

# **DRG-Entgelttarif 2010 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Krankenhausentgeltgesetz**

die Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel, Gemeinnützige GmbH als Träger des Krankenhauses,  
berechnet ab dem 01.04.2010 folgende Entgelte:

## **1. Fallpauschalen (DRG's) gemäß § 7 Abs. 1 Ziffer 1 KHEntgG**

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sowie des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über diagnoseorientierte Fallpauschalen (sogenannte **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 2010) und circa 27.000 Prozeduren (OPS Version 2010) 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-Definitionsbandbuch) festgelegt. Das DRG-Definitionsbandbuch 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. Der derzeit gültige Basisfallwert liegt bei **2.952,06 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

### **Beispiel:**

<b>DRG</b>	<b>DRG-Definiton</b>	<b>Relativgewicht</b>	<b>Basisfallwert</b>	<b>Erlös</b>
I04Z	Revision und Ersatz des Kniegelenks mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse	3,399	2.952,06 €	10.034,05 €

<b>DRG</b>	<b>DRG-Definition</b>	<b>Relativgewicht</b>	<b>Basisfallwert</b>	<b>Erlös</b>
B79Z	Schädelfrakturen	0,611	2.952,06 €	1.803,71 €

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 2010 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2010 (FPV 2010) vorgegeben.

## **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 2010**

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 die Krankenhäuser (FPV 2010).

## **3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2010**

Gemäß § 17b Abs. 1 Satz 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 2010 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2010 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2010 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 2010 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 2010 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2010 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

<b>Zusatzentgelt</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Betrag</b>
ZE2009-05A-C, D-2, D-4, D-5	Distraction am Gesichtsschädel	1.509,00 €
ZE2008-25	Modulare Endoprothesen	2.797,29 €
ZE2007-54A	Selbstexpandierende Prothesen an Ösophagus und Gallengängen Endoskopisches Wechseln oder Einlegen einer Prothese	705,13 €
ZE2007-54B	Selbstexpandierende Prothesen an Ösophagus und Gallengängen Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese	1.492,65 €

## 4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2010

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

Leistungen der Anlage 3a und 3b der FPV 2010

<b>DRG</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Betrag je Ber.Tag</b>
B61Z	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks	456,93 €

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2010 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 2010 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 2010 für Leistungen nach Anlage 3a FPV 2010 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 KHEntgG für jeden Belegungstag 450,00 € abzurechnen.

## 5. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gemäß § 7 Absatz 1 Ziffer 3 KHEntgG

Für folgende Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Absatz 2a KHEntgG folgende Zusatzentgelte vereinbart:

Gegenwärtig sind keine Entgelte vereinbart.

## 6. Zu- und Abschläge gemäß § 7 Absatz 1 Ziffer 4 KHEntgG

Gemäß § 17a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten.

Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig **62,68 €**

Ferner berechnet das Krankenhaus gemäß § 17b Ansatz 1 Satz 4 und 6 folgende Zuschläge / Abschläge:

-Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **45,00 € pro Tag**<sup>1</sup>  
-Zuschlag / **Abschlag** für Erlösausgleiche gemäß § 5 Absatz 4 KHEntgG in Höhe von **7%** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a KHEntgG.

## 7. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 7 Absatz 1 Ziffer 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 gemäß § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gemäß § 6 Absatz 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

Gegenwärtig sind keine Entgelte vereinbart.

## 8. Qualitätssicherungszu- und abschläge gemäß § 7 Absatz 1 Ziffer 7 KHEntgG

Der Qualitätssicherungszuschlag beträgt **0,96 €** je stationären Aufenthalt

## 9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationärem Krankenhausfall in Höhe von **0,99 €<sup>2</sup>**.
- 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 für jeden abzurechnenden Krankenhausfall in Höhe von **0,87 €<sup>3</sup>**.

