

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

Die Klinik Rotes Kreuz und die Klinik Maingau vom Roten Kreuz des Frankfurter Rotkreuz-Kliniken e.V. berechnen **ab dem 01.10.2024** 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 abzurechnende Zahl-Landesbasisfallwert Hessen beträgt aktuell **€ 4.226,81**. 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	0,513	€ 4.226,81	€ 2.168,35
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprotetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	3,116	€ 4.226,81	€ 13.170,74

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 (FPV 2024) vorgegeben.

Das Krankenhaus kann eine angemessene Vorauszahlung verlangen (Krankenhaus-entgeltgesetz § 8, Abs. 7, Satz 1), wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird. Von selbstzahlenden Patienten wird eine Vorkasse in Höhe der vermutlich zu ermittelnden DRG erhoben. Ist eine DRG-Ermittlung nicht möglich, werden 1.000,00 € Vorkasse erhoben.

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:

E 3.2 Aufstellung der Zusatzentgelte (Anlage 4 i.V.m. 6) * ohne ZE 2023-97 (Bluter)					
Entgeltart	OPS	vereinbartes Entgelt	vereinbarer Zahlbetrag	vereinbartes Entgelt nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums	Entgeltschlüssel gem. § 301 SGB V*
ZE2023-01	5-785.2d	773,50 €		773,50 €	7600001A
ZE2023-01	5-785.3d	978,66 €		978,66 €	7600001B
ZE2023-01	5-785.5d	2.310,00 €		2.310,00 €	7600001D
ZE2023-111	6-005.d*	2,21 €		2,21 €	76091110
ZE2023-112	6-006.2*	0,12 €		0,12 €	76091120
ZE2023-113	6-006.1*	14,54 €		14,54 €	76091130
ZE2023-120	6-001.c*	2,08 €		2,08 €	76097554
ZE2023-123	6-002.p*	0,50 €		0,50 €	76097482
ZE2023-125	6-002.r*	0,03 €		0,03 €	76091250
ZE2023-136	5-339.8*	1.150,00 €		1.150,00 €	76091360
ZE2023-142	6-007.3*	3,57 €		3,57 €	76097786
ZE2023-144	6-007.j*	2,52 €		2,52 €	76097823
ZE2023-145	6-007.e*	0,48 €		0,48 €	76097824
ZE2023-146	6-007.m*	2.023,00 €		2.023,00 €	76097821
ZE2023-147	6-001.9*	338,30 €		338,30 €	76097707
ZE2023-149	6-001.e*	1,60 €		1,60 €	76097702
ZE2023-151	6-001.h*	1,35 €		1,35 €	76097674
ZE2023-161	6-008.m*	12,05 €		12,05 €	76098079
ZE2023-167	6-008.h*	0,62 €		0,62 €	76091670
ZE2023-170	6-002.9*	1,97 €		1,97 €	76098120
ZE2023-175	6-002.1*	0,18 €		0,18 €	76098176
ZE2023-177	6-002.7*	12,52 €		12,52 €	76091770
ZE2023-180	6-005.0*	1,09 €		1,09 €	76091800
ZE2023-183	6-009.d*	3,64 €		3,64 €	76091830
ZE2023-184	6-00a.1*	3,29 €		3,29 €	76098293
ZE2023-186	6-00a.k*	0,51 €		0,51 €	76098298
ZE2023-200	6-009.q*	3,10 €		3,10 €	76092000
ZE2023-61	5-039.n2	24.270,35 €		24.270,35 €	7609061K
ZE2023-61	5-039.f2	23.477,82 €		23.477,82 €	7609061G
ZE2023-61	5-039.e2	23.477,82 €		23.477,82 €	7609061F
ZE2023-62	8-839.46	20.000,00 €		20.000,00 €	76098213
ZE2023-77	6-003.g*	16,13 €		16,13 €	76096542
ZE2023-25 Hüfte	5-829.k0 Hüfte	2.508,44 €		2.508,44 €	76097708
ZE2023-25 Hüfte	5-829.k1 Hüfte	2.254,81 €		2.254,81 €	76097709
ZE2023-25 Hüfte	5-829.k2 Hüfte	2.507,75 €		2.507,75 €	76097710
ZE2023-25 Hüfte	5-829.k3 Hüfte	2.507,75 €		2.507,75 €	76097711
ZE2023-25 Hüfte	5-829.m Hüfte	2.600,00 €		2.600,00 €	76096913
ZE2023-25 Schulter	5-829.k0 Schult	1.267,02 €		1.267,02 €	76097730
ZE2023-25 Schulter	5-829.k1 Schult	1.571,59 €		1.571,59 €	76097731
ZE2023-25 Schulter	5-829.k2 Schult	1.571,59 €		1.571,59 €	76097732
ZE2023-25 Schulter	5-829.k3 Schult	1.571,59 €		1.571,59 €	76097733
ZE2023-25 Schulter	5-829.k4 Schult	1.571,59 €		1.571,59 €	76097734
ZE2023-25 Schulter	5-829.m Schulte	1.866,98 €		1.866,98 €	76096911
ZE2023-25 Knie	5-829.k0 Knie	1.700,00 €		1.700,00 €	76097713
ZE2023-25 Knie	5-829.k1 Knie	2.400,00 €		2.400,00 €	76097714
ZE2023-25 Knie	5-829.k2 Knie	2.514,16 €		2.514,16 €	76097715
ZE2023-25 Knie	5-829.k3 Knie	2.497,36 €		2.497,36 €	76097716
ZE2023-25 Knie	5-829.k4 Knie	3.062,88 €		3.062,88 €	76097717
ZE2023-25 Knie	5-829.m Knie	2.350,00 €		2.350,00 €	76096915

