



# Zollernalb Klinikum gGmbH

Akademisches Lehrkrankenhaus  
der Universität Tübingen

## DRG-Entgelttarif für die Zollernalb Klinikum gGmbH Betriebsstätten Balingen und Albstadt und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

**gültig ab 01. Januar 2016**

Die Zollernalb Klinikum gGmbH berechnet ab dem 01.01.2016 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 bzw. Prozeduren stehen Kataloge mit circa 13.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2016) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2016) zur Verfügung. Neben den bisher genannten können auch andere Faktoren wie z.B. das Alter oder die Entlassungsart Auswirkungen 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 Basisfall liegt bei **3.226,64 €** 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	0,677	€ 3.000,00	€ 2.031,00
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesese	3,544	€ 3.000,00	€ 10.632,00

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 bzw. therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Für das Jahr 2016 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2016 (FPV 2016) 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 2016

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 2016 (FPV 2016).

## 3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2016

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 2016 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2016 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2016 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 2016 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 2016 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2016 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

ZE 2015 - 03B	3.931,60 €	ZE 2015 - 54G	414,20 €
ZE 2015 - 25	1.500,00 €	ZE 2015 - 54H	424,68 €
ZE 2015 - 53H	11.970,69 €	ZE 2015 - 54M	466,63 €
ZE 2015 - 53I	13.522,69 €	ZE 2015 - 54I	933,25 €
ZE 2015 - 54B	414,20 €	ZE 2015 - 54L	618,67 €
ZE 2015 - 54D	828,30 €	ZE 2015 - 549	695,39 €
ZE 2015 - 54V	660,62 €	ZE 2015 - 54Q	700,42 €
ZE 2015 - 54H4	414,20 €	ZE 2015 - 54P	700,42 €
ZE 2015 - 54S	414,20 €	ZE 2015 - 98J	309,19 €

#### 4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2016

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 krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart:

B61B	Akute Erkrankungen und Verletzungen am Rückenmark tagesbezogen ein Entgelt von	<b>358,86 €</b>
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage tagesbezogen ein Entgelt von	<b>307,59 €</b>

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2016 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 2016 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 2016 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2016 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:

Leistung	- keine -
Zusatzentgelt	- keine -

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

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

Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig: **98,38 €**

Ferner berechnet das Krankenhaus gem. § 17b 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<sup>1</sup>
- Zuschlag für geriatrischen Schwerpunkt **0,39 %**

- Abschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG

entfällt

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

- Abschlag für Mehrleistungen gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG

entfällt

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen.

- Vorsorgungszuschlag nach § 8 Abs. 10 Satz 1 KHEntgG bei Patientinnen oder Patienten, die zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden

in Höhe von **0,8 %**

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen.

## **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**

Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 5 KHG

in Höhe von **1,20 €**

Qualitätssicherungszuschläge nach § 8 Abs. 4 KHEntgG

- keine -

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

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

in Höhe von **1,15 €<sup>2</sup>**

- Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139 c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall

in Höhe von **1,63 €<sup>3</sup>**

## 10. Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a S. 1 SGB V

- Zuschlag für die Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der elektronischen Gesundheitskarte (Telematikzuschlag) nach § 291a Abs. 7a S. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

- entfällt -

## 11. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gem. § 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:

### a) vorstationäre Behandlung

Innere Medizin	147,25 €
Chirurgie	100,72 €
Frauenheilkunde	119,13 €

### b) nachstationäre Behandlung

Innere Medizin	53,69 €
Chirurgie	17,90 €
Frauenheilkunde	22,50 €

### c) Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

- Computer-Tomographie-Geräte (CT):

CT-Kopf	81,81 €	CT-Aorta	81,81 €
CT-Hals / Thorax	94,08 €	Ergänzendes CT	20,45 €
CT-Abdomen	106,35 €	CT-Analyse (Zuschlag)	32,72 €
CT-Skelett	77,72 €	Mineralgehalt	12,27 €
CT-Zw.Wirbelräume	77,72 €		

- Magnet-Resonanz-Geräte (MR):

MRT-Kopf	179,97 €	MRT-Extremitäten	163,61 €
MRT-Wirbelsäule	171,76 €	MRT ergänzende Serien	40,90 €
MRT-Thorax	175,88 €	MRT Spulen/Positionswechsel	40,90 €
MRT-Abdomen	179,97 €	MRT-Analyse (Zuschlag)	32,72 €
MRT-Mamma	163,61 €	MRT Höchstwert	245,42 €
MRT-Gelenke	98,17 €		

- Linksherzkatheter-Messplätze (LHM): - keine -
- Hochvolttherapie-Geräte: - keine -
- Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET): - keine -

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.

