

***DRG-Entgelttarif für Krankenhäuser
im Anwendungsbereich des KHEntgG
Unterrichtung des Patienten gem. § 8 KHEntgG***

Das RoMed Klinikum Rosenheim berechnet ab **01. Februar 2024** folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 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 28.000 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 textlicher 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 4.206,51 € und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiele (Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen	0,718	€ <u>4.206,51</u>	€ 2.020,27
DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoproth. am Kniegelenk mit komplizierender Diagn. oder Arthrodesen	3,621	€ <u>4.206,51</u>	€ 15.231,77

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 § 3 Abs. 1 und 2 FPV 2024

Der nach der oben beschriebenen DRG-Systematik zu ermittelnder 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 Zusatzentgeltekatalogen gem. § 5 FPV 2024

Gem. § 17b 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 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 RoMed Klinikum Rosenheim berechnet folgende Zusatzentgelte nach § 6 KHEntgG:

ZE2023-56-1 Bosentan, eine Tablette zu 62,5 oder 125 mg	76096025	23,50 €
ZE2023-58-25 Gabe von Alpha-1-Proteinaseinhibitor, human, parenteral, je 1000 mg; OPS 8-812.0*	76096416	380,80 €
ZE2023-60 Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral, je Applikation von 1 Mio. IE; OPS 8-812.2	76096357	14,05 €
ZE2023-63-1 Gabe von Diboterminalfa, Implantation am Knochen, je 12 mg	76096263	3.510,50 €
ZE2023-69-11 Gabe von Hämin, parenteral, je 250 mg; OPS 6-004.1*	76096418	1.024,29 €
ZE2023-74-17 Gabe von Sunitinib, oral, 12,5 mg	76096454	3,18 €
ZE2023-74 Gabe von Sunitinib, oral, je 25 mg; OPS 6-003.a*	76097357	6,39 €
ZE2023-74-18 Gabe von Sunitinib, oral, je 50 mg	76096460	12,44 €
ZE2023-75 Gabe von Sorafenib, oral, je 200 mg Tablette; OPS 6-003.b*	76097882	4,25 €
ZE2023-77-31 Gabe von Lenalidomid, oral, pro 1 mg; OPS 6-003.g*	76096542	0,15 €
ZE2023-79-25 Gabe von Nelarabin, parenteral, je 250 mg Flasche	76096464	433,28 €
ZE2023-84 Gabe von Ambrisentan, oral, bei Verabreichung einer 5 mg Tablette, je mg; OPS 6-004.2*	76096984	8,90 €
ZE2023-84 Gabe von Ambrisentan, oral, bei Verabreichung einer 10 mg Tablette, je mg; OPS 6-004.2*	76096985	6,32 €
ZE2023-85 Gabe von Temsirolimus, parenteral, je 1 mg; OPS 6-004.e*	76096658	36,76 €
ZE2023-91 Gabe von Dasatinib, oral, je mg; OPS 6-004.3*	76096767	0,70 €
ZE2023-101 Gabe von Mifamurtid, parenteral, je mg; OPS 6-005.g*	76097290	898,08 €
ZE2023-103 Gabe von Rituximab, subkutan, je 1400 mg Fertigspritze; OPS 6-001.j*	76097292	2.354,09 €
ZE2023-104 Gabe von Trastuzumab, subkutan, je 600 mg Fertigspritze; OPS 6-001.m*	76097293	1.932,46 €
ZE2023-106 Gabe von Abatacept, subkutan, je mg; OPS 6-003.t*	76097327	2,27 €
ZE2023-110 Gabe von Tocilizumab, subkutan; OPS 6-005.n*	76091100	2,71 €
ZE2023-111 Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral, je 100 mg; OPS 6-005.d*	76097362	268,42 €
ZE2023-112 Gabe von Abirateronacetat, oral, je 500 mg; OPS 6-006.2*	76098027	60,01 €
ZE2023-113 Gabe von Cabazitaxel, parenteral, je 60 mg; OPS 6-006.1*	76097382	2.509,02 €
ZE2023-120 Gabe von Pemetrexed, parenteral, je 100 mg; OPS 6-001.c*	76097543	234,55 €
ZE2023-120 Gabe von Pemetrexed, parenteral, je 500 mg; OPS 6-001.c*	76097577	1.124,90 €
ZE2023-121 Gabe von Etanercept, parenteral, je mg; OPS 6-002.b*	76097539	3,57 €
ZE2023-122 Gabe von Imatinib, oral, je 100 mg Tablette; OPS 6-001.g*	76097473	0,75 €
ZE2023-122 Gabe von Imatinib, oral, je 400 mg Tablette; OPS 6-001.g*	76097527	1,98 €
ZE2023-123 Gabe von Caspofungin, parenteral, je 50 mg; OPS 6-002.p*	76097477	26,24 €
ZE2023-123 Gabe von Caspofungin, parenteral, je 70 mg; OPS 6-002.p*	76097512	33,62 €
ZE2023-124 Gabe von Voriconazol, oral, je 50 mg; OPS 6-002.5*	76097544	0,38 €
ZE2023-124 Gabe von Voriconazol, oral, je 200 mg Tablette; OPS 6-002.5*	76097479	1,31 €
ZE2023-125 Gabe von Voriconazol, parenteral, je 200 mg; OPS 6-002.r*	76097480	5,83 €
ZE2023-127 Gabe von L-Asparaginase aus Erwinia chrysanthemi [Erwinase], parenteral, je angebrochene 10.000 IE; OPS 6-003.r*	76097529	1.076,67 €
ZE2023-128 Gabe von nicht pegylierter Asparaginase, parenteral, je 10.000 IE; OPS 6-003.n*	76097524	713,94 €
ZE2023-129 Gabe von pegylierter Asparaginase, parenteral; OPS 6-003.p*	76091290	2.199,12 €
ZE2023-130 Gabe von Belimumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-006.6*	76097508	1,29 €
ZE2023-131 Gabe von Defibrotid, parenteral, je 200 mg; OPS 6-005.k*	76097509	506,94 €

