

DRG-Entgelttarif

DRG-Entgelttarif für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des Krankenhaus-Entgeltgesetzes (KHEntgG) gültig ab 13.August 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-301 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 B79Z	DRG-Definition Schädelfrakturen	Relativgewicht 0,718	Basisfallwert € 3.453,17	Entgelt € 2.479,38
DRG I04Z	DRG-Definition Ersatz des Kniegelenks mit Begleiterkrankungen	Relativgewicht 3,621	Basisfallwert € 3.453,17	Entgelt € 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 § 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. § 17b 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 2017 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 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 2017 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Die Kliniken des Landkreises Karlsruhe berechnen folgende Entgelte:

ZE 2017-111.01	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral 6-005.d0	578,10 €
ZE 2017-120.02	Gabe von Pemetrexed, parenteral 6-001.c1	1.987,50 €
ZE 2017-120.04	Gabe von Pemetrexed, parenteral 6-001.c3	2.517,50 €
ZE 2017-120.05	Gabe von Pemetrexed, parenteral 6-001.c4	2.782,50 €
ZE 2017-120.07	Gabe von Pemetrexed, parenteral 6-001.c6	3.445,00 €
ZE 2017-123.02	Gabe von Caspofungin, parenteral 6-002.p1	398,53 €
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 2017-123.12	Gabe von Caspofungin, parenteral 6-002.pb	3.328,00€
ZE 2017-123.13	Gabe von Caspofungin, parenteral 6-002.pc	3.840,00€
ZE 2017-123.16	Gabe von Caspofungin, parenteral 6-002.pf	5.632,00€
ZE 2017-123.17	Gabe von Caspofungin, parenteral 6-002.pg	6.656,00€
ZE 2017-25H	Modulare Endoprothesen 5-829.k Hüfte	1.500,00€
ZE 2017-25K	Modulare Endoprothesen 5-829.k Knie	1.700,00€
ZE 2017-25S	Modulare Endoprothesen 5-829.k Schulter	986,49€
ZE 2017-53.04	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm 5-38a.8c	21.452,36€
ZE 2017-53.05	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm 5-38a.8d	23.384,12€
ZE 2017-53.06	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm 5-38a.8e	25.219,27€
ZE 2017-53.07	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm 5-38a.8f	29.974,08€
ZE 2017-53.08	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm 5-38a.c1	11.764,83€
ZE 2017-53.09	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm 5-38a.c2	15.299,65€

ZE 2017-54.02	Selbstexpandierte Prothesen am Gastrointestinaltrakt 5-429.j1	414,20€
ZE 2017-54.08	Selbstexpandierte Prothesen am Gastrointestinaltrakt 5-429.jc	660,62€
ZE 2017-54.16	Selbstexpandierte Prothesen am Gastrointestinaltrakt 5-449.h3	702,56€
ZE 2017-54.21	Selbstexpandierte Prothesen am Gastrointestinaltrakt 5-469.k3	414,20€
ZE 2017-54.24	Selbstexpandierte Prothesen am Gastrointestinaltrakt 5-513.m0	466,63€
ZE 2017-54.27	Selbstexpandierte Prothesen am Gastrointestinaltrakt 5-513.n0	618,67€
ZE 2017-54.33	Selbstexpandierte Prothesen am Gastrointestinaltrakt 5-517.03	702,56€
ZE 2017-54.86	Selbstexpandierte Prothesen am Gastrointestinaltrakt 5-529.n4	792,74€
ZE 2017-67.01	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal 8-840.04	588,85€

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 KHEntG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart:

Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2018:

B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	330,78 €
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	283,52 €

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 KHEntG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

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

NUB2017-08	Pembrolizumab 6-009.3	38,54€
NUB2017-11	Aflibercept, intravenös 6-007.3	3,54€
NUB2017-14	Golimumab 6-005.2	19,44€
NUB2017-15	Obinutuzumab 6-007.j	3,76€

6. 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:

	vorstationäre Behandlung	nachstationäre Behandlung
Kardiologie	156,97 €	61,36 €
Gastroenterologie	164,64 €	63,91 €
Chirurgie Allgemein	100,72 €	17,90 €
Chirurgie Unfall	82,32 €	21,47 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13 €	22,50 €
Urologie	103,28 €	41,93 €
Psychosomatik/Psychotherapie	99,19 €	47,55 €
Innere Medizin	147,25 €	53,69 €

Gem. § 8 Abs. 2 Satz 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.

7. Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen gem. § 7 Ziff. 4 KHEntgG und sonstige Zu- und Abschläge ab dem 1. Januar 2018

Gem. § 17a KHG berechnet das Krankenhaus einen krankenhausespezifischen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen.

Der Ausbildungszuschlag beträgt: **113,99 €**

Ferner berechnet das Krankenhaus gem. § 17b Abs. 1 Satz 4 und 6 KHG folgenden Zuschlag für die Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **45,00 €** pro Tag. Hierzu zählt auch die medizinisch notwendige Aufnahme einer Pflegekraft (§ 11 Abs.3 SGB V)

8. Krankenhaushygienezuschlag gem. § 4 Abs. 9 KHEntgG

Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG

in Höhe von **0,13 %**

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2a KHEntgG abgerechnet.

9. 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. Dieser Zuschlag wird je vollstationärem Fall in Höhe von

- Zuschlagsantl Krankenhaus	0,74 €
- Zuschlagsanteil Land (GeQiK)	0,58 €

	1,32 € berechnet.

10. Qualitätssicherungszuschläge 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 der Vereinbarung gemäß § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG für Aufnahmen ab 1.09.2017 einen

Zuschlag von 0,20 € je vollstationärem Fall.

11. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

in Höhe von 1,31 €

2. 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. mit § 139 c SGB V bzw. des Instituts für Qualität und Transparenz im >Gesundheitswesen nach § 137 a Abs. 8 i.V.m. § 139 c SGB V für jeden abzurechnenden Behandlungsfall

in Höhe von 1,70 €

Die vorgenannten Zuschläge werden je voll- und teilstationärem Krankenhausfall erhoben und vom Krankenhaus an die zuständigen Institute abgeführt.

12. Pflegezuschlag nach § 8 Abs. 10

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

in Höhe von 23,54 € je Fall abgerechnet.

13. 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 50,00 €, zuzüglich 19% Mehrwertsteuer 9,50 €, insgesamt **59,50 €**.

14. 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 (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

15. 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.

16. 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.

17. 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.

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 den ständigen ärztlichen Vertretern (§ 4 Abs.2 Satz 3 GOÄ / GOZ) erbracht:

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 (BRUCHSAL):

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.

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

Fachabteilung	Gebäudetrakt	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Innere Medizin	Wahlleistungsstation C 2	Komfortzimmer, Wahlverpflegung und Service	128,00 €
Innere Medizin	Eingestreute Wahlleistungszimmer Station C 2	Besondere Zimmerausstattung und -größe, sowie Wahlverpflegung und Service	93,00 €
Fachabteilung	Gebäudetrakt	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Allgemein- / Unfallchirurgie / Urologie	Wahlleistungssstation C 3	Komfortzimmer, Wahlverpflegung und Service	128,00 €
Allgemein- / Unfallchirurgie / Urologie	Eingestreute Wahlleistungszimmer Station C 3	Besondere Zimmerausstattung und -größe, sowie Wahlverpflegung und Service	93,00 €
Fachabteilung	Gebäudetrakt	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	G-Bau Station G 2	Besondere Zimmerausstattung und –größe, sowie Wahlverpflegung und Service	86,00 €
Fachabteilung	Gebäudetrakt	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
PTM	G-Bau Station G 3	Besondere Zimmerausstattung und –größe, sowie Service	57,00 €

Fachabteilung	Gebäudetrakt	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Chirurgie Innere Medizin Geburtshilfe/ Gynäkologie Urologie u. PTM	alle	entfallen	48,60 €

c) Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung (BRUCHSAL):

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

Fachabteilung	Gebäudetrakt	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Anästhesie	Eingestreute Wahlleistungszimmer Station C 1	Besondere Zimmerausstattung und -größe, sowie Wahlverpflegung und Service	57,99 €

