

DRG-Entgelttarif 2022 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Die Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH

berechnet ab dem **01.10.2022** folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gemäß § 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 2022) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2022) 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 **3.825,44 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht		Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	0,525		€ 3.800,00	€ 1.995,00
I04Z	Implantation, Wechsel oder Ent-fernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Frakturen an der Schulter oder am Knie	3,206		€ 3.800,00	€ 12.182,80

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 2022 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der DRG-Entgeltkatalogverordnung 2022 (DRG-EKV 2022) vorgegeben, welche vom Bundesministerium für Gesundheit als Rechtsverordnung erlassen wurde. Parallel dazu wurden die für das Jahr 2022 anzuwendenden Abrechnungsbestimmungen nach § 17b Abs. 2 S. 1 KHG von Seiten des GKV-Spitzenverbandes sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Fallpauschalenvereinbarung 2022 – FPV 2022 vereinbart, welche hinsichtlich der einzelnen Entgelte auf die vom Bundesministerium per Rechtsverordnung festgesetzten Anlagen der DRG-EKV 2022 verweist.

2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gemäß § 1 Abs. 2 und 3 sowie § 3 Abs. 1 und 2 FPV 2022

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 2022 (FPV 2022).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltekatalogen gemäß § 5 FPV 2022

Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, 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 2022 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2022 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2022 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 2022 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 2022 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2022 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

ZE 2022-01	Beckenimplantate (OPS 5-785.2d oder 5-785.3d oder 5-785.4d oder 5-785.5d)	631,00 €
ZE 2022-09	Hämoperfusion , Adsorber mit Polymer Beads; (OPS 8-821.2)	1.150,00 €
ZE 2022-25	Modulare Endoprothese (OPS 5-829.k* oder 5-829.m)	2.011,00 €
ZE 2022-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (OPS 5-429.j0 oder 5-429.j1 oder 5-429.j3 oder 5-429.j4 oder 5-429.j9)	850,00 €
ZE 2022-123	Gabe von Caspofungin , parenteral, je mg; (OPS 6-002.p*)	0,68 €
ZE 2022-125	Gabe von Voriconazol , parenteral, je 200mg; (OPS 6-002.r*)	5,11 €
ZE 2022-148	Gabe von Adalimumab , parenteral (OPS 6.001.d*)	98,59 €

ZE 2022-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	Kostenerstattung
ZE 2022-137	Gabe von rekombinantem Faktor VII	Kostenerstattung
ZE 2022-138	Gabe von Fibrinogenkonzentrat	Kostenerstattung
ZE 2022-139	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	Kostenerstattung

4. Zusatzentgelt für Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gemäß der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG

Für Kosten, die dem Krankenhaus für Testungen von Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden, auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 entstehen, rechnet das Krankenhaus auf Grund der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG gesondert folgende Zusatzentgelte ab:

- Testungen durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels **PCR**, PoC-PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.07.2022:
(ZECorona, § 301: 76CT9999) **37,80 €**

- Testungen mittels **Antigen-Test** zur patientennahen Anwendung durch Dritte zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2021 (ZECPOCAntigen, § 301: 76CT9997) **11,50 €**

5. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2022

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

- z. B. Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2022, Tagesbezogene Entgelte
**B61B Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks
ohne komplexen Eingriff** **158,58 €**

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a FPV 2022** auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhaushausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **600,00 €** abzurechnen.

Können für die Leistungen nach **Anlage 3b FPV 2022** auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhaushausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **300,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2022 für Leistungen nach **Anlage 3a FPV 2022** keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

6. Zu- und Abschläge gemäß KHEntgG

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Gemäß § 17a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten.
Der **Ausbildungszuschlag** (§301: 75109002) beträgt gegenwärtig **56,22 €**.
- Zuschlag für die **generalisierte Pflegeausbildung** (§301: 75109003) nach dem Pflegeberufegesetz gem. § 33 Abs. 3 S. 1 PflBG je voll- und teilstationären Fall in Höhe von **141,67 €**.
- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von **Begleitpersonen** in Höhe von **45,00 €** pro Tag.
- Zuschlag für die **Teilnahme an der Notfallversorgung** (§301: 47100027), gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG je abgerechnetem vollstationärem Fall in Höhe von **33,50 €**.
- **Telematikzuschlag** nach § 377 Abs. 1 und 2 SGB V. Der Zuschlag wird in Höhe von **53,66 €** je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung der Telematikinfrastruktur erhoben.
- **Zuschlag** zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der **Krankenhaushygiene** (§301: 47100020) gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG in Höhe von **0,63 %** 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.
- **Pauschale für den Mehraufwand** (§ 301: 85004997) bei mittels Labortests **positiv auf das Coronavirus getesteten Personen (ICD10: U07.1!)** die bei einer **Privaten Krankenversicherung** versichert sind. Die Pauschale beträgt 100,00 € pro Berechnungstag.
- **Abschlag für Erlösausgleich** gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG in Höhe von **-0,58 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschale und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 und Abs. 2a KHEntgG.
- **Abschlag gemäß § 4 Abs. 1 PpUGV-Sanktions-Vereinbarung**. Der Abschlag für die Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen wird in Höhe von **-0,09 %** auf die abgerechnete DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG) berechnet.

