

Entgelttarif und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

der

Alfried Krupp von Bohlen und Halbach Krankenhaus gem. GmbH

Stand: 01.03.2024

1. Fallpauschalen (DRG) gem. § 17b KHG

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 (sogenannte 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 ggf. durchgeführte Prozeduren (Operationen, aufwendige diagnostische oder therapeutische Leistungen). Eventuell vorhandene Nebendiagnosen können zudem die Schweregradeinstufung beeinflussen. Für die Festlegung der Diagnosen bzw. Prozeduren stehen Kataloge mit ca. 13.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2024) und ca. 26.000 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 DRG sind im jeweils aktuell gültigen DRG-Klassifikationssystem (DRG-Definitionsbandbuch) festgelegt. Das DRG-Definitionsbandbuch beschreibt die DRG 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 Landesbasisfallwert liegt bei 4.206,00 Euro und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Zusätzlich werden auf dieselbe Weise Pflegeentgelte in Rechnung gestellt. Der zugehörige Pflegeentgeltwert beträgt aktuell 241,70 Euro.

Beispiel (Relativgewicht und Basisfallwert hypothetisch):

<u>DRG</u>	<u>DRG-Definition</u>	<u>Relativgewicht</u>	<u>Basisfallwert</u>	<u>Erlös</u>
B79Z	Schädelfrakturen	0,513	€ 4.000,00	€ 2.052,00
	Pflegeerlös/Tag	1,3069	€ 240,00	€ 313,66

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 bzw. therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Für das Jahr 2024 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV 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 (FPV 2024).

3. Zusatzentgelte nach Zusatzentgeltkatalog gem. § 5 FPV 2024

Die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte werden durch den Zusatzentgeltkatalog nach Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2024 vorgegeben. Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden. Daneben können krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden. Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2024 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

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

Das Alfred Krupp Krankenhaus berechnet folgende krankenhausindividuelle Zusatzentgelte:

Beckenimplantate (ZE2024-01) (OPS 5-785.*d).....	754,23 €
ECMO und PECLA (ZE2024-03) (OPS 8-852.00).....	7.970,45 €
ECMO und PECLA (ZE2024-03) (OPS 8-852.01).....	10.822,32 €
ECMO und PECLA (ZE2024-03) (OPS 8-852.03).....	13.309,89 €
ECMO und PECLA (ZE2024-03) (OPS 8-852.04).....	14.880,20 €
ECMO und PECLA (ZE2024-03) (OPS 8-852.05).....	17.367,77 €
ECMO und PECLA (ZE2024-03) (OPS 8-852.06).....	19.603,45 €
ECMO und PECLA (ZE2024-03) (OPS 8-852.07).....	22.812,61 €
ECMO und PECLA (ZE2024-03) (OPS 8-852.08).....	25.555,35 €
ECMO und PECLA (ZE2024-03) (OPS 8-852.09).....	28.892,07 €
ECMO und PECLA (ZE2024-03) (OPS 8-852.0b).....	33.743,34 €
ECMO und PECLA (ZE2024-03) (OPS 8-852.0c).....	39.101,65 €
ECMO und PECLA (ZE2024-03) (OPS 8-852.0d).....	44.963,71 €

