



**KRANKENHAUSGESELLSCHAFT  
ST. VINCENZ mbH**

Auf dem Schafsberg, 65549 Limburg/Lahn

**St. Vincenz-Krankenhaus Limburg**

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

# Die Krankenhausgesellschaft St. Vincenz mbH berechnet ab dem 01.03.2008 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 KHEntG 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 2008) und ca. 23.000 Prozeduren (OPS Version 2008) 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 **2.630,89 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

*Beispiel* (Relativgewicht und Basisfallwert 2008):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht bei Hauptabteilungen	Basisfallwert	Erlös
B79Z	Schädelfrakturen	0,623	2.630,89 €	1.639,04 €
I04Z	Revision und Ersatz des Kniegelenks mit komplizierender Diagnose oder Arthrodeese	3,380	2.630,89 €	8.892,48 €

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 2008 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 FPV 2008 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 2008

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 2008 (FPV 2008).

## 3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2008

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 2008 werden die **bundeseinheitlichen** Zusatzentgelte durch die **Anlage 2** in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2008 vorgegeben.

Beispiel:

Nummer	Definition	Entgelthöhe
ZE 01.01	Hämodialyse, Alter > 14 Jahre	222,12 €

Daneben können für die in **Anlage 4** in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2008 genannten Zusatzentgelte **krankenhausindividuelle** Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden. In der Krankenhausgesellschaft St. Vincenz mbH werden folgende Zusatzentgelte abgerechnet:

DRG	OPS	Leistung	Entgelthöhe
ZE 2008-08	8-857.10	Sonstige Dialyse	131,50 €
ZE 2008-08	8-857.13	Sonstige Dialyse	1.117,75 €
ZE 2008-08	8-857.14	Sonstige Dialyse	1.906,75 €
ZE 2008-19	8-837.M0	Medikamente - freisetzende Koronarstents (1 Stent)	970,00 €
ZE 2008-19	8-837.M1	Medikamente - freisetzende Koronarstents (2 Stents)	1.940,00 €
ZE 2008-19	8-837.M3	Medikamente - freisetzende Koronarstents (3 Stents)	2.910,00 €
ZE 2008-22	8-839.0	IABP(intraaortale Ballonpumpe)	777,00 €
ZE 2008-54	5-429.j1	Selbstexpandierende Prothesen an Ösophagus und Gallengängen (1 Prothese)	1.000,00 €
ZE 2008-54	5-513.j0	Selbstexpandierende Prothesen an Ösophagus und Gallengängen (1 Prothese)	865,00 €

Die kompletten Zusatzentgelte können in der Anlage 2 und 5 des Fallpauschalenkataloges eingesehen werden.

#### 4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2008

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 folgende tagesbezogene Entgelte vereinbart:

**tagesbezogene Leistungen:**

DRG	Leistung	Entgelt je Tag
B61Z	Akute Erkrankung und Verletzung des Rückenmarks außer bei Transplantation	400,00 €
U42Z	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen	350,00 €

Sofern noch keine entsprechenden Entgelte vereinbart wurden, sind gem. § 10 Abs. 1 FPV 2008 für jeden Belegungstag 600,00 € abzurechnen.

#### 5. 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
Innere Medizin	147,25 €	53,69 €
Nephrologie	140,61 €	67,49 €
Hämatologie und Onkologie	75,67 €	46,02 €
Allgemeinchirurgie	100,72 €	17,90 €
Unfallchirurgie	82,32 €	21,47 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13 €	22,50 €
Neurologie	114,02 €	40,90 €
Intensivmedizin	104,30 €	36,81 €

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.

#### 6. Zuschlag nach § 4 Abs. 13 und 14 KHEntgG

Zur Finanzierung der Kosten aus der Abschaffung des AiP (Arzt im Praktikum) und Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen wird ein Zuschlag in Höhe von **1,78 %** auf jede DRG und jedes bundeseinheitliche Zusatzentgelt berechnet.

