



DRG-Entgelttarif 2024 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG

und

Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

01.05.2024
(LBFW: 4.206,51 €)

Die Malteser Waldkrankenhaus St. Marien gGmbH, Rathsberger Str. 57, 91054 Erlangen berechnet ab dem 01.05.2024 folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 1 KHEntgG

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG 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 Basisfallwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet. Der derzeit gültige Basisfallwert liegt bei **4.206,51 €** 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 oder andere Kopfverletzungen und bestimmte Fraktur	0,513	€ 4.000,00	€ 2.052,00
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	3,116	€ 4.000,00	€ 12.464,00

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

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. 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-Kode	OPS-Text
5-530.00	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit hoher Bruchpfortenunterbindung 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. 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 der 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.

Die vom Krankenhaus vereinbarten Zusatzentgelte können in der Patientenverwaltung – Erdgeschoß, Zimmer A04 – eingesehen werden.

5. 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 gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

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.

Die vom Krankenhaus vereinbarten individuellen fall- bzw. tagesbezogenen Entgelte können in der Patientenverwaltung – Erdgeschoss, Zimmer A0.04 – eingesehen werden.

6. Entgelte für nicht durch die Fallpauschalen und Zusatzentgelte sachgerecht vergütete Leistungen gem. § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 3 KHEntgG

- z.Zt. keine Vereinbarung

7. 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 folgendes Zusatzentgelt ab:

- Testungen durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR mit Aufnahmedatum ab dem 01.05.2023: **30,40 €**
- Labordiagnostik mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen/ Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.06.2022: **11,50 €**

8. Zu- und Abschläge bzw. Abzüge

Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach §17a KHG in Höhe von **46,16 €** (Entgeltsschlüssel 75109002).

Zuschlag zu Finanzierung von Ausbildungskosten nach §33 PflBG in Höhe von **136,00 €** (Entgeltsschlüssel 75109003)

Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung nach §9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG in Höhe von **36,03 €** (Entgeltsschlüssel 47100027).

Gem. **§ 17b KHG** berechnet das Krankenhaus einen **Zuschlag** in Höhe von **0,93 €** je Fall für die Beteiligung der Krankenhäuser an der **Qualitätssicherung** auf der Grundlage des § 137 SGB V (Entgeltsschlüssel 46009000).

Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG in Höhe von 0,40 % auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG

Zuschlag nach §4a Abs. 4 KHEntgG Pädiatrische Patienten (Kinder und Jugendliche bis unter 16 Jahre) in Höhe von **11,500 %** auf die DRG. (Entgeltsschlüssel: 47100045)

Abschlag für den Ausgleich nach §5 Abs. 7 der Corona-Ausgleichsvereinbarung 2022 in Höhe von **-3,65 %** (Entgeltsschlüssel: 47200037)

Zuschlag für die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson:

Gemäß § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG in Verbindung mit § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 KHEntgG Wird ein Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von **Begleitpersonen** in Höhe von **45,00 €** pro Tag berechnet (Entgeltsschlüssel 75100003).

9. 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 gemäß § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

Die vom Krankenhaus vereinbarten neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) können in der Patientenverwaltung – Erdgeschoß, Zimmer A04 – eingesehen werden.

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

Das Krankenhaus vereinbart mit den Krankenkassen ein Pflegebudget zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten, die dem Krankenhaus entstehen. Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt nach § 6a Abs. 4 KHEntgG über einen krankenhausespezifischen 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. Aktuell sind gemäß § 15 Abs. 2a S. 1 und 2 KHEntgG (i.d.F.d. MDK-RefG) für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 6a KHEntgG die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG mit **257,57 €** zu multiplizieren.

11. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **1,43 €** (Entgeltsschlüssel 48000001).

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 Krankenhausfall in Höhe von **2,94 €** (Entgeltsschlüssel 47100001).

12. Telematikzuschlag nach §377 Abs. 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 § 377 Abs. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **1,68 €**

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

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

<u>a. vorstationäre Behandlung</u>		<u>b. nachstationäre Behandlung</u>	
Medizinische Klinik I	156,97 €	Medizinische Klinik I	61,36 €
Medizinische Klinik II	164,64 €	Medizinische Klinik II	63,91 €
Chirurgie	100,72 €	Chirurgie	17,90 €
Wirbelsäulenchirurgie	91,52 €	Wirbelsäulenchirurgie	17,90 €
Urologie	103,28 €	Urologie	41,93 €
Orthopädie & Unfall	100,72 €	Orthopädie & Unfall	17,90 €
Medizinische Klinik III	72,09 €		

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Die abzurechnenden Leistungen können in der Patientenverwaltung – Erdgeschoß, Zimmer A02 – eingesehen werden.

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 zur Fallpauschale (DRG) berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale (DRG) übersteigt.

14. 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 **165,77 €**.

15. 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 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

16. 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.