ZE2023-132 Gabe von Thiotepa, parenteral, je 15 mg Ampulle; OPS 6-007.n*	76097515	165,96 €
ZE2023-132 Gabe von Thiotepa, parenteral, je 100 mg Ampulle; OPS 6-007.n*	76097516	995,71 €
ZE2023-140 Gabe von Brentuximabvedotin, parenteral, je mg; OPS 6-006.b*	76097822	64,48 €
ZE2023-141 Gabe von Enzalutamid, oral, je 40 mg; OPS 6-007.6*	76097626	29,17 €
ZE2023-142 Gabe von Aflibercept, intravenös, je mg; OPS 6-007.3*	76097786	3,57 €
ZE2023-143 Gabe von Eltrombopag, oral, je 50 mg; OPS 6-006.0*	76097760	95,56 €
ZE2023-144 Gabe von Obinutuzumab, parenteral, je angefangene Durchstechflasche à 1000 mg; OPS 6-007.j*	76097896	3.265,36 €
ZE2023-145 Gabe von Ibrutinib, oral, je 140 mg; OPS 6-007.e*	76097627	66,06 €
ZE2023-146 Gabe von Ramucirumab, parenteral, je 100 mg; OPS 6-007.m*	76097762	404,60 €
ZE2023-146 Gabe von Ramucirumab, parenteral, je 500 mg; OPS 6-007.m*	76097763	2.023,00 €
ZE2023-147 Gabe von Bortezomib, parenteral, je mg; OPS 6-001.9*	76097707	387,25 €
ZE2023-148 Gabe von Adalimumab, parenteral, je mg; OPS 6-001.d*	76097706	3,21 €
ZE2023-149 Gabe von Infliximab, parenteral, je 100 mg; OPS 6-001.e*	76097810	95,20 €
ZE2023-150 Gabe von Busulfan, parenteral, je mg; OPS 6-002.d*	76097820	0,18 €
ZE2023-151 Gabe von Rituximab, intravenös, je 100 mg; OPS 6-001.h*	76097764	139,98 €
ZE2023-153 Gabe von Trastuzumab, intravenös, je mg; OPS 6-001.k*	76098062	0,95 €
ZE2023-154 Gabe von Anidulafungin, parenteral, je 100 mg; OPS 6-003.k*	76098047	53,31 €
ZE2023-156 Gabe von Posaconazol, parenteral, je mg; OPS 6-007.k*	76098074	1,50 €
ZE2023-157 Gabe von Pixantron, parenteral, je mg; OPS 6-006.e*	76098075	15,39 €
ZE2023-158 Gabe von Pertuzumab, parenteral, je mg; OPS 6-007.9*	76098076	6,20 €
ZE2023-159 Gabe von Blinatumomab, parenteral, je 38,5 µg; OPS 6-008.7*	76098097	2.467,16 €
ZE2023-160 Gabe von Pembrolizumab, parenteral, je mg; OPS 6-009.3*	76098078	28,92 €
ZE2023-161 Gabe von Nivolumab, parenteral, je mg; OPS 6-008.m*	76098079	12,05 €
ZE2023-162 Gabe von Carfilzomib, parenteral, je mg; OPS 6-008.9*	76098080	17,89 €
ZE2023-163 Gabe von Macitentan, oral, je 10 mg; OPS 6-007.h*	76098058	61,42 €
ZE2023-164 Gabe von Riociguat, oral, je 0,5 - 2,5 mg Filmtablette; OPS 6-008.0*	76098059	16,67 €
ZE2023-165 Gabe von Nusinersen, intrathekal, je 12 mg; OPS 6-00a.d	76098128	82.900,16 €
ZE2023-166 Gabe von Isavuconazol, parenteral, je 200 mg; OPS 6-008.g*	76098142	637,86 €
ZE2023-167 Gabe von Isavuconazol, oral, je 100 mg; OPS 6-008.h*	76098143	61,64 €
ZE2023-168 Gabe von Daratumumab, parenteral, je 100 mg; OPS 6-009.a*	76098121	429,59 €
ZE2023-168 Gabe von Daratumumab, parenteral, je 400 mg; OPS 6-009.a*	76098122	1.718,36 €
ZE2023-169 Gabe von Liposomalem Irinotecan, parenteral, je 1 mg; OPS 6-009.e*	76098147	19,99 €
ZE2023-170 Gabe von Bevacizumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-002.9*	76098120	2,46 €
ZE2023-171 Gabe von Clofarabin, parenteral, je 20 mg; OPS 6-003.j*	76098172	1.642,20 €
ZE2023-172 Gabe von Posaconazol, oral, Suspension, je 40 mg; OPS 6-007.0*	76098150	8,14 €
ZE2023-173 Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten, je 100 mg; OPS 6-007.p*	76098240	13,09 €
ZE2023-174 Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal, je 1 mg; OPS 6-002.a*	76098146	61,28 €
ZE2023-175 Gabe von Filgrastim, parenteral, je 1 Mio. IE; OPS 6-002.1*	76098176	0,22 €
ZE2023-176 Gabe von Lenograstim, parenteral, je 34 Mio. IE; OPS 6-002.2*	76098144	24,28 €
ZE2023-177 Gabe von Pegfilgrastim, parenteral, je 1 mg; OPS 6-002.7*	76098177	14,28 €
ZE2023-178 Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral, je 1 mg; OPS 6-007.7*	76098178	20,00 €
ZE2023-01 Beckenimplantate; OPS 5-785.2d oder 5-785.3d oder 5-785.4d oder 5-785.5d	76000010	3.333,53 €
ZE2023-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.00	76000774	5.648,00 €
ZE2023-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.01	76000775	6.468,00 €
ZE2023-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.03	76000E78	7.825,00 €
ZE2023-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.04	76000E79	8.500,00 €
ZE2023-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.05	76000E7A	8.500,00 €