ECMO und PECLA (ZE2024-03) (OPS 8-852.0e)	50.916,06 €
ECMO und PECLA (ZE2024-03) (OPS 8-852.30)	8.087,55 €
ECMO und PECLA (ZE2024-03) (OPS 8-852.31)	11.136,86 €
ECMO und PECLA (ZE2024-03) (OPS 8-852.33)	13.829,40 €
ECMO und PECLA (ZE2024-03) (OPS 8-852.34)	15.623,66 €
ECMO und PECLA (ZE2024-03) (OPS 8-852.35)	18.316,21 €
ECMO und PECLA (ZE2024-03) (OPS 8-852.36)	20.762,09 €
ECMO und PECLA (ZE2024-03) (OPS 8-852.37)	24.803,06 €
ECMO und PECLA (ZE2024-03) (OPS 8-852.38)	28.069,60 €
ECMO und PECLA (ZE2024-03) (OPS 8-852.39)	32.147,55 €
ECMO und PECLA (ZE2024-03) (OPS 8-852.3b)	37.784,53 €
ECMO und PECLA (ZE2024-03) (OPS 8-852.3c)	44.190,45 €
ECMO und PECLA (ZE2024-03) (OPS 8-852.3d)	51.100,12 €
ECMO und PECLA (ZE2024-03) (OPS 8-852.3e)	58.100,04 €
Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate	5.034,94 €
im Gesichts- und Schädelbereich (ZE2024-04) (OPS 5-020.7*)	
Hämoperfusion.....	1.141,92 €
(ZE2024-09) (OPS 8-821.2 oder 8-856)	
Immunadsorption	2.055,30 €
(ZE2024-13) (OPS 8-821.40, 41, 42, 43)	
Modulare Endoprothesen.....	1.749,04 €
(ZE2024-25) (OPS 5-829.k*)	
Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC).....	5.087,35 €
(ZE2024-49) (OPS 8-546.0)	
Neurostimulatoren zur Hypoglossusnerv-Stimulation	22.328,39 €
(ZE2024-187) (OPS 5-059.c7, 5-059.d7)	
Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen	11.297,69 €
(ZE2024-86) (OPS 5-029.4, 5-039.g, h, p, 5-059.5*, c4, c6, cb, d4, d6, db)	
Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	5.581,12 €
(ZE2024-188) (OPS 5-38a.70, 5-38a.80, 5-38a.c0 i.V.m. 5-38a.w0)	
Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	27.833,00 €
(ZE2024-189) (OPS 5-38a.8f)	
Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	787,29 €
(ZE2024-54) (OPS 5-429.j1)	
Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	954,29 €
(ZE2024-54) (OPS 5-449.h3)	
Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	856,53 €
(ZE2024-54) (OPS 5-469.k3)	
Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	954,29 €
(ZE2024-54) (OPS 5-513.m0)	
Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	954,29 €
(ZE2024-54) (OPS 5-513.n0)	
Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	810,03 €
(ZE2024-54) (OPS 5-517.03)	
Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	659,78 €
(ZE2024-54) (OPS 5-526.e0)	
Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	4.348,45 €
(ZE2024-54) (OPS 5-529.n4)	
Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	3.825,40 €
(ZE2024-54) (OPS 5-529.p2 oder 5-529.r3)	
Mikroaxial-Blutpumpe bis 2,5 l/min.....	10.142,63 €
(ZE2024-62) (OPS 8-839.46)	

Mikroaxial-Blutpumpe > 2,5 l/min. 2.5 CP (ZE2024-62) (OPS 8-839.46)	14.937,65 €
Mikroaxial-Blutpumpe > 2,5 l/min. CP Smart Assist..... (ZE2024-62) (OPS 8-839.46)	18.795,67 €
Mikroaxial-Blutpumpe > 2,5 l/min. (ZE2024-62) (OPS 8-839.47)	18.795,67 €
Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal (ZE2024-67) (OPS 8-840.04)	1.070,00 €
Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal (ZE2024-67) (OPS 8-840.14)	2.140,00 €
Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal (ZE2024-67) (OPS 8-840.24)	3.210,00 €
Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD) (ZE2024-82) (OPS 8-857.20)	155,40 €
Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD) (ZE2024-82) (OPS 8-857.21)	364,69 €
Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD) (ZE2024-82) (OPS 8-857.22)	761,42 €
Gabe von Sorafenib, oral (je mg) (ZE2024-75) (OPS 6-003.b*)	0,12 €
Gabe von Lenalidomid, oral (je mg) (ZE2024-77) (OPS 6-003.g*)	0,17 €
Gabe von Dasatinib, oral (je mg)..... (ZE2024-91) (OPS 6-004.3*)	0,24 €
Gabe von Rituximab, subkutan (je mg) (ZE2024-103) (OPS 6-001.j*)	1,79 €
Gabe von Tocilizumab, subkutan (je mg) (ZE2024-110) (OPS 6-005.n*)	2,50 €
Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral (je mg)..... (ZE2024-111) (OPS 6-005.d*)	3,33 €
Gabe von Pemetrexed, parenteral (je mg) (ZE2024-120) (OPS 6-001.c*)	0,14 €
Gabe von Imatinib, oral (je mg) (ZE2024-122) (OPS 6-001.g*)	0,01 €
Gabe von Caspofungin, parenteral (je mg)..... (ZE2024-123) (OPS 6-002.p*)	0,62 €
Gabe von Voriconazol, oral (je mg) (ZE2024-124) (OPS 6-002.5*)	0,01 €
Gabe von Voriconazol, parenteral (je mg)..... (ZE2024-125) (OPS 6-002.r*)	0,03 €
Gabe von Brentuximab Vedotin, parenteral (je mg)..... (ZE2024-140) (OPS 6-006.b*)	64,48 €
Gabe von Enzalutamid (je mg)..... (ZE2024-141) (OPS 6-007.6*)	0,68 €
Gabe von Aflibercept, intravenös (je mg) (ZE2024-142) (OPS 6-007.3*)	3,57 €
Gabe von Obinutuzumab, parenteral (je mg) (ZE2024-144) (OPS 6-007.j*)	2,54 €
Gabe von Ibrutinib, oral (je mg)..... (ZE2024-145) (OPS 6-007.e*)	0,48 €
Gabe von Ramucirumab, parenteral (je mg) (ZE2024-146) (OPS 6-007.m*)	4,05 €
Gabe von Bortezomib, parenteral (je mg).....	11,90 €

