



## **AVB 1.03 (a) Pflegekostentarif (DRG) - Abtl. Innere Medizin (Sucht)**

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

### Die **Klinik Hohe Mark**

des Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverbandes GmbH (Krankenhausträger) berechnet ab dem **01.05.2020** folgende Entgelte:

#### **I - 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 2020) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2020) 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 **3.664,45 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Relativgewicht und Basisfallwert hypothetisch):

<b>DRG</b>	<b>DRG-Definition</b>	<b>Relativgewicht</b>	<b>Basisfallwert</b>	<b>Entgelt</b>
V40Z	Qualifizierter Entzug	1,127	€ 3.664,45	€ 4.129,84
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne HIV-Krankheit	0,472	€ 3.664,45	€ 1.729,62

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 2020 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2020 (FPV 2020) vorgegeben.

#### **II - 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 2020**

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 Berech-



nungsverfahren hierzu regelt die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2020 (FPV 2020).

### III - Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2020

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 2020 werden die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2020 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2020 genannten Zusatzentgelte krankenhaushausindividuelle Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntG vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntG abgerechnet werden.

Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2020 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhaushausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2020 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2020 keine krankenhaushausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntG für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

### 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.
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus eine Pauschale in Höhe von 30 €.

### V – Zuzahlungen / abzuführende Entgelte / Zuschläge

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

1. 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 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 3 SGB V im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen beim Patienten eingefordert. Der Zuzahlungsbetrag wird an die Krankenkassen abgeführt.
2. DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **1,66 €**
3. Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (G-BA-Systemzuschlag) 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 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 **2,24 €**
4. Zu- und Abschläge für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung (QS) nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG i.H.v. **1,37 €** je vollstationärem Fall.
5. Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **150,00 €**
6. Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **23,10 €**
7. Zuschlag für nachträglichen pauschalen und abschließenden Ausgleich etwaiger nicht refinanzierter Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals nach §8 Abs. 7 BPfIV in Höhe von **0,42 %** des Rechnungsbetrages.
8. Im Rahmen der Corona-Pandemiebekämpfung wird ein Zuschlag zur Abgeltung von Preis – und Mengensteigerungen, insbesondere für Schutzausrüstung infolge des Coronavirus SARS-CoV-2 nach § 21 Abs. 6 KHG in Höhe von **50,00 €** pro Patient berechnet. *(Diese Regelung gilt erst einmal bis 30.06.2020. Es erfolgt eine Anpassung nach den gesetzlichen Vorgaben.)*
9. Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntG in Höhe von **60,00 €** je vollstationärem Fall.



**VI - 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 krankenhausspezifischen 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. Aktuell beträgt dieser **185 Euro** pro Tag.

**VII - 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 mit der Fallpauschale abgegolten sind:

- a) vorstationäre Behandlung: DRG Suchtmedizin 91,52 Euro**
- b) nachstationäre Behandlung: entfällt**

Gem. § 8 Abs. 2 S. 3 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.

**VIII - Wiederaufnahme und Rückverlegung**

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2020 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2020 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2020 zusammengefasst und abgerechnet.

**IX – Entgelte für Wahlleistung Unterkunft (für privat Versicherte und Selbstzahler)**

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommene Wahlleistung Unterkunft wird gesondert berechnet (§ 22 BpflV).

**1. Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer**

Haus bzw. Station	Preis pro Berechnungstag
Haus Feldberg	<b>104,23 €</b>
Haus Herzberg	<b>104,23 €</b>
Haus Taunus	<b>97,38 €</b>

**2. Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer**

Haus bzw. Station	Preis pro Berechnungstag
Haus Feldberg	<b>59,06 €</b>
Haus Herzberg	<b>59,06 €</b>
Haus Taunus	<b>52,20 €</b>

**X – Inkrafttreten**

Der Pflegekostentarif (DRG) - Abtl. Innere Medizin (Sucht) tritt am 01.05.2020 in Kraft.