

## DRG-Entgelttarif

### DRG-Entgelttarif für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des Krankenhaus-Entgeltgesetzes (KHEntgG) gültig ab 01. April 2024 und Unterrichtung des Patienten nach § 8 KHEntgG

#### 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 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 2024) und circa 30.000 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 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 **4.219,76 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

#### **Beispiel :**

<b>DRG</b>	<b>DRG-Definition</b>	<b>Relativgewicht</b>	<b>Basisfallwert</b>	<b>Entgelt</b>
<b>B79Z</b>	<b>Schädelfrakturen</b>	<b>0,513</b>	<b>€ 4.219,76</b>	<b>€ 2.103,80</b>
<b>I04Z</b>	<b>Ersatz des Kniegelenks</b>	<b>3,116</b>	<b>€ 4.219,76</b>	<b>€ 13.148,77</b>

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 2024 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2024 (FPV 2024) vorgegeben.

## 2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gem. § 1 Abs. 2 und 3 sowie und § 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 die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2024 (FPV 2024).

## 3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2024

Gem. § 17 b Abs. 1 S. 7 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 der FPV 2024 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 FPV 2024 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 2024 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2024 keine krankenhausindividuellen 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:

ZE2020-25H	5-829.k	1.500,00	Modulare Endoprothesen	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz: Pfannenkomponente
ZE2020-25K	5-829.k	1.700,00	Modulare Endoprothesen	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz: Pfannenkomponente
ZE2020-148.01	6-001.d0	120,40	Gabe von Adalimumab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 10 mg bis unter 25 mg
ZE2020-148.02	6-001.d1	223,60	Gabe von Adalimumab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 25 mg bis unter 40 mg
ZE2020-148.03	6-001.d2	412,80	Gabe von Adalimumab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 40 mg bis unter 80 mg
ZE2020-148.04	6-001.d3	688,00	Gabe von Adalimumab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 80 mg bis unter 120 mg
ZE2020-148.05	6-001.d4	963,20	Gabe von Adalimumab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 120 mg bis unter 160 mg
ZE2020-148.06	6-001.d5	1.238,40	Gabe von Adalimumab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 160 mg bis unter 200 mg
ZE2020-148.07	6-001.d6	1.513,60	Gabe von Adalimumab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 200 mg bis unter 240 mg
ZE2020-148.08	6-001.d7	1.788,80	Gabe von A+A15+D24	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 240 mg bis unter 280 mg
ZE2020-148.09	6-001.d8	2.064,00	Gabe von Adalimumab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 280 mg bis unter 320 mg
ZE2020-148.10	6-001.d9	2.339,20	Gabe von Adalimumab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 320 mg bis unter 360 mg
ZE2020-148.11	6-001.da	2.614,40	Gabe von Adalimumab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 360 mg bis unter 400 mg
ZE2020-148.12	6-001.db	2.889,60	Gabe von Adalimumab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 400 mg bis unter 440 mg
ZE2020-148.13	6-001.dc	3.164,80	Gabe von Adalimumab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 440 mg oder mehr
ZE2020-149.01	6-001.e0	153,75	Gabe von Infliximab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Infliximab, parenteral: 50 mg bis unter 100 mg
ZE2020-149.02	6-001.e1	256,25	Gabe von Infliximab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Infliximab, parenteral: 100 mg bis unter 150 mg
ZE2020-149.03	6-001.e2	358,75	Gabe von Infliximab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Infliximab, parenteral: 150 mg bis unter 200 mg
ZE2020-149.04	6-001.e3	512,50	Gabe von Infliximab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Infliximab, parenteral: 200 mg bis unter 300 mg
ZE2020-149.05	6-001.e4	717,50	Gabe von Infliximab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Infliximab, parenteral: 300 mg bis unter 400 mg
ZE2020-149.06	6-001.e5	922,50	Gabe von Infliximab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Infliximab, parenteral: 400 mg bis unter 500 mg
ZE2020-149.07	6-001.e6	1.127,50	Gabe von Infliximab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Infliximab, parenteral: 500 mg bis unter 600 mg
ZE2020-149.08	6-001.e7	1.332,50	Gabe von Infliximab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Infliximab, parenteral: 600 mg bis unter 700 mg
ZE2020-149.09	6-001.e8	1.537,50	Gabe von Infliximab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Infliximab, parenteral: 700 mg bis unter 800 mg
ZE2020-149.10	6-001.e9	1.742,50	Gabe von Infliximab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Infliximab, parenteral: 800 mg bis unter 900 mg
ZE2020-149.11	6-001.ea	1.947,50	Gabe von Infliximab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Infliximab, parenteral: 900 mg bis unter 1.000 mg
ZE2020-149.12	6-001.eb	2.255,00	Gabe von Infliximab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Infliximab, parenteral: 1.000 mg bis unter 1.200 mg
ZE2020-149.13	6-001.ec	2.665,00	Gabe von Infliximab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Infliximab, parenteral: 1.200 mg bis unter 1.400 mg
ZE2020-149.14	6-001.ed	3.075,00	Gabe von Infliximab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Infliximab, parenteral: 1.400 mg bis unter 1.600 mg
ZE2020-149.15	6-001.ee	3.485,00	Gabe von Infliximab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Infliximab, parenteral: 1.600 mg bis unter 1.800 mg
ZE2020-149.16	6-001.ef	3.895,00	Gabe von Infliximab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Infliximab, parenteral: 1.800 mg bis unter 2.000 mg
ZE2020-149.17	6-001.eg	4.305,00	Gabe von Infliximab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Infliximab, parenteral: 2.000 mg oder mehr