17. Belegärzte

Mit den Entgelten nach Nummer 1 bis 12 sind nicht die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses abgegolten. Diese Leistungen werden von dem Belegarzt gesondert berechnet.

18. Entgelte nach § 111 SGB V für geriatrische Rehabilitation

Für stationäre med. Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation (§ 40 Abs. 2 SGB V) beträgt die vollpauschalierte Vergütung pro Tag **257,87 €** (Entgeltsschlüssel 921111SA)

19. 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. Im Fall der unvorhersehbaren Verhinderung werde die wahlärztlichen Leistungen des Wahlarztes von dem ständigen ärztlichen Vertreter erbracht (§4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ/GOZ).

a. Ärztliche Leistungen:

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Anästhesie und operative Intensivmedizin	Dr. med. H. Huber	OA Dr. med. Matthias Gleißner
Allgemein und Viszeralchirurgie	PD. Dr. med. S. Schüle	OA Dr. med. M. Bährle außer Schilddrüse und Hernien ● Schilddrüse: OA Thomas Hahn ● Hernien: OA Dr. Marcel Willner
Orthopädie und Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. T. Tischer	● Orthopädie OA Dr. med. T. Elbracht ● Unfallchirurgie OA PD Dr. med. M. Pachowsky
Wirbelsäulen-Zentrum	Dr. med. Klaus John Schnake	OA J. Streikus
Medizinische Klinik I Kardiologie Elektrophysiologie Angiologie, Notfallmedizin und internistische Intensivmedizin	Dr. med. V. Schibgilla	CA Prof. Dr. med. D. Ropers außer Invasive Elektrophysiologie, Device Implantationen und Angiologie ● Invasive Elektrophysiologie OÄ Dr. S. Hopf ● Device Implantationen OA Dr. med. P. Fouridis ● Angiologie OA Dr. med. D. Bojanic
Medizinische Klinik II Gastroenterologie Hämato-Onkologie Diabetes und Stoffwechselerkrankungen	Prof. Dr. med. M. Raithel	● Innere Medizin (außer Gastro, Hämatologie und Diabetes- u. Stoffwechselerkrankungen): OA A. Braun ● Gastroenterologie: OA Dr. med. V. Rödl ● Hämato-Onkologie: OA Dr. E. Arnold ● Diabetes- und Stoffwechselerkrankungen Fr. K. Schramm

Medizinische Klinik III Altersmedizin und geriatrische Rehabilitation	Prof. Dr. med. K.-G. Gaßmann	● Station C2 Zi. C230-C241 OÄ A. Sledziewska ● Station C2 Zi. C242-C247 und Station B2 Zi. B206-B214 OA J. Liczko ● Station 5 OA Dr. U. Runge ● Internistische Notaufnahme, Internistische Intensivmedizin und Station C4; Station B2 Zi. B201-B205 und Zi. B221 OÄ Dr. S. Lambridi
Urologie	Prof. Dr. med. B. Wullich	● offene Tumor- und rekonstruktive Chirurgie, äußere Genitalchirurgie, TUR/Endourologie: Dr. Abdulrahman ● Inkontinenz-OP, Port-Implantation: Prof. Goebell

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

b. Unterkunft:

Die Gesamtkosten für die Unterbringung werden aus den Kosten pro Berechnungstag gebildet. Berechnungstag in diesem Sinne ist der Tag der Aufnahme zuzüglich jedes weiteren Aufenthaltstages. Der Tag der Entlassung bzw. Verlegung wird bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Kategorie	Komfortmerkmale	Preis pro Tag
1		111,00 €
1.1 Premium	s. Wahlleistungsflyer	162,00 €
1.2 Premium		164,00 €
1C Premium		147,00 €
1 Reha-Geriatrie	s. Wahlleistungsflyer	70,00 €

Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Kategorie	Komfortmerkmale	Preis pro Tag
2	s. Wahlleistungsflyer	63,00 €
2.K Reha-Geriatrie	Regelleistung = Zweibettzimmer s. Wahlleistungsflyer (nur Komfortelemente)	26,50 €

Für einen Zeitraum von max. vier Tagen besteht die Möglichkeit der Reservierung bzw. des Freihaltens des gebuchten 1-Bett-Zimmers für den Fall, dass das Zimmer vorübergehend nicht genutzt werden kann. Während der Zeit, in der das Zimmer nicht anderweitig belegt wird, berechnet das Krankenhaus einen um 25 % geminderten Zimmerpreis, mindestens jedoch den Basispreis.

Zuschlag für Einbettzimmer (gilt ebenso für Zweibettzimmer, wenn die zweite Person die Begleitperson ist).

c. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson:

Für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson berechnet das Krankenhaus 45,00 € je Berechnungstag.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.05.2024 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.04.2024 aufgehoben.

Erlangen, 01.05.2024



Dr. Carsten Haeckel
Geschäftsführer

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Patientenverwaltung (Erdgeschoss Zimmer A04, Telefon 3259) 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.