BARMHERZIGE BRÜDER
Krankenhaus St. Barbara
Schwandorf

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

für das

Krankenhaus St. Barbara Schwandorf
Steinberger Straße 24
92421 Schwandorf

Träger:

Barmherzige Brüder gemeinnützige Krankenhaus GmbH

Gültig ab 01. Januar 2024

Das **Krankenhaus St. Barbara Schwandorf** (Krankenhausträger: Barmherzige Brüder gemeinnützige Krankenhaus GmbH) berechnet ab dem **01.01.2024** folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 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 für Aufnahmen ab 01.01.2024 bis 31.01.2024 vorläufig vereinbarte Landesbasisfallwert beträgt **4.195,00 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Der für Aufnahmen ab 01.02.2024 vereinbarte Landesbasisfallwert beträgt **4.206,51 €.** Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel Hauptabteilung (Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	0,513	4195,00 €	2.152,04 €
DRG	**DRG-Definition**	**Relativgewicht**	**Basisfallwert**	**Erlös**
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese	3,116	4195,00 €	13.071,62 €

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-Entgelt-

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

Bezeichnung	Entgelt
ZE2023-09 Hämoperfusion und Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen; OPS 8-821.2	1.250,00 €
ZE2023-09 Hämoperfusion und Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen; OPS 8-856	919,00 €
ZE2023-25 Modulare Endoprothesen, Knie; OPS 5-829.k oder 5-829.m	2.400,00 €
ZE2023-25 Modulare Endoprothesen, Hüfte; OPS 5-829.k oder 5-829.m	1.700,00 €
ZE2023-25 Modulare Endoprothesen, Schulter; OPS 5-829.k oder 5-829.m	1.800,00 €
ZE2023-25 Modulare Endoprothesen, Ellenbogen; OPS 5-829.k oder 5-829.m	2.150,00 €
ZE2023-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.j0 oder 5-429.j1 oder 5-429.j3 oder 5-429.j4 oder 5-429.j9 oder 5-429.ja oder 5-429.jb oder 5-429.jc oder 5-429.jd oder 5-429.je oder 5-429.jf oder 5-429.jg oder 5-449.h* oder 5-469.k* oder 5-489.g0 oder 5-513.m* oder 5-513.n* oder 5-517.** oder 5-526.e0 oder 5-526.f0 oder 5-529.g* oder 5-529.j* oder 5-529.n4 oder 5-529.p2 oder 5-529.r3 oder 5-529.s2	850,00 €
ZE2023-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.p2	1.200,00 €
ZE2023-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.n4	1.275,00 €
ZE2023-56 Gabe von Bosentan, oral, je Tablette zu 32 mg; OPS 6-002.f*	61,74 €
ZE2023-56-1 Bosentan, eine Tablette zu 62,5 oder 125 mg	10,71 €
ZE2023-58 Gabe von Alpha-1-Proteinaseninhibitor human, parenteral, je mg; OPS 8-812.0*	0,38 €
ZE2023-62 Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge bis 2,5 l; OPS 8-839.46	11.900,00 €
ZE2023-62 Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge bis 4,3 l; OPS 8-839.46	19.271,00 €
ZE2023-62 Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge bis zu 5,5 Liter/Minute; OPS 8-839.46	33.330,00 €
ZE2023-69 Gabe von Hämin, parenteral, je mg; OPS 6-004.1*	3,99 €
ZE2023-74 Gabe von Sunitinib, oral, je mg; OPS 6-003.a*	0,30 €
ZE2023-75 Gabe von Sorafenib, oral, je mg; OPS 6-003.b*	0,13 €
ZE2023-77 Gabe von Lenalidomid/ oral, pro 1 mg; OPS 6-003.g*; 76096542	0,12 €
ZE2023-79-29 Gabe von Nelarabin, parenteral, je mg; OPS 6-003.e*	1,73 €
ZE2023-84 Gabe von Ambrisentan, oral, bei Verabreichung einer 5 mg Tablette, je mg; OPS 6-004.2*	3,10 €
ZE2023-84 Gabe von Ambrisentan, oral, bei Verabreichung einer 10 mg Tablette, je mg; OPS 6-004.2*	1,75 €
ZE2023-85 Gabe von Temsirolimus, parenteral, je 1 mg; OPS 6-004.e*	37,52 €
ZE2023-91 Gabe von Dasatinib, oral, je mg bei Gabe der 20 bzw. 80 mg Tablette; OPS 6-004.3*	0,54 €
ZE2023-91 Gabe von Dasatinib, oral, je mg bei Gabe der 50 bzw. 100 mg Tablette; OPS 6-004.3*	0,30 €
ZE2023-91 Gabe von Dasatinib, oral, je mg bei Gabe der 70 bzw. 140 mg Tablette; OPS 6-004.3*	0,23 €
ZE2023-101 Gabe von Mifamurtid, parenteral, je mg; OPS 6-005.g*	972,86 €
ZE2023-103 Gabe von Rituximab, subkutan, je mg; OPS 6-001.j*	1,71 €
ZE2023-104 Gabe von Trastuzumab, subkutan, je mg; OPS 6-001.m*	4,18 €
ZE2023-106 Gabe von Abatacept, subkutan, je mg; OPS 6-003.t*	3,06 €
ZE2023-110 Gabe von Tocilizumab, subkutan, je mg; OPS 6-005.n*	2,76 €
ZE2023-111 Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral, je mg; OPS 6-005.d*	2,24 €
ZE2023-112 Gabe von Abirateronacetat, oral, je mg; OPS 6-006.2*	0,12 €
ZE2023-113 Gabe von Cabazitaxel, parenteral, je mg; OPS 6-006.1*	7,91 €
ZE2023-120 Gabe von Pemetrexed, parenteral, je mg; OPS 6-001.c*	0,08 €
ZE2023-121 Gabe von Etanercept, parenteral, je mg; OPS 6-002.b*	4,40 €
ZE2023-122 Gabe von Imatinib, oral, je mg; OPS 6-001.g*	0,01 €
ZE2023-123 Gabe von Caspofungin, parenteral, je mg; OPS 6-002.p*	0,55 €
ZE2023-124 Gabe von Voriconazol, oral, je 50 mg; OPS 6-002.5*	0,43 €
ZE2023-124 Gabe von Voriconazol, oral, je 200 mg Tablette; OPS 6-002.5*	1,17 €
ZE2023-125 Gabe von Voriconazol, parenteral, je 200 mg; OPS 6-002.r*	5,66 €

