

**DRG-Entgelttarif 2014 für Krankenhäuser
im Anwendungsbereich des KHEntgG und der BpflV
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG,
sowie § 13 Abs. 3 und 4 BpflV**

Das Klinikum Fürth berechnet ab 1. April 2014 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 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 2014) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2014) 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 **3.188,00 Euro** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Relativgewicht und Basisfallwert):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz	0,652	€3.188,00	€ 2.078,58
I04Z	Revision und Ersatz des Kniegelenks mit Komplizierender Diagnose oder Arthrodesse	3,370	€3.188,00	€10.743,56

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 2014 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2014 (FPV 2014) 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 2014

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 2014 (FPV 2014).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2014

Gem. § 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 2014 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2014 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2014 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 2014 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 2014 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2014 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

a) **Bundeseinheitliche Zusatzentgelte gem. § 5 Abs. 1 FPV 2014, Anlage 2, i.V.m. Anlage 5 FPV 2014 (OPS-Code – OPS Version 2014)**

Die abzurechnenden Entgelte gem. § 5 Abs. 1 FPV 2014, Anlage 2 i.V.m. Anlage 5 liegen in den jeweiligen Aufnahmebüros aus und können dort eingesehen werden.

b) **Krankenhausindividuelle Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG, i.V.m. Anlage 4 FPV 2014 (OPS-Code – OPS Version 2014)**

ZE2014-03A	ECMO (8-852.0*)	6.545,00 €Leistung
ZE2014-03B	PECLA (8-852.2*)	5.772,47 €Leistung
ZE2014-25-1	Modulare Endoprothese Knie	1.377,00 €Leistung
ZE2014-25-2	Modulare Endoprothese Knie	2.375,33 €Leistung
ZE2014-54CC-4	Selbstexpandierender ungecoverter Stent: Einlage oder Wechsel nicht endoskopisch:(5-517.03)	800,00 €Leistung
ZE2014-54CC-9	2 Selbstexpandierende ungecoverte Stents: Einlage oder Wechsel nicht endoskopisch	1.600,00 €Leistung

ZE2014-54B	Selbstexpandierende Prothese am Gastrointestinaltrakt (endoskopisch 1 Prothese): (5-429.j1)	643,93 €/Leistung
ZE2014-54AA	Selbstexpandierender ungecoverte Stent: Einlage oder Wechsel Einlegen: (5-513.m*):	720,00 €/Leistung
ZE2014-54AA-2	Selbstexpandierender gecoverter Stent Einlage oder Wechsel (2 Stent) (5-513.m1)	1.440,00 €/Leistung
ZE2014-54BB	Selbstexpandierende gecoverte Stent-Prothese: Einlage oder Wechsel: (5-513.n*)	904,16 €/Leistung
ZE2014-54BB-2	Selbstexpandierende ungecoverte Stent-Prothesen: Einlage oder Wechsel (2 Stent) (5-513.n1)	1.808,32 €/Leistung
ZE2014-54H-4	Andere Operationen am Darm: Selbstexpandierende Prothese (Einlage oder Wechsel) (5-469.k3)	862,21 €/Leistung
ZE2014-64-1	Gabe von Eptotermin alfa, Implantation am Knochen (Osigraft Eptotermin) (6-003.5*)	5.449,96 €/Leistung
ZE2014-65	Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90- oder Rhenium-188 Markierten Mikrosphären (8-530.45 oder 8-530.48)	12.500,00 €/Leistung
ZE2014-67A	Stentgraft-Prothesen bei Aortenaneurysmen, perkutan-transluminal (1 Stent) (8-840.04)	1.032,55 €/Leistung
ZE2014-74-18	Gabe von Sunitinib, oral (6-003.a*) für jeden Behandlungstag mit Applikation der Tagesdosis von je 50 mg	201,96 €/Leistung
ZE2014-75-19	Gabe von Sorafenib, oral (6-003.b*) für jeden Behandlungstag mit Applikation der Tagesdosis von je 800mg	0,18 €/mg
ZE2014-84	Gabe von Ambrisentan (Volibris), parenteral (6-004.2) /je appliz. 1 mg	11,61 €/mg
ZE2014-96	Gabe von Topotecan, parenteral	5,65 €/mg
ZE2014-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	Kostenerstattung
ZE2014-98	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	Kostenerstattung