ZE2023-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.06	76000E7B	8.500,00 €
ZE2023-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.07	76000E7C	12.000,00 €
ZE2023-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.08	76000E7D	12.000,00 €
ZE2023-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.09	76000E7E	15.500,00 €
ZE2023-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.0b	76000EDP	19.000,00 €
ZE2023-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.0c	76000EDQ	22.500,00 €
ZE2023-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.0d	76000EDR	26.000,00 €
ZE2023-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.0e	76000EDS	29.500,00 €
ZE2023-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.30	76000777	5.200,00 €
ZE2023-04 Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich; OPS 5-020.65 oder 5-020.66 oder 5-020.67 oder 5-020.68 oder 5-020.6b oder 5-020.6c oder 5-020.6d oder 5-020.6e oder 5-020.71 oder 5-020.72 oder 5-020.74 oder 5-020.75 oder 5-774.71 oder 5-774.72 oder 5-775.71 oder 5-775.72	76000040	4.500,00 €
ZE2023-05 Distraction am Gesichtsschädel; OPS 5-776.6 oder 5-776.7 oder 5-776.9 oder 5-777.*1	76000050	1.580,00 €
ZE2023-13 Immunadsorption; OPS 8-821.0	76000822	1.800,00 €
ZE2023-15 Zellapherese; OPS 8-823 oder 8-825.*	76000150	692,00 €
ZE2023-22 IABP; OPS 8-839.0	7600022A	809,51 €
ZE2023-25 Modulare Endoprothesen, Hüfte; OPS 5-829.k oder 5-829.m	76096922	1.500,00 €
ZE2023-25 Modulare Endoprothesen, Knie; OPS 5-829.k oder 5-829.m	76096921	2.250,00 €
ZE2023-25 Modulare Endoprothesen, Schulter; OPS 5-829.k oder 5-829.m	76096923	1.700,00 €
ZE2023-41 Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems; OPS 8-977	76000410	1.133,00 €
ZE2023-49 Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) in Kombination mit Peritonektomie und ggf. mit Multiviszeralresektion oder hypertherme intrathorakale Chemotherapie (HITOC) in Kombination mit Pleurektomie und ggf. mit Tumorreduktion	76000490	4.046,00 €
ZE2023-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.j1	7609054B	783,60 €
ZE2023-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.j4	7609054D	1.343,76 €
ZE2023-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.ja	7609054F	2.016,15 €
ZE2023-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.jc	7609054V	845,00 €
ZE2023-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.je	7609054X	1.691,00 €
ZE2023-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.jg	7609054Z	2.517,00 €
ZE2023-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-449.h3	76000908	820,00 €
ZE2023-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-469.k3	76000913	820,00 €
ZE2023-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-489.g0	7609054I	820,00 €
ZE2023-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-513.m*	7609954A	800,00 €
ZE2023-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-513.n*	7609954B	800,00 €

