

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

Die RoMed Klinik Wasserburg am Inn berechnet ab **01.02.2024** 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 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.

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 Arthrodese 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 DRG-Entgeltkatalogverordnung 2024 (DRG-EKV 2024) vorgegeben, welche vom Bundesministerium für Gesundheit als Rechtsverordnung erlassen wurde. Parallel

WAS-00256-27

Erstellung am: 31.01.2024 von: Fr. Kellner	Letztes Review: 01.02.2024	Seite 1 von 12	Freigabe: 01.02.2024 von: Hr. Scherm
---	-------------------------------	----------------	---

dazu wurden die für das Jahr 2024 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 2024 – FPV 2024 vereinbart, welche hinsichtlich der einzelnen Entgelte auf die vom Bundesministerium per Rechtsverordnung festgesetzten Anlagen der DRG-EKV 2024 verweist.

**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 DRG-EKV 2024 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der DRG-EKV 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 DRG-EKV 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 DRG-EKV 2024 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

**Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:**

Zusatzentgelt nach § 6 KHEntgG	Entgelt-schlüssel	Entgelthöhe
ZE2024-56-1 Bosentan, eine Tablette zu 62,5 oder 125 mg	76096025	23,50 €
ZE2024-58-25 Gabe von Alpha-1-Proteinaseninhibitor, human, parenteral, je 1000 mg; OPS 8-812.0*	76096416	380,80 €
ZE2024-60 Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral, je Applikation von 1 Mio. IE; OPS 8-812.2	76096357	14,05 €
ZE2024-63-1 Gabe von Diboterin alfa, Implantation am Knochen, je 12 mg	76096263	3.510,50 €
ZE2024-69-11 Gabe von Hämin, parenteral, je 250 mg; OPS 6-004.1*	76096418	1.024,29 €
ZE2024-74-17 Gabe von Sunitinib, oral, 12,5 mg	76096454	3,18 €
ZE2024-74 Gabe von Sunitinib, oral, je 25 mg; OPS 6-003.a*	76097357	6,39 €
ZE2024-74-18 Gabe von Sunitinib, oral, je 50 mg	76096460	12,44 €
ZE2024-75 Gabe von Sorafenib, oral, je 200 mg Tablette; OPS 6-003.b*	76097882	4,25 €
ZE2024-77-31 Gabe von Lenalidomid, oral, pro 1 mg; OPS 6-003.g*	76096542	0,15 €
ZE2024-79-25 Gabe von Nelarabin, parenteral, je 250 mg Flasche	76096464	433,28 €
ZE2024-84 Gabe von Ambrisentan, oral, bei Verabreichung einer 5 mg Tablette, je mg; OPS 6-004.2*	76096984	8,90 €