(ZE2024-147) (OPS 6-001.9*)	
Gabe von Infliximab, parenteral (je mg)	1,37 €
(ZE2024-149) (OPS 6-001.e*)	
Gabe von Rituximab, intravenös (je mg)	1,27 €
(ZE2024-151) (OPS 6-001.h*)	
Gabe von Trastuzumab, intravenös (je mg)	1,07 €
(ZE2024-153) (OPS 6-001.k*)	
Gabe von Posaconazol, parenteral (je mg)	1,33 €
(ZE2024-156) (OPS 6-007.k*)	
Gabe von Pixantron, parenteral (je mg)	15,39 €
(ZE2024-157) (OPS 6-006.e*)	
Gabe von Pertuzumab, parenteral (je mg)	6,29 €
(ZE2024-158) (OPS 6-007.9*)	
Gabe von Nivolumab, parenteral (je mg).....	12,05 €
(ZE2024-161) (OPS 6-008.m*)	
Gabe von Carfilzomib, parenteral (je mg).....	17,48 €
(ZE2024-162) (OPS 6-008.9*)	
Gabe von Liposomales Irinotecan, parenteral (je mg)	25,65 €
(ZE2024-169) (OPS 6-009.e*)	
Gabe von Bevacizumab, parenteral (je mg)	2,20 €
(ZE2024-170) (OPS 6-002.9*)	
Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten (je mg).....	0,14 €
(ZE2024-173) (OPS 6-007.p*)	
Gabe von Filgrastim, parenteral (je 1 Mio. IE)	0,19 €
(ZE2024-175) (OPS 6-002.1*)	
Gabe von Lenograstim, parenteral (je 1 Mio. IE)	0,33 €
(ZE2024-176) (OPS 6-002.2*)	
Gabe von Pegfilgrastim, parenteral (je 6 mg Spritze)	85,68 €
(ZE2024-177) (OPS 6-002.7*)	
Gabe von Azacytidin, parenteral (je mg)	0,87 €
(ZE2024-180) (OPS 6-005.0*)	
Gabe von Vedolizumab, parenteral (je mg)	8,01 €
(ZE2024-182) (OPS 6-008.5*)	
Gabe von Elotuzumab, parenteral (je mg).....	3,64 €
(ZE2024-183) (OPS 6-009.d*)	
Gabe von Ustekinumab, intravenös (je mg)	39,04 €
(ZE2024-194) (OPS 6-005.p*)	
Gabe von Daratumomab, intravenös (je mg)	4,30 €
(ZE2024-200) (OPS 6-009.q*)	
Gabe von Daratumomab, subkutan (je mg)	3,17 €
(ZE2024-201) (OPS 6-009.r*)	
Gabe von Vedolizumab, parenteral (je mg)	4,10 €
(ZE2024-203) (OPS 6-00b.7*)	
Gabe von Polattuzumab, parenteral (je mg).....	73,67 €
(ZE2024-205) (OPS 6-00c.c*)	
Gabe von Andexanet Alfa (je mg)	10,96 €
(ZE2024-213) (OPS 6-00c.0)	

4. Sonstige Entgelte gem. § 7 FPV 2024

Für Leistungen, die noch nicht mit DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können berechnet das Alfried Krupp Krankenhaus folgende Sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG bzw. § 6 Abs. 2 KHEntgG.

Implantation eines aktiven mechanischen Hörimplantates D23Z.....	13.156,80 €
zzgl. Pflegezuschlag je Tag zu D23Z	186,30 €
DRG für akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks B61B je Berechnungstag	217,31 €
zzgl. Pflegezuschlag je Tag zu B61B	357,16 €
DRG für Tuberkulose je Berechnungstag E76A je Berechnungstag	206,62 €
zzgl. Pflegezuschlag je Tag zu E76A	164,62 €
DRG für Eingriffe bei Diabetes mellitus je Berechnungstag K01Z je Berechnungstag.....	297,49 €
zzgl. Pflegezuschlag je Tag zu K01Z	241,70 €
Flow Diverter (Silk) intrakraniell.....	10.486,17 €
(OPS 8-84b.*0)	
Bioaktive / Hydrogelcoils	236,63 €
(OPS 8-83b.30 oder 8-83b.31)	
Überlange Coils	236,63 €
(OPS 8-83b.32 oder 8-83b.33)	

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2024 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 600 € 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 Satz 3 KHEntgG für jeden Belegungstag 450 € abzurechnen.

