



Körperschaft des öffentlichen Rechts

Hausadresse: Diakonissenstraße 28, 76199 Karlsruhe
Postadresse: Postfach 51 01 40, 76191 Karlsruhe
Internet: www.diak-ka.de **E-Mail:** info@diak-ka.de
Telefon: 0721/889-0 **Telefax:** 0721/889-3918

Bankverbindung: Sparkasse Karlsruhe Kto.- Nr.: 9239187, BLZ: 660 501 01
IBAN: 660501010009239187
SWIFT BICL: KARSDE66

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

unser Haus heißt Sie herzlich willkommen. Wir bemühen uns, alles zu tun, was zu Ihrer Gesundheit beiträgt und wünschen Ihnen, dass Sie sich bei uns wohl fühlen.

Bitte beachten Sie unsere allgemeinen Vertragsbedingungen, den Pflegekostentarif und die Hausordnung. Wir sind ein freigemeinnütziges Akutkrankenhaus mit 479 Betten. Wir haben folgende Kliniken und Bereiche:

Kliniken und Abteilungen

• Augenklinik	Hr. Dr. Scheib
• Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	Hr. PD Dr. Sturm
• Klinik für Unfallchirurgie	Hr. Prof. Dr. Hartwig
• Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe	Fr. Prof. Dr. Hornung
• HNO-Klinik	Fr. Prof. Dr. Preyer
• Klinik für Innere Medizin	Hr. PD Dr. Zöpf
• Klinik für Anästhesie, Intensiv- und Rettungsmedizin	Hr. Dr. Arldt
• Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	Hr. Dr. Scheppers
• Geriatrisches Zentrum	Fr. Dr. Metz
• Klinik für Rehabilitative Geriatrie	Fr. Dr. Metz
• Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Hr. Dr. Astheimer
• Labor, Transfusionsmedizin und Hämostaseologie	Hr. Nießner

Sprechstunden

Alle Chefärzte halten Sprechstunden ab, außerdem Fr. Dr. Müller und Hr. Dr. Patzner, Fachärzte für Neurologie; Dr. Stocker, Facharzt für Plastische & Hand-Chirurgie, sowie Fr. Dr. Schenkl, Fachärztin für Kinder- & Jugendpsychiatrie & -psychotherapie

Diagnostisch-therapeutische Bereiche

Apotheke, Zytologie, Hämatologie, Physiotherapie, EKG, Endoskopie, Labor, Röntgen, Ultraschall, Sehschule.

Schulen und Praktika

• Staatlich anerkannte Krankenpflegeschule	96 Plätze
• Hebammenschule in Kooperation	16 Plätze
• Studenten: Praktisches Jahr (PJ)	12 Plätze
• Biblisch Diakonisches Seminar (halbjährig)	28 Plätze
• Freiwilliges soziales Jahr / Bundesfreiwilligendienst	20 Plätze

Sonderdienste

Krankenhaus-Seelsorge, Sozialdienst, Patientenbibliothek, ehrenamtliche Seelsorge und Lotsendienst

Ambulante Behandlungsangebote

Ambulante geriatrische Rehabilitation, Physiotherapie, physikalische Therapie, Logopädie, Ergotherapie

Pflegekostentarif für Krankenhäuser im Anwendungsbereich der BPfIV und DRG-Entgelttarif für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG sowie Unterrichtung des Patienten gemäß § 14 BPfIV und gemäß § 8 KHEntgG

Das Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe-Rüppurr berechnet ab 1. März 2014 folgende Entgelte:

1. Abteilungspflegesätze und Basispflegesatz gemäß § 13 Abs. 2, 3 und 4 BPfIV

Das Krankenhaus berechnet in der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie folgende Pflegesätze:

a. Basispflegesatz gemäß § 13 Abs. 3 und 4 BPfIV:	- vollstationär: 65,36 €	- teilstationär: 45,75 €
b. Abteilungspflegesatz gemäß § 13 Abs. 2 und 4 BPfIV:	- vollstationär: 148,88 €	- teilstationär: 104,21 €

Die tagesgleichen Pflegesätze gemäß Nr. 1 a. und 1 b. sowie die Entgelte für die Wahlleistung „Unterkunft“ gemäß Nr. 14 b. werden für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthaltes berechnet (Berechnungstag), der Entlassungs- oder Verlegungstag jedoch nur bei teilstationärer Behandlung (§ 14 Abs. 2 BPfIV). Ärztliche Wahlleistungen gemäß § 16 a. werden auch für den Verlegungs- und Entlassungstag berechnet.

