



KRANKENHAUSGESELLSCHAFT
ST. VINCENZ mbH

Auf dem Schafsberg, 65549 Limburg/Lahn

St. Vincenz-Krankenhaus Diez

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



Die Krankenhausgesellschaft St. Vincenz mbH berechnet ab dem 01.01.2024 folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 17b KHG

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, aufwendige diagnostische oder therapeutische Leistungen). Eventuell vorhandene Nebendiagnosen können zudem die Schweregradeinstufung beeinflussen. Für die Festlegung der Diagnosen beziehungsweise Prozeduren stehen Kataloge mit ca. 13.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2024) und ca. 23.000 Prozeduren (OPS Version 2024) 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 **4.315,62 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Relativgewicht und Basisfallwert 2024):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht bei Hauptabteilungen	Basisfallwert	Erlös
B79Z	Schädelfrakturen	0,513	4.315,62€	2.213,91 €
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Kniegelenksendoprothese mit komplizierter Diagnose	3,116	4.315,62€	13.447,47€

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 2024 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 FPV 2024 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 2024

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 2024 (FPV 2024).



3. Pflegebudget und Pflegeentgeltwert gemäß §§ 6a KHEntgG

Gemäß § 15 Abs. 2a KHEntgG sind für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog mit einem vorläufigen Pflegeentgeltwert in Höhe von **133,29€** zu multiplizieren, sofern der krankenhausesindividuelle Pflegeentgeltwert aufgrund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2021 noch nicht berechnet werden kann.

4. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2024

Gem. § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (GKV-Spitzenverbände, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2024 werden die **bundeseinheitlichen** Zusatzentgelte durch die **Anlage 2** in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2024 vorgegeben.

Beispiel:

Nummer	Definition	Entgelthöhe
ZE163	Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten	57,08€

Daneben können für die in **Anlage 4** in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2024 genannten Zusatzentgelte **krankenhausesindividuelle** Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden.

In der Krankenhausgesellschaft St. Vincenz mbH werden folgende Zusatzentgelte ab dem 01.01.2024 abgerechnet:

ZE	OPS	Leistung	Entgelthöhe
ZE 2024-25	5-829.k*	Modulare Endoprothesen- Andere gelenkplastische Eingriffe Knie	1.500,00 €

Können für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2024 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, so sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

5. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2024

Für die Vergütung von Leistungen, die nach den Feststellungen der, für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen, Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und bundeseinheitlich festgelegten Zusatzentgelten erfasst werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern keine tagesbezogenen Entgelte vereinbart.

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2024 auf Grund fehlender Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, so sind für jeden Belegungstag **600,00 €** abzurechnen.

Können für die Leistungen nach Anlage 3b FPV 2024 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 2024 für Leistungen nach Anlage 3a FPV 2024 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.



6. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gem. § 115a SGB V

Gem. § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte:

Fachabteilung	Vorstationäre Pauschale gesamt	Nachstationäre Pauschale je Behandlungstag
Chirurgie	100,72 €	17,90 €
Innere Medizin	147,25 €	53,69 €

Gem. § 8 Abs. 2 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.

Leistungen mit medizinischen-technischen Großgeräten:

Zusätzlich zu diesen Pauschalen dürfen bei vor- oder nachstationärer Behandlung folgende Einzelleistungen nach DKG-NT in Rechnung gestellt werden.

5369	CT (Höchstwert f. Leistungen nach Nr. 5370-5374)	122,71 €
5370	CT im Kopfbereich ggf. einschl. d. kraniozerv. Übergang	81,81 €
5375	CT der Aorta	81,81 €
5371	CT im Hals- und/oder Thoraxbereich	94,08 €
5372	CT im Abdominalbereich	106,35 €
5373	CT des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten od. Gelenke)	77,72 €
5374	CT der Zwischenwirbelräume Hals-, Brust- u. o. Lendenwirbelsäule	77,72 €

Leistungen nach der Maßgabe des § 5 der Allg. Tarifbestimmungen des DKG-NT I werden nach dem Einstandspreis berechnet (z.B. Kontrastmittel)

7. Zuschlag nach § 17a Abs. 5 KHG

Zur Finanzierung der Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen wird ein Zuschlag von **131,25 €** je voll- und teilstationären Krankenhausfall berechnet.