## 12. 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 **56,00€**.
3. Das Zollernalb Klinikum berechnet für die Bereitstellung eines Telefonapparates in Kombination mit einem Fernsehgerät eine Miete in Höhe von **3,90 €/Tag** sowie **2,00 €/Tag** für die Internetnutzung. Telefongespräche in das Deutsche Festnetz und in alle deutschen Mobilfunknetze sind unbegrenzt möglich. Zum Fernsehgerät kann ein Kopfhörer für den Betrag von 2,00 € erworben werden.

### a) Vorgehensweise Standort Albstadt

Eine entsprechende Chipkarte ist an der Pforte erhältlich und muss am Automaten im Erdgeschoss mit einem Mindestbetrag von 20,00 € aufgeladen werden. In diesem Mindestbetrag sind 10,00 € Pfand enthalten. Im Wahlleistungsbereich wird für die Bereitstellung eines Telefonapparates eine Miete in Höhe von **2,50 €/Tag** berechnet. Restguthaben und Pfand werden am Automaten erstattet.

### b) Vorgehensweise Standort Balingen

Eine entsprechende Chipkarte ist am Automaten im Erdgeschoss erhältlich und muss mit einem Mindestbetrag von 20,00 € aufgeladen werden. In diesem Mindestbetrag sind 10,00 € Pfand enthalten. Im Wahlleistungsbereich erfolgt die Bereitstellung von Telefon und Fernsehgerät **kostenlos**, durch Freischaltung der erworbenen Karte. Guthaben und Pfand werden am Automaten vollständig erstattet.

4. Für die Möglichkeit einer Übernachtung inklusive Verpflegung nach einem Eingriff im Rahmen der ambulanten Operationen wird als Kostenerstattung **84,05 €** inkl. 7% MwSt. je Übernachtung erhoben.
  - Die Unterbringung nach einer ambulanten Operation wird in der Regel **nicht** durch die Kostenträger übernommen. Ausschlaggebend ist weiterhin, dass die Unterbringung dem Grunde nach **nicht medizinisch indiziert** sein darf. Sollte eine medizinische Notwendigkeit zum Aufenthalt bestehen oder erforderlich werden, handelt es sich um eine stationäre Behandlung.
  - Die Patienten haben daher Anspruch auf Unterbringung **in einem Zweibettzimmer** und erhalten das jeweilige Mahlzeitangebot der Wahlleistungspatienten.
  - **Die Unterbringung im Einbettzimmer ist ausgeschlossen.**
5. Für die Möglichkeit einer **Anschlusspflege** nach Entlassung aus medizinisch notwendiger stationärer Behandlung wird als Kostenerstattung **242,80 €** pro Tag erhoben. Die Leistungserbringung richtet sich ausschließlich nach den Belegungsmöglichkeiten des Krankenhauses und ist mit dem Chefarzt der Abteilung sowie der Pflegedienstleitung abzustimmen.

6. Gebühr für medizinische Bescheinigung

**7,30 €** oder **9,00 €**/per Post

7. Fötensarg

**28,60 €**

8. Für nicht medizinisch indizierte Leistungen im Zusammenhang mit einem stationären Aufenthalt berechnet das Krankenhaus entsprechend folgendem Preisverzeichnis:

DRG für nicht medizinisch indizierte Leistungen	Geplanter Aufenthalt/ Übernachtungen	Zwischen-summe	MwSt. (Mehrwert-steuersatz 19%)	Rech-nungs-betrag	Leistungen ICD	Leistungen ICPM
D37B: Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre, ohne Septorhinoplastik mit Rippenknorpeltransplantation oder bei Spaltnase	1 Tag Kurzlieger	1.808,30 €	343,58 €	<b>2.151,88 €</b>	Q67.4 J34.2 M95.0	5-218.20
J10B: Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma außer bei bösartiger Neubildung	1 Tag Kurzlieger	1.254,26 €	238,31 €	<b>1.492,57 €</b>	N64.8 Q82.8	5-911.0a 5-911.1b 5-911.04 5-911.05
	1 Tag Normallieger	1.504,28 €	285,81 €	<b>1.790,09 €</b>	Q82.8	5-911.0b 5-911.2b
	2 Tage Normallieger	1.746,37 €	331,81 €	<b>2.078,18 €</b>		
	3 Tage Normallieger	1.988,44 €	377,80 €	<b>2.366,24 €</b>		
	2 Tage Normallieger	1.746,37 €	331,81 €	<b>2.078,18 €</b>	L57.4	5-910 5-890.14
J11B: Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne bestimmten Eingriff bei komplizierender Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, mit mäßig komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose	1 Tag Kurzlieger	1.244,95 €	236,54 €	<b>1.481,49 €</b>	Q82.8	5-911.00
J24A: Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, mit Prothesenimplantation	1 Tag Kurzlieger	2.437,50 €	463,13 €	<b>2.900,63€</b>	Q83.88	5-883.10:B 5-883.20:B 5-883.00
	Verlängerung einer vorherigen DRG – OP bis eine Stunde	898,86 €	170,78 €	<b>1.069,64 €</b>		
	Verlängerung einer vorherigen DRG – OP über eine Stunde	1.797,91 €	341,56 €	<b>2.139,27 €</b>		
J24B: Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, ohne Prothesenimplantation	1 Tag Normallieger	2.758,92 €	524,19 €	<b>3.283,11 €</b>	N62	5-884.2
	2 Tage Normallieger	3.008,57 €	571,63 €	<b>3.580,20 €</b>		
	3 Tage Normallieger	3.258,23€	619,06 €	<b>3.877,29 €</b>		

J24C: Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, mit komplexem Eingriff	1 Tag Kurzlieger	1.591,51 €	302,39 €	<b>1.893,90 €</b>	N64.8	5-886.21
K07Z: Andere Eingriffe bei Adipositas	1 Tag Normallieger	3.244,68 €	616,49 €	<b>3.861,17 €</b>	E65	5-911.0b 5-911.2b
	2 Tage Normallieger	3.487,07 €	662,54 €	<b>4.149,61 €</b>		
	3 Tage Normallieger	3.729,46 €	708,60 €	<b>4.438,06 €</b>		
K09C: Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexen Eingriff	1 Tag Normallieger	2.261,44€	429,67 €	<b>2691,11 €</b>	E65	5-911.1b

### 13. Zuzahlungen

#### Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein (§ 39 Abs. 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit **10,00 €** je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

### 14. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2016 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2016 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2016 zusammengefasst und abgerechnet.

### 15. 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.<sup>4</sup>

### 16. 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 (§ 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 § 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 Einrichtung 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.

<b>Fachabteilung</b>	<b>Wahlarzt</b>	<b>Ständiger ärztlicher Vertreter</b>
Chirurgie/Gefäßchirurgie Betriebsstätte Albstadt	CA Dr. Markert	OA Dr. Honervogt für Gefäßschir.  OA Mohr für Proktologie
Chirurgie/Unfallchirurgie Betriebsstätte Balingen	CA Dr. Friz	OA Dr. Tibba
Innere/Kardiologie Betriebsstätte Albstadt	CÄ Dr. Bienstein	OA Dr. Renner  OÄ Dr. Momper für kardiologischen Schwerpunkt
Innere/Gastroenterologie Betriebsstätte Balingen	CA PD Dr. Dr. Biecker	OA Dr. Scharf
Frauenheilkunde Betriebsstätte Balingen	CÄ Dr. Klenske	OA Moser
Anästhesie und Chir. Intensiv Betriebsstätte Albstadt	CA Dr. Hauff	OA Dr. Welte
Anästhesie und Chir. Intensiv Betriebsstätte Balingen	CA Dr. Hauff	OA Dr. Wehrle

Zentralradiologie	CA Prof. Dr. Bitzer	OA Dr. Eier
Onkologischer Schwerpunkt	Dr. Whitlock	
Neurologie	Hr. Pluto	
HNO-Belegabteilung Betriebsstätte Balingen	Dr. Wallmeier, Herr Dr. Chalkiadakis, Herr. Dr. Saul	
MKG-Belegabteilung Betriebsstätte Balingen	PD Dr. Dr. Eichhorn, PD Dr. Dr. Farsad	
Augen-Belegabteilung Betriebsstätte Albstadt	Dr. Wagner	

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.

