



**DRG-Entgelttarif 2024 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG gültig ab 01. Februar 2024**

Das Christliche Krankenhaus Quakenbrück gemeinnützige GmbH berechnet ab dem 01. Februar 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 4.206,94 € 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	0,513	4.206,94 €	2.158,16 €
DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
I04Z	Revision und Ersatz des Kniegelenks mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse	3,116	4.206,94 €	13.108,83 €

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.

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

Der nach der oben beschriebenen DRG-Systematik zu 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 gem. § 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 krankenhausespezifische 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 krankenhausespezifischen 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 krankenhausespezifischen 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 krankenhausespezifische Zusatzentgelte:

ZE2024-01.03	9.000,00 €	ZE2024-163	61,42 €
ZE2024-04.12	4.400,00 €	ZE2024-169	999,42 €
ZE2024-106	347,97 €	ZE2024-175	6,20 €
ZE2024-110	454,45 €	ZE2024-185	6.098,75 €
ZE2024-112	63,76 €	ZE2024-186	5,09 €
ZE2024-121	104,00 €	ZE2024-189.09	0,00 €
ZE2024-122	4,62 €	ZE2024-197.01	1.360,00 €
ZE2024-123	36,50 €	ZE2024-197.02	2.340,00 €
ZE2024-13.01	2.000,00 €	ZE2024-197.03	3.300,00 €
ZE2024-145	66,98 €	ZE2024-25.01	2.000,00 €
ZE2024-148	444,54 €	ZE2024-25.02	2.000,00 €
ZE2024-151	190,00 €	ZE2024-54.17	800,00 €

ZE2024-54.16	800,00 €
ZE2024-54.02	800,00 €
ZE2024-61.04	24.000,00 €
ZE2024-61.05	21.540,00 €

ZE2024-61.06	21.540,00 €
ZE2024-62.01	21.000,00 €
ZE2024-67.01	1.120,25 €

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

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

Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2024:

B61B	M	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff	285,71 € je Belegungstag
E76A	M	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	264,55 € je Belegungstag
B49Z	M	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson	275,13 € je Belegungstag
B76A	M	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie	338,62 € je Belegungstag

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2024 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausespezifischen 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 krankenhausespezifischen 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 auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jeden Belegungstag 450,00 € abzurechnen.

5. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gem. § 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 gem. § 6 Abs. 2a KHEntgG folgende gesonderte Zusatzentgelte vereinbart:

- entfällt -

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:

- Testungen durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR	30,40 €
- Testungen mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2	19,00 €
- Testung mittels Antigen-Test zur patientennahen Anwendung durch Dritte zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (PoC-Antigentest) 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 und höchstens 30 Proben:	12,00 €

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

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag für Ausbildungskosten nach § 17a Abs. 6 KHG je voll- und teilstationärem Fall i.H.v. **57,36 €**
- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall i.H.v. **200,07 €**
- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **45,00 €** pro Tag¹
- Zuschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG in Höhe von **0,98 %** 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 zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG in Höhe von **0,21 %** 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.
- Fixkostendegressionsabschlag gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG in Höhe von **0,45 %** auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen.
- Abschlag für den Ausgleich auf Grund des Coronavirus entstandenen Erlösrückganges nach § 5 Abs. 1 CoronaausgleichsVO in Höhe von **1,93 %** 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 die Teilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG i.V.m. § 136c Abs. 4 SGB V je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **36,30 €**
- Zuschlag lt. § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG für die Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen je abgerechnetem vollstationärem Fall **0,20 €**

8. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 6 KHEntgG

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

Alemtuzumab – 12 mg	10.261,13 €
Andexanet alfa – 200 mg	2.201,50 €
Aszitesbehandlung mittels einer vollimplantierbaren Pumpe – je Stück	22.455,04 €
Bezlotoxumab – je 1.000 mg	2.808,65 €
Caplacizumab – 10 mg	4.257,69 €
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße – Stent Länge bis 10 cm	2.028,69 €
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße – Stent Länge 10 – 15 cm	2.240,40 €
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße – Stent Länge 15 – 25 cm	2.695,00 €
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße – Stent Länge ab 25 cm	3.567,79 €
Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision – je Stent 10 cm	2.050,00 €
Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision – je Stent 15 cm	2.500,00 €
Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision – je Stent 5 cm	1.700,00 €
Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision – je Stent 25 cm	3.684,57 €
Idarucizumab – je 2,5 g	1.487,50 €
Intraaortaler Katheter mit parakorporaler Membranpumpe zur Kreislaufunterstützung – je System	10.700,00 €
Metreleptin – je mg	179,78 €
Ofatumumab – je 20 mg	1.433,93 €
Remdesivir – je 1 mg	4,11 €
Ruxolitinib – je 10 mg	67,55 €
Selexipag – je Tablette	50,53 €

Tafamidis – je 20 mg	316,03 €
Tafamidis – je 61 mg	421,46 €
Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik – je Stent Prothese	1.500,00 €
Endovaskuläre Implantation/Reparatur einer Stent-Prothese mittels eines Endo-Staplers – je System	4.866,52 €
Icatibant – je 30 mg	895,00 €

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.

Kann der krankenhausesindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Abs. 4 KHEntgG aufgrund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2024 noch nicht berechnet werden, sind gemäß § 15 Abs. 2a S. 1 und 2 KHEntgG (i.d.F.d. MDK-RefG) für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 6a KHEntgG die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG mit **168,33 €** zu multiplizieren. Für krankenhausesindividuelle voll- und teilstationäre Entgelte gemäß § 6 KHEntgG, für die in dem Pflegeerlöskatalog Bewertungsrelationen ausgewiesen sind, ist bis zum Wirksamwerden der Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2024 abweichend von § 15 Abs. 2 S. 3 KHEntgG die bisher geltende Entgelthöhe abzurechnen, die um die Höhe der nach Satz 1 ermittelten tagesbezogenen Pflegeentgelte zu mindern ist.

10. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG sowie Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Abs. 4 KHEntgG

Qualitätssicherungszuschlag je DRG **0,93 €**

11. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG in Höhe von **1,43 €** je DRG
- Zuschlag für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB und die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a SGB V in Höhe von **2,94 €** je DRG

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

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

Fachabteilung	a. vorstationäre Behandlung	b. nachstationäre Behandlung
Medizinische Klinik	147,25 Euro je Fall	53,69 Euro je Behandlungstag
Diabetologie	147,25 Euro je Fall	53,69 Euro je Behandlungstag
Chirurgische Klinik	100,72 Euro je Fall	17,90 Euro je Behandlungstag
Neurologie	114,02 Euro je Fall	40,90 Euro je Behandlungstag
Gynäkologie/Geburtshilfe	119,13 Euro je Fall	22,50 Euro je Behandlungstag
Psychiatrie / Psychotherapie	125,78 Euro je Fall	37,84 Euro je Behandlungstag
Psychosomatik / Psychother. Medizin	99,19 Euro je Fall	47,55 Euro je Behandlungstag

Darüber hinaus werden im Rahmen der vor- und nachstationären Behandlung **Untersuchungen mit medizinisch-technischen Großgeräten** in Rechnung gestellt. Eine Preisliste erhalten Sie auf Wunsch bei der Aufnahme.

Gem. § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 4 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. Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung
2. Abgaben von Hilfsmitteln, die dem Kranken mitgegeben werden (z.B. Gehhilfen, Krankenfahrstühle etc.)
3. Heilmittelabgaben, die über die allgemeine Krankenhausleistung hinausgehend erwünscht wird
4. Leichenschau (Obduktion) ggf. einschließlich klinischer Sektion und die Ausstellung einer Todesbescheinigung.
Entgelt für die Punkte 1-4: Erstattung des tatsächlichen Aufwandes
5. Weitere Leistungen aufgrund besonderer Vereinbarungen. Es gilt das vereinbarte Entgelt.

14. Zuzahlungen

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an - innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage - eine Zuzahlung ein (§ 39 Abs. 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit € 10,- je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 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 Fall- daten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2024 zusammengefasst und abgerechnet.

16. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

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

1. Die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses;
2. Die Leistungen von Beleghebammen bzw. Entbindungspflegern.

Die 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):

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 der Regel gesondert von den jeweils liquidationsberechtigten Krankenhausärzten geltend gemacht, sofern nicht die Verwaltung des Klinikums oder eine externe Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt tätig wird.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom nachfolgend aufgeführten Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtungen persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts (§ 4 Abs.2 Satz 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs.2 Satz 3 GOÄ/GOZ) erbracht:

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

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Anästhesie und Intensivmedizin	CA Dr. med. Mierke CA Dr. med. Hagemann	gegenseitige Vertretung
Medizinische Klinik Allgemein Innere Pneumologie Kardiologie Diabetologie	CA Dr. med. Grade CA Dr. med. Bronnert CA M. D. F. Abdullah CA Dr. med. Thienel	OA Dr. medic. Muhammad OA Hr. Sieske Ltd. OA Dr. med. Rosenblüh FOÄ Fr. Broxtermann
Chirurgische Klinik Allgemein-/ Visceralchirurgie Gefäßchirurgie Unfall-/ Wiederherstellungschir. Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie Neuro-/Wirbelsäulen und Nerven Chirurgie	CA Dr. med. Reuter CA Dr. medic. (RO) Skaf CA Dr. med. Bode Ltd. Zentrumsarzt Prof. Dr. med. Steinsträßer Ltd. Zentrumsarzt PD Dr. med. Bostelmann Ltd. Zentrumsarzt Hr. Schmidt Ltd. Zentrumsarzt Dr. med. Heinen	n.n. Ltd. OA Dr. med. Kreienborg Ltd. OA Hr. Meyer OÄ Dr. med. Schulze-Hillert gegenseitige Vertretung
Neurologie	CA Dr. med. Hotz	OÄ Dr. med. Schmock
Psychiatrie / Psychotherapie	CÄ M. Pakrasi	OA Dr. med. Kaufold
Psychosomatik / Psychotherapeutische Medizin	CÄ Weiss	OÄ Frau Stepp

b. Unterbringung in einem 1- bzw. 2-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Die Gesamtkosten für die Unterbringung werden aus den Kosten pro Berechnungstag gebildet. Berechnungstag in diesem Sinn 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 mit eigener Sanitärzone (Wahlleistungsstation)	90,64 €
Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer mit eigener Sanitärzone (Chirurgische Klinik, Medizinische Klinik, Neurologie)	81,85 €
Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer mit eigener Sanitärzone (Gynäkologie und Geburtshilfe)	51,29 €
Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer ohne eigene Sanitärzone (Chirurgische Klinik, Medizinische Klinik, Neurologie)	77,88 €
Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer mit eigener Sanitärzone und Sonderausstattung (Chirurgische Klinik, Medizinische Klinik, Neurologie)	40,79 €
Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer mit eigener Sanitärzone und Sonderausstattung (Gynäkologie und Geburtshilfe)	19,36 €
Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer ohne eigene Sanitärzone, mit Sonderausstattung (Chirurgische Klinik, Medizinische Klinik, Neurologie)	37,60 €
Unterbringung im Familienzimmer (nur Geburtshilfe)	90,00 €
Gestellung einer Sonderwache (als Wahlleistung gewünscht)	(Erstattung des tats. Aufwands)
Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson (ohne medizinische Indikation)	45,00 €
Bereitstellung eines HiMed Cockpits am Bett (Telefon, Fernsehen, Internet, sharemagazines Premium) incl. MwSt. Tagespauschale	3,00 €

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.02.2024 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.01.2024 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen unsere Mitarbeiter hierfür gerne zur Verfügung:

Leistungsabteilung

App. 29 20

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.

¹Die Höhe des Zuschlages von 45,00 € ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 S. 4 KHG geregelt. Dieser Zuschlag betrifft im Übrigen nur die Fälle der medizinisch notwendigen Aufnahme von Begleitpersonen und ist von der wahlweisen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson zu unterscheiden.