

**DRG-Entgelttarif 2018 für Krankenhäuser im  
 Anwendungsbereich des KHEntgG  
 und  
 Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG**

1.	Fallpauschalen (DRGs) gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 1 KHEntgG	2
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 2018	2
3.	Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV 2018	3
4.	Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2018	3
5.	Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gemäß § 7 Abs. 1 Ziff. 3 KHEntgG	4
6.	Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 7 Abs. 1 Ziff. 6 KHEntgG	4
7.	Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115a SGB V	5
8.	Zu- und Abschläge gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 4 KHEntgG	5
9.	Qualitätssicherungszuschläge / Qualitätssicherungsabschläge nach § 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG	6
10.	Pflegezuschlag nach § 8 Abs. 10 KHEntgG	
11.	Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben	6
12.	Weitere Zu- und Abschläge	6
13.	Entgelte für sonstige Leistungen	6
14.	Zuzahlungen	6
15.	Wiederaufnahme und Rückverlegung	6
16.	Belegärzte, Beleghebammen, Entbindungspfleger	7
17.	Entgelte für ärztliche Wahlleistungen	7
18.	Gesonderte Unterbringung	8
19.	Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson	9
20.	Telefonkosten	9
21.	Inkrafttreten	9

Das Klinikum Starnberg der Kreiskrankenhaus Starnberg GmbH berechnet ab dem **01.05.2018** folgende Entgelte:

## 1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 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 2018**) und circa **30.000** Prozeduren (**OPS Version 2018**) 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 seit dem **01.03.2018** bei

**3.442,48 €**

und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel:

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
<b>B79Z</b>	<b>Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor</b>	<b>0,678</b>	<b>€ 3.442,48</b>	<b>€ 2.334,00</b>
<b>I04Z</b>	<b>Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodes</b>	<b>3,348</b>	<b>€ 3.442,48</b>	<b>€ 11.525,42</b>

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 **2018** werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung **2018** (FPV **2018**) vorgegeben.

## 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 2018

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 **2018** (FPV **2018**).

### 3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2018

Gem. § 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 2018 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2018 vorgegeben.

Daneben können für die Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2018 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 2018 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuell vereinbarten Zusatzentgelte abgerechnet werden können, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2017 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2017 keine krankenhausindividuelle 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 krankenhausindividuelle Zusatzentgelte vereinbart:

Nr.	Bezeichnung	Preis
ZE2017-03	ECMO und PECLA	5.000,00 €
ZE2017-22	IABP	811,00 €
ZE2017-25	Modulare Endoprothesen	2.125,00 €
ZE2017-54	Selbstexpandierende Prothese am Gastrointestinaltrakt	925,00 €
ZE2017-56	Gabe von Bosentan, oral (125 mg - Tablette)	0,45 € / mg
ZE2017-56	Gabe von Bosentan, oral (62,5 mg - Tablette)	0,91 € / mg
ZE2017-58	Gabe von Alpha-1-Proteinaseinhibitor human, parenteral	0,39 € / mg
ZE2017-60	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral, je Applikation von 1 Mio. IE	13,00 €
ZE2017-61	Neurostimulatoren zur Hirn- o. Rückenmarkstimulation o. zur Stimulation d. peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar	21.500,00 €
ZE2017-63	Gabe von Dibotermin alfa, Implantation am Knochen	292,54 € / mg
ZE2017-74	Gabe von Sunitinib, oral	4,93 € / mg
ZE2017-75	Gabe von Sorafenib, oral	0,21 € / mg
ZE2017-77	Gabe von Lenalidomid, oral, Schachtel 21x25 mg	14,61 € / mg
ZE2017-77	Gabe von Lenalidomid, oral, Schachtel 21x10 mg	31,65 € / mg
ZE2017-77	Gabe von Lenalidomid, oral, Schachtel 21x5 mg	59,98 € / mg
ZE2017-80	Gabe von Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral	3,75 € / mg
ZE2017-84	Gabe von Ambrisentan, oral	11,94 € / mg
ZE2017-85	Gabe von Temsirolimus, parenteral	36,73 € / mg
ZE2017-88	Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen	1.200,34 €
ZE2017-91	Gabe von Dasatinib, oral	1,81 € / mg
ZE2017-92	Gabe von Catumaxomab, parenteral	61,46 € / µg
ZE2017-93	Gabe von Eculizumab, parenteral	18,99 € / mg
ZE2017-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	tatsächliche Kosten
ZE2017-98	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	tatsächliche Kosten
ZE2017-100	Gabe von Ofatumumab, parenteral	3,10 € / mg
ZE2017-101	Gabe von Mifamurtid, parenteral	868,61 € / mg
ZE2017-102	Gabe von Decitabine, parenteral	28,90 € / mg
ZE2017-107	Medikamente-freisetzende bioresorbierbare Koronarstents	975,00 € / Stent

