

DRG-Entgelttarif im Anwendungsbereich des KHEntgG Unterrichtung des Pateinten gemäß §8 KHEntgG

Das Katholische Klinikum Bochum gGmbH (Krankenhaussträger)
Gudrundstraße 56
44791 Bochum

mit den Betriebsstellen

St. Josef-Hospital, Gudrunstraße 56, 44791 Bochum
St. Elisabeth-Hospital, Bleichstraße 15, 44787 Bochum
Klinik Blankenstein, Im Vogelsang 5 – 11, 45527 Hattingen
Marien Hospital, Parkstr. 15, 44866 Bochum

berechnet folgende Entgelte:

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

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie des KHEntgG in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über diagnoseorientierte Fallpauschalen (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) und circa 23.000 Prozeduren (OPS-301) 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 von der Bezirksregierung genehmigt ist.

Beispiel (Relativgewicht und Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
B79Z	Schädelfrakturen ohne Begleiterkrankungen	0,528	3.738,55 €	1.973,95 €
I03B	Hüftgelenkersatz mit Begleiterkrankungen	2,948	3.738,55 €	11.021,25 €

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 jeweilige Jahr werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 FPV 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

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 jeweilige Jahr (FPV).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV

Gem. § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (GKV-Spitzenverbände, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das jeweilige Jahr werden die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2021 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV genannten Zusatzentgelte krankenhausesindividuelle 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.

DRG-Entgelttarif im Anwendungsbereich des KHEntgG Unterrichtung des Pateinten gemäß §8 KHEntgG

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

Eine Liste der krankenhausesindividuell vereinbarten Zusatzentgelte in als Anlage 1 beigefügt

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2021 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern für bestimmte DRGs fall- bzw. tagesbezogene Entgelte vereinbart.

Können für die Leistungen nach Anlage 3A FPV 2021 aufgrund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 600,00 € abzurechnen. Können für die Leistungen nach 3B aufgrund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 300,00 € abzurechnen. Wurden in der Budgetvereinbarung für das jeweilige Jahr für Leistungen nach der Anlage 3A FPV keine Entgelte vereinbart, so sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S 3 KHEntgG für jeden Belegungstag 450,00 € abzurechnen.

Eine Liste der krankenhausesindividuell vereinbarten DRG-Fallpauschalen in als Anlage 2 beigefügt

5. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 7 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, vereinbart das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntg mit den zuständigen Kostenträgern zeitlich befristete fallbezogene Entgelte. (Unterjährige Veränderungen sind im NUB Bereich möglich)

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

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

	Vorstationäre Behandlung	Nachstationäre Behandlung
Innere Medizin	147,25 €	53,69€
Kardiologie	156,97 €	61,36 €
Hämatologie	75,67 €	46,02 €
Gastroenterologie	164,64 €	63,91 €
Innere Medizin (Rheumatologie)	128,85 €	54,20 €
Allgemeine Chirurgie	100,72 €	17,90 €
Gefäßchirurgie	134,47 €	23,01 €
Orthopädie	133,96 €	20,96 €
Orthopädie (Rheumatologie)	128,85 €	54,20 €
Neurologie	114,02 €	40,90 €
Dermatologie	75,67 €	23,01 €
Strahlenheilkunde	186,62 €	330,29 €
Pädiatrie	94,08 €	37,84 €
Schwerbrandverletzte Kinder	104,30 €	36,81 €
Neonatologie	51,64 €	23,01 €
Spezielle Immunkrankheiten	91,52 €	23,54 €
HNO	78,74 €	37,84 €
Gynäkologie / Geburtshilfe	119,13 €	22,50 €
Geriatric	72,09 €	30,68 €

Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Computer-Tomographie-Geräte (CT)	bis zu einer Höhe von 588,98 €
Magnet-Resonanz-Geräte (MR)	1.108,46 €
Linksherzkatheter-Messplätze (LHM)	617,64 €
Hochvolttherapie Gerät	239,28 €
Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET)	552,20 €

Gem. § 8 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG ist eine vorstationäre Behandlung neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Eine nachstationäre Behandlung kann zusätzlich zur Fallpauschale (DRG) berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale (DRG) übersteigt.

