

Krankenhaus St. Joseph-Stift GmbH Bremen,
Schwachhauser Heerstraße 54, 28209 Bremen

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

Das Krankenhaus St. Joseph-Stift GmbH Bremen berechnet 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, des KHEntgG in der jeweils gültigen Fassung, der jährlichen Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV 2024) sowie den jährlichen Budgetvereinbarungen. 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 textlicher Definitionen. Ergänzend finden sich hier auch Tabellen von zugehörigen Diagnosen oder Prozeduren.

Die jeweilige DRG ist mit einem entsprechenden Relativgewicht bewertet, welches im Rahmen der DRG-Systempflege jährlich variieren kann. Diesem Relativgewicht ist ein in Euro ausgedrückter Basisfallwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet. Der derzeit gültige Basisfallwert liegt bei **4.217,71 €** 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	€ 4.000,00	€ 2.052,00
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse	3,116	€ 4.000,00	€ 12.464,00

Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Diagnose(n) am Ende des stationären Aufenthaltes gestellt und welche diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Für das Jahr 2024 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der DRG-Entgeltkatalogverordnung 2024 (DRG-EKV 2024) vorgegeben.

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 2023

Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) gemäß § 17b Abs. 1 S. 7 KHG Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2024 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der DRG-EKV 2024 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der DRG-EKV 2024 genannten Zusatzentgelte **krankenhausindividuelle Zusatzentgelte** nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden.

Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 DRG-EKV 2024 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2024 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 DRG-EKV 2024 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Menge/Dosierung	Abrechnungsschlüssel	Betrag
ZE2024-09	Hämoperfusion "CytoSorb"-Therapie		7600009A	1.000,00 €
ZE2024-40a	Naturheilkundliche Komplexbehandlung 14-20 Tage bzw. 10-13 Tage mit mindestens 1.680 Behandlungsminuten		7600040A	961,62 €
ZE2024-40b	Naturheilkundliche Komplexbehandlung mindestens 21 Tage bzw. mindestens 14 Tage mit mindestens 2.520 Behandlungsminuten		7600040B	1.438,54 €
ZE2024-54a	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	pro Prothese	76090540	750,00 €
ZE2024-54b	EUS-geführtes elektrokautergestütztes System zur Anastomosenanlage zu Gallenwegen/-blase und Drainage von Pankreaspseudozysten (z.B. "Hot AXIOS™ Stent")	pro Stent	76098233	Einzelabrechnung
ZE2024-58	Gabe von Alpha-1-Proteinaseninhibitor human, parenteral	pro 1000mg angebrochen	76096416	380,80 €
ZE2024-69	Gabe von Hämin, parenteral	pro 250 mg angebrochen	76096418	724,75 €
ZE2024-71a	Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga 4 GBq		7609071D	3.502,78 €
ZE2024-71b	Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga 6 GBq		76090710	3.980,00 €
ZE2024-74	Gabe von Sunitinib, oral	pro 12,5mg	76096454	2,87 €