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV 2014

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 krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart:

a) Sonstige Entgelte nach § 7 Abs. 1 FPV 2014 i.V.m. Anlage 3 FPV2014 (tagesbezogene Pauschale)

B61B	M	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	377,40 €/BT
E76A	M	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	306,00 €/BT
B76A	M	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie	440,00 €/BT
B46Z	M	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	317,00 €/BT
U41Z	M	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen	305,00 €/BT

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2014 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 2014 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 2014 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2014 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

b) Teilstationäre Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

Tagesgleicher Pflegesatz Schmerztherapie **320,00 €/BT**

c) Leistungen besonderer Einrichtungen nach § 17b Abs. 1, Satz 15 KHG

Die psychiatrischen teilstationären Behandlungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden nach den Regelungen der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) mit tagesgleichen Pflegesätzen abgerechnet. Es gelten folgende Pflegesätze:

Basispflegesatz (teilstationär) gemäß § 13 Abs. 3 BPfIV **38,24 €/BT**

Abteilungspflegesatz (teilstationär) gemäß § 13 Abs. 4 BPfIV **215,58 €/BT**

5. Zu- und Abschläge gem. § 7 Ziff. 4 KHEntgG

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

- Der **Ausbildungszuschlag** beträgt gegenwärtig **69,46 €/ je Fall**.

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

- Der Zuschlag für die Aufnahme von Begleitpersonen aus medizinischen Gründen nach § 17 Abs.1 Satz 4 KHG beträgt **45,00 €/ je Berechnungstag**.¹

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

Pegaptanib (Macugen®), intravitreal	773,50 €/je Fertigspritze
Ranibizumab (Lucentis®), intravitreal	1.178,41 €/je Fertigspritze
Abirateronacetat (Zytiga®)	0,17 €/1mg
Cabazitaxel (Jevtana®)	5.230,05 €/60mg
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, Länge 10 cm	2.100,00 €/Stent
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, Länge 15 cm	2.600,00 €/Stent
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, Länge 25 cm	3.700,00 €/Stent
Lungenvolumenreduktion durch Einlage von Coils (Nitinol-Coils)	1.100,00 €/je Coil
Decitabine (Dacogen®)	1.856,00 €/50mg
Eribulin (Halaven®)	476,00 €/je 0,88mg/2 ml
nab-Paclitaxel (Abraxane®)	366,95 €/100mg

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

Für **jede abgerechnete DRG** eines **ab dem 01.01.2014** vollstationär aufgenommenen Patienten erfolgt die Berechnung eines Zuschlages

in Höhe von 0,87 €/je Fall.

8. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

in Höhe von 1,05 €² / je Fall.

- 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 SGB V i.V.m. § 139 c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall

in Höhe von 1,27 €³ / je Fall.

9. Weitere Zu- und Abschläge

- Zuschlag STENO Schlaganfall-Netzwerk mit Telemedizin Nordbayern **in Höhe von 191,30 €**
- QS-Zuschlag Schlaganfall Bayern **in Höhe von 3,10 €**
- Zuschlag onkologisches Zentrum **in Höhe von 0,33 %.**
- Versorgungszuschlag nach § 8 Abs. 10 KHEntgG **in Höhe von 1,64 %.**
- Zuschlag für Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntgG **in Höhe von 0,25 %.**

10. 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:

Vor-/nachstationäre Behandlung

Fachbereich	a. vorstationäre Pauschale	b. nachstationäre Pauschale
Kardiologie	156,97 €	61,36 €
Gastroenterologie	164,64 €	63,91 €
Pädiatrie	94,08 €	37,84 €
Chirurgie	100,72 €	17,90 €
Unfallchirurgie	82,32 €	21,47 €
Urologie	103,28 €	41,93 €
Prostatakarzinomzentrum	103,28 €	41,93 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe/Brustzentrum	119,13 €	22,50 €

Radiologie	186,62 €	330,29 €
Neurologie	114,02 €	40,90 €
Zentrale Notaufnahme	147,25 €	63,91 €
Schlaflabor (Erstkontakt)	340,00 €	nicht zutreffend
Schlaflabor (Folgekontakt innerh. 5 Tage)	200,00 €	nicht zutreffend

c) Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Zusätzlich zu a) (vorstationäre Pauschale) und b) (nachstationäre Pauschale) können Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten (z.B. CT, MR, LHM, LIN/CO und PET) einzeln abgerechnet 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.