Nimmt der Patient vom Krankenhaus angebotene Leistungen (z.B. Verpflegung) nicht oder nicht voll in Anspruch, tritt keine Minderung der Entgelte ein.

2. 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 **3.193,50 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel :

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	0,652	3.000,00 €	1.956,00 €
DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen	3,370	3.000,00 €	10.110,00 €

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 Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2014 (FPV 2014) vorgegeben.

3. 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).

4. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2014

Gem. § 17b Abs. 1 S. 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 krankenhausspezifische 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 krankenhausspezifischen 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 krankenhausspezifischen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2014 genannten Zusatzentgelte folgende Preise:

ZE2013-25	5-829.k	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantationen einer modularen Endoprothese oder (Teil-) Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation oder angeborener oder erworbener Deformität: Elle	1.500,00 €
ZE2013-25	5-829.m	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantationen einer modularen Endoprothese oder (Teil-) Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation oder angeborener oder erworbener Deformität: Elle	1.500,00 €
ZE2013-25	5-829.k	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantationen einer modularen Endoprothese oder (Teil-) Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation oder angeborener oder erworbener Deformität: Hüfte	1.500,00 €
ZE2013-25	5-829.m	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantationen einer modularen Endoprothese oder (Teil-) Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation oder angeborener oder erworbener Deformität: Hüfte	1.500,00 €

ZE2013-25	5-829.k	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantationen einer modularen Endoprothese oder (Teil-) Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation oder angeborener oder erworbener Deformität: Knie	1.700,00 €
ZE2013-25	5-829.m	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation von oder (Teil-) Wechsel in ein patientenindividuell angefertigtes Implantat bei knöcherner Defektsituation oder angeborener oder erworbener Deformität: Knie	1.700,00 €
ZE2013-25	5-829.k	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantationen einer modularen Endoprothese oder (Teil-) Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation oder angeborener oder erworbener Deformität: Schulter	986,49 €
ZE2013-25	5-829.m	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantationen einer modularen Endoprothese oder (Teil-) Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation oder angeborener oder erworbener Deformität: Schulter	986,49 €
ZE2013-54	5-429.j1	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt - Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, eine Prothese ohne Antirefluxventil	572,99 €
ZE2013-54	5-429.jc	Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, eine Prothese mit Antirefluxventil	765,59 €
ZE2013-54	5-469.k3	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt - Andere Operationen am Darm: Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese: Endoskopisch	645,21 €
ZE2013-54	5-489.g0	Andere Operation am Rektum: Einlegen oder Wechsel einer Prothese, endoskopisch: Selbstexpandierend	568,17 €
ZE2013-54	5-513.m0	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt - Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden ungecoverten Stents: Ein Stent	654,84 €
ZE2013-54	5-513.m1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden ungecoverten Stents: Zwei Stents	1.309,68 €
ZE2013-54	5-513.m2	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden ungecoverten Stents: Drei oder mehr Stents	1.964,52 €
ZE2013-54	5-513.n0	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt - Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden gecoverten Stent-Prothesen: Eine Stent-Prothese	669,29 €
ZE2013-54	5-513.n1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden gecoverten Stent-Prothesen: Zwei Stents	1.338,57 €
ZE2013-54	5-513.n2	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden gecoverten Stent-Prothesen: Drei oder mehr Stents	2.007,86 €
ZE2013-54	5-517.03	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt - Einlegen oder Wechseln von selbstexpandierenden Stents und Stent-Prothesen in die Gallengänge: Einlegen oder Wechsel eines selbstexpandierenden ungecoverten Stents: Perkutan-transhepatisch	654,84 €
ZE2013-54	5-517.13	Einlegen oder Wechseln von zwei selbstexpandierenden ungecoverten Stents und Stent-Prothesen in die Gallengänge: Perkutan-transhepatisch	1.309,68 €
ZE2013-54	5-517.43	Einlegen oder Wechseln von selbstexpandierenden Stents und Stent-Prothesen in die Gallengänge: Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden gecoverten Stent-Prothese: Perkutan-transhepatisch	669,29 €
ZE2013-54	5-517.4x	Einlegen oder Wechseln von selbstexpandierenden Stents und Stent-Prothesen in die Gallengänge: Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden gecoverten Stent-Prothese: Sonstige	669,29 €
ZE2013-54	5-517.53	Einlegen oder Wechseln von zwei selbstexpandierenden gecoverten Stents und Stent-Prothesen in die Gallengänge: Perkutan-transhepatisch	1.338,57 €
ZE2013-64	6-003.53	Gabe von Eptotermin alfa, Implantation am Knochen - Applikation von Medikamenten, Liste 3: Eptotermin alfa, Implantation am Knochen: 3,3 mg bis unter 6,6 mg	4.274,48 €
ZE2013-67	8-84a.04	Implantation einer Stent(graft)-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal - Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen gecoverten großlumigen Stents: Ein Stent: Aorta	614,00 €
ZE2013-96	6-002.4*	Gabe von Topotecan, parenteral: Applikation von Medikamenten, Liste 2: Topotecan 1mg, parenteral	5,93 €

