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

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 Landesbasisfallwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet. Der derzeit gültige Basisfallwert liegt bei **4.206,00 €** 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	4.000,00 €	2.092,00 €
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese	3,076	4.000,00 €	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 202 (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 für das Jahr 2024 (FPV 2024).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 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 Anlage 5 der FPV 2024 vorgegeben.

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

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

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

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte: **siehe Anlage**

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV 2024

Für die Vergütung von Leistungen, die noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern keine fall- bzw. tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

A90A	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung	194,54 € je Tag
A90B	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung	133,00 € je Tag
B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson	274,86 € je Tag
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks	172,52 € je Tag

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2024 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **600,00 €** abzurechnen.
Können für die Leistungen nach **Anlage 3b** FPV 2024 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **300,00 €** abzurechnen.
Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2024 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2024 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

5. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 3 KHEntgG

Für Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2a KHEntgG keine Zusatzentgelte vereinbart.

6. Zusatzentgelt für Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gem. der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG

Für die 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 der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG folgendes Zusatzentgelt ab:

Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.07.2020 (PCR):	30,40 €
Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 15.10.2020 (Schnelltest):	11,50 €

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

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

Zuschlag zu Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationären Fall in Höhe von	73,89 €
Zuschlag zu Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationären Fall in Höhe von	222,87 €
Zuschlag für die medizinische notwendige Mitaufnahme von Begleitpersonen, Unterkunft und Verpflegung pro Tag [1] in Höhe von	45,00 €

Anlage: Zusatzentgelte nach dem Zusatzentgeltkatalog gem. § 5 FPV 2024

Entgelt nach § 6 KHEntgG	OPS	Entgelthöhe ab 01.01.2024
ZE2024-03*	8-852.*	5.856,62 € - 37.475,87 €
ZE2024-25	5-829.k*	2.302,20 €
ZE2024-54*	5-429.j*-5-529.s2	848,21 €
ZE2024-62A	8-839.46	11.869,12 €
ZE2024-62B	8-839.46	16.785,39 €
ZE2024-62C	8-839.46	20.355,96 €
ZE2024-67	8-840.04	635,95 €
ZE2024-67	8-840.14	1.271,89 €
ZE2024-69	6-004.1*	2,89 € je mg
ZE2024-77	6-003.g*	22,72 € je mg
ZE2024-91	6-004.3*	1,20 € je mg
ZE2024-97	8-810.9*	224,86 €
ZE2024-111	6-005.d*	3,02 € je mg
ZE2024-112	6-006.2*	0,12 € je mg
ZE2024-113	6-006.1*	58,30 € je mg
ZE2043-115	1-991.0	1.508,60 €
ZE2024-120	6-001.c*	3,37 € je mg
ZE2024-123	6-002.p*	0,65 € je mg
ZE2024-124	6-002.5*	10,37 € je g
ZE2024-125	6-002.r	31,10 € je g
ZE2024-137	8-810.6*	868,,70€ je 50 kIE
ZE2024-138	8-810.j*	379,14 € je g
ZE2024-139	8-810.9*	224,86 € je 250IE
ZE2024-139	8-810.e*	139,25 € je 250IE
ZE2024-140	6-006.b*	69,24 € je mg
ZE2024-141	6-007.6*	0,75 € je mg
ZE2024-142	6-007.3*	3,57 € je mg
ZE2024-143	6-006.0*	1,70 € je mg
ZE2024-144	6-007.j*	3,30 € je mg
ZE2024-145	6-007.e*	0,49 € je mg
ZE2024-146	6-007.m	3,99 € je mg
ZE2024-147	6-001.9*	134,29 € je mg
ZE2024-148	6-001.d*	11,11 € je mg
ZE2024-149	6-001.e*	2,00 € je mg
ZE2024-151	6-001.h*	1,89 € je mg
ZE2024-152A	1-945,0	675,32 €
ZE2024-153	6-001.k*	2,13 € je mg
ZE2024-157	6-006.e*	15,39 € je mg
ZE2024-158	6-007.9*	6,29 € je mg
ZE2024-160	6-009.3*	28,67 € je mg
ZE2024-161	6-008.m*	12,00 € je mg
ZE2024-162	6-008.9*	19,43 € je mg
ZE2024-168	6-009.a*	4,67 € je mg
ZE2024-170	6-002.9*	2,92 € je mg
ZE2024-172	6-007.0*	0,15 € je mg
ZE2024-173	6-007.p*	0,16 € je mg
ZE2024-175	6-002.1*	0,25 € je 1Mio.IE
ZE2024-177	6-002.7*	15,57 € je mg
ZE2024-180	6-005.0*	1,80 € je mg
ZE2024-184	6-00a.1*	3,25 € je mg
ZE2024-186	6-00a.k*	0,43 € je mg
ZE2024-192	6-00a.b*	5,42 € je mg
ZE2024-197	8-836.80 i. V. m. 8-83b.87	1.109,64 €
ZE2024.197	8-836.80 i. V. m. 8-83b.88	1.422,54 €
ZE2024-198	1-991.2	2.100,00 €