8. Finanzierung der Ausbildungsstätte gemäß § 33 Abs. 3 PflBG i.V.m. § 13 PflAFinV

Ab Januar 2020 ist die Finanzierung der Ausbildung in den Pflegeberufen neu geregelt. Neu ist auch der Fonds gem. § 33 Abs. 3 PflBG in Verbindung mit § 13 PflAFinV. Für das Jahr 2024 wurde ein Zuschlag in Höhe von **156,71 €** ermittelt.

9. Sonstige Zuschläge gemäß § 17b Abs. 1 Satz 4 und 6 KHG

Das Krankenhaus berechnet gemäß § 17 Abs. 1 Satz 4 KHG einen Zuschlag für die Aufnahme einer Begleitperson 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 § 17 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 nach Ziffer 17 c zu **unterscheiden**.



10. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG

Gem. § 17b KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag in Höhe von **0,93 €** je Fall für die Beteiligung der Krankenhäuser an der Qualitätssicherung auf der Grundlage des § 137 SGB V.

11. DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG

Zur Finanzierung der Entwicklung und Pflege des in Deutschland einzuführenden pauschalierenden Entgeltsystems für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) berechnet das Krankenhaus einen DRG-Systemzuschlag in Höhe von **1,43 €** je voll- und teilstationärem Krankenhausfall. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die in § 17b KHG benannten Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene abgeführt.

12. Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss gem. § 91 SGB V sowie für das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit

Die Höhe des Systemzuschlags beträgt **2,94 €** je Krankenhausfall. Darin enthalten ist auch der Zuschlag für das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Zu den Aufgaben des GBA gehören die Definition der medizinischen Leistung zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Erstellung von Anforderungskriterien an das Qualitätsmanagement und Qualitätssicherungsmaßnahmen für die verschiedenen Bereiche im Gesundheitswesen.

13. Zuzahlungen

Das Krankenhaus zieht zur Weiterleitung an die Krankenkassen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an, innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage, **10,00 €** je Berechnungstag ein (der Entlassungstag wird mit eingerechnet), angerechnet werden vollstationäre Tage bei bereits geleisteten Zuzahlungen für eine von einem Rentenversicherungsträger gewährte stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation (§ 32 Abs. 1 Satz 2 SGB IV) sowie für ein Anschlussrehabilitation (§ 40 Abs. 6 Satz 1 SGB I).

Im Rahmen der Entbindungsanstaltspflege ist bei einer Verweildauer von mehr als 6 Tagen nach der Entbindung ab dem 7. Tag die Zuzahlung von **10,00 €** je Berechnungstag zu entrichten.

14. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gem. § 2 FPV 2024 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2024 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV zusammengefasst und abgerechnet.



15. Belegärzte

Mit den Entgelten nach Nr. 1 - 10 sind *nicht* abgegolten:

- Die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegabteilungen, sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

Diese Leistungen werden vom Belegarzt berechnet.

16. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntgG). Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung entnehmen.

17. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Telefonbereitstellungsgebühr je Tag	1,50 € *
2. Telefongebühreneinheit	0,15 € *
4. für Kopfhörer einmalig	1,50 € *
5. WLAN einmalig für 7 Tage	5,00 €
6. Leichenschau (nach GOÄ Ziffer 100)	66,31 €
7. Leichenhallengebühr	25,00 €

* incl. 19% Mehrwertsteuer

18. Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2024 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.01.2023 aufgehoben.

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

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen der Patientenaufnahme unter der Telefonnummer (06432) 506-2021 oder die stationäre Abrechnung (06431) 292-7193 gerne zur Verfügung.

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.