

DRG-Entgelttarif

DRG-Entgelttarif für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des Krankenhaus-Entgeltgesetzes (KHEntgG) gültig ab 01. Februar 2018 und Unterrichtung des Patienten nach § 8 KHEntgG

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 1 S. 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 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-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 bei **3.453,17 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel :

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen	0,718	€ 3.453,17	€ 2.479,38
I04Z	Ersatz des Kniegelenks mit Begleiterkrankungen	3,621	€ 3.453,17	€ 12.503,93

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 Fallpauschalenvereinbarung 2018 (FPV 2018) vorgegeben.

2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gem. § 1 Abs. 2 und 3 sowie und § 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 gemäß § 5 FPV 2018

Gem. § 17 b Abs. 1 S. 7 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 der FPV 2018 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 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 im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntg.G für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus Bietigheim berechnet folgende Entgelte:

ZE 2017-123.02	Gabe von Caspofungin, parenteral 6-002.p1	398,53 €
ZE 2017-123.03	Gabe von Caspofungin, parenteral 6-002.p2	640,00 €
ZE 2017-123.04	Gabe von Caspofungin, parenteral 6-002.p3	896,00 €
ZE 2017-123.05	Gabe von Caspofungin, parenteral 6-002.p4	1.152,00 €

ZE 2017-123.06	Gabe von Caspofungin, parenteral 6-002.p5	1.408,00 €
ZE 2017-123.07	Gabe von Caspofungin, parenteral 6-002.p6	1.664,00 €
ZE 2017-123.08	Gabe von Caspofungin, parenteral 6-002.p7	1.920,00 €
ZE 2017-123.09	Gabe von Caspofungin, parenteral 6-002.p8	2.176,00 €
ZE 2017-123.10	Gabe von Caspofungin, parenteral 6-002.p9	2.432,00 €
ZE 2017-123.11	Gabe von Caspofungin, parenteral 6-002.pa	2.816,00 €
ZE 2016-25K	Modulare Endoprothesen Hüfte 5-829.k	1.500,00 €
ZE 2017-54.02	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt 5-429.j1	414,20 €
ZE 2017-54.08	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt 5-429.jc	660,62 €
ZE 2017-54.24	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt 5-513.m0	466,63 €
ZE 2017-54.27	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt 5-513.n0	618,67 €
ZE 2017-54.34	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt 5-517.0x	702,56 €

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2018

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2018 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 krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart:
Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2018:

VTK	Internistisch-Diagnostische Tagesklinik für geriatrische Patienten	218,23 €
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Behandlungstage	287,00 €

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2018 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen 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 krankenhausesindividuellen 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 im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag 450,00 € abzurechnen.

5. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gem. § 115 a 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:

a. vorstationäre Behandlung

Vorstationäre Behandlung Allgemein- und Visceralchirurgie	100,72 €
Vorstationäre Behandlung Medizinische Klinik I	164,64 €
Vorstationäre Behandlung Medizinische Klinik II	156,97 €
Vorstationäre Behandlung Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	82,32 €
Vorstationäre Behandlung Frauenklinik	119,13 €
Vorstationäre Behandlung Psychosomatik	99,19 €

b. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräte

Computer-Tomographie-Gerät (CT):

CT-5369	Höchstwert der Ziffern 5370 bis 5374	122,71 €
CT-5370	Kopfbereich	81,81 €
CT-5371	Hals- und/oder Thoraxbereich	94,08 €
CT-5372	Abdominalbereich	106,35 €
CT-5373	Skelett / Zwischenwirbelräume	77,72 €
CT-5374	Skelett / Zwischenwirbelräume	77,72 €
CT-5376	Ergänzende CT zu 5370 bis 5375	20,45 €
CT-5377	Zuschlag CT-Analyse + 3D-Rekonstruktion	32,72 €
CT-5378	CT zur Bestrahlungsplanung	40,90 €

c. nachstationäre Behandlung

Nachstationäre Behandlung Allgemein- und Visceralchirurgie	17,90 €
Nachstationäre Behandlung Medizinische Klinik I	63,91 €
Nachstationäre Behandlung Medizinische Klinik II	61,36 €
Nachstationäre Behandlung Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	21,47 €
Nachstationäre Behandlung Frauenklinik	22,00 €
Nachstationäre Behandlung Psychosomatik	47,55 €

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.

6. Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütung gem. § 7 Ziff. 4 KHEntgG

Gemäß § 17 a KHG berechnet das Krankenhaus einen krankenhausesindividuellen Zuschlag je voll- und teilstationären Fall zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütung.

in Höhe von: 113,99 €.

7. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17 b Abs. 1a Nr. 4 KHG

Nach § 17 b Abs. 1 Nr. 4 KHG sind für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage des § 137 SGB V Zuschläge zu vereinbaren. Der Zuschlag wird je vollstationären Fall in Höhe von

- Zuschlagsanteil Krankenhaus	0,74 €
- Zuschlagsanteil Land (GeQiK)	0,58 €
	1,32 € berechnet.

8. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

in Höhe von 1,31 €.

je voll- und teilstationärem Krankenhausfall. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die in § 17 b KHG benannten Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene abgeführt.

Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) nach § 139 a i.V.m. § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) nach § 91 i.V.m. § 139 c

SGB V bzw. des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) nach § 137 a Abs. 8 i.V.m. § 139 c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall

in Höhe von 1,70 €.

9. Qualitätszuschläge nach § 17 b Abs. 1a Nr. 4 KHG

Für die Teilnahme von Krankenhäusern an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen, die die Anforderungen der üFMS-B erfüllen, erhält das Krankenhaus nach Vereinbarung gemäß § 17 b Abs. 1a Nr. 4 KHG einen

Zuschlag von 0,20 € vollstationärem Fall.

10. Sonstige Zuschläge

Zur Förderung der pflegerischen Versorgung wird bei vollstationärer Behandlung gemäß § 8 Abs. 10 KHEntgG je vollstationären Fall ein Zuschlag

In Höhe von 23,37 € je Fall abgerechnet.

11. Krankenhaushygienezuschlag gem. § 4 Abs. 9 KHEntgG

Zur Finanzierung von Mehrkosten für Maßnahmen zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes im Sinne des § 4 Abs. 11 Satz 1 Nr. 1,2 und 3 KHEntgG wird gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 KHEntgG ein Zuschlag

in Höhe von 0,16 %.

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen, der Zusatzentgelte und der sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 und Abs. 2a KHEntgG abgerechnet.

12. Neueinstellung von Pflegekräften gem. § 4 Abs. 8 KHEntgG

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 0,28 %.

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.

13. Sonstige Zuschläge

Das Krankenhaus berechnet gem. § 17 b Abs. 1 Satz 4 und 6 KHG folgende Zuschläge / Abschläge:
Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen (incl. der Mitaufnahme von Pflegekräften nach § 11 Abs. 3 SGB V) in Höhe von 45,00 € pro Tag¹.

¹ 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.

14. 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.

Daneben werden Schreibgebühren für das Gutachten erhoben, je angefallene Seite 3,50 € und pro Durchschlag oder Kopie 0,18 € je Seite. Porto und Versandkosten werden ebenfalls berechnet.

Im Todesfall entstehende Kosten werden für 5 Tage (pauschal) 59,50€ (inkl. 19% MwSt.), ab dem 6. Tag jeweils 23,80 € (pro Tag inkl. MwSt.) in Rechnung gestellt.

15. 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 10,00 € je Kalendertag. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen beim Patienten eingefordert.

16. 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.

17. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 -11 sind nicht abgegolten:

Die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses;
die Leistungen von Beleghebammen bzw. Entbindungspflegern.

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

18. 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 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 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:

Die ärztlichen Leistungen der Chefärzte und ihren ständigen Vertretern entnehmen Sie bitte dem Beiblatt zum Wahlarztvertrag.

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-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Komfortmerkmale		Preis pro Berechnungstag
Alle Stationen	Besucherecke, besondere Zimmergröße, Wahlverpflegung, Sanitätszusatzartikel, Hand- und Badetuchwechsel auf Wunsch, Tageszeitung, persönlicher Service, Service für die persönliche Wäsche	114,49 €
Station 5 B	Besondere Zimmergröße und Verpflegung, Hand- und Badetuchwechsel auf Wunsch, Tageszeitung, persönlicher Service, Service für die persönliche Wäsche, separates Bad/WC, sonstige Sanitärausstattung, Sanitätszusatzartikel, bevorzugte Lage	143,00 €

*) Die Unterbringung mit oder ohne Sanitärzone ist an die baulichen Gegebenheiten der jeweiligen Klinik bzw. Fachabteilung gebunden und kann deshalb nicht immer vom Patienten frei gewählt werden.

c. Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Komfortmerkmale		Preis pro Berechnungstag
Alle Stationen	Besucherecke, besondere Zimmergröße, Wahlverpflegung, Sanitätszusatzartikel, Hand- und Badetuchwechsel auf Wunsch, Tageszeitung, persönlicher Service, Service für die persönliche Wäsche	69,09 €
Station 5 B	Besondere Zimmergröße und Verpflegung, Hand- und Badetuchwechsel auf Wunsch, Tageszeitung, persönlicher Service, Service für die persönliche Wäsche, separates Bad/WC, sonstige Sanitärausstattung, Sanitätszusatzartikel, bevorzugte Lage	70,00 €

*) Die Unterbringung mit oder ohne Sanitärzone ist an die baulichen Gegebenheiten der jeweiligen Klinik bzw. Fachabteilung gebunden und kann deshalb nicht immer vom Patienten frei gewählt werden.

Die Zimmerleistungen sind zeitlich splittbar und können sich während des Aufenthalts ändern.

d. Walleistung Begleitperson

Bei Begleitpersonen besteht die Möglichkeit der Inanspruchnahme eines Zuschlags für Verpflegung à 17,14 € / Tag (incl.MWSt.) sowie eines Zuschlags für persönliche Leistungen à 4,83 €/Tag (incl.MWSt.). Diese Wahl-Leistungen sind nur bei Patienten der Station 3 A möglich.

e. sonstige Leistungen

- Walleistung „Unterbringung einer Begleitperson ohne medizinische Notwendigkeit“ pro Tag 49,32 € (Anteil Unterkunft 35,20 € zzgl. 7% Mehrwertsteuer und Anteil Verpflegung 9,80 € zzgl. 19 % Mehrwertsteuer). Der Preis leitet sich von der Leistung „Unterbringung einer Begleitperson mit medizinischer Notwendigkeit“ (s. Ziffer 13) her.
- Bereitstellen eines Fernsprechapparates 2,00 € Tagespauschale bzw. Pauschale für 24 Stunden zuzüglich 0,10 € je Gebühreneinheit.
- Kostenlose Bereitstellung eines Fernsehgerätes und eines Rundfunkempfängers.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **01. Februar 2018** in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01. Januar 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 Wagenmann 07142/79-55430 und Frau Wagner 07142-55427.

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 Walleistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Dies gilt insbesondere für Selbstzahler. Prüfen Sie bitte, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung versichert sind.