

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

DGD Krankenhaus Sachsenhausen gGmbH berechnet ab dem 01. Februar 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 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 4.226,81 € und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel:

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
E69A	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung, Alter < 1 Jahr ohne RS-Virus-Infektion oder bei Para- / Tetraplegie	0,646	4.226,81 €	€ 2.730,52
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen	0,542	4.226,81 €	€ 2.290,93

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 Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2024 (Fallpauschalenvereinbarung 2024 – FPV 2024).

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:

Zusatzentgelt	Bezeichnung	OPS-Kode	Betrag
ZE2022-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-429.j1	503,33 €
ZE2022-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-449.h3	702,56 €
ZE2022-123	Gabe von Caspofungin, parenteral	6-002.p*	0,60 €
ZE2022-154	Gabe von Anidulafungin, parenteral	6-003.k6	333,20 €
ZE2022-154	Gabe von Anidulafungin, parenteral	6-003.kf	1.142,40 €
ZE2022-149	Gabe von Infliximab, parenteral	6-001.e3	292,50 €

ZE2022-149	Gabe von Infliximab, parenteral	6-001.e4	409,50 €
ZE2022-149	Gabe von Infliximab, parenteral	6-001.e5	526,50 €
ZE2022-149	Gabe von Infliximab, parenteral	6-001.e6	643,50 €
ZE2022-182	Gabe von Vedolizumab, parenteral	6-008.52	3.604,50 €

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 krankenhausindividuellen 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 krankenhausindividuellen 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. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 3 KHEntgG

Für folgende Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2a KHEntgG folgende gesonderte Zusatzentgelte vereinbart:

Das Krankenhaus hat zurzeit keine Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen vereinbart.

6. 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:

- Testung durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR, PoC-PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.05.2023:

30,40 €
- Labordiagnostik mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 15.10.2020:

19,00 €

7. Zu- und Abschläge bzw. Abzüge

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall
in Höhe von **3,82 €**
- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall
in Höhe von **182,96 €**
- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **45,00 €** pro Tag
- Zuschlag wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG je vollstationärem Fall
in Höhe von **16,72 €**
- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG
in Höhe von **0,38 %**
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.
- Zu- und Abschläge für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG
in Höhe von **0,93 €**
- 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 nach § 5 Abs. 3g S. 1 KHEntgG für jeden voll- und jeden teilstationären Fall, für den es im Rahmen der Krankenhausbehandlung entstandene Daten auf der elektronischen Patientenakte speichert
in Höhe von **5,00 €**

des Rechnungsbetrags, mit Ausnahme der Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG, für jeden voll- und teilstationären Fall.

8. 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 folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

NUB lfd. InEK Nr.	Zusatzentgelt nach § 6 KHEntgG	OPS	Entgelthöhe (pro Einheit)
1	Remdesivir	6-00f.p-	410,55 €
4	Tixagevimab-Cilgavimab	Derzeit sind keine Prozeduren (OPS) verfügbar	2.368,10 €
5	Bezlotoxumab	6-00b.1	2.808,40 €
6	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße 15mm	8-842.0c, 8-842.0q, 8-842.0s, 8-842.0x, 8-842.1c, 8-842.1q, 8-842.1s, 8-842.1x, 8-842.2c, 8-842.2q, 8-842.2s, 8-842.2x, 8-842.3c, 8-842.3q, 8-842.3s, 8-842.3x, 8-842.4c, 8-842.4q, 8-842.4s, 8-842.4x, 8-842.5c, 8-842.5q, 8-842.5s, 8-842.5x, i.V.m. 8-83b.e1 und i.V.m. 8-83b.f	1.470,59 €
6	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße 19mm	8-842.0c, 8-842.0q, 8-842.0s, 8-842.0x, 8-842.1c, 8-842.1q, 8-842.1s, 8-842.1x, 8-842.2c, 8-842.2q, 8-842.2s, 8-842.2x, 8-842.3c, 8-842.3q, 8-842.3s, 8-842.3x, 8-842.4c, 8-842.4q, 8-842.4s, 8-842.4x, 8-842.5c, 8-842.5q, 8-842.5s, 8-842.5x, i.V.m. 8-83b.e1 und i.V.m. 8-83b.f	1.470,59 €
6	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße 29mm	8-842.0c, 8-842.0q, 8-842.0s, 8-842.0x, 8-842.1c, 8-842.1q, 8-842.1s, 8-842.1x, 8-842.2c, 8-842.2q, 8-842.2s, 8-842.2x, 8-842.3c, 8-842.3q, 8-842.3s, 8-842.3x, 8-842.4c, 8-842.4q, 8-842.4s, 8-842.4x, 8-842.5c, 8-842.5q, 8-842.5s, 8-842.5x, i.V.m. 8-83b.e1 und i.V.m. 8-83b.f	1.725,25 €
6	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße 39mm	8-842.0c, 8-842.0q, 8-842.0s, 8-842.0x, 8-842.1c, 8-842.1q, 8-842.1s, 8-842.1x, 8-842.2c, 8-842.2q, 8-842.2s, 8-842.2x, 8-842.3c, 8-842.3q, 8-842.3s, 8-842.3x, 8-842.4c, 8-842.4q, 8-842.4s, 8-842.4x, 8-842.5c, 8-842.5q, 8-842.5s, 8-842.5x, i.V.m. 8-83b.e1 und i.V.m. 8-83b.f	1.725,25 €
6	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße 50mm	8-842.0c, 8-842.0q, 8-842.0s, 8-842.0x, 8-842.1c, 8-842.1q, 8-842.1s, 8-842.1x, 8-842.2c, 8-842.2q, 8-842.2s, 8-842.2x, 8-842.3c, 8-842.3q, 8-842.3s, 8-842.3x, 8-842.4c, 8-842.4q, 8-842.4s, 8-842.4x, 8-842.5c, 8-842.5q, 8-842.5s, 8-842.5x, i.V.m. 8-83b.e1 und i.V.m. 8-83b.f	1.524,36 €