ZE2023-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-517.**	7609954C	800,00 €
ZE2023-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-526.e0	7609054Q	791,84 €
ZE2023-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-526.f0	7609054R	791,84 €
ZE2023-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.g*	7609054S	791,84 €
ZE2023-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.j*	7609054T	791,84 €
ZE2023-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.n4	7609954D	791,84 €
ZE2023-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.p2	7609954E	791,84 €
ZE2023-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.r3	7609954F	1.076,04 €
ZE2023-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.s2	7609954G	1.076,04 €
ZE2023-61 Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar; OPS 5-039.e2	7609061F	23.500,00 €
ZE2023-61 Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar; OPS 5-039.n2	7609061K	20.000,00 €
ZE2023-62 Mikroaxial-Blutpumpe; OPS 8-839.46 oder 8-839.47	76090620	20.000,00 €
ZE2023-86 Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen; OPS 5-039.g	7609086B	10.000,00 €
ZE2023-86 Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen; OPS 5-039.h	7609086C	10.000,00 €
ZE2023-86 Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen; OPS 5-039.p	7609086L	10.000,00 €
ZE2023-88 Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen; OPS 1-942.1	7609088A	824,00 €
ZE2023-88 Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen; OPS 1-942.2	7609088B	1.133,00 €
ZE2023-88 Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen; OPS 1-942.3	7609088C	1.370,00 €
ZE2023-109 Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran; OPS 8-854.8	76091090	855,00 €
ZE2023-09 Hämo-perfusion; OPS 8-856	7600009B	936,00 €
ZE2023-09 Hämo-perfusion; OPS 8-821.2	7600009A	1.095,00 €
ZE2023-152 Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik; OPS 1-945.0	76090E9P	1.100,00 €
ZE2023-152 Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik; OPS 1-945.1	76090E9Q	1.700,00 €
ZE2023-180 Gabe von Azacytidin, parenteral je mg; OPS 6-005.0*	76091800	4,13 €
ZE2023-187 Neurostimulatoren zur Hypoglossusnerv-Stimulation; OPS 5-059.c7 oder 5-059.d7	76091870	21.000,00 €
ZE2023-67-7 Stentgraft-Prothesen bei Aortenaneurysmen, perkutan- transluminal, je Stent; OPS 8-840.*4 oder 8-849.*4	76096487	1.250,00 €
ZE2023-182 Gabe von Vedolizumab, parenteral, je 108 mg; OPS 6-008.5*	76098276	600,65 €
ZE2023-182 Gabe von Vedolizumab, parenteral, je 300 mg; OPS 6-008.5*	76098304	2.402,61 €
ZE2023-183 Gabe von Elotuzumab, parenteral, je 300 mg; OPS 6-009.d*	76098305	1.092,42 €
ZE2023-183 Gabe von Elotuzumab, parenteral, je 400 mg; OPS 6-009.d*	76098275	1.456,56 €
ZE2023-184 Gabe von Atezolizumab, parenteral, je 840 mg; OPS 6-00a.1*	76098271	2.767,10 €
ZE2023-184 Gabe von Atezolizumab, parenteral, je 1200 mg; OPS 6-00a.1*	76098272	3.952,99 €