WAS-00256-27

Zusatzentgelt nach § 6 KHEntgG	Entgelt-schlüssel	Entgelthöhe
ZE2024-84 Gabe von Ambrisentan, oral, bei Verabreichung einer 10 mg Tablette, je mg; OPS 6-004.2*	76096985	6,32 €
ZE2024-85 Gabe von Temsirolimus, parenteral, je 1 mg; OPS 6-004.e*	76096658	36,76 €
ZE2024-91 Gabe von Dasatinib, oral, je mg; OPS 6-004.3*	76096767	0,70 €
ZE2024-101 Gabe von Mifamurtid, parenteral, je mg; OPS 6-005.g*	76097290	898,08 €
ZE2024-103 Gabe von Rituximab, subkutan, je 1400 mg Fertigspritze; OPS 6-001.j*	76097292	2.354,09 €
ZE2024-104 Gabe von Trastuzumab, subkutan, je 600 mg Fertigspritze; OPS 6-001.m*	76097293	1.932,46 €
ZE2024-106 Gabe von Abatacept, subkutan, je mg; OPS 6-003.t*	76097327	2,27 €
ZE2024-110 Gabe von Tocilizumab, subkutan; OPS 6-005.n*	76091100	2,71 €
ZE2024-111 Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral, je 100 mg; OPS 6-005.d*	76097362	268,42 €
ZE2024-112 Gabe von Abirateronacetat, oral, je 500 mg; OPS 6-006.2*	76098027	60,01 €
ZE2024-113 Gabe von Cabazitaxel, parenteral, je 60 mg; OPS 6-006.1*	76097382	2.509,02 €
ZE2024-120 Gabe von Pemetrexed, parenteral, je 100 mg; OPS 6-001.c*	76097543	234,55 €
ZE2024-120 Gabe von Pemetrexed, parenteral, je 500 mg; OPS 6-001.c*	76097577	1.124,90 €
ZE2024-121 Gabe von Etanercept, parenteral, je mg; OPS 6-002.b*	76097539	3,57 €
ZE2024-122 Gabe von Imatinib, oral, je 100 mg Tablette; OPS 6-001.g*	76097473	0,75 €
ZE2024-122 Gabe von Imatinib, oral, je 400 mg Tablette; OPS 6-001.g*	76097527	1,98 €
ZE2024-123 Gabe von Caspofungin, parenteral, je 50 mg; OPS 6-002.p*	76097477	26,24 €
ZE2024-123 Gabe von Caspofungin, parenteral, je 70 mg; OPS 6-002.p*	76097512	33,62 €
ZE2024-124 Gabe von Voriconazol, oral, je 50 mg; OPS 6-002.5*	76097544	0,38 €
ZE2024-124 Gabe von Voriconazol, oral, je 200 mg Tablette; OPS 6-002.5*	76097479	1,31 €
ZE2024-125 Gabe von Voriconazol, parenteral, je 200 mg; OPS 6-002.r*	76097480	5,83 €
ZE2024-127 Gabe von L-Asparaginase aus Erwinia chrysanthemi [Erwinase], parenteral, je angebrochene 10.000 IE; OPS 6-003.r*	76097529	1.076,67 €
ZE2024-128 Gabe von nicht pegylierter Asparaginase, parenteral, je 10.000 IE; OPS 6-003.n*	76097524	713,94 €
ZE2024-129 Gabe von pegylierter Asparaginase, parenteral; OPS 6-003.p*	76091290	2.199,12 €
ZE2024-130 Gabe von Belimumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-006.6*	76097508	1,29 €
ZE2024-131 Gabe von Defibrotid, parenteral, je 200 mg; OPS 6-005.k*	76097509	506,94 €
ZE2024-132 Gabe von Thiotepa, parenteral, je 15 mg Ampulle; OPS 6-007.n*	76097515	165,96 €
ZE2024-132 Gabe von Thiotepa, parenteral, je 100 mg Ampulle; OPS 6-007.n*	76097516	995,71 €
ZE2024-140 Gabe von Brentuximabvedotin, parenteral, je mg; OPS 6-006.b*	76097822	64,48 €
ZE2024-141 Gabe von Enzalutamid, oral, je 40 mg; OPS 6-007.6*	76097626	29,17 €
ZE2024-142 Gabe von Aflibercept, intravenös, je mg; OPS 6-007.3*	76097786	3,57 €
ZE2024-143 Gabe von Eltrombopag, oral, je 50 mg; OPS 6-006.0*	76097760	95,56 €
ZE2024-144 Gabe von Obinutuzumab, parenteral, je angefangene Durchstechflasche à 1000 mg; OPS 6-007.j*	76097896	3.265,36 €
ZE2024-145 Gabe von Ibrutinib, oral, je 140 mg; OPS 6-007.e*	76097627	66,06 €
ZE2024-146 Gabe von Ramucirumab, parenteral, je 100 mg; OPS 6-007.m*	76097762	404,60 €
ZE2024-146 Gabe von Ramucirumab, parenteral, je 500 mg; OPS 6-007.m*	76097763	2.023,00 €
ZE2024-147 Gabe von Bortezomib, parenteral, je mg; OPS 6-001.9*	76097707	387,25 €
ZE2024-148 Gabe von Adalimumab, parenteral, je mg; OPS 6-001.d*	76097706	3,21 €
ZE2024-149 Gabe von Infliximab, parenteral, je 100 mg; OPS 6-001.e*	76097810	95,20 €
ZE2024-150 Gabe von Busulfan, parenteral, je mg; OPS 6-002.d*	76097820	0,18 €
ZE2024-151 Gabe von Rituximab, intravenös, je 100 mg; OPS 6-001.h*	76097764	139,98 €