Fachabteilung	Gebäudetrakt	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Innere Medizin	Wahlleistungss- station C 2	Komfortzimmer, Wahlverpflegung und Service	65,00 €
Innere Medizin	Eingestreute Wahlleistungss- zimmer Station C 2	Besondere Zimmerausstattung und - größe, sowie Wahlverpflegung und Service	57,99 €
Fachabteilung	Gebäudetrakt	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Allgemein- / Unfallchirurgie / Urologie	Wahlleistungss- station C 3	Komfortzimmer, Wahlverpflegung und Service	65,00 €
Allgemein- / Unfallchirurgie / Urologie	Eingestreute Wahlleistungss- zimmer Station C 3	Besondere Zimmerausstattung und - größe, sowie Wahlverpflegung und Service	57,99 €
Fachabteilung	Gebäudetrakt	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	G-Bau Station G 2	Besondere Zimmerausstattung und - größe, sowie Wahlverpflegung und Service	53,00 €
Fachabteilung	Gebäudetrakt	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
PTM	G-Bau Station G 3	Besondere Zimmerausstattung und - größe, sowie Service	30,00 €
Fachabteilung	Gebäudetrakt	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Chirurgie Innere Medizin Geburtshilfe/ Gynäkologie Urologie Psychotherapie	alle	entfallen	18,22 €

**d) Unterbringung und Verpflegung für PlusCard Patienten nach Maßgabe der folgen-
Leistungsbeschreibung (BRUCHSAL):**

Fachabteilung	Gebäudetrakt	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
alle	C 2 / C 3	Einbettzimmer: Komfortzimmer, Wahlverpflegung und Service	160, 00 €
alle	C 2 / C 3	Zweibettzimmer: Komfortzimmer, Wahlverpflegung und Service	90,00 €

e) Unterbringung und Verpflegung in einem Familienzimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung (BRUCHSAL):

Nur in Verbindung mit der Berechnung des Zuschlages für Begleitperson lt. Ziffer h) möglich!!

Fachabteilung	Gebäudetrakt	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Geburtshilfe	G-Bau Station G 2	Familienzimmer für Eltern mit Neugeborenem: Besondere Zimmerausstattung und -größe, sowie Wahlverpflegung und Service	53,00 €

f) Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung (BRETTE):

Fachabteilung	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Innere Medizin, Chirurgie	Besondere Zimmerausstattung und -größe, sowie Wahlverpflegung und Service	111,10 €

Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer ohne Komfortelemente(BRETTE):

Preis pro Berechnungstag = 54,62 €

g) Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung (BRETTE):

Fachabteilung	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Innere Medizin, Chirurgie	Besondere Zimmerausstattung und -größe, sowie Wahlverpflegung und Service	72,03 €

Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer ohne Komfortelemente(BRETTE):

Preis pro Berechnungstag = 20,48 €

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

h) Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson

Preis pro Berechnungstag = 49,33 €
(Anteil Unterkunft 35,20 € zzgl. 7% MwSt. u. Anteil Verpflegung 9,80 € zzgl. 19% MwSt.)

i) Bereitstellung eines Telefons und TV incl. SKY (BRUCHSAL)

Grundgebühr = **3,90 €** je Berechnungstag
 und Flatrate ins deutsche Festnetz
 zusätzlich Internet **2,00 €** je Berechnungstag; s. Faltblatt/Flyer

j) Bereitstellung eines Telefons (BRETTE)

Grundgebühr = **1,50 € je Berechnungstag**
 zusätzlich 0,06 € je Einheit

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **13. August 2018** in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif/Pflegekostentarif vom 08. Mai 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 Doll	Patientenmanagement Bruchsal u. Bretten	07251-708-58115
Frau Ünal	Patientenmanagement Bruchsal	07251-708-57101
Frau Schneck	Patientenmanagement Bruchsal	07251-708-57032
Frau Grohnert	Patientenmanagement Bretten	07252-54-319
Frau Schlipf	Patientenmanagement Bretten	07252-54-319

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.