

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

Das Krankenhaus St. Joseph-Stift Dresden GmbH berechnet ab dem 01.02.2024 folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 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 - DRGs) 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 ca. 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 zu 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 4.205,76 € 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	0,523	€ 4.000	€ 2.092,00

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	3,076	€ 4.000	€ 12.304,00

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, 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 Fallpauschalervereinbarung 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 Fallpauschalsensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2024 (FPV 2024).

	Erstellt / aktualisiert	Prüfung	Freigabe am
Datum	01.06.2007/ 31.01.2024	31.01.2024	31.01.2024
Name	P. Pfeiffer/ T. Heinrich	KHD	Version 33

Dateiname: DRG_Entgelttarif_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:

ZE-Nr.	Bezeichnung	Entgelt-höhe
ZE2024-01	5-785.2d Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Keramischer Knochenersatz: Becken	827,10 €
ZE2024-01	5-785.3d Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Keramischer Knochenersatz, resorbierbar: Becken	827,10 €
ZE2024-01	5-785.4d Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Metallischer Knochenersatz: Becken	882,22 €
ZE2024-09	8-856 Hämoperfusion (je Behandlungstag)	1.129,75 €
ZE2024-25	5-829.k Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz (Hüfte)	1.700,98 €

ZE2024-25	5-829.k Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz (Knie)	2.498,90 €
ZE2024-25	5-829.k Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz (Schulter)	1.700,00 €
ZE2024-54	5-429.j1 Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, eine Prothese	831,82 €
ZE2024-54	5-429.j4 Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, zwei Prothesen	1.663,64 €
ZE2024-54	5-429.ja Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, mehr als zwei Prothesen	2.495,46 €
ZE2024-54	5-449.h3 Andere Operationen am Magen: Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese	791,27 €
ZE2024-54	5-469.k3 Andere Operationen am Darm: Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese, endoskopisch	684,80 €
ZE2024-54	5-489.g0 Andere Operationen am Rektum: Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese, endoskopisch	664,47 €
ZE2024-54	5-513.m0 Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden ungecoverten Stents, ein Stent	770,45 €
ZE2024-54	5-513.m1 Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden ungecoverten Stents, zwei Stents	1.540,90 €
ZE2024-54	5-513.m2 Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden ungecoverten Stents, drei Stents	2.311,35 €
ZE2024-54	5-513.n0 Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden gecoverten Stents, ein Stent	770,45 €
ZE2024-54	5-513.n1 Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden gecoverten Stents, zwei Stents	1.540,90 €
ZE2024-54	5-513.n2 Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden gecoverten Stents, drei Stents	2.311,35 €
ZE2024-54	5-517.03 Einlegen oder Wechseln von selbstexpandierenden Stents und Stent-Prothesen in die Gallengänge: Einlegen oder Wechsel eines selbstexpandierenden ungecoverten Stents: perkutan-transhepatisch	770,45 €

	Erstellt / aktualisiert	Prüfung	Freigabe am
Datum	01.06.2007/ 31.01.2024	31.01.2024	31.01.2024
Name	P. Pfeiffer/ T. Heinrich	KHD	Version 33

Dateiname: DRG_Entgelttarif_2024

ZE2024-54	5-517.43 Einlegen oder Wechseln von selbstexpandierenden Stents und Stent-Prothesen in die Gallengänge: Einlegen oder Wechsel eines selbstexpandierenden gecoverten Stents: perkutan-transhepatisch	770,45 €
ZE2024-54	5-529.n4 Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang: Transgastrale Drainage einer Pankreaszyste: Endoskopisch mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents	734,45 €
ZE2024-54	5-529.p2 Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang: Endoskopische transgastrale Entfernung von Pankreasnekrosen: Mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents	734,45 €
ZE2024-56	6-002.f* Gabe von Bosentan, oral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-74	6-003.a* Gabe von Sunitinib, oral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-75	6-003.b* Gabe von Sorafenib, oral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-77	6-003.g* Gabe von Lenalidomid, oral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-111	6-005.d* Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-112	6-006.2* Gabe von Abirateronacetat, oral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-113	6-006.1* Gabe von Cabazitaxel, parenteral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-120	6-001.c* Gabe von Pemetrexed, parenteral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-121	6-002.b* Gabe von Eternacept, parenteral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-122	6-001.g* Gabe von Imatinib, parenteral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-123	6-002.p* Gabe von Caspofungin, parenteral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-124	6-002.5* Gabe von Voriconazol, oral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-125	6-002.r* Gabe von Voriconazol, parenteral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen

ZE2024-138	8-810.j* Gabe von Fibrinogenkonzentrat	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-141	6-007.6.* Gabe von Enzalutamid, oral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-142	6-007.3.* Gabe von Aflibercept, intravenös	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-145	6-007.e* Gabe von Ibrutinib, oral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-146	6-007.m* Gabe von Ramucirumab, oral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-147	6-001.9* Gabe von Bortezomib, parenteral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-148	6-001.d* Gabe von Adalimumab, parenteral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-149	6-001.e* Gabe von Infliximab, parenteral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-151	6-001.h.* Gabe von Rituximab, intravenös	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-153	6-001.k* Gabe von Trastuzumab, intravenös	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-154	6-003.k* Gabe von Anidulafungin, parenteral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-156	6-007.k* Gabe von Posaconazol, parenteral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-158	6-007.9* Gabe von Pertuzumab, parenteral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-161	6-008.m* Gabe von Nivolumab, parenteral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-164	6-008.0.* Gabe von Riociguat, oral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-170	6-002.9.* Gabe von Bevacizumab, parenteral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-175	6-002.1.* Gabe von Filgrastim, parenteral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen

	Erstellt / aktualisiert	Prüfung	Freigabe am
Datum	01.06.2007/ 31.01.2024	31.01.2024	31.01.2024
Name	P. Pfeiffer/ T. Heinrich	KHD	Version 33

Dateiname: DRG_Entgelttarif_2024

ZE2024-177	6-002.7* Gabe von Pegfilgrastim, parenteral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-178	6-007.7* Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-182	6-008.5* Gabe von Vedolizumab, parenteral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-186	6-00a.k* Gabe von Venetoclax, oral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-194	6-005.p* Gabe von Ustekinumab, intravenös	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-195	6-005.q* Gabe von Ustekinumab, subkutan	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2024-201	6-009.r* Gabe von Daratumumab, subkutan	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen

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 3b DRG-EKV 2024

B61B Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks 3.968,51 €

sonstige teilstationäre Leistungen nach § 6 Abs. 1 S. 1 KHEntgG

Geriatrische Tagesklinik pro Berechnungstag 219,56 €

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. 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 01.07.2022:

in Höhe von 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:

in Höhe von 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 01.08.2022:

in Höhe von 11,50 €.

6. Zu- und Abschläge gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Ziff. 4 KHEntgG

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall

in Höhe von 14,93 €

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PfIBG je voll- und teilstationärem Fall

	Erstellt / aktualisiert	Prüfung	Freigabe am
Datum	01.06.2007/ 31.01.2024	31.01.2024	31.01.2024
Name	P. Pfeiffer/ T. Heinrich	KHD	Version 33

in Höhe von 229,06 €

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von 45,00 € pro Tag¹

- 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

- Fixkostendegressionsabschlag gemäß § 4 Abs. 2b KHEntgG²

in Höhe von 0,00 €²

auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen.

- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG

in Höhe von 0,00 %

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.

- Zuschlag wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG

in Höhe von 11,75 € je vollstationärem Fall

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

- für die stationäre Qualitätssicherung je vollstationärem Fall

in Höhe von 0,93 €

- für Patienten, die im Rahmen des Schlaganfallnetzwerkes Ostsachsen (SOS-NET) betreut werden pro Krankenhausfall

in Höhe von 930,00 €

- Zuschlag nach § 5 Abs. 3d KHEntgG für implantatbezogene Maßnahmen nach § 2 Nr. 4 Implantateregistergesetz

in Höhe von 0,00 €

- Zuschlag nach § 5 Abs. 3g S. 1 KHEntgG für Speicherung von Daten auf der elektronischen Patientenakte für jeden voll- und teilstationären Fall

in Höhe von 0,00 €

- Zuschlag nach § 5 Abs. 3g S. 2 KHEntgG für Unterstützung von Versicherten bei erstmaliger Befüllung der elektronischen Patientenakte für jeden voll- und teilstationären Fall

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%

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.

- Zuschlag für klinische Sektionen nach § 5 Abs. 3b KHEntgG für jeden voll- und teilstationären Fall

in Höhe von 0,37 €

Zuschlag für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG je abgerechneten vollstationärem Fall

in Höhe von 0,20 €

	Erstellt / aktualisiert	Prüfung	Freigabe am
Datum	01.06.2007/ 31.01.2024	31.01.2024	31.01.2024
Name	P. Pfeiffer/ T. Heinrich	KHD	Version 33

Dateiname: DRG_Entgelttarif_2024

1_FoDo_Form

7. 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:

Abemaciclib 50 mg:	pro mg	0,66 €
Abemaciclib 100 mg:	pro mg	0,33 €
Abemaciclib 150 mg:	pro mg	0,22 €
Acalabrutinib 100 mg:	pro mg	0,99 €
Alectinib 150 mg:	pro mg	0,17 €
Andexanet alfa:	pro mg	10,84 €
Apalutamid:	pro mg	0,39 €
Bezlotoxumab:	pro mg	2,77 €
Certolizumab:	pro mg	2,30 €
Eribulin:	pro mg	380,03 €
Esketamin, nasal:	pro mg	2,22 €
Everolismus bei Neoplasie:	pro mg	16,14 €
Gilteritinib:	pro mg	5,47 €
Golimumab 50 mg:	pro mg	18,15 €
Golimumab 100 mg:	pro mg	16,92 €
Guselkumab:	pro mg	22,54 €
Idarucizumab:	pro mg	0,59 €
Nilotinib:	pro mg	0,23 €
Olaparib:	pro mg	0,21 €
Palbociclib:	pro mg	0,89 €
Pazopanib:	pro mg	0,19 €
Ponatinib:	pro mg	4,77 €
Remdesivir:	pro mg	4,11 €
Ribociclib:	pro mg	0,17 €
Ruxolitinib 5mg Kapsel:	je mg	6,65 €
Ruxolitinib 10mg Kapsel:	je mg	6,65 €
Ruxolitinib 15mg Kapsel:	je mg	4,43 €
Ruxolitinib 20mg Kapsel:	je mg	3,33 €
Secukinumab:	pro mg	4,88 €
Tixagevimab 150 mg-Cilgavimab 150 mg:	pro Dosis	2.368,10 €
Trastuzumab-Emtansin:	pro mg	17,90 €
Trifluridin-Tipiracil:	15 mg + 6,14 mg	37,07 €
Trifluridin-Tipiracil:	20 mg + 8,19 mg	49,09 €

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 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 krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 KHEntgG beträgt **222,22 €**.

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 €³.

10. Telematikzuschlag nach § 377 Abs. 1 SGB V

Zuschlag zum Ausgleich der den Krankenhäusern entstehenden Kosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattung in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie der Betriebskosten des laufenden Betriebs der Telematikinfrastruktur (Telematikzuschlag) nach § 377 Abs. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von 1,65 €

	Erstellt / aktualisiert	Prüfung	Freigabe am
Datum	01.06.2007 / 31.01.2024	31.01.2024	31.01.2024
Name	P. Pfeiffer/ T. Heinrich	KHD	Version 33

1_FoDo_Form

11. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gem. § 115 a 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:

a. vorstationäre Behandlung

- Innere Medizin	147,25 €
- Chirurgie	100,72 €
- Gynäkologie und Geburtshilfe	119,13 €

b. nachstationäre Behandlung

- Innere Medizin	53,69 €
- Chirurgie	17,90 €
- Gynäkologie und Geburtshilfe	22,50 €

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Computer-Tomographie-Geräte (CT):

Leistungen nach den DKG-NT I – Ziffern:	Pauschale
- 5369	122,71 €
- 5370, 5375	81,81 €
- 5371	94,08 €
- 5372	106,35 €
Leistungen nach den DKG-NT I – Ziffern:	Pauschale
- 5373, 5374	77,72 €
- 5376	20,45 €
- 5377	32,72 €
- 5378	40,90 €
- 5380	12,27 €

Magnet-Resonanz-Geräte (MR):

Leistungen nach den DKG-NT I – Ziffern:	Pauschale
- 5700,5720	179,97 €
- 5705	171,79 €
- 5715	175,88 €
- 5721,5730	163,61 €
- 5729	98,17 €
- 5731,5732	40,90 €
- 5733	32,72 €
- 5735	245,42 €

Gem. § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 4 KHEntgG ist eine **vorstationäre Behandlung** neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Eine **nachstationäre Behandlung** kann zusätzlich zur Fallpauschale (DRG) berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale (DRG) übersteigt.

12. Zuzahlungen

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an - innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage - eine Zuzahlung ein (§ 39 Abs. 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit 10,00 € je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

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 - 11 sind nicht abgegolten:

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

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Hebamme/dem Entbindungs-pfleger gesondert berechnet.⁴

	Erstellt / aktualisiert	Prüfung	Freigabe am
Datum	01.06.2007/ 31.01.2024	31.01.2024	31.01.2024
Name	P. Pfeiffer/ T. Heinrich	KHD	Version 33

Dateiname: DRG_Entgelttarif_2024

1_FoDo_Form

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.

Inkrafttreten

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

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter der Aufnahme 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.

⁴ Nach § 121 Abs. 5 SGB V i.V.m. § 18 Abs. 3 KHEntG können Krankenhäuser mit Belegbetten zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten auch Honorarverträge schließen. Die Leistungen des Belegarztes würden ihm in dieser Konstellation vom Krankenhaus vergütet werden.

Anmerkungen:

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

² Der Mehrleistungsabschlag nach § 4 Abs. 2a KHEntG ist 2018 ausgelaufen. Sein Volumen fällt nach § 4 Abs. 2b Satz 7 KHEntG jedoch in den Fixkostendegressionsabschlag hinein, sodass in der Rechnung nur noch dieser ausgewiesen wird.

³ Die Zuschläge 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 Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V werden gemeinsam erhöben und als ein gemeinsamer Zuschlag in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen.

	Erstellt / aktualisiert	Prüfung	Freigabe am	
Datum	01.06.2007/ 31.01.2024	31.01.2024	31.01.2024	1_FoDo_Form
Name	P. Pfeiffer/ T. Heinrich	KHD	Version 33	