5. 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 krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2014:

a.) Tagesbezogene Entgelte:

B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	350,00 € je Behandlungstag
E76A	Tuberkulose mind. 14 Belegungstage	300,00 € je Behandlungstag

b.) Fallbezogene Entgelte:

D23Z	Implantation eines Hörgerätes	13.856,60 € je Fall
------	-------------------------------	---------------------

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2014 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen 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 krankenhausindividuellen 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 der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag 450,00 € abzurechnen.

6. Zu- und Abschläge gem. § 7 Abs. 1 KHEntgG

Gemäß § 17 a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten. Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig: **93,71 €**

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

a) Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **45,00 €** pro Tag b)

b) Zuschlag für Zentren/Schwerpunkte:

Für die besonderen Aufgaben des Geriatrischen Zentrums und des Onkologischen Schwerpunkts für die stationäre Versorgung von Patienten nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG berechnet das Krankenhaus gemäß § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG einen Zuschlag in Höhe von **1,24 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen, der Zusatzentgelte und der sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG.

c) Versorgungszuschlag:

Versorgungszuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 1 KHEntgG in Höhe von **25,55 €** (entspricht 0,8%) je Bewertungsrelation auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen.

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

Für Maßnahmen der Qualitätssicherung wird gemäß § 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG ein Zuschlag nach Maßgabe der Vereinbarung zwischen der BWKG und den Verbänden der Krankenkassen im Land erhoben. Dieser beträgt gegenwärtig **1,85 €**

8. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall: **1,05 €**

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.m. § 139 c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall: **1,27 €**

9. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gem. § 115a SGB V

Gem. § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte:

	Vorstationäre Pauschale pro Fall	Nachstationäre Pauschale je Behandlungstag
• Augenklinik	68,51 €	38,86 €
• Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	100,72 €	17,90 €
• Klinik für Unfallchirurgie	82,32 €	21,47 €
• Frauenklinik	119,13 €	22,50 €
• HNO-Klinik	78,74 €	37,84 €
• Klinik für Innere Medizin	147,25 €	53,69 €
• Klinik für Anästhesie, Intensivtherapie und Rettungsmedizin	104,30 €	36,81 €
• Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie	99,19 €	47,55 €

Neben den oben genannten Pauschalen werden für Leistungen mit den medizinisch-technischen Großgeräten:

- Computer-Tomographie-Geräte (CT),
- Magnet-Resonanz-Geräte (MR),
- Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET),

gemäß § 3 des Vertrages nach § 115a SGB V nach Leistungsziffern des DKG-NT I differenzierte Pauschalen abgerechnet.

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.

10. 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. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus **50,00 €**.

11. Zuzahlungen gemäß § 39 SGB V

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,- € je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen eingezogen.

12. 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.

13. Beleghebammen

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 11 sind die Leistungen der Beleghebammen nicht abgegolten. Sie werden von der Beleghebamme gesondert berechnet.

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:

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 angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit das Krankenhaus selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.

Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung. Nach § 6a GOÄ erfolgt bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen/privatärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25 %; bei Leistungen und Zuschlägen von Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten um 15 %. Das Arzthonorar wird in der Regel gesondert von den jeweils liquidationsberechtigten Krankenhausärzten geltend gemacht, sofern nicht die Verwaltung des Klinikums oder eine externe Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt tätig wird.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom Chefarzt der jeweiligen Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtungen persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts (§ 4 Abs.2 Satz 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs.2 Satz 3 GOÄ/GOZ) erbracht.