### 4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2018

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 krankenhausindividuellen Entgelte vereinbart:

Tagessatz für die Behandlung in der Tagesklinik	307,21 €
Tagessatz für die DRG B61B	391,00 €
Tagessatz für die DRG E76A	303,13 €
Tagessatz für Geschlechtsumwandelnde Operationen	612,00 €

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2017 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 600,00 € abzurechnen. Können für die Leistungen nach Anlage 3b FPV 2017 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 2017 für Leistungen nach Anlage 3a FPV 2017 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntG für jeden Belegungstag 450,00 € abzurechnen.

## 5. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 3 KHEntG

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

Keine

## 6. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 7 Abs. 1 Ziff. 6 KHEntG

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 KHEntG folgende zeitlich befristete fallbezogenen Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

Abirateronacetat	0,13 € / mg
Aflibercept, intravenös	3,69 € / mg
Alemtuzumab, bei Multipler Sklerose	857,16 € / mg
Antivirale HCV-Therapie, 490 mg Tablette	651,67 € / Tbl
Arsentrioxid	53,10 € / mg
Axitinib	17,40 € / mg
Belimumab	1,48 € / mg
Brentuximabvedotin	85,00 € / mg
Cabazitaxel	75,95 € / mg
Caspofungin	0,83 € / mg
Certolizumab	3,63 € / mg
Crizotinib	0,53 € / mg
Daratumumab	5,01 € / mg
Defibrotide	3,87 € / mg
Elbasvir-Grazoprevir, 150 mg Tablette	378,40 € / Tbl
Enzalutamid	0,78 € / mg
Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation, bei kardiologischer Ablation des Vorhofflimmerns (ausschließlich bei Fällen in der DRG F50A, die auch ohne Implantation eines Ereignisrekorders dort eingruppiert würden)	2.700,00 €
Eribulin	0,90 € / µg
Everolimus bei fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom	15,10 € / mg
Golimumab, 100 mg Fertigspritze	1.700 € / FS
Ipilimumab	93,50 € / mg
Imatinib, 100 mg Tablette	0,08 € / mg
Idarucizumab,	1.000 € / je 2,5 g oder 50 ml Infusionslösung
Lipegfilgrastrim	128,92 € / mg
MRD bei ALL	2.100,00 € / je Fall (Erstuntersuchung)
MRD bei ALL	350,00 € / je Fall (Folgeuntersuchung)
Nab-Pacitaxel	3,81 € / mg
Nilotinib	0,21 € / mg

Ombitasvir-Paritaprevir-Ritonavir, je 12,5/75/50 mg Tablette	278,97 € / Tbl
Pazopanib	0,18 € / mg
Pertuzumab	7,43 € / mg
Pembrolizumab	39,57 € / mg
Posaconazol, intravenös	1,50 € / mg
Riociguat	31,31 € / Tbl
Temozolomid	3,33 € / mg
Siltuximab	5,98 € / mg
Simeprevir	2,15 € / mg
Sofosbuvir	1,45 € / mg
Ustekinumab	4.865,32 € / FS
Vemurafenib	0,21 € / mg
Koronarstent, selbstexpandierend, medikamente-freisetzend, Nitinol-Bifurkationsstent,	730,00 € / Stent

Näheres zur Abrechnung regelt die Pflegesatzvereinbarung.

