



**Die
Stadtklinik
Werdohl
informiert**

DRG-Entgelttarif 3|1|2024

Gültig ab 1. August 2024

Diesen DRG-Entgelttarif können Sie unter www.stadtklinik-werdohl.de einsehen!

I. Allgemeines

1. Das Krankenhaus berechnet
 - a) Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 1 KHEntgG
 - b) Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. mittleren Verweildauer der DRG gem. § 1 Abs. 2 & 3 sowie § 3 Abs. 1 & 2 FPV (Fallpauschalenverordnung)
 - c) Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV
 - d) Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV
 - e) Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gem. § 115a SGB V
 - f) Gesamtzuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen
 - g) Qualitätssicherungszuschlag nach § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG sowie Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Abs. 4 KHEntgG
 - h) einen DRG-Systemzuschlag nach § 17 Abs. 5 KHG
 - i) Entgelte für Wahlleistungen
 - j) Entgelte für sonstige Leistungen
 - k) Zuzahlungen

II. Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

Das Krankenhaus berechnet die allgemeinen Krankenhausleistungen wie folgt:

- 1.1 Basisfallwert **4.206,00 €**
- 1.1.1 Pflegeentgeltwert **224,95 €**

| <i>2. Abteilungen</i> | <i>vorstationäre Fallpauschale</i> | <i>nachstationäre Tagespauschale</i> |
|-----------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| Allgemeine Chirurgie | 100,72 € | 17,90 € |
| Innere Medizin | 147,25 € | 53,69 € |
| Geriartrie | 100,72 € | 17,90 € |

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 Krankheitsfalles.

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 bzw. Prozeduren stehen Kataloge mit ca. 13.000 Diagnosen und ca. 30.000 Prozeduren zur Verfügung. Neben den bisher genannten können auch andere Faktoren wie z. B. das Alter oder die Entlassungsart Auswirkungen 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 Sie 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 (s.o.). Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

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 bzw. therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Der zu ermittelnde Preis setzt voraus, dass DRG-spezifische Grenzen für die Verweildauer nicht über- oder unterschritten werden. Bei Über- oder Unterschreiten dieser Verweildauern werden gesetzlich vorgegebene Zu- und Abschläge fällig. Die näheren Einzelheiten und Berechnungsverfahren regelt die Fallpauschalenverordnung (FPV).

3. Bei vor- und nachstationärer Behandlung zusätzlich zu berechnenden Leistungen (Durchführung mit medizinisch-technischen Großgeräten; Leistungen nach den DKG-NT I - Ziffern)

| Ziffer | Computer-Tomographie (CT) - Leistungen | Betrag |
|--------|--|----------|
| 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 Zwischenwirbelräume im Bereich der Hals-, Brust- und/oder Lendenwirbelsäule | 77,72 € |
| 5369 | Höchstwert der Ziffern 5370-5374 | 122,71 € |
| 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 Nr. 4 KHEntgG ist eine vorstationäre Behandlung neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Eine nachstationäre Behandlung kann zusätzlich zu einer DRG berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der DRG übersteigt.

4. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV

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 (GKV-Spitzenverbände, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) gem. § 17b Abs. 1, S. 7 KHG Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungs-komplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Bundeseinheitliche Zusatzentgelte werden durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der jeweils gültigen FPV vorgegeben.

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

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

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

| | |
|--|----------|
| - DRG Systemzuschlag | 1,43 € |
| - Zuschlag für externe Qualitätssicherung | 0,93 € |
| - Systemzuschlag für GBA und IQWIG | 2,94 € |
| - Zuschlag für Kosten der Ausbildungsstätten | 73,89 € |
| - Ausbildungszuschlag gem. § 33 Abs. 3 PflBG | 222,87 € |
| - Zuschlag für die Aufnahme von med. notwendigen Begleitpersonen* | 45,00 € |
| - Fehlermeldesystemzuschlag – CIRS | 0,20 € |
| - Zuschlag wegen Nichtteilnahme an der gestuften Notfallversorgung | 51,31 € |
| - Erlösabschlag gm. § 5 Abs. 4 KHEntgG | - 4,94 % |

* bzw. Mitaufnahme eine Pflegekraft nach § 11 Abs. 3 SGB V

6. Sonstige Entgelte für die Leistungen gem. § 7 FPV

- Fallbezogene sonstige Entgelte nach Anlage 3a und 3b FPV
- unbewertete teilstationäre Leistungen, die nicht in Anlage 3b aufgeführt sind
- Leistungen besonderer Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 S. 10 KHG

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **600,00 €** abzurechnen. Können für Leistungen nach Anlage 3b FPV auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **300,00 €** abzurechnen. Wurden in der Budgetvereinbarung für Leistungen nach Anlage 3a FPV keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

7. 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.

III. Entgelte für Wahlleistungen

| | | | |
|---|---|--------------------|--------------------------|
| 1. | Unterbringung im 1-Bett-Zimmer | pro Berechnungstag | 78,00 € |
| 1.1 | Freihaltung im 1-Bett-Zimmer (max. 4 Tage) | pro Berechnungstag | 58,50 € |
| 2. | Unterbringung im 2-Bett-Zimmer | pro Berechnungstag | 22,00 € |
| 3. | Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson | pro Berechnungstag | 90,00 € |
| 4. | Covid-Test | je Test | 52,50 € |
| 5. | Wahlleistungen Telefon und Fernsehen | Grundgebühr | 0,50 € pro Tag |
| 5.1 | Telefon: | | 0,10 € je Einheit |
| 5.2 | Fernsehen: | | |
| | Allgemeine Gebühr bis zu | | 2,80 € pro Tag, |
| | sowie (bei Bedarf) für einen Kopfhörer | | 2,50 € |
| Weitere Informationen befinden sich in einer Sonderbeilage. | | | |
| 6. | WLAN-Gebühren | | 6,00 €/ Ticket |

IV. 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. Das Krankenhaus berechnet weiterhin für | | |
| 2. | Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung, Dauer 20 – 40 min. | | 202,94 € |
| 2.1 | Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung, Dauer 41 min. und mehr | | 314,90 € |
| 3. | Nutzung der Kühlzelle ab dem 3. Tag der Aufbewahrung (+ MwSt) je Tag | | 50,00 € |
| 4. | Kreditkartengebühr: | | 2,35% vom Zahlbetrag |
| 5. | Hilfsmittel den entstandenen Aufwand. | | |

V. Wiederaufnahme und Rückverlegung

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

VI. 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 **10,00 €** 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.

VII. Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 1. Juni 2024 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 1. August 2024 aufgehoben.