WAS-00256-27

Erstellung am: 31.01.2024 von: Fr. Kellner	Letztes Review: 01.02.2024	Seite 3 von 12	Freigabe: 01.02.2024 von: Hr. Scherm
---	-------------------------------	----------------	---

Zusatzentgelt nach § 6 KHEntgG	Entgelt-schlüssel	Entgelthöhe
ZE2024-153 Gabe von Trastuzumab, intravenös, je mg; OPS 6-001.k*	76098062	0,95 €
ZE2024-154 Gabe von Anidulafungin, parenteral, je 100 mg; OPS 6-003.k*	76098047	53,31 €
ZE2024-156 Gabe von Posaconazol, parenteral, je mg; OPS 6-007.k*	76098074	1,50 €
ZE2024-157 Gabe von Pixantron, parenteral, je mg; OPS 6-006.e*	76098075	15,39 €
ZE2024-158 Gabe von Pertuzumab, parenteral, je mg; OPS 6-007.9*	76098076	6,20 €
ZE2024-159 Gabe von Blinatumomab, parenteral, je 38,5 µg; OPS 6-008.7*	76098097	2.467,16 €
ZE2024-160 Gabe von Pembrolizumab, parenteral, je mg; OPS 6-009.3*	76098078	28,92 €
ZE2024-161 Gabe von Nivolumab, parenteral, je mg; OPS 6-008.m*	76098079	12,05 €
ZE2024-162 Gabe von Carfilzomib, parenteral, je mg; OPS 6-008.9*	76098080	17,89 €
ZE2024-163 Gabe von Macitentan, oral, je 10 mg; OPS 6-007.h*	76098058	61,42 €
ZE2024-164 Gabe von Riociguat, oral, je 0,5 - 2,5 mg Filmtablette; OPS 6-008.0*	76098059	16,67 €
ZE2024-165 Gabe von Nusinersen, intrathekal, je 12 mg; OPS 6-00a.d	76098128	82.900,16 €
ZE2024-166 Gabe von Isavuconazol, parenteral, je 200 mg; OPS 6-008.g*	76098142	637,86 €
ZE2024-167 Gabe von Isavuconazol, oral, je 100 mg; OPS 6-008.h*	76098143	61,64 €
ZE2024-168 Gabe von Daratumumab, parenteral, je 100 mg; OPS 6-009.a*	76098121	429,59 €
ZE2024-168 Gabe von Daratumumab, parenteral, je 400 mg; OPS 6-009.a*	76098122	1.718,36 €
ZE2024-169 Gabe von Liposomalem Irinotecan, parenteral, je 1 mg; OPS 6-009.e*	76098147	19,99 €
ZE2024-170 Gabe von Bevacizumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-002.9*	76098120	2,46 €
ZE2024-171 Gabe von Clofarabin, parenteral, je 20 mg; OPS 6-003.j*	76098172	1.642,20 €
ZE2024-172 Gabe von Posaconazol, oral, Suspension, je 40 mg; OPS 6-007.0*	76098150	8,14 €
ZE2024-173 Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten, je 100 mg; OPS 6-007.p*	76098240	13,09 €
ZE2024-174 Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal, je 1 mg; OPS 6-002.a*	76098146	61,28 €
ZE2024-175 Gabe von Filgrastim, parenteral, je 1 Mio. IE; OPS 6-002.1*	76098176	0,22 €
ZE2024-176 Gabe von Lenograstim, parenteral, je 34 Mio. IE; OPS 6-002.2*	76098144	24,28 €
ZE2024-177 Gabe von Pegfilgrastim, parenteral, je 1 mg; OPS 6-002.7*	76098177	14,28 €
ZE2024-178 Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral, je 1 mg; OPS 6-007.7*	76098178	20,00 €
ZE2024-01 Beckenimplantate; OPS 5-785.2d oder 5-785.3d oder 5-785.4d oder 5-785.5d	76000010	3.333,53 €
ZE2024-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.00	76000774	5.648,00 €
ZE2024-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.01	76000775	6.468,00 €
ZE2024-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.03	76000E78	7.825,00 €
ZE2024-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.04	76000E79	8.500,00 €
ZE2024-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.05	76000E7A	8.500,00 €
ZE2024-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.06	76000E7B	8.500,00 €
ZE2024-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.07	76000E7C	12.000,00 €
ZE2024-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.08	76000E7D	12.000,00 €
ZE2024-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.09	76000E7E	15.500,00 €
ZE2024-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.0b	76000EDP	19.000,00 €
ZE2024-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.0c	76000EDQ	22.500,00 €
ZE2024-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.0d	76000EDR	26.000,00 €
ZE2024-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.0e	76000EDS	29.500,00 €
ZE2024-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.30	76000777	5.200,00 €
ZE2024-04 Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich; OPS 5-020.65 oder 5-020.66 oder 5-020.67 oder 5-	76000040	4.500,00 €