Die Bezeichnung der Entgeltarten kann aufgrund abweichender Abrechnungs- und/oder Genehmigungszeiträume variieren. **Maßgeblich ist die geltende vereinbarte Entgelthöhe lt. dieser Anlage.**

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 krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart:

	Bezeichnung	Entgeltschlüssel	Entgelthöhe
E76A	Tuberkulose mit äußerst schweren CC	8500E76A	€ 252,26

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. Hybrid-DRG gemäß § 115f SGB V

Gemäß § 115f Abs. 1 SGB V unterfallen die in einem Katalog festgelegten Leistungen einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG), unabhängig davon, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird. Die betreffenden Leistungen sind in der Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung) vom 19. Dezember 2023 aufgeführt. Die jeweils anwendbare Hybrid-DRG wird mit einem festen Eurobetrag vergütet, der ebenfalls in der Rechtsverordnung aufgeführt ist.

Beispiel:

Leistungsbereich Bestimmte Hernieneingriffe

OPS-Kode	OPS-Text
5-530.00	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion
5-530.01	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Hydrozelenwandresektion

Hybrid-DRG	Bezeichnung	Bewertung (in Euro)
G09N	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele	2.021,82 €

	testis oder andere kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	
G24N	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	1.965,05 €

Die Leistung beginnt mit den Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung und endet mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung, jeweils in der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird. Mit der Hybrid-DRG sind alle im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten entstandenen Aufwände abgegolten. **Eine Abrechnung von weiteren Entgelten gemäß der nachfolgenden Ziffern in Verbindung mit der Hybrid-DRG ist somit ausgeschlossen.** Eine Berechnung von Entgelten für vereinbarte Wahlleistungen bleibt unberührt.

Die Abrechnung einer Hybrid-DRG erfolgt unabhängig von der Anzahl der beteiligten Leistungserbringer nur einmalig.

6. 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:

(entfällt zur Zeit)

6a. 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 €.

- Testung mittels Antigen-Test zur patientennahen Anwendung durch Dritte zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (PoC-Antigentest) bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2021:

11,50 €.

- Testungen durch einen Nukleinsäurenachweis mittels Pooling-Verfahren (PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) bei Patientinnen oder Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2022:

- bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als vier Proben und höchstens 10 Proben:

14,00 €.

- bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 10 Proben und höchstens 20 Proben:

13,00 €.

- bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 20 Proben:

12,00 €.

7. Zu- und Abschläge bzw. Abzüge

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall

in Höhe von 182,96 €

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall

in Höhe von 30,19 € (bis 31.12.2024)

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von 45,00 € pro Tag

- ~~Zu- oder~~ **Abschlag** für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG

in Höhe von -1,46 % (bis 31.12.2024)

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

- Fixkostendegressionsabschlag gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG

in Höhe von ____ % (**entfällt zur Zeit**)

auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen.

