

Krankenhaus-Entgelttarif und Unterrichtung des Patienten

16. 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 10,00 € je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43b Abs. 3 SGB V im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen beim Patienten eingefordert.

17. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2024 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2024 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2024 zusammengefasst und abgerechnet.

18. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

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

- die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses;
- die Leistungen von Beleghebammen und bzw. Entbindungspflegern.

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Hebamme/dem Entbindungspfleger gesondert berechnet.

19. 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.

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 1. Januar 2024 in Kraft.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, steht Ihnen die Mitarbeiter der Patientenverwaltung, Telefon: 0214 13-2594, 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. Prüfen Sie bitte, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung versichert sind.

Krankenhaus-Entgelttarif und Unterrichtung des Patienten

Stand vom 1. Januar 2024

DRG-Entgelttarif 2024 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 17 b KHG

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 14.200 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2024) und circa 33.100 Prozeduren (OPS Version 2024) zur Verfügung. Neben den bisher genannten können auch andere Faktoren wie z. B. das Alter oder die Entlassungsart Auswirkung auf die Zuweisung zu 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 definierter Basisfallwert (festgesetzter Wert

einer Bezugsleistung) zugeordnet. Der derzeit gültige Basisfallwert liegt für das Klinikum Leverkusen bei 4.206,00 € ab dem 01.01.2024 und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für die DRG.

Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorher-sagen. 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 2024 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der DRG-Fallpauschalenverordnung 2024 (DRG-FPV 2024) vorgegeben.

Tagesbezogene Pflegeentgelte

Gem. § 7 Abs. 1 Nr. 6a KHEntgG sind zusätzlich zu vollstationären Entgelten tagesbezogene Pflegeentgelte abzuzurechnen.

Pflegeentgelte werden auf Grundlage des Pflegeerlöskataloges gebildet, indem die Bewertungsrelation mit dem festgelegten Pflegeentgeltwert multipliziert wird.

Das ermittelte Pflegeentgelt wird pro Tag ermittelt. Für das Klinikum Leverkusen gilt ab dem 01.01.2024 ein Pflegeentgeltwert von 230,00 € pro Tag.

Beispiel (Relativgewicht und Basisfallwert hypothetisch):

DRG	I03A
DRG-Definition	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit komplizierenden Diagnosen
Relativgewicht	6,225
Basisfallwert	4.206,00 €
Pflegeentgeltwert	230,00 €
Bewertungsrelation Pflegeerlös pro Tag	1,0388
Anzahl Behandlungstage	15
Erlös	DRG 26.182,35 € Pflegeerlös: 3.583,86 € Gesamt abrechnungsbetrag: 29.766,21 €



Kontakt

Klinikum Leverkusen gGmbH
Am Gesundheitspark 11
51375 Leverkusen
Telefon 0214 13-0
Telefax 0214 13-2118

info@klinikum-lev.de
www.klinikum-lev.de

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 2024

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 hierzu die FPV 2024.

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2024

Gem. § 17 b Abs. 1 S. 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 2024 werden die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2024 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2024 genannten Zusatzentgelte krankenhausspezifische Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRGFallpauschalen oder den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden.

Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2024 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausspezifischen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2024 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2024 keine krankenhausspezifischen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

Der Zusatzentgeltkatalog aG-DRG-Version 2024 kann jederzeit in der Patientenverwaltung eingesehen werden.

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2024

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2024 noch nicht von den DRG Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausspezifische Entgelte vereinbart:

Leistungen nach Anlage 3 a und 3 b DRGEKV (DRG-Entgeltkatalog) 2024

- B61B Akute Erkrankung und Verletzung des Rückenmarks außer bei Transplantationen 392,90 €
- E76A Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage 280,59 €
- z. B. Teilstationäre Leistungen, die nicht in Anlage 3b aufgeführt sind

Können für die Leistungen nach Anlage 3 a FPV 2024 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausspezifischen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 600,00 € abzurechnen. Können für die Leistungen nach Anlage 3 b FPV 2024 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausspezifischen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 300,00 € abzurechnen. Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2024 für Leistungen nach Anlage 3 a DRG-FPV 2024 keine Entgelte vereinbart sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstage 450,00 € abzurechnen.

5. Zu- und Abschläge gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Ziff. 4 KHEntgG

Gemäß § 17 a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen. Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig 76,07 €.

Ferner berechnet das Krankenhaus gem. § 17 b Abs. 1 S. 4 und 6 KHG folgende Zu-/Abschläge: Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von 45,00 € pro Berechnungstag bei medizinischer Indikation. Dieser Zuschlag betrifft nur die Fälle der medizinisch notwendigen Aufnahme von Begleitpersonen und ist von der wahlweisen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson zu unterscheiden.

Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG in Höhe von 3,30 % auf die abgerechneten Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.

6. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 7 Abs. 1 Ziffer 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:

7. Qualitätssicherungs- und abschläge nach § 7 Abs. 1 Ziffer 7 KHEntG

Zuschlag für externe stationäre Qualitätssicherung in Höhe von 0,93 € je Fall.

8. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

DRG-Systemzuschlag nach § 17 b Abs. 5 KHG für jeden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von 1,43 €.

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 für jeden abzurechnenden Krankenhausfall in Höhe von 2,94 € je teil-/vollstationären Aufenthalt.

9. Ausbildungszuschlag Pflege

Ausbildungszuschlag Pflege gem. § 33 PflBG in Höhe von 222,87 € auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschale und die Zusatzentgelte.

10. Zuschlag Fehlermeldesystem

Zuschlag zur Beteiligung der Krankenhäuser an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen gem § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschale und die Zusatzentgelte in Höhe von 0,20 €.

11. G-BA Zuschlag für Früh- und Reifgeborene

Zuschlag gem. § 5 Abs. 3c KHEntgG in Höhe von 0,21 % auf die Höhe der DRG-Fallpauschale und die Zusatzentgelte je stationärem Fall.

12. Zusatzentgelt für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Krankenhaus

Zuschlag gem. § 26 Abs. 2 KHG in Höhe von 30,50 € bei durchgeführtem PoC-Test (Antigen-Schnelltest).

13. Zuschlag zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin

Zuschlag gem. § 4a Abs. 4 KHEntgG in Höhe von 11,5 % auf die Höhe der DRG-Fallpauschale bei Patienten mit einem Alter zwischen 28 Tagen und dem 16. Lebensjahr.

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

Gemäß § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte:

	vorstationär	nachstationär
Kardiologie	156,97 €	61,36 €
Gastroenterologie	164,64 €	63,91 €
Hämatologie/Onkologie	75,67 €	46,02 €
Allgemein Innere	147,25 €	53,69 €
Allgemeinchirurgie	100,72 €	17,90 €
Gefäßchirurgie	134,47 €	23,01 €
Unfallchirurgie	82,32 €	21,47 €
Urologie	103,28 €	41,93 €
Gynäkologie/Geburtshilfe	119,13 €	22,50 €
Praenatalmedizin	119,13 €	22,50 €
Neurologie	114,02 €	40,90 €
Pädiatrie	94,08 €	37,84 €
Neonatologische Intensivbehandlung	51,64 €	23,01 €

Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten, z. B.

- Computer-Tomographie-Geräte (CT), je Untersuchung zwischen 77,72 € und 106,35 €
- Magnet-Resonanz-Geräte (MR), je Untersuchung zwischen 98,17 € und 174,97 €

Die Höhe des jeweiligen Entgeltes richtet sich nach der Art der zu untersuchenden Körperregion.

Gemäß § 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.

15. Entgelte für sonstige Leistungen

- Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnet das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
- Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus 110,51 €.