## 10. Weitere Zu- und Abschläge

- 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 § 291a Absatz 7a Satz 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall: **Gegenwärtig ist kein Entgelt vereinbart.<sup>4</sup>**
- Zuschlag zur Umsetzung des Förderprogramms zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals gemäß § 4 Absatz 10 KHEntgG in Höhe von 0,48% auf die abgerechnete Summe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a KHEntgG.
- Zu- oder Abschlag bei Eingliederung von besonderen Einrichtungen in das DRG-Vergütungssystem gemäß § 4 Absatz 7 KHEntG. **Gegenwärtig ist kein Entgelt vereinbart.**

## 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:

	<b>a. Vorstationär je Behandlungsfall</b>	<b>b. Nachstationär je Behandlungstag</b>
Innere Medizin	147,25 €	53,69 €
Allgemeine Chirurgie	100,72 €	17,90 €
Plastische Chirurgie	100,72 €	17,90 €
Orthopädie, Unfallchirurgie	100,72 €	17,90 €
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	64,42 €	23,52 €
Hals Nasen Ohren Heilkunde	78,74 €	37,84 €

### c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Computer-Tomographie-Geräte (CT)

-CT im Kopfbereich, ggf. einschließlich des kranio-zervikaler Überganges	81,81 €
-CT im Hals und/oder Thoraxbereich	94,08 €
-CT im Abdominalbereich	106,35 €
-CT des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten od. Gelenke bzw. Gelenkpaare)	77,72 €
-CT der Zwischenwirbelräume im Bereich Hals-, Brust- und/oder der Lendenwirbelsäule	77,72 €
-CT der Aorta in ihrer gesamten Länge	81,81 €
-Ergänzende CT mit mindestens einer zusätzlichen Serie	20,45 €
-Zuschlag für computergestützte Analyse	32,72 €

Gemäß § 8 Absatz 2 Satz 3 Nummer 3 KHEntgG ist eine **vorstationäre Behandlung** neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Eine **nachstationäre Behandlung** kann zusätzlich zu einer 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

- Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
- Für die Vornahme einer Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus **25,00 €**

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

## 14. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2010 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Absatz 3 FPV 2010 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Absatz 4 FPV 2010 zusammengefasst und abgerechnet.

## 15. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 bis 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<sup>5</sup>.

## 16. 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 Absatz 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 Fassung Anwendung. Nach § 6a Absatz 1 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 einer gesonderten Rechnung geltend gemacht.

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

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständige ärztliche Vertreter
Allgemein- und Viszeralchirurgie	Prof. Dr. med. Hesterberg	OA Dr. med. Braun OA Dr. med. Schrader OA Dr. med. Zeiger
Anästhesie	Privatdozent Dr. med. Fauth	OA Dr. med. Del Barba OÄ Dr. med. Grams OA Dr. med. Köhler
Innere Medizin	Prof. Dr. med. Löser	OÄ Dr. med. Becker OA Dr. med. Hillejan OA Dr. med. Höpfner OA Dr. med. Hummel
Interdisziplinäre Schmerztherapie	Dr. med. Andreas Böger	
Plastische Chirurgie	Prof. Dr. med. Noah	OA Dr. med. Herter
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Terheyden	OA Dr. med. Abadi
Orthopädie, Unfallchirurgie und Rehabilitative Medizin	Prof. Dr. med. Konermann	OA Dr. med. Drastig OA Dr. med. Franke

Radiologie	Prof. Dr. med. Hesterberg, Prof. Dr. med. Konemann, Prof. Dr. med. Löser, Prof. Dr. med. Terheyden	Jens Uwe Dittig
------------	---	-----------------

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. der Verlegung wird bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

#### - Unterbringung in einem Einbettzimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung

Fachabteilung	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Allgemein- und Viszeralchirurgie	Zimmer mit Nasszelle, Farbfernseher, Wahlverpflegung, Tageszeitung, Dusch-Waschset, Balkon, Internetnutzung	96,45 €
	Wahlverpflegung, Tageszeitung, Dusch- Waschset	86,99 €
Innere Medizin	Zimmer mit Nasszelle, Farbfernseher, Wahlverpflegung, Tageszeitung, Dusch-Waschset, Balkon, Internetnutzung	96,45 €
	Wahlverpflegung, Tageszeitung, Dusch- Waschset	86,99 €
Interdisziplinäre Schmerztherapie	Zimmer mit Nasszelle, Farbfernseher, Wahlverpflegung, Tageszeitung, Dusch-Waschset, Balkon, Internetnutzung	96,45 €
	Wahlverpflegung, Tageszeitung, Dusch- Waschset	86,99 €
Plastische Chirurgie	Zimmer mit Nasszelle, Farbfernseher, Wahlverpflegung, Tageszeitung, Dusch-Waschset, Balkon, Internetnutzung	96,45 €
	Farbfernseher, Wahlverpflegung, Tageszeitung, Dusch- Waschset	86,99 €
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	Zimmer mit Nasszelle, Farbfernseher, Wahlverpflegung, Tageszeitung, Dusch-Waschset, Balkon, Internetnutzung	96,45 €
	Farbfernseher, Wahlverpflegung, Tageszeitung, Dusch- Waschset	86,99 €
Orthopädie, Unfallchirurgie und Rehabilitative Medizin	Zimmer mit Nasszelle, Farbfernseher, Wahlverpflegung, Tageszeitung, Dusch-Waschset, Balkon, Internetnutzung	96,45 €
	Farbfernseher, Wahlverpflegung, Tageszeitung, Dusch- Waschset	86,99 €

#### - Unterbringung in einem Zweibettzimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung

Fachabteilung	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Allgemein- und Viszeralchirurgie	Zimmer mit Nasszelle, Farbfernseher, Wahlverpflegung, Tageszeitung, Dusch-Waschset, Balkon, Internetnutzung	50,21 €
	Wahlverpflegung, Tageszeitung, Dusch- Waschset	42,87 €
Innere Medizin	Zimmer mit Nasszelle, Farbfernseher, Wahlverpflegung, Tageszeitung, Dusch-Waschset, Balkon, Internetnutzung	50,21 €
	Wahlverpflegung, Tageszeitung, Dusch- Waschset	42,87 €
Interdisziplinäre Schmerztherapie	Zimmer mit Nasszelle, Farbfernseher, Wahlverpflegung, Tageszeitung, Dusch-Waschset, Balkon, Internetnutzung	96,45 €
	Wahlverpflegung, Tageszeitung, Dusch- Waschset	86,99 €
Plastische Chirurgie	Zimmer mit Nasszelle, Farbfernseher, Wahlverpflegung, Tageszeitung, Dusch-Waschset, Balkon, Internetnutzung	50,21 €
	Farbfernseher, Wahlverpflegung, Tageszeitung, Dusch- Waschset	42,87 €
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	Zimmer mit Nasszelle, Farbfernseher, Wahlverpflegung, Tageszeitung, Dusch-Waschset, Balkon, Internetnutzung	50,21 €

	Farbfemseher, Wahlverpflegung, Tageszeitung, Dusch- Waschset	42, 87 €
Orthopädie, Unfallchirurgie und Rehabilitative Medizin	Zimmer mit Nasszelle, Farbfemseher, Wahlverpflegung, Tageszeitung, Dusch- Waschset, Balkon, Internetnutzung	50,21 €
	Farbfemseher, Wahlverpflegung, Tageszeitung, Dusch- Waschset	42, 87 €

**d. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson**

-Nur auf Anfrage- 70,00 € je Berechnungstag

**e. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Palliativbereich**

70,00 € je Berechnungstag, bzw.  
180,00 € je Kalenderwoche nach Vereinbarung

**f. Gestellung einer Sonderwache**

-Nur auf Anfrage- 130,00 € je Kalendertag

**g. Bereitstellung eines Fernsprechapparates**

1,25 € Grundgebühr, je angefangenem Kalendertag  
0,15 € je Telefoneinheit

**h. Bereitstellung eines Kabelfemsehers und Kabelradios am Bett**

-Nur auf Station C 1, C 3, C 4 und M 1 möglich-  
2,90 € je Kalendertag

## Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.04.2010 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.01.2010 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 Meissner	Telefonische Durchwahl 0561/3086-2202
Frau Scheklinski	Telefonische Durchwahl 0561/3086-2201
Herr Kestner	Telefonische Durchwahl 0561/3086-2200

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**

<sup>1</sup> Die Höhe des Zuschlages von 45,00 € ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17 b 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.

<sup>2</sup> Nach § 8 Abs. 9 KHEntG – neu – sind der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG, der Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Abs. 3 Satz 1 i.V.m. § 139c SGB V sowie der nach § 291a Abs. 7 und 7a SGB V zu erhebenden Telematikzuschlag in der Rechnung als „Systemzuschlag“ zusammengefasst auszuweisen. Diese Vorgabe widerspricht jedoch den §§ 139 c S. 2 und 291 a Abs. 7a S. 1 SGB V, wonach die Zuschläge in der Rechnung gesondert auszuweisen sind. Aus diesem Grunde wurde die gesonderte Ausweisung dieser drei Zuschlagstatbestände beibehalten.

<sup>3</sup> 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. Im Übrigen siehe Fn. 7.

<sup>4</sup> Vgl. Fn. 2

<sup>5</sup> 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.