7. 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

DRG-Entgelttarif im Anwendungsbereich des KHEntgG Unterrichtung des Pateinten gemäß §8 KHEntgG

8. Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 4 KHEntgG und sonstige Zu- und Abschläge

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **88,06 €**.
- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von 109,73 €
- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **45,00 € / Tag**
- Teilnahme an der gestuften Notfallversorgung bzw. Notfallstufenvergütungsvereinbarung 5,80 €
- Corona-Mehrkostenpauschale ab 01.01.21 **40,00 €** / bei nachgewiesener Infektion **80,00 €**
- Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG aufgrund der behördlich genehmigten Pflegesatzvereinbarung 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
- Fixkostendegressionsabschlag gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG in Höhe von **1,31%** auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen.
- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG in Höhe von **0,06 %** 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.
- Zu- und Abschläge für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG

• DRG Systemzuschlag	1,66 €
• Systemzuschlag GBA, IQWIG, IQTIG	1,89 €
• Zuschlag externe Qualitätssicherung	1,15 €
• Mehrkosten GBA – Richtlinien	0,03 %
- Zuschlag für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG je abgerechneten vollstationären Fall in Höhe von **0,20 €**

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. 2KHG gesondert folgendes Zusatzentgelt ab:

- Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.01.2021 mittels PCR Test 52,50 €
- Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.01.2021 mittels Antigen Test 19,00 €

9. Entgelte für sonstige Leistungen

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

Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus: 33,52 €.

Das Krankenhaus berechnet für die Telefonnutzung (sofern nicht Bestandteil der Entgelte Entgelte nach Nr. 14. des Tarifes):

- | | |
|-----------------------|--------|
| a) Grundmiete pro Tag | 0,55 € |
| b) je Einheit: | 0,25 € |

10. Zuzahlungen

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 zurzeit € 10,00 je Kalendertag. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die entsprechende Mitgliedskrankenkasse abgeführt.

11. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV oder der Rückverlegungsregelung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2021 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV zusammengefasst und abgerechnet.

DRG-Entgelttarif im Anwendungsbereich des KHEntgG Unterrichtung des Patienten gemäß §8 KHEntgG

12. 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 vereinbarten 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.

13. Entgelte für Wahlleistungen

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

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2021 in Kraft. Gleichzeitig wird der Entgelttarif vom 15.10.2020 aufgehoben. Im Falle der Unwirksamkeit einzelner Vertragsbedingungen bleiben die übrigen Bestimmungen verbindlich

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

DRG-Entgelttarif im Anwendungsbereich des KHEntgG Unterrichtung des Pateinten gemäß §8 KHEntgG

Anlage 1 krankenhausindividuelle Zusatzentgelte

Kürzel	Bezeichnung	OPS	Preis
ZE2021-01	Beckenimplantate	5-785.4d	2.155,65 €
ZE2021-03	ECMO und PECLA	8-852.0*	5.662,58 €
ZE2021-09	Hämoperfusion	8-821.2	625,05 €
ZE2021-13	Immunadsorption	8-821.0 / 8-821.10 / 8-821.11	2.246,26 € / 10.894,38 € / 1.231,28 €
ZE2021-25	Modulare Endoprothesen	5-829.k* oder 5-829.m	1.900,58 €
ZE2021-40	Naturheilkundliche Komplexbehandlung	8-975.23 oder 8-975.24	1.126,93 €
ZE2021-49	Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) in Kombination mit Peritonektomie und ggf. mit Multiviszeralresektion oder hypertherme intrathorakale Chemotherapie (HITOC) in Kombination mit Pleurektomie und ggf. mit Tumorreduktion	8-546.0	4.579,73 €
ZE2021-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-429.j0; 5-429.j1; 5-429.j3; 5-429.j4; 5-429.j9; 5-429.ja- jg; 5-449.h*; 5-469.k*; 5- 489.g0; 5-513.m*; 5-513.n*; 5-517.**; 5-526.e0; 5-526.f0; 5-529.g*; 5-529.j*; 5-529.n4; 5-529.p2; 5-529.r3; 5-529.s2	806,50 €
ZE2021-56	Gabe von Bosentan, oral	6-002.f*	0,39 € / mg
ZE2021-66	Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten: Aldurazyme	6-003.7	1,72 € / IE
ZE2021-66	Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten: Elosulfase alfa	6-003.7	138,00 / mg
ZE2021-66	Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten: Myozyme	6-003.7	13,09 € / mg
ZE2021-66	Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten: Idusulfase alfa (Elapraxe)	6-003.7	569,20 € / mg
ZE2021-66	Enzyersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten: Replagal	6-003.7	678,12 € / mg
ZE2021-77	Gabe von Lenalidomid, oral	6-003.g*	13,57 € / mg
ZE2021-88	Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen	1-942.1	567,95 €
ZE2021-106	Gabe von Abatacept, subkutan	6-003.t*	2,79 € / mg
ZE2021-111	Gabe von Paclitaxel, als an Albumin gebundene Nanopartikel, parenteral	6-005.d*	3,40 € / mg
ZE2021-112	Gabe von Abirateron, oral	6-006.2*	0,12 € / mg
ZE2021-120	Gabe von Pemetrexed, parenteral	6-001.c*	3,08 € / mg
ZE2021-121	Gabe von Etanercept, parenteral	6-002.b*	4,45 € / mg
ZE2021-122	Gabe von Imatinib, oral	6-001.g*	0,01 € / mg
ZE2021-123	Gabe von Caspofungin, parenteral	6-002.p*	0,75 € / mg
ZE2021-124	Gabe von Voriconazol, oral	6-002.5*	0,01 € / mg
ZE2021-125	Gabe von Voriconazol, parenteral	6-002.i*	0,03 € / mg
ZE2021-140	Gabe von Brentuximab Vedotin, parenteral	6-006.b*	69,24 € / mg
ZE2021-141	Gabe von Enzalutamid, oral	6-007.6*	0,75 € / mg
ZE2021-142	Gabe von Aflibercept, intravenös	6-007.3*	3,57 € / mg
ZE2021-143	Gabe von Eltrombopag, oral	6-006.0*	1,64 € / mg
ZE2021-144	Gabe von Obinutuzumab, parenteral	6-007.j*	3,60 € / mg
ZE2021-146	Gabe von Ramucirumab, parenteral	6-007.m*	3,85 € / mg
ZE2021-147	Gabe von Bortezomib, parenteral	6-001.9*	0,12 € / mg
ZE2021-148	Gabe von Adalimumab, parenteral	6-001.d*	12,58 € / mg
ZE2021-149	Gabe von Infliximab, parenteral	6-001.e*	2,83 € / mg
ZE2021-151	Gabe von Rituximab, intravenös	6-001.h*	2,93 € / mg
ZE2021-152	Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik	1-945.0 / 1-945.1	690,00 € / 990,00 €
ZE2021-153	Gabe von Pertuzumab, intravenös	6-007.9*	3,52 € / mg
ZE2021-158	Gabe von Pertuzumab, parenteral	6-007.9*	6,66 €
ZE2021-160	Gabe von Pembrolizumab, parenteral	6-009.3*	30,77 €
ZE2021-161	Gabe von Nivolumab, parenteral	6-008.m*	12,08 € / mg
ZE2021-165	Gabe von Nusinersen, intrathekal	6-00a.d	7.460,87 €
ZE2021-170	Gabe von Bevacizumab, parenteral	6-002.9*	483,34 € bis 12.522,92 €

