



DRG-Entgelttarif 2023

DRG-Entgelttarif 2023 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung der Patient*innen gemäß § 8 Abs. 8 KHEntgG

gültig ab 01.08.2023



DRG-Entgelttarif 2023 für Krankenhäuser
im Anwendungsbereich des KHEntgG
und
Unterrichtung der Patient*innen gemäß § 8 Abs. 8 KHEntgG

gültig ab 01.08.2023

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 grundsätzlich 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 2023) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2023) 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 **3.994,59 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. 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	0,523	€ 4.000,00	€ 2.092,00
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprotetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	3,076	€ 4.000,00	€ 12.304,00

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 2023 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der DRG-Entgeltkatalogverordnung 2023 (DRG-EKV 2023) vorgegeben, welche vom Bundesministerium für Gesundheit als Rechtsverordnung erlassen wurde. Parallel dazu wurden die für das Jahr 2023 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 2023 – FPV 2023 vereinbart, welche hinsichtlich der einzelnen Entgelte auf die vom Bundesministerium per Rechtsverordnung festgesetzten Anlagen der DRG-EKV 2023 verweist.

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 2023

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 2023 (FPV 2023).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2023

Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die für die Entwicklung und Pflege der deutschen DRG-Systeme zuständigen Selbstverwaltungspartner*in 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 2023 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der DRG-EKV 2023 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der DRG-EKV 2023 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 2023 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 2023 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 DRG-EKV 2023 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Eine Aufstellung der aktuell vereinbarten krankenhausindividuellen Zusatzentgelte kann in der stationären Leistungsabrechnung eingesehen werden.

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2023

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 krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

Leistungen nach Anlage 3a und 3b DRG-EKV 2023

DRG	Bezeichnung	Preis
A43Z	Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom	199,37 €
B11Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur	444,17 €
B43Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage	377,98 €
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	375,00 €
E41Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	349,15 €
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	250,00 €

F29Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur, außer kardiothorakale Eingriffe	420,00 €
F45Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	365,27 €
G51Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	346,48 €
I40Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	320,50 €
I96Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 20 Tage	418,00 €
K43Z	Frührehabilitation bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	350,00 €
W01A	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, mit Frührehabilitation	719,00 €
W05Z	Frührehabilitation bei Polytrauma mit OR-Prozedur	465,00 €
W40Z	Frührehabilitation bei Polytrauma	264,88 €
Y01Z	Operative Eingriffe bei schweren Verbrennungen oder Beatmung > 95 Stunden bei Verbrennungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte bei Verbrennungen	395,63 €

Unbewertete teilstationäre Leistungen, die nicht in Anlage 3b aufgeführt sind

Bezeichnung	Entgelthöhe
Pflegesatz Neurologische Tagesklinik	375,00 €
Pflegesatz Tagesklinik Onkologie	317,50 €
Pflegesatz Tagesklinik Geriatrie	269,22 €

Leistungen besonderer Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 S. 15 KHG

Bezeichnung	Entgelthöhe
Pflegesatz Palliativmedizin	244,00 €

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** DRG-EKV 2023 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** DRG-EKV 2023 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 2023 für Leistungen nach **Anlage 3a** DRG-EKV 2023 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

5. 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 Patient*innen, 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:

- Testung durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR, PoC-PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik bei Patient*innen mit Aufnahmedatum ab dem 01.07.2022:

37,80 €.

- Labordiagnostik mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patient*innen mit Aufnahmedatum ab dem 15.10.2020:

19,00 €.

- Testung mittels Antigen-Test zur patientennahen Anwendung durch Dritte zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (PoC-Antigentest) bei Patient*innen mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2021:

11,50 €.

- Testungen durch einen Nukleinsäurenachweis mittels Pooling-Verfahren (PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) bei Patient*innen mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2022:

- bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als vier Proben und höchstens 10 Proben:

15,50 €.

- bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 10 Proben und höchstens 20 Proben:

14,00 €.

- bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 20 Proben:

12,50 €.

6. Zu- und Abschläge bzw. Abzüge

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

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

in Höhe von **465,71 €**

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

in Höhe von **156,54 €**

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

- Zuschlag für onkologisches Zentrum nach § 5 Abs. 3 KHEntgG

in Höhe von **0,23 %**

- Zuschlag wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG in Höhe von **13,01 €** je vollstationärem Fall.