ZE2023-185 Gabe von Ocrelizumab, parenteral, je 300 mg; OPS 6-00a.e*	76098306	6.098,75 €
ZE2023-186 Gabe von Venetoclax, oral, je 10 mg; OPS 6-00a.k*	76098307	5,09 €
ZE2023-186 Gabe von Venetoclax, oral, je 50 mg; OPS 6-00a.k*	76098308	25,44 €
ZE2023-186 Gabe von Venetoclax, oral, je 100 mg; OPS 6-00a.k*	76098309	50,87 €
ZE2023-196 Gabe von Micafungin, parenteral, je 50 mg; OPS 6-004.5*	76098356	332,41 €
ZE2023-196 Gabe von Micafungin, parenteral, je 100 mg; OPS 6-004.5*	76098357	568,64 €
ZE2023-195 Gabe von Ustekinumab, subkutan, je 45 mg oder 90 mg; OPS 6-005.q*	76098352	4.979,84 €
ZE2023-194 Gabe von Ustekinumab, intravenös, je 130 mg; OPS 6-005.p*	76098348	4.979,84 €
ZE2023-192 Gabe von Midostaurin, oral, je 25 mg; OPS 6-00a.b*	76098345	138,13 €
ZE2023-191 Gabe von Dinutuximab beta, parenteral, je 20 mg; OPS 6-009.b*	76098343	10.080,49 €
ZE2023-67 Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal; ein stent OPS 8-84a.04	76090DVS	3.210,00 €
ZE2023-67 Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal; zwei u. mehr Stents; OPS 8-84a.14	76090DVT	6.420,00 €
ZE2023-188 Patientenindividuell hergestellte Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Öffnung; OPS 5-38a.70 in Verbindung mit OPS 5-38a.w0	7609188A	11.100,00 €
ZE2023-188 Patientenindividuell hergestellte Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Öffnung; OPS 5-38a.80 in Verbindung mit OPS 5-38a.w0	7609188B	18.300,00 €
ZE2023-188 Patientenindividuell hergestellte Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Öffnung; OPS 5-38a.c0 in Verbindung mit OPS 5-38a.w0	7609188C	11.100,00 €
ZE2023-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.7b	7609189A	24.065,00 €
ZE2023-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.7c	7609189B	24.065,00 €
ZE2023-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.7d	7609189C	26.750,00 €
ZE2023-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.8c	7609189D	24.065,00 €
ZE2023-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.8d	7609189E	24.065,00 €
ZE2023-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.8e	7609189F	26.750,00 €
ZE2023-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.8f	7609189G	29.500,00 €
ZE2023-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.c1	7609189H	24.065,00 €
ZE2023-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.c2	7609189I	24.065,00 €
ZE2023-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.c3	7609189J	26.750,00 €
ZE2023-197 Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Thrombektomie-Aspirationskatheters, 1 Thrombektomie-Aspirationskatheter; OPS 8-836.60 oder 8-836.80 in Verbindung mit OPS 8-83b.87	76098380	1.276,65 €
ZE2023-197 Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Thrombektomie-Aspirationskatheters, 2 Thrombektomie-Aspirationskatheter; OPS 8-836.60 oder 8-836.80 in Verbindung mit OPS 8-83b.88	76098382	2.553,30 €
ZE2023-197 Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Thrombektomie-Aspirationskatheters, 3 oder mehr Thrombektomie-Aspirationskatheter; OPS 8-836.60 oder 8-836.80 in Verbindung mit OPS 8-83b.89	76098383	3.829,95 €

