

## DRG-Entgelttarif 2024 für das Klinikum Main-Spessart Stand 01.08.2024

Das Klinikum Main-Spessart berechnet ab 01.08.2024 folgende Entgelte:

### 1. Fallpauschalen (DRGs) gemäß § 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 – DRG) abgerechnet. Entsprechend der DRG-Systematik bemisst sich das konkrete Entgelt grundsätzlich nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalls.

Die Zuweisung zu einer DRG erfolgt über verschiedene Parameter. Hierfür kommt es darauf an, welche Diagnose(n) (ICD-10-GM Version 2024) am Ende des stationären Aufenthaltes gestellt und welche diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Leistungen (OPS-301 Version 2024) im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Weitere Faktoren wie z.B. das Alter oder die Entlassart können ebenso die Höhe des Entgelts beeinflussen. Für das Jahr 2024 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 FPV 2024 vorgegeben. Die DRG-Fallpauschalenhöhe errechnet sich aus der Multiplikation von: - Relativgewicht, welches im Rahmen der DRG-Systempflege jährlich variieren kann. (vgl. dazu Vereinbarung zum Fallpauschalensystem; gesetzlicher Katalog) - und landesweitem Basisfallwert (Bayern), der jährlichen Anpassungen unterliegt.

**Der ab 01.02.2024 gültige landesweite Basisfallwert für Bayern beträgt 4.206,51 €**

z.B.	DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
	B79Z	Schädelfrakturen	0,513	4.206,51 €	2.157,94 €

### 2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gemäß § 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 FPV 2024.

### 3. Hybrid-DRG gemäß § 115f SGB V

Gemäß § 115f Abs. 1 SGB V unterfallen die in einem Katalog festgelegten Leistungen einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG), unabhängig davon, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird. Die betreffenden Leistungen sind in der

Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung) vom 19. Dezember 2023 aufgeführt. Die jeweils anwendbare Hybrid-DRG wird mit einem festen Eurobetrag vergütet, der ebenfalls in der Rechtsverordnung aufgeführt ist.

**Beispiel: Leistungsbereich Bestimmte Hernieneingriffe**

OPS-Code	OPS-Text
5-530.00	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion
5-530.01	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Hydrozelenwandresektion

Hybrid-DRG	Bezeichnung	Bewertung (in Euro)
G09N	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	2.021,82 €
G24N	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	1.965,05 €

Die Leistung beginnt mit den Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung und endet mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung, jeweils in der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird. Mit der Hybrid-DRG sind alle im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten entstandenen Aufwände abgegolten. **Eine Abrechnung von weiteren Entgelten gemäß der nachfolgenden Ziffern in Verbindung mit der Hybrid-DRG ist somit ausgeschlossen.** Eine Berechnung von Entgelten für vereinbarte Wahlleistungen bleibt unberührt.

Die Abrechnung einer Hybrid-DRG erfolgt unabhängig von der Anzahl der beteiligten Leistungserbringer nur einmalig.

**4. 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 durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr dividiert wird. Entgeltschlüssel nach Vereinbarung § 301 Abs. 3 SGB V.

**Folgender Pflegeentgeltwert wird für vollstationäre Aufnahmen ab 01.05.2024 zugrunde gelegt: 159,39 €**

## 5. 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 FPV 2024 vorgegeben. Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit der Anlage 6 zur FPV 2024 genannten Zusatzentgelte krankenhaushausindividuelle 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 krankenhaushausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende krankenhaushausindividuellen Zusatzentgelte:

Das Krankenhaus berechnet folgende krankenhaushausindividuellen Zusatzentgelte:

Entgelt	Bezeichnung	Entgelthöhe
ZE2024-01	Beckenimplantate; OPS 5-785.5d	2.200,00 €
ZE2024-25-1	Modulare Endoprothesen, Hüfte; OPS 5-829.k oder 5-829.m	1.500,00 €
ZE2024-25-2	Modulare Endoprothesen, Knie; OPS 5-829.k oder 5-829.m	2.250,00 €
ZE2024-25-3	Modulare Endoprothesen, Schulter; OPS 5-829.k oder 5-829.m	1.600,00 €
ZE2024-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5- 429.j0 oder 5-429.j1 oder 5-429.j3 oder 5-429.j4 oder 5-429.j9 oder 5-429.ja oder 5-429.jb oder 5-429.jc oder 5-429.jd oder 5-429.je oder 5-429.jf oder 5-429.jg oder 5-449.h* oder 5-469.k* oder 5- 489.g0 oder 5-513.m* oder 5-513.n* oder 5-517.** oder 5-526.e0 oder 5-526.f0 oder 5-529.g* oder 5-529.j* oder 5-529.n4 oder 5- 529.p2 oder 5-529.r3 oder 5-529.s2	840,00 €
ZE2024-62	Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge bis 2,5l; OPS 8-839.46 oder 8-839.47	16.500,00 €
ZE2024-74	Gabe von Sunitinib, oral; OPS 6-003.a*	4,64 €
ZE2024-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	Kostenerstattung
ZE2024-103	Gabe von Rituximab, subkutan; OPS 6-001.j*	1,72 €
ZE2024-104	Gabe von Trastuzumab, subkutan; OPS 6-001.m*	4,22 €
ZE2024-106	Gabe von Abatacept, subkutan, je mg; OPS 6-003.t*	2,77 €
ZE2024-110	Gabe von Tocilizumab, subkutan; OPS 6-005.n2	2,72 €

