

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

Das Krankenhaus St. Joseph-Stift Dresden GmbH berechnet ab dem 01.01.2018 folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 1 S. 1 Tiff. 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 - DRGs) 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 ca. 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 zu 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 3.341,67 € 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
B77Z	Kopfschmerzen	0,525	€ 3.000	€ 1.575
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrothese	3,370	€ 3.000	€ 10.110

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 *Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2018* (FPV 2018) 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 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 FPV 2018.

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2018

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. S. 7 KHG 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.

	Erstellt / aktualisiert	Prüfung	Freigabe am	1_FoDo_Form
Datum	01.06.2007/ 18.12.2017	18.12.2017	18.12.2017	
Name	P. Pfeiffer/ T. Heinrich	KHD	Version 19	

Dateiname: DRG_Entgelttarif_2018

Daneben können für die in **Anlage 4** in Verbindung mit **Anlage 6** zur 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 krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2018 für Leistungen nach **Anlage 4 bzw. 6** FPV 2018 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-Nr.	Bezeichnung	Entgelt-höhe
ZE2018-01	5-785.3d Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Keramischer Knochenersatz, resorbierbar: Becken	827,10 €
ZE2018-09	8-856 Hämo-perfusion (je Behandlungstag)	1.097,06 €
ZE2018-25	5-829.k Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz (Hüfte)	2.300,00 €
ZE2018-25	5-829.k Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz (Knie)	2.745,00 €
ZE2018-25	5-829.k Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz (Schulter)	2.000,00 €
ZE2018-54	5-429.j1 Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, eine Prothese	1.184,92 €
ZE2018-54	5-429.j4 Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, zwei Prothesen	2.369,84 €
ZE2018-54	5-429.ja Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, mehr als zwei Prothesen	3.554,76 €
ZE2018-54	5-449.h3 Andere Operationen am Magen: Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese	1.153,46 €

ZE2018-54	5-469.k3 Andere Operationen am Darm: Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese, endoskopisch	1.153,46 €
ZE2018-54	5-513.m0 Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden ungecoverten Stents, ein Stent	828,39 €
ZE2018-54	5-513.m1 Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden ungecoverten Stents, zwei Stents	1.656,78 €
ZE2018-54	5-513.m2 Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden ungecoverten Stents, drei Stents	2.485,17 €
ZE2018-54	5-513.n0 Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden gecoverten Stents, ein Stent	1.166,30 €
ZE2018-54	5-513.n1 Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden gecoverten Stents, zwei Stents	2.332,60 €
ZE2018-54	5-513.n2 Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden gecoverten Stents, drei Stents	3.498,60 €
ZE2018-54	5-489.g0 Endoskopische Operationen am Rektum: Einlegen oder Wechsel einer Prothese, endoskopisch, selbstexpandierend	1.205,89 €
ZE2018-74	6-003.a* Gabe von Sunitinib, oral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2018-75	6-003.b* Gabe von Sorafenib, oral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2018-111	6-005.d* Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2018-112	6-006.2* Gabe von Abirateronacetat, oral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen
ZE2018-113	6-006.1* Gabe von Cabazitaxel, parenteral	Abhängig von Dosierung, wird auf Wunsch ausgewiesen

	Erstellt / aktualisiert	Prüfung	Freigabe am	1_FoDo_Form
Datum	01.06.2007/ 18.12.2017	18.12.2017	18.12.2017	
Name	P. Pfeiffer/ T. Heinrich	KHD	Version 19	

Dateiname: DRG_Entgelttarif_2018

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 krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart:

Leistungen nach **Anlage 3a und 3b** FPV 2018

B61B Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks 4.371,76 €

sonstige teilstationäre Leistungen nach § 6 Abs. 1 S. 1 KHEntgG

Onkologische Tagesklinik pro Berechnungstag 299,63 €

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2018 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 2018 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 2018 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2018 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

5. Zu- und Abschläge gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Ziff. 4 KHEntgG

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung der Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall

in Höhe von 92,41 €

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von 45,00 € pro Tag¹

- Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG

in Höhe von 0,00 %

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

- Fixkostendegressionsabschlag gemäß § 4 Abs. 2b KHEntgG²

in Höhe von 0,00 %²

auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen.

