

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

Die Klinik Rotes Kreuz und die Klinik Maingau vom Roten Kreuz des **Frankfurter Rotkreuz-Kliniken e.V.** berechnen **ab dem 01.04.2022** 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 abzurechnende **Landesbasisfallwert Hessen beträgt** aktuell **€ 3.826,61**. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	0,525	€ 3.826,61	€ 2.008,97
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	3,206	€ 3.826,61	€ 12.268,11

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 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.

Das Krankenhaus kann eine angemessene Vorauszahlung verlangen (Krankenhaus-entgeltgesetz § 8, Abs. 7, Satz 1), wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird. Von selbstzahlenden Patienten wird eine Vorkasse in Höhe der vermutlich zu ermittelnden DRG erhoben. Ist eine DRG-Ermittlung nicht möglich, werden 1.000,00 € Vorkasse erhoben.

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 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 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 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte:

E 32 Aufstellung der Zusatzentgelte (Anlage 4 i.V.m. 6) * ohne ZE 2018-97 (Bluter)					
Entgeltart	CPS	vereinbartes Entgelt	vereinbarer Zahlbetrag	vereinbartes Entgelt nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums	Entgeltschlüssel gem § 301 SGB V*
ZE 2018-111	6-005-d0	857,25 €		857,25 €	76090DH0
ZE 2018-113	6-006.12	2.686,85 €		2.686,85 €	76090DI3
ZE 2018-113	6-006.13	3.002,95 €		3.002,95 €	76090DI4
ZE 2018-120	6-001.c0	2.112,50 €		2.112,50 €	76090DN0
ZE 2018-120	6-001.c1	2.437,50 €		2.437,50 €	76090DN1
ZE 2018-120	6-001.c2	2.762,50 €		2.762,50 €	76090DN2
ZE 2018-120	6-001.c3	3.087,50 €		3.087,50 €	76090DN3
ZE 2018-120	6-001.c4	3.412,50 €		3.412,50 €	76090DN4
ZE 2018-147	6-001.90	845,92 €		845,92 €	76090E7B
ZE 2018-147	6-001.91	1.268,88 €		1.268,88 €	76090E7C
ZE 2018-147	6-001.92	1.691,84 €		1.691,84 €	76090E7D
ZE 2018-147	6-001.93	2.114,80 €		2.114,80 €	76090E7E
ZE 2018-147	6-001.94	2.537,76 €		2.537,76 €	76090E7F
ZE 2018-147	6-001.95	2.960,72 €		2.960,72 €	76090E7G
ZE 2018-147	6-001.96	3.383,68 €		3.383,68 €	76090E7H
ZE 2018-147	6-001.97	3.806,64 €		3.806,64 €	76090E7I
ZE 2018-147	6-001.98	4.229,60 €		4.229,60 €	76090E7J
ZE 2018-147	6-001.99	4.652,56 €		4.652,56 €	76090E7K
ZE 2018-147	6-001.9a	5.287,00 €		5.287,00 €	76090E7L
ZE 2018-147	6-001.9b	6.127,12 €		6.127,12 €	76090E7M
ZE 2018-147	6-001.9c	6.972,24 €		6.972,24 €	76090E7N
ZE 2018-151	6-001.h0	627,02 €		627,02 €	76090E96
ZE 2018-151	6-001.h1	877,83 €		877,83 €	76090E97
ZE 2018-151	6-001.h2	1.128,64 €		1.128,64 €	76090E98
ZE 2018-151	6-001.h3	1.379,45 €		1.379,45 €	76090E99
ZE 2018-151	6-001.h4	1.630,26 €		1.630,26 €	76090E9A
ZE 2018-151	6-001.h5	1.881,07 €		1.881,07 €	76090E9B
ZE 2018-151	6-001.h6	2.131,88 €		2.131,88 €	76090E9C
ZE 2018-151	6-001.h7	2.382,69 €		2.382,69 €	76090E9D
ZE 2018-151	6-001.h8	2.633,50 €		2.633,50 €	76090E9E
ZE 2018-151	6-001.h9	2.884,31 €		2.884,31 €	76090E9F
ZE 2018-151	6-001.ha	3.385,92 €		3.385,92 €	76090E9G
ZE 2018-151	6-001.hb	3.887,54 €		3.887,54 €	76090E9H
ZE 2018-151	6-001.hc	4.389,16 €		4.389,16 €	76090E9I
ZE 2018-151	6-001.hd	4.890,78 €		4.890,78 €	76090E9J
ZE 2018-151	6-001.he	5.643,21 €		5.643,21 €	76090E9K
ZE 2018-22	8-839.0	752,00 €		752,00 €	7600022A
ZE 2018-25	5-829.k Hüfte	3.100,00 €		3.100,00 €	76096912
ZE 2018-25	5-829.k Knie	2.350,00 €		2.350,00 €	76096914
ZE 2018-25	5-829.k Schulter	1.700,00 €		1.700,00 €	76096876
ZE 2018-25	5-829.m Hüfte	2.000,00 €		2.000,00 €	76096913
ZE 2018-25	5-829.m Knie	2.350,00 €		2.350,00 €	76096915
ZE 2018-25	5-829.m Schulter	1.700,00 €		1.700,00 €	76096911
ZE 2018-61	5-039.e2	24.980,00 €		24.980,00 €	7609081F
ZE 2018-61	5-039.2	22.300,00 €		22.300,00 €	7609081G
ZE 2018-61	5-039.n2	20.790,00 €		20.790,00 €	7609081K
ZE 2018-77	6-003.gb	4.565,63 €		4.565,63 €	76096542