Zuschlag für die Mitaufnahme einer Pflegekraft, Unterkunft und Verpflegung pro Tag in Höhe von	45,00 €
Zuschlag für Zentren / Schwerpunkte Zuschlag für Brustzentrum bei Erstoperationen mit Brustkrebsdiagnosen C50* oder D05* sowie den OPS-Codes 5-870.* bis 5-877.* in Höhe von	0,00 €
Zuschlag für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1 KHG i. V. m. § 137 SGB V für jede abgerechnete DRG in Höhe von	0,93 €
Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG je vollstationären Fall	29,59 €
Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gem. § 4 Abs. 9 KHEntgG, auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gem. § 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 in Höhe von	0,45%
Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche gem. § 5 Abs. 4 KHEntgG 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 in Höhe von	2,18%
Zuschlag Hebammenstellen-Förderprogramm § 4 Abs. 10 Satz 17 KHEntgG auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschlae und Zusatzentgelte gem. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entglete nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und 2a KHEntgG in Höhe von	0,00%
Zuschlag Förderprogramm geburtshilfliche Versorgung § 5 Abs. 2 KHEntgG je voll- und teilstationären Fall / Standort Karolinenhospital	0,000 €
Zuschlag für Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, § 4 Abs. 8a S. 7 KHEntgG auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschlae und Zusatzentgelte gem. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entglete nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und 2a KHEntgG in Höhe von	0,01%
Zuschlag zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin, Alter > 28 Tage und < 16 Jahre, § 4a Abs. 4 KHEntgG auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschale	11,5%

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.

Entgelt nach § 6 Abs. 2 KHEntgG	OPS	Entgelthöhe ab 01.11.2024
NUB Apalutamid	6-00c.1	0,35 € je mg
NUB Ausschaltung v. Aortenaneurysmen m. Chimney-Technik	5-38a.c*	2,132,27 €
NUB Avelumab	6-00a.2	3,26 € je mg
NUB Einlage gecoverter Stents m. bioaktiver Oberfläche	8-83b.e1/8-83b.f1	2.000,00 €
NUB Einlage gecoverter Stents m. bioaktiver Oberfläche	8-83b.e1/8-83b.f2	2.228,60 €
NUB Einlage gecoverter Stents m. bioaktiver Oberfläche	8-83b.e1/8-83b.f3	2.228,22 €
NUB Einlage gecoverter Stents m. bioaktiver Oberfläche	8-83b.e1/8-83b.f4	3.000,00 €
NUB Eribulin	6-006.5	383,87 €
NUB Everolismus bei Neoplasie (je mg)	6-005.8	10,29 €
NUB Gileritinib	6-00c.7	4,67 € je mg
NUB Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen	8-84b.00	13.250,00 €
NUB Liposomales Cytarabin-Daunorubicin	6-00b.6	43,68 € je mg
NUB Lorlatinib	6-00c.a	1,45 € je mg
NUB Palbociclib (je mg)	6-009.j	0,64 €
NUB Polatuzumab Vedotin (je mg)	6-00c.c	69,05 €
NUB Ruxolitinib (je mg)	6-009.4	3,47 €
NUB Streptozocin	6-00b.h	0,57 € je mg
NUB Trifluridin-Tipiracil	6-009.n	1,26 € je mg

