. Pflegezuschlag nach § 8 Abs. 10 KHEntgG

zur Förderung der pflegerischen Versorgung wird bei vollstationärer Behandlung gemäß § 8 Abs. 10 KHEntgG je vollstationärem Fall ein Zuschlag

**in Höhe von 25,63 € je Fall abgerechnet.**

### 14. Entgelte für Begutachtung Leistungen

Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnet das Krankenhaus:

Im Bereich Orthopädie: **250,- €**  
Im Bereich Querschnitt: **400,- €**

Daneben berechnet der liquidationsberechtigte Arzt sein Honorar, werden Schreibgebühren für das Gutachten erhoben, und es werden Porto- und Versandkosten berechnet.

### 15. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Hilfsmittel: nach § 4 Abs. 4b AVB (z.B. Prothesen, Krückstöcke, Krankenfahrräder) – Erstattung des tatsächlichen Aufwandes.
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus 59,50 EURO (50,00€ zzgl. 19% Mwst.) ab 01.12.2009.

## 16. Zuzahlungen

### Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit **€ 10,-** je Kalendertag, für Versicherte, die das 18.Lebensjahr vollendet haben. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

## 17. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntG):

**a. Informationen zur wahlärztlichen Leistung entnehmen Sie bitte dem Behandlungsvertrag / Wahlleistungsvereinbarung**

**b. Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgende Leistungsbeschreibung:**

Fachabteilung	Station	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Klinik für Handchirurgie und Plastische Chirurgie, Klinik für Neuroorthopädie	L	Besondere Zimmergröße und -ausstattung sowie Wahlverpflegung und Service	130,00 €
Klinik für Sportorthopädie und Arthroskopische Chirurgie	M		
Klinik für Endoprothetik, Allgemeine und Rheumaorthopädie	G	Besondere Zimmergröße und -ausstattung sowie Wahlverpflegung und Service	130,00 €

Zentrum für Wirbelsäulenchirurgie	D	Besondere Zimmergröße und - ausstattung sowie Wahlverpflegung und Service	104,58 €
Schmerztherapie	I	Unterbringung in einem Einbettzimmer	36,28 €
Alle Stationen		Komfortzimmer Deluxe	154,70 €

**c. Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgende Leistungsbeschreibung:**

Fachabteilung	Station	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Klinik für Handchirurgie und Plastische Chirurgie, Klinik für Neuroorthopädie	L	Besondere Zimmergröße und - ausstattung sowie Wahlverpflegung und Service	60,00 €
Klinik für Sportortho- pädie und Arthros- kopische Chirurgie	M		
Klinik f.Endoprothetik Allgemeine und Rheumaorthopädie	G	Besondere Zimmergröße und - ausstattung sowie Wahlverpflegung und Service	60,00 €
Zentrum für Wirbelsäulenchirurgie	D	Besondere Zimmergröße und - ausstattung sowie Wahlverpflegung und Service	59,98 €

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

**d. Unterbringung in einer Suite nach Maßgabe der folgende Leistungsbeschreibung:**

Fachabteilung	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Alle	Besondere Zimmergröße und -ausstattung sowie Wahlverpflegung und Service	140,00 €

**e. Für die Gestellung einer Sonderwache: Erstattung des tatsächlichen Aufwandes.**

**f. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson (nicht medizinisch notwendig):**

Leistung	Preis	Satz	Gesamtpreis	Anteil Mwst.
Begleitperson (Anteil Unterkunft)	35,20 €	7%	37,66 €	2,46 €
Begleitperson (Anteil Verpflegung)	9,80 €	19%	11,66 €	1,86 €
<b>Begleitperson (gesamt)</b>	<b>45,00 €</b>		<b>49,33 €</b>	<b>4,33 €</b>

**g. Unterbringung und Verpflegung einer Komfort-Begleitperson (nicht medizinisch notwendig):**

Leistung	Preis	Satz	Gesamtpreis	Anteil Mwst.
Begleitperson (Anteil Unterkunft)	35,20 €	7%	37,66 €	2,46 €
Begleitperson (Anteil Komfort)	33,61 €	19%	40,00 €	6,39 €
<b>Begleitperson- Komfort (gesamt)</b>	<b>68,81 €</b>		<b>77,66 €</b>	<b>8,85 €</b>



**h. Für die Bereitstellung eines Telefonapparates:**

eine Gebühr von 2,00 € je Kalendertag zuzüglich 0,10 € je Gebühreneinheit. Für die Telefonkarte wird ein Pfand in Höhe von 5,00 € erhoben.

**i. Für die Nutzung des Internets:**

eine Gebühr von 2,00 € jeden genutzten Tag.

**j. Für die Nutzung von Sky:**

eine Gebühr von 2,10 € pro Tag.

**k. Paketpreis (Telefongrundgebühr + Sky + Internet)**

eine Gebühr von 5,00 € pro Tag

**l. Sonstiges**

Kopfhörer können für 2,10 € erworben werden.  
Die Bereitstellung eines Fernsehgerätes ist kostenlos.

**Inkrafttreten**

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01. Februar 2018 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01. Januar 2018 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:

Patientenmanagement – ☎ 07145 - 91-53013 / 53014 / 53015	Abteilungsleitung: <b>Hr. Kielkopf</b> ☎ 07141-99-61520
	Ansprechpartner vor Ort – Teamleitung: <b>Fr. Frys</b> ☎ 07142-79-55424

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.

Markgröningen, 19.01.2018

gez. ppa. Sporys  
Regionaldirektor