

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

Die Martin-Luther-Krankenhausbetrieb GmbH
(100 % Gesellschafter: Johannesstift Diakonie gAG)

berechnet ab dem 01.07.2022 folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 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 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 Basisfallwert liegt bei

3.837,75 €

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	0,525	€ 3.800,00	€ 1.995,00
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodeese oder ...	3,206	€ 3.800,00	€ 12.182,80

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 bundeseinheitlichen 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.

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 gem. § 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 krankenhausesindividuellen 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 krankenhausesindividuellen 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 Zusatzentgelte:

ZE2022-03	ECMO; Dauer bis unter 48h	8-852.00	5.276,00 €
	ECMO; Dauer 48h bis unter 96h	8-852.01	6.527,00 €
	ECMO; Dauer 96h bis unter 144h	8-852.03	7.778,00 €
	ECMO; Dauer 144h bis unter 192h	8-852.04	10.320,00 €
	ECMO; Dauer 192h bis unter 240h	8-852.05	12.502,00 €
	ECMO; Dauer 240h bis unter 288h	8-852.06	14.844,00 €
	ECMO; Dauer 288h bis unter 384h	8-852.07	17.803,50 €
	ECMO; Dauer 384h bis unter 480h	8-852.08	23.900,50 €
	ECMO; Dauer 480h bis unter 576h	8-852.09	30.642,50 €
	ECMO; Dauer 576h bis unter 768h	8-852.0b	35.637,50 €
	ECMO; Dauer 768h bis unter 960h	8-852.0c	39.765,00 €
	ECMO; Dauer 960h bis unter 1.152h	8-852.0d	43.910,00 €
	ECMO; Dauer 1.152h und mehr	8-852.0e	58.290,00 €
	minimalisierte HLM; Dauer bis unter 48 Stunden	8-852.30	6.723,85 €
	minimalisierte HLM; Dauer 48 bis unter 96 Stunden	8-852.31	7.410,88 €
	minimalisierte HLM; Dauer 96 bis unter 144 Stunden	8-852.33	8.097,90 €
	minimalisierte HLM; Dauer 144 bis unter 192 Stunden	8-852.34	8.762,87 €
	minimalisierte HLM; Dauer 192 bis unter 240 Stunden	8-852.35	9.444,88 €
	minimalisierte HLM; Dauer 240 bis unter 288 Stunden	8-852.36	10.126,39 €
	minimalisierte HLM; Dauer 288 bis unter 384 Stunden	8-852.37	10.795,37 €
	minimalisierte HLM; Dauer 384 bis unter 480 Stunden	8-852.38	11.480,39 €
	minimalisierte HLM; Dauer 480 bis unter 576 Stunden	8-852.39	12.166,41 €
	minimalisierte HLM; Dauer 576 bis unter 768 Stunden	8-852.3b	12.704,00 €
	minimalisierte HLM; Dauer 768 bis unter 960 Stunden	8-852.3c	12.907,10 €
	minimalisierte HLM; Dauer 960 bis unter 1.152 Stunden	8-852.3d	13.110,20 €
	minimalisierte HLM; Dauer 1.152 und mehr Stunden	8-852.3e	13.313,80 €
ZE2022-25	modulare Endoprothese - Hüfte	5-829.k	2.200,00 €
ZE2022-25	modulare Endoprothese - Knie	5-829.k	2.600,00 €
ZE2022-54	selbstexpandierende Prothese am Gastrointestinaltrakt	5-429.j1	900,00 €
	selbstexpandierende Prothese am Gastrointestinaltrakt	5-529.n4	1.150,00 €
ZE2022-61	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	5-039.e2	26.500,00 €
ZE2022-62	Impellapumpe Impella CP mit SmartAssist	8-839.42	17.000,00 €
ZE2022-111	Paclitaxel, als an Albumin gebundene Nanopartikel, parenteral: 150 mg bis unter 300 mg	6-005.d0	857,25 €
	Paclitaxel, als an Albumin gebundene Nanopartikel, parenteral: 450 mg bis unter 600 mg	6-005.d2	2.000,25 €
ZE2022-120	Pemetrexed, parenteral: 700 mg bis unter 800 mg	6-001.c1	2.310,00 €
	Pemetrexed, parenteral: 900 mg bis unter 1.000 mg	6-001.c3	2.926,00 €