Die Bezeichnung der Entgeltarten kann aufgrund abweichender Abrechnungs- und/oder Genehmigungszeiträume variieren. **Maßgeblich ist die geltende vereinbarte Entgelthöhe lt. dieser Anlage.**

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 gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart:

	Bezeichnung	Entgeltschlüssel	Entgelthöhe
E76A	Tuberkulose mit äußerst schweren CC	8500E76A	€ 314,06

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** DRG-EKV 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** DRG-EKV 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** DRG-EKV 2022 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

5. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gemäß § 7 Abs. 1 S. 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 gemäß § 6 Abs. 2a KHEntgG folgende gesonderte Zusatzentgelte vereinbart:

(entfällt zur Zeit)

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

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall ab 01.01.2022

in Höhe von 54,19 EUR

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall

in Höhe von 140,28 EUR

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von
in Höhe von 45,00 € pro Tag¹

- Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG in Höhe von ... € bzw. Zuschlag wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG in Höhe von ___ € je vollstationärem Fall.

(entfällt zur Zeit)

Hinweis zur Bearbeitung für das Krankenhaus:

Die Abrechnung eines Abschlages setzt die Feststellung der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung in der Budgetverhandlung des Krankenhauses voraus.

- Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG

in Höhe von 0,00 % **(entfällt zur Zeit)**

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

- Fixkostendegressionsabschlag gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG

in Höhe von 0,00 % **(entfällt zur Zeit)**

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 0,00 % **(entfällt zur Zeit)**

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

in Höhe von 0,00 % **(entfällt zur Zeit)**

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.

- 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 0,00 %~~ **(entfällt zur Zeit)²**

- Abschlag wegen Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i Abs. 5 SGB V i.V.m. § 8 Abs. 4 KHEntgG

(entfällt zur Zeit)

- Abschlag wegen Nichteinhaltung der Untergrenze für den Pflegepersonalquotienten nach § 137j Abs. 2a SGB V

(entfällt zur Zeit)

- Zuschlag für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG je abgerechneten vollstationären Fall

in Höhe von 0,20 €

- Zuschlag für interne und externe Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG i.V.m. §137 SGB V je vollstationärem Fall

in Höhe von 0,81 €

- Zuschlag für klinische Sektionen nach § 5 Abs. 3b KHEntgG je voll- und teilstationären Fall

(entfällt zur Zeit)³

- Zuschlag nach § 5 Abs. 3d KHEntgG für implantatbezogene Maßnahmen nach § 2 Nr. 4 Implantatregistergesetz

(entfällt zur Zeit)

- Zuschlag nach § 5 Abs. 3g S. 1 KHEntgG für Speicherung von Daten auf der elektronischen Patientenakte für jeden voll- und teilstationären Fall

in Höhe von 5,00 €

- Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8a KHEntgG wegen fehlender Einschätzung des Beatmungsstatus

in Höhe von 16%

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG, maximal jedoch 2.000,00 €.

- Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8b KHEntgG wegen fehlender Anschlussverordnung zur Beatmungsentwöhnung

in Höhe von einmalig 280 €.