ZE2023-127 Gabe von L-Asparaginase aus Erwinia chrysanthemi [Erwinase], parenteral, je IE; OPS 6-003.r*	0,11 €
ZE2023-128 Gabe von nicht pegylierter Asparaginase, parenteral; OPS 6-003.n*	0,03 €
ZE2023-129 Gabe von pegylierter Asparaginase, parenteral, je IE; OPS 6-003.p*	0,60 €
ZE2023-130 Gabe von Belimumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-006.6*	1,29 €
ZE2023-131 Gabe von Defibrotid, parenteral, je mg; OPS 6-005.k*	2,53 €
ZE2023-132 Gabe von Thiotepa, parenteral, je mg; OPS 6-007.n*	3,51 €
ZE2023-140 Gabe von Brentuximabvedotin, parenteral, je mg; OPS 6-006.b*	64,48 €
ZE2023-141 Gabe von Enzalutamid, oral, je mg; OPS 6-007.6*	0,68 €
ZE2023-142 Gabe von Aflibercept, intravenös, je mg; OPS 6-007.3*	3,52 €
ZE2023-143 Gabe von Eltrombopag, oral, je mg; OPS 6-006.0*	1,85 €
ZE2023-144 Gabe von Obinutuzumab, parenteral, je mg; OPS 6-007.j*	2,48 €
ZE2023-145 Gabe von Ibrutinib, oral, je mg; OPS 6-007.e*	0,47 €
ZE2023-146 Gabe von Ramucirumab, parenteral, je mg; OPS 6-007.m*	4,05 €
ZE2023-147 Gabe von Bortezomib, parenteral, je mg; OPS 6-001.9*	16,67 €
ZE2023-148 Gabe von Adalimumab, parenteral, je mg; OPS 6-001.d*	3,21 €
ZE2023-149 Gabe von Infliximab, parenteral, je mg; OPS 6-001.e*	0,89 €
ZE2023-150 Gabe von Busulfan, parenteral, je mg; OPS 6-002.d*	6,00 €
ZE2023-151 Gabe von Rituximab, intravenös, je mg; OPS 6-001.h*	1,25 €
ZE2023-153 Gabe von Trastuzumab, intravenös, je mg; OPS 6-001.k*	1,06 €
ZE2023-154 Gabe von Anidulafungin, parenteral, je mg; OPS 6-003.k*	0,33 €
ZE2023-156 Gabe von Posaconazol, parenteral, je mg; OPS 6-007.k*	1,50 €
ZE2023-157 Gabe von Pixantron, parenteral, je mg; OPS 6-006.e*	0,53 €
ZE2023-158 Gabe von Pertuzumab, parenteral, je mg; OPS 6-007.9*	6,20 €
ZE2023-159 Gabe von Blinatumomab, parenteral, je µg; OPS 6-008.7*	65,68 €
ZE2023-161 Gabe von Nivolumab, parenteral, je mg; OPS 6-008.m*	11,82 €
ZE2023-162 Gabe von Carfilzomib, parenteral, je mg; OPS 6-008.9*	17,48 €
ZE2023-163 Gabe von Macitentan, oral, je mg; OPS 6-007.h*	6,14 €
ZE2023-164 Gabe von Riociguat, oral, je 0,5 - 2,5 mg Filmtablette; OPS 6-008.0*	16,67 €
ZE2023-166 Gabe von Isavuconazol, parenteral, je mg; OPS 6-008.g*	3,14 €
ZE2023-167 Gabe von Isavuconazol, oral, je mg; OPS 6-008.h*	0,62 €
ZE2023-169 Gabe von Liposomalem Irinotecan, parenteral, je 1 mg; OPS 6-009.e*	23,96 €
ZE2023-170 Gabe von Bevacizumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-002.9*	0,85 €
ZE2023-171 Gabe von Clofarabin, parenteral, je mg; OPS 6-003.j*	66,94 €
ZE2023-172 Gabe von Posaconazol, oral, Suspension, je mg; OPS 6-007.0*	0,14 €
ZE2023-173 Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten, je 1 mg; OPS 6-007.p*	0,12 €
ZE2023-175 Gabe von Filgrastim, parenteral, je 1 Mio. IE; OPS 6-002.1*	0,23 €
ZE2023-176 Gabe von Lenograstim, parenteral, je 1 Mio. IE; OPS 6-002.2*	3,70 €
ZE2023-177 Gabe von Pegfilgrastim, parenteral, je 1 mg; OPS 6-002.7*	12,82 €
ZE2023-178 Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral, je 1 mg; OPS 6-007.7*	23,80 €
ZE2023-180 Gabe von Azacytidin, parenteral, je 1 mg; OPS 6-005.0*	0,77 €
ZE2023-182 Gabe von Vedolizumab, parenteral, je 1 mg bei Verwendung der 300 mg Infusionslösung; OPS 6-008.5*	7,76 €
ZE2023-182 Gabe von Vedolizumab, parenteral, je 1 mg bei Verwendung der 108 mg Injektionslösung; OPS 6-008.5*	5,39 €
ZE2023-183 Gabe von Elotuzumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-009.d*	3,57 €
ZE2023-184 Gabe von Atezolizumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-00a.1*	3,29 €
ZE2023-185 Gabe von Ocrelizumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-00a.e*	20,33 €
ZE2023-186 Gabe von Venetoclax, oral, je 1 mg; OPS 6-00a.k*	0,51 €
ZE2023-191 Gabe von Dinutuximab beta, parenteral, je 1 mg; OPS 6-009.b*	511,70 €