- Zu- und Abschläge für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG

a) Zuschlag für Maßnahmen zur Qualitätssicherung

in Höhe von **0,91 €**

je abgerechnetem vollstationären Fall.

b) Zuschlag für die Qualitätssicherungen Schlaganfallbehandlung

in Höhe von **3,10 €**

je abgerechnetem vollstationären Fall gemäß Vorgaben zur Dokumentation.

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

in Höhe von **0,20 €**

- Zuschlag nach § 4a Abs. 4 KHEntgG zur Auszahlung des Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen

in Höhe von **12,075 %**

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG.

- Zuschlag nach § 5 Abs. 2c KHEntgG zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern

in Höhe von **24,02 €**

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 zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab. Eine Aufstellung der aktuell vereinbarten Entgelte kann in der stationären Leistungsabrechnung eingesehen werden.

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 krankenhaushausindividuellen 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.

Der aktuelle Pflegeentgeltwert beträgt **223,55 €**.

9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

in Höhe von **2,96 €**

- 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 **1,54 €**

10. Telematikzuschlag nach § 377 Abs. 1 SGB V

- Zuschlag zum Ausgleich der den Krankenhäusern entstehenden Kosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattung in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie der Betriebskosten des laufenden Betriebs der Telematikinfrastruktur (Telematikzuschlag) nach § 377 Abs. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von **0,59 €**

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

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

a. vorstationäre Behandlung

Bezeichnung	Entgelthöhe
Innere Medizin , Kardiologie	156,97 €
Innere Medizin II, Gastroenterologie	164,64 €
Allgemeine Chirurgie	100,72 €
Unfallchirurgie	82,32 €
Gefäßchirurgie	134,47 €
Kinderchirurgie	61,36 €
Frauenklinik	119,13 €

Strahlenkunde	186,62 €
Intensivmedizin	104,30 €
Neurochirurgie	48,57 €
Nephrologie	140,61 €
Urologie	103,28 €
Pneumologie	219,34 €
Orthopädie	133,96 €
Neurologie	114,02 €
Nuklearmedizin	162,08 €
Sonstige Fachabteilung	91,52 €

b. nachstationäre Behandlung

Bezeichnung	Entgelthöhe
Innere Medizin I, Kardiologie	61,36 €
Innere Medizin II, Gastroenterologie	63,91 €
Allgemeine Chirurgie	17,90 €
Unfallchirurgie	21,47 €
Gefäßchirurgie	23,01 €
Kinderchirurgie	24,54 €
Neurochirurgie	21,99 €
Urologie	41,93 €
Pneumologie	66,47 €
Orthopädie	20,96 €
Nephrologie	67,49 €
Neurologie	40,90 €
Allgemeine Psychiatrie	37,84 €
Psychosomatik und Psychotherapie	47,55 €
Nuklearmedizin	123,22 €
Strahlenkunde	330,29 €
Frauenklinik	22,50 €
Intensivmedizin	36,81 €
Sonstige Fachabteilung	24,54 €

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Computer-Tomographie-Geräte (CT)
Magnet-Resonanz-Geräte (MR)
Linksherzkatheter-Messplätze (LHM)
Hochvolttherapie-Geräte
Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET)

Gemäß § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 KHEntg 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 die liquidationsberechtigzte Ärzt*in ein Entgelt nach Aufwand.
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus 110,51 €.

13. Zuzahlungen

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patient*innen

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus von gesetzlich versicherten Patient*innen 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** von den Patient*innen eingefordert.

14. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2023 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2023 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2023 zusammengefasst und abgerechnet.

15. Belegärzt*innen, Beleghebammen, -entbindungspfleger*innen

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

1. die ärztlichen Leistungen von Belegärzt*innen in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Arzt*innen und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses;
2. die Leistungen von Beleghebammen bzw. Entbindungspfleger*innen.

Diese Leistungen werden von den Belegärzt*innen bzw. den Hebammen / den Entbindungspfleger*innen gesondert berechnet.

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.

Inkrafttreten

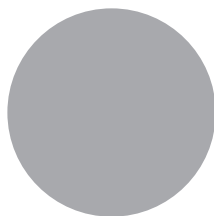
Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.08.2023 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.04.2023 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter*innen der Leistungsabrechnung hierfür gerne zur Verfügung.

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*innen. Prüfen Sie bitte, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung versichert sind.



KLINIKUM INGOLSTADT GmbH

Krumenauerstraße 25 | 85049 Ingolstadt

Tel.: (08 41) 8 80-0

info@klinikum-ingolstadt.de

www.klinikum-ingolstadt.de