



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

Die Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer gGmbH
Standort Paul-Egell-Straße und Spitalgasse

Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer

berechnen ab dem **01.07.2018** 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 ggf. 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-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 **ab 01.01.2018 bei 3.618,98 €** 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	0,652	3.000,00 €	1.956,00 €
DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
I04Z	Implantation, Wechsel o. Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesese	3,370	3.000,00 €	10.110,00 €

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 2018 werden die Bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 FPV 2018 vorgegeben.

SP-KH-PVW-MD-158	Erstellt: Bier	Geprüft: Bier	Freigabe: Bier
Stand: 01.07..2018	Version: 041	Gültig ab: 01.07.2018	Seite 1 von 8

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 S. 12 KHG 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) 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 krankenhausespezifische 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 2018 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausespezifischen 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 krankenhausespezifischen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet derzeit folgende Zusatzentgelte:

- ZE2018-22 = 856,00 €; ZE2018-25 = 2.000,00 €; ZE2018-53 = 10.500,00 €;**
- ZE2018-54 = 856,00€; ZE2018-67 = 4.000,00 €; ZE2018-107 = 1027,00 €;**
- ZE2018-123 = 545,93 €; ZE2018-124 } 333,33 €; ZE2018-125 = 48,00 €**

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2018

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

Tagesbezogene Entgelte für teilstationäre Behandlung

- Schwerpunkt Schmerztherapie 275,43 €**
- Schwerpunkt Geriatrie 202,68 €**
- Schwerpunkt Onkologie 277,09 €**
- Schwerpunkt Pädiatrie 251,13 €**

Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2018

DRG E76A 300,00 € je Belegungstag

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2018 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 2018 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

SP-KH-PVW-MD-158	Erstellt: Bier	Geprüft: Bier	Freigabe: Bier
Stand: 01.07..2018	Version: 041	Gültig ab: 01.07.2018	Seite 2 von 8

2018 für Leistungen nach Anlage 3a FPV 2018 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 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:

Keine

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

Ausbildungszuschlag nach § 17 a KHG je voll- und teilstationärem Fall:

132,15 €

Ferner berechnet das Krankenhaus gem. § 17 b Abs. 1 S. 4 und 6 KHG folgende Zu- und Abschläge:

Zuschlag für die med. notwendige Aufnahme von Begleitpersonen

45,00 €/Tag

Fixkostendegressionsabschlag nach § 4, Abs.2b KHEntgG

-101,60 €

Zuschlag für ausgleichende Tatbestände nach § 5 Abs. 4, Satz 2 KHEntgG

0,52%

Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 11 KHEntgG

0,18 %

Zuschlag zum Pflegestellenförderprogramm nach § 4, Abs. 8

0,15 %

Pflegezuschlag nach § 8, Abs. 10 KHEntgG

51,44 €

G-BA Mehrkosten Neonatologie nach § 5, Abs. 3c

1,25 %

Die Zu- und Abschläge gelten jeweils auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte (Teilstat. Behandlung) nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.

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

keine

8. Qualitätssicherungszu- und abschläge nach § 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG

Zuschlag Qualitätssicherung: **1,30 €**

SP-KH-PVW-MD-158	Erstellt: Bier	Geprüft: Bier	Freigabe: Bier
Stand: 01.07..2018	Version: 041	Gültig ab: 01.07.2018	Seite 3 von 8

9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

1,31 €

Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a i. V. m. § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i. V. m. § 139 c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall

1,70 €

10. Telematikzuschlag nach § 291 a Abs. 7 a S. 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 § 291 a Abs. 7 a S. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

Derzeit noch nicht vereinbart

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

Gem. § 115 a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind:

	a. vorstationär	b. nachstationär
Innere Medizin/Innere Medizin I	147,25 €	53,69 €
Pädiatrie	94,08 €	37,84 €
Gynäkologie/Geburtshilfe	119,13 €	22,50 €
Chirurgie	100,72 €	17,90 €

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.

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. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus seit 01.11.2010 **60,00 €**.

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 z. Z. 10,- € je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V im Auftrage der gesetzlichen Krankenkassen beim Patienten eingefordert.

SP-KH-PVW-MD-158	Erstellt: Bier	Geprüft: Bier	Freigabe: Bier
Stand: 01.07..2018	Version: 041	Gültig ab: 01.07.2018	Seite 4 von 8

14. 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.

15. 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 veranlassten 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.

16. 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:

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 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: (siehe Tabelle auf Seite 6).