- **Abschlag** nach § 9 Abs. 1a Nr. 8a KHEntgG (B-BEP-Abschlagsvereinbarung) wegen **fehlender Einschätzung des Beatmungsstatus** in Höhe von **16%** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG, **maximal jedoch 2.000,00 €**.
- **Abschlag** nach § 9 Abs. 1a Nr. 8b KHEntgG (B-BEP-Abschlagsvereinbarung) wegen **fehlender Anschlussverordnung zur Beatmungsentwöhnung** in Höhe von einmalig **280 €**.

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

- Zuschlag für **externe Qualitätssicherung** (§301: 46009000),
je vollstationärem Fall: **0,81 €**
- Qualitätssicherung Schlaganfall (§301: 46009002): **3,10 €**

8. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- **DRG-Systemzuschlag** nach § 17b Abs. 5 KHG (§301:48000001)
für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall
in Höhe von: **1,26 €**
- 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 bzw. des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V (§301: 47100001) für jeden abzurechnenden Krankenhausfall
in Höhe von: **2,67 €**

9. Tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 7 Abs. 1 Ziff. 6a KHEntgG

Das Krankenhaus vereinbart mit den Krankenkassen ein Pflegebudget zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten, die dem Krankenhaus entstehen. Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt nach § 6a Abs. 4 KHEntgG über einen krankenhausesindividuellen Pflegeentgeltwert, welcher berechnet wird, indem das vereinbarte Pflegebudget dividiert wird durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr.

Für die Abrechnung ab **01.10.2022** wird der **Pflegeentgeltwert** mit den Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG mit **189,78 €** multipliziert.

10. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115a SGB V

Gemäß § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind:

a. Vorstationäre Behandlung

Innere Medizin allgemein	147,25 €	fallbezogene Pauschale
Allgemeine Chirurgie	100,72 €	fallbezogene Pauschale

b. Nachstationäre Behandlung

Innere Medizin allgemein	53,69 €	je Behandlungstag
Allgemeine Chirurgie	17,90 €	je Behandlungstag

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

- Computer-Tomographie-Geräte (CT):
Leistungen (Pauschalen) nach der Gemeinsamen Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115 a Abs. 3 SGB V zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassenverbänden (Stand: 11.07.1994):

5369	Höchstwert f. Leistungen nach Nr. 5370-5374	122,71 €
5370	CT im Kopfbereich ggf. einschl. der kraniozerv. Überg.	81,81 €
5371	CT im Hals- und/oder Thoraxbereich	94,08 €
5372	CT im Abdominalbereich	106,35 €
5373	CT des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten o. Gelenke)	77,72 €
5374	CT der Zwischenwirbelr. Hals-, Brust- u./o. Lendenws.	77,72 €
5375	CT der Aorta	81,81 €
5376	Ergänzende CT mit mind. 1 zus. Serie b. High-Res.Techn.	20,45 €
5377	Zuschl. f. computergest. Analyse einschl. 3D-Rekon	32,72 €
5378	CT zur Bestrahlungsplanung	40,90 €
5380	Bestimmung des Mineralgehalts (Osteodensitometr.)	12,27 €

- Magnet-Resonanz-Geräte (MR):
Leistungen (Pauschalen) nach der Gemeinsamen Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115 a Abs. 3 SGB V zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassenverbänden (Stand: 11.07.1994):

5700	MRT im Bereich Kopf/Hals	179,97 €
5705	MRT der Wirbelsäule	171,79 €
5715	MRT im Bereich des Thorax ggfs. einschl. Hals/Thoraxo.	175,88 €
5720	MRT im Bereich des Abdomens u./o. Beckens	179,97 €
5721	MRT der Mamma(e)	163,61 €
5729	MRT eines oder mehrerer Gelenke o. Abschn. Von Extr.	98,17 €
5730	MRT einer oder mehrerer Extremität(en)	163,61 €
5731	Erg. Serie(n) zu Nrn. 5700-5730	40,90 €
5732	Zuschl. zu 5700-5730 f. Posit.-u./o. Spulenwechsel	40,90 €
5733	Zuschl. f. computergest. Analyse z. B. Kinetik, 3D-Rek.	32,72 €
5735	Höchstwert für Leistungen nach 5700-5730	245,42 €

Gemäß § 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.