ZE2023-192 Gabe von Midostaurin, oral, je 1 mg; OPS 6-00a.b*	5,52 €
ZE2023-194 Gabe von Ustekinumab, intravenös, je 1 mg; OPS 6-005.p*	40,25 €
ZE2023-195 Gabe von Ustekinumab, subkutan, je 1 mg bei Gabe der 45 mg Durchstechflasche/Fertigspritze; OPS 6-005.q*	116,23 €
ZE2023-195 Gabe von Ustekinumab, subkutan, je 1 mg bei Gabe der 90 mg Durchstechflasche/Fertigspritze; OPS 6-005.q*; 76098351	58,13 €
ZE2023-196 Gabe von Micafungin, parenteral, je 1 mg; OPS 6-004.5*	0,63 €
ZE2023-200 Gabe von Daratumumab, intravenös, je 1 mg; OPS 6-009.q*	4,30 €
ZE2023-201 Gabe von Daratumumab, subkutan, je 1 mg; OPS 6-009.r*	3,10 €
ZE2023-202 Gabe von Aldesleukin, parenteral, je 1 Mio. IE; OPS 6-001.8*	47,93 €
ZE2023-203 Gabe von Durvalumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-00b.7*	4,10 €
ZE2023-204 Gabe von Gemtuzumab ozogamicin, parenteral, je 1 mg; OPS 6-00b.a*	1.606,50 €
ZE2023-205 Gabe von Polatuzumab vedotin, parenteral, je 1 mg; OPS 6-00c.c*	82,17 €
ZE2023-137 Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII	Kostenerstattung
ZE2023-138 Gabe von Fibrinogenkonzentrat	Kostenerstattung
ZE2023-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	Kostenerstattung
ZE2023-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	Kostenerstattung

