

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

Die Marien-Hospital gGmbH Wesel

berechnet ab dem **01.05.2024** folgende Entgelte:

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 4.206,00 € 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 Arthrodese oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	3,206	€ 3.800,00	€ 12.182,90

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,

welche vom Bundesministerium für Gesundheit als Rechtsverordnung erlassen wurde. Parallel dazu wurden die für das Jahr 2024 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 2024 – FPV 2024 vereinbart, welche hinsichtlich der einzelnen Entgelte auf die vom Bundesministerium per Rechtsverordnung festgesetzten Anlagen der DRG-EKV 2024 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 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

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 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:

ZE2024-03 ECMO und PECLA	4.672,47 €
ZE 2024-25 Modulare Endoprothese Knie Prozedur 5-829.*	2.200,00 €
ZE 2024-25 Modulare Endoprothese Hüfte Prozedur 5-829.*	1.500,00 €
ZE 2024-25 Modulare Endoprothese Schulter Prozedur 5-829*	1.200,00 €
ZE 2024-54 Selbstexp. Prothese Prozedur 5-513.m*	426,50 €
ZE 2024-62 Mikroxiale Blutpumpe mit CP Smart Assist	17.219,33 €
ZE 2024-63 Gabe v. Diboterminalfa, Implant. am Knochen	3.000,00 €
ZE 2024-67 Stentprothese an der Aorta (8-84a.04)	650,00 €
ZE 2024-671 Stentprothese an der Aorta (8-84a.14)	1.300,00 €
ZE 2024-88 Komplexe neuropädiatrische Diagnostik	512,65 €
ZE 2024-104 Gabe von Trastuzumab	2,64 €
ZE 2024-106 Gabe von Abatecept	2,19 €
ZE 2024-110 Gabe von Tocilizumab	414,42 €
ZE 2024-111 Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral	2,14 €
ZE 2024-112 Gabe von Abirateron	60,00 €
ZE 2024-113 Gabe von Cabazitaxel, parenteral	7,91 €
ZE 2024-120 Gabe von Pemetrexed, parenteral	0,11 €

ZE 2024-121 Gabe von Etanercept, parenteral	178,80 €
ZE 2024-122 Gabe von Imatinib	0,01 €
ZE 2024-123 Gabe von Caspofungin, parenteral Proz.6-002.p*	0,60 €
ZE 2024-124 Gabe von Voriconazol	0,01 €
ZE 2024-125 Gabe von Voriconazol, parenteral	0,01 €
ZE 2024-144 Gabe von Obinutuzumab	3,33 €
ZE 2024-145 Gabe von Ibrutinib, oral	0,49 €
ZE 2024-146 Gabe von Ramucirumab	4,02 €
ZE 2024-147 Gabe von Bortezomib, parenteral	33,60 €
ZE 2024-148 Gabe von Adalimumab, parenteral	7,40 €
ZE 2024-149 Gabe von Infliximab, parenteral	1,37 €
ZE 2024-151 Gabe von Busulfan, parenteral	1,45 €
ZE 2024-152 Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik	615,18 €
ZE 2024-153 Gabe von Trastuzumab.intravenös	1,55 €
ZE 2024-158 Gabe von Pertuzumab	4,19 €
ZE 2024-161 Gabe von Nivolumab	11,81 €
ZE 2024-170 Gabe von Bevacizumab	1,84 €
ZE 2024-176 Gabe von Lenograstin	10,88 €
ZE 2024-177 Gabe von Pegfilgrastim	14,28 €
ZE 2024-182 Gabe von Vedolizumab, parenteral	6,73 €
ZE 2024-184 Gabe von Atezolizumab, parenteral	3,27 €
ZE 2024-188 Patient.indiv. hergest. Stent-Proth.a.d. Aorta	7.423,40 €
ZE 2024-189 Stent-Prothese Aorta	14.177,91 €
ZE 2024-195 Gabe von Ustekinumab, subkutan	54,16 €
ZE 2024-200 Daratumumab intravenös	3,98 €
ZE 2024-203 Durvalumab, parenteral	4,10 €

Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 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 gem. § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

NUB2024-188 (8-838.n0 oder 8-838.60 oder 8-838.70 oder 8-838.d0 oder 8-838.x0)	8.000,00 €
NUB2024-14 je angebrochene 0,88 mg (6-006.5*)	383,87 €
NUB2024-140 je 25, 50, 75 mg Granulat oder, je 75 oder 150 mg Tablette (6-006.d*)	233,75 €
NUB2024-144 je 75/50/100 mg Tablette oder je 37,5/25/50 mg Tablette (6-00d.e)	220,67 €
NUB2024-137 je 100/125 mg oder je 150/188 mg Beutel Granulat (6-008.k)	209,19 €
NUB2024-3 je mg (9-999.*)	4,11 €

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2024

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:

- z.B. Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2024 inkl. Pflegeentgelt	
DRG A90A Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	238,65 €
DRG B61B Verletzung des Rückenmarks	442,96 €
DRG B46Z Sozial- und neuropädiatrische Therapie	410,74 €
DRG E76A Tuberkulose	344,22 €
DRG U41Z Sozial- und neuropädiatrische Therapie	511,09 €
DRG 740Z Best. radiol. Diagnostik in Sedierung oder Anästhesie	556,54 €
DRG 741Z Best. endosk. Diagnostik in Sedierung oder Anästhesie	556,54 €
DRG 748Z Bestimmte Behandlung ohne Sedierung oder Anästhesie	406,54 €

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. 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 folgende Zusatzentgelte ab:

- Testungen durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR bei Patientinnen und Patienten:
30,40 €,
- Testungen mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten:
19,00 €.

