

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

Das Diakonie Klinikum Neunkirchen gGmbH

berechnet ab dem 01.07.2024 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 nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalls.

Die Zuweisung zu einer DRG erfolgt über verschiedene Parameter. Die wichtigsten sind hierbei die Hauptdiagnose sowie gegebenenfalls durchgeführte Prozeduren (Operationen, aufwändige diagnostische oder therapeutische Leistungen). Eventuell vorhandene Nebendiagnosen können zudem die Schweregradeinstufung beeinflussen. Für die Festlegung der Diagnosen beziehungsweise Prozeduren stehen Kataloge mit circa 13.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2024) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2024) zur Verfügung. Neben den bisher genannten können auch andere Faktoren wie z. B. das Alter oder die Entlassungsart Auswirkung auf die Zuweisung einer DRG haben.

Die genauen Definitionen der einzelnen DRGs sind im jeweils aktuell gültigen DRG-Klassifikationssystem (DRG-Definitionshandbuch) festgelegt. Das DRG-Definitionshandbuch beschreibt die DRGs einerseits alphanumerisch, andererseits mittels textlichen Definitionen. Ergänzend finden sich hier auch Tabellen von zugehörigen Diagnosen oder Prozeduren.

Die jeweilige DRG ist mit einem entsprechenden Relativgewicht bewertet, welches im Rahmen der DRG-Systempflege jährlich variieren kann. Diesem Relativgewicht ist ein in Euro ausgedrückter Basisfallwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet. Der derzeit gültige Basisfallwert liegt bei **4.244,07 Euro** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor oder andere Kopfverletzungen und bestimmte Fraktur	0,513	4.000,00 €	2.052,00 €
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	3,116	4.000,00 €	12.464,00 €

Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Diagnose(n) am Ende des stationären Aufenthaltes gestellt und welche diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Für das Jahr 2024 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2024 (Fallpauschalenvereinbarung 2024 – FPV 2024).

2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gemäß § 1 Abs. 2 und 3 sowie § 3 Abs. 1 und 2 FPV 2024

Der nach der oben beschriebenen DRG-Systematik zu ermittelnde Preis setzt voraus, dass DRG-spezifische Grenzen für die Verweildauer im Krankenhaus nicht über- oder unterschritten werden. Bei Über- oder Unterschreiten dieser Verweildauern werden gesetzlich vorgegebene Zu- oder Abschläge fällig. Die näheren Einzelheiten und das Berechnungsverfahren hierzu regelt die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2024 (FPV 2024).

3. 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 testis oder andere kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	2.021,82 €
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.

4. 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 krankenhausesindividuellen 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 krankenhausesindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

Zusatzentgelt	OPS-Code	Betrag in Euro
ZE2024-54	5-429.j*; je Prothese, Ösophagus	789,88
ZE2024-54	5-513.m*; 5-513.n*, je Prothese, Galle	789,88
ZE2024-67	8-840.*4; 8-841.*4; 8-843.*4; 8-849.*4; 8-84a.*4; 8-84b.*4 je Prothese	814,41
ZE2024-97	8-810.*; 8-812.*	extrabudgetär
ZE2024-111	6-005.D*, je mg	3,02
ZE2024-113	6-006.1*, je mg	17,85
ZE2024-120	6-001.C*, je mg	1,67
ZE2024-123	6-002.P*, je mg	0,67
ZE2024-125	6-002.R*, je mg	0,04
ZE2024-142	6-007.3*, je mg	3,57
ZE2024-145	6-007.e*, je mg	0,47
ZE2024-148	6-001.D*, je mg	11,11
ZE2024-151	6-001.H*, je mg	2,20
ZE2024-153	6-001.k*, je mg	1,27
ZE2024-158	6-007.9*, je mg	6,29
ZE2024-170	6-002.9*, je mg	3,30
ZE2024-175	6-002.1*, je 1 Mio. I.E.	0,20

5. 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:

E76A	Tuberkulose > 14 Belegungstage zzgl. BWR x Pflegeentgeltwert pro Tag	268,83 €/ pro Tag
B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson Zzgl. BWR x Pflegeentgeltwert pro Tag	260,00 € / pro Tag
B61B	Akute Erkrankungen u. Verletzungen des Rückenmarks >13 Belegungstage zzgl. BWR x Pflegeentgeltwert pro Tag	271,00 € / pro Tag

sonstige teilstationäre Leistungen nach § 6 Abs. 1 S. 1 KHEntgG

Teilstationäre Leistungen (ONKOLOGIE): 399,00 €/ pro Tag

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.