<b>Entgelt</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Entgelthöhe</b>
ZE2024-111	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral, je mg; OPS 6-005.d*	2,38 €
ZE2024-112	Gabe von Abirateronacetat, oral, je mg; OPS 6-006.2*	0,12 €
ZE2024-113	Gabe von Cabazitaxel, parenteral, je mg; OPS 6-006.1*	59,13 €
ZE2024-120	Gabe von Pemetrexed, parenteral, je 100 mg; OPS 6-001.c*	9,52 €
ZE2024-121	Gabe von Etanercept, parenteral, je mg; OPS 6-002.b*	4,54 €
ZE2024-123	Gabe von Caspofungin, parenteral, je mg; OPS 6-002.p*	0,61 €
ZE2024-124	Gabe von Voriconazol, oral; OPS 6-002.53	0,01 €
ZE2024-125	Gabe von Voriconazol, parenteral, je 200 mg; OPS 6-002.r*	5,95 €
ZE2024-130	Gabe von Belimumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-006.6*	1,28 €
ZE2024-137	Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII OPS: 8-810.6*	Kostenerstattung
ZE2024-138	Gabe von Fibrinogenkonzentrat OPS: 8-810.j*	Kostenerstattung
ZE2024-139	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren OPS: 8-810.7* oder 8-810.8* oder 8-810.9* oder 8-810.a* oder 8-810.b*	Kostenerstattung
ZE2024-141	Gabe von Enzalutamid, oral, je 40 mg; OPS 6-007.6*	29,17 €
ZE2024-142	Gabe von Aflibercept, intravenös; OPS 6-007.3*	3,57 €
ZE2024-143	Gabe von Eltrombopag, oral; OPS 6-006.0*	1,91 €
ZE2024-144	Gabe von Obinutuzumab, parenteral; OPS 6-007.j*	3,28 €
ZE2024-145	Gabe von Ibrutinib, oral; OPS 6-007.e*	0,48 €
ZE2024-146	Gabe von Ramucirumab, parenteral, je mg; OPS 6-007.m*	4,05 €
ZE2024-147	Gabe von Bortezomib, parenteral; OPS 6-001.9*	292,90 €
ZE2024-148	Gabe von Adalimumab, parenteral; OPS 6-001.d*	11,11 €
ZE2024-149	Gabe von Infliximab, parenteral; OPS 6-001.e*	1,13 €
ZE2024-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.h*	1,01 €
ZE2024-153	Gabe von Trastuzumab, intravenös; OPS 6-001.k*	1,09 €
ZE2024-154	Gabe von Anidulafungin, parenteral; OPS 6-003.k*	0,75 €
ZE2024-156	Gabe von Posaconazol, parenteral; OPS 6-007.k*	1,43 €
ZE2024-158	Gabe von Pertuzumab, parenteral; OPS 6-007.9*	6,26 €

<b>Entgelt</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Entgelthöhe</b>
ZE2024-160	Gabe von Pembrolizumab, parenteral; OPS 6-009.3*	28,34 €
ZE2024-161	Gabe von Nivolumab, parenteral; OPS 6-008.m*	11,81 €
ZE2024-166	Gabe von Isavuconazol, parenteral; OPS 6-008.g*	3,14 €
ZE2024-167	Gabe von Isavuconazol, oral; OPS 6-008.h*	0,62 €
ZE2024-168	Gabe von Daratumumab, parenteral; OPS 6-009.aa	4,30 €
ZE2024-169	Gabe von Liposomalem Irinotecan, parenteral, je 1 mg; OPS 6-009.e*	22,90 €
ZE2024-170	Gabe von Bevacizumab, parenteral; OPS 6-002.9*	0,89 €
ZE2024-172	Gabe von Posaconazol, oral, Suspension; OPS 6-007.0*	0,14 €
ZE2024-173	Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten, je 1 mg; OPS 6-007.p*	0,09 €
ZE2024-177	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral, je 6mg; OPS 6-002.7*	85,68 €
ZE2024-180	Gabe von Azacytidin, parenteral; OPS 6-005.0*	0,87 €
ZE2024-184	Gabe von Atezolizumab, parenteral, je 1200 mg; OPS 6-00a.1*	3.915,17 €

## 6. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2024

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2024 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

<b>DRG</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Entgelthöhe</b>
B61B	best. akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	232,57 €
B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson	252,11 €

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.