WAS-00256-27

Erstellung am: 31.01.2024 von: Fr. Kellner	Letztes Review: 01.02.2024	Seite 4 von 12	Freigabe: 01.02.2024 von: Hr. Scherm
---	-------------------------------	----------------	---

Zusatzentgelt nach § 6 KHEntgG	Entgelt-schlüssel	Entgelthöhe
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		
ZE2024-05 Distraction am Gesichtsschädel; OPS 5-776.6 oder 5-776.7 oder 5-776.9 oder 5-777.*1	76000050	1.580,00 €
ZE2024-13 Immunadsorption; OPS 8-821.0	76000822	1.800,00 €
ZE2024-15 Zellapherese; OPS 8-823 oder 8-825.*	76000150	692,00 €
ZE2024-22 IABP; OPS 8-839.0	7600022A	809,51 €
ZE2024-25 Modulare Endoprothesen, Hüfte; OPS 5-829.k oder 5-829.m	76096922	1.500,00 €
ZE2024-25 Modulare Endoprothesen, Knie; OPS 5-829.k oder 5-829.m	76096921	2.250,00 €
ZE2024-25 Modulare Endoprothesen, Schulter; OPS 5-829.k oder 5-829.m	76096923	1.700,00 €
ZE2024-41 Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems; OPS 8-977	76000410	1.133,00 €
ZE2024-49 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 €
ZE2024-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.j1	7609054B	783,60 €
ZE2024-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.j4	7609054D	1.343,76 €
ZE2024-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.ja	7609054F	2.016,15 €
ZE2024-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.jc	7609054V	845,00 €
ZE2024-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.je	7609054X	1.691,00 €
ZE2024-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.jg	7609054Z	2.517,00 €
ZE2024-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-449.h3	76000908	820,00 €
ZE2024-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-469.k3	76000913	820,00 €
ZE2024-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-489.g0	7609054I	820,00 €
ZE2024-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-513.m*	7609954A	800,00 €
ZE2024-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-513.n*	7609954B	800,00 €
ZE2024-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-517.**	7609954C	800,00 €
ZE2024-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-526.e0	7609054Q	791,84 €
ZE2024-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-526.f0	7609054R	791,84 €
ZE2024-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.g*	7609054S	791,84 €
ZE2024-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.j*	7609054T	791,84 €
ZE2024-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.n4	7609954D	791,84 €
ZE2024-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.p2	7609954E	791,84 €
ZE2024-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.r3	7609954F	1.076,04 €
ZE2024-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.s2	7609954G	1.076,04 €
ZE2024-61 Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar; OPS 5-039.e2	7609061F	23.500,00 €

