

## DRG – Entgelttarif

für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG  
und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG  
Stand: 01.02.2021

Das Städtische Klinikum Dessau (SKD) berechnet ab dem 01.02.2021 folgende Entgelte:

### 1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 1 KHEntgG

Das Entgelt für die allgemeinen vollstationären Leistungen des SKD richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) sowie des KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz) 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 und therapeutische Leistungen). Eventuell vorhandene Nebendiagnosen können zudem die Schweregrad-einstufung beeinflussen. Für die Festlegung der Diagnosen bzw. Prozeduren stehen Kataloge mit ca. 13.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2021) und ca. 30.000 Prozeduren (OPS Version 2021) 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 3.738,74 € 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, Somnolenz, Sopor	0,528	3.738,74 €	1.974,05 €
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese	3,223	3.738,74 €	12.049,96 €

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 Aufenthalts gestellt und welche diagnostischen bzw. therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Für das Jahr 2021 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2021 (FPV 2021) 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 2021**

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 2021 (FPV 2021).

## 3. **Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV 2021**

Gem. § 17b Abs. 1 Satz 12 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. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2021 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2021 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2021 genannten **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 2021 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 2021 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2021 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

Das SKD berechnet folgende Zusatzentgelte:

DRG-Nr.	OPS	Bezeichnung	Entgelthöhe
ZE2021-25	5-829.k*	Modulare Endoprothesen	2.862,87 €
ZE2021-82	8-857.2*	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)	ab 102,48 €
ZE2021-123	6-002.p*	Gabe von Caspofungin, parenteral	ab 46,89 €

#### 4. Sonstige Entgelte für Leistungen, gem. § 7 FPV 2021

Für die Vergütung von Leistungen, die noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, hat das SKD gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart:

DRG-Nr.	Bezeichnung	Entgelthöhe
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	320,30 €
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	316,01 €

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2021 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 600,00 € abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 3 b** FPV 2021 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 2021 für Leistungen nach **Anlage 3 a** FPV 2021 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

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

entfällt

#### 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 folgende Zusatzentgelte ab:

- Testungen durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 16.06.2020: **52,50 €**
- Testungen mittels Antigen-Test zum 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

Gem. § 17 a KHG berechnet das SKD einen Zuschlag je stationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten.

• Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig:	<b>67,72 €</b>
Ferner berechnet das SKD gem. § 17 Abs. 1 Satz 4 und 6 KHG folgende Zu-/Abschläge:	
• Testungen mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 15.10.2020:	<b>19,00 €</b>
• Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von pro Tag	<b>45,00 €</b>
• 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	<b>0,01 %</b>
• Zuschlag für Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG in Höhe von 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	<b>0,05 %</b>
• Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von	<b>63,69 €</b>

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

Bezeichnung	OPS	Entgelthöhe
UB – Bioaktive Coils	8-836.m0 i.v.m. 8-83b.31	ab 154,05 €

## 9. Tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 17 Abs. 1 Ziff. 6a KHEntgG

Das Krankenhaus vereinbart mit den Krankenkassen ein Pflegebudget zur Finanzierung der Pflegepersonal-kosten, 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.

Kann der krankenhausesindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 KHEntgG aufgrund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2021 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.

Beispiel:

DRG	DRG- Definition	Pflegeerlös/ Bewertungsrelation pro Tag	Pflegeentgeltwert	Entgelt pro Tag
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	1,3849	163,09 €	225,86 €
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse	0,8271	163,09 €	134,89 €

## 10. Qualitätssicherungszuschläge nach § 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG

- In Höhe von **1,18 €**
- 

## 11. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden Krankenhausfall: **1,89 €**
- 
- Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a i.V.m. § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139 c SGB V jeden abzurechnenden Krankenhausfall: **1,89 €**
- 

## 12. Weitere Zu- und Abschläge

- Zuschlag Notfallversorgung **26,57 €**
- 
- Zuschlag zur Abgeltung von Preis- und Mengensteigerungen infolge des Coronavirus SARS-Co V2 nach § 21 Abs. 6 KHG (Nicht-COVID-Fall) in Höhe von: **40,00 €**
- 
- Zuschlag zur Abgeltung von Preis- und Mengensteigerungen infolge des Coronavirus SARS-Co V2 nach § 21 Abs. 6 KHG (COVID-Fall): **80,00 €**
- 
- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PfIBG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **63,69 €**
-

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

Gem. § 115a SGB V (Sozialgesetzbuch V) berechnet das SKD für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind.

#### a) vorstationäre Behandlung

Innere Medizin	147,25 €
Pädiatrie	94,08 €
allgemeine Chirurgie	100,72 €
Orthopädie und Unfallchirurgie	82,32 €
Neurochirurgie	48,57 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13 €
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	78,74 €
Augenheilkunde	68,51 €
Neurologie	114,02 €
Nuklearmedizin	162,08 €
Strahlenheilkunde	186,62 €
Dermatologie	75,67 €
Urologie	103,28 €
Intensivmedizin	104,30 €

#### b) nachstationäre Behandlung

Innere Medizin	53,69 €
Pädiatrie	37,84 €
allgemeine Chirurgie	17,90 €
Orthopädie und Unfallchirurgie	21,47 €
Neurochirurgie	21,99 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22,50 €
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	37,84 €
Augenheilkunde	38,86 €
Neurologie	40,90 €
Nuklearmedizin	123,22 €
Strahlenheilkunde	330,29 €
Dermatologie	23,01 €
Urologie	41,93 €
Intensivmedizin	36,81 €

c) Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

- Computer-Tomographie-Geräte (CT):
- Magnet-Resonanz-Geräte (MR):

(Diese Zuschläge sind von der erbrachten Leistung abhängig und können in der Abt. Patientenverwaltung erfragt werden.)

Gem. § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG ist eine vorstationäre Behandlung neben einer DRG nicht gesondert abrechenbar. Eine nachstationäre Behandlung kann zusätzlich zur DRG berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der DRG übersteigt.

## **14. Entgelte für sonstige Leistungen**

entfällt

## **15. Zuzahlungen**

### **Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten**

Als Eigenbeteiligung zieht das SKD 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 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom SKD nach § 43 b Abs. 3 SGB V im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen eingezogen.

## **16. Wiederaufnahme und Rückverlegung**

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2021 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2021 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV zusammengefasst und abgerechnet.

## **17. Belegärzte, Beleghebammen**

Mit den Entgelten nach Nr. 1 bis 11 sind nicht abgegolten:

1. die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses;
2. die Leistungen von Beleghebammen.

Diese Leistungen werden vom Belegarzt bzw. der Beleghebamme gesondert berechnet.

## **18. 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.

## **19. Inkrafttreten**

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.02.2021 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif/  
Pflegekostentarif vom 01.01.2021 aufgehoben.

Dessau-Roßlau, 01.02.2021

Dr. A. Dyrna

Verwaltungsdirektor