ZE2024-74	Gabe von Sunitinib, oral	pro 50mg	76096460	9,70 €
ZE2024-75	Gabe von Sorafenib, oral	pro 200mg	76096455	2,84 €
ZE2024-77	Lenalidomid, oral	pro 2,5 5 7,5 10 15 20 25mg	76090770	2,22 €
ZE2024-80	Gabe von Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral	pro 50mg	76097078	106,70 €
ZE2024-85	Gabe von Temsirolimus, parenteral	pro 30mg angebrochen	76097883	926,52 €
ZE2024-91	Gabe von Dasatinib, oral	pro 50mg oder 70mg angebrochen	76090910	13,70 €
ZE2024-110	Gabe von Tocilizumab, subkutan	pro 162mg angebrochen	76090DGM	356,83 €
ZE2024-103	Gabe von Rituximab, subkutan	pro 1400 mg angebrochen	76097292	2.277,95 €
ZE2024-104	Gabe von Trastuzumab, subkutan	pro 600mg angebrochen	76097293	2.140,36 €
ZE2024-108	Implantation einer Irisprothese	pro Prothese	76091080	3.150,00 €
ZE2024-111	Gabe nab-Paclitaxel, parenteral	pro 100 mg angebrochen	76097362	332,87 €
ZE2024-112	Gabe von Abirateron, oral	pro 500mg angebrochen	76091120	3,77 €
ZE2024-113	Gabe von Cabazitaxel, parenteral	pro 60mg angebrochen	76097382	1.006,74 €
ZE2024-120a	Gabe von Pemetrexed, parenteral	pro 100 mg angebrochen	76097888	194,43 €
ZE2024-120b	Gabe von Pemetrexed, parenteral	1000mg pro St.	76090DN4	1.117,48 €
ZE2024-121	Gabe von Etanercept, parenteral	pro 50 mg angebrochen	76097511	98,40 €
ZE2024-122	Gabe von Imatinib, oral	pro 100 mg	76097473	0,61 €
ZE2024-123	Gabe von Caspofungin, parenteral	pro 50 mg angebrochen	76097477	40,58 €
ZE2024-124	Gabe von Voriconazol, oral	pro 50 mg	76097544	1,48 €
ZE2024-125	Gabe von Voriconazol, parenteral	pro 200 mg angebrochen	76097480	6,48 €
ZE2024-13	Immunadsorption mit nicht regenerierbarer Säule		76000822	1.649,00 €
ZE2024-140	Gabe von Brentuximab Vedotin, parenteral	pro 50mg angebrochen	76097894	3.051,38 €
ZE2024-141	Gabe von Enzalutamid, oral	pro 40mg	76097626	25,82 €
ZE2024-142	Gabe von Aflibercept, intravenös	pro 100mg angebrochen	76097805	357,00 €
ZE2024-143	Gabe von Eltrombopag, oral	pro 25mg	76097761	41,50 €
ZE2024-144	Gabe von Obinutuzumab, parenteral	pro 1000mg angebrochen	76097896	2.516,11 €
ZE2024-145	Gabe von Ibrutinib, oral	pro 140mg	76097627	66,05 €
ZE2024-146	Gabe von Ramucirumab, parenteral	pro 100mg angebrochen	76097898	404,60 €
ZE2024-147	Gabe von Bortezomib, parenteral	pro 3,5mg angebrochen	76097946	215,88 €
ZE2024-149	Gabe von Infliximab, parenteral	pro 100mg angebrochen	76097901	199,09 €
ZE2024-151	Gabe von Rituximab, intravenös	je 1 mg	76097674	2,29 €
ZE2024-153	Gabe von Trastuzumab, intravenös	pro 150mg angebrochen	76098088	170,17 €
ZE2024-154	Gabe von Anidulafungin, parenteral	pro 100mg angebrochen	76098047	62,83 €
ZE2024-156	Gabe von Posaconazol, parenteral	pro 300mg angebrochen	76098055	396,89 €

ZE2024-157	Gabe von Pixantron, parenteral	pro 29mg angebrochen	76098091	423,94 €
ZE2024-158	Gabe von Pertuzumab, parenteral	pro 420mg angebrochen	76098056	2.642,54 €
ZE2024-161	Gabe von Nivolumab, parenteral	pro 40mg angebrochen	76098057	481,97 €
ZE2024-162	Gabe von Carfilzomib, parenteral	pro 10mg angebrochen	76098067	174,79 €
ZE2024-166	Gabe von Isavuconazol, parenteral	pro 200mg angebrochen	76098142	637,86 €
ZE2024-167	Gabe von Isavuconazol, oral	pro 100mg angebrochen	76098143	61,64 €
ZE2024-169	Gabe von Liposomalem Irinotecan, parenteral	pro 43mg angebrochen	76098166	961,78 €
ZE2024-170	Gabe von Bevacizumab, parenteral	pro 100mg angebrochen	76098171	333,33 €
ZE2024-171	Gabe von Clofarabin, parenteral	pro 20mg angebrochen	76098172	533,12 €
ZE2024-172	Gabe von Posaconazol, oral, Suspension	pro 4200mg angebrochen	76098297	431,39 €
ZE2024-173	Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten	pro 100mg angebrochen	76098240	14,11 €
ZE2024-175a	Gabe von Filgrastim, parenteral	pro 30 Mio.E. angebrochen	76098232	6,88 €
ZE2024-175b	Gabe von Filgrastim, parenteral	pro 48 Mio.E. angebrochen	76098141	9,49 €
ZE2024-176	Gabe von Lenograstim, parenteral	pro 34 Mio IE, angebrochen	76091760	11,90 €
ZE2024-177	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral	pro 6mg angebrochen	76098149	120,00 €
ZE2024-178	Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral	pro 6mg angebrochen	76098145	188,46 €
ZE2024-180	Gabe von Azacitidin, parenteral	pro 100mg angebrochen	76098302	166,67 €
ZE2024-182a	Gabe von Vedolizumab, parenteral	pro 300mg Injektionsflasche angebrochen	76098304	2.402,61 €
ZE2024-182b	Gabe von Vedolizumab, parenteral	pro 108mg Fertigspritze angebrochen	76091820	600,65 €
ZE2024-183	Gabe von Elotuzumab, parenteral	pro 100mg angebrochen	76098421	364,14 €
ZE2024-184a	Gabe von Atezolizumab, parenteral	pro 840mg angebrochen	76098271	2.896,40 €
ZE2024-184b	Gabe von Atezolizumab, parenteral	pro 1200mg angebrochen	76091840	4.137,71 €
ZE2024-186	Gabe von Venetoclax, oral	pro 10mg angebrochen	76098307	5,09 €
ZE2024-187a	Neurostimulatoren zur Hypoglossusnerv-Stimulation mit System aura6000		7609187A	22.108,25 €
ZE2024-187b	Neurostimulatoren zur Hypoglossusnerv-Stimulation mit System Genio®		7609187B	22.108,25 €
ZE2024-194	Gabe von Ustekinumab, intravenös	pro 130mg angebrochen	76098348	4.465,52 €
ZE2024-195a	Gabe von Ustekinumab, subkutan	pro 45mg angebrochen	76098361	4.146,71 €
ZE2024-195b	Gabe von Ustekinumab, subkutan	pro 90mg angebrochen	76098362	4.584,34 €
ZE2024-196	Gabe von Micafungin, parenteral	pro 50mg angebrochen	76098356	130,56 €