- Zuschlag für Abschlagszahlungen nach § 6a der *Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser*

in Höhe von ____ % (**entfällt zur Zeit**)

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

in Höhe von **0,48 % (bis 31.12.2024)**

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

- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG

in Höhe von **1,16 % (bis 31.12.2024)**

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 €

- Abschlag wegen Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i Abs. 5 SGB V i.V.m. § 8 Abs. 4 KHEntgG

in Höhe von **-0,23 % (bis 31.12.2024)**

- 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. 3d KHEntgG für implantatbezogene Maßnahmen nach § 2 Nr. 4 Implantatregistergesetz

in Höhe von ____ € (**entfällt zur Zeit**)

- 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 €

- Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8a KHEntgG wegen fehlender Einschätzung des Beatmungsstatus

in Höhe von 16%

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG, maximal jedoch 2.000,00 €.

- Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8b KHEntgG wegen fehlender Anschlussverordnung zur Beatmungsentwöhnung

in Höhe von einmalig 280 €

- Abzug für nicht anfallende Übernachtungskosten in der tagesstationären Behandlung nach § 115e Abs. 3 SGB V

in Höhe von 0,04 Bewertungsrelationen je betreffender Nacht,
maximal jedoch 30 % der Entgelte für den Aufenthalt insgesamt

- Zuschlag nach § 5a Abs. 1 KHWiSichV i.V.m. § 7 Abs. 1 der Corona-Ausgleichsvereinbarung 2022 oder Abschlag nach § 5a Abs. 1 KHWiSichV i.V.m. § 7 Abs. 2 Corona-Ausgleichsvereinbarung 2022

in Höhe von ... € (**entfällt zur Zeit**)

- Zuschlag wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG (Basisnotfallversorgung) je vollstationärem Fall

in Höhe von **5,48 € (bis 31.12.2024)**

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:

Siehe Anlage 1, letzte Seite.

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.

Pflegeentgeltwert ab Aufnahme 01.10.2024: 522,91 € (bis 31.12.2024)

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 5,40 € (bis 31.12.2024)

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, u.a.:

Innere Medizin, ggf. zusätzlich Großgerätepauschalen	€ 147,25
Allgemeine Chirurgie, ggf. zusätzlich Großgerätepauschalen	€ 100,72
Gynäkologie, ggf. zusätzlich Großgerätepauschalen	€ 119,13
Orthopädie, ggf. zusätzlich Großgerätepauschalen	€ 133,96

b. nachstationäre Behandlung

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten, u.a.:

- Computer-Tomographie-Geräte (CT)
- Magnet-Resonanz-Geräte (MR)
- Linksherzkatheter-Messplätze (LHM)

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 der liquidationsberechtigte Arzt gemäß gesetzlicher Regelungen.

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.

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 Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären Behandlung 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 Abs. 1 GOÄ erfolgt bei vollstationären 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 einer gesonderten Rechnung geltend gemacht.

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 (§ 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2 S. 3 GOÄ) erbracht: eine „Liste liquidationsberechtigter Ärzte“ ist gesondert als Anlage erhältlich.

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.

Unterbringung in einem **1-Bett-Zimmer**

nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung und Verfügbarkeit:

Station	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
<u>Klinik Maingau</u> 1B, 2B, 3B	Separates WC; separate Dusche; kostenloses WLAN; Sanitärartikel; Wahl- und Zusatzverpflegung; Zusatzgetränke; auf Wunsch tgl. Handtuch- und Bettwäschewechsel.	ab 01.01.2024: 112,97 EUR
<u>Klinik Rotes Kreuz</u> E, 1A, 2A, 3A, 4A	Separates WC; separate Dusche; kostenloses WLAN; Sanitärartikel; Wahl- und Zusatzverpflegung; Zusatzgetränke; auf Wunsch tgl. Handtuch- und Bettwäschewechsel.	ab 01.01.2024: 104,77 EUR
2D, 3D, 4D	Moderner ausgestattete Zimmer mit separatem WC und separater Dusche; kostenloses WLAN; Sanitärartikel; Wahl- und Zusatzverpflegung; Zusatzgetränke; auf Wunsch tgl. Handtuch- und Bettwäschewechsel.	ab 01.01.2024: 121,49 EUR
Kopfhörer	sofern nicht in der Wahlleistung enthalten	2,50 €
Zimmersafe	Kaution	25,00 €

Unterbringung in einem **2-Bett-Zimmer**

nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung und Verfügbarkeit:

Station	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
<u>Klinik Maingau</u> 1B, 2B, 3B	Separates WC; separate Dusche; kostenloses WLAN; Sanitärartikel; Wahl- und Zusatzverpflegung; Zusatzgetränke; auf Wunsch tgl. Handtuch- und Bettwäschewechsel.	ab 01.01.2024: 63,21 EUR
<u>Klinik Rotes Kreuz</u> E, 1A, 2A, 3A, 4A	Separates WC; separate Dusche; kostenloses WLAN; Sanitärartikel; Wahl- und Zusatzverpflegung; Zusatzgetränke; auf Wunsch tgl. Handtuch- und Bettwäschewechsel.	ab 01.01.2024: 65,10 EUR
2D, 3D, 4D	Moderner ausgestattete Zimmer mit separatem WC und separater Dusche; kostenloses WLAN; Sanitär-	ab 01.01.2024: 74,80 EUR

	artikel; Wahl- und Zusatzverpflegung; Zusatzgetränke; auf Wunsch tgl. Handtuch- und Bettwäsche-wechsel.	
Zimmersafe	Kaution	25,00 €

Allgemeine Hinweise:

- Die Stellung eines Ein- oder Zweibettzimmers ist abhängig von der Verfügbarkeit und kann nicht garantiert werden.
- Auch ein Mehrbettzimmer entspricht dem vertraglichen Einbettzimmer, wenn es zur alleinigen Nutzung bereitgestellt wird.
- Die zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten vereinbarten gesondert berechenbaren Wahlleistungen werden im Rahmen der personellen und sächlichen Möglichkeiten des Krankenhauses erbracht, soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden.
- Die Wahlleistungsvereinbarung erstreckt sich über den gesamten Behandlungsfall, auch wenn dieser unterbrochen wird.
- Das Krankenhaus kann den Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung bei Patienten, welche die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht, beziehungsweise trotz Fälligkeit verspätet gezahlt haben, ablehnen.
- Das Krankenhaus kann die Erbringung von Wahlleistungen sofort vorübergehend einstellen, soweit und solange dies für die Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber anderen Patienten erforderlich wird; im Übrigen kann die Vereinbarung vom Patienten an jedem Tag zum Ende des folgenden Tages gekündigt werden; aus wichtigem Grund kann die Vereinbarung von beiden Teilen ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.
- Sofern Wahlleistungen vereinbart worden sind, können seitens des Krankenhauses sowohl angemessene Vorauszahlungen als auch angemessene Abschlagszahlungen verlangt werden.

WICHTIG:

Für die Inanspruchnahme der oben genannten Wahlleistungen besteht kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz. Bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen ist der Patient oder die Begleitperson als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgeltes verpflichtet. Prüfen Sie bitte, ob Ihre private Krankenversicherung/ Beihilfe oder Ihre gesetzliche Krankenversicherung über einen besonderen Wahltarif nach § 53 SGB V, etc. diese Kosten deckt.

c) Unterbringung/Verpflegung einer medizinisch nicht notwendigen Begleitperson:
€ 40,00/Tag (zzgl. Ust.).

Unterbringung/Verpflegung einer medizinisch nicht notwendigen Begleitperson von Kindern:
€ 40,00/Tag (zzgl. Ust.).

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.10.2024 in Kraft. Gleichzeitig wird der vorherige DRG-Entgelttarif aufgehoben. Änderungen, die aufgrund gesetzlicher Regelungen und/oder Vereinbarungen der jeweiligen Vertragsparteien, auch rückwirkend, entstehen, bleiben vorbehalten.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Leistungsabrechnung oder der Patientenaufnahme hierfür gerne zur Verfügung.

Gleichzeitig können Sie 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 daher bitte vor der Inanspruchnahme von Leistungen, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung und/oder Wahlleistungen versichert sind.