- Zuschlag nach § 4 Abs. 8 KHEntgG zur finanziellen Förderung der zusätzlichen Personalkosten bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Stellen von ausgebildetem Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Krankenpflegegesetz

in Höhe von 0,15 %

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.

- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG

in Höhe von 0,06 %

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.

- Pflegezuschlag bei sämtlichen ab dem 01.01.2018 aufgenommenen Patientinnen oder Patienten, die zur vollstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden gemäß § 8 Abs. 10 KHEntgG je vollstationärem Fall

in Höhe von 0,00 €

- Zu- und Abschläge für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG:

- für die stationäre Qualitätssicherung je voll- und teilstationärem Fall

in Höhe von 1,12 €

	Erstellt / aktualisiert	Prüfung	Freigabe am	1_FoDo_Form
Datum	01.06.2007/ 18.12.2017	18.12.2017	18.12.2017	
Name	P. Pfeiffer/ T. Heinrich	KHD	Version 19	

Dateiname: DRG_Entgelttarif_2018

- für Patienten, die im Rahmen des Schlaganfallnetzwerkes Ostsachsen (SOS-NET) betreut werden pro Krankenhausfall

in Höhe von 750,00 €

6. 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:

Aflibercept:	pro mg	3,57 €
Golimumab:	pro mg	21,54 €
Nilotinib:	pro mg	0,23 €
Nivolumab:	pro mg	13,22 €
Enzalutamib:	pro mg	0,77 €
Ramucirumab:	pro mg	5,99 €
Idarucizumab:	pro mg	0,42 €
Posaconazol, i.v.:	pro mg	1,43 €
Pembrolizumab:	pro mg	38,00 €
Pertuzumab.:	pro mg	6,69 €
Ruxolitinib:	pro mg	6,75 €
Trastuzumab-Emtansin:	pro mg	19,23 €

7. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

in Höhe von 1,31 €

- 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. § 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 voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von 1,70 €³.

8. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gem. § 115 a 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 €
- Gynäkologie und Geburtshilfe	119,13 €

b. nachstationäre Behandlung

- Innere Medizin	53,69 €
- Chirurgie	17,90 €
- Gynäkologie und Geburtshilfe	22,50 €

	Erstellt / aktualisiert	Prüfung	Freigabe am	1_FoDo_Form
Datum	01.06.2007/ 18.12.2017	18.12.2017	18.12.2017	
Name	P. Pfeiffer/ T. Heinrich	KHD	Version 19	

Dateiname: DRG_Entgelttarif_2018

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Computer-Tomographie-Geräte (CT):

Leistungen nach den DKG-NT I – Ziffern:	Pauschale
- 5369	122,71 €
- 5370, 5375	81,81 €
- 5371	94,08 €
- 5372	106,35 €

Leistungen nach den DKG-NT I – Ziffern:	Pauschale
- 5373, 5374	77,72 €
- 5376	20,45 €
- 5377	32,72 €
- 5378	40,90 €
- 5380	12,27 €

Magnet-Resonanz-Geräte (MR):

Leistungen nach den DKG-NT I – Ziffern:	Pauschale
- 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. 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.

9. 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 § 43c Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

10. 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.

11. 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.⁴

12. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet. Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung und der Patienteninformation über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen entnehmen.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2018 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif vom 01.05.2017 aufgehoben.

	Erstellt / aktualisiert	Prüfung	Freigabe am	1_FoDo_Form
Datum	01.06.2007/ 18.12.2017	18.12.2017	18.12.2017	
Name	P. Pfeiffer/ T. Heinrich	KHD	Version 19	

Dateiname: DRG_Entgelttarif_2018

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter der Aufnahme 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:

¹ Die Höhe des Zuschlags von 45,00 € ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1, Satz 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 Der Mehrleistungsabschlag nach § 4 Abs. 2a KHEntgG läuft 2018 aus. Sein Volumen fällt nach § 4 Abs. 2b Satz 7 KHEntgG jedoch in den Fixkostendegressionsabschlag hinein, sodass in der Rechnung nur noch dieser ausgewiesen wird.

³ 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.

⁴ 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.

	Erstellt / aktualisiert	Prüfung	Freigabe am	1_FoDo_Form
Datum	01.06.2007/ 18.12.2017	18.12.2017	18.12.2017	
Name	P. Pfeiffer/ T. Heinrich	KHD	Version 19	

Dateiname: DRG_Entgelttarif_2018