## 7. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 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:

### **vorstationäre Behandlung**

Chirurgie	100,72 €
Innere Medizin	147,25 €
Frauenklinik	119,13 €
Pädiatrie	94,08 €
Urologie	103,28 €
Kardiologie	156,97 €

### **nachstationäre Behandlung**

Chirurgie	17,90 €
Innere Medizin	53,69 €
Frauenklinik	22,50 €
Pädiatrie	37,84 €
Urologie	41,93 €
Kardiologie	61,36 €

## Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

### **a) Computer-Tomographie-Geräte (CT):**

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

### **b) Magnet-Resonanz-Geräte (MR):**

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

Gem. § 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.

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

- Gem. § 17a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationären Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten. Der **Ausbildungszuschlag** beträgt ab dem **01.01.2018 78,18 €**.

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

- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 11 KHEntgG (**Hygienezuschlag**) in Höhe von **0,22 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 Staz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 a KHEntgG.

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von **Begleitpersonen** in Höhe von **45,00 €** pro Tag. Die Höhe des Zuschlages von 45,00 € ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 S. 4 KHG geregelt. Dieser Zuschlag betrifft nur die Fälle der medizinisch notwendigen Aufnahme von Begleitpersonen und ist von der wahlweisen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson zu unterscheiden.

## **9. Qualitätssicherungszuschläge / Qualitätssicherungsabschläge nach § 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG**

Der Zuschlag für die externe Qualitätssicherung in Bayern beträgt für **2018 1,06 €**.

## **10. Pflegezuschlag nach § 8 Abs. 10 KHEntgG**

Nach § 8 Abs. 10 KHEntgG haben Krankenhäuser, die unter das KHEntgG fallen, zur Förderung der pflegerischen Versorgung für vollstationäre Aufnahmen ab 01.01.2017 einen Pflegezuschlag abzurechnen und gesondert in der Rechnung auszuweisen.

Der Zuschlag nach § 8 Abs. 10 KHEntgG beträgt seit dem **01.05.2018 15,58 €**.

## **11. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben**

Je voll- und teilstationärem Krankenhausfall werden folgende Zuschläge berechnet:

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG in Höhe von **1,31 €**.
- 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 in Höhe von **1,70 €**.

## **12. Weitere Zu- und Abschläge**

- Der Zuschlag Qualitätssicherung bei Schlaganfallbehandlung beträgt für **2018 3,10 €**.
- Der Zuschlag für die telemedizinische Versorgung von Schlaganfällen in krankenhauplanerisch abgestimmten Netzwerken in Bayern (NEVAS) beträgt **160,00 €**.

## **13. Entgelte für sonstige Leistungen**

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

Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus **45,00 €**.

Für die Stellung einer Sonderwache wird der tatsächliche Aufwand berechnet, der Stundensatz beträgt **25,00 €**.

## **14. Zuzahlungen**

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 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen eingezogen.

## 15. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2018 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2018 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2018 zusammengefasst und abgerechnet.

## 16. Belegärzte, Beleghebammen, Entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 -14 sind nicht abgegolten:

- die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in den Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.
- die Leistungen der Beleghebammen bzw. Entbindungspflegern.

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Beleghebammen bzw. dem Entbindungspfleger gesondert berechnet.

## 17. Entgelte für ärztliche Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntgG):

### Ärztliche Leistungen:

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „Ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtignte 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 (§ 115 a 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 § 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 nachfolgend aufgeführten 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) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ/GOZ) erbracht:

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Innere Medizin	Prof. Dr. med. Trenkwalder	Dr. med. Beer PD Dr. med. Klauser Prof. Dr. med. Krötz (Echokardiographie) Dr. med. Zwermann (Echokardiographie) Dr. med. Schweiger (Palliativmedizin) Dr. med. Andreas Rüchardt (Pneumologie)
Kardiologie	Prof. Dr. med. Trenkwalder Prof. Dr. med. Beuckelmann (Allgemeine Kardiologie) Prof. Dr. med. Krötz (Invasive Kardiologie)	Prof. Dr. med. Trenkwalder Dr. med. Zwermann Dr. med. Zechmeister Dr. med. Pohl
Nephrologie	Prof. Dr. med. Schobel	Prof. Dr. med. Trenkwalder
Gastroenterologie	PD Dr. med. Klauser	Prof. Dr. med. Trenkwalder