WAS-00256-27

Erstellung am: 31.01.2024 von: Fr. Kellner	Letztes Review: 01.02.2024	Seite 5 von 12	Freigabe: 01.02.2024 von: Hr. Scherm
---	-------------------------------	----------------	---

Zusatzentgelt nach § 6 KHEntgG	Entgelt-schlüssel	Entgelthöhe
ZE2024-61 Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar; OPS 5-039.n2	7609061K	20.000,00 €
ZE2024-62 Mikroaxial-Blutpumpe; OPS 8-839.46 oder 8-839.47	76090620	20.000,00 €
ZE2024-86 Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen; OPS 5-039.g	7609086B	10.000,00 €
ZE2024-86 Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen; OPS 5-039.h	7609086C	10.000,00 €
ZE2024-86 Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen; OPS 5-039.p	7609086L	10.000,00 €
ZE2024-88 Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen; OPS 1-942.1	7609088A	824,00 €
ZE2024-88 Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen; OPS 1-942.2	7609088B	1.133,00 €
ZE2024-88 Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen; OPS 1-942.3	7609088C	1.370,00 €
ZE2024-109 Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran; OPS 8-854.8	76091090	855,00 €
ZE2024-09 Hämo-perfusion; OPS 8-856	7600009B	936,00 €
ZE2024-09 Hämo-perfusion; OPS 8-821.2	7600009A	1.095,00 €
ZE2024-152 Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik; OPS 1-945.0	76090E9P	1.100,00 €
ZE2024-152 Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik; OPS 1-945.1	76090E9Q	1.700,00 €
ZE2024-180 Gabe von Azacytidin, parenteral; OPS 6-005.0*	76091800	4,13 €
ZE2024-187 Neurostimulatoren zur Hypoglossusnerv-Stimulation; OPS 5-059.c7 oder 5-059.d7	76091870	21.000,00 €
ZE2024-67-7 Stentgraft-Prothesen bei Aortenaneurysmen, perkutan- transluminal, je Stent; OPS 8-840.*4 oder 8-849.*4	76096487	1.250,00 €
ZE2024-182 Gabe von Vedolizumab, parenteral, je 108 mg; OPS 6-008.5*	76098276	600,65 €
ZE2024-182 Gabe von Vedolizumab, parenteral, je 300 mg; OPS 6-008.5*	76098304	2.402,61 €
ZE2024-183 Gabe von Elotuzumab, parenteral, je 300 mg; OPS 6-009.d*	76098305	1.092,42 €
ZE2024-183 Gabe von Elotuzumab, parenteral, je 400 mg; OPS 6-009.d*	76098275	1.456,56 €
ZE2024-184 Gabe von Atezolizumab, parenteral, je 840 mg; OPS 6-00a.1*	76098271	2.767,10 €
ZE2024-184 Gabe von Atezolizumab, parenteral, je 1200 mg; OPS 6-00a.1*	76098272	3.952,99 €
ZE2024-185 Gabe von Ocrelizumab, parenteral, je 300 mg; OPS 6-00a.e*	76098306	6.098,75 €
ZE2024-186 Gabe von Venetoclax, oral, je 10 mg; OPS 6-00a.k*	76098307	5,09 €
ZE2024-186 Gabe von Venetoclax, oral, je 50 mg; OPS 6-00a.k*	76098308	25,44 €
ZE2024-186 Gabe von Venetoclax, oral, je 100 mg; OPS 6-00a.k*	76098309	50,87 €
ZE2024-196 Gabe von Micafungin, parenteral, je 50 mg; OPS 6-004.5*	76098356	332,41 €
ZE2024-196 Gabe von Micafungin, parenteral, je 100 mg; OPS 6-004.5*	76098357	568,64 €
ZE2024-195 Gabe von Ustekinumab, subkutan, je 45 mg oder 90 mg; OPS 6-005.q*	76098352	4.979,84 €
ZE2024-194 Gabe von Ustekinumab, intravenös, je 130 mg; OPS 6-005.p*	76098348	4.979,84 €
ZE2024-192 Gabe von Midostaurin, oral, je 25 mg; OPS 6-00a.b*	76098345	138,13 €
ZE2024-191 Gabe von Dinutuximab beta, parenteral, je 20 mg; OPS 6-009.b*	76098343	10.080,49 €
ZE2024-67 Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal; OPS 8-84a.04	76090DVS	3.210,00 €
ZE2024-67 Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal; OPS 8-84a.14	76090DVT	6.420,00 €
ZE2024-188 Patientenindividuell hergestellte Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Öffnung; OPS 5-38a.70 in Verbindung mit OPS 5-38a.w0	7609188A	11.100,00 €
ZE2024-188 Patientenindividuell hergestellte Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Öffnung; OPS 5-38a.80 in Verbindung mit OPS 5-38a.w0	7609188B	18.300,00 €
ZE2024-188 Patientenindividuell hergestellte Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Öffnung; OPS 5-38a.c0 in Verbindung mit OPS 5-38a.w0	7609188C	11.100,00 €
ZE2024-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.7b	7609189A	24.065,00 €
ZE2024-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.7c	7609189B	24.065,00 €