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. 4S. 5 KHG ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr 228,54 €

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 €

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]

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 0,99 €

12. 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:

a. **vorstationäre Behandlung**

Innere Medizin	147,25 €
Kardiologie	156,97 €
Pädiatrie	94,08 €
Allgemeine Chirurgie	100,72 €
Unfallchirurgie	82,32 €
Orthopädie	133,96 €
Gefäßchirurgie	134,47 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13 €
Schmerztherapie	91,52 €
Urologie	103,28 €
Geriatrie	72,09 €
Neurologie	114,02 €
Neurochirurgie	48,57 €
Gastroenterologie	164,64 €
Hämatologie	75,67 €
Nephrologie	140,61 €

b. **nachstationäre Behandlung**

Innere Medizin	53,69 €
Kardiologie	61,36 €
Pädiatrie	37,84 €
Allgemeine Chirurgie	17,90 €
Unfallchirurgie	21,47 €
Orthopädie	20,96 €
Gefäßchirurgie	23,01 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22,50 €
Schmerztherapie	24,54 €
Urologie	41,93 €
Geriatrie	30,68 €
Neurologie	40,90 €
Neurochirurgie	21,99 €
Gastroenterologie	63,91 €
Hämatologie	46,02 €
Nephrologie	67,49 €

c. **Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten**

Computer-Tomographie-Geräte (CT)

Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pausch. gem. § 3	Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pausch. gem. § 3
5369	122,71 €	5376	20,45 €
5370, 5375	81,81 €	5377	32,72 €
5371	94,08 €	5378	40,90 €
5372	106,35 €	5380	12,27 €
5373, 5374	77,72 €		

Magnet-Resonanz-Geräte (MR)

Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pausch. gem. § 3	Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pausch. gem. § 3
5700,5720	179,97 €	5729	98,17 €
5705	171,79 €	5731, 5732	40,90 €
5715	175,88 € .	5733	32,72 €
5721, 5730	163,61 €	5735	245,42 €

Linksherzkatheter-Messplätze (LHM)

Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pausch. gem. § 3	Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pausch. gem. § 3
627	61,36 €	5317, 5326	16,36 €
628	32,72 €	5318	24,54 €
629	81,81 €	5324	98,17 €
5315	89,99 €	5327	40,90 €
5316, 5325	122,71 €	5328	49,08 €

Hochvolttherapie-Geräte (Linearbeschleuniger = LIN, Telekobalt-Geräte = CO)

Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pausch. gem. § 3	Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pausch. gem. § 3
5831	61,36 €	5834	29,65 €
5832	20,45 €	5835, 5837	5,11 €
5833	81,81 €	5836	40,90 €

Positronen-Emmisions-Tomographie-Geräte (PET)

Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pausch gem. § 3	Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pausch. gem. § 3
5488	245,42 €	5489	306,78€

Gem. § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 KHEntgG ist eine **vorstationäre Behandlung** neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Eine **nachstationäre Behandlung** kann zusätzlich zu einer Fallpauschale (DRG) berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die obere 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 der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus zurzeit kein Entgelt.
3. Daneben werden berechnet:

Schreibgebühren		Fotokopien	
je angefangene Seite	3,50 €	von DIN A 4 Dokumenten, je Seite	0,50 €
		von DIN A 3 Dokumenten, je Seite	1,00 €
Porto- und Versandkosten nach Aufwand		Kopien von Röntgenbildern	
		größenabhängig je Aufnahme von	2,50 €
		bis	10,00 €
Erstellen einer CD/DVD	5,00 €		

14. 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,- 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.

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, -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 Entbindungspfleger gesondert berechnet. [4]

17. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet.