Anlage 1

NUB 2023 lfd. InEK Nr.	Zusatzentgelt nach § 6 KHEntgG	Status 2023	Einheit	Entgelt-schlüssel	Vereinbarung 2023 Entgelthöhe	Bemerkungen
31	Abemaciclib	1	50 mg	76199085	33,00 €	Preis pro Tablette
31	Abemaciclib	1	100 mg	76199086	33,00 €	Preis pro Tablette
31	Abemaciclib	1	150 mg	76199087	33,00 €	Preis pro Tablette
28	Alectinib	1	150 mg	76198792	25,66 €	Preis pro Kapsel
3	Andexanet	1	200 mg	76199165	2.206,00 €	Preis pro Ampulle
5	Bezlotoxumab	1	25mg/ml 40ml	76198959	2.808,65 €	Preis pro 25 mg / ml 40ml
36	Brigatinib	1	30 mg	76199024	34,41 €	Preis pro Tablette
36	Brigatinib	1	90 mg	76198983	103,23 €	Preis pro Tablette
36	Brigatinib	1	180 mg	76199025	206,46 €	Preis pro Tablette
7	Caplacizumab	1	10 mg Inj.Lsg.	76198964	4.257,69 €	10 mg Inj.Lsg.
25	Crizotinib	1	200 mg	76197676	69,50 €	Preis pro Tablette
25	Crizotinib	1	250 mg	76197666	86,87 €	Preis pro Tablette
23	Dabrafenib	1	50 mg	76197818	31,15 €	Preis pro Tablette
58	Dostarlimab	1	500mg	76199478	2.814,23 €	pro 500mg
2	Idarucizumab	1	2,5 g	76198228	1.487,50 €	Das NUB 2 „Idarucizumab“ kann nur bei vitaler Bedrohung des Patienten erbracht werden.
73	Isatuximab	1	100mg 5ml	76199558	336,41 €	100mg 5ml
80	Ixekizumab	1	80 mg	76198795	1.272,38 €	je 80 mg Pen/Fertigspritze
46	Liposomales Cytarabin-Daunorubicin	1	44 / 100 mg	76198963	6.128,50 €	liposomales Cytarabin-Daunorubicin pro Flasche 44 mg Cytarabin / 100 mg
51	Niraparib	1	100 mg	76198787	68,16 €	Preis pro Tablette
11	Osimertinib	1	40 mg	76199044	184,55 €	Preis pro Tablette
11	Osimertinib	1	80 mg	76199045	184,55 €	Preis pro Tablette
1	Remdesivir	1	100mg	76199569	410,55 €	pro 100 mg Durchstechflasche
9	Ruxolitinib	1	5 mg	76198307	33,77 €	
9	Ruxolitinib	1	10 mg	76198304	67,55 €	
9	Ruxolitinib	1	15 mg	76198305	67,55 €	
9	Ruxolitinib	1	20 mg	76198306	67,55 €	
29	Trametinib	1	0,5 mg	76198237	34,87 €	
29	Trametinib	1	2 mg	76198251	139,48 €	
34	Vemurafenib	1	240 mg	76197587	34,87 €	
273	Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation	1	je Implantat	76197473	2.261,00 €	Das NUB 273 „Implantierbarer Ereignisrekorder“ kann ausschließlich bei Fällen in der DRG F50A, die auch ohne Implantation eines Ereignisrekorders dort eingruppiert würden, erbracht werden
74	Externes Stabilisierungsgerüst bei Anastomose eines AV-Shunts im Rahmen der Shuntchirurgie	1	je Implantat	76198538	1.490,00 €	
148	Perkutan-transluminale Einlage eines Vorhofseptumimplantates zur Behandlung von Herzinsuffizienz	1	je Implantat	76198985	12.169,02 €	Vereinbarung unter Berücksichtigung des nachfolgenden Vorbehalts im Teil A: Das NUB 148 wird mit der folgenden Indikationseinschränkung vereinbart: Anwendung nur bei einer EF (Ejektionsfraktion) >= 40%.
88	Endovaskuläre Anlage eines Dialyse-Shunts mittels magnetgeführter Hochfrequenzenergie	1	je Implantat	76198543	4.121,04 €	Vereinbarung unter Berücksichtigung des nachfolgenden Vorbehalts im Teil A: Für die Vereinbarung des NUB 88 „Endovaskuläre Anlage eines Dialyse-Shunts mittels magnetgeführter Hochfrequenzenergie“ besteht kein Präjudiz für zukünftige Vereinbarungen. Wird für ein vereinbartes Entgelt eine anwendungsbegleitende Datenerhebung beschlossen und durchgeführt, ist ab dem Zeitpunkt des Patienteneinschlusses eine Abrechnung nur möglich, so-fern an der anwendungsbegleitenden Datenerhebung teilgenommen wird. Die Teilnahme ist den Vertragsparteien mitzuteilen.

Anlage 1 ist gültig bis: unbefristet bis zur NUB Genehmigung 2025