ZE2020-151.01	6-001.h0	308,00	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 150 mg bis unter 250 mg
ZE2020-151.02	6-001.h1	462,00	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 250 mg bis unter 350 mg
ZE2020-151.03	6-001.h2	616,00	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 350 mg bis unter 450 mg
ZE2020-151.04	6-001.h3	770,00	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 450 mg bis unter 550 mg
ZE2020-151.05	6-001.h4	924,00	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 550 mg bis unter 650 mg
ZE2020-151.06	6-001.h5	1.078,00	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 650 mg bis unter 750 mg
ZE2020-151.07	6-001.h6	1.232,00	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 750 mg bis unter 850 mg
ZE2020-151.08	6-001.h7	1.386,00	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 850 mg bis unter 950 mg
ZE2020-151.09	6-001.h8	1.540,00	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 950 mg bis unter 1.050 mg
ZE2020-151.10	6-001.h9	1.771,00	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 1.050 mg bis unter 1.250 mg
ZE2020-151.11	6-001.ha	2.079,00	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 1.250 mg bis unter 1.450 mg
ZE2020-151.12	6-001.hb	2.387,00	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 1.450 mg bis unter 1.650 mg
ZE2020-151.13	6-001.hc	2.695,00	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 1.650 mg bis unter 1.850 mg
ZE2020-151.14	6-001.hd	3.003,00	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 1.850 mg bis unter 2.050 mg
ZE2020-151.15	6-001.he	3.465,00	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 2.050 mg bis unter 2.450 mg
ZE2020-151.16	6-001.hf	4.081,00	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 2.450 mg bis unter 2.850 mg
ZE2020-151.17	6-001.hg	4.697,00	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 2.850 mg bis unter 3.250 mg
ZE2020-151.18	6-001.hh	5.313,00	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 3.250 mg bis unter 3.650 mg
ZE2020-151.19	6-001.hj	5.929,00	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 3.650 mg oder mehr

#### **4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2024**

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2024 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 FPV 2024 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 2024 für Leistungen nach Anlage 3a FPV 2024 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

#### **5. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 6 KHEntgG**

entfällt

#### **6. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gem. § 115 a SGB V**

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

##### **vorstationäre Behandlung**

Medizinische Klinik	147,25 €
Chirurgische Klinik	100,72 €
Orthopädische Klinik/Gelenkzentrum	100,72 €

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.

