



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

Das Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung gGmbH berechnet ab dem 01.01.2012 folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRG`s) 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 2012) und circa 26.000 Prozeduren (OPS-301 Version 2012) 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 DRG`s sind im jeweils aktuell gültigen DRG-Klassifikationssystem (DRG- Definitionshandbuch) festgelegt. Das DRG- Definitionshandbuch beschreibt die DRG`s 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 ¹. Der derzeit gültige Basisfallwert liegt bei **2.931,07€** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Relativgewicht und Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG- Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
B79Z	Schädelfrakturen	0,586	€3.000	€1.758
I04Z	Revision und Ersatz des Kniegelenks mit komplizierter Diagnose oder Arthrodes	3,396	€3.000	€10.188

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 2012 werden bundeseinheitliche Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2012 (FPV 2012) 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 2012

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 FPV 2012.

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2012

Gem. § 17b Abs. 1 Satz 2 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (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 2012 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2012 vorgegeben.

Daneben können für die Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2012 genannte 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 2012 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für dieses Zusatzentgelt **600,00 €** zu berechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2012 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2012 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

a. Bundeseinheitliche Zusatzentgelte gemäß Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2012 :

Die Tarife können in den Aufnahmebüros eingesehen werden.

b. Krankenhausindividuelle Zusatzentgelte gemäß Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2012 :

Die folgenden Zusatzentgelte können entsprechend der nachstehend aufgeführten Preise als Zusatzentgelt i. S. der Anlage 4 und 6 der FPV 2011 zur Abrechnung kommen:

ZE 2012-13.01	in Verbindung mit dem OPS 8-821.0	1.998,00 €
ZE 2012-49.01	in Verbindung mit dem OPS 8-546.0	3.508,06 €
ZE 2012-54.02	in Verbindung mit dem OPS 5-429.j1	1.217,00 €
ZE 2012-54.13	in Verbindung mit dem OPS 5-449.h0; 5-449.hx	1.217,00 €
ZE 2012-54.16	in Verbindung mit dem OPS 5-513.m0	1.217,00 €
ZE 2012-54.17	in Verbindung mit dem OPS 5-513.n0	1.217,00 €
ZE 2012-54.18	in Verbindung mit dem OPS 5-517.0x; 5-517.4x	1.217,00 €
ZE 2012-65.01	in Verbindung mit dem OPS 8-530.a5	16.914,66 €
ZE 2012-87.03	in Verbindung mit dem OPS 8-837.00i.V.m. 8-83b.b2	1.311,00 €

Die folgenden Zusatzentgelte können entsprechend der nachstehend aufgeführten Preise als Zusatzentgelt i. S. der Anlage 4 und 6 der FPV 2012 (außerhalb des Budgets) zur Abrechnung kommen

ZE 2012-27

Entgeltgruppe, Faktorbezeichnung Präparate, beispielhafte Aufführung,

Einheiten Je (angefangene), Preise in EURO

Entgeltgruppe 1 Faktor VII plasmatisch; Immuseven®	600	560,55 €
Entgeltgruppe 2b aktivierter Faktor VII gentechnisch; Novoseven®	50 KIE	808,78 €
Entgeltgruppe 3 Faktor VIII plasmatisch; Haemoctin®,Beriate®, Immunate STIM plus ®, Haemate®, Octanate®, Wilate®	250	215,00 €
Entgeltgruppe 4 Faktor VIII gentechnisch; Kogenate®, Recombinate®, Helixate ®	250	248,00 €
Entgeltgruppe 6 Faktor IX plasmatisch; Berinin ®, Mononine®, Immunine STIM plus®, Alphanine®, Octanine F®	250	190,11 €
Entgeltgruppe 7 Faktor IX gentechnisch; Benefix®	250	263,13 €
Entgeltgruppe 8 Feiba-Prothrombin Komplex; Feiba NF®	500	608,18 €
Entgeltgruppe 9 Nicht aktiviertes Protein C; CEPROTIN®	500	1.214,83 €

Entgeltgruppe 10 Fibrinogenkonzentrat; Haemocomplettan®	1g	343,21 €
Entgeltgruppe 12 Faktor XIII plasmatisch, Fibrogammin®	250	88,61 €

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2012

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2012 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und bundeseinheitlich festgelegten Zusatzentgelten erfasst werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene Entgelte vereinbart:

- DRG B 49Z	je Berechnungstag	415,00 €
- DRG B 61B	je Berechnungstag	243,19 €

Können für Leistungen nach **Anlage 3a FPV 2012** auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 600,00 abzurechnen. Können für Leistungen **nach Anlage 3b** FPV 2012 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag EUR 300,00 abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2012 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2012 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 3 KHEntgG für jeden Belegungstag EUR 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 Zusatzentgelte vereinbart:

Derzeit Keine Vereinbarung

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

Gem. §17a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je vollstationären Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten.

Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig: **85,89€**

Ferner berechnet das Krankenhaus gem. § 17b Abs. 1 Satz 4 und 6 folgende Zuschläge / Abschläge:

Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von
pro Tag² **45,00 €**

7. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 7 Abs.1 Ziffer 6 KHEntgG

Für die Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht mit dem DRG- Fallpauschalen und bundeseinheitliche 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:

Bioaktive Stentprothese bis 5 cm Länge

in Verbindung mit dem OPS 8-842.0b; 8-83b.e1 **2.200,00 €**

Bioaktive Stentprothese bis 10 cm Länge

in Verbindung mit dem OPS 8-842.0b; 8-83b.e1; 8-83bf0 **2.600,00 €**

Bioaktive Stentprothese bis 15 cm Länge

in Verbindung mit dem OPS 8-842.0b; 8-83b.e1; 8-83bf0 **3.000,00 €**

Bioaktive Stentprothese bis 25 cm Länge

in Verbindung mit dem OPS 8-842.0b; 8-83b.e1; 8-83bf0 **3.400,00 €**

Kiefergelenksendoprothese in Verbindung mit dem OPS 5-773.a0 **7.500,00 €**

8. Qualitätssicherungszuschläge nach § 7 Abs. 1 Ziffer 7 KHEntgG ³

Der Qualitätssicherungszuschlag beträgt gegenwärtig **1,06 €**

9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben ⁴

- DRG- Systemzuschlag nach § 17b Abs.5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **1,14 €**

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

In Höhe von **0,93 €**

10. Telematikzuschlag nach § 291 a. Abs. 7a S. 1SGB V

Wird derzeit nicht erhoben

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

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

a. vorstationäre Behandlung

Innere Medizin:	147,25 €
Chirurgie:	100,72 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe:	119,13 €
Medizinische Rehabilitation und Geriatrie:	72,09 €
Gastroenterologie:	164,64 €
Neurologie:	114,02 €
Nuklearmedizin:	162,08 €
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie:	64,42 €

b. nachstationäre Behandlung

Innere Medizin:	53,69 €
Chirurgie:	17,90 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe:	22,50 €
Medizinische Rehabilitation und Geriatrie:	30,68 €
Gastroenterologie:	63,91 €
Neurologie:	40,90 €
Nuklearmedizin	123,22 €
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie:	23,52 €

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 en vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale (DRG) übersteigt.

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

- Computer-Tomographie-Gerät (CT)
- Magnet-Resonanz-Geräte (MRT)
- Linksherzkatheter-Messplätze (LHM)
- Hochvolttherapie-Geräte
- Positonen- Emissions- Tomographie- Geräte (PET)

Die Tarife können in den Aufnahmebüros eingesehen werden.

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.

12. Entgelte für sonstige Leistungen

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

2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus **71,58 €**

13. 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 (§ 39 Abs. 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit **10,00 €** je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43b Abs. 3 SGB V im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen eingezogen.

14. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2012 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2012 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2012 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.

Die Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Hebamme / dem Entbindungspfleger gesondert berechnet.⁵

16. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen

Wahlleistungen werden gemäß gesondert berechnet. Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung und der Patienteninformation über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen entnehmen.

a. Ärztliche Leistungen:

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.

Selbstverständlich werden Ihnen auch ohne Abschluss der Wahlleistungsvereinbarungen alle medizinisch erforderlichen Leistungen zuteil, jedoch richtet sich dann die Person des behandelnden Arztes ausschließlich nach der medizinischen Notwendigkeit.

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.

Im Einzelnen richtet sich die konkrete Abrechnung nach den Regeln der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte/ Gebührenordnung für Zahnärzte (GOÄ/GOZ). Diese Gebührenwerke weisen folgen Grundsystematik auf:

In einer ersten Spalte wird die abrechenbare Leistung mit einer Gebührenziffer versehen. Diese Gebührenziffer ist in einer zweiten Spalte die verbale Beschreibung der abrechenbaren Leistungen zugeordnet. In einer dritten Spalte wird die Leistung mit einer Punktzahl bewertet. Dieser Punktzahl ist ein für die ganze GOÄ einheitlicher Punktwert zugeordnet, welcher in Cent ausgedrückt ist. Der derzeit gültige Punktwert liegt gemäß GOÄ bei 5,82873 Cent.

Aus der Multiplikation von Punktzahlen und Punktwert ergibt sich der Preis für diese Leistung, welcher in einer Spalte 4 der GOÄ ausgewiesen ist.

Beispiel:

Ziffer 1

Leistungsbeschreibung	Punktzahl	Preis (Einfachsatz), gerundet
Beratung - auch mittels Fernsprecher	80	4,66 Euro

Bei dem so festgelegten Preis handelt es sich um den sog. GOÄ- Einfachsatz: Dieser Einfachsatz kann sich durch Steigerungsfaktoren erhöhen. Diese berücksichtigen die Schwierigkeit und den Zeitaufwand der einzelnen Leistung oder die Schwierigkeit des Krankheitsfalles. Innerhalb des normalen Gebührenrahmens gibt es Steigerungssätze zwischen dem Einfachen und dem

3,5fachen des Gebührensatzes, bei technischen Leistungen zwischen dem Einfachen und dem 2,5fachen des Gebührensatzes und bei Laborleistungen zwischen dem Einfachen und dem 1,3fachen des Gebührensatzes. Der Mittelwert liegt für technische Leistungen bei 1,8 für Laborleistungen bei 1,15 und für alle anderen Leistungen bei 2,3.

Welche Gebührenposition bei Ihrem Krankheitsbild zur Abrechnung gelangen und welche Steigerungssätze angewandt werden, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Einzelleistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden, welchen Schwierigkeitsgrad die Leistungen besitzen und welchen Zeitaufwand sie erfordern.

Insgesamt kann die Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Prüfen Sie bitte, ob Ihre private Krankenversicherung/Beihilfe etc. diese Kosten trägt.

Sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, wenden Sie sich bitte an das Sekretariat der behandelnden Klinik. Gleichzeitig können Sie in der Leistungsabrechnung Einsicht in die GOÄ/GOZ nehmen.

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.

c. Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer	(Zuschlag je Tag)	107,00 €
Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer (Altbau)	(Zuschlag je Tag)	74,82 €
d. Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer	(Zuschlag je Tag)	55,00 €
Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer (Altbau)	(Zuschlag je Tag)	34,31 €

zu c) und d): Die Inanspruchnahme der Wahlleistung 1- oder 2-Bett-Zimmer beinhaltet gleichzeitig als Zugabe die unentgeltliche Bereitstellung von Telefon und Fernsehen einschließlich Kopfhörer.

e. Die Grundgebühr für Telefon beträgt pro Tag	1,90 €
die Gesprächseinheit kostet	0,20 €
Kopfhörer kosten einmalig	3,00 €
f. Unterbringung und Verpflegung einer (nicht medizinisch indizierten) Begleitperson je Berechnungstag	48,15 €
g. Unterbringung und Verpflegung in einem Familienzimmer je Berechnungstag	75,01 €
Hierin sind die Wahlleistungsbestandteile Zweibettzimmer (d.) und Begleitperson (f.) anteilig enthalten	

Vorauszahlung bei Wahlleistungen

Gemäß § 9 Abs. 10 AVB sind bei gewünschter Unterbringung in einem 1- oder 2-Bett-Zimmer Vorauszahlungen zu leisten.

Die Höhe des Vorauszahlungsbetrages ergibt sich aus dem Zuschlag für die Wahlleistung Unterkunft (vg. Abschnitt 16 b).

Die Zahlung ist für jeden Tag im Voraus zu leisten, je nach voraussehbarer Dauer der Krankenhausbehandlung.

Die Beträge sind rechtzeitig zu leisten, entweder unmittelbar durch Kasseneinzahlung oder durch Überweisung auf unser Konto bei der:

- Norddeutschen Landesbank Hannover, BLZ 250 500 00, Kto.- Nr. 101059178

Inkrafttreten

Dieser DRG- Entgelttarif tritt am 01.01.2012 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG- Entgelttarif vom 01.06.2011 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:

Die Mitarbeiter/Innen der Aufnahmebüros und der Leistungsabrechnung

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.

Anmerkungen

¹ Der Basisfallwert kann gemäß § 15 Abs. 2 S. 1 KHEntgG Verrechnungsbeträge in Form von Zu- und Abschlägen enthalten. diese Zu- und Abschläge werden in der Rechnung gesondert ausgewiesen.

² Die Höhe des Zuschlages von EUR 45,00 ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1, Satz 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.

³ Aufgrund eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21.12.2004 werden die Zuschläge 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 gemeinsam erhoben und als ein gemeinsamer Zuschlag in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen.

⁴ Nach § 8 Abs. 9 KHEntgG – neu – sind der DRG- Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG, der Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschusses und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Abs. 3 Satz 1 i. V. m. § 139c SGB V zusammengefasst auszuweisen. Diese Vorgabe widerspricht jedoch den §§139c S. 2 und 291a Abs. 7a S. 1 SGB V, wonach die Zuschläge in der Rechnung gesondert auszuweisen sind. Aus diesem Grunde wurde die gesonderte Ausweisung dieser beiden Zuschlagsbestandteile beibehalten.

⁵ Nach § 121 Abs. 5 SGB V i. V. m. § 18 Abs. 3 KHEntgG können Krankenhäuser mit Belegbetten zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten auch Honorarverträge schließen. Die Leistungen des Belegarztes würden ihm in dieser Konstellation vom Krankenhaus vergütet werden.