WAS-00256-27

Erstellung am: 31.01.2024 von: Fr. Kellner	Letztes Review: 01.02.2024	Seite 6 von 12	Freigabe: 01.02.2024 von: Hr. Scherm
---	-------------------------------	----------------	---

Zusatzentgelt nach § 6 KHEntgG	Entgelt-schlüssel	Entgelthöhe
ZE2024-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.7d	7609189C	26.750,00 €
ZE2024-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.8c	7609189D	24.065,00 €
ZE2024-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.8d	7609189E	24.065,00 €
ZE2024-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.8e	7609189F	26.750,00 €
ZE2024-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.8f	7609189G	29.500,00 €
ZE2024-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.c1	7609189H	24.065,00 €
ZE2024-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.c2	7609189I	24.065,00 €
ZE2024-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.c3	7609189J	26.750,00 €
ZE2024-197 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 €
ZE2024-197 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 €
ZE2024-197 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 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:

- z.B. Leistungen nach Anlage 3a und 3b DRG-EKV 2024

B61B	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks außer bei Transplantation	Abrechnung pro Tag	<b>€ 337,09</b>
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	Abrechnung pro Tag	<b>€ 255,89</b>
B76A	Anfälle, mehr als 1 Beleg.tag, mit komplexer Diagnostik und Therapie	Abrechnung pro Tag	<b>€ 326,00</b>

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** DRG-EKV 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** DRG-EKV 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** DRG-EKV 2024 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

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

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

**Derzeit sind keine vereinbart.**

**6. Zusatzentgelt für Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gemäß der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG**

Für Kosten, die dem Krankenhaus für Testungen von Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden, auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 entstehen, rechnet das Krankenhaus auf Grund der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG gesondert folgende Zusatzentgelte ab:

- Testung durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR, PoC-PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.05.2023: **30,40 €**
- Labordiagnostik mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 15.10.2020: **19,00 €**
- 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 gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 4 KHEntgG**

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **46,16 €**
- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **136,00 €**
- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **45,00 €** pro Tag
- Zuschlag für Maßnahmen 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 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 für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG in Höhe von **0,93 €**
- 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
- Zuschlag wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG in Höhe von **25,13 €** je vollstationärem Fall.
- Zuschlag Hygieneförderprogramm nach § 4 Abs. 9 KHEntgG **in Höhe von 0,05 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen, der Zusatzentgelte und der sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 und 2a KHEntgG

WAS-00256-27



- Zuschlag für die Qualitätssicherung für Schlaganfallpatienten **in Höhe von 3,10 €**

**8. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 7 Abs. 1 Ziff. 6 KHEntG**

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 KHEntG die in der **Anlage 1** aufgeführten, zeitlich befristeten fallbezogenen Entgelte oder Zusatzentgelte in EURO ab.

