

# DRG-Entgelttarif 2019 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Das Klinikum Ansbach, Krankenhaus Rothenburg  
und Krankenhaus Dinkelsbühl

des ANregiomed

berechnet ab dem 1. Februar 2019 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 13.300 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2019) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2019) 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 **3.533,70 Euro** 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	0,662	€ 3.000,00	€ 1.986,-
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse	3,214	€ 3.000,00	€ 9.642,-

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 2019 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der DRG-Entgeltkatalogverordnung 2019 (FPV 2019) 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 2019**

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 2019 (FPV 2019).

**3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV 2019**

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 2019 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2019 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2019 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 2019 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 2019 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2019 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:**

Abrechnungsschlüssel	ZE	Bezeichnung	OPS	Preis
76000010	ZE2019-01K	Beckenimplantate	5-785.2d oder 5-785.3d oder 5-785.4d oder 5-785.5d	1.230,00 €
7600001C	ZE2019-01G	Beckenimplantate	5-785.4d	12.313,65 €
76000040	ZE2019-04	Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich	OPS 5-020.65 oder 5-020.66 oder 5-020.67 oder 5-020.68 oder 5-020.6b oder 5-020.6c oder 5-020.6d oder 5-020.6e oder 5-020.71 oder 5-020.72 oder 5-020.74 oder 5-020.75 oder 5-774.71 oder 5-774.72 oder 5-775.71 oder 5-775.72	4.500,00 €
76000A57	ZE2019-13-1	Immunadsorption	8-821.10	11.946,00 €
76000A58	ZE2019-13-0	Immunadsorption	8-821.11	1.100,00 €
76000220	ZE2019-22	IABP	5-376.00 oder 8-839.0	811,00 €
76096921	ZE2019-25-K	Modulare Endoprothesen, Knie	5-829.k+5-82[2,3]**, 5-829.m+5-82[2,3]**	2.346,47 €
76096922	ZE2019-25-H	Modulare Endoprothesen, Hüfte	5-829.k+5-82[0,1]**, 5-829.m+5-82[0,1]**	1.550,00 €
76096923	ZE2019-25-S	Modulare Endoprothesen, Schulter	5-829.k+5-82[4,5]**, 5-829.m+5-82[4,5]**	1.500,00 €
76096218	ZE2019-46A-4	Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, vom Kaninchen parenteral, je applizierte volle 100 mg	8-812.3	476,00 €
7609054A	ZE2019-54A	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-429.j0	656,11 €
7609054B	ZE2019-54B	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-429.j1	656,11 €
7609054C	ZE2019-54C	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-429.j3	1.312,22 €
7609054D	ZE2019-54D	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-429.j4	1.312,22 €
7609054E	ZE2019-54E	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-429.j9	1.968,33 €
7609054F	ZE2019-54F	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-429.ja	1.968,33 €
7609054G	ZE2019-54G	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-449.h*	905,01 €
7609054H	ZE2019-54H	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-469.k*	933,00 €

7609054I	ZE2019-54I	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-489.g0	933,00 €
7609054U	ZE2019-54U	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-429.jb	900,00 €
7609054V	ZE2019-54V	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-429.jc	900,00 €
7609054W	ZE2019-54W	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-429.jd	1.800,00 €
7609054X	ZE2019-54X	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-429.je	1.800,00 €
7609054Y	ZE2019-54Y	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-429.jf	2.000,00 €
7609054Z	ZE2019-54Z	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-429.jg	2.000,00 €
7609954A	ZE2019-54AA	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-513.m*	750,00 €
7609954B	ZE2019-54BB	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-513.n*	767,22 €
76000D65	ZE2019-54CC	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-517.00	824,00 €
76096928	ZE2019-62	Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge bis 2,5 l	8-839.42	12.400,00 €
76096215	ZE2019-66	Enzymersatztherapie bei lysosomalen Speicherkrankheiten, Gabe von Myozyme, je applizierte volle 50 mg Ampulle	6-003.7	654,50 €
76096454	ZE2019-74	Gabe von Sunitinib, oral, 12,5 mg	6-003.a*	60,11 €
76096470	ZE2019-77	Gabe von Lenalidomid, oral, pro 25 mg	6-003.g*	317,91 €
76000D47	ZE2019-82-1	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD), mit Zusatzgeräten: Bis 24 Stunden	8-857.20	204,00 €
76000D48	ZE2019-82-2	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD), mit Zusatzgeräten: Mehr als 24 bis 72 Stunden	8-857.21	408,00 €
76000D49	ZE2019-82-3	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD), mit Zusatzgeräten: Mehr als 72 bis 144 Stunden	8-857.22	918,00 €
76000D50	ZE2019-82-4	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD), mit Zusatzgeräten: Mehr als 144 bis 264 Stunden	8-857.23	1.734,00 €
76000D51	ZE2019-82-5	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD), mit Zusatzgeräten: Mehr als 264 bis 432 Stunden	8-857.24	2.958,00 €
76000D52	ZE2019-82-6	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD), mit Zu-	8-857.26	4.386,00 €

