

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

Die Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH

berechnet ab dem **01.05.2024** 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 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	0,513	€ 4.000,00	€ 2.052,00
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Frakturen 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) 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 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 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. 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 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:

ZE 2024-01	Beckenimplantate (OPS 5-785.2d oder 5-785.3d oder 5-785.4d oder 5-785.5d)	631,00 €
ZE 2024-09	Hämoperfusion , Adsorber und Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen (OPS 8-821.2)	1.081,81 €
ZE 2024-25	Modulare Endoprothese (OPS 5-829.k* oder 5-829.m)	2.045,00 €
ZE 2024-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (OPS 5-429.j0 oder 5-429.j1 oder 5-429.j3 oder 5-429.j4 oder 5-429.j9)	814,33 €
ZE 2024-123	Gabe von Caspofungin , parenteral, je mg; (OPS 6-002.p*)	0,55 €
ZE 2024-145	Gabe von Ibrutinib , orali, je mg (OPS 6.007.e*)	0,48 €
ZE 2024-148	Gabe von Adalimumab , parenteral (OPS 6.001.d*)	3,21 €
ZE 2024-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	Kostenerstattung
ZE 2024-137	Gabe von rekombinantem Faktor VII	Kostenerstattung
ZE 2024-138	Gabe von Fibrinogenkonzentrat	Kostenerstattung
ZE 2024-139	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	Kostenerstattung

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

Für Kosten, die dem Krankenhaus für Testungen von Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden, auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 entstehen, rechnet das Krankenhaus auf Grund der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG gesondert folgende Zusatzentgelte ab:

- Testungen durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels **PCR**, PoC-PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.05.2023 (ZECorona, § 301: 76CT9999) **30,40 €**
- Testungen mittels **Antigen-Test** zur patientennahen Anwendung durch Dritte zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2021 (ZECPOCAntigen, § 301: 76CT9997) **11,50 €**

6. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2024

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

Tagesbezogenes Entgelt nach Anlage 3a und 3b FPV 2024 :

B61B Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff **164,27 €**

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a FPV 2024** auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausespezifischen 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 krankenhausespezifischen 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.

7. Zu- und Abschläge bzw. Abzüge

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **46,16 € (Ausbildungszuschlag §301: 75109002)** berechnet.
- Zuschlag für die **generalisierte Pflegeausbildung** (§301: 75109003) nach dem Pflegeberufegesetz gem. § 33 Abs. 3 S. 1 PflBG je voll- und teilstationären Fall in Höhe von **136,00 €**.
- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von **Begleitpersonen** in Höhe von **45,00 €** pro Tag.
- Zuschlag für die **Teilnahme an der Notfallversorgung** (§301: 47100027). gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG je abgerechnetem vollstationärem Fall in Höhe von **33,41 €**.
- **Telematikzuschlag** nach § 377 Abs. 1 und 2 SGB V. Der Zuschlag wird in Höhe von **1,90 €** je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung der Telematikinfrastruktur erhoben.
- **Zuschlag Infektiologieförderprogramm** (§301: 47100020) gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG in Höhe von **0,50 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.
- **Zuschlag** nach § 4a Abs. 4 KHEntgG zur Auszahlung des Erlösvolumens für die Versorgung von **Kindern und Jugendlichen** in Höhe von **11,5 %**.

Abschläge gemäß B-BEP-Abschlagsvereinbarung:

- **Abschlag** nach § 9 Abs. 1a Nr. 8a KHEntgG wegen **fehlender Einschätzung des Beatmungsstatus** in Höhe von **16%** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG, **maximal jedoch 2.000,00 €**.
- **Abschlag** nach § 9 Abs. 1a Nr. 8b KHEntgG wegen **fehlender Anschlussverordnung zur Beatmungsentwöhnung** in Höhe von einmalig **280 €**.

8. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG

- Zuschlag für **externe Qualitätssicherung** (§301: 46009000), je vollstationärem Fall: **0,93 €**
- Qualitätssicherung Schlaganfall (§301: 46009002): **3,10 €**

9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- **DRG-Systemzuschlag** nach § 17b Abs. 5 KHG (§301:48000001)
 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 (§301: 47100001) für jeden abzurechnenden Krankenhausfall
 in Höhe von: **2,94 €**

**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 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 ab **01.01.2024** wird der **Pflegeentgeltwert** mit den Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG mit **197,34 €** multipliziert.

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

Gemäß § 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 allgemein	147,25 €	fallbezogene Pauschale
Allgemeine Chirurgie	100,72 €	fallbezogene Pauschale

b. Nachstationäre Behandlung

Innere Medizin allgemein	53,69 €	je Behandlungstag
Allgemeine Chirurgie	17,90 €	je Behandlungstag

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

- Computer-Tomographie-Geräte (CT):
 Leistungen (Pauschalen) nach der Gemeinsamen Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115 a Abs. 3 SGB V zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassenverbänden (Stand:11.07.1994):

5369	Höchstwert f. Leistungen nach Nr. 5370-5374	122,71 €
5370	CT im Kopfbereich ggf. einschl. der kraniozerv. Überg.	81,81 €
5371	CT im Hals- und/oder Thoraxbereich	94,08 €
5372	CT im Abdominalbereich	106,35 €
5373	CT des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten o. Gelenke)	77,72 €
5374	CT der Zwischenwirbelr. Hals-, Brust- u./o. Lendenws.	77,72 €
5375	CT der Aorta	81,81€
5376	Ergänzende CT mit mind. 1 zus. Serie b. High-Res.Techn.	20,45 €
5377	Zuschl. f. computergest. Analyse einschl. 3D-Rekon	32,72 €
5378	CT zur Bestrahlungsplanung	40,90 €
5380	Bestimmung des Mineralgehalts (Osteodensitometr.)	12,27 €