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

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 KHEntG über einen krankenhausespezifischen 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.

**Der Pflegeentgeltwert beträgt: 547,61 €**

**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 2,03 €**

**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**

- Innere Medizin	€	<b>147,25</b>
- Allgemeine Chirurgie	€	<b>100,72</b>
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe	€	<b>119,13</b>
- HNO	€	<b>78,74</b>

**b. nachstationäre Behandlung**

- Innere Medizin	€	<b>53,69</b>
------------------	---	--------------

WAS-00256-27

- Allgemeine Chirurgie	€	<b>17,90</b>
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe	€	<b>22,50</b>
- HNO	€	<b>37,84</b>

### c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Zusätzlich zu den Pauschalen für vor- oder nachstationäre Behandlung mit medizinisch technischen Großgeräten (Computer-Tomographie-Geräte – CT, Magnet-Resonanz-Geräte – MR, Linksherzkatheter-Messplätze – LMH, Hochvolttherapie-Geräte, Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte – PET) nach entsprechenden DKG-NT-Ziffern abgerechnet werden.

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

### 13. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus **100,00 €**, sowie **90,00 €** für die Unterbringung bis zur Überführung.

### 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.

### 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 (§ 17 KHEntgG):

WAS-00256-27

Erstellung am: 31.01.2024 von: Fr. Kellner	Letztes Review: 01.02.2024	Seite 10 von 12	Freigabe: 01.02.2024 von: Hr. Scherm
---	-------------------------------	-----------------	---

### 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 der Klinik oder eine externe Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt tätig wird.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie von der Klinik 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:

<u>Fachabteilung</u>	<u>Wahlarzt</u>	<u>Ständiger ärztlicher Vertreter</u>
Anästhesie	Dr. med. G. Hoffmann	Dr. med. B. Fuchs
Allgemein-/Viszeralchirurgie	PD Dr. med. F. Herrle	M. Fischer Dr. med. V. Karaoulanis
Unfallchirurgie	PD Dr. med. H. Wegmann	Dr. med. K. Dehm Dr. med. V. Karaoulanis
Gefäßchirurgie	Dr. med. F. Härtl	D. Misselhorn
Handchirurgie	Dr. med. J. Witthaut	-
Innere Medizin	Dr. med. U. Biller	Dr. med. B. Fechner
Gynäkologie / Geburtshilfe	A. Stopik	O. Trenkler W. Baldauf-Sobez
Diagn. und interv. Radiologie	Prof. Dr. med. G. Tepe	Dr. med. D. Kopp
Neuroradiologie	Dr. med. C. Rüter	Dr. med. M. Strinitz

### Auswärtige Untersuchungsinstitute/Konsiliarärzte

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.

Begleitperson	Unterbringung und Verpflegung	<b>45,00 € pro Berechnungstag</b>
1-Bett-Zimmer	Unterbringung und Verpflegung	<b>36,45 € pro Berechnungstag</b>
2-Bett-Zimmer	Regelleistung	<b>Keine gesonderte Berechnung</b>

**c) Telefon/Fernsehen**

Patientenentertainment	Inklusive Flatrate, Grundgebühr, Gesprächsgebühren für Auslands-Mobil-Telefonate	<b>3,90 € je Berechnungstag</b>
------------------------	--	---------------------------------

**d) Internetzugang:**

Komro City WLAN – Kostenlos

**Inkrafttreten**

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **01.02.2024** in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif vom 01.10.2023 aufgehoben.

***Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,***

*sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Klinik 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.*

***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.***