- Abschlag nach § 5 Abs. 3e KHEntgG wegen unzureichendem Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 341 Abs. 7 Satz 1 SGB V

~~in Höhe von 1% (entfällt zur Zeit)~~

des Rechnungsbetrags, mit Ausnahme der Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG, für jeden voll- und teilstationären Fall,

- Zuschlag nach § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 3 der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung

(entfällt zur Zeit)

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.

- Abschlag nach § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 4 der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung

(entfällt zur Zeit)

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.

6a. 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, PoC-PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.07.2021:

in Höhe von 45,50 €.

- Labordiagnostik mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 15.10.2020:

in Höhe von 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:

in Höhe von 11,50 €.

7. 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:

Siehe Anlage 1, letzte Seite.

8. 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 krankenhausindividuellen 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 ab Aufnahme 01.01.2022: 163,09 €

Hinweis:

Kann der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 KHEntgG aufgrund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets 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.

9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

in Höhe von 1,26 €

- 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 2,67 €⁴

10. Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a S. 1 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

(entfällt zur Zeit)

11. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115a SGB V

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

a. vorstationäre Behandlung

Innere Medizin, ggf. zusätzlich Großgerätepauschalen	€ 147,25
Allgemeine Chirurgie, ggf. zusätzlich Großgerätepauschalen	€ 100,72
Gynäkologie, ggf. zusätzlich Großgerätepauschalen	€ 119,13
Orthopädie, ggf. zusätzlich Großgerätepauschalen	€ 133,96

b. nachstationäre Behandlung

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten bspw.

- Computer-Tomographie-Geräte (CT):

- Magnet-Resonanz-Geräte (MR):

Gemäß § 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.

12. 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 der liquidationsberechtigte Arzt gemäß gesetzlicher Regelungen.

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

14. 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.

15. 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.⁵

16. 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.

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 Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären Behandlung 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 Abs. 1 GOÄ erfolgt bei vollstationären 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 einer gesonderten Rechnung 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 (§ 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2 S. 3 GOÄ) erbracht: eine „Liste liquidationsberechtigte Ärzte“ ist gesondert als Anlage erhältlich.

b) Unterkunft

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.

Unterbringung in einem **1-Bett-Zimmer**
nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung und Verfügbarkeit:

Station	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
<u>Klinik Maingau</u> E, 1B, 2B, 3B	Separates WC; separate Dusche; zur Aufnahme einmalig ein Obstkorb; kostenloses WLAN; Sanitärartikel; Wahl- und Zusatzverpflegung; Zusatzgetränke; auf Wunsch tgl. Handtuch- und Bettwäschewechsel.	ab 01.01.2022: 109,00 EUR
<u>Klinik Rotes Kreuz</u> E, 1A, 2A, 3A, 4A	Separates WC; separate Dusche; zur Aufnahme einmalig ein Obstkorb; kostenloses WLAN; Kopfhörer; Sanitärartikel; Wahl- und Zusatzverpflegung; Zusatzgetränke; auf Wunsch tgl. Handtuch- und Bettwäschewechsel.	ab 01.01.2022: 100,52 EUR

2D, 3D, 4D	Moderner ausgestattete Zimmer mit separatem WC und separater Dusche; zur Aufnahme einmalig ein Obstkorb; kostenloses WLAN; Kopfhörer; Sanitärartikel; Wahl- und Zusatzverpflegung; Zusatzgetränke; auf Wunsch tgl. Handtuch- und Bettwäschewechsel.	ab 01.01.2022: 116,71 EUR
Kopfhörer	sofern nicht in der Wahlleistung enthalten	2,50 €
Zimmersafe	Kaution	25,00 €

Unterbringung in einem **2-Bett-Zimmer**
nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung und Verfügbarkeit:

Station	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
<u>Klinik Maingau</u> E, 1B, 2B, 3B	Separates WC; separate Dusche; zur Aufnahme einmalig ein Obstkorb; kostenloses WLAN; Sanitärartikel; Wahl- und Zusatzverpflegung; Zusatzgetränke; auf Wunsch tgl. Handtuch- und Bettwäschewechsel.	ab 01.01.2022: 59,74 EUR
<u>Klinik Rotes Kreuz</u> E, 1A, 2A, 3A, 4A	Separates WC; separate Dusche; zur Aufnahme einmalig ein Obstkorb; kostenloses WLAN; Kopfhörer; Sanitärartikel; Wahl- und Zusatzverpflegung; Zusatzgetränke; auf Wunsch tgl. Handtuch- und Bettwäschewechsel.	ab 01.01.2022: 61,05 EUR
2D, 3D, 4D	Moderner ausgestattete Zimmer mit separatem WC und separater Dusche; zur Aufnahme einmalig ein Obstkorb; kostenloses WLAN; Kopfhörer; Sanitärartikel; Wahl- und Zusatzverpflegung; Zusatzgetränke; auf Wunsch tgl. Handtuch- und Bettwäschewechsel.	ab 01.01.2022: 70,22 EUR
Kopfhörer	sofern nicht in der Wahlleistung enthalten	2,50 €
Zimmersafe	Kaution	25,00 €