DRG-Entgelttarif im Anwendungsbereich des KHEntgG
Unterrichtung des Pateinten gemäß §8 KHEntgG

ZE2021-171	Gabe von Clofarabin, parenteral	6-003.j*	910,29 € bis 128.351,19 €
ZE2021-172	Gabe von Posaconazol, oral, Suspension	6-007.0*	158,85 € bis 11.461,27 €
ZE2021-173	Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten	6-007.p*	188,80 € bis 12.973,05 €
ZE2021-174	Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal	6-002.a*	928,31 € bis 5.569,84 €
ZE2021-175	Gabe von Filgrastim, parenteral	6-002.1*	16,30 € bis 455,74 €
ZE2021-176	Gabe von Lenograstim, parenteral	6-002.2*	36,95 € bis 1.133,22 €
ZE2021-177	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral	6-002.7*	91,63 € bis 1.515,53 €
ZE2021-178	Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral	6-007.7*	91,63 € bis 1.515,53 €
ZE2021-179	Gabe von Ofatumumab, parenteral	6-006.4*	631,34 € bis 50.507,52 €
ZE2021-181	Gabe von Ustekinumab, parenteral	6-005.j*	37,07 € / mg
ZE2021-184	Gabe von Atezolizumab, parenteral	6-00a.1*	3,20 € / mg
ZE2021-185	Gabe von Ocrelizumab, parenteral	6-00a.e*	24,58 € / mg

**DRG-Entgelttarif im Anwendungsbereich des KHEntgG
 Unterrichtung des Pateinten gemäß §8 KHEntgG**
Anlage 2 krankenhausindividuelle DRG-Fallpauschalen inkl. Tagesbezogenen Pflegewert

DRG	Bezeichnung	Normallieger	UGVD		MVD		OGVD	
B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson	6.555,76 €	6	936,54 €	21	312,18 €	36	172,52 €
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen des Rückenmarks mehr als 13 Tage	4.299,91 €	5	716,65 €	17	252,94 €	31	116,21 €
B76A	Anfälle, mehr als ein Belegungstag	5.874,60 €	3	1.468,65 €	14	419,61 €	28	209,81 €
D01A	Kochleaimplantation	57.265,33 €	2	19.088,44 €	6,5	8.180,76 €	12	4.772,11 €
D23Z	Implantation eines Hörgerätes	14.460,09 €	3	3.615,02 €	10	1.446,01 €	18	803,34 €
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Tage	4.580,19 €	16	269,42 €	32,5	139,79 €	50	91,60 €
Y01Z	Operative Eingriffe bei schweren Verbrennungen oder Beatmung > 95 Stunden bei Verbrennungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte bei Verbrennungen	73.950,16 €	15	4.621,89 €	48,8	1.509,19 €	70	1.056,43 €
Y61Z	Schwere Verbrennungen	3.543,95 €	4	708,79 €	13	272,61 €	28	126,57 €