ZE2024-200	Gabe von Daratumumab	pro 100mg intravenös angebrochen	76098428	429,59 €
ZE2024-201	Gabe von Daratumumab	pro 1800 mg subcutan angebrochen	76098413	5.584,67 €
ZE2024-192	Gabe von Midostaurin, oral	pro 25mg	76098345	138,13 €
ZE2024-202	Gabe von Aldesleukin, parenteral	pro 18 Mio IE angebrochen	76098430	862,75 €
ZE2024-203	Durvalumab	pro 120mg angebrochen	76098431	491,59 €
ZE2024-205	Polatuzumab Vedotin	pro 30mg angebrochen	76098435	2.465,00 €

Spezifische Sachkosten für die Versorgung von Hämophilie-Patienten werden auf der Grundlage der Anlage 6 zur FPV 2024 in Verbindung mit den Regelungen der Budgetvereinbarung 2024 für das Krankenhaus gegen Einzelkostennachweis berechnet:

ZE2024-97	Entsprechend dem patientenbezogenen nachgewiesenen Sachkostenaufwand
ZE2024-137	Ab einem Schwellenwert von 20.000 Euro entsprechend dem nachgewiesenen Sachkostenaufwand
ZE2024-138	Ab einem Schwellenwert von 2.500 Euro entsprechend dem nachgewiesenen Sachkostenaufwand
ZE2024-139	Ab einem Schwellenwert von 6.000 Euro entsprechend dem nachgewiesenen Sachkostenaufwand

4. Zusatzentgelt für Testung auf Infektionen 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 01.07.2022:

30,40 €.

Labordiagnostik mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 15.10.2020:

19,00 €.

Testung mittels Antigen-Test zur patientennahen Anwendung durch Dritte zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (PoC-Antigentest) bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2021:

11,50 €.

Testungen durch einen Nukleinsäurenachweis mittels Pooling-Verfahren (PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) bei Patientinnen oder Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2022:

bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als vier Proben und höchstens 10 Proben:

14,00 €.

bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 10 Proben und höchstens 20 Proben:

13,00 €.

bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 20 und höchstens 30 Proben:

12,00 €.

5. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV 2023

Für Leistungen, die noch nicht mit DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten vergütet werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart. Das Entgelt wird für jeden Behandlungstag (Behandlungsnacht), auch den Entlassungstag, berechnet.