Chirurgie	Prof. Dr. med. Trupka	Dr. med. Wurzbacher (Endokrine Chirurgie) Dr. med. Bonk (Unfallchirurgie) Dr. med. Harrer (Viszeralchirurgie)
Unfallchirurgie / Orthopädie	Dr. med. Bonk PD. Dr. med. Pfahler	Dr. med. Zuckschwerdt Dr. med. Vill Dr. med. Weinhart Dr. med. Neitzel
Spezielle orthopädische Chirurgie	Dr. med. Schmid Dr. med. Sukopp	Dr. med. Sukopp Dr. med. Schmid
Viszeralchirurgie	Dr. med. Harrer	Dr. med. Frickhöffer Dr. med. Fischer PD. Dr. med. Conze (Hernienchirurgie)
Frauenklinik	Prof. Dr. med. C. Anthuber	Dr. med. Siering Dr. med. S. Anthuber Dr. med. Pollak Dr. med. Bastug Dr. med. Kersek Dr. med. Reif Dr. med. Stanescu Dr. med. Schmidt Dr. med. Heid
Pädiatrie	Prof. Dr. med. Lang	Dr. med. Tratzmüller Dr. med. Mair (Neonatologie) Dr. med. Schlicht (Gastroenterologie) Dr. med. Gundel (Kinderkardiologie)
Urologie	Dr. med. Weizert Dr. med. Dudek	Dr. med. Dudek Dr. med. Weizert Dr. med. Praetorius (Operative Urologie) Dr. med. Höppner
Anästhesie	Dr. med. Wießler	Dipl.-Med. Lorenz Dr. med. Wiede (Intensivmedizin) Dr. med. Kynast (Schmerztherapie) Dr. med. Eder (Orthopädie/Unfallchirurgie) Dr. med. Koeniger (Endokrine Chirurgie) Dr. med. Puchner (Viszeralchirurgie) Dr. med. Böhm (Plastische Chirurgie) Dr. med. von Redwitz (Gynäkologie/Geburtshilfe) Dr. med. Kirchner (Pädiatrie) Dr. med. Thoene (Urologie) Dr. med. Ohlendorf Dr. med. Ripperger Dr. med. Jurgan

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

## 18. Gesonderte Unterbringung

Die Gesamtkosten der 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 nur berücksichtigt, wenn er gleichzeitig auch Aufnahmetag ist.

- Der Preis pro Berechnungstag in einem Einbettzimmer im Klinikum beträgt ab dem 01.01.2018 101,77 €.
- Der Preis pro Berechnungstag in einem Zweibettzimmer im Klinikum beträgt ab dem 01.01.2018 61,54 €.
- Der Preis pro Berechnungstag in einem Einbettzimmer der Residence beträgt ab dem 01.01.2018 151,05 €.
- Der Preis pro Berechnungstag in einem Zweibettzimmer der Residence beträgt ab dem 01.01.2018 79,27 €.

## 19. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson

- Der Preis pro Berechnungstag beträgt im Klinikum **82,00 €** inkl. MwSt. (**65,60 €** Beherbergung, **16,40 €** Verpflegung).
- Der Preis pro Berechnungstag beträgt im Gästehaus Residence **120,00 €** inkl. MwSt. (**112,50 €** Beherbergung, **7,50 €** Frühstück).

## 20. Telefonkosten

Für die Nutzung des Telefons wird im Krankenhaus eine tägliche Grundgebühr von **1,50 €** sowie **0,10 €** je Einheit erhoben.

Für die Telefonnutzung in der Residence werden nur **0,20 €** je Einheit berechnet.

Der Zugang zum WLAN-Netzwerk kostet pauschal pro Aufenthalt **10,00 €**.

## 21. Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **01.05.2018** in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif vom **01.02.2017** aufgehoben.

---

Geschäftsführer

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch Fragen haben, stehen Ihnen unsere Mitarbeiter gerne zur Verfügung:

[Frau Heinevetter Tel. 08151/18-2634](#) oder [Frau Schmid Tel. 08151/18-2633](#)

Gleichzeitig können Sie in der Patientenaufnahme 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.