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV 2024

Für die Vergütung von Leistungen, die noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende tages- bzw. fallbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

B61B	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks außer bei Transplantation	Abrechnung pro Tag	€ 337,09
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	Abrechnung pro Tag	€ 255,89
B76A	Anfälle, mehr als 1 Beleg.tag, mit komplexer Diagnostik und Therapie	Abrechnung pro Tag	€ 326,00
U41Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen	Abrechnung pro Tag	€ 265,66
	Palliativmedizin (Besondere Einrichtung)	Abrechnung pro Tag	€ 272,24
Teilstationäre Leistungen (Leistungen nach Anlage 3b FPV 2024 und sonstige teilstationäre Leistungen)			
	Teilstationäre Onkologie	Abrechnung pro Tag	€ 419,63
	Teilstationäre Behandlung Pädiatrie	Abrechnung pro Tag	€ 300,57
	Teilstationäre Anästhesie	Abrechnung pro Tag	€ 344,10

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 gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 3 KHEntgG

Keine Entgelte

6. Zu- und Abschläge gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 4 KHEntgG

- a) Gem. § 17 a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten.
Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig: **46,16 €**
- b) Gem. §33 Abs. 3 S.1 PflBG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationären Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig: **136,00 €**
- c) Ferner berechnet das Krankenhaus gem. § 17b Abs. 1 Satz 4 und 6 KHG folgende Zuschläge / Abschläge:

Zuschlag für die nicht medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen

in Höhe von 45,- € pro Tag

Zuschlag für das Onkologische Zentrum nach § 5 Abs. 1 bis 3 KHEntgG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von 9,99 €

Zuschlag Hygieneförderprogramm nach § 4 Abs. 9 KHEntgG in Höhe von **0,11%** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen, der Zusatzentgelte und der sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 und 2a KHEntgG

Zuschlag zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG in Höhe von **0,01%** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG

Zuschlag gem. § 4a KHEntgG § zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin in Höhe von **11,50%** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen, der Zusatzentgelte und der sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 und 2a KHEntgG

8. 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. § 137 c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG die in **Anhang 1** aufgeführten zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte in EURO ab.

9. Qualitätssicherungszu- und abschläge nach § 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG

Qualitätssicherungszuschlag entsprechend der zweiten Ergänzungsvereinbarung zur Qualitätssicherung

in Höhe von € 0,93

10. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

in Höhe von € 1,43

- b) Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a i.V.m. § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137 a SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall

in Höhe von € 2,94

- c) Zuschlag Notfallversorgung §9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG für jeden abzurechnenden Krankenhausfall

in Höhe von € 23,85

- d) Zuschlag für Telematikinfrastruktur nach § 377 Abs. 1 u. 2 SGB V

in Höhe von € 0,98

11. 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 aktuell

in Höhe von € 223,35

12. Weitere Zu- und Abschläge

a) Zuschlag für die Qualitätssicherung für Schlaganfallpatienten

in Höhe von € 3,10

b) Zuschlag für das Telemedizinische Pilotprojekt zur integrierten Schlaganfallversorgung (TEMPiS)

in Höhe von € 191,30

c) Zuschlag für das Thrombektomie-Intervention durch „Flying Interventionalist“ Satelliten-Kliniken, Schlaganfallnetzwerk, Bayern