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:

Leistungen nach **Anlage 3a** und **3 b** DRG-EKV 2024:

1. B61B Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage
oder nicht wegverlegt pro Tag **587,07 €**

2. E76A Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage pro Tag **279,07 €**

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** DRG-EKV 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** DRG-EKV 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** 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 gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 3 KHEntgG

Für folgende Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 Satz 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:

Leistung	Zusatzentgelt
Nicht besetzt	Nicht besetzt

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 Nukleinsäure-amplifikationstechnik 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 €.

7. Zu- und Abschläge

Gemäß § 17 a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungskosten.

- Der Ausbildungszuschlag beträgt ab dem 01.01.2024 **46,16 €**

Gemäß § 33 Abs. 3 S. 1 PflBG ergibt sich mit Einführung der generalistischen Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz für die neue Ausbildung ein unabhängiger Ausbildungszuschlag.

- Der Ausbildungszuschlag beträgt ab dem 01.01.2024 **136,00 €**

Ferner berechnet das Krankenhaus gem. § 17b Abs. 1 Satz 4 und 6 KHG folgende Zuschläge / Abschläge:

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

- Qualitätssicherungszuschlag gem. § 17b Abs. 1a Nr. 3 KHG je vollstationärer DRG in Höhe von **0,93 €**

- Zuschlag zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG für Aufnahmen ab dem 01.01.2024 **0,08 %**

- Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG
  ab 01.01.2024 **33,51 €**

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:

Bezeichnung	Entgelt
Abemaciclib, je Tablette	33,00 €
Acalabrutinib, je 1 mg	0,99 €
Alectinib, je mg	0,17 €
Alemtuzumab, bei Multipler Sklerose, je 1 mg; OPS 6-001.0*	865,55 €
Andexanet alfa, je mg	10,84 €
Antivirale HCV-Therapie mit einer Kombination aus Ledipasvir und Sofosbuvir, je mg	2,82 €
Ledipasvir-Sofosbuvir, je 1 mg, bei Gabe der 245 mg Tablette; OPS 6-007.g	2,11 €
Ledipasvir-Sofosbuvir, je 1 mg, bei Gabe der 490 mg Tablette; OPS 6-007.g	1,06 €
Apalutamid, je mg	0,40 €
Arsentrioxid, je mg	6,67 €
Asciminib, je 1 mg	3,27 €
Avacopan, je 1 mg	3,69 €
Avapritinib, je 1 mg bei Verwendung der 25 mg Tablette; OPS 6-00d.3	21,82 €
Avapritinib, je 1 mg bei Verwendung der 50 mg Tablette; OPS 6-00d.3	10,92 €
Avapritinib, je 1 mg bei Verwendung der 100 mg Tablette; OPS 6-00d.3	5,46 €
Avapritinib, je 1 mg bei Verwendung der 200 mg Tablette; OPS 6-00d.3	2,73 €
Avapritinib, je 1 mg bei Verwendung der 300 mg Tablette; OPS 6-00d.3	1,82 €
Avatrombopag, je 1 mg	3,58 €
Avelumab, je mg	3,88 €
Axitinib, je mg	9,70 €
Azacitidin, oral, je 1 mg	3,68 €
Belantamab Mafodotin, je 1 mg	55,19 €
Bezlotoxumab, je mg	2,81 €
Brigatinib, je mg	1,13 €
Bulevirtid, je 1 mg	122,26 €
Cabozantinib, je 20 / 40 / 60 mg Tablette; OPS 6-008.8	176,67 €
Cabozantinib, je Tagesdosis (mit 60 mg, 100 mg oder 140 mg; Gabe von 20 mg oder 80 mg-Kapseln); OPS 6-008.8	188,79 €
Canakinumab, je mg	90,74 €
Caplacizumab, je mg	425,77 €
Cemiplimab, je mg	14,12 €
Ceritinib, je mg	0,39 €
Cobimetinib, je mg	4,37 €
Crizotinib, je mg	0,35 €

