

Auszug der Preisliste für vollstationäre, teilstationäre, vor- und nachstationäre Leistungen des Klinikums Kassel ab 01.05.2021

1. Fallpauschalen DRG, nicht in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

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 Einzelfalles. 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 zugeordnet.

Der zur Zeit in Hessen gültige **Landesbasisfallwert** bei **3.826,61 €**. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

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 und/oder therapeutischen Eingriffe im Fortgang des Behandlungsgeschehens tatsächlich erbracht werden.

2. Fallpauschalen PEPP, nur in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie der BpflV in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) abgerechnet (gilt nicht für die „Spezielle Einrichtung“ Kinder-Psychosomatik gemäß Punkt 5 !). Entsprechend der PEPP-Systematik bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Einzelfalles.

Das jeweilige PEPP wird mit mindestens einer tagesbezogenen Bewertungsrelation berechnet, deren Höhe sich aus den unterschiedlichen Vergütungsstufen des PEPP-Entgeltkataloges ergibt. Die Bewertungsrelationen können im Rahmen der Systempflege jährlich variieren. Die für die Berechnung des PEPP jeweils maßgebliche Vergütungsstufe ergibt sich aus der jeweiligen Verweildauer des Patienten im Krankenhaus. Der Bewertungsrelation ist ein in Euro ausgedrückter Basisentgeltwert zugeordnet. Der zur Zeit gültige **Basisentgeltwert** liegt bei **303,34 Euro**. Aus der Multiplikation von Bewertungsrelation und Basisentgeltwert ergibt sich unter Berücksichtigung der Vergütungsstufe die Entgelthöhe je Tag.

Welche PEPP bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es insbesondere darauf an, welche Diagnose(n) am Ende des stationären Aufenthaltes gestellt und welche diagnostischen und/oder therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens tatsächlich erbracht werden.

3. Pflegeentgelte

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.

4. Zusatzentgelte

Neben den DRGs und PEPPs können für Leistungen, Leistungskomplexe und Arzneimittel bundeseinheitliche und/oder krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte berechnet werden.

5. Ergänzende Tagesentgelte

Neben den vollstationären und teilstationären bundeseinheitlichen PEPPs können ergänzende Tagesentgelte abgerechnet werden. Eine Abrechnung ist auch für den Tag einer eventuellen Verlegung in ein anderes Krankenhaus oder eine andere Einrichtung möglich.

Den Katalog der ergänzenden Tagesentgelte können Sie im Patienten-Service-Zentrum einsehen.

6 Entgelte für spezielle Einrichtungen

Anstelle von DRGs bzw. PEPPs werden in drei besonderen Bereichen der Kinderheilkunde krankenhausesindividuelle tagesbezogene Entgelte gemäß § 6 KHEntgG berechnet.

Schwerbrandverletzte (Kinder und Jugendliche)	1.959,56 €
Schädel-Hirn-Geschädigte (Frühreha, Kinder und Jugendliche)	713,72 €
Psychosomatik (Kinder und Jugendliche) -nicht verwechseln mit Punkt 2 -	344,56 €

7. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen

Unter Beachtung der Vorgaben des § 8 Abs.2 Nr.3 KHEntgG werden vor- und nachstationäre Behandlungspauschalen berechnet. Ebenso werden die vorgegebenen Kosten für in Anspruch genommene medizinisch-technische Großgeräte und evtl. Kontrastmittelgaben und dazugehörige Leistungen berechnet.

Auszug aus der Preisliste der vorstationären und nachstationären Behandlungspauschalen :

vorstationär Hals-Nasen-Ohren-Klinik	78,74 €	nachstationär Nephrologie	67,49 €
vorstationär Kinderklinik	67,49 €	nachstationär Kinderklinik	37,84 €
vorstationär Frauenklinik	119,13 €		
vorstationär Klinik für Urologie	103,28 €		

Die vollständige Preisliste sowie auch die Preisliste der Großgeräte-Leistungen können Sie im Patienten-Service-

8. Auszug aus der Liste der Zuschläge/Abschläge nach den Vorgaben des KHG, KHEntgG usw.

DRG-Systemzuschlag je voll- und teilstationärem Krankenhausfall	1,26 €
Zuschlag für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses	2,67 €
Zuschlag für die Qualitätssicherung, nur für vollstationäre Fälle	0,81 €
täglicher Zuschlag für die Mitaufnahme einer eigenen Pflegeperson/ Begleitperson	45,00 €
Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungsstätten, §17a Abs.6 Satz 1 und 2 KHG	54,19 €
Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte, hier onkologischer Schwerpunkt	54,19 €
Zuschlag zum Pflegeförderprogramm, gem. Zuschlag §8 Abs. 10 KHEntgG	54,19 €
(eine vollständige Liste können Sie im Patienten-Service-Zentrum erhalten)	54,19 €

9. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet.

Ärztliche Wahlleistungen : Die Vereinbarung, ärztliche Wahlleistungen in Anspruch zu nehmen, kann nicht auf einzelne Ärzte beschränkt werden. Ärztliche Wahlleistungen werden auch für den Entlassungs-/Verlegungstag berechnet. Es ist ein besonderer Vertrag abzuschließen, der Ihnen vom Stationspersonal vorgelegt wird.

Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) Anwendung.

Die GOÄ können Sie in den Arztsekretariaten einsehen und dort auch Berechnungsbeispiele und Erläuterungen zum vorgenannten Vertrag über gesondert berechenbare ärztliche Wahlleistungen erhalten.

Nichtärztliche Wahlleistungen : Die Zuschläge für besondere Unterbringung werden für den Entlassungs-/Verlegungstag nicht berechnet. Die Gebührenabrechnung für die Benutzung von Telefon und TV-Gerät erfolgt mittels aufzuladender Telefonkarte. Sie erhalten noch nicht aufgeladene Telefonkarten beim Stationspersonal oder beim Zentralen Empfangsdienst. Begleitpersonen, die nicht unter Ziffer 7 fallen, können aufgenommen werden, sofern es die räumlichen und personellen Gegebenheiten auf der jeweiligen Station erlauben.

	185,00 €
Zuschlag 1-Bett-Zimmer pro Berechnungstag	90,00 €
Zuschlag 2-Bett-Zimmer pro Berechnungstag	1,00 €
Telefongrundgebühr pro Tag (einschließlich Entlassungs-/Verlegungstag)	0,15 €
Gesprächseinheit gemäß Verbrauch	1,00 €
TV-Gerät pro Tag (einschließlich Entlassungs-/Verlegungstag)	15,00 €
Begleitperson für Kinder im Patientenzimmer pro Berechnungstag, ohne Verpflegung	45,00 €
Begleitperson für Kinder im Patientenzimmer pro Berechnungstag, mit Verpflegung	99,00 €

10. Zuzahlungen

Gesetzlich versicherte volljährige Patienten haben (mit einigen wenigen Ausnahmen) vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres pro Kalendertag eine Zuzahlung in Höhe von 10,00 € für maximal 28 Tage pro Jahr an das Krankenhaus zu zahlen. Die an das Krankenhaus zu entrichtenden Zuzahlungsbeträge werden von der Leistungsrechnung an die Krankenkasse abgezogen, sodass keine Überzahlung