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

	vorstationär €/Fall	nachstationär €/Tag
Allg. Chirurgie, Gefäßchirurgie und Unfallchirurgie	100,72	17,90
Neurochirurgie	48,57	21,99
Orthopädie und Orthop. Chirurgie mit Sportmedizin	133,96	20,96
Kardiologie	156,97	61,36
Innere Medizin I	147,25	53,69
Innere Medizin II und Nephrologie	140,61	67,49
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13	22,50
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	78,74	37,84
Neurologie mit Klinischer Neurophysiologie	114,02	40,90
Radioonkologie	186,62	330,29

Gem. § 8 Abs. 2 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.

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

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

Für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 6a KHEntgG sind die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG mit 241,70 € (ab dem 01.03.2024) zu multiplizieren.

7.

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

Für Kosten, die dem Krankenhaus für die Testung von Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden, rechnet das Krankenhaus pro Testung € 30,40 (PCR-Testung), € 19,00 (laborbasierte Antigentestung) bzw. € 11,50 (PoC-Antigentest) ab. Erfolgt die PCR-Testung im s. g. Pool-Verfahren, dann sind abzurechnen: mehr als vier bis höchstens zehn Proben (14,00 €); mehr als zehn bis höchstens zwanzig Proben (13,00 €); mehr als zwanzig Proben (12,00 €).

8. Qualitätssicherungszuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG

Der Qualitätssicherungszuschlag beträgt pro stationären Krankenhausfall 0,93 €

9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG 1,43 €

Zuschlag für die Finanzierung des Gem. Bundesausschusses 2,94 €

Zuschlag für die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG 0,20 €

10. Zuschlag zur Förderung der Krankenhaushygiene

gem. § 4 Abs. 9 KHEntgG

in Höhe von 0,35 %

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

11. Abschlag für Erlösausgleiche

gem. § 5 Abs. 4 KHEntgG

in Höhe von 0,51 %

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

12. Zuschlag zur Verbesserung der Vereinbarkeit Pflege, Familie und Beruf

gem. § 4 Abs. 8a KHEntgG

in Höhe von 0,03 %

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

- 13. Zuschlag für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen**
nach § 4a Abs. 4 KHEntgG
in Höhe von 11,5 %
auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG.
- 14. Zuschlag für Notfallversorgung gem. § 5 Abs. 1 KHEntgG**
Der Zuschlag zur Finanzierung der Notfallversorgung beträgt pro stationären Krankenhausfall 19,11 €
- 15. Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten**
- nach § 17a KHG je stationärem Krankenhausfall 119,86 €
 - nach § 33 PflBG je stationärem Krankenhausfall 222,87 €
- 16. 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 3,95 €**
- 17. Sonstige Zuschläge**
Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson (gemäß § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG) 45,00 €/Tag
- 18. Entgelte für sonstige Leistungen**
- Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Alfried Krupp Krankenhaus 30,00 €.
- 19. Zuzahlungen**
- Als Eigenbeteiligung zieht das Alfried Krupp Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an (innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage) die gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beträgt z. Zt. 10,00 € je Kalendertag. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die entsprechende Mitgliedskrankenkasse abgeführt.
- 20. Wiederaufnahme und Rückverlegung**
- Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gem. § 2 FPV 2024 oder der Rückverlegung gem. § 3 Abs. 3 FPV 2024 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2024 zusammengefasst und in einer Fallpauschale abgerechnet.

21. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§17 KHEntgG):

a) Wahlleistungen 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 wird mit allen an der Behandlung beteiligten angestellten oder beamteten Ärzten des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der voll- und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115 SGB V) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses abgeschlossen. Dies gilt auch, soweit die wahlärztlichen Leistungen vom Krankenhaus berechnet werden; die Liquidation erfolgt nach der GOÄ/GOZ in der jeweils gültigen Fassung.

Nach § 6a der 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 sowie ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses um 15 %.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom in der Anlage zur Wahlleistungsvereinbarung aufgeführten Wahlarzt/Leitenden Arzt 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) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ) erbracht.

Die ärztlichen Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von diesen nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

b) Wahlleistung Unterkunft

Unterbringung im 1-Bett-Zimmer Komfortstation 156,00 € täglich
(Stationen 6B, 6C, 6D, 5B)

Unterbringung im 2-Bett-Zimmer Komfortstation 79,00 € täglich
(Station 5B, 5C, 5D, 6D)

c) Wahlleistung Begleitperson

Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson (inkl. MwSt) 85,00 € täglich

d) Wahlleistung Sonderwache

Gestellung einer Sonderwache 30,00 €/Std.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.03.2024 in Kraft. Gleichzeitig wird der Tarif vom 01.01.2024 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin,
Sehr geehrter Patient,

wenn Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter unseres Krankenhauses hierfür gern zur Verfügung.

Gleichzeitig können Sie in der Verwaltung auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten und in 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 ausreichendem Umfang für die Krankenhausbehandlung versichert sind.

**Alfried Krupp von Bohlen und Halbach
Krankenhaus gem. GmbH**

Geschäftsführung