Dabrafenib, je mg	0,62 €
Dostarlimab, je 1 mg	5,55 €
Dupilumab, je mg bei Gabe der 200 mg Injektionslösung	3,46 €
Dupilumab, je mg bei Gabe der 300 mg Injektionslösung	2,31 €
Elbasvir-Grazoprevir, je mg	1,99 €
Encorafenib, je 1 mg; OPS 6-00b.9	0,48 €
Enfortumab Vedotin, je 1 mg	35,70 €
Entrectinib, je 1 mg	0,30 €
Eribulin, je 0,88 mg	383,87 €
Everolimus bei Neoplasie, je mg; OPS 6-005.8	2,40 €
Externes Stabilisierungsgerüst bei Anastomose eines AV-Shunts im Rahmen der Shuntchirurgie	1.447,89 €
Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision/ je Stent, 25 mm bis 50 mm; OPS 8-842.*3 oder 8-842.*e oder 8-842.*8 oder 8-842.*2 in Verbindung mit OPS 8-83b.e1; 76199750	1.750,00 €
Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision/ je Stent, 100 mm; OPS 8-842.*3 oder 8-842.*e oder 8-842.*8 oder 8-842.*2 in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f1; 76199751	2.100,00 €
Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision/ je Stent, 150 mm; OPS 8-842.*3 oder 8-842.*e oder 8-842.*8 oder 8-842.*2 in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f2; 76199752	2.550,00 €
Gilteritinib, je mg	5,56 €
Givosiran, je 1 mg	217,48 €
Glasdegib, je 1 mg	2,99 €
Glecaprevir-Pibrentasvir, je mg	1,23 €
Golimumab, subkutane Gabe, je mg bei Verwendung einer 100 mg Fertigspritze; OPS 6-005.2	15,38 €
Golimumab, subkutane Gabe, je mg bei Verwendung einer 50 mg Fertigspritze; OPS 6-005.2	16,87 €
Idarucizumab, je 2,5 g; OPS 6-008.f	1.487,50 €
Idelalisib, je mg bei Gabe der 100 mg - Tablette	0,72 €
Idelalisib, je mg bei Gabe der 150 mg - Tablette	0,48 €
Inotuzumab-Ozogamicin, je mg	11.305,00 €
Isatuximab, je 1 mg	3,36 €
Ivacaftor, je mg (bei Tabletten); OPS 6-006.d	1,39 €
Ivacaftor, je mg bei Verwendung eines 50 mg-Granulatbeutels, Alter >= 2 Jahre, Gewicht < 14 kg; OPS 6-006.d	4,18 €
Ivacaftor, je mg bei Verwendung eines 75 mg-Granulatbeutels, Alter >= 2 Jahre, Gewicht 14 kg bis unter 25 kg; OPS 6-006.d	2,79 €
Ivacaftor-Tezacaftor-Elexacaftor in Kombination mit Ivacaftor, je 75 mg / 50 mg / 100 mg oder je 37,5 mg / 25 mg / 50 mg Filmtablette; OPS 6-00d.e	187,26 €
Ixazomib, je mg pro 2,3 mg Kapsel	896,81 €
Ixazomib, je mg pro 3 mg Kapsel	687,56 €
Ixazomib, je mg pro 4 mg Kapsel	515,67 €
Ixekizumab, pro mg	15,90 €
Larotrectinib, je 1 mg	0,93 €
Lenvatinib/ je mg bei Gabe der 10 mg Hartkapsel, Indikation: Schilddrüse und Leber; OPS 6-008.j; 76199123	4,82 €
Lenvatinib/ je mg bei Gabe der 10 mg Hartkapsel, Indikation: Niere; OPS 6-008.j; 76199124	4,16 €
Lenvatinib/ je mg bei Gabe der 4 mg Hartkapsel, Indikation: Schilddrüse und Leber; OPS 6-008.j; 76199125	9,27 €
Lenvatinib/ je mg bei Gabe der 4 mg Hartkapsel, Indikation: Niere; OPS 6-008.j; 76199126	10,39 €
Liposomales Cytarabin-Daunorubicin, je mg	42,56 €
Lorlatinib, je 1 mg	1,73 €
Lumacaftor-Ivacaftor, je 100/125 mg oder 200/125 mg Tablette	104,15 €
Luspatercept, je 1 mg	50,70 €
Mepolizumab, je 1 mg	11,89 €