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. **Nicht vereinbart**

7. Zu- und Abschläge

7.1 Qualitätssicherungszuschlag nach §136 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Verbindung mit § 17b Abs. 1a Nr. 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

Für die Beteiligung der Krankenhäuser an der Qualitätssicherung wird ein Zuschlag in Höhe von **0,93 €** für alle vollstationären Fälle berechnet.

7.2. Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gem. §§ 91 und 139c SGB V

Der Gemeinsame Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin werden seit dem 01.04.2004 über einen Zuschlag in Höhe von **2,94 €** für alle voll- und teilstationären Fälle finanziert. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene abgeführt

7.3. DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG

Zur Finanzierung der Entwicklung und Pflege des in Deutschland eingeführten pauschalierten Entgeltsystem für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen wird ein Zuschlag von **1,43 €** berechnet. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene abgeführt.

7.4. Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütung gem. § 7 Abs. 1 Ziffer 4 KHEntgG

Zur Finanzierung der Ausbildungsstätten werden:

- a) Ausbildungszuschlag nach § 17b KHG Abs. 1a KHG in Höhe von **161,71 €**
- b) Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs.3 Pflegeberugesetz PflBG in Höhe von **162,60 €**

für jeweils jeden voll- und teilstationärem Fall berechnet.

7.5. Hygieneförderprogramm nach § 4 Abs. 9 KHEntgG

Zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes erhebt das Krankenhaus einen Zuschlag in Höhe von **0,30 %** auf DRG-, Zusatz- und tagesklinische Entgelte sowie auf Entgelte nach § 6 Abs. 2a KHEntgG.

7.6. Zuschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG Entfällt

7.7. Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2b KHEntgG **Zurzeit nicht vereinbart**

7.8. Zuschlag für die Teilnahme an übergreifenden Fehlermeldesystemen (üFMS-B)

Für die Teilnahme berechnet das Krankenhaus **0,20 €** pro vollstationären Fall.

7.9. Zuschlag für zusätzliches Pflegepersonal nach § 4 Abs. 8 Satz 5 KHEntgG wird nicht mehr erhoben

7.10. Zuschlag wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG

Für die Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG wird ein Zuschlag von **12,38 €** pro vollstationären Fall berechnet

7.11. Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen/Pflegekraft

Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson oder Pflegekraft mit medizinischer Begründung in Höhe von **45,00 € pro Tag**

7.12 Zuschlag für das Pflegestellen-Förderprogramm nach § 4 Abs. 8 KHEntgG Entfällt

7.13. Zuschlag für Coronabedingte Mehrkosten nach § 5 Abs. 3i KHEntgG Entfällt

7.14. Zusatzentgelt für Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 nach § 26 Abs. 2 KHG

Für Kosten, die dem Krankenhaus für die Testung von Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden, rechnet das Krankenhaus ab 01.05.2023 pro Testung **30,40 € (PCR-Testung)** sowie **11,50 € für einen PoC-Antigentest** ab.

7.15. Zuschlag für die Versorgung von Kindern und Jugendliche (§4a KHEntgG)

Auf bundeseinheitliche Fallpauschalen (voll- und teilstationär) wird ein Zuschlag in Höhe von **11,500%** des betreffenden Erlöses erhoben. Der Zuschlag betrifft Patient*innen, die am Aufnahmetag älter als 28 Tage und jünger als 16 Jahre sind. Die Erhebung erfolgt ab 01.02.2023, rückwirkend zum 01.01.2023 (Aufnahmedatum).

7.16 Telematikzuschlag (§291a Abs. 7a SGB V und §377 SGB V)

Der Zuschlag wird zur Finanzierung der bei den Krankenhäusern entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten im Rahmen der Einführung und des Betriebes der Telematikinfrastruktur erhoben. Er beträgt **1,53 €** je voll- und teilstationärem Fall.

8. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUBs) gemäß § 7 Abs. 1 Ziff. 6 KHEntgG

Für die Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und bundeseinheitlich festgelegten Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können und die nicht gemäß § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

NUB	OPS-Code	Einheit	Betrag
NUB2023-003	8-83b.e1	je Stent	1.611,70 €
NUB2023-003	8-83b.e1 + 8-83b.f1	je Stent	1.611,70 €
NUB2023-003	8-83b.e1 + 8-83b.f2	je Stent	2.477,48 €
NUB2023-003	8-83b.e1 + 8-83b.f3	je Stent	3.719,60 €
NUB2023-003	8-83b.e1 + 8-83b.f4	je Stent	3.719,60 €
NUB2023-042	8-83b.e1 + 8-83b.f1, 8-842.02, 8-842.03, 8-842.0e	je Endoprothese	1.637,60 €
NUB2023-228	5-059.ce	je Implantation	7.000,00 €
NUB2023-228	5-059.de, 5-5059.g5	je Implantation	6.500,00 €

9. Tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 7 Abs. 1 Ziff. 6a KHEntgG

Das Krankenhaus vereinbart mit den Krankenkassen ein Pflegebudget zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten, die dem Krankenhaus entstehen. Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt nach § 6a Abs. 4 KHEntgG über einen krankenhausesindividuellen Pflegeentgeltwert, welcher berechnet wird, indem das vereinbarte Pflegebudget dividiert wird durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr **in Höhe von 171,24 € pro Tag/je BWR.**

10. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115a SGB V

Gemäß § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind:

a. vorstationäre Behandlung

Chirurgie	100,72 €
Innere Medizin	147,25 €
Urologie	103,28 €
Neurologie	114,02 €
Onkologie	75,67 €

b. nachstationäre Behandlung

Chirurgie	17,90 €
Innere Medizin	53,69 €
Urologie	41,93 €
Neurologie	40,90 €
Onkologie	46,02 €

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

(pauschal nach § 115a Abs. 3 SGB V)

Computer Tomographie-Geräte (CT)		Magnet Resonanz-Geräte (MRT)		Linksherz-Katheter-Messplätze (LHM)		Hochvolt-Therapie-Geräte		Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET)	
Leistungen nach DKG-NT I - Ziffern	Pauschale gem. § 3 €	Leistungen nach DKG-NT I - Ziffern	Pauschale gem. § 3 €	Leistungen nach DKG-NT I – Ziffern	Pauschale gem. § 3 €	Leistungen nach DKG-NT I – Ziffern	Pauschale gem. § 3 €	Leistungen nach DKG-NT I – Ziffern	Pauschale gem. § 3 €
5369	122,71	5700, 5720	179,97	627	61,36	5831	61,36	5488	245,42
5370, 5375	81,81	5705	171,79	628	32,72	5832	20,45	5489	306,78
5371	94,08	5715	175,88	629	81,81	5833	81,81		
5372	106,35	5721, 5730	163,61	5315	89,99	5834	29,65		
5373, 5374	77,72	5729	98,17	5316, 5325	122,71	5835, 5837	5,11		
5376	20,45	5731, 5732	40,90	5317, 5326	16,36	5836	40,90		
5377	32,72	5733	32,72	5318	24,54				
5378	40,90	5735	245,42	5324	98,17				
5380	12,27			5327	40,90				
				5328	49,08				

Gemäß § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 KHEntgG ist eine **vorstationäre Behandlung** neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Eine **nachstationäre Behandlung** kann zusätzlich zur Fallpauschale (DRG) berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale (DRG) übersteigt.

11. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung, sowie die Nutzung der Leichenkühlzelle berechnet das Krankenhaus folgende

Leistungen:

Leistung	Euro Wert
1. Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung analog Ziffer 101 GOÄ	165,77 €
2. Kühlzellenbenutzung und Abholung des Verstorbenen innerhalb 24 Stunden	22,00 €
3. Kühlzellenbenutzung und Abholung des Verstorbenen innerhalb 2 bis 5 Tage	78,00 €
4. Kühlzellenbenutzung und Abholung des Verstorbenen ab dem 6 Tag (pro Tag 22,00 Euro bis Abholung + zusätzlich Leistung Nummer 3)	22,00 €

12. Zuzahlungen

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an - innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage - eine Zuzahlung ein (§ 39 Abs. 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit **10,00 € 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.

