



# DRG-Entgelttarif 2022 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und Unterbringung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Die Clinic Dr. Decker GmbH berechnet ab dem 01.11.2022 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 13.000 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 €	1.995,00 €
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse	3,206	3.800 €	12.182,80 €

Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorher-sagen. 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) gem. § 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 Zusatzentgeltkatalogen 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) gemäß § 17b Abs. 1 S. 7 KHG 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 DRG-EKV 2022 vorgegeben.

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

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

### **ZE2022-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren - Kostenerstattung**

### **ZE2022-137 Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII – Kostenerstattung**

### **ZE2022-138 Gabe von Fibrinogenkonzentrat – Kostenerstattung**

### **ZE2022-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren - Kostenerstattung**

**ZE2022-25 Modulare Endoprothesen Hüfte; OPS 5-829.k oder 5-829.m 1.658,00 €/Stück**

**ZE2022-25 Modulare Endoprothesen Knie; OPS 5-829.k oder 5-829.m 2.500,00 €/Stück**

**ZE2022-25 Modulare Endoprothesen Schulter; OPS 5-829.k oder 5-829.m 1.843,00 €/Stück**

**ZE2022-61 Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation Oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar; OPS 5-039.e2 25.000,00 €/Stück**

**ZE2022-61 Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation Oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar; OPS 5-039.f2 22.600,00 €/Stück**

**ZE2022-61 Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation Oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar; OPS 5-059.cc 23.000,00 €/Stück**

**ZE2022-61 Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation Oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar; OPS 5-039.n2 24.000,00 €/Stück**

**ZE2022-72 Distractionsmarknagel, motorisiert; OPS 5-786.j1 oder 5-78a.j1 14.400,00 €/Stück**

#### 4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2022

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2022 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausespezifische Entgelte vereinbart:

./.

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** DRG-EKV 2022 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausespezifischen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **600,00 €** abzurechnen. Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2022 für Leistungen nach **Anlage 3a** DRG-EKV 2022 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

#### 5. 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 folgende Zusatzentgelte ab:

- Testungen durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV2 mittels PCR, PoC-PCR bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.07.2022: **€ 37,80**
- Testungen mittels laborbasiertem Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 15.10.2020: **€ 19,00**
- Testungen für Point-of-Care (PoC) Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2021: **€ 11,50**

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

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

Der Ausbildungszuschlag beträgt: **€ 51,50 je Fall**

Gem. § 33 Abs. 3 S. 1 PflBG (Pflegeberufegesetz) berechnet das Krankenhaus für die Einführung der generalistischen Pflegeausbildung nach dem PflBG ein unabhängiger Ausbildungszuschlag.

Der Ausbildungszuschlag beträgt: **€ 141,67 je Fall**

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

- Zuschlag für die Aufnahme von Begleitpersonen gem. § 17b Abs. 1 KHG (aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme) (1) **€ 45,00 pro Tag**
- Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG je vollstationärem Fall. **€ 60,00 je Fall**
- Zuschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG in Höhe von **21,48 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.
- Zuschlag für coronabedingte Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 1 bis 3c, 3i KHEntgG und § 21 Abs. 10 f. KHG sowie § 5 KHWiSichV in Höhe von **30,45 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte § 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.
- Vergütungsabschlag gemäß § 4 Abs. 1 PpUG-Sanktions-Vereinbarung in Höhe von **-0,56 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte § 7 Abs. 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 KHEntgG (Anlage 2 bzw. 5 FPV).
- Zuschlag für Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG in Höhe von **0,14 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschale und die Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2a KHEntgG.

- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG in Höhe von **0,24 %** 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 (Hygiene-Förderprogramm)

## 7. Qualitätssicherungs- und abschläge nach § 17b Abs. 1a Nr.4 KHG

Zuschlag:

**€ 0,81 je Fall**

## 8. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 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 gemäß § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

- Einlage beschichteter (gecoverter) Stent mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, kleiner gleich 5 cm ; OPS 5-38a.40 oder 8-842.\*2 oder 8-842.\*3 oder 8-842.\*a oder 8-842.\*c oder 8-842.\*q oder 8-842.\*r oder 8-842.\*s oder 8-842.\*t in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 **€ 1.813,29**
- Einlage beschichteter (gecoverter) Stent mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, 10 cm bis unter 15 cm ; OPS 5-38a.40 oder 8-842.\*2 oder 8-842.\*3 oder 8-842.\*a oder 8-842.\*c oder 8-842.\*q oder 8-842.\*r oder 8-842.\*s oder 8-842.\*t in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 **€ 2.232,73**
- Einlage beschichteter (gecoverter) Stent mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, 15 cm bis unter 25 cm ; OPS 5-38a.40 oder 8-842.\*2 oder 8-842.\*3 oder 8-842.\*a oder 8-842.\*c oder 8-842.\*q oder 8-842.\*r oder 8-842.\*s oder 8-842.\*t in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 **€ 2.604,87**
- Einlage beschichteter (gecoverter) Stent mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, 25 cm und mehr ; OPS 5-38a.40 oder 8-842.\*2 oder 8-842.\*3 oder 8-842.\*a oder 8-842.\*c oder 8-842.\*q oder 8-842.\*r oder 8-842.\*s oder 8-842.\*t in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 **€ 3.689,93**
- Extrakorporales Neurostimulationssystem für das periphere Nervensystem **€ 7.800,00**

## 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 Pflegepersonal-kosten, die dem Krankenhaus entstehen. Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt nach § 6a Abs. 4 KHEntgG über einen krankenhausindividuellen 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:

- 01.11.2022 bis 31.12.2022 Berechnungsmultiplikator: **€ 469,63 je Fall**

## 10. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall: **€ 1,26 je Fall**

Zuschlag für die Finanzierung des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a i.V.m. § 139c SGB V und 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 für jeden abzurechnenden vollstationären Krankenhausfall (2): **€ 2,67 je Fall**

## 11. Telematikzuschlag nach § 377 Abs. 1 SGB V

Zuschlag zum Ausgleich der den Krankenhäusern entstehenden Kosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattung in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie der Betriebskosten des laufenden Betriebs der Telematikinfrastruktur (Telematikzuschlag) nach § 377 Abs. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von:

**€ 202,68 je Fall**

## 12. 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: **€ 147,25**
- Allgemeine Chirurgie: **€ 100,72**

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

## 13. Zuschläge und Entgelte für sonstige Leistungen

Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung: **€ 75,00**

Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung: Die Höhe des Entgeltes berechnet sich nach dem tatsächlichen Aufwand der Klinik

## 14. Zuzahlungen

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

## 15. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe 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.

## 16. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 11 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.

## 17. Kosmetischen Leistungen / Medizinische Wahlleistungen

**Vorauszahlung für kosmetische Leistungen: € 430,00 zzgl. 19 % MwSt. \***

\*Wird bei der Aufnahme erhoben und mit der Rechnung verrechnet. Übersteigende Beträge werden nach Rechnungsstellung zurückerstattet.

### a) OP-Pauschalen für kosmetische Leistungen

werden bei kosmetischen Eingriffen, die nicht von einer Krankenkasse oder einem sonstigen Sozialleistungsträger übernommen werden, für die Kosten der Operation mit Ausnahme teurer Sachleistungen, ärztlicher Leistungen und Wahlleistungen berechnet.

**OP-Pauschale je Eingriff: € 250,00 zzgl. 19 % MwSt.**

### b) Tagespauschalen für kosmetische Leistungen bzw. für postoperative Leistungen nach ambulanter kosmetischer Operation

werden bei kosmetischen Leistungen, die nicht von einer Krankenkasse oder einem sonstigen Sozialleistungsträger übernommen werden, für die Kosten des stationären Aufenthaltes mit Ausnahme teurer Sachleistungen, ärztlicher Leistungen und ärztlicher und medizinischer Wahlleistungen berechnet.

**Tagespauschale für den stationären Aufenthalt:**

<b>Pro Tag im Mehrbettzimmer:</b>	<b>€ 180,00</b>	<b>zzgl. 19 % MwSt.</b>
<b>Pro Tag im Zweibettzimmer:</b>	<b>€ 280,00</b>	<b>zzgl. 19 % MwSt.</b>
<b>Pro Tag im Einbettzimmer:</b>	<b>€ 380,00</b>	<b>zzgl. 19 % MwSt.</b>

**c) Hotelleistungen für medizinisch nicht erforderliche Belegungstage:**

<b>1-Bett-Zimmer:</b>	<b>€ 162,30*</b>
<b>2-Bett-Zimmer:</b>	<b>€ 130,20*</b>
<b>Mehrbett-Zimmer</b>	<b>€ 76,70*</b>

**\*(darin enthalten 7 % MwSt. für Unterkunft und 19 % MwSt. für Verpflegung)**

## **18. Entgelte für Wahlleistungen**

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet. Wahlleistungen (§ 17 KHEntgG) gehören nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen und werden auf Wunsch des Patienten erbracht und zusätzlich berechnet. Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung und der Patienteninformation über die wahlärztlichen Leistungen entnehmen.

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.

Bei der Wahlleistung Telefon wird auch der Entlassungs- oder Verlegungstag berechnet.

### **a) Ärztliche Leistungen**

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigten 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 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 in der Wahlleistungsvereinbarung benannten 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) Unterbringung im Einbettzimmer**

<b>i. mit WC</b>	<b>€ 98,64</b>
<b>ii. mit Dusche/WC</b>	<b>€ 99,42</b>

### **c) Unterbringung im Zweibettzimmer**

<b>i. mit WC, Dusche bzw. Badewanne</b>	<b>€ 55,62</b>
---	----------------

### **d) Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson**

**€ 82,05 (darin enthalten 7 % MwSt. für Unterkunft und 19 % MwSt. für Verpflegung)**

### **e) Gestellung einer Sonderwache**

**Erstattung des tatsächlichen Aufwandes**

### **f) Telefon**

**tägliche Nutzungsgebühr (entfällt bei Inanspruchnahme Wahlleistung Ein- oder Zweibettzimmer)  
Gebühr je Einheit**

<b>€ 1,50 inkl. 19% MwSt.</b>
<b>€ 0,20 inkl. 19% MwSt.</b>

### **g) Zimmersafe**

**Nutzungsgebühr, Kautions für den Schlüssel € 10,00**

## 18. Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.11.2022 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif vom 01.01.2022 aufgehoben.

*Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,*

*sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen unsere Mitarbeiter am Empfang, bzw. die Abteilung stationäre Abrechnung gerne zur Verfügung. Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie den 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.*

*Ihre Klinikleitung*

### **Anmerkungen:**

- (1) 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 im Übrigen nur die Fälle der medizinisch notwendigen Aufnahme von Begleitpersonen und ist von der wahlweisen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson zu unterscheiden.
- (2) Die Zuschläge für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V, des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V werden gemeinsam erhoben und als ein gemeinsamer Zuschlag in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen.
- (3) Nach § 121 Abs. 5 SGB V i.V.m. § 18 Abs. 3 KHEntG 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.