Allgemeine Hinweise:

- Die Stellung eines Ein- oder Zweibettzimmers ist abhängig von der Verfügbarkeit und kann nicht garantiert werden.
- Auch ein Mehrbettzimmer entspricht dem vertraglichen Einbettzimmer, wenn es zur alleinigen Nutzung bereitgestellt wird.
- Die zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten vereinbarten gesondert berechenbaren Wahlleistungen werden im Rahmen der personellen und sächlichen Möglichkeiten des Krankenhauses erbracht, soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden.
- Die Wahlleistungsvereinbarung erstreckt sich über den gesamten Behandlungsfall, auch wenn dieser unterbrochen wird.

- Das Krankenhaus kann den Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung bei Patienten, welche die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht, beziehungsweise trotz Fälligkeit verspätet gezahlt haben, ablehnen.
- Das Krankenhaus kann die Erbringung von Wahlleistungen sofort vorübergehend einstellen, soweit und solange dies für die Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber anderen Patienten erforderlich wird; im Übrigen kann die Vereinbarung vom Patienten an jedem Tag zum Ende des folgenden Tages gekündigt werden; aus wichtigem Grund kann die Vereinbarung von beiden Teilen ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.
- Sofern Wahlleistungen vereinbart worden sind, können seitens des Krankenhauses sowohl angemessene Vorauszahlungen als auch angemessene Abschlagszahlungen verlangt werden.

WICHTIG:

Für die Inanspruchnahme der oben genannten Wahlleistungen besteht kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz. Bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen ist der Patient oder die Begleitperson als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgeltes verpflichtet. Prüfen Sie bitte, ob Ihre private Krankenversicherung/ Beihilfe oder Ihre gesetzliche Krankenversicherung über einen besonderen Wahltarif nach § 53 SGB V, etc. diese Kosten deckt.

c) **Unterbringung/Verpflegung einer medizinisch nicht notwendigen Begleitperson:**
€ 40,00/Tag (zzgl. Ust.).

Unterbringung/Verpflegung einer medizinisch nicht notwendigen Begleitperson von Kindern:
€ 40,00/Tag (zzgl. Ust.).

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.04.2022 in Kraft. Gleichzeitig wird der vorherige DRG-Entgelttarif aufgehoben. Änderungen, die aufgrund gesetzlicher Regelungen und/oder Vereinbarungen der jeweiligen Vertragsparteien, auch rückwirkend, entstehen, bleiben vorbehalten.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Leistungsabrechnung oder der Patientenaufnahme hierfür gerne zur Verfügung.

Gleichzeitig können Sie 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 daher bitte vor der Inanspruchnahme von Leistungen, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung und/oder Wahlleistungen versichert sind.

Anmerkungen:

- ¹ Die Höhe des Zuschlages von 45,00 € ist in der *Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 S. 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.
- ² Maßgeblich dazu sind jedoch die Vorgaben nach § 9 Abs. 1a S. 1 KHEntgG durch die Vertragsparteien auf Bundesebene.
- ³ Die Höhe des Zuschlages bestimmt sich nach der *Vereinbarung zu klinischen Sektionen gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 3 KHEntgG*.
- ⁴ 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.
- ⁵ Nach § 121 Abs. 5 SGB V i.V.m. § 18 Abs. 3 KHEntgG können Krankenhäuser mit Belegbetten zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten auch Honorarverträge schließen. Die Leistungen des Belegarztes würden ihm in dieser Konstellation vom Krankenhaus vergütet werden.

Anlage 1

VI 62 18c 0500 082 111

Anlage zum Bescheid vom 30.06.2021

Zusammenfassung der Entgeltarten NUB 2021 gem. § 11 KHEntgG

E3.2 Aufstellung der Zusatzentgelte - Forderung NUB 2021 Frankfurter-Rotkreuz-Kliniken e. V.