Einbettzimmer Kategorie 1	190,00 € je Berechnungstag
Einbettzimmer Kategorie 2	160,00 € je Berechnungstag
Zweibettzimmer Kategorie 1	92,00 € je Berechnungstag
Zweibettzimmer Kategorie 2	80,00 € je Berechnungstag
Regelleistungszimmer m. Komfortelemente	80,00 € je Berechnungstag (Standorte Arnsberg)
Familienzimmer	120,00 € je Berechnungstag (Standort Arnsberg, Karolinen-Hospital)
Begleitperson ohne med. Begründung:	
Regelleistung	45,00 € je Berechnungstag
Kategorie 1	92,00 € je Berechnungstag
Kategorie 2	80,00 € je Berechnungstag

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2024 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.11.2023 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter unseres Krankenhauses in der Patientenabrechnung 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.

Anmerkungen:

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

[2] Der Mehrleistungsabschlag nach § 4 Abs. 2a KHEntgG läuft 2018 aus. Sein Volumen fällt nach § 4 Abs. 2b Satz 7 KHEntgG 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 erhoben und als ein gemeinsamer Zuschlag in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen.

[4] Nach § 121 Abs. 5 SGB V i. V. m. § 18 Abs. 3 KHEntgG 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.

PEPP-Entgelttarif 2024 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich der BPflV und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Abs. 6 BPflV

Das Klinikum Hochsauerland GmbH berechnet ab dem 01.01.2024 folgende Entgelte:

Die Entgelte für die allgemeinen vollstationären, stationsäquivalenten und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie der BPflV in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über mit Bewertungsrelationen bewertete pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) anhand des PEPP-Entgeltkataloges abgerechnet.

1.Pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) gemäß § 7 S. 1 Nr. 1 BPflV i. V. m. § 1 Absatz 1 PEPPV 2024

Jedem PEPP ist mindestens eine tagesbezogene Bewertungsrelation hinterlegt, deren Höhe sich aus den unterschiedlichen Vergütungsklassen des PEPP-Entgeltkataloges ergibt. Die Bewertungsrelationen können im Rahmen der Systempflege jährlich variieren. Die für die Berechnung des PEPP jeweils maßgebliche Vergütungsklasse ergibt sich aus der jeweiligen Verweildauer des Patienten im Krankenhaus. Der Bewertungsrelation ist ein in Euro ausgedrückter Basisentgeltwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet. Der derzeit gültige Basisentgeltwert liegt bei **358,64 €** und unterliegt ebenfalls jährlichen Veränderungen.

Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 1a oder Anlage 2a bzw. Anlage 5 der PEPPV 2024 jeweils mit dem Basisentgeltwert multipliziert und das Ergebnis kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet wird. Für die Rechnungsstellung wird die Anzahl der Berechnungstage je Entgelt addiert und mit dem ermittelten Entgeltbetrag multipliziert. Berechnungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts inklusive des Verlegungs- oder Entlassungstages aus dem Krankenhaus; wird ein Patient am gleichen Tag aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahmetag und zählt als ein Berechnungstag.

Bewertungsrelationen bei vollstationärer Versorgung:

PEPP	Bezeichnung	Anzahl Berechnungstage / Vergütungsklasse	Bewertungs-relation je Tag
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre, oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität	1	1,4906
		2	1,3174
		3	1,3008
		4	1,2835
		5	1,2662
		6	1,2488
		7	1,2315
		8	1,2142
		9	1,1969
		10	1,1796
		11	1,1623
		12	1,1449
		13	1,1276
		14	1,1103
		15	1,0930
		16	1,0757
		17	1,0584
		18	1,0410

Anhand des nachfolgenden Beispiels bemisst sich die konkrete Entgelthöhe für die **PEPP PA04A** bei einem **hypothetischen Basisentgeltwert von 250,00** € und einer **Verweildauer von 12 Berechnungstagen** wie folgt:

PEPP	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Basisentgeltwert	Entgelthöhe
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre, oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität	1,1449	250,00 €	12 x 286,23 € **= 3.434,76 €**

Bei einer **Verweildauer von z.B. 29 Berechnungstagen** ist die tatsächliche Verweildauer länger als die letzte im Katalog ausgewiesene Vergütungsklasse. Damit ist für die Abrechnung die Bewertungsrelation der letzten Vergütungsklasse heranzuziehen.