11. 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 ärztlichen Leichenschau (Art 2 BestG) und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus eine Gebühr in Höhe von **39,69 €** Zusätzlich wird eine Pauschale in Höhe von **22,07 €** für die Leichenversorgung sowie **13,24 €** für die Kühlzellenbenutzung erhoben.
3. Die Abrechnung von Leistungen der physikalischen Therapie für privat versicherte Patienten (Selbstzahler) erfolgt nach dem „**Verzeichnis der erstattungsfähigen Höchstbeträge für ärztlich verordnete Heilbehandlungen**“. Dieser Tarif kann nach Wunsch eingesehen werden.

12. Zuzahlungen

a) 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 zur Zeit **€10,- 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.

13. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2014 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2014 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2014 zusammengefasst und abgerechnet.

14. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 10 sind nicht abgegolten:

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

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Hebamme / dem Entbindungspfleger gesondert berechnet ⁴.

15. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet:

a. Ärztliche Leistungen:

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Medizinische Klinik 1 Kardiologie, Pneumologie, Somnologie, Allergologie, Umweltmedizin	Chefarzt Prof. Dr. Worth	Allgemeine Innere Medizin: OÄ Dr. Wallmüller Pneumologie: OA Dr. Steinheimer Herzschrittmacher: Dr. Reiser Herzkatheter: OA PD Dr. Vogt
Medizinische Klinik 2 Gastroenterologie und Hepatologie, Hämatologie, Internistische Onkologie, Diabetologie, Ernährungsmedizin	Chefarzt Prof. Dr. Schneider	OA Dr. Lederer
Klinik für Kinder und Jugendliche	Chefarzt Prof. Dr. Klinge	Allgemeine Pädiatrie, Diabetologie, Sonografie, Stoffwechselstörung, Kardiologie: OA Dr. Freundl Neonatalogie: OA Dr. Steigenberger Neuropädiatrie: OA Dr. Bosch Pneumologie: OÄ Dr. Walther Allergologie, Asthma, Neurodermitis FÄ Dr. Neustädter Adipositas: FÄ Dr. Knab Intensivmedizin: FÄ Dr. Ramsauer
Chirurgische Klinik 1 Allgemeinchirurgie, Thorax- und Viszeralchirurgie (Brust und Bauch), Gefäßchirurgie, Kinderchirurgie	Chefarzt Prof. Dr. Rupprecht	Viszeralchirurgie, Thoraxchirurgie: OA Dr. Rexer Gefäßchirurgie: OA Dr. Stadelmaier, Endokrine Chirurgie: OA Dr. Geyer, Proktologie OÄ Dr. Lippmann Allgemeinchirurgie, septische Chirurgie: OA Dr. Ditterich

Chirurgische Klinik 2 Unfallchirurgie, Orthopädische und Wiederherstellende Chirurgie, Kindertraumatologie, Physikalische Therapie	Chefarzt PD Dr. Wölfel	Orthopädie: OA Dr. Schneider Traumatologie und Gelenkchirurgie: OA Dr. Freißler Rekonstruktive Chirurgie: OA Dr. Luger Kinder-Traumatologie und Septische Chirurgie: OA Dr. Bermbach
Urologische Klinik	Chefarzt PD Dr. Blana	OA Dr. Krauß
Neurologische Klinik	Chefarzt Prof. Dr. Maihöfner	OA Günther
Klinik für Gynäkologie und geburtshilfliche Abteilung, Brustzentrum	Chefarzt Prof. Dr. Hanf	Geburtshilfe: OÄ Dr. Neupert, Allgemeine Gynäkologie: OÄ Dr. Boxler Mamma-Operationen: OÄ Dr. Strobel Urologische Operationen: OÄ Dr. Ebner
Institut für Radiologie	Chefarzt Prof. Dr. Gmeinwieser	Röntgendiagnostik, Computertomographie, Kernspintomographie, Mammographie, Sonographie, CT-Intervention, mammographisch und sonographisch gezielte Mammamarkierung- und Biopsie OA Dr. Hartmann Durchleuchtung, Gefäßdiagnostik, Gefäßintervention, Gallenwegsintervention: OA Dr. Höfer Gezielte Intervention: OA Dr. Kirschmann
Klinik für Anaesthesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie	Chefarzt Dr. Gläßel	OÄ Zeh
Zentrale Notaufnahme	Chefarzt Prof Dr. Dormann	Dr. Eisenbarth
Institut für Pathologie	Chefarzt Prof. Dr. Dworak	OÄ Weigert
Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie	Chefarzt Prof. Dr. Moll	Dr. Kratz
Strahlentherapie	Chefarzt Dr. Guttenberger	Dr. Geiger
Geriatric	Chefarzt Dr. Neumeier	OA Dr. Drey

Die Wahlleistungsvereinbarung besitzt für alle an einer Behandlung beteiligten Wahlärzte Gültigkeit. 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.