in Höhe von € 21.150,00

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

Gem. § 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
- Pädiatrie	€ 94,08
- Neonatologie	€ 51,64
- Allgemeine Chirurgie	€ 100,72
- Unfallchirurgie	€ 82,32
- Urologie	€ 103,28
- Orthopädie	€ 133,96
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe	€ 119,13
- Neurologie	€ 114,02
- Intensivmedizin	€ 104,30
- Kinderchirurgie (Beleg)	€ 61,36
- Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (Beleg)	€ 78,74
- Augenheilkunde (Beleg)	€ 68,51
- Zahn- und Kieferheilkunde (Beleg)	€ 64,42
- Schlaflabor 1. Nacht	€ 385,00
- Schlaflabor jd. weitere Nacht innerh. 5 Tg	€ 230,00

b) nachstationäre Behandlung

- Innere Medizin	€ 53,69
- Pädiatrie	€ 37,84
- Neonatologie	€ 23,01
- Allgemeine Chirurgie	€ 17,90
- Unfallchirurgie	€ 21,47
- Urologie	€ 41,93
- Orthopädie	€ 20,96
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe	€ 22,50
- Neurologie	€ 40,90
- Intensivmedizin	€ 36,81
- Kinderchirurgie (Beleg)	€ 24,54
- Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (Beleg)	€ 37,84
- Augenheilkunde (Beleg)	€ 38,86
- Zahn- und Kieferheilkunde (Beleg)	€ 23,52

Zusätzlich zu den Pauschalen für vor- oder nachstationäre Behandlung können Leistungen mit medizinisch technischen Großgeräten (Computer-Tomographie-Geräte – CT, Magnet-

Resonanz-Geräte – MR, Linksherzkatheter-Messplätze – LHM, Hochvolttherapie-Geräte, Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte – PET) nach entsprechenden DKG-NT-Ziffern abgerechnet werden.

Gem. § 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.

14. Entgelte für sonstige Leistungen

- a) Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
- b) Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus 100,00 Euro.

15. Zuzahlungen

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 § 43 b Abs. 3 SGB V **im Auftrage der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

16. Wiederaufnahme und Rückverlegung

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

17. Belegärzte, Beleghebammen, Belegentbindungspfleger

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

- a) die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses;
 - b) die Leistungen von Beleghebammen bzw. Belegentbindungspflegern.
- Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Beleghebamme / dem Belegentbindungspfleger gesondert berechnet.

18. Entgelte für 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 SGB V) 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 Auflistung der Wahlärzte und deren ständige ärztliche Vertreter befindet sich im Anhang zu diesem Entgelttarif.

b) Unterkunft

Die Gesamtkosten für die Unterbringung werden aus den Kosten pro Berechnungstag gebildet. Berechnungstag in diesem Sinne ist der Tag der Aufnahme zuzüglich jedes weiteren Aufenthaltstages. Der Tag der Entlassung bzw. Verlegung wird bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Begleitperson

- Für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson, welche aus medizinischen Gründen **nicht erforderlich** ist (**Wahlleistung**), werden **€ 45,00** pro Tag berechnet.

Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer:

- **Sh. Wahlleistungsvereinbarung u. Anhang 2**
- Eine Reservierung bzw. das Freihalten eines 1-Bett-Zimmers ist nach Vereinbarung kostenpflichtig. Für einen Zeitraum von maximal vier Tagen besteht die Möglichkeit der Reservierung bzw. des Freihaltens des gebuchten 1-Bett-Zimmers für den Fall, dass das Zimmer vorübergehend nicht genutzt werden kann. Während der Zeit der Reservierung / des Freihaltens, in welcher das Zimmer nicht anderweitig belegt wird, berechnet das Krankenhaus einen um 25 % geminderten Zimmerpreis.

Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer:

- **Sh. Wahlleistungsvereinbarung u. Anhang 2**

c) Telefon u. TV inklusive Flatrate, Grundgebühr: **€ 3,90 je Berechnungstag;**
Gesprächsgebühren für Auslands-
Mobil-Telefonate:

d) Internetzugang: sofern technisch vorhanden **kostenlos**

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 Mitarbeiter unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung.

Gleichzeitig können Sie beim Medizincontrolling auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie die zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen. Alle relevanten Dokumente sowie weiterführende Informationen finden Sie auch auf der offiziellen Homepage des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) [www.g-drg.de]

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.