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

b) Wahlleistung Unterkunft

		1-Bett-Zimmer	2-Bett-Zimmer
• Augenklinik	alle Zimmer	95,16 €	47,23 €
• Klinik für Allgemein-, Viszeral und Gefäßchirurgie	alle Zimmer	94,00 €	47,23 €
• Klinik für Unfallchirurgie	alle Zimmer	94,00 €	47,23 €
• Frauenklinik	alle Zimmer	94,00 €	47,23 €
• HNO-Klinik	alle Zimmer	95,16 €	47,23 €
• Klinik für Innere Medizin	alle Zimmer	65,02 €	21,06 €
• Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie	alle Zimmer	28,63 €	

Die Höhe der Wahlleistungsentgelte wurde auf Basis der gemeinsamen Empfehlung nach § 22 Abs. 1 BpflV und § 17 Abs. 1 KHEntgG zur Bemessung der Entgelte kalkuliert und mit dem PKV-Verband vereinbart.

Die Unterbringung im 1- und 2-Bettzimmer kann auch ohne die Wahlleistung „Chefarztbehandlung“ in Anspruch genommen werden.

- c) Benutzung eines Fernsprechapparates Grundgebühr **6,00 €** je Gebühreneinheit **0,10 €**
- d) Benutzung eines Fernsehapparates je Nutzungstag **2,50 €**
- e) Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson: **75,00 €** je Belegungstag.
(keine medizinische Notwendigkeit)

Inkrafttreten: Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 1. März 2014 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 1. Januar 2014 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter der stationären Patientenabrechnung unseres Krankenhauses 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.

Klinik für Rehabilitative Geriatrie

Chefärztin: Fr. Dr. B. Metz Telefon: 0721/889-3211 Telefax: 0721/889-3909

E-Mail: reha-geriatrie@diak-ka.de

Pflegesätze pro Tag:

Kostenträger: AOK und LKK
(Pflegesatz ab 01.01.2014)

Pflegesatz pro Tag	186,32 €	Pflegesatz pro Tag:	186,32 €
Wahlleistung Einbettzimmer:	<u>61,00 €</u> 247,32 €	Wahlleistung Komfortzimmer:	<u>41,00 €</u> 227,32 €

Kostenträger: Knappschaft
(Pflegesatz ab 01.03.2014)

Pflegesatz pro Tag	185,38 €	Pflegesatz pro Tag:	185,38 €
Wahlleistung Einbettzimmer:	<u>61,00 €</u> 246,38 €	Wahlleistung Komfortzimmer:	<u>41,00 €</u> 226,38 €

Kostenträger: vdek
(Pflegesatz ab 01.01.2014)

Pflegesatz pro Tag	185,38 €	Pflegesatz pro Tag:	185,38 €
Wahlleistung Einbettzimmer:	<u>61,00 €</u> 246,38 €	Wahlleistung Komfortzimmer:	<u>41,00 €</u> 226,38 €

Andere Kostenträger
(Pflegesatz ab 01.01.2014)

Pflegesatz pro Tag	186,32 €	Pflegesatz pro Tag:	186,32 €
Wahlleistung Einbettzimmer:	<u>61,00 €</u> 247,32 €	Wahlleistung Komfortzimmer:	<u>41,00 €</u> 227,32 €

In unserer Klinik für Rehabilitative Geriatrie sollen nach der Akutbehandlung diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei folgenden Krankheitsbildern durchgeführt werden:

- operativ versorgte Frakturen und Gelenkschäden (einschließlich Prothesentraining nach Amputationen)
- gefäßbedingte Gehirnfunktionsstörungen, insbesondere nach Schlaganfällen
- diabetische Spätschäden
- neurologische Erkrankungen

Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung ist die Rehabilitationsfähigkeit und die Rehabilitationswilligkeit der Patienten. Eine aktive Mitarbeit ist aber nur dann möglich wenn:

- die Herz-Kreislauf-Funktionen stabil sind
- Lähmungserscheinungen eine Rückbildungstendenz zeigen
- die Patienten ohne fremde Hilfe stehen können
- die Patienten orientierungsfähig sind.