ZE2022-123	Caspofungin, parenteral: 100 mg bis unter 150 mg	6-002.p2	91,25 €
	Caspofungin, parenteral: 150 mg bis unter 200 mg	6-002.p3	127,75 €
	Caspofungin, parenteral: 200 mg bis unter 250 mg	6-002.p4	164,25 €
	Caspofungin, parenteral: 250 mg bis unter 300 mg	6-002.p5	200,75 €
	Caspofungin, parenteral: 300 mg bis unter 350 mg	6-002.p6	237,25 €
	Caspofungin, parenteral: 350 mg bis unter 400 mg	6-002.p7	273,75 €
	Caspofungin, parenteral: 400 mg bis unter 450 mg	6-002.p8	310,25 €
	Caspofungin, parenteral: 450 mg bis unter 500 mg	6-002.p9	346,75 €
	Caspofungin, parenteral: 500 mg bis unter 600 mg	6-002.pa	401,50 €
	Caspofungin, parenteral: 600 mg bis unter 700 mg	6-002.pb	474,50 €
	Caspofungin, parenteral: 700 mg bis unter 800 mg	6-002.pc	547,50 €
	Caspofungin, parenteral: 800 mg bis unter 900 mg	6-002.pd	620,50 €
	Caspofungin, parenteral: 900 mg bis unter 1000 mg	6-002.pe	693,50 €
	Caspofungin, parenteral: 1.000 mg bis unter 1.200 mg	6-002.pf	803,00 €
	Caspofungin, parenteral: 1.400 mg bis unter 1.600 mg	6-002.ph	1.095,00 €
	Caspofungin, parenteral: 2.000 mg bis unter 2.400 mg	6-002.pk	1.606,00 €
	Caspofungin, parenteral: 2.400 mg bis unter 2.800 mg	6-002.pm	1.898,00 €
ZE2022-124	Voriconazol, oral: 8,50 g bis unter 10,50 g	6-002.56	79,80 €
ZE2022-125	Gabe von Voriconazol, parenteral: 3,2 g bis unter 4,0 g	6-002.r7	101,88 €
	Gabe von Voriconazol, parenteral: 4,8 g bis unter 5,6 g	6-002-r9	147,16 €
ZE2022-141	Gabe von Enzalutamid, oral: 960 mg bis unter 1.440 mg	6-007.61	900,00 €
ZE2022-149	Gabe von Infliximab, parenteral	6-001.e4	875,00 €
ZE2022-151	Gabe von Rituximab, intravenös: 550 mg bis unter 650 mg	6-001.h4	1.770,00 €
	Gabe von Rituximab, intravenös: 650 mg bis unter 750 mg	6-001.h5	2.065,00 €
ZE2022-153	Gabe von Trastuzumab, intravenös: 300 mg bis unter 350 mg	6-001.k4	1.007,50 €
ZE2022-158	Gabe von Gabe von Pertuzumab, parenteral: 420 mg bis unter 840 mg	6-007.90	2.642,53 €
ZE 2022-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren Die eingesetzten Blutgerinnungsfaktoren werden zum Selbstkostenpreis abgerechnet. Der Selbstkostenpreis entspricht dem aktuellen Beschaffungspreis vermindert um realisierte Rabatte und Skonti.		
ZE 2022-137; ZE 2022-138; ZE 2022-139	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren Die eingesetzten Blutgerinnungsfaktoren werden zum Selbstkostenpreis abgerechnet. Der Selbstkostenpreis entspricht dem aktuellen Beschaffungspreis vermindert um realisierte Rabatte und Skonti.		

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV 2022

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

Leistungen nach Anlage 3a DRG-EKV 2022 (fallbezogen)

- U01Z** Genitalorganumwandelnde Operation
- **Entgelte sind abhängig von der erbrachten Prozedur (OPS)**
 - **Details können bei der Leitung des Patientenmanagements eingesehen werden**

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. Zusatzentgelt für Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gem. 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 Vereinbarungen nach § 26 Abs. 2 KHG gesondert folgende Zusatzentgelte ab:

Testungen durch Nukleinsäurenachweis mittels PCR, PoC-PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik	45,50 €
Testungen mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis (laborbasiert)	19,00 €
Testung mittels Antigen-Test zur patientennahen Anwendung durch Dritte zum direkten Erregernachweis (PoC-Antigentest)	11,50 €.

6. Zu- und Abschläge gem. § 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
in Höhe von **96,59 €**
- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall (ab dem 01.04.2022)
in Höhe von **120,52 €**
- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen
in Höhe von **45,00 € pro Tag¹**
- Zuschlag für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG (Qualitätssicherungszuschlag)
in Höhe von **0,81 €**

- 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 wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG je vollstationärem Fall
in Höhe von **13,76 €**
- Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8a KHEntgG wegen fehlender Einschätzung des Beatmungsstatus/ Beatmungsentwöhnungspotentials je relevantem vollstationärem Beatmungsfall
in Höhe von **16 %**
auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG, **maximal** jedoch **2.000 €**.
- Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8b KHEntgG wegen fehlender Anschlussverordnung zur Beatmungsentwöhnung je relevantem vollstationärem Beatmungsfall
in Höhe von **280,00 €**

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:

- **Details können bei der Leitung des Patientenmanagements 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 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 2020 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 **200,00 €** zu multiplizieren. Für krankenhausesindividuelle voll- und teilstationäre Entgelte gemäß § 6 KHEntgG, für die in dem Pflegeerlöskatalog Bewertungsrelationen ausgewiesen sind, ist bis zum Wirksamwerden der Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 abweichend von § 15

Abs. 2 S. 3 KHEntgG die bisher geltende Entgelthöhe abzurechnen, die um die Höhe der nach Satz 1 ermittelten tagesbezogenen Pflegeentgelte zu mindern ist.

10. 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 Krankenhausfall
in Höhe von **2,67 €**

11. 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 bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind:

a. vorstationäre Behandlung: Pauschale für bis zu drei Behandlungen

Innere Medizin	147,25 €
Kardiologie	156,97 €
Allgemeinchirurgie	100,72 €
Unfallchirurgie	82,32 €
Plastische Chirurgie	95,10 €
Gynäkologie und Geburtshilfe	119,13 €
Intensivmedizin	104,30 €

b. nachstationäre Behandlung pro Behandlungstag

Innere Medizin	53,69 €
Kardiologie	61,36 €
Allgemeinchirurgie	17,90 €
Unfallchirurgie	21,47 €
Plastische Chirurgie	18,41 €
Gynäkologie und Geburtshilfe	22,50 €
Intensivmedizin	36,81 €

Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten werden mit einer zusätzlichen Pauschale zwischen 20,00 € und 307,00 € je nach Art der Untersuchung oder Behandlung berechnet. Hierzu gehören:

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

Gem. § 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

Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.

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 § 43b 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 - 10 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.

16. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntgG). Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung und der Patienteninformation über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen entnehmen.

a. Wahlärztliche 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 oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 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.

b. Zimmerwahlleistungen, ggf. mit Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson:

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.

c. Gestellung einer Sonderwache

Erstattung des tatsächlichen Aufwandes

d. Telefonate in das nationale Festnetz

Telefonate in das nationale Festnetz sind für alle Patienten kostenfrei

e. Kosten für die Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn die Verlegung aus medizinischer Sicht nicht erforderlich ist und auf Wunsch des Patienten erfolgt.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.07.2022 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.05.2022 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen folgende Mitarbeiter unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung:

anwesende Patienten:

Tel.: 8955 5825

bereits entlassene Patienten:

Unfallchirurgie; Entbindung:

Tel.: 8955 5025

Innere Medizin; Gynäkologie; Allgemein- ; Plastische Chirurgie:

Tel.: 8955 5026

In der Patientenbuchhaltung können Sie 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 bitte, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung 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.