## 7. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115a SGB V

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

### Vorstationäre Leistungen (fallbezogene Pauschale)

Chirurgie	100,72 €
Innere Medizin	147,52 €
Neurologie	114,02 €
Gynäkologie	119,13 €

### Nachstationäre Leistungen (tagesbezogene Pauschale)

Chirurgie	19,70 €
Innere Medizin	53,69 €
Neurologie	40,90 €
Gynäkologie	22,50 €

### Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

5720	Großgerät MRT vorstationär Abdomen und/ oder Becken	179,97 €
5733	Großgerät MRT Zuschlag vorstationär computergesteuerte Analyse (3D-Konstruktion)	32,72 €
5731	Großgerät MRT vorstationär ergänzende Serie(n)	40,90 €
5730	Großgerät MRT Extremitäten/ Darstellung mindestens zwei großer Gelenke	163,61 €
5729	Großgerät MRT vorstationär Gelenke/ Abschnitte von Extremitäten	98,17 €
5735	Großgerät MRT Höchstwert f. die Leistungen nach Nrn. 5700 - 5730	245,42 €
5700	Großgerät MRT vorstationär Kopfbereich ggf. mit Hals	179,97 €
5721	Großgerät MRT vorstationär Mamma(e)	163,61 €
5715	Großgerät MRT vorstationär Thorax/ ggf. Hals/ Thoraxorgane/ Aorta	175,88 €
5705	Großgerät MRT vorstationär Wirbelsäule in zwei Projektionen	171,79 €
5732	Großgerät MRT vorstationär Zuschlag Positionswechsel und/ oder Spulenwechsel	40,90 €
5372	Großgerät CT vorstationär im Abdominalbereich	106,35 €
5375	Großgerät CT vorstationär Aorta in gesamter Länge	81,81 €
5378	Großgerät CT vorstationär Bestrahlungsplanung oder interventionelle Maßnahmen	40,90 €
5377	Großgerät CT Zuschlag computergesteuerter Analyse/ anschließende 3D-Rekonstruktion	32,72 €
5376	Großgerät CT vorstationär mit mindestens einer zusätzlichen Serie	20,45 €
5371	Großgerät CT vorstationär Hals und/ oder Thoraxbereich	94,08 €
5369	Großgerät CT Höchstwert f. die Leistungen nach Nrn. 5370 bis 5374	122,71 €
5370	Großgerät CT vorstationär Kopfbereich - ggf. kraniozervikaler Übergang	81,81 €

5380	Großgerät CT vorstationär Bestimmung Mineralgehalt repräsentativer Skeletteile	12,27 €
5373	Großgerät CT vorstationär Skelett (Wirbelsäule/ Extremitäten/ Gelenke)	77,72 €
5374	Großgerät CT vorstationär Zwischenwirbelräume HWS/ BWS/ LWS/ ggf. Übergangsregionen	77,72 €

Gem. § 8 Abs. 2 Nr. 4 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 Grenzverweildauer der Fallpauschale (DRG) übersteigt.

## 8. Zu- und Abschläge bzw. Abzüge

- 8.1 Zuschlag für die externe Qualitätssicherung in Bayern für das Jahr 2024 beträgt pro Krankenhausaufenthalt 0,93 € vgl. §17b Abs. 1 Satz 5 KHG sowie § 8 Abs. 4 KHEntgG.
- 8.2 DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG beträgt im Jahr 2024 pro Krankenhausaufenthalt 1,43 €.
- 8.3 Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss n. § 91 SGB V und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin n. § 139a SGB V beträgt im Jahr 2024 pro Krankenhausaufenthalt 2,94 €.
- 8.4 Zuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von 45,00 € pro Tag.
- 8.5 Ausbildungszuschlag nach § 17a KHG in Höhe von 46,16 € (gültig für Aufnahmen ab dem 01.01.2024).
- 8.6 Ausbildungszuschlag gem. § 33 Abs. 3 S. 1 PflBG in Höhe von 136,00 € (gültig für Aufnahmen ab dem 01.01.2024).
- 8.7 Zuschlag für jeden zu dokumentierenden Krankenhausaufenthalt im Rahmen des Qualitätssicherungsprojekts Schlaganfallbehandlung in Bayern für 2024 in Höhe von 3,10 €.
- 8.8 Zuschlag für die telemedizinische Versorgung im Schlaganfallnetzwerk TRANSIT nach § 5 Abs. 1 bis 3 KHEntgG in Höhe von 220,58 € für jede Schlaganfallbehandlung (gültig für Aufnahmen ab dem 01.01.2023).
- 8.9 Zuschlag für die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen (§17b Abs. 1a Nr. 4 KHG) 0,20 €.
- 8.10 Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung in Höhe von 13,14 € nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG. Der Zuschlag wird für vollstationäre Aufnahmen in der Zeit ab 01.01.2024 erhoben.
- 8.11 Zuschlag nach § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 3 der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung.

