



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

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
sehr geehrte Eltern und Angehörige,

entsprechend dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) möchten wir Sie hiermit gerne über die Entgelte unterrichten sowie eine allgemeine Beschreibung der damit vergüteten Leistungen geben.

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 Ihre private Krankenversicherung/Beihilfe oder Ihre gesetzliche Krankenversicherung diese Kosten über einen besonderen Wahltarif deckt.

Für weitere Auskünfte stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhausaufnahme/ Zentralen Notaufnahme (ZNA) gerne zur Verfügung.
Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie die zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen.

Wir wünschen Ihnen bzw. Ihren Angehörigen eine gute und schnelle Genesung in unserem Krankenhaus.

**ST. JOSEPH KRANKENHAUS
- Verwaltung -**

Das St. Joseph Krankenhaus (Trägerin: Katholische Wohltätigkeitsanstalt zur heiligen Elisabeth, Reinbek) berechnet ab dem **01. Januar 2012** folgende Entgelte:

1.
Fallpauschalen (DRG's) 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 Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sowie des Krankenhausentgeltgesetzes (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 Krankheitsfalles.

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 ca. 13.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2012) und ca. 28.000 Prozeduren (OPS Version 2012) zur Verfügung. Neben den bisher genannten können auch andere Faktoren, wie z.B. das Alter oder die Entlassungsart, Auswirkung auf die Zuweisung einer DRG haben.

Die genauen Definitionen der einzelnen DRG's sind im jeweils aktuell gültigen DRG-Klassifikationssystem (DRG-Definitionshandbuch) festgelegt. Das DRG-Definitionshandbuch beschreibt die DRG's einerseits alphanumerisch, andererseits mittels textlichen Definitionen. Ergänzend finden sich hier auch Tabellen von zugehörigen Diagnosen oder Prozeduren.

Die jeweilige DRG ist mit einem entsprechenden Relativgewicht bewertet, welches im Rahmen der DRG-Systempflege jährlich variieren kann. Diesem Relativgewicht ist ein in Euro ausgedrückter Basisfallwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet. Der derzeit gültige Landesbasisfallwert liegt bei **€ 2.935,00**. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel:				
DRG	DRG-Definition	Relativgewicht		
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese	3,214	Landesbasisfallwert € 2.935,00 x Relativgewicht <u>Zuschläge gem. Nrn. 5., 7. u. 8. des DRG-Entgelttarifs:</u>	€ 9.433,09
			Ausbildungszuschlag	+ € 54,89
			DRG-Systemzuschlag stationär	+ € 1,14
			Pauschale für Qualitätssicherung DRG	+ € 0,87
			Systemzuschlag stationär	+ € 0,93
			Rechnungssumme	€ 9.490,92

Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Diagnose(n) am Ende des stationären Aufenthaltes gestellt und welche diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Für das Jahr 2012 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der DRG-Entgeltkatalogverordnung 2012 (DRG-EKV 2012) vorgegeben.

Die teilstationäre Behandlung der Niereninsuffizienz wird wie folgt abgerechnet:

DRG	Bezeichnung		Preis pro Berechnungstag €
L90B	Behandlung der Niereninsuffizienz mit <u>Peritonealdialyse</u> bei Patienten mit einem Alter über 14 Jahren	Relativgewicht: 0,102 Dementsprechendes Entgelt:	299,37
L90C	Behandlung der Niereninsuffizienz <u>ohne Peritonealdialyse</u> bei Patienten mit einem Alter über 14 Jahren	Relativgewicht: 0,092 Dementsprechendes Entgelt:	270,02

2.

Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gem. § 1 Abs. 2 und 3 sowie § 3 Abs. 1 und 2 FPV 2012

Der nach der oben beschriebenen DRG-Systematik zu ermittelnde Preis setzt voraus, dass DRG-spezifische Grenzen für die Verweildauer im Krankenhaus nicht über- oder unterschritten werden. Bei Über- oder Unterschreiten dieser Verweildauern werden gesetzlich vorgegebene Zu- oder Abschläge fällig. Die näheren Einzelheiten und das Berechnungsverfahren hierzu regelt die FPV 2012.

3.

Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2012

Gemäß § 17 b 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 2012 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der DRG-EKV 2012 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der DRG-EKV 2012 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 DRG-EKV 2012 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 2012 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 DRG-EKV 2012 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **€ 600,00** abzurechnen.

