

**DRG-Entgelttarif 2023 für Krankenhäuser
im Anwendungsbereich des KHEntgG
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG**

Die Kreisklinik Trostberg der Kliniken Südostbayern AG berechnet ab dem 01.04.2023 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 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 3.994,59 € 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
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	0,523	€ 3.994,59	€ 2.089,17
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesese oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	3,076	€ 3.994,59	€ 12.287,36

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 2023 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der DRG-Entgeltkatalogverordnung 2023 (DRG-EKV 2023) vorgegeben, welche vom Bundesministerium für Gesundheit als Rechtsverordnung erlassen wurde. Parallel dazu wurden die für das Jahr 2023 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 2023 – FPV 2023 vereinbart, welche hinsichtlich der einzelnen Entgelte auf die vom Bundesministerium per Rechtsverordnung festgesetzten Anlagen der DRG-EKV 2023 verweist.

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 2023

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 2023 (FPV 2023).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV 2023

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 2023 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der DRG-EKV 2023 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der DRG-EKV 2023 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 DRG-EKV 2023 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenshausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Wurden in der jeweils gültigen Budgetvereinbarung für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 DRG-EKV 2023 keine krankenshausindividuellen 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:

ZE2022-01	Beckenimplantate	OPS 5-785.4d	7.656,75 €
ZE2022-25	Modulare Endoprothesen, Knie	OPS 5-829.k oder 5-829.m	2.250,00 €
ZE2022-25	Modulare Endoprothesen, Hüfte	OPS 5-829.k oder 5-829.m	1.227,84 €
ZE2022-25	Modulare Endoprothesen, Schulter	OPS 5-829.k oder 5-829.m	1.700,00 €
ZE2022-54	Selbstexpandierende Prothese am Gastrointestinaltrakt		845,00 €
	OPS 5-429.j0 oder 5-429.j1 oder 5-429.j3 oder 5-429.j4 oder 5-429.j9 oder 5-429.ja oder 5-429.jb oder 5-429.jc oder 5-429.jd oder 5-429.je oder 5-429.jf oder 5-429.jg oder 5-449.h* oder 5-469.k* oder 5-489.g0 oder 5-513.m* oder 5-513.n* oder 5-517.** oder 5-526.e0 oder 5-526.f0 oder 5-529.g* oder 5-529.j* oder 5-529.n4 oder 5-529.p2 oder 5-529.r3 oder 5-529.s2		
ZE2022-63	Gabe von Diboterminalfa, Implantation am Knochen, je mg		292,54 €
	OPS 6-003.4*		
ZE2022-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren		Kostenerstattung
ZE2022-112	Gabe von Abirateronacetat, oral, je mg	OPS 6-006.2*	0,12 €
ZE2022-115	Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Molekulargenetische Identifikation und Herstellung von patientenspezifischen Markern;	OPS 1-991.0	2.100,00 €
ZE2022-116	Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Patientenspezifische molekulargenetische Quantifizierung;	OPS 1-991.1	350,00 €
ZE2022-121	Gabe von Etabercept, parenteral, je mg	OPS 6-002.b*	4,17 €
ZE2022-122	Gabe von Imatinib, oral, je mg	OPS 6-001.g*	0,01 €
ZE2022-123	Gabe von Caspofungin, parenteral, je mg	OPS 6-002.p*	0,66 €
ZE2022-124	Gabe von Voriconazol, oral, je 200 mg Tablette	OPS 6-002.5*	1,17 €
ZE2022-125	Gabe von Voriconazol, parenteral, je 200 mg Tablette	OPS 6-002.r*	5,71 €
ZE2022-137	Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII		Kostenerstattung
ZE2022-138	Gabe von Fibrinogenkonzentrat		Kostenerstattung
ZE2022-139	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren		Kostenerstattung
ZE2022-141	Gabe von Enzalutamid, oral, je mg	OPS 6-007.6*	0,73 €
ZE2022-142	Gabe von Aflibercept, intravenös, je mg	OPS 6-007.3*	3,57 €
ZE2022-143	Gabe von Isavuconazol, parenteral, je mg	OPS 6-008.g*	1,91 €
ZE2022-145	Gabe von Ibrutinib, oral, je mg	OPS 6-007.e*	0,47 €
ZE2022-147	Gabe von Bortezomib, parenteral, je mg	OPS 6-001.9*	16,67 €
ZE2022-148	Gabe von Adalimumab, parenteral, je mg	OPS 6-001.d*	3,33 €
ZE2022-149	Gabe von Infliximab, parenteral, je mg	OPS 6-001.e*	1,44 €