Dies würde zu folgendem Entgelt führen:

PEPP	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Basisentgeltwert	Entgelthöhe
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre, oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität	1,0410	250,00 €	29 x 260,25 € **= 7.547,25 €**

Welche PEPP bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es insbesondere 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 mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte durch die Anlagen 1a und 2a bzw. die Anlage 5 der PEPP-Vereinbarung 2024 (PEPPV 2024) vorgegeben.

2. Ergänzende Tagesentgelte gem. § 6 PEPP V 2024

Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a PEPPV 2024 oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BPflV können bundeseinheitliche ergänzende Tagesentgelte abgerechnet werden.

Die ergänzenden Tagesentgelte sind, wie die PEPP mit Bewertungsrelationen hinterlegt:

PEPP Entgeltkatalog - Katalog ergänzender Tagesentgelte - OPS Version 2024

ET	Bezeichnung	ET	OPS-Kode	OPS-Text	Bewertungs-relation j. Tag
ET01	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen		9-640.0	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung	
		ET01.04	9-640.06	6 bis unter 12 Stunden pro Tag	1,1997
		ET01.05	9-640.07	12 bis unter 18 Stunden pro Tag	1,9173
		ET01.06	9-640.08	18 und mehr Stunden pro Tag	2,9756
ET02[1]	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit mindestens 3 Merkmalen	ET02.03	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	0,1810
		ET02.04	9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	0,2268
		ET02.05	9-61b	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 und mehr Merkmalen	0,2569
ET04	Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen		9-693.0	Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	
		ET04.01	9-693.03	Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	0,5809
		ET04.02	9-693.04	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	0,8787
		ET04.03	9-693.05	Mehr als 18 Stunde pro Tag	1,2654
ET05	Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen		9-693.1	Einzelbetreuung bei psychischen u./o. psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	
		ET05.01	9-693.13	Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	1,4546
		ET05.02	9-693.14	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	2,0838
		ET05.03	9-693.15	Mehr als 18 Stunden pro Tag	3,2447

[1] Abrechenbar ist jeder Tag mit Gültigkeit eines OPS-Kodes gern. Spalte 4, an dem der Patient stationär behandelt wird. Vollständige Tage der Abwesenheit während der Gültigkeitsdauer eines OPS-Kodes gem. Spalte 4 sind nicht abrechenbar.

Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 5 der PEPPV 2024 jeweils mit dem Basisentgeltwert multipliziert und das Ergebnis kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet wird. Für die Rechnungsstellung wird die Anzahl der Berechnungstage je Entgelt addiert und mit dem ermittelten Entgeltbetrag multipliziert.

3. Zusatzentgelte nach dem Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 PEPPV 2024

Gemäß § 17d Abs. 2 KHG können, soweit dies zur Ergänzung der Entgelte in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, die Vertragsparteien auf Bundesebene Zusatzentgelte und deren Höhe vereinbaren. Für das Jahr 2024 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** nach § 5 Abs. 1 PEPPV 2024 in Verbindung mit der **Anlage 3** der PEPPV 2024 vorgegeben. Daneben können nach § 5 Abs. 2 PEPPV 2024 für die in **Anlage 4** PEPPV 2024 benannten, mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog nicht bewerteten Leistungen **krankenhausindividuelle Zusatzentgelte** nach § 6 Abs. 1 BPflV vereinbart werden.

Zusatzentgelte können zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a und 5 der PEPPV 2024 oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BPflV abgerechnet werden.