Das Krankenhaus hat folgende Zusatzentgelte vereinbart:

Entgeltschlüssel	Bezeichnung	Entgelthöhe in €
ZE2012-10	Extrakorporale Leberersatztherapie (Leberdialyse)	2.410,48
ZE2012-13	Immunadsorption	2.082,00
ZE2012-27	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	Blutgerinnungs- faktoren zum Beschaffungspreis
ZE2012-54B	Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese, Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, eine Prothese, ohne Antirefluxventil	835,00
ZE2012-54D	Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese, Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, zwei Prothesen, ohne Antirefluxventil	1.670,00
ZE2012-54F	Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, mehr als zwei Prothesen, ohne Antirefluxventil	2.505,00
ZE2012-54G-4	Andere Operationen am Magen: Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese: endoskopisch	908,00
ZE2012-54H-4	Andere Operationen am Darm: Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese: endoskopisch	908,00
ZE2012-54I	Andere Operationen am Rektum: Einlegen oder Wechsel einer Prothese, endoskopisch: Selbstexpandierend	908,00
ZE2012-54Q	Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Einlegen einer Prothese: Selbstexpandierend	693,00
ZE2012-54R	Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Wechsel einer Prothese: Selbstexpandierend	693,00
ZE2012-63-1	Applikation von Medikamenten Liste 3: Diboterminalpha, Implantation am Knochen: 12 mg bis unter 24 mg	3.363,43
ZE2012-82-1 – 82-8 *)	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, maschinell unterstützt Preis je nach Dauer, bis 960 Stunden	120,00 – 3.960,00

Der aktuelle Fallpauschalenkatalog kann in der Zentralen Notaufnahme (ZNA) bzw. der Krankenhausaufnahme eingesehen werden.

*) Entgelte können je nach Dauer der Behandlung variieren, die Angabe erfolgt hier in einer Von-bis-Preisspanne; Differenzierung nur über medizinische Prozeduren (sogenannte OPS-Codes) möglich.

4.

Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2012

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:

- Derzeit keine -

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** DRG-EKV 2012 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** DRG-EKV 2012 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 2012 für Leistungen nach **Anlage 3a** DRG-EKV 2012 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **€ 450,00** abzurechnen.

5.

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

- **Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen (§ 17a KHG)**
Gem. § 17a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten. Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig:

€ 54,89

- **Zuschlag für die medizinisch notwendige Mitaufnahme von Begleitpersonen (§ 17b Abs. 1 Satz 4 KHG)**

Für die **medizinisch notwendige** Mitaufnahme einer Begleitperson wird nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG ein bundeseinheitlicher Zuschlag i.H.v. **€ 45,00** pro Tag berechnet. Dieser Zuschlag ist von der wahlweisen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson nach Ziffer 15. c) zu unterscheiden.

**6.
Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
(§ 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 Sozialgesetzbuch V (SGB V) von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, nicht koronar	Preis pro Stück:	€ 968,45 (Berechnung nach Anzahl)
----------------------------------------------------------------	------------------	---------------------------------------------

**7.
Qualitätssicherungszu- und -abschläge (§ 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG)**

Für alle Krankenhausfälle, die über DRG's abgerechnet werden, wird ein Qualitätssicherungszuschlag (§ 17b Abs. 1 Satz 5 KHG) von **€ 0,87** je DRG berechnet.

**8.
Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben**

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

€ 1,14

- 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

€ 0,93

**9.
Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a Satz 1 SGB V**

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 Abs. 7a Satz 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von

derzeit: € 0,00

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:

- a) Für eine **vorstationäre Behandlung** (max. 3 Tage innerhalb von 5 Tagen) werden pro Fall folgende fachabteilungsbezogenen Vergütungspauschalen berechnet:

	€		€
Allgemeine Chirurgie	100,72	Orthopädie	133,96
Gastroenterologie	164,64	Nephrologie	140,61
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13	Pädiatrie	94,08
Neonatologie	51,64	Kinderchirurgie	61,36

- b) Für eine **nachstationäre Behandlung** (max. 7 Tage innerhalb von 14 Tagen) werden pro Behandlungstag folgende fachabteilungsbezogenen Vergütungspauschalen berechnet:

	€		€
Allgemeine Chirurgie	17,90	Orthopädie	20,96
Gastroenterologie	63,91	Nephrologie	67,49
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22,50	Pädiatrie	37,84
Neonatologie	23,01	Kinderchirurgie	24,54

- c) **CT-Untersuchungen** werden zusätzlich zur vor- und nachstationären Behandlung wie folgt berechnet:

	€		€
DKG-NT-I-Ziffer: 5369	122,71	DKG-NT-I-Ziffer: 5376	20,45
DKG-NT-I-Ziffer: 5370, 5375	81,81	DKG-NT-I-Ziffer: 5377	32,72
DKG-NT-I-Ziffer: 5371	94,08	DKG-NT-I-Ziffer: 5378	40,90
DKG-NT-I-Ziffer: 5372	106,35	DKG-NT-I-Ziffer: 5380	12,27
DKG-NT-I-Ziffer: 5373, 5374	77,72		

- d) **Magnetresonanztomographien** werden zusätzlich zur vor- und nachstationären Behandlung wie folgt berechnet:

	€		€
DKG-NT-I-Ziffer: 5700, 5720	179,97	DKG-NT-I-Ziffer: 5729	98,17
DKG-NT-I-Ziffer: 5705	171,79	DKG-NT-I-Ziffer: 5731, 5732	40,90
DKG-NT-I-Ziffer: 5715	175,88	DKG-NT-I-Ziffer: 5733	32,72
DKG-NT-I-Ziffer: 5721, 5730	163,61	DKG-NT-I-Ziffer: 5735	245,42

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.

11. Entgelte für sonstige Leistungen

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

2. Kopiergebühren

Das St. Joseph Krankenhaus berechnet € 0,50 je Kopie. Beidseitige Kopien werden doppelt gerechnet.

3. Bereitstellung einer Kopie der Krankenunterlagen:

Kopie der Krankenakte:

- Kopie der Krankenakte	Kopiergebühren nach Kopienzahl (wie unter 2. aufgeführt)
- je Sonographie-Kopie aus dem EDV-System (soweit möglich):	€ 0,50
zzgl. Auslagenpauschale bei Versand einmalig:	€ 2,00

Kopie von Röntgenbildern:

- je Röntgenbild (1 Kopierfilm):	€ 3,00
- je CT (1 Kopierfilm):	€ 3,00
- je CD/DVD:	€ 5,00
- je Papierausdruck:	€ 1,50
zzgl. Auslagenpauschale bei Versand einmalig:	€ 3,00

4. Portokosten nach Gebührenordnung der Postdienstleister.

12. Zuzahlungspflicht

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus von **gesetzlich versicherten** Patienten, und von Patienten, die im **PKV-Basistarif** versichert sind, von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an – **innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage** – eine Zuzahlung ein (§ 39 Abs. 4 SGB V). Dies betrifft nur Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben. Der Zuzahlungsbetrag beträgt zur Zeit **€ 10,00 je Kalendertag** (§ 61 Satz 2 SGB V). Mit § 43b Abs. 3 SGB V wurden die Krankenhäuser verpflichtet, die Zuzahlung einzufordern. Das Krankenhaus leitet die Zuzahlungsbeträge an die Krankenkasse weiter.

13.

Wiederaufnahme und Rückverlegung

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

14.

Beleghebammen und Entbindungspfleger

Die Leistungen von Beleghebammen bzw. Entbindungspflegern sind mit den Entgelten nach Nr. 1. – 10. nicht abgegolten. Sie werden von den Beleghebammen und Entbindungspflegern gesondert berechnet.

15.

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 (§ 22 Abs. 1 BpflV i.V.m. § 17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a SGB V) 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 Abs. 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 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) erbracht. Im Fall der unvorhergesehenen Abwesenheit (Verhinderungsfall, wie z.B. Erkrankung des Arztes, anderer Notfall) übernimmt die Aufgaben des Wahlarztes sein Ständiger ärztlicher Vertreter. Das Liquidationsrecht des Wahlarztes bleibt bestehen.