ZE2022-151	Gabe von Rituximab, intravenös, je mg	OPS 6-001.h*	1,49 €
ZE2022-166	Gabe von Isavuconazol, parenteral, je mg	OPS 6-008.g*	3,19 €
ZE2022-167	Gabe von Isavuconazol, oral, je mg	OPS 6-008.h*	0,62 €
ZE2022-168	Gabe von Daratumumab, parenteral, je mg	OPS 6-009.a*	4,30 €
ZE2022-178	Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral, je mg	OPS 6-007.7*	23,80 €
ZE2022-182	Gabe von Vedolizumab, parenteral, je mg	OPS 6-008.5*	7,49 €
ZE2022-183	Gabe von Elotuzumab, parenteral, je mg	OPS 6-009.d*	3,52 €
ZE2022-184	Gabe von Atezilizumab, parenteral, je mg	OPS 6-00a.1*	3,29 €
ZE2022-185	Gabe von Ocrelizumab, parenteral, je mg	OPS 6-00a.e*	20,02 €
ZE2022-186	Gabe von Venetoclax, oral, je mg	OPS 6-00a.k*	0,51 €
ZE2022-194	Gabe von Ustekinumab, intravenös, je mg	OPS 6-005.p*	40,25 €
ZE2022-195	Gabe von Ustekinumab, subkutan, je 45 mg oder 90 mg FSP	OPS 6-005.q*	5.074,84 €

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV 2023

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 fall- bzw. tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

Leistungen nach Anlage 3a und 3b DRG-EKV 2023		
E76A	Tuberkulose mehr als 14 Belegungstage	242,92 €
B61B	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks	193,30 €

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** DRG-EKV 2023 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** DRG-EKV 2023 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 2023 für Leistungen nach **Anlage 3a** DRG-EKV 2023 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:

- Testung durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR, PoC-PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik:
37,80 €,
- Labordiagnostik mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2:
19,00 €,
- Testung mittels Antigen-Test zur patientennahen Anwendung durch Dritte zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (PoC-Antigentest):
11,50 €,
- Testungen durch einen Nukleinsäurenachweis mittels Pooling-Verfahren (PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik):
 - bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als vier Proben und höchstens 10 Proben:
15,50 €,
 - bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 10 Proben und höchstens 20 Proben:
14,00 €,
 - bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 20 Proben: 12,50 €

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

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zuschläge/Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall
in Höhe von **36,60 €**
- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall
in Höhe von **156,54 €**
- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von **Begleitpersonen** in Höhe von **45,00 €** pro Tag⁽¹⁾
- Zuschlag wegen Teilnahme an der **Notfallversorgung** nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG in Höhe von **15,67 €** je vollstationärem Fall.
- Zuschlag für Maßnahmen zur **Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf** nach § 4 Abs. 8a KHEntgG
in Höhe von 0,06 %

7. 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:

Vereinbart sind

(auch am Entlass- und Verlegungstag abrechenbar; Verwurf abrechenbar):