#### 7. Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte § 5 Abs. 3 KHEntgG

Zur Finanzierung des Onkologischen Schwerpunktes wird ein Zuschlag von **7,65 €** je voll- und teilstationären Krankenhausfall berechnet.

#### 8. Zuschlag nach § 17a Abs. 5 KHG

Zur Finanzierung der Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen wird ein Zuschlag von **66,93 €** je voll- und teilstationären Krankenhausfall berechnet.

#### 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 12 c zu **unterscheiden**.

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

Gem. § 17b KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag in Höhe von **1,38 €** 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 **0,90 €** 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 **0,64 €** 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 EUR je Berechnungstag zu entrichten.

### 14. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gem. § 2 FPV 2008 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2008 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV zusammengefasst und abgerechnet.

### 15. Belegärzte und Beleghebammen

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.
- Weiterhin die Leistungen freiberuflicher Hebammen und Entbindungspfleger.

Diese Leistungen werden vom Belegarzt bzw. der Hebamme oder dem Entbindungspfleger berechnet.

### 16. Entgelte für Wahlleistungen

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

#### **a. die ärztlichen 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 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 § 6a 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 der Regel gesondert von den jeweils liquidationsberechtigten Krankenhausärzten geltend gemacht, sofern nicht die Verwaltung des Krankenhauses oder eine externe Abrechnungsstelle tätig wird.

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:

#### **Die ärztlichen Leistungen der**

(1) Neurologischen Abteilung
------------------------------

(2) Abteilung für Strahlentherapie
------------------------------------

werden von liquidationsberechtigten Ärzten gesondert berechnet. Für die Berechnung der Wahlleistung „Ärztliche Leistung“ finden die Vorschriften nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Bundespflegegesetzverordnung Anwendung.

**Liquidationsberechtigt sind:**

(1) Dr. med. Oberwittler
(2) Prof. Dr. Dr. med. Chiricuta

**Die Stellvertreter dieser Ärzte sind:**

(1) Herr Klingebiel
(2) Herr Dr. med. Neumann

**Die ärztlichen Leistungen der/des**

(1) Klinik für Allgemein-, Gefäß- und Visceralchirurgie
(2) Klinik für Unfall- und orthopädische Chirurgie
(3) Abteilung für diagnostische und interventionelle Radiologie und Nuklearmedizin
(4) Frauenklinik
(5) Nephrologische Abteilung
(6) Medizinischen Klinik
(7) Abteilung für Anästhesie und operative Intensivmedizin
(8) Abteilung Hämatologie/ internistische Onkologie
(9) Zentrallabors

werden vom Krankenhaus nach der GOÄ/GOZ in der jeweils gültigen Fassung berechnet.

**Sie werden in der/dem**

(1) Klinik für Allgemein-, Gefäß- und Visceralchirurgie	von Herrn PD Dr. med. Heuschen
(2) Klinik für Unfall- und orthopädische Chirurgie	von Herrn PD Dr. med. Hillmeier
(3) Abteilung für diagnostische und interventionelle Radiologie und Nuklearmedizin im Bereich	
➤ diagnostische und interventionelle Radiologie	von Herrn Dr. med. Heß
➤ Nuklearmedizin	von Herrn Bomert
(4) Frauenklinik	von Herrn Dr. med. Scheler
(5) Nephrologischen Abteilung	von Herrn Dr. med. Walter
(6) Medizinischen Klinik im Bereich	
➤ Gastroenterologie	von Herrn PD Dr. med. Siegel
➤ Kardiologie	von Herrn Prof. Dr. med. Kreuzer
(7) Abteilung für Anästhesie und operative Intensivmedizin	von Frau Prof. Dr. med. Bremerich
(8) Abteilung Hämatologie/ internistische Onkologie	von Herrn PD Dr. med. Neuhaus
(9) Zentrallabor	von Herrn PD Dr. Neuhaus, Frau Dr. Madlener, Herrn Prof. Dr. Scheiermann

persönlich oder unter deren Aufsicht nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung erbracht.

**