#### **7. 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 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 Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG gesondert folgendes Zusatzentgelt ab:

- Testung durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR:  
ab 01.05.23: 30,40 €
- Testung mittels Labor-Antigen-Test zum Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2:  
ab 15.10.20: 19,00 €
- Testung mittels PoC-Antigen-Test zum Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2:  
ab 01.08.21: 11,50 €



## **8. Zu- und Abschläge gemäß § 7 Abs. 1 S.1 Ziff. 4KHEntgG**

### **8.1. Kombiniertes Zuschlag für Ausbildungsvergütung nach § 17a Abs.6 bzw.9 KHG und § 33 Abs.3 S.1 PfIBG**

Gemäß § 17 a KHG und § 33 Abs.2 S.1 PFIBG berechnet das Krankenhaus einen kombinierten krankenhausesindividuellen Zuschlag je voll- und teilstationären Fall bei Aufnahme ab dem 01.01.2024 zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütung.

**in Höhe von: 260,85€.**

### **8.2. Zuschlag für Leistungen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG Geriatrischer und onkologischer Schwerpunkt**

entfällt

### **8.3. Abschlag für Nicht-Teilnahme an der Notfallversorgung § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG**

Abschlag wegen Nicht-Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr.5 KHEntgG

**in Höhe von 60,00 € je vollstationärem Fall.**

### **8.4. Zuschlag für Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG**

entfällt

### **8.5. Zuschlag G-BA Mehrkosten gem. § 5 Abs, 3c KHEntgG**

entfällt

### **8.6. Krankenhaushygienezuschlag gem. § 4 Abs. 9 KHEntgG**

Zur Finanzierung von Mehrkosten für Maßnahmen zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes im Sinne des § 4 Abs. 11 Satz 1 Nr. 1,2 und 3 KHEntgG wird gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 KHEntG ein Zuschlag

**in Höhe von 0,25 %**

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.

### **8.7. Qualitätssicherungszuschlag nach § 17 b Abs. 1 a Nr. 4 KHEntgG**

Nach § 17 b Abs. 1 Nr. 4 KHG sind für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage des § 137 SGB V Zuschläge zu vereinbaren. Dieser Zuschlag wird je vollstationärem Fall in Höhe von

**0,93 € berechnet**



### **8.8. Qualitätszuschläge nach § 17 b Abs. 1a Nr. 4 KHG**

Für die Teilnahme von Krankenhäusern an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen, die die Anforderungen der üFMS-B erfüllen, erhält das Krankenhaus nach Vereinbarung gemäß § 17 b Abs. 1a Nr. 4 KHG für Aufnahmen ab 01.10.2017 einen

**Zuschlag von 0,20 € vollstationärem Fall.**

### **8.9. Zuschlag für Ausgleich nach § 5 Abs. 4 KHEntgG**

Der zusammengefasste Zahlzuschlag ab 1.4.2024

**in Höhe von 1,48 %**

pro Fall wird auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen, der Zusatzentgelte und der sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 und Abs. 2a KHEntgG zugeschlagen.

### **9. Tagesbezogene Entgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 7 Abs.1 Ziff.6a KHEntgG**

Für die Zeit ab 1.04.2024 bis 31.12.2024 rechnet das Krankenhaus einen Zahlpflegeentgeltwert inklusive de unterjährigen Zahlbetragsausgleichs in Höhe von

**267,89 € je tagesbezogener Pflegebewertungsrelation ab**

### **10. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben**

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

**in Höhe von 1,43 €**

2.Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) nach § 139 a i.V.m. § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) nach § 91 i.V.m. § 139 c SGB V bzw. des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) nach § 137 a Abs. 8 i.V.m. § 139 c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall

**in Höhe von 2,94 €.**

### **11. Weitere Zuschläge und Abschläge**

#### **11.1. Zuschlag zur Abgeltung von Preis- und Mengensteigerung infolge des Coronavirus SARS-Cov-2 nach § 21 Abs.6 KHG**

entfällt



### **11.2. Telematikzuschlag Zuschlag nach § 291a Abs.7a SGB V**

Das Krankenhaus erhält einen 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 7,27 € je voll- und teilstationärem Fall**

### **11.3. Zuschlag nach § 4a Abs.4 KHEntgG**

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

**in Höhe von 11,50 %**

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen

### **12. Sonstige Zuschläge**

Das Krankenhaus berechnet gem. § 17 b Abs. 1 Satz 4 und 6 KHG folgenden Zuschlag:

Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen (incl. der Mitaufnahme von Pflegepersonal nach § 11 Abs. 3 SGB V) in Höhe von 45,00 € pro Tag<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Die Höhe des Zuschlages von 45,00 € ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17 b Abs. 1, Satz 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.

### **13. 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. Im Todesfall entstehende Kosten werden für 5 Tage (pauschal) 59,50 € (inkl. 19% MwSt.) ab dem 6. Tag jeweils 23,20 € (pro Tag inkl. MwSt.) in Rechnung gestellt.

### **14. 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. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

## 15. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2019 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2019 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2019 zusammengefasst und abgerechnet.

## 16. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 -11 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.

## 17. Entgelte der Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntgG):

### a. Ärztliche 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.

Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung. Nach § 6a GOÄ erfolgt bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen/privatärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25 %; bei Leistungen und Zuschlägen von Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten um 15 %. Das Arzthonorar wird in der Regel gesondert von den jeweils liquidationsberechtigten Krankenhausärzten geltend gemacht, sofern nicht die Verwaltung

des Klinikums oder eine externe Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt tätig wird.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom nachfolgend aufgeführten Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtungen persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts (§ 4 Abs.2 Satz 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ/GOZ) erbracht:

Die ärztlichen Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von diesen nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

**b. Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:**

Fachabteilung	Station	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Klinik für Rheumatologie	Wahlleistungsstation	Besondere Zimmergröße und -ausstattung, sowie Wahlverpflegung und Service	187,00 €
Klinik für Orthopädie			
Klinik für Unfallchirurgie			
Klinik für Innere Medizin			

Alle Zimmerleistungen sind zeitlich splittbar und können sich während des Aufenthalts ändern.

**c. Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer mit Komfotelementen:**

Fachabteilung	Station	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Klinik für Rheumatologie	Wahlleistungsstation	Besondere Zimmergröße und -ausstattung, sowie Wahlverpflegung und Service	90,00 €
Klinik für Orthopädie			
Klinik für Unfallchirurgie			
Klinik für Innere Medizin			

Alle Zimmerleistungen sind zeitlich splittbar und können sich während des Aufenthalts ändern.

#### d. Sonstige Leistungen

- Wahlleistung „Unterbringung einer Begleitperson ohne medizinische Notwendigkeit“ pro Tag 236,32 € (Anteil Unterkunft Patient/in 187,00 € und Anteil Unterkunft Begleitperson 35,20 € zzgl. 7 % Mehrwertsteuer und Anteil Verpflegung 9,80 € zzgl. 19% Mehrwertsteuer). Der Preis leitet sich von der Leistung Unterbringung einer Begleitperson bei medizinischer Notwendigkeit (s. auch Ziffer 13) her.
- Bereitstellen eines Fernsprechapparates 1,50 € Tagespauschale bzw. Pauschale für 24 Stunden zuzüglich 0,15 € je Gebühreneinheit.
- Kopfhörer können für 2,00 € am I-Punkt erworben werden.

#### Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **01. April 2024** in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom **1. Januar 2024** 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:

<b>Herr Jenett</b>	☎ 07041 / 15-50120 und
<b>Frau Günthner</b>	☎ 07082 / 52633

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.