- Magnet-Resonanz-Geräte (MR):
 Leistungen (Pauschalen) nach der Gemeinsamen Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115 a Abs. 3 SGB V zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassenverbänden (Stand: 11.07.1994):

5700	MRT im Bereich Kopf/Hals	179,97 €
5705	MRT der Wirbelsäule	171,79 €
5715	MRT im Bereich des Thorax ggfs. einschl. Hals/Thoraxo.	175,88 €
5720	MRT im Bereich des Abdomens u./o. Beckens	179,97 €
5721	MRT der Mamma(e)	163,61 €
5729	MRT eines oder mehrerer Gelenke o. Abschn. Von Extr.	98,17 €
5730	MRT einer oder mehrerer Extremität(en)	163,61 €
5731	Erg. Serie(n) zu Nrn. 5700-5730	40,90 €
5732	Zuschl. zu 5700-5730 f. Posit.-u./o. Spulenwechsel	40,90 €
5733	Zuschl. f. computergest. Analyse z. B. Kinetik, 3D-Rek.	32,72 €
5735	Höchstwert für Leistungen nach 5700-5730	245,42 €

Gemäß § 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.

12. 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. Kostenvoranschlag für ausländische Patienten **30,00 €.**

3. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus folgende Entgelte gemäß GOÄ:
 - Dauer der Leichenschau 20 Minuten: **110,51 €**
 - Dauer der Leichenschau 10 Minuten: **66,31 €**
4. Für die Entnahme eines Herzschrittmachers bei einem Toten berechnet das Krankenhaus **45,00 €**.
5. **Kopierkosten: 0,50 €** pro A4-Kopie, 1,00 € pro A3-Kopie, Arbeitszeit **45,00 €**/pro Stunde zzgl. der geltenden Versandkosten der Deutschen Post AG
6. Röntgen-, CT- oder MRT-Bilder auf CD-Rom pauschal **5,47 €** gemäß DKG-NT Nr. 9794
7. **Ärztliche Atteste** werden nach Aufwand gesondert berechnet.

13. 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 § 43b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

14. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in das selbe 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.

15. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet. Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung und der Patienteninformation über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen entnehmen.

a) Ärztliche Leistungen:

Juraklinik Scheßlitz

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Innere Abteilung und Intensivmedizin	Renner Wanja	Dr. Karin Schneiderbanger
Akutgeriatrie	Dieter Höger	Dr. Tatjana Frisk
Allgemein- und Viszeralchirurgie	Michael Zachert	Yuri Hancharonak
Orthopädie- und Unfallchirurgie	Dr. Matthias Biedermann	Dr. Günther Wittmann
Anästhesie und chirurgische Intensivmedizin	Dr. Thomas Eberlein	Dr. Sven Klöhr

Steigerwaldklinik Burgebrach

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Innere Abteilung	Dr. Sören Maaß	Petra Düchtel-Kuhn
Kardiologie	Dr. Markus Hoffmann	Dr. Axel Jakob
Phlebologie	Christoph Rösch	Michael Zachert
Intensivmedizin	Dr. Oliver Kuckein	
Allgemein- und Viszeralchirurgie Sektion Orthopädie Sektion Unfallchirurgie Sektion Neurochirurgie/Unfallchirurgie	Michael Zachert	Andreas Rösch Dr. Franz Ertl Michael Stahl Dr. Steffen Amend
Anästhesie und chirurgische Intensivmedizin Sektion Endoprothetik	Dr. Thomas Eberlein	Dr. Graf Christian Dr. Peter Görlitz
Neurochirurgie	Dr. Stefan Köhler	Dr. Sabine Hüttmann Dr. Christopher Held

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 Privatzimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Juraklinik Scheßlitz	Komfortmerkmale	Preis pro Tag
Einbettzimmer Premium I	siehe Wahlleistungsflyer	129,56 €
Einbettzimmer Premium II	siehe Wahlleistungsflyer	111,83 €
Einbettzimmer eingestreut	siehe Wahlleistungsflyer	99,99€
Zweibettzimmer eingestreut	siehe Wahlleistungsflyer	59,16 €

Steigerwaldklinik Burgebrach	Komfortmerkmale	Preis pro Tag
Einbettzimmer Premium	siehe Wahlleistungsflyer	111,83 €
Einbettzimmer eingestreut	siehe Wahlleistungsflyer	99,99 €
Einbettzimmer B5	siehe Wahlleistungsflyer	99,99 €
Einbettzimmer Rondell	siehe Wahlleistungsflyer	129,56 €
Einbettzimmer Rondell Suite	siehe Wahlleistungsflyer	135,48 €
Zweibettzimmer Premium	siehe Wahlleistungsflyer	70,97 €
Zweibettzimmer eingestreut	siehe Wahlleistungsflyer	59,16 €
Zweibettzimmer B5	siehe Wahlleistungsflyer	59,16 €
Zweibettzimmer Rondell	siehe Wahlleistungsflyer	76,90 €

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

c) Sonstige Wahlleistungen

- „Hotelgast“ Aufnahme vor oder nach einer ambulanten Operation /dem stationären Aufenthalt: **100,00 € pro Tag**
- Begleitperson, die nicht medizinisch indiziert ist: **100,00 € pro Tag**

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **01.05.2024** in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif/Pflegekostentarif vom 01.02.2024 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, steht Ihnen folgende Mitarbeiterin unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung:

Frau Nicole Hollik, Tel.: 09542 779-138

Die allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) und eine Information für die Privatabrechnung bei Patienten der Postbeamtenkrankenkasse, kann an der Information/stationäre Aufnahme eingesehen werden.

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.

Scheßlitz, den 29.04.2024

Nicole Hollik
Leitung Patientenmanagement