6. Zu- und Abschläge gemäß § 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 73,89 €
- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von 222,87 €
- 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 für die Finanzierung von Mehrkosten, die durch Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung entstehen nach § 5 Abs. 3c KHEntgG
in Höhe von 2,94 €
- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen oder einer Pflegekraft in Höhe von 45,00 € pro Tag
- Zuschlag für die Notfallversorgung In Höhe von 29,92 € pro Fall
- Zuschlag Hebammenstellen gem. § 4 Abs. 10 KHEntgG
In Höhe von 0,0 % pro Fall
- Zuschlag Geburtshilfe gem. § 5 Abs. 2b Satz 2 KHEntgG
In Höhe von 70,00 pro Fall
- Zuschlag gem. § 4 Abs. 9 KHEntgG (Hygienzuschlag)
In Höhe von 0,0 % pro Fall

- Telematikzuschlag gem. § 7 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG i.V.m. § 377 Abs. 1 und 2 SGB V
In Höhe von 1,47 € pro Fall
- Zuschlag zur Sicherung der Kinder- und Jugendmedizin gem. §4 KHEntgG
In Höhe von 11,50 % pro Fall/älter als 28 Tage und jünger als 16 Jahre
- Coronaausgleichsabschlag nach §5 Satz 8
In Höhe von 0,0 % pro Fall

7. 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.

233,08 €

8. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden 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 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 0,93 €

9. Zuschläge § 5 Abs.4 Krankenhausentgeltgesetz

Aufschlag von 0,00%

10. 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

Innere Medizin	147,25 €
Geriatric	72,09 €
Kardiologie	156,97 €
Gastroenterologie	164,64 €
Pädiatrie	94,08 €
Allgemeine Chirurgie	100,72 €
Unfallchirurgie	82,32 €
Gefäßchirurgie	134,47 €
Frauenheilkunde	119,13 €
Geburtshilfe	119,13 €

b. nachstationäre Behandlung

Innere Medizin	53,69 €
Geriatric	30,68 €
Kardiologie	61,36 €
Gastroenterologie	63,91 €
Pädiatrie	37,84 €
Allgemeine Chirurgie	17,90 €
Unfallchirurgie	21,47 €
Gefäßchirurgie	23,01 €

Frauenheilkunde	22,50 €
Geburtshilfe	28,12 €

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten siehe Anlage A

Gemäß § 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.

11. 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. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus 100 €.

12. 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 § 43c Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

13. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2024 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2023 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2024 zusammengefasst und abgerechnet.

14. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 12 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.

15. 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.

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

ren 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 Krankenhauses 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 den 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:

- | | |
|---|--|
| - Geriatrie | Toprak |
| - Innere Medizin (Kardiologie / Pneumologie / Angiologie) | Prof. Dr. Tiefenbacher |
| - Innere Medizin | Dr. Artmeyer |
| - Pneumologie | Dr. Ernst |
| - Innere Medizin (Schwerpunkt: Gastroenterologie) | Prof. Dr. Schulze-Bergkamen |
| - Kinderheilkunde | Dr. Koerner-Rettberg |
| - Zentrale Notaufnahme | Dr. Gholamalizadeh |
| - Allgemein- und Abdominalchirurgie | Priv. Doz. Dr. Bludau |
| - Gefäßchirurgie | Dr. Hinkelmann |
| - Unfallchirurgie | Dipl. med. Schmidt |
| - Frauenheilkunde und Geburtshilfe | Prof. Dr. Böhmer |
| - Senologie | Doctor-medic (RO) Ferdosi |
| - Anästhesiologie | Dr. Achilles |
| - Urologie (Belegabteilung) | Dr. Stammel, Dr. Garcia-Schürmann, Dr. Holz,
Dr. Follmann |

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 Zuschlag je Berechnungstag:

- | | |
|---|--------------|
| - Kategorie Premium | : EUR 188,00 |
| - Kategorie Komfort | : EUR 162,00 |
| - Reservierung 1-Bett-Zimmer bei Intensivaufenthalt(75 % des jeweiligen Zuschlages; maximal 4 Tage) | |

c. Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer Zuschlag je Berechnungstag:

- | | |
|---------------------|-------------|
| - Kategorie Premium | : EUR 93,00 |
| - Kategorie Komfort | : EUR 79,00 |

d. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson

- 45,00 € je Berechnungstag
- 15,00 € Verpflegung ohne Übernachtung

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.

e. Benutzung eines Telefonapparates

- Grundgebühr pro Tag 1,00 €

- 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.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.05.2024 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif vom 01.01.2024 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unseres Krankenhauses 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. Prüfen Sie bitte, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung versichert sind.

Anlage A: Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

bei vor- und nachstationärer Behandlung

Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pauschale gemäß § 3
Computer-Tomographie-Geräte (CT)	
5369	122,71 €
5370, 5375	81,81 €
5371	94,08 €
5372	106,35 €
5373, 5374	77,72 €
5376	20,45 €
5377	32,72 €
5378	40,90 €
5380	12,27 €

Magnet-Resonanz-Geräte (MR)	
5700, 5720	179,97 €
5705	171,79 €
5715	175,88 €
5721, 5730	163,61 €
5729	98,17 €
5731, 5732	40,90 €
5733	32,72 €
5735	245,42 €

Linksherzkatheter-Messplätze (LHKM)	
627	61,36 €
628	32,72 €
629	81,81 €
5315	89,99 €
5316, 5325	122,71 €
5317, 5326	16,36 €
5318	24,54 €
5324	98,17 €
5327	40,90 €
5328	49,08 €

Hochvolttherapie-Geräte	
5831	61,36 €
5832	20,45 €
5833	81,81 €
5834	29,65 €
5835, 5837	5,11 €
5836	40,90 €

Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET)	
5488	245,42 €
5489	306,78 €