		satzgeräten: Mehr als 432 bis 600 Stunden		
76000D53	ZE2019-82-7	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD), mit Zusatzgeräten: Mehr als 600 bis 960 Stunden	8-857.27	6.630,00 €
76000D54	ZE2019-82-8	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD), mit Zusatzgeräten: Mehr als 960 bis 1.320 Stunden	8-857.28	9.690,00 €
76000D55	ZE2019-82-9	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD), mit Zusatzgeräten: Mehr als 1.320 bis 1.680 Stunden	8-857.29	12.750,00 €
76000D56	ZE2019-82-10	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD), mit Zusatzgeräten: Mehr als 1.680 bis 2.040 Stunden	8-857.2a	15.810,00 €
76000D57	ZE2019-82-11	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD), mit Zusatzgeräten: Mehr als 2.040 bis 2.400 Stunden	8-857.2b	18.870,00 €
76000D58	ZE2019-82-12	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD), mit Zusatzgeräten: Mehr als 2.400 Stunden	8-857.2c	21.930,00 €
76091070	ZE2019-107	Medikamente-freisetzende bioresorbierbare Koronarstents	8-83d.0*	960,86 €
76091090	ZE2019-109	Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran	8-854.8	960,00 €
76097477	ZE2019-123-50	Gabe von Caspofungin, parenteral, je 50 mg	6-002.p*	34,50 €
76097512	ZE2019-123-70	Gabe von Caspofungin, parenteral, je 70 mg	6-002.p*	48,30 €
76097479	ZE2019-124	Gabe von Voriconazol, oral, je 200 mg Tablette	6-002.5*	1,70 €
76097480	ZE2019-125	Gabe von Voriconazol, parenteral, je 200 mg	6-002.r*	5,66 €
76097516	ZE2019-132	Gabe von Thiotepa, parenteral, je 100 mg Ampulle	6-007.n*	963,90 €
76097896	ZE2019-144	Gabe von Obinutuzumab, parenteral, je 1000 mg	6-007.j*	3.796,05 €
76097762	ZE2019-146	Gabe von Ramucirumab, parenteral, je 100 mg	6-007.m*	404,60 €
Beantragt	ZE2019-147	Gabe von Bortezomib, parenteral, je 3,5 mg	6-001.9*	1.387,66 €
76097764	ZE2019-151	Gabe von Rituximab, intravenös, je 100 mg	6-001.h*	390,23 €
76096025	ZE2019-56	Gabe von Bosentan, oral, Tablette zu 62,5 mg oder 125 mg	6-002.f*	35,83 €
76096664	ZE2019-84	Gabe von Ambrisentan, oral, je Tab-	6-004.2*	119,45 €

		lette		
76097294	ZE2019-105	Gabe von Posaconazol, oral, je 100 mg	6-007.1*	43,42 €
76097362	ZE2019-111	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral, je 100 mg	6-005.d*	387,65 €
76097385	ZE2019-112	Gabe von Abirateronacetat, oral, je 250 mg	6-006.2*	30,32 €
76097382	ZE2019-113	Gabe von Cabazitaxel, parenteral, je 60 mg	6-006.1*	3.570,00 €
76097543	ZE2019-120	Gabe von Pemetrexed, parenteral, je 100 mg	6-001.c*	363,00 €
76097525	ZE2019-129	Gabe von pegylierter Asparaginase, parenteral, je angef. 3750 IE	6-003.p*	2.199,12 €
76097805	ZE2019-142	Gabe von Aflibercept, intravenös, je 100 mg	6-007.3*	357,00 €

DRG individuell

Abrechnungsschlüssel	ZE	DRG Bezeichnung	Preis
8500B43Z	B43Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage	520,00 €
8500B49Z	B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson	379,67 €
8500B61B	B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	500,00 €
85000006	Tagesklinik Schmerztherapie	Tagesklinik Schmerztherapie	349,00 €

#### 4. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV 2019

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:

- keine vereinbart

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2019 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 2019 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 2019 für Leistungen nach Anlage 3a FPV 2019 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

## 5. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 3 KHEntgG

Für folgende Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2a KHEntgG folgende gesonderte Zusatzentgelte vereinbart:

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

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

Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig: **82,87 €**

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

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

Zuschlag nach § 5 KHEntgG für STENO **201,00 €**

Zuschlag Qualitätssicherung Schlaganfallbehandlung **3,10 €**

Hygienezuschlag nach § 4 Abs. 9 KHEntgG **0,04 %**

Pflegezuschlag nach § 8 Abs. 10 KHEntgG **22,20 €**

Zuschlag für die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden  
Fehlermeldesystem **0,20 €**

## 7. 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:

- entfällt –

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

- Externe Qualitätssicherung

**in Höhe von 1,06 €**

## 9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

**in Höhe von 1,59 €**

- 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

**in Höhe von 1,82 €<sup>1</sup>**

## 10. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gem. § 116a SGB V

Gem. § 116a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind:

### a. vorstationäre Behandlung

pauschal (siehe Beilage zum Entgelttarif)

### b. nachstationäre Behandlung

pro Behandlungstag – maximal 7 mal (siehe Beilage zum Entgelttarif)

### c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

(siehe Beilage zum Entgelttarif)

Gem. § 8 Abs. 2 S. 3 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 Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus 65,00 €.
3. Für die Ausstellung einer Aufenthaltsbescheinigung berechnet das Krankenhaus je Bescheinigung 3,00 Euro.



## 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,- 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 dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2019 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2019 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2019 zusammengefasst und abgerechnet.

## 14. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 - 12 sind nicht abgegolten:

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

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Hebamme / dem Entbindungspfleger gesondert berechnet.<sup>2</sup>

## 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 (§ 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 (§ 116 a 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 § 6 a 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 S. 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2 S. 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. 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.

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 der Reservierung / des Freihaltens, in welcher das Zimmer nicht anderweitig belegt wird, berechnet das Krankenhaus einen um 25 % geminderten Zimmerpreis.

**Kosten für Wahlleistung:** siehe Wahlleistungsvereinbarung

### **Inkrafttreten**

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01. Februar 2019 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 17.01.2019 aufgehoben.

Ansbach, den 28.01.2019



Heinrich Gerdes  
Kaufmännischer Direktor

#### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter unserer Krankenhäuser 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.

## Anmerkungen:

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.