6	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße 100mm	8-842.0c, 8-842.0q, 8-842.0s, 8-842.0x, 8-842.1c, 8-842.1q, 8-842.1s, 8-842.1x, 8-842.2c, 8-842.2q, 8-842.2s, 8-842.2x, 8-842.3c, 8-842.3q, 8-842.3s, 8-842.3x, 8-842.4c, 8-842.4q, 8-842.4s, 8-842.4x, 8-842.5c, 8-842.5q, 8-842.5s, 8-842.5x, i.V.m. 8-83b.e1 und i.V.m. 8-83b.f	1.952,39 €
6	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße 150mm	8-842.0c, 8-842.0q, 8-842.0s, 8-842.0x, 8-842.1c, 8-842.1q, 8-842.1s, 8-842.1x, 8-842.2c, 8-842.2q, 8-842.2s, 8-842.2x, 8-842.3c, 8-842.3q, 8-842.3s, 8-842.3x, 8-842.4c, 8-842.4q, 8-842.4s, 8-842.4x, 8-842.5c, 8-842.5q, 8-842.5s, 8-842.5x, i.V.m. 8-83b.e1 und i.V.m. 8-83b.f	2.396,44 €
6	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße 250mm	8-842.0c, 8-842.0q, 8-842.0s, 8-842.0x, 8-842.1c, 8-842.1q, 8-842.1s, 8-842.1x, 8-842.2c, 8-842.2q, 8-842.2s, 8-842.2x, 8-842.3c, 8-842.3q, 8-842.3s, 8-842.3x, 8-842.4c, 8-842.4q, 8-842.4s, 8-842.4x, 8-842.5c, 8-842.5q, 8-842.5s, 8-842.5x, i.V.m. 8-83b.e1 und i.V.m. 8-83b.f	3.632,29 €
14	Nirmatrelvir-Ritonavir	Derzeit sind keine Prozeduren (OPS) verfügbar	N.N.
21	Golimumab	6-005.2	824,69 €
21	Golimumab	6-005.2	1.538,12 €
48	Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision (5 cm)	8-842.02, 8-842.03, 8-842.0e i.V.m. 8-83b.e1 und i.V.m. 8-83b.f1	1.400,50 €
48	Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision (10 cm)	8-842.02, 8-842.03, 8-842.0e i.V.m. 8-83b.e1 und i.V.m. 8-83b.f1	1.828,50 €
48	Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision (15cm)	8-842.02, 8-842.03, 8-842.0e i.V.m. 8-83b.e1 und i.V.m. 8-83b.f1	2.272,55 €
97	Risankizumab	6-00c.e parenteral	4.201,63 €
129	Glucarpidase	6-003.g	32.725,00 €
196	Darvadstrocel	Derzeit sind keine Prozeduren (OPS) verfügbar	59.500,00 €

9. 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.

255,79€

10. 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 **2,94 €**

11. Telematikzuschlag nach § 377 Abs. 1 SGB V

- 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 **1,78 €**

12. 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

Fachabteilung	Vorstationäre Behandlung	Nachstationäre Behandlung
Chirurgie	100,72 €	17,90 €
Endokrinologie (Diabetologie)	310,87 €	44,48 €
Gynäkologie / Geburtshilfe	119,13 €	22,50 €
Innere Medizin	147,25 €	53,69 €

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.

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. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus **40,00 €**.

14. Zuzahlungen

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 4 SGB V

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. Der Zuzahlungsbetrag beträgt derzeit 10,00 € 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.

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten für Übergangspflege nach § 39e Abs. 2 SGB V

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der Übergangspflege nach § 39e SGB V – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beträgt derzeit 10,00 € je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 1 SGB V beim Patienten geltend gemacht. Dabei sind bereits geleistete Zuzahlungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung anzurechnen.

15. 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.

16. 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.

17. 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.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.02.2024 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif 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 des Patientenmanagements 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.