### **Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:**

<b>Fachabteilung</b>	<b>Komfortmerkmale:</b>	<b>Preis pro Berechnungstag</b>
Innere Medizin Betriebsstätte Albstadt	Wahlverpflegung, Dusch- und Waschset, besondere Größe und Lage des Zimmers, kostenlose TV- Nutzung, täglicher Hand- und Badetuchwechsel, kostenlose Tageszeitungen	85,59 €
Allgemeine Chirurgie Betriebsstätte Albstadt	Wahlverpflegung, Dusch- und Waschset, besondere Größe und Lage des Zimmers, kostenlose TV- Nutzung, täglicher Hand- und Badetuchwechsel, kostenlose Tageszeitungen	89,93 €
Familienzimmer Betriebsstätte Balingen		71,37 €

Abteilung: 1, 2, 5 Betriebsstätte Balingen außer Komfortstation ab 01.01.2016	Wahlverpflegung, Dusch- und Waschset, kostenlose TV- und Telefon- nutzung, täglicher Hand- und Bade- tuchwechsel, kostenlose Tageszeitungen	55,60 €
Komfortstation (Station 4)	Wahlverpflegung, Dusch- und Waschset, kostenlose TV- und Telefon- nutzung, täglicher Hand- und Bade- tuchwechsel, Bademantel kostenlose Tageszeitungen	78,06 €

**Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:**

<b>Fachabteilung</b>	<b>Komfortmerkmale:</b>	<b>Preis pro Berechnungstag</b>
Innere Medizin Betriebsstätte Albstadt	Wahlverpflegung, Dusch- und Waschset, besondere Lage des Zim- mers, kostenlose TV- Nutzung, täglicher Hand- und Badetuchwechsel, kostenlose Tageszeitungen	43,47 €
Allgemeine Chirurgie Betriebsstätte Albstadt	Wahlverpflegung, Dusch- und Waschset, besondere Lage des Zim- mers, kostenlose TV- Nutzung, täglicher Hand- und Badetuchwechsel, kostenlose Tageszeitungen	45,63 €
Abteilung: 1, 2, 5 Betriebsstätte Balingen Ab 01.11.2015	Wahlverpflegung, Dusch- und Waschset, kostenlose TV- und Telefon- nutzung, täglicher Hand- und Bade- tuchwechsel, kostenlose Tageszeitungen	25,53 €
Komfortstation (Station 4)	Wahlverpflegung, Dusch- und Waschset, kostenlose TV- und Telefon- nutzung, täglicher Hand- und Bade- tuchwechsel, Bademantel kostenlose Tageszeitungen	42,88 €

Wir möchten darauf hinweisen, dass die Kostenübernahme für Komfortzimmer mit dem Verband privater Krankenkassen (PKV) abgeklärt ist. Sofern eine Kostenübernahme durch öffentliche Versorgungsträger nach Heilfürsorgeverordnung (z.B. LBV, Kommunalen Versorgungsverband, usw.) nicht erfolgt, ist der übersteigende Anteil durch den Patienten zu erstatten.

**c. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson:** 48,15 €/pro Berechnungstag  
nicht medizinisch indiziert inkl. 7% MwSt.

## **Inkrafttreten**

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2016 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.11.2015 aufgehoben.

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

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen der Patientenbüros gerne zur Verfügung:

in Albstadt: Frau Schreyäck, Frau Lay, Frau Vogler, EG (Telefon-Nr. 07431 – 991008)  
in Balingen: Frau Hehl, Frau Karakoc, Frau Tibba EG Zi. 036 (Telefon-Nr. 07433 – 9092-2036)

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> 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.

<sup>2</sup> Nach § 8 Abs. 9 KHEntgG sind der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG, der Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Abs. 3 S. 1 i.V.m. § 139c SGB V sowie der nach § 291a Abs. 7 und 7a SGB V zu erhebenden Telematikzuschlag in der Rechnung als „Systemzuschlag“ zusammengefasst auszuweisen. Diese Vorgabe widerspricht jedoch den §§ 139c S. 2 und 291a Abs. 7a S. 1 SGB V, wonach die Zuschläge in der Rechnung gesondert auszuweisen sind. Aus diesem Grunde wurde die gesonderte Ausweisung dieser drei Zuschlagstatbestände beibehalten.

<sup>3</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 § 139a i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V gemeinsam erhoben und als ein gemeinsamer Zuschlag in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen.

<sup>4</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.