



DRG-Entgelttarif 2018 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG gültig ab 01. Juli 2018

Das Christliche Krankenhaus Quakenbrück gemeinnützige GmbH berechnet ab dem 01. Juli 2018 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-GM Version 2018) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2018) 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-Definitionsbandbuch) festgelegt. Das DRG-Definitionsbandbuch 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 3.463,31 € 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
H64Z	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen	0,593	3.463,31 €	2.053,75 €
I04Z	Revision und Ersatz des Kniegelenks mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse	3,621	3.463,31 €	12.540,65 €

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 2018 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2018 (FPV 2018) 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 2018

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 2018 (FPV 2018).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV 2018

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 Jahr 2018 werden die **bundeseinheitlichen** Zusatzentgelte durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2018 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2018 genannten Zusatzentgelte **krankenhausindividuelle** Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden.

Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2018 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 2018 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2018 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende krankenhausindividuelle Zusatzentgelte:

ZE2018-03.01	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Venovenöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung	4.500,00 €
ZE2018-04.01	Kranioplastik: Rekonstruktion des Gesichtsschädels ohne Beteiligung des Hirnschädels bis zu 2 Regionen mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat], großer oder komplexer Defekt	4.500,00 €
ZE2018-123	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral	34,20 €
ZE2018-124	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Voriconazol, oral	0,39 €

ZE2018-125	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Voriconazol, parenteral	5,66 €
ZE2018-13.01	Immunadsorption mit nicht regenerierbarer Säule zur Entfernung von Immunglobulinen und/ oder Immunkomplexen	2.000,00 €
ZE2018-148	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral	825,00 €
ZE2018-149	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Infliximab, parenteral	274,00 €
ZE2018-151	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös	592,06 €
ZE2018-22.02	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Perkutane Einführung einer intraaortalen Ballonpumpe	750,00 €
ZE2018-25.01	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-) Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz	2.000,00 €
ZE2018-53.01	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracica: Stent-Prothese, mit 1 Öffnung	nach Aufwand
ZE2018-54.01	Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, offen chirurgisch, eine Prothese ohne Antirefluxventil	800,00 €
ZE2018-54.02	Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, eine Prothese ohne Antirefluxventil	800,00 €
ZE2018-54.16	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden ungedeckten Stents	800,00 €
ZE2018-54.17	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden gedeckten Stent-Prothesen	800,00 €
ZE2018-56	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Bosentan, oral	393,75 €
ZE2018-61.01	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, wiederaufladbar	23.500,00 €
ZE2018-62.01	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße; Implantation oder Entfernung einer transvasal platzierten axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung: Implantation einer univentrikulären axialen Pumpe	10.000,00 €
ZE2018-62.02	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße; Implantation oder Entfernung einer transvasal platzierten axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung: Implantation einer biventrikulären axialen Pumpe	17.000,00 €
ZE2018-67.01	(Perkutan-) transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Aorta	nach Aufwand

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2018 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene Entgelte vereinbart:

Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2018:

B61B	M	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff	360,00 € je Belegungstag
E76A	M	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	300,00 € je Belegungstag
B49Z	M	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson	360,00 € je Belegungstag
B76A	M	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie	400,00 € je Belegungstag

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2018 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 2018 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 2018 für Leistungen nach Anlage 3a FPV 2018 keine Entgelte vereinbart, sind auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jeden Belegungstag 450,00 € abzurechnen.

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

Für folgende 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 folgende gesonderte Zusatzentgelte vereinbart: - entfällt -

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

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **121,57 €**
- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **45,00 €** pro Tag
- Abschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG in Höhe von **-5,19 %** 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. 2b KHEntgG in Höhe von **-84,18 €** auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen.
- Zuschlag nach § 4 Abs. 8 KHEntgG zur finanziellen Förderung der zusätzlichen Personalkosten bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Stellen von ausgebildetem Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Krankenpflegegesetz in Höhe von **0,20 %** 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 zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG in Höhe von **0,23 %** 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.
- Pflegezuschlag bei sämtlichen ab dem 01.07.2018 aufgenommenen Patientinnen oder Patienten, die zur vollstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden gemäß § 8 Abs. 10 KHEntgG je vollstationärem Fall in Höhe von **38,04 €**
- Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.
- Zuschlag lt. § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG für die Teilnahme an einrichtungsübergreifendem Fehlermeldesystemen je abgerechnetem vollstationären Fall **0,20 €**

7. 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, rechnet das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

Parakorpale Membranpumpe mit integrierter Gegenpulsation (PPMIG) (iVAC2L)	10.700,00 €
Ocrevus: Ocrelizumab	8.032,50 €
Alemtuzumab für Anwendung bei MS (Lemtrada)	10.272,08 €
Praxbind: Idarucizumab	1.041,25 €

8. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG sowie Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Abs. 4 KHEntgG

Qualitätssicherungszuschlag je DRG **1,24 €**

9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG in Höhe von **1,31 €** je DRG
- Zuschlag für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB und die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a SGB V in Höhe von **1,70 €** je DRG

10. 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:

Fachabteilung	a. vorstationäre Behandlung	b. nachstationäre Behandlung
Medizinische Klinik	147,25 Euro je Fall	53,69 Euro je Behandlungstag
Diabetologie	147,25 Euro je Fall	53,69 Euro je Behandlungstag
Chirurgische Klinik	100,72 Euro je Fall	17,90 Euro je Behandlungstag
Neurologie	114,02 Euro je Fall	40,90 Euro je Behandlungstag
Psychiatrie / Psychotherapie	125,78 Euro je Fall	37,84 Euro je Behandlungstag
Psychosomatik / Psychother. Medizin	99,19 Euro je Fall	47,55 Euro je Behandlungstag

Darüber hinaus werden im Rahmen der vor- und nachstationären Behandlung **Untersuchungen mit medizinisch-technischen Großgeräten** in Rechnung gestellt. Eine Preisliste erhalten Sie auf Wunsch bei der Aufnahme.

Gem. § 8 Abs. 2 S. 3 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.

11. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung
2. Abgaben von Hilfsmitteln, die dem Kranken mitgegeben werden (z.B. Gehhilfen, Krankenfahrstühle etc.)
3. Heilmittelabgaben, die über die allgemeine Krankenhausleistung hinausgehend erwünscht wird
4. Leichenschau (Obduktion) ggf. einschließlich klinischer Sektion und die Ausstellung einer Todesbescheinigung.
Entgelt für die Punkte 1-4: Erstattung des tatsächlichen Aufwandes
5. Weitere Leistungen aufgrund besonderer Vereinbarungen. Es gilt das vereinbarte Entgelt.

12. 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.

13. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2018 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2018 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2018 zusammengefasst und abgerechnet.

14. Belegärzte

Mit den Entgelten nach Nr. 1-11 sind nicht abgegolten die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Diese Leistungen werden von dem Belegarzt gesondert berechnet.

15. Entgelte für Wahlleistungen

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

a. 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 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 Fas-

sung 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 der Regel gesondert von den jeweils liquidationsberechtigten Krankenhausärzten geltend gemacht, sofern nicht die Verwaltung des Klinikums oder eine externe Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt tätig wird.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom nachfolgend aufgeführten Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtungen persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts (§ 4 Abs.2 Satz 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs.2 Satz 3 GOÄ/GOZ) erbracht:

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Anästhesie und Intensivmedizin	CA. Dr. med. Birmes	OA Dr. med. Bommers
Medizinische Klinik Allgemein Innere Pneumologie Kardiologie Diabetologie	CA Dr. med. Grade CA Dr. med. Bronnert Komm. CA MD F. Abdullah Ltd. Zentrumsarzt Dr. med. Thienel	OA Dr. med. Sostmann Stellv. Ltd. Arzt Dr. med. Druckmiller Ltd. OA S. Tokmic Ltd. OÄ Dr. med. Koch
Chirurgische Klinik Allgemein-/ Visceralchirurgie Gefäßchirurgie Unfall-/ Wiederherstellungschir. Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie Neuro-/Wirbelsäulenchirurgie	CA Dr. med. Reuter CA Dr. med. Asimi-Lissar CA Drs. med. Hogt CA Dr. med. Bode Ltd. Zentrumsarzt Prof. Dr. med. Steinsträßer Ltd. Zentrumsarzt Prof. Dr. med. Klekamp Ltd. Zentrumsarzt Dr. med. Voß Ltd. Zentrumsarzt Dr. med. Höpfner Ltd. Zentrumsarzt Dr. med. Hashemi	OÄ Dr. med. Uptmoor OÄ Fr. Marcinkowska gegenseitige Vertretung n.n. gegenseitige Vertretung
Neurologie	CA Dr. med. Hotz	OÄ Dr. med. Schmock
Psychiatrie / Psychotherapie	CA Univ.-Prof. Dr. med. Dr. scient. pth. Dipl.-Psych. Boerner	OA Dr. med. Kaufold
Psychosomatik / Psychotherapeutische Medizin	CÄ Weiss	OA Dr. med. Hoffmann

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

b. Unterbringung in einem 1- bzw. 2-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Die Gesamtkosten für die Unterbringung werden aus den Kosten pro Berechnungstag gebildet. Berechnungstag in diesem Sinn 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 mit eigener Sanitärzone (Wahlleistungsstation)	79,95 €
Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer mit eigener Sanitärzone (Chirurgische Klinik, Medizinische Klinik, Neurologie)	72,66 €
Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer ohne eigene Sanitärzone (Chirurgische Klinik, Medizinische Klinik, Neurologie)	69,38 €
Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer mit eigener Sanitärzone und Sonderausstattung (Chirurgische Klinik, Medizinische Klinik, Neurologie)	33,80 €
Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer ohne eigene Sanitärzone, mit Sonderausstattung (Chirurgische Klinik, Medizinische Klinik, Neurologie)	31,16 €
Gestellung einer Sonderwache (als Wahlleistung gewünscht)	(Erstattung des tats. Aufwands)
Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson (ohne medizinische Indikation)	33,00 €
Bereitstellung eines Telefonapparates Grundgebühr täglich (bis 14 Tage) incl. MwSt.	0,95 €
Gebühr je Einheit incl. MwSt.	0,12 €
Bereitstellung eines Fernsehgerätes pro angefangene 5 Minuten	0,03 €

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.07.2018 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.04.2018 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Frau Netheler, App. 18 18
Frau Kurkowka, App. 29 20

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.

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