Entgelt	Bemerkungen	Abrechnungsschlüssel	Betrag
Tagesklinik Geriatrie		8500A90A	125,75 €
Pflegeentgelt Tagesklinik Geriatrie		8400A90A	61,70 €
Tagesklinik Onkologie/Innere Medizin	ohne Chemotherapie	85000012	72,84 €
Pflegeentgelt Onkologie/ Innere Medizin	ohne Chemotherapie	84000012	113,01 €
Tagesklinik Onkologie/Innere Medizin	mit Chemotherapie	85000013	365,74 €
Pflegeentgelt Tagesklinik Innere Medizin	mit Chemotherapie	84000013	113,01 €
DRG B61B (Rückenmarksschädigung)	vollstationäre Behandlung	8500B61B	192,86 €
Pflegeentgelt DRG B61B	vollstationäre Behandlung	8400B61B	333,99 €
DRG U01Z	vollstationäre Behandlung	8500U01Z	798,50 €
Pflegeentgelt DRG U01Z	vollstationäre Behandlung	8400U01Z	173,36 €
Schlaflabor 1 Nacht	2 Tage á 175 €	85000002	175,00 €
Schlaflabor 2 Nächte	3 Tage á 233 €	85000005	233,00 €
Schlaflabor 3 Nächte	4 Tage á 262 €	85000020	262,00 €

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2024 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **600,00 €** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 3b** FPV 2024 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **300,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2024 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2024 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

6. Zu- und Abschläge gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 4 KHEntG

Gemäß § 17a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungstätten und Ausbildungsvergütungen. Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig:

- **je teil- und vollstationärem Fall** **117,59 €**

Gemäß § 33 Abs. 3 PflBGKHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungstätten und Ausbildungsvergütungen. Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig:

je teil- und vollstationärem Fall **120,33 €**

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

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **45,00 €** pro Tag (nicht am Verlegungs- oder Entlassungstag)

- Zuschlag wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG in Höhe von **7,58 €** je vollstationärem Fall
- Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG in Höhe von **0,00%** 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
- Abschlag für Mehrleistungen gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG in Höhe von **0,00 €** pro Relativgewicht (Bewertungsrelation) der abgerechneten DRG-Fallpauschale
- Fixkostendegressionsabschlag gemäß § 4 Abs. 2b KHEntgG in Höhe von **0,00 €** auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen
- Zuschlag für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen nach § 17 Abs. 1a Nr. 4 je abgerechneten vollstationären Fall in Höhe von **0,20 €**
- Zuschlag nach § 5 Abs. 3g KHEntgG für Speicherung von Daten auf der elektronischen Patientenakte für jeden voll- und teilstationären Fall in Höhe von **0 €**
- Zuschlag nach § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten aufgrund der Behandlung von SARS-CoV -2 für jeden voll- und teilstationären Fall bis zum 31.12.2021 in Höhe von **0,00 €**
- Zuschlag nach § 4 Abs. 10 KHEntgG zur Finanzierung bei Personalkosten bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hebammen in Höhe von **0,00%**.
- Abschlag für den Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösanstiegs (prozentual, Coronaausgleichsvereinbarung in Höhe von **0,00%**).
- Abschlag nach § 5 Abs. 3e KHEntgG wegen unzureichendem Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 341 Abs. 7 Satz 1 SGB V **in Höhe von 1%** des Rechnungsbetrags, mit Ausnahme der Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG, für jeden voll- und teilstationären Fall.
- Zuschlag für Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG in Höhe von **0,00%** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2a KHEntgG.
- Zuschlag nach § 4a Abs. 4 KHEntgG zur Auszahlung des Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Höhe von **11,500 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG.
- Zuschlag nach § 5 Abs. 2c KHEntgG zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern in Höhe von **0,00 € Hinweis: Meldung vom Land HB steht noch aus**
- Abzug für nicht anfallende Übernachtungskosten in der tagesstationären Behandlung nach § 115e Abs. 3 SGB V in Höhe von **0,04** Bewertungsrelationen je betreffender Nacht, maximal jedoch 30 % der Entgelte für den Aufenthalt insgesamt
- Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8a KHEntgG wegen fehlender Einschätzung des Beatmungsstatus in Höhe von **16%** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG, **maximal jedoch 2.000,00 €**.
- Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8b KHEntgG wegen fehlender Anschlussverordnung zur Beatmungsentwöhnung **in Höhe von einmalig 280 €**.
- Zuschlag nach § 5a Abs. 1 KHWiSichV i.V.m. § 7 Abs. 1 der Corona-Ausgleichsvereinbarung 2022 oder Abschlag nach § 5a Abs. 1 KHWiSichV i.V.m. § 7 Abs. 2 Corona-Ausgleichsvereinbarung 2022 in Höhe von **0,00 €**.