Können für die Leistungen nach **Anlage 4** auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2024 noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600 Euro** abzurechnen.
Wurden für Leistungen nach **Anlage 4** im Jahr 2024 keine Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für jedes Zusatzentgelt **600 Euro** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

Entgelt nach §6 BPflV	OPS	Entgelthöhe ab 01.01.2024
ZP2024-26	6-006.a*	523,88 € - 1.719,00 €
ZP2024-59	6-001.d4	2.859,12 €
ZP2024-96	6-00a.k7	12.184,00 €

4. Zusatzentgelt für Testung auf Infektions mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gemäß der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KGH

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 folgendes Zusatzentgelt ab:

Patienten mit Aufnahmedatum ab 16.06.2020 (PCR):	30,40 €
Patienten mit Aufnahmedatum ab 15.10.2020 (Schnelltest):	11,50 €

5. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 8 PEPPV 2024

Für Leistungen, die mit den bewerteten Entgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können, haben die Vertragsparteien grundsätzlich die Möglichkeit sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 BPflV zu vereinbaren. Die krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelte ergeben sich für den Vereinbarungszeitraum 2024 aus den Anlagen 1b, 2b und 6b PEPPV 2024.

Können für die Leistungen nach **Anlage 1b** PEPPV 2024 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2024 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden vollstationären Berechnungstag **250 Euro** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 2b** PEPPV 2024 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2024 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden teilstationären Berechnungstag **190 Euro** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 6b** auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2024 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag **200 Euro** abzurechnen.

Wurden für Leistungen nach den **Anlagen 1b und 2b** PEPPV 2024 im Jahr 2024 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für jeden vollstationären Berechnungstag **250 Euro** und für jeden teilstationären Berechnungstag **190 Euro** abzurechnen.

6. Zu- und Abschläge nach § 7 BPflV

Zuschlag für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17d Abs. 2 S. 4 i. V. m. § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG in Höhe von	0,93 €

Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben und besondere Tatbestände

DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von	1,43 €
Zuschlag für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i. V. m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit nach § 139a 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 Krankenhausfall in Höhe von	2,94 € [1]
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 €
Zuschlag für Ausbildungskosten nach § 17a Abs. 6 KHG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von	73,89 €
Zuschlag für Ausbildungskosten nach § 33 PflBG	222,87 €
Zuschlag zum pauschalen Ausgleich nicht refinanzierter Tarifsteigerung Pflege gemäß § 8 Abs. 11 KHEntgG in Höhe von	0,00%
Zuschlag für die Finanzierung von Mehrkosten, die durch Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung entstehen nach § 5 Abs. 3c KHEntgG in Höhe von	0,00 € [2]
Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen, pro Tag in Höhe von	45, 00 € [3]

7. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlugnsmethoden gemäß § 6 Abs. 4 BPflV

Für die Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den § 17d KHG auf Bundesebene bewerteten Entgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können und die nicht gemäß § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 4 BPflV folgende fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab: keine

8. Entgelte für regionale oder strukturelle Besonderheiten gemäß § 6 Abs. 2 BPflV

Für regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung, die nicht bereits sachgerecht vergütet werden, rechnet das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2 BPflV folgende Tages-, fall- oder zeitraumbezogene Entgelte und Zusatzentgelte ab: wurde nicht vereinbart

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

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

a) vorstationäre Behandlung

- Psychiatrie und Psychotherapie 125,78 €

b) nachstationäre Behandlung

- Psychiatrie und Psychotherapie 37,48 €

c) Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Computer-Tomographie-Geräte (CT)

Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pausch. gem. § 3	Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pausch. gem. § 3
5369	122,71 €	5376	20,45 €
5370, 5375	81,81 €	5377	32,72 €
5371	94,08 €	5378	40,90 €
5372	106,35 €	5380	12,27 €
5373, 5374	77,72 €		

Magnet-Resonanz-Geräte (MR)

Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pausch. gem. § 3	Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pausch. gem. § 3
5700,5720	179,97 €	5729	98,17 €
5705	171,79 €	5731, 5732	40,90 €
5715	175,88 € .	5733	32,72 €
5721, 5730	163,61 €	5735	245,42 €