13. 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.

14. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 - 12 sind nicht abgegolten:

Die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt gesondert berechnet.

15. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet:

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 und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit das Krankenhaus selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.

Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung. Nach § 6a GOÄ erfolgt bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen/privatärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25%; bei Leistungen und Zuschlägen von Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten um 15%. Das Arzthonorar wird in 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 bzw. des Instituts (§ 4 Abs.2 Satz 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs.2 Satz 3 GOÄ/GOZ) erbracht:

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Innere Medizin	Dr. med. Jürgen Walle (komm.)	
Intensivmedizin		N.N.
Kardiologie		N.N.
Diabetologie		N.N.
allgemeine Gastroenterologie		N.N.
spezielle Gastroenterologie		N.N.
Anästhesie- u. Intensivpflege	Dr. med. univ. Márton Gyenge	Silke Hahmann
Unfallchirurgie und Orthopädie	Dr. med. Ralph Fischer	Dr. med. Michael Eybe
Unfallchirurgie BG	Dr. med. Michael Eybe	
Allgemein-, Viszeralchirurgie	PD Dr. med. Thorsten Pluszcyk	Dr. med. Ghassan Batikha
Neurologie	Dr. med. Volkmar Fischer	Dr. med. Andrea Teschner
Interventionelle Radiologie	Dr. med. Gholam Khangholi	N.N.
Pathologie	Dr. med. Uwe Hübschen	Dr. med. Karin Reitnauer
Onkologie	Dr. med. Holger Klaproth	N.N.
Orthopädie (Belegabteilung)	Dr. med. Oliver Steimer	

Die ärztlichen Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von diesen nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

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.

Leistung	Einheit	Euro Wert
Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer Station 8	pro Berechnungstag	127,92 €
Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer Station 8	pro Berechnungstag	76,07 €
Reservierung 1-Bett-Zimmer (bis zu drei Tagen) Station 8	pro Berechnungstag	95,94 €

Hotelleistung ambulantes Operieren	pro Berechnungstag	76,07 €
Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson/Pflegekraft Normalstation	pro Berechnungstag	45,00 €
Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson/Pflegekraft Station 8	pro Berechnungstag	76,07 €
Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson/Pflegekraft Komfortstation	pro Berechnungstag	76,07 €

c. Bereitstellung eines Telefons

Bereitstellung und Anschlussgebühr täglich inkl. MwSt. **1,50 € pro Tag**

Preis je Gebühreneinheit inkl. MwSt. **0,12 € pro Tag**

16. Patientenquittung

Patienten, bei denen eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 SGB V (stationäre Behandlung) durchgeführt wird und die erklären, über die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen sowie die von den Krankenkassen dafür zu zahlenden Entgelte unterrichtet werden zu wollen, erhalten innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung eine derartige schriftliche Information, sofern sie bzw. ihre gesetzlichen Vertreter bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung dies ausdrücklich gegenüber der Krankenhausverwaltung erklären. Sollten Sie darüber hinaus Bescheinigungen, z. B. für die Abrechnung mit Ihrer Privatversicherung benötigen, berechnen wir hierfür pauschal **5,00 €**.

17. Übergangspflege im Krankenhaus (§ 39e SGB V)

Im Rahmen der Übergangspflege berechnet das Klinikum für maximal 10 Tage direkt im Anschluss an einen stationären Aufenthalt **264,15 € pro Tag** für Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege und für Pflegeleistungen nach dem SGB XI, wenn diese im Klinikum erbracht werden.

Im Rahmen der Übergangspflege berechnet das Klinikum für maximal 10 Tage direkt im Anschluss an einen stationären Aufenthalt **291,11 € pro Tag** für Leistungen der medizinischen Rehabilitation, wenn diese im Klinikum erbracht werden.

Zusatzentgelte, Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Blutgerinnungspräparate sind zusätzlich abrechenbar.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **01.07.2024** in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.05.2024 aufgehoben.

Neunkirchen, den 01.07.2024

Christian Jungmann
Regionaldirektor Kliniken Saarland

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter unseres Krankenhauses, Abteilung Service Center Kunden- und Kostenträgermanagement 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.

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserem Haus.

Ihr Kunden- und Kostenträgermanagement Administration