7. Hygienezuschlag gem. § 4 Abs. 11 KHEntgG

Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gem. § 4 Abs. 11 KHEntgG in Höhe von **0,00 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen sowie auf die Zusatzentgelte gem. § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 KHEntgG.

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

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:

NUB		Menge/Dosierung	Abrechnungs- Schlüssel	Betrag
47	Acalabrutinib	pro 100mg angebrochen	76199374	99,09 €
28	Alectinib	pro 150mg angebrochen	76198792	25,66 €
3	Andexanet alfa	pro 200mg angebrochen	76199165	2.201,50 €
59	Avatrombopag	pro 20mg angebrochen	76199450	75,86 €
16	Avelumab	pro 200mg angebrochen	76198841	775,09 €
20	Axitinib	pro 1mg angebrochen	76197656	9,70 €
20	Axitinib	pro Tablette mit 5 mg oder 7 mg	76198584	48,49 €
67	Azacitidin oral	pro 200mg oder 300 mg angebrochen	76199552	972,40 €
41	Belantamab Mafodotin	pro 100mg angebrochen	76199350	5.518,99 €
5	Bezlotoxumab	pro 1000mg angebrochen	76198984	2.808,65 €
240	Boston Keratoprothese Typ I	pro Prothese	76199219	2.370,00 €
36	Brigatinib	pro 30mg angebrochen	76199024	33,83 €
17	Cabozantinib Cabometyx	pro 20/40/60mg angebrochen	76198580	176,67 €
7	Caplacizumab	pro 10mg angebrochen	76198964	4.257,69 €
220	Casirivimab/ Imdevimab	pro Kombi 300mg/300mg angebrochen	76199619	Antragsleistung
26	Cemiplimab	pro 350mg angebrochen	76199170	4.360,66 €
52	Ceritinib	pro 150mg angebrochen	76198252	58,76 €
79	Certolizumab Pegol	pro 200mg angebrochen	76197418	451,66 €
60	Cobimetinib	pro 20mg angebrochen	76198240	78,12 €
25	Crizotinib	pro 1 mg, angebrochen	76197658	0,35 €
23	Dabrafenib	pro 1 mg, angebrochen	76197848	0,62 €
58	Dostarlimab	pro 500mg angebrochen	76199478	2.814,23 €
100	Emicizumab	pro 105mg angebrochen	76198979	6.505,21 €
100	Emicizumab	pro 30mg angebrochen	76198981	1.858,64 €
72	Encorafenib	pro 50mg angebrochen	76199375	23,80 €
72	Encorafenib	pro 75mg angebrochen	76199376	35,70 €
70	Entrectinib	pro 100mg angebrochen	76199355	30,27 €
10	Everolimus bei Neoplasie	pro 10mg angebrochen	76197525	17,25 €
10	Everolimus bei Neoplasie	pro 2,5mg angebrochen	76197806	5,04 €
10	Everolimus bei Neoplasie	pro 5mg angebrochen	76197548	11,06 €
94	Fostamatinib	pro 100mg angebrochen	76199378	41,47 €