Mogamulizumab, je 1 mg	65,45 €
Niraparib, je mg	0,67 €
Nirmatrelvir-Ritonavir, je 300mg / 100 mg	2,38 €
Osimertinib, je mg bei Verwendung der 40 mg Tablette; 7619904U	4,61 €
Osimertinib, je mg bei Verwendung der 80 mg Tablette; 7619904V	2,31 €
Olaparib, je mg bei Gabe der 100 mg oder 150 mg Tablette; OPS 6-009.0	0,28 €
Palbociclib, je mg bei Gabe der 75 mg Kapsel	1,48 €
Palbociclib, je mg bei Gabe der 100 mg Kapsel	1,11 €
Palbociclib, je mg, bei Gabe der 125 mg Kapsel	0,89 €
Panobinostat, je mg bei Gabe der 10 mg Hartkapsel	74,41 €
Panobinostat, je mg bei Gabe der 15 mg Hartkapsel	49,61 €
Panobinostat, je mg bei Gabe der 20 mg Hartkapsel	37,21 €
Pazopanib, je mg	0,19 €
Pegcetacoplan, je 1 mg	3,44 €
Pemigatinib, je 1 mg bei Verwendung der 4,5 mg Tablette; OPS 6-00f.4	114,19 €
Pemigatinib, je 1 mg bei Verwendung der 9 mg Tablette; OPS 6-00f.4	57,09 €
Pemigatinib, je 1 mg bei Verwendung der 13,5 mg Tablette; OPS 6-00f.4	38,06 €
Pomalidomid, je 1mg Hartkapsel	367,51 €
Pomalidomid, je 2mg Hartkapsel	384,49 €
Pomalidomid, je 3mg Hartkapsel	407,13 €
Pomalidomid, je 4 mg Hartkapsel	418,45 €
Ponatinib, bei Verwendung einer 15 mg Tablette, je mg	7,16 €
Ponatinib, bei Verwendung einer 30 mg Tablette, je mg	7,16 €
Ponatinib, bei Verwendung einer 45 mg Tablette, je mg	4,77 €
Pralsetinib, je 1 mg	0,81 €
Ravulizumab, je 1 mg	16,75 €
Remdesivir, je 1 mg	4,11 €
Ripretinib, je 1 mg	4,85 €
Risdiplam, je 1 mg	148,95 €
Ropeginterferon alfa-2b, je 1 µg	6,32 €
Ruxolitinib, je mg bei Gabe der 10 mg Tablette	6,76 €
Ruxolitinib, je mg bei Gabe der 15 mg Tablette	4,50 €
Ruxolitinib, je mg bei Gabe der 20 mg Tablette	3,38 €
Ruxolitinib, je mg bei Gabe der 5 mg Tablette	6,75 €
Sacituzumab Govitecan, je 1 mg	5,81 €
Sarilumab, je mg bei Abgabe einer 150 mg Fertigspritze	4,49 €
Secukinumab, je mg	4,89 €
Selexipag, je Tablette	50,53 €
Selinexor, je 1 mg	2,22 €
Selpercatinib, je 1 mg	0,44 €
Siltuximab, je 1 mg	5,98 €
Sofosbuvir, je 1 mg bei Gabe des 150 mg Granulates; OPS 6-008.3	3,29 €
Sofosbuvir, je 1 mg bei Gabe des 200 mg Granulates; OPS 6-008.3	2,47 €
Sofosbuvir, je 1 mg bei Gabe der 200 mg Tablette; OPS 6-008.3	2,47 €
Sofosbuvir, je 1 mg bei Gabe der 400 mg Tablette; OPS 6-008.3	1,23 €
Sofosbuvir-Velpatasvir, je mg	0,69 €
Sofosbuvir-Velpatasvir-Voxilaprevir, je mg	1,15 €
Streptozotocin, je mg	0,80 €