Avapritinib/ Preis je 100 mg/200 mg/300 mg Filmtablette/ INEK-Nr. N2234121	727,45 €
Avatrombopaq/Preis je mg/INEK-Nr. N2234152	3,79 €
Bezlotoxumab/Preis je mg/INEK-Nr. N2250770	2,81 €
Bosutinib/Preis je mg/INEK-Nr. N2235919	0,22 €
Cabozantinib/Preis je Behandlungstag, medulläres Schilddrüsenkarzinom/ OPS 6-008.8/INEK-Nr. 2235998	188,79 €
Dostarlimab/Preis je mg/INEK-Nr. N2237954	11,50 €
Elbasvir-Grazoprevir/Preis je Tablette/INEK-Nr. N2253084	298,52 €
Enfortumab Vedotin/Preis je mg/INEK-Nr. N2259230	35,70 €
Everolimus bei Neoplasie/Preis je mg bei Gabe 10 mg Tablette INEK-Nr. N2239833	12,35 €
Fedratinib/Preis je mg/INEK-Nr. N2239853	0,34 €
Glasdegib/Preis je mg/INEK-Nr. N2239947	4,36 €
Glecaprevir-Pibrentasvir/Preis je 100 mg/40mg Filmtablette/ INEK-Nr. N2239947	172,65 €
Glucarpidase/Preis je 1.000 Einheiten/INEK-Nr. N2240003	32,72 €
Golimumab/Preis je mg/INEK-Nr. N2240174	16,87 €
Icatibant/Preis je mg/INEK-Nr. N2250809	67,75 €
Isatuximab/Preis je mg/INEK-Nr. N2240519	3,53 €
Ledipasvir-Sofosbuvir/Preis je 90/400 mg Filmtablette/OPS 6-007.g/ INEK-Nr. 2254512	517,95 €
Pemigatinib/Preis je 4,5 mg, 9 mg oder 13,5 mg Tablette/ INEK-Nr. N2244235	513,85 €
Pralsetinib/Preis je mg/INEK-Nr. N2244385	0,66 €
Remdesivir/Preis je mg/INEK-Nr. N2250555	4,11 €
Sarilumab/Preis je mg/INEK-Nr. N2250702	3,36 €
Sofosbuvir-Velpatasvir/Preis je 400/100 mg/ je 400/100 mg Tablette INEK-Nr. N2254532	344,46 €
Sofosbuvir-Velpatasvir-Voxilaprevir/Preis je 400/100/100 mg Filmtablette INEK-Nr. N2251098	692,75 €
Sotorasib/Preis je mg/INEK-Nr. N2247026	0,36 €
Sotrovimab/Preis je mg/INEK-Nr. N2257210	0,66 €
Tafasitamab/Preis je mg/INEK-Nr. N2247096	4,65 €
Tagraxofusp/Preis je mg/INEK-Nr. N2247122	10.710,00 €
Tivozanib/Preis je µg/OPS 6-00a.j/INEK-Nr. N2249930	181,39 €
Trastuzumab Deruxtecan/Preis je mg/INEK-Nr. N2247220	22,80 €
Tucatinib/Preis je mg/INEK-Nr. N2250019	0,51 €
Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation, bei DRG F50A OPS 5-377.8/INEK-Nr. N2251165	2.709,92 €

Vandetanib/Preis je mg/INEK-Nr. N2250026
Zanibrutinib/Preis je mg/INEK-Nr. N2250110

0,76 €
0,66 €

8. 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: 320,31 €

9. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG

externe Qualitätssicherung: Zuschlagsanteil Krankenhaus: 0,91 €

10. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall
in Höhe von 1,54 €
- 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 Krankenhausfall
in Höhe von 2,96 €

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 1,50 €

12. Weitere Zu- und Abschläge

- Zuschlag Qualitätssicherung Schlaganfallbehandlung
in Höhe von 3,10 €

- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaus-
hygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG
in Höhe von 0,08 %

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.

- 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 €

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 € fallbezogene Pauschale
Allgemeine Chirurgie	100,72 € fallbezogene Pauschale
Unfallchirurgie	82,32 € fallbezogene Pauschale
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13 € fallbezogene Pauschale

b. nachstationäre Behandlung

Innere Medizin	53,69 €/Behandlungstag
Allgemeine Chirurgie	17,90 €/Behandlungstag
Unfallchirurgie	21,47 €/Behandlungstag
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22,50 €/Behandlungstag
Für maximal 7 Behandlungstage abrechenbar	

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Computer-Tomographie-Geräte (CT):

Leistungen nach den DKG-NT I - Ziffern:	Pauschale
- 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):	
Leistungen nach den DKG-NT I - Ziffern:	Pauschale
- 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 €

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

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 €.
3. Für die Benutzung des Leichenraumes oder der Kühlzelle berechnet das Krankenhaus pauschal 90,00 €.
4. Gestellung einer Sonderwache: Erstattung des tatsächlichen Aufwands
5. Telefon-Flatrate (D; A; Mobil) 2 € Tagesgebühr
 Telefonate ins Ausland: 0,50 € pro Minute
 Fernseher: 3 € Tagesgebühr
 Internetzugang: 2 € Tagesgebühr
 (Kartenspfand: 5 €)

15. 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 § 43b 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.

16. Wiederaufnahme und Rückverlegung

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

17. 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.⁽³⁾

18. 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 01.04.2023 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.01.2023 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter der Patientenverwaltung und des Medizincontrollings 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.