Linksherzkatheter-Messplätze (LHM)

Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pausch. gem. § 3	Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pausch. gem. § 3
627	61,36 €	5317, 5326	16,36 €
628	32,72 €	5318	24,54 €
629	81,81 €	5324	98,17 €
5315	89,99 €	5327	40,90 €
5316, 5325	122,71 €	5328	49,08 €

Hochvolttherapie-Geräte (Linearbeschleuniger = LIN, Telekobalt-Geräte = CO)

Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pausch. gem. § 3	Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pausch. gem. § 3
5831	61,36 €	5834	29,65 €
5832	20,45 €	5835, 5837	5,11 €
5833	81,81 €	5836	40,90 €

Positronen-Emmisions-Tomographie-Geräte (PET)

Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pausch gem. § 3	Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pausch. gem. § 3
5488	245,42 €	5489	306,78€

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

10. Entgelte für sonstige Leistungen

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

2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus zurzeit kein Entgelt.

11. 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,- je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

12. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 Abs. 1 und 2 PEPPV 2024 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 2 PEPPV 2024 hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Aufenthaltsdaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in ein Entgelt vorzunehmen, wenn eine Patientin oder ein Patient innerhalb von 14 Kalendertagen, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Entlassungstag der vorangegangenen Behandlung, wieder aufgenommen wird und in dieselbe Strukturkategorie einzustufen ist. Das Kriterium der Einstufung in dieselbe Strukturkategorie findet keine Anwendung, wenn Fälle aus unterschiedlichen Jahren zusammenzufassen sind. Eine Zusammenfassung und Neueinstufung ist nur vorzunehmen, wenn eine Patientin oder ein Patient innerhalb von 90 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift der Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts wieder aufgenommen wird.

Für Fallzusammenfassungen sind zur Ermittlung der Berechnungstage der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts zusammenzurechnen; hierbei sind die Verlegungs- oder Entlassungstage aller zusammenzuführenden Aufenthalte mit in die Berechnung einzubeziehen.

13. Belegärzte

Die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses sind mit den Entgelten nach den Nrn. 1 - 11 nicht abgegolten, sondern werden von dem Belegarzt gesondert berechnet.

14. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet.

Einbettzimmer Kategorie 1	190,00 € je Berechnungstag (Standort Meschede)
Einbettzimmer Kategorie 2	160,00 € je Berechnungstag (Standorte Arnsberg u. Meschede)
Zweibettzimmer Kategorie 1	92,00 € je Berechnungstag (Standort Meschede)
Zweibettzimmer Kategorie 2	80,00 € je Berechnungstag (Standorte Arnsberg u. Meschede)
Regelleistungszimmer m. Komfortelemente	80,00 € je Berechnungstag (Standorte Arnsberg u. Meschede)
Familienzimmer	120,00 € je Berechnungstag (Standort Arnsberg, Karolinen-Hospital)
Begleitperson ohne med. Begründung:	
Regelleistung	45,00 € je Berechnungstag
Kategorie 1	92,00 € je Berechnungstag
Kategorie 2	80,00 € je Berechnungstag

Inkrafttreten

Dieser PEPP-Entgelttarif tritt am 01.01.2024 in Kraft.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter unseres Krankenhauses aus unserer Abrechnung hierfür gerne zur Verfügung.

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in den PEPP-Entgeltkatalog mit den zugehörigen Bewertungsrelationen 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.

Anmerkungen:

[1] 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 erhoben und als ein gemeinsamer Zuschlag in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen.

[2] Maßgeblich dazu sind jedoch die Vorgaben nach § 5 Abs. 3 BPflV i. V. m. § 5 Abs. 3a und § 9 Abs. 1a S. 1 KHEntgG durch die Vertragsparteien auf Bundesebene.

[3] Eine Vereinbarung zur Höhe des Zuschlages, ähnlich der *Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1a Nr. 7 KHG für den somatischen Bereich, wurde für die Psychiatrie und Psychosomatik nicht getroffen.*