Sutimlimab, je 1 mg	1,25 €
Tafasitamab, je 1 mg	3,03 €
Tagraxofusp, je 1 mg	10.710,00 €
Tebentafusp, je 1 µg	157,84 €
Teduglutid, je mg, bei Erwachsenen	145,49 €
Teduglutid, je mg, bei Gabe an Kinder <= 18 Jahre	290,98 €
Temozolomid, intravenös, je mg	3,49 €
Tezacaftor-Ivacaftor in Kombination mit Ivacaftor, je mg	0,73 €
Tezacaftor-Ivacaftor in Kombination mit Ivacaftor, je mg bei Verwendung der 50 mg/75 mg Filmtablette, bei Gabe an Kinder von 6 bis < 12 Jahren und einem Körpergewicht < 30 kg	1,47 €
Tixagevimab-Cilgavimab, je 1 mg	7,89 €
Trametinib, je 0,5 mg	34,87 €
Trastuzumab Deruxtecan, je 1 mg	22,46 €
Trastuzumab-Emtansin, je mg	18,27 €
Trifluridin-Tipiracil, je mg; OPS 6-009.n	1,75 €
Tucatinib, je 1 mg	0,39 €
Vemurafenib; je mg	0,10 €
Voxelotor, je 1 mg	0,19 €

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 krankenhausindividuellen 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 tagesbezogene krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Abs. 4 KHEntgG beträgt ab dem 01.01.2024 277,35 € und ist mit den Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG zu multiplizieren.

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 €**.

11. Weitere Zu- und Abschläge

Systemzuschlag für G-BA inkl. IQWiG und IQTIG pro Behandlungsfall

in Höhe von **2,94 €**.

Zuschlag Qualitätssicherung für Schlaganfallbehandlung nach § 5 Abs. 1 bis 3c KHEntgG pro Behandlungsfall

in Höhe von **3,10 €**.

Zuschlag für die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen pro Behandlungsfall

in Höhe von **0,20 €**.

Telematikzuschlag nach § 377 Abs. 1 und 2 SGB V pro Behandlungsfall, ab dem 01.01.2024

in Höhe von **1,67 €**.

Zuschlag TEMPiS Netzwerk, je dokumentierten Fall (Hauptdiagnosen ICD G45; I60; I61; I63 und I64), ab dem 01.12.2022

in Höhe von **191,30 €**.

Zuschlag zur Sicherung der Kinder- und Jugendmedizin gemäß § 4a Abs. 4 KHEntgG, ab dem 01.01.2024

in Höhe von **11,50 %**.

Zuschlag Infektiologieförderprogramm nach § 4 Abs. 9 KHEntgG, ab dem 01.01.2024

in Höhe von **0,35 %**.

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

Gem. § 115 a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte:

a. vorstationäre Behandlung

- Chirurgie **100,72 €**
- Gefäßchirurgie **134,47 €**
- Unfallchirurgie **82,32 €**
- Kardiologie **156,97 €**
- Gastroenterologie **164,64 €**
- Gynäkologie und Geburtshilfe **119,13 €**

b. nachstationäre Behandlung

- Chirurgie **17,90 €**
- Gefäßchirurgie **23,01 €**
- Unfallchirurgie **21,47 €**
- Kardiologie **61,36 €**
- Gastroenterologie **63,91 €**
- Gynäkologie und Geburtshilfe **22,50 €**

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

nicht besetzt

Gem. § 8 Abs. 2 Satz 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. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie die liquidationsberechtigten Ärzte ein Entgelt (Honorar, Schreibgebühren, Porto- und Versandkosten) nach Aufwand.