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

SP-KH-PVW-MD-158	Erstellt: Bier	Geprüft: Bier	Freigabe: Bier
Stand: 01.07..2018	Version: 041	Gültig ab: 01.07.2018	Seite 5 von 8

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Anästhesie		
Allgemein- und Viszeralchirurgie	Herr Prof. Dr. Hofstetter	Frau Dr. Gerhardt
Gefäßchirurgie	Herr Prof. Dr. Hofstetter	Frau Dr. Gerhardt
Gynäkologie und Geburtshilfe	Herr Prof. Dr. Hofstetter	Herr Dr. Krombholz
Orthopädie	Herr Prof. Dr. Hofstetter	Herr Dr. Mienert
Neurochirurgie	Herr Prof. Dr. Hofstetter	Herr Dr. Krombholz
HNO	Herr Prof. Dr. Hofstetter	Frau Dr. Gerhardt
Pädiatrische Anästhesie	Herr Prof. Dr. Hofstetter	Frau Meier-Greiffenberg
Außenbereiche/Intervention	Herr Prof. Dr. Hofstetter	Herr Dr. Mienert
Intensivmedizin	Herr Prof. Dr. Hofstetter	Frau Olbert
Palliativmedizin	Herr Prof. Dr. Hofstetter	Herr Dr. Kern
Schmerzambulanz/-Tagesklinik	Herr Prof. Dr. Hofstetter	Frau Dr. Uhl
Allgemeinchirurgie	Herr PD Dr. Jentschura	Herr Fußler
Viszeralchirurgie	Herr PD Dr. Jentschura	Herr Dr. Renner
Darmzentrum	Herr PD Dr. Jentschura	Herr Dr. Renner
Unfallchirurgie	Herr PD Dr. Jentschura	Herr Dr. Kamensek
Kinderchirurgie	Herr PD Dr. Jentschura	Herr Dr. Oehmichen
Gefäßchirurgie	Herr Prof. Dr. Rümenapf	Herr Kocaer
Orthopädie	Herr Prof. Dr. Heisel	Herr Werner
Sportorthopädie/Arthroskopische Orth.	Herr Kreukler	Herr Werner
Endoprothetik	Herr Werner	Herr Prof. Dr. Heisel
Gynäkologie	Herr Dr. Eissler	Frau Dr. Müller
Geburtshilfe	Frau Dr. Filsinger	Herr Treiber/Frau Dr. Wutkewicz
Brustzentrum	Herr Dr. Eissler	Frau Dr. Baumstark
Kontinenzzentrum	Herr Dr. Eissler	Frau Dr. Müller
Innere Medizin - Angiologie/ Elektrophysiologie	Herr Dr. Schwacke	Herr Dr. Kuhfus
Innere Medizin - Geriatrie	Herr Dr. Wezler	Herr Dr. van Ganswijk
Innere Medizin - Gastro	Herr Prof. Dr. Rabenstein	Herr Dippold
Innere Medizin - Kardiologie/Pneumologie	Herr Dr. Schwacke	Herr Dr. Müller
Innere Medizin - Onkologie	Herr Prof. Dr. Rabenstein	Herr Dippold
Innere Medizin - Onkologie/Medikamentöse Therapie	Frau Dr. Franz-Werner	Herr Dr. Scheuer
Innere Medizin – Sektion Endokrinologie Stoffwechselerkrankungen	Herr Prof. Dr. Humbert Herr PD Dr. Morcos	
Kinder- und Jugendmedizin	Herr Dr. Bosk	Herr Dr. Mohorovicic
Neonatologie	Herr Dr. Bosk	Herr Lindner
Pneumologie	Herr Dr. Bosk	Frau Dr. Bell
Kardiologie/Intensivmedizin	Herr Dr. Bosk	Herr Dr. Siedler
Tagesklinik Pädiatrie	Herr Dr. Bosk	Frau Dr. Bell
Kinder- und Jugendpsychiatrie	Herr Dr. Bosk	Frau Schubert
Neuropädiatrie	Herr Dr. Bosk	Frau Dr. Munk
Endokrinologie/Diabetologie	Herr Dr. Bosk	Frau Dr. Gonzalves
Labor	Herr Dr. Oikonomou	

SP-KH-PVW-MD-158	Erstellt: Bier	Geprüft: Bier	Freigabe: Bier
Stand: 01.07..2018	Version: 041	Gültig ab: 01.07.2018	Seite 6 von 8