Kategorien 1-Bett-Zimmer:

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

Gültig für Stationen: ST 28, ST 48, ST 49

Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Separates WC, separate Dusche, Zusatzartikel Sanitär, Besucherecke, Schreibtisch, Safe, Kühlschrank, Dekoration, bevorzugte Lage, Organisatorische Einheit, besondere Zimmergröße, Balkon/Terrasse (nach Verfügbarkeit), Wahlverpflegung, Zusatzverpflegung, täglicher Hand- und Badetuchwechsel, häufiger Bettwäschewechsel, Tageszeitung/Programm-zeitschrift, Erledigung der Aufnahmeformalitäten auf dem Zimmer, persönlicher Service, Service für die persönliche Wäsche	112,96 €

(2) Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer Kategorie 2 nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Gültig für Stationen: (ST 18, ST 19), ST 29, ST 38, ST 39

Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Separates WC, separate Dusche, Zusatzartikel Sanitär, bevorzugte Lage, Organisatorische Einheit, Internetanschluss, besondere Zimmergröße, Balkon/Terrasse (nach Verfügbarkeit), Wahlverpflegung, Zusatzverpflegung, täglicher Hand- und Badetuchwechsel, häufiger Bettwäschewechsel, Tageszeitung/Programm-zeitschrift, Erledigung der Aufnahmeformalitäten auf dem Zimmer, persönlicher Service, Service für die persönliche Wäsche	108,46 €

(3) Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer Kategorie 3 nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Gültig für Stationen: ST 12, ST 17, ST 20, ST 30

Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Separates WC, separate Dusche, sonstige Sanitärausstattung, Zusatzartikel Sanitär, Rollos, Besucherecke, Schreibtisch, Schränke, Safe, Kühlschrank, Dekoration, Videogerät, Audioanlage, Internetanschluss, besondere Zimmergröße, bevorzugte Lage, Wahlverpflegung, Zusatzverpflegung, täglicher Hand- und Badetuchwechsel, häufiger Bettwäschewechsel, Tageszeitung/Programmzeitschrift, Erledigung der Aufnahmeformalitäten auf dem Zimmer, persönlicher Service, Service für die persönliche Wäsche	102,46 €

(4) Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer Kategorie 4 nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Gültig für Station: ST 11

Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Separates WC, separate Dusche, Zusatzartikel Sanitär, Kühlschrank, besondere Zimmergröße, Wahlverpflegung, Zusatzverpflegung, täglicher Hand- und Badetuchwechsel, häufiger Bettwäschewechsel, Tageszeitung/Programm-zeitschrift, Erledigung der Aufnahmeformalitäten auf dem Zimmer, persönlicher Service, Service für die persönliche Wäsche	98,96 €

(5) Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer Geriatrie nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Gültig für Station: GERI

Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Wahlverpflegung, Zusatzverpflegung, Tageszeitung/Programmzeitschrift	52,71 €

Kategorien 2-Bett-Zimmer:

(6) Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer Kategorie 1 nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Gültig für Stationen: ST 28, ST 48, ST 49

Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Zusatzartikel Sanitär, Komfortbetten, Besucherecke, Schreibtisch, Safe, Kühlschrank, Dekoration, bevorzugte Lage, Organisatorische Einheit, besondere Zimmergröße, Balkon/Terrasse (nach Verfügbarkeit), Wahlverpflegung, Zusatzverpflegung, täglicher Hand- und Badetuchwechsel, häufiger Bettwäschewechsel, Tageszeitung/Programmzeitschrift, Erledigung der Aufnahmeformalitäten auf dem Zimmer, persönlicher Service, Service für die persönliche Wäsche	67,46 €

(7) Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer Kategorie 2 nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Gültig für Stationen: (ST 18, ST 19), ST 29, ST 38, ST 39

Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Zusatzartikel Sanitär, bevorzugte Lage, Organisatorische Einheit, besondere Zimmergröße, Balkon/Terrasse (nach Verfügbarkeit), Wahlverpflegung, Zusatzverpflegung, täglicher Hand- und Badetuchwechsel, häufiger Bettwäschewechsel, Tageszeitung/Programmzeitschrift, Erledigung der Aufnahmeformalitäten auf dem Zimmer, persönlicher Service, Service für die persönliche Wäsche	64,46 €

(8) Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer Kategorie 3 nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Gültig für Stationen: ST 12, ST 17, ST 20 (orange Zimmer), ST 30 (orange Zimmer)

Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
sonstige Sanitärausstattung, Zusatzartikel Sanitär, Rollos, Schränke, Safe, Kühlschrank, Dekoration, Videogerät, Audioanlage, Internetanschluss, bevorzugte Lage, Wahlverpflegung, Zusatzverpflegung, täglicher Hand- und Badetuchwechsel, häufiger Bettwäschewechsel, Tageszeitung/ Programmzeitschrift, Erledigung der Aufnahmeformalitäten auf dem Zimmer, persönlicher Service, Service für die persönliche Wäsche	61,46 €

(9) Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer Kategorie 3b nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Gültig für Stationen: ST 20 (grüne Zimmer), ST 30 (grüne Zimmer)

Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Zusatzartikel Sanitär, Rollos, Kühlschrank, Videogerät, Audioanlage, Internetanschluss, bevorzugte Lage, Wahlverpflegung, Zusatzverpflegung, täglicher Hand- und Badetuchwechsel, häufiger Bettwäschewechsel, Tageszeitung/ Programmzeitschrift, Erledigung der Aufnahmeformalitäten auf dem Zimmer, persönlicher Service, Service für die persönliche Wäsche	58,46 €

(10) Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer Kategorie 4 nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Gültig für Station: ST 11

Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Zusatzartikel Sanitär, Kühlschrank, besondere Zimmergröße, Wahlverpflegung, Zusatzverpflegung, täglicher Hand- und Badetuchwechsel, häufiger Bettwäschewechsel, Tageszeitung/Programmzeitschrift, Erledigung der Aufnahmeformalitäten auf dem Zimmer, persönlicher Service, Service für die persönliche Wäsche	57,46 €

(11) Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer Geriatrie nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Wahlverpflegung, Zusatzverpflegung, Tageszeitung/Programmzeitschrift	18,19 €

Kategorien Begleitpersonen:

(12) Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson mit medizinischer Begründung:

Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Unterbringung im Zimmer des Patienten, Verpflegungswahl über die Verpflegungsassistenten, Essen im Patientenzimmer	Die Kosten übernimmt der Kostenträger des Patienten

(13) Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson ohne medizinischer Begründung:

Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Unterbringung im Zimmer des Patienten, Verpflegungswahl über die Verpflegungsassistenten, Essen im Patientenzimmer	Unterbringung Erwachsener in der Kinderklinik 20,00 € zzgl. gesetzl. MWST Unterbringung Erwachsener

	<p>im Haupthaus 60,00 € zzgl. gesetzl. MWST</p> <p>Unterbringung Erwachsener im Familienzimmer 18,69 € zzgl. Gesetzl. MWST</p> <p>Unterbringung eines Kindes 20,00 € zzgl. gesetzl. MWST</p>
--	--

Die Unterbringung einer Begleitperson ohne medizinische Begründung im Haupthaus sowie im Familienzimmer ist nur in Kombination mit der Wahlleistung 1-Bettzimmer für den jeweiligen Patienten möglich. Bei der Aufnahme einer Begleitperson mit medizinischer Begründung entfällt diese Regelung.

Die Wahlleistungen 1-Bett-Zimmer und 2-Bett-Zimmer können auch ohne Verbindung mit der ärztlichen Leistung in Anspruch genommen werden. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit der ärztlichen Wahlleistung im allgemeinen Krankenhausbett.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **1. April 2014** in Kraft. Gleichzeitig wird der bislang bestehende DRG-Entgelttarif vom **1. März 2014** aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Abteilung Patientenservice im Verwaltungsgebäude (Ebene 1) 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.

Fürth, 31.03.2014
Klinikum Fürth

Krappmann
Vorstand

Anmerkungen:

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.

² Nach § 8 Abs. 9 KHEntgG – 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.

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 § 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.