2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus **65,00 €.**

3. Für Hilfsmittel berechnet das Krankenhaus den tatsächlichen Aufwand.

14. Zuzahlungen

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein (§ 39 Abs. 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit **10,00 €** je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V im Auftrage der gesetzlichen Krankenkassen eingezogen.
Für den kompletten Entbindungsaufenthalt ist eine Zuzahlung nach § 39 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V nicht zu entrichten, weil keine Krankenhausbehandlung nach dem SGB V vorliegt.

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, Belegentbindungspfleger

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):

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 (§ 115 a 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 § 6 a Abs. 1 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:

Fachabteilung / Sektion	Chefarzt/Leitender Arzt	Ständiger ärztlicher Vertreter	
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	Dr. med. Detlef Schoenen	Dr. med. Alexander Lorenz	
Abteilung für Gefäßchirurgie	Dr. med. Christine Tabken (Leitende Ärztin)	Dejan Lazeski	
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe	Dr. med. Susanne Merl	Barbara Knortz	
Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie	Dr. med. Horst Schneider	Dr. Morris Wolter	
Department Neurochirurgie	Johannes Sponsel (Departmentarzt)	Dr. Christian Eimer	
Klinik für Kardiologie	Dr. med. Elisabeth Bösl	Dr. med. Monika Pilz	Konservative Leistungen
		Dr. med. Dominik Uihlein	Funktionsbereich: Herzkatheter Interventionen, Schrittmacher
Klinik für Gastroenterologie	Dr. med. Christoph Balzer	Michael Zintl	
Sektion Geriatrie	Dr. medic. Adela Sala (Sektionsleitung)	Dr. Claudia Mühlhäußer	
Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin	Priv.-Doz. Dr. med. Florian Brettner	Dr. med. Beate Fehle	
Labormedizin	Dr. med. Andreas Ambrosch		

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 Belegungstag gebildet. Belegungstag 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 im Einbettzimmer auf Komfortstation**
  Preis je Belegungstag **€ 175,00**

- **Reservierungszuschlag für Einbettzimmer auf Komfortstation**
  Preis je Belegungstag **€ 131,25**
  (Reservierung bzw. Freihalten eines Einbettzimmers für max. 4 Tage)

- **Unterbringung im Zweibettzimmer auf Komfortstation**
  Preis je Belegungstag **€ 88,00**

- **Unterbringung im Einbettzimmer auf Normalstation**
  Preis je Belegungstag **€ 120,39**

- **Reservierungszuschlag für Einbettzimmer auf Normalstation**
  Preis je Belegungstag **€ 90,29**
  (Reservierung bzw. Freihalten eines Einbettzimmers für max. 4 Tage)

- **Unterbringung im Zweibettzimmer auf Normalstation**
  Preis je Belegungstag **€ 69,14**

- **Unterbringung im Einbettzimmer auf Station C2**
  (Bereich Gynäkologie / Geburtshilfe)
  Preis je Belegungstag **€ 91,29**

- **Komfortzuschlag Einbettzimmer auf der Akutgeriatrie**
  Preis je Belegungstag **€ 48,57**

- **Komfortzuschlag Zweibettzimmer auf der Akutgeriatrie**
  Preis je Belegungstag **€ 45,17**

- **Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson**
  Preis je Belegungstag **€ 80,00**
  (inkl. der derzeit gültigen gesetzlichen Umsatzsteuer)

- **Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson auf der Komfortstation**
  Preis je Belegungstag **€ 100,00**
  (inkl. der derzeit gültigen gesetzlichen Umsatzsteuer)

c. **Gestellung einer Sonderwache:** Erstattung des tatsächlichen Aufwandes

d. **Bereitstellen eines Fernsprechapparates:** € **0,00** je Tag
(Grundgebühr)

e. **Telefongebühren:** € **0,00** je Gesprächseinheit

f. **Internet:** € **1,00** je Tag

g. **Fernsehgebühren für Patienten werden nicht erhoben.**

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01. Januar 2024 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01. September 2023 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen der Patientenverwaltung unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung, Telefonnummer: 09431-52-1601.

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.**

Schwandorf, den 01. Januar 2024

(Janina Philipp)
Geschäftsführerin