Fachabteilung	Wahlarzt/Chefarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie	Herr Chefarzt Prof. Dr. Kunz	Herr Oberarzt Wolff
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe	Herr Chefarzt Dr. Abou-Dakn	Geburtshilfe: Frau Oberärztin Dr. Lehmann Gynäkologie: Herr Oberarzt Obermann
Josephinchen – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie	Herr Chefarzt Dr. Giest	Herr Oberarzt Dr. Meyer
Josephinchen – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin	Frau Chefärztin Dr. Schmidt	Pädiatrie: Herr Oberarzt Dubenhorst Neonatologie: Frau Oberärztin Dr. Schlesinger
Josephinchen – Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie	Herr Chefarzt Dr. Willner	Herr Oberarzt Bsot
Medizinische Klinik I	Herr Chefarzt Prof. Dr. Poralla	Herr Oberarzt PD Dr. Rieder
Medizinische Klinik II	Frau Chefärztin Prof. Dr. Erley	Frau Oberärztin Dr. Bader
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie	Frau Chefärztin Dr. Johnen	Herr Oberarzt Dr. Heinz
Institut für Anästhesie	Herr Chefarzt Dr. Schmutzler	Intensivstation: Herr Oberarzt Dr. Büttner Anästhesie: Frau Oberärztin Dr. Zapke
Institut für Pathologie	Frau Oberärztin Dr. Wölke (kommissarisch)	Herr Ltd. Oberarzt Dr. Utech
Zentrum für Dialysezugänge	Leiter des Zentrums: Herr Dr. Debbert	Herr Oberarzt Dr. Witte
Gemeinschaftspraxis für Radiologie/Neuroradiologie & Zentrum für Minimal Invasive Therapie	Herr Dr. Trübenbach	Frau Dr. Lux

Die ärztlichen Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von diesen nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

b)
Gesonderte Unterkunft

Die Gesamtkosten für die Unterbringung in einem Wahlleistungszimmer 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.

**Unterbringung und Verpflegung in einem 1-Bett-Zimmer
nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung**

Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag €
Mit Dusche/WC, Klimaanlage, kleiner Kühlschrank, Safe, analoger Internetanschluss	103,17
Mit Dusche/WC	84,43
Ohne Dusche/WC, ggf. nur mit WC	80,96

**Unterbringung und Verpflegung in einem 2-Bett-Zimmer
nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung**

Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag €
Mit Dusche/WC, Klimaanlage, kleiner Kühlschrank, Safe, analoger Internetanschluss	56,53
Mit Dusche/WC	40,16
Ohne Dusche/WC	37,82

c)
**Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson /
 Unterbringung in einem Appartement der Kinderklinik (ohne Verpflegung) /
 Unterbringung und Verpflegung eines Kindes bei stationärer Behandlung eines Elternteiles**

Für die Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson im normalen Zimmer oder in einem Appartement der Kinderklinik berechnet das Krankenhaus	Preis pro Berechnungstag €
	45,00
Für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson eines Kindes mit einem Alter ab 9 Jahren berechnet das Krankenhaus	Preis pro Berechnungstag €
	20,00
Für die Unterbringung (ohne Verpflegung) in einem Appartement der Kinderklinik (sofern verfügbar) berechnet das Krankenhaus	Je Übernachtung €
	25,00
Für die Unterbringung und Verpflegung eines Kindes mit einem Alter ab 1 Jahr bei stationärer Behandlung eines Elternteiles berechnet das Krankenhaus *)	Preis pro Berechnungstag €
	5,00

d)
**Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson
 in einem Elternzimmer/Wahlleistungszimmer auf der Station 2**

Für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson in einem Elternzimmer oder anderem Wahlleistungszimmer auf der Station 2 berechnet das Krankenhaus für die Begleitperson:	Preis pro Berechnungstag €
Patientin hat keine Wahlleistungsvereinbarung abgeschlossen	60,00
Patientin hat eine Wahlleistungsvereinbarung für ein 2-Bett-Zimmer abgeschlossen	20,00
Patientin hat eine Wahlleistungsvereinbarung für ein 1-Bett-Zimmer abgeschlossen	keine Zuzahlung

**16.
 Inkrafttreten**

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **01. Januar 2012** in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01. Juli 2011 (Stand: 29.06.2011) aufgehoben.

*) Die Inanspruchnahme dieser Leistung bedarf der vorherigen Absprache mit der zuständigen Abteilungsschwester.