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. Kostenvoranschlag für ausländische Patienten **30,00 €**.
3. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus folgende Entgelte gemäß GOÄ:

- Dauer der Leichenschau 20 Minuten:	110,51 €
- Dauer der Leichenschau 10 Minuten:	66,31 €
4. Für die Entnahme eines Herzschrittmachers bei einem Toten berechnet das Krankenhaus **45,00 €**.
5. **Kopierkosten: 0,50 €** pro A4-Kopie, 1,00 € pro A3-Kopie, Arbeitszeit **45,00 €/pro** Stunde zzgl. der geltenden Versandkosten der Deutschen Post AG
6. Röntgen-, CT- oder MRT-Bilder auf CD-Rom pauschal **5,47 €** gemäß DKG-NT Nr. 9794
7. **Ärztliche Atteste** werden nach Aufwand gesondert berechnet.

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

13. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in das selbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2022 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2022 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2022 zusammengefasst und abgerechnet.

14. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet. Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung und der Patienteninformation über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen entnehmen.

a) Ärztliche Leistungen:

Juraklinik Scheßlitz

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Innere Abteilung und Intensivmedizin	Dr. Jan Brändel Kommissarische Leitung	Dieter Höger
Akutgeriatrie	Dieter Höger	Dr. Tatjana Frisk
Allgemein- und Viszeralchirurgie	Michael Zachert	Marc Nettelmann
Orthopädie- und Unfallchirurgie	Dr. Matthias Biedermann	Dr. Günther Wittmann
Anästhesie und chirurgische Intensivmedizin	Dr. Thomas Eberlein	Moritz Roth

Steigerwaldklinik Burgebrach

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Innere Abteilung	Dr. Sören Maaß	Fr. Savescu Ramona
Kardiologie	Dr. Markus Hoffmann	Dr. Axel Jakob
Phlebologie	Christoph Rösch	Michael Zachert
Intensivmedizin	Dr. Oliver Kuckein	
Allgemein- und Viszeralchirurgie Sektion Orthopädie Sektion Unfallchirurgie	Michael Zachert	Andreas Rösch Dr. Franz Ertl Michael Stahl
Anästhesie und chirurgische Intensivmedizin Sektion Endoprothetik	Dr. Thomas Eberlein	Dr. Graf Christian Dr. Peter Görlitz
Neurochirurgie	Dr. Stefan Köhler	Dr. Sabine Hüttmann Dr. Christopher Held

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.

Unterbringung in einem Privatzimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Juraklinik Scheßlitz	Komfortmerkmale	Preis pro Tag
Einbettzimmer Premium I	siehe Wahlleistungsflyer	120,61 €
Einbettzimmer Premium II	siehe Wahlleistungsflyer	104,56 €
Einbettzimmer eingestreut	siehe Wahlleistungsflyer	93,85 €
Zweibettzimmer eingestreut	siehe Wahlleistungsflyer	53,53 €

Steigerwaldklinik Burgebrach	Komfortmerkmale	Preis pro Tag
Einbettzimmer Premium	siehe Wahlleistungsflyer	104,56 €
Einbettzimmer eingestreut	siehe Wahlleistungsflyer	93,85 €
Einbettzimmer B5	siehe Wahlleistungsflyer	93,85 €
Einbettzimmer Rondell	siehe Wahlleistungsflyer	120,61 €
Einbettzimmer Rondell Suite	siehe Wahlleistungsflyer	125,97 €
Zweibettzimmer Premium	siehe Wahlleistungsflyer	64,23 €
Zweibettzimmer eingestreut	siehe Wahlleistungsflyer	53,53 €
Zweibettzimmer B5	siehe Wahlleistungsflyer	53,53 €
Zweibettzimmer Rondell	siehe Wahlleistungsflyer	69,59 €

Für einen Zeitraum von maximal vier Tagen besteht die Möglichkeit der Reservierung bzw. des Freihaltens des gebuchten 1-Bett-Zimmers für den Fall, dass das Zimmer vorübergehend nicht genutzt werden kann. Während der Zeit, in der das Zimmer nicht anderweitig belegt wird, berechnet das Krankenhaus einen um 25 % geminderten Zimmerpreis, mindestens jedoch den Basispreis.

Zuschlag für Einbettzimmer gilt ebenso für Zweibettzimmer, wenn die zweite Person die Begleitperson ist. Die ärztlichen Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von diesen nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

c) Sonstige Wahlleistungen

- „Hotelgast“ Aufnahme vor oder nach einer ambulanten Operation
/dem stationären Aufenthalt: **100,00 € pro Tag**
- Begleitperson, die nicht medizinisch indiziert ist: **100,00 € pro Tag**

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **01.10.2022** in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif/Pflegekostentarif vom 01.11.2021 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, steht Ihnen folgende Mitarbeiterin unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung:
Frau Nicole Hollik, Tel.: 09542 779-138

Die allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) und eine Information für die Privatabrechnung bei Patienten der Postbeamtenkrankenkasse, kann an der Information/stationäre Aufnahme eingesehen werden.
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.

Scheßlitz, den 30.09.2022

Nicole Hollik
Leitung Patientenmanagement