

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
01.07.2024 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 Arthrolyse 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 § 33 PfIBG 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

- Zu- und Abschläge für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG

in Höhe von 0,93 €

- Zuschlag nach § 5 Abs. 2c KHEntgG zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern

in Höhe von 18,82 €

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:

| Bezeichnung | Handelsname | Einheit | Entgelthöhe ab 01.06.2024-31.12.2024 |
|---------------|-------------|-------------------------|---|
| Abemaciclib | Verzenios® | pro Tablette | 36,30 € |
| Acalabrutinib | Calquence® | je 100 mg Hartkapsel | 99,09 € |
| Bezlotoxumab | Zinplava® | je mg | 2,81 € |
| Caplacizumab | Cablivi® | 10 mg | 4.257,69 € |
| Dostarlimab | JEMPERLI® | 500 mg | 2.814,23 € |

| | | | |
|-------------------------|-----------------------|---|-------------|
| Elranatamab | Elrexio® | 44 mg | 4.417,61 € |
| Enfortumab vedotin | Padcev® | 20 mg | 549,74 € |
| Enfortumab vedotin | Padcev® | 30 mg | 824,61 € |
| Epcoritamab | Tepkinly® | 4 mg | 670,16 € |
| Eribulin | HALAVEN® | 0,88 mg | 383,87 € |
| Everolimus Neoplasie | Afinitor® Votubia® | pro 2,5 mg | 61,32 € |
| Everolimus Neoplasie | Afinitor® Votubia® | pro 5 mg | 122,64 € |
| Everolimus Neoplasie | Afinitor® Votubia® | pro 10 mg | 175,20 € |
| Golimumab | Simponi® | 50 mg | 921,23 € |
| Isatuximab | Sarclisa® | 100 mg | 303,68 € |
| Loncastuximab tesirin | Zynlonta® | 10mg | 23.636,43 € |
| Luspatercept | Reblozyl® | 25mg | 1.267,54 € |
| Luspatercept | Reblozyl® | 75mg | 3.802,61 € |
| Melphalanflufenamid | Pepaxti® | 20mg | 4.199,53 € |
| Mirikizumab | OmvoH® | 100 mg | 780,05 € |
| Mosunetuzumab | Lunsumio® | 1 mg | 249,00 € |
| Nilotinib | Tasigna® | 150 mg | 37,08 € |
| Nirmatrelvir/Ritonavir | Paxlovid TM | pro Tablette | 35,70 € |
| Olaparib | Lynparza® | je 150 mg | 42,37 € |
| Palbociclib | Ibrance® | pro Tablette | 84,48 € |
| 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 TAB | 67,55 € |
| Sacituzumab Govitecan | Trodelvy® | je 200 mg | 1.162,63 € |
| Sutimlimab | Enjaymo® | 1.100 mg | 1.131,51 € |
| Tafasitamab | Minjuvi ® | je 200 mg | 605,36 € |
| Talquetamab | Talvey® | 3 mg | 514,90 € |
| Teclistamab | Tecvayli® | 30 mg | 1.223,77 € |
| Teduglutid | Revestive® | 5 mg | 727,45 € |
| Trastuzumab-Deruxtecan | Enhertu® | je 100 mg | 1.205,08 € |
| 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 : 272,79 €

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. 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.

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 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.

12. 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.

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:

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.

15. 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 01.07.2024 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.06.2024 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.