21	Golimumab	pro 100mg angebrochen	76197804	1.550,80 €
21	Golimumab	pro 50mg angebrochen	76197362	833,60 €
38	Icatibant	pro 30mg angebrochen	76196974	677,87 €
2	Idarucizumab	pro 2,5mg angebrochen	76198596	1.356,25 €
44	Idelalisib	pro 100mg oder 150mg angebrochen	76198100	72,45 €
305	Ivosidenib	pro 250mg angebrochen	7619903Y - in Abstimmung	Antragsleistung
68	Larotrectinib	pro 1000mg Lösung	76199277	929,72 €
68	Larotrectinib	pro 25mg angebrochen	76199263	23,24 €
27	Lenvatinib	pro 10mg LENVIMA EISAI angebrochen (SD-Ca)	76198256	48,24 €
27	Lenvatinib	pro 4mg LENVIMA EISAI angebrochen (SD-Ca)	76198852	37,06 €
27	Lenvatinib	pro 4mg oder 10 mg KISPLYX EISAI angebrochen (Nieren-Ca)	76198262	37,06 €
66	Lorlatinib	pro 25mg angebrochen	76199171	43,30 €
146	Maribavir	pro 200mg angebrochen	7619902E	277,01 €
142	Mepolizumab	pro 100mg angebrochen	7619903P - in Abstimmung	1.189,08 €
98	Mosunetuzumab	pro 1mg angebrochen	7619901L	255,74 €
22	Nilotinib	pro 50mg angebrochen	76197663	10,17 €
51	Niraparib	pro 100mg angebrochen	76198787	68,16 €
14	Nirmatrelvir/Ritonavir	pro Kombi 150/100mg angebrochen	7619902A	Einzelkosten mit PK
99	Ofatumumab	pro 20mg angebrochen	76199593	1.387,95 €
8	Olaparib	pro 100mg angebrochen	76199686	28,25 €
11	Osimertinib	pro 40mg oder 80mg angebrochen	76198844	184,55 €
15	Pazopanib	pro 200mg angebrochen	76196563	32,26 €
104	Pemigatinib	pro 4,5mg, 9mg oder 13,5mg angebrochen	76199557	513,85 €
30	Pomalidomid	pro 1, 2, 3 oder 4 mg, angebrochen	beantragen	394,39 €
64	Ponatinib	pro 15mg angebrochen	76197792	107,39 €
64	Ponatinib	pro 30mg angebrochen	76198012	214,77 €
64	Ponatinib	pro 45mg angebrochen	76198012	214,77 €
108	Pralsetinib	pro 100mg angebrochen	76199537	71,56 €
45	Ravulizumab	pro 1100mg angebrochen	76199464	18.709,44 €
45	Ravulizumab	pro 300mg angebrochen	76199173	5.102,58 €
1	Remdesivir	pro 100mg angebrochen	76199569	410,55 €
9	Ruxolitinib	pro 10mg angebrochen	76198278	67,55 €
9	Ruxolitinib	pro 15mg angebrochen	76198278	67,55 €
9	Ruxolitinib	pro 20mg angebrochen	76198278	67,55 €
9	Ruxolitinib	pro 5mg angebrochen	76198243	33,77 €
283	Selbstexpandierendes, bioresorbierbares, Mometasonfuroat freisetzendes Implantat für Nasennebenhöhlen (Siebbein-, Stirnhöhlen) zur Reduktion postoperativer Komplikationen	Preis für 2 Implantate	76198277	1.605,00 €
78	Sotorasib	pro 120mg angebrochen	76199548	19,27 €
37	Sotrovimab	pro 500mg angebrochen	76199606	2.862,99 €
53	Streptozocin	pro 1000mg angebrochen	76199208	164,69 €

113	Sutimlimab	pro 1.100mg angebrochen	7619902K	1.291,04 €
63	Tafasitamab	pro 200mg angebrochen	76199547	605,36 €
32	Temozolomid, intravenös	pro 100mg angebrochen	76197153	307,22 €
117	Tepotinib	pro 225mg angebrochen	76199546	148,35 €
4	Tixagevimab und Cilgavimab, angewendet als zwei separate, aufeinanderfolgende intramuskuläre Injektionen	pro Kombi 150/150mg angebrochen	76199030 - bundesweit in Abstimmung	1.206,96 €
29	Trametinib	pro 0,5mg angebrochen	76198237	34,87 €
24	Trastuzumab-Deruxtecan	pro 100mg angebrochen	76199542	2.173,83 €
276	Treosulfan	pro 1g angebrochen	76199368	113,22 €
39	Trifluridin – Tipiracil	pro 15mg/6,14mg angebrochen	76198514	37,07 €
39	Trifluridin – Tipiracil	pro 20mg/8,19mg angebrochen	76198522	49,43 €
83	Vandetanib	pro 100mg angebrochen	76198245	76,07 €
83	Vandetanib	pro 300mg angebrochen	76198255	152,15 €
34	Vemurafenib	pro 240mg angebrochen	76197587	24,90 €
91	Zanubrutinib	pro 80mg angebrochen	76199541	46,32 €

9. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17 b Abs. 1a Nr. 4

Zuschlag zur Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Zusatzentgelten
je vollstationärer DRG in Höhe von 0,93 €

Mit diesem Zuschlag werden Maßnahmen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung auf der Grundlage von § 137 Abs. 5 SGB V finanziert.

10. 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 §6 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.

Bis zur Vereinbarung mit den Krankenkassen 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 §17 Abs. 4 S. 5 KHG mit **226,02€** 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 2023 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.

11. Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a S. 1 SGB V

- Zuschlag für die Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der elektronischen Gesundheitskarte (Telematikzuschlag) nach § 291a Abs. 7a S. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall
in Höhe von 0,00 €

12. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von 1,43 €

Dieser Zuschlag zur Finanzierung der Entwicklung und laufenden Pflege des in Deutschland eingeführten pauschalierenden Entgeltsystems auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) wird vom Krankenhaus an die in § 17b KHG benannten Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene abgeführt.

- Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V, (des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a i.V.m. § 139c SGB V) und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall

in Höhe von 2,94 €

Dieser Betrag wird an den Gemeinsamen Bundesausschuss weitergeleitet.

13. 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:

Gem. § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 KHEntG ist eine **vorstationäre Behandlung** neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Eine vorstationäre Behandlung wird daher nur abgerechnet, wenn die vorstationäre Diagnostik und Behandlung ergibt, dass eine nachfolgende stationäre Behandlung nicht mehr erforderlich ist. 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.

Fachabteilung	vorstationäres Entgelt pro Fall	nachstationäres Entgelt pro Fall
Innere Medizin	147,25 €	53,69 €
Chirurgie	100,72 €	17,90 €
Gynäkologie/Geburtshilfe	119,13 €	22,50 €
Hals/Nasen/Ohren (HNO)	78,74 €	37,84 €
Augenheilkunde	68,51 €	38,86 €
Geriatric	72,09 €	30,68 €

Neben einer vorstationären Pauschale werden bei Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten (z.B. MRT, CT, etc.) zusätzlich bundeseinheitliche Pauschalbeträge abgerechnet.

14. Zuzahlungen

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 4 SGB V

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beträgt derzeit 10,00 € je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 3 SGB V im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen beim Patienten eingefordert.

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

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. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Begutachtungen

Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.

2. Todesbescheinigung

Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus **125 €**.

3. Abgabe von Hilfsmitteln

Für Hilfsmittel, die nicht als Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen gelten, verlangt das Krankenhaus als Entgelt die tatsächlich entstandenen Aufwendungen. In der Regel sind dies solche Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z.B. Prothesen, Gehhilfen, Krankenfahrstühle etc.).

4. Kopiekosten und Kosten der Bearbeitung privater Auskunftersuchen

Vollständige 1. Kopie der Patientenakte	unentgeltlich
Papierkopien nach Patientenrechtegesetz DIN A3 und DIN A4	
1. - 50. Seite	0,50 Euro je Seite
ab 51. Seite	0,15 Euro je Seite
DIN A2 und Sonderformate (z.B. Patientenkurven)	2,50 Euro je Seite

Kopie auf CD nach Patientenrechtegesetz	25,00 Euro je CD
---	-------------------------

Röntgenfilmkopien

1. Kopie	25,00 Euro
ab 2. Kopie	7,50 Euro

Bearbeitung eines Auskunftsverlangens eines privaten Krankenversicherungsunternehmens oder einer Beihilfestelle oder individueller Patientenwünsche (z.B. CTG, EKG, etc.)

zusätzlich	20,00 Euro
------------	-------------------

17. 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 vor der Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen entnehmen.

Für Unterkünfte werden folgende Entgelte berechnet:

Unterbringung im 1-Bett-Komfortzimmer	158,00 €
Unterbringung im 2-Bett-Komfortzimmer	78,00 €
Differenz zwischen 1-Bett- und 2-Bett-Komfortzimmer	80,00 €
Unterbringung Wahlbegleitperson	54,62 €

Für Telefon- und TV-Nutzung werden folgende Entgelte berechnet:

Telefon-Anschluss: Grundgebühr (Tagespauschale)	1,80 €
Telefon-Anschluss: je Gebühreneinheit	0,15 €
Nutzung des TV-Gerätes im Patientenzimmer	2,00 €
Nutzung des TV-Gerätes im 2-Bett-Komfort-Zimmer oder 1-Bett-Komfort-Zimmer	frei

Inkrafttreten

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

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter der Leistungsabrechnung unseres Krankenhauses gerne zur Verfügung.

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in das DRG-Entgeltsystem mit den zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen.

Patienten, bei denen eine Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V durchgeführt wurde, erhalten eine schriftliche Information über die dafür von den Krankenkassen zu zahlende Entgelte, sofern sie oder ihre gesetzlichen Vertreter diesen Wunsch bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung ausdrücklich gegenüber der Krankenhausverwaltung erklären.

Für Selbstzahler kann die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Prüfen Sie daher bitte, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung versichert sind.