NUB 2021 lfd. InEK Nr.	Zusatzentgelt nach § 6 KHEntgG	Status 2021	Einheit	OPS	Entgelt-schlüssel	Entgelthöhe 01.01. - 31.05.2021	Entgelthöhe 01.06. - 31.12.2021	Bemerkungen
41	Abemaciclib	1	50 mg	Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	76199085	41,68 €	41,68 €	Preis pro Tablette
41	Abemaciclib	1	100 mg	Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	76199086	41,68 €	41,68 €	Preis pro Tablette
41	Abemaciclib	1	150 mg	Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	76199087	41,68 €	41,68 €	Preis pro Tablette
22	Alectinib	1	150 mg	6-00a.0	76198792	25,66 €	25,66 €	Preis pro Tablette
43	Brigatinib	1	30 mg	Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	76199024	31,22 €	34,41 €	Preis pro Tablette
43	Brigatinib	1	90 mg	Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	76198983	93,65 €	103,23 €	Preis pro Tablette
43	Brigatinib	1	180 mg	Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	76199025	187,29 €	206,46 €	Preis pro Tablette
16	Crizotinib	1	250 mg	6-006.c	76198642	86,87 €	86,87 €	Preis pro Tablette
19	Dabrafenib	1	50 mg	6-007.5	76197818	31,15 €	31,15 €	Preis pro Tablette
19	Dabrafenib	1	75 mg	6-007.5	76197780	46,72 €	46,72 €	Preis pro Tablette
5	Durvalumab	1	50 mg/ml 120 mg	8-547.0	76198960	562,31 €	562,31 €	
5	Durvalumab	1	50 mg/ml 500 mg	8-547.0	76198961	2.342,97 €	2.342,97 €	
8	Caplacizumab	1	10 mg	6-009.d	76198964	4.257,69 €	4.257,69 €	
1	Idarucizumab	1	2,5 g	6-008.f	76198228	1.487,50 €	1.487,50 €	
63	Ixekizumab	1	80 mg	Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	76198795	1.332,80 €	1.332,80 €	je 80 mg Pen/Fertigspritze
51	Liposomales Cytarabin-Daunorubicin	1	44 / 100 mg	Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	76198963	6.128,50 €	6.128,50 €	iposomales Cytarabin-Daunorubicin pro Flasche 44 mg Cytarabin / 100 mg
11	Osimertinib	1	40 mg	Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	76199044	197,36 €	197,36 €	Preis pro Tablette
11	Osimertinib	1	80 mg	Derzeit sind keine Prozedurencodes (OPS) verfügbar.	76199045	197,36 €	197,36 €	Preis pro Tablette

9	Ruxolitinib	1	5 mg	6-009.4	76198307	33,77 €	33,77 €	
9	Ruxolitinib	1	10 mg	6-009.4	76198304	67,55 €	67,55 €	
9	Ruxolitinib	1	15 mg	6-009.4	76198305	67,55 €	67,55 €	
9	Ruxolitinib	1	20 mg	6-009.4	76198306	67,55 €	67,55 €	
24	Trametinib	1	0,5 mg	6-009.7	76198476	34,87 €	34,87 €	
24	Trametinib	1	2 mg	6-009.7	76198477	139,48 €	139,48 €	
30	Vemurafenib	1	240 mg	6-006.f; 1-992.0	76197587	24,90 €	24,90 €	
217	Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation	1	je Implantat	5-377.8 (Ereignis-Rekorder) in Kombination mit 8-835 (Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie)	76197473	2.261,00 €	2.261,00 €	Status 1: ausschließlich bei Fällen in der DRG F50A, die auch ohne Implantation eines Ereignisrekorders dort eingruppiert würden. Bei allen anderen Fällen Status 2
56	Externes Stabilisierungsgerüst bei Anastomose eines AV-Shunts im Rahmen der Shuntchirurgie	1	je Implantat	5-392.8	76198538	1.493,19 €	1.493,19 €	
116	Transkatheter-Implantation einer interatrialen Shunt-Vorrichtung für die Behandlung von Herzinsuffizienz	1	je Implantat	8-837.b3	76198985	12.009,10 €	12.009,10 €	Vereinbarung unter Berücksichtigung des nachfolgenden Vorbehalts im Teil A: Die NUB 116 wird mit der folgenden Indikationseinschränkung vereinbart: Anwendung nur bei einer EF (Ejektionsfraktion) >= 40%.