Folgender Zuschlag wird für Aufnahmen ab dem 01.02.2024 als v. Hundert Wert erhoben: 2,53 %.

- 8.12 Zuschlag zur Sicherung der Kinder- und Jugendmedizin nach § 4a KHEntgG:  
Folgender Zuschlag wird für die voll- und teilstationären Aufnahmen mit Alter über 28 Tagen und unter 16 Jahren ab dem 01.01.2024 als v. Hundert Wert erhoben: 11,500 %
- 8.13 Telematikzuschlag nach § 377 Abs. 1 und 2 SGB V:  
Folgender Zuschlag wird für voll- und teilstationäre Aufnahmen ab dem 01.02.2024 erhoben: 1,52 €.
- 8.15 Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG  
Folgender Zuschlag wird für Aufnahmen ab dem 01.01.2024 als v. Hundert Wert erhoben: 0,52 %.
- 8.16 Sicherstellungszuschlag gemäß § 5 Abs. 2 KHEntgG:  
Folgender Zuschlag wird für voll- und teilstationäre Aufnahmen ab dem 01.02.2024 erhoben: 34,40 €

## 9. Entgelte für sonstige Leistungen

9.1	Leichenschau gemäß Ziffer 101 GOÄ	99,46 €
	Leichenhausbenutzung	15,00 €
	Kühlzelle (pro Tag)	30,00 €
	Zuschlag F (20-22 Uhr oder 6-8 Uhr)	15,15€
	Zuschlag G (22-6 Uhr)	26,23 €
	Zuschlag H (Samstag, Sonntag oder Feiertag)	19,82 €

## 10. Zuzahlungen

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

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

### **Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten für Übergangspflege nach § 39e Abs. 2 SGB V**

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der Übergangspflege nach § 39e SGB V – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beträgt derzeit 10,00 € je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 1 SGB V beim Patienten geltend gemacht. Dabei sind bereits geleistete Zuzahlungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung anzurechnen.

## 11. 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.

## 12. Belegärzte

Mit den Entgelten nach Nr. 1 sind nicht die ärztlichen Leistungen von Belegärzten der Belegabteilung, sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses abgegolten. Diese Leistungen werden von dem Belegarzt gesondert berechnet.

## 13. Entgelte für Wahlleistungen

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

### 13.1 Nichtärztliche Wahlleistungen

Unterbringung im 2-Bett-Zimmer	26,24 €
Unterbringung im 1-Bett-Zimmer	61,17 €
Unterbringung und Verpflegung als Begleitperson medizinisch notwendig	45,00 €
Unterbringung und Verpflegung als Begleitperson medizinisch <u>nicht</u> notwendig mit Vollpension	48,00 €
Unterbringung als Begleitperson medizinisch <u>nicht</u> notwendig ohne Verpflegung	26,35 €

### 13.2 Ärztliche Leistungen

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit das Krankenhaus selbst wahlärztliche Leistungen berechnet. Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung. Nach § 6a GOÄ erfolgt bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen/privatärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25%, bei Leistungen und Zuschlägen von Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten um 15%.

Das Arzthonorar wird in einer gesonderten Rechnung von den jeweils liquidationsberechtigten Krankenhausärzten geltend gemacht, sofern nicht eine externe Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt tätig wird. Die gesondert berechenbaren Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden,

vom Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtung persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts (§ 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ/GOZ) erbracht. Die ärztlichen Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von diesem nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

Die Abrechnungsstelle des Klinikum Main-Spessart ist die Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen e.V.

Die Mitarbeiter der Abrechnungsstelle unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

### Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.09.2024 in Kraft.

#### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter unserer Patientenaufnahme oder 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.

**Lohr am Main, den 07.08.2024  
Klinikum Main-Spessart**