

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

Die St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau gGmbH berechnet ab dem  
01.02.2024 folgenden 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 Basisfallwert liegt bei **4.226,81 €** 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 periprotetische 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. 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.

## 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 krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

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

A90A	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung	165,33 €
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	189,68 €
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	171,26 €

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.

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

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

- Testung durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR, PoC-PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.05.2023:

30,40 €.

- 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 €.

## 6. Zu- und Abschläge bzw. Abzüge

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall  
in Höhe von 72,89 €

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall  
in Höhe von 182,96 €

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

- Zuschlag wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG  
-  
- in Höhe von 34,49 € je vollstationärem Fall.

- Zuschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG  
in Höhe von 5,29 %

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 0,64 %

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 €

**7. 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:

<b>Bezeichnung</b>	<b>Handelsname</b>	<b>Einheit</b>	<b>Zahlbetrag</b>
Abemaciclib	Verzenios®	pro Tablette	33,00 €
Acalabrutinib	Calquence®	je 100mg Hartkapsel	99,09 €
Andexanet alfa	Ondexxya®	je 200mg Pulver	2.201,50 €
Avelumab	Bavencio®	je mg	3,88 €
Belantamab-Mafodotin	Blenrep®	100mg	5.518,99 €
Bezlotoxumab	Zinplava®	je mg	2,81 €
Caplacizumab	Cablivi®	10mg	4.257,69 €
Cemiplimab	Liptayo®	350mg	4.983,28 €
Dostarlimab	JEMPERLI®	500mg	2.814,23 €
Eribulin	Halaven®	0,88mg	383,87 €
Everolimus_Neoplasie	Afinitor® Votubia®	pro 2,5mg	57,36 €
Everolimus_Neoplasie	Afinitor® Votubia®	pro 5mg	114,72 €
Everolimus_Neoplasie	Afinitor® Votubia®	pro 10mg	163,89 €
Golimumab	Simponi®	50mg	921,23 €
Idarucizumab	Praxbind	2,5g oder 50ml	1.487,50 €
Isatuximab	Sarclisa®	100mg	336,41 €
Niraparib	Zejula®	je 100mg Hartkapsel	68,16 €
Nirmatrelvir/Ritonavir	Paxlovid TM	pro Tablette	0,79 €
Olaparib	Lynparza®	je 150 mg	42,37 €
Palbociclib	Ibrance®	pro Tablette	111,15 €
Remdesivir	Veklury®	je 100 mg	410,55 €
Ribociclib	Kisqali®	je 200 mg Tablette bei Verwendung der 63 Tabletten Packung	34,87 €
Risankizumab intravenös	Skyrizi®	150 mg	4.201,63 €
Ruxolitinib	Jakavi®	je 10 mg, 15 oder 20 mg Tablette	67,55 €
Sacituzumab Govitecan	Trodelyv®	je 200 mg	1.162,63 €
Sutimlimab	Enjaymo®	1100 mg	1.380,40 €
Tafasitamab	Minjuvi®	je 200 mg	605,36 €
Teduglutid	Revestive®	5 mg	727,45 €
Trastuzumab-Deruxtecan	Enhertu®	je 100 mg	2.279,71 €
Trastuzumab Emtansin	Kadcyla®	je 100 mg	1.827,02 €
Trastuzumab Emtansin	Kadcyla€	je 160 mg	2.923,24 €

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

Das Krankenhaus vereinbart mit den Krankenkassen ein Pflegebudget zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten, die dem Krankenhaus entstehen. Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt nach § 6a Abs. 4 KHEntgG über einen krankenhausesindividuellen Pflegeentgeltwert, welcher berechnet wird, indem das vereinbarte Pflegebudget dividiert wird durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr 2021:

Aufnahmedatum 01.02.2024 - 30.06.2024 : 597,75 €

ab Aufnahmedatum 01.07.2024 : 245,80 €

## 9. 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 €

## 10. 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 55,31 €

## 11. 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

Allgemeine Innere Medizin	147,25 €
Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie	156,97 €
Gastroenterologie	164,64 €
Geriatric	72,09 €
Allgemeinchirurgie	100,72 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13 €
Orthopädie und Unfallchirurgie	133,96 €

### b. nachstationäre Behandlung

Allgemeine Innere Medizin	53,69 €
Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie	61,36 €
Gastroenterologie	63,91 €
Geriatric	30,38 €
Allgemeinchirurgie	17,99 €

Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22,50 €
Orthopädie und Unfallchirurgie	20,96 €

### c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

#### - Computer-Tomographie-Geräte (CT)

5389	Höchstwert für die Leistungen nach Nr. 5370 bis 5374	122,71 €
5370	CT im Kopfbereich	81,81 €
5371	CT im Hals- und/oder Thoraxbereich	94,08 €
5372	CT im Abdominalbereich	106,35 €
5373	CT des Skeletts	77,72 €
5374	CT der Zwischenwirbelräume	77,72 €
5375	CT der Aorta in ihrer gesamten Länge	81,81 €
5376	ergänzende CT mind. einer zusätzlichen Serie	20,45 €
5377	Zuschlag für computergesteuerte Analyse	32,72 €
5378	CT zur Bestrahlung oder zu interkonventiellen Maßnahmen	40,90 €
5380	Bestimmung des Mineralgehalts von Skelettteilen mit quantitativer CT oder digitaler Röntgentechnik	12,27 €

#### - Magnet-Resonanz-Geräte (MR)

5700	MRT Kopfbereich ggf. einschließlich des Halses	179,97 €
5705	MRT Wirbelsäule	171,79 €
5715	MRT Thorax ggf. einschließlich des Hals, Thoraxorgane u. o. Aorta	175,88 €
5720	MRT Abdomen u./o. Becken	179,97 €
5721	MRT Mamma(e)	163,61 €
5729	MRT eines oder mehrerer Gelenke o. Abschnitte von Extremitäten	98,17 €
5730	MRT Extremitäten mit Darstellung von mindestens zwei großen Gelenken	163,81 €
5731	ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach Nr. 5700-5703 (z.. nach Kontrastmittelgabe. Darstellung von Arterien)	40,90 €
5732	Zuschlag n. Nr. 5700-5730 (z.B. Positionenwechsel u. o. Spulenwechsel)	40,90 €
5733	Zuschlag für computergesteuerte Analyse	23,72 €
5735	Höchstwert nach Nr. 5700-5730	245,42 €

#### - Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET)

5488	PET ggfs. einschliesslich Darstellung in mehreren Ebenen	245,42 €
5753	PET mit qualifizierter Auswertung ggf. Darstellung in mehreren Ebenen	308,78 €

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.

## 12. 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 58,82 € zzgl. Steuer.
3. Privatkopien
 

	0,50 € pro Seite (bis 50 Seiten)
	0,15 € pro Seite (ab der 51sten Seite)
4. Privatfax
 

	0,50 € pro Seite
--	------------------

5. Telefongebühren:
- |               |                          |
|---------------|--------------------------|
| Grundgebühr   | 1,00 € je Tag            |
| Tarif         | 0,20 € je Einheit        |
| Vorauszahlung | 5,00 € (Chipkartenpfand) |
6. TV stellen wir Ihnen kostenfrei zur Verfügung (falls TV Apparat vorhanden).  
Kopfhörer können über die Pforte zum Preis von 2,00 € gekauft werden.

### 13. 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.

### 14. 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.

### 15. 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.

### 16. 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:**

Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung und der Patienteninformation über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen entnehmen.

## b. Unterkunft

Die Gesamtkosten für die Unterbringung werden aus den Kosten pro Belegungstag 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: 110,00 € je Behandlungstag  
177,00 € je Behandlungstag  
(auf der Wahlleistungsstation)
- Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer: 55,00 € je Behandlungstag  
85,00 € je Behandlungstag  
(auf der Wahlleistungsstation)

## c. Unterbringung und Verpflegung von Begleitpersonen

Erwachsene (Begleitperson)	60,00 € je Behandlungstag
Kinder (Begleitperson)	22,00 € je Behandlungstag
Unterbringung im Familienzimmer (Station LSA)	70,00 € je Behandlungstag
Familienzimmer Komfort* (inkl. Wahlleistungen)	120,00 € je Behandlungstag

(\*Das Familienzimmer Komfort kann nur in Verbindung mit Wahlleistungen des Hauptpatienten in Anspruch genommen werden.)

### Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.02.2024 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.06.2023 aufgehoben.

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung.

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie die zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen.

Insgesamt kann die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Dies gilt insbesondere für Selbstzahler. Prüfen Sie bitte, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung versichert sind.