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

Fachabteilung	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Paul-Egell-Straße 33 Innere Medizin Chirurgie Gynäkologie	Sanitärzone mit Dusche und WC, 2-tägiger Handtuch- und Bettwäschewechsel, elektronisch verstellbare Komfortbetten stehen zur Verfügung, kostenlose Nutzung des Farbfernsehgerätes, Telefongrundgebühr entfällt, persönliche Betreuung durch unsere ServicemitarbeiterInnen, die nach Ihren Wünschen fragen und selbstverständlich Sonderwünsche erfüllen, Menüauswahl, Nachmittagskaffee und Kuchen, Aufnahmeformalitäten auf Wunsch im Patientenzimmer (bei Voranmeldung), persönlicher Service, wie z. B. Tageszeitung kostenlos, Erstausrüstung (Kamm, Shampoo, Zahnbürste, Einmalrasierer u.s.w.).	ab 01.01.2018 96,10 €
Pädiatrie	Wahlleistungsstation (zusätzlich WLAN frei, Sky, Minibar mit alkoholfreien Getränken, Patientenlounge mit Kaffeeautomat)	137,00 €
Geburtshilfe	Leicht abweichende, Kind gerechtere Wahlleistungskomponenten 1-Bett-Zimmer auf Station 1	89,00 € 57,45 €
Spitalgasse 1 Innere Medizin I Palliativmedizin	Eigene Sanitärzone mit Dusche und WC, 2-tägiger Handtuch- und Bettwäschewechsel, kostenlose Nutzung des Farbfernsehgerätes, Telefongrundgebühr entfällt, persönliche Betreuung durch unsere ServicemitarbeiterInnen, die nach Ihren Essenswünschen fragen und selbstverständlich Sonderwünsche erfüllen, Menüauswahl, Nachmittagskaffee und Kuchen, Aufnahmeformalitäten auf Wunsch im Patientenzimmer (bei Voranmeldung), persönlicher Service, wie z. B. Tageszeitung kostenlos, Erstausrüstung (Kamm, Shampoo, Zahnbürste, Einmalrasierer usw.).	59,03€
Spitalgasse 1 Innere Medizin I Palliativmedizin	Sanitärzone mit gemeinsamer Dusche und WC Komfortmerkmale siehe oben	55,24 €

SP-KH-PVW-MD-158	Erstellt: Bier	Geprüft: Bier	Freigabe: Bier
Stand: 01.07..2018	Version: 041	Gültig ab: 01.07.2018	Seite 7 von 8

c. Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung (Paul-Egell-Str. 33):

Fachabteilung	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Haus Paul-Egell-Str. 33 Innere Medizin Chirurgie Gynäkologie	Komfortmerkmale siehe 1-Bett-Zimmer Haus Paul-Egell-Str. 33	ab 01.01.2018 49,15 €
Pädiatrie	Komfortmerkmale siehe 1-Bett-Zimmer	45,00 €

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 der Reservierung / des Freihaltens, in welcher das Zimmer nicht anderweitig belegt wird, berechnet das Krankenhaus einen um 25 % geminderten Zimmerpreis.

- d. Unterbringung einer Begleitperson (Paul-Egell-Straße + Spitalgasse) 48,50 € (incl. MwSt.)**
med. nicht notwendig
je Übernachtung incl. Verpflegung
- e. Unterbringung eines gesunden Säuglings (Paul-Egell-Straße + Spitalgasse) 16,50€ (incl. MwSt.)**
(nicht möglich im Bereich der Wochenstation/St. 1) je Übernachtung incl. Verpflegung
- f. Bereitstellung eines Fernsprechapparates (Paul-Egell-Straße) ab 02.02.2007**
- a) Chipkartenpfand (Auszahlung mit Restguthaben) **10,00 €**
 - b) tägliche Grundgebühr (in der WL 1- und 2-Bett-Zimmer incl.) **1,30 €**
 - c) Gebühr für Gespräche - pro Einheit **0,10 €**
- g. Bereitstellung eines Fernsprechapparates (Spitalgasse)**
- a) tägliche Grundgebühr (in der WL 1-Bett-Zimmer incl.) **1,30 €**
 - b) Gebühr für Gespräche - pro Einheit **0,10 €**
- h. Kostenlose Benutzung eines Fernsehgerätes (Paul-Egell-Straße + Spitalgasse)**
einmalige Kopfhörergebühr pro Aufenthalt 5,00 €
in der WL 1- und 2-Bett-Zimmer Paul-Egell-Straße incl.
in der WL 1-Bett-Zimmer Spitalgasse incl.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.07.2018 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 15.06.2018 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen der Patientenverwaltung 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.

SP-KH-PVW-MD-158	Erstellt: Bier	Geprüft: Bier	Freigabe: Bier
Stand: 01.07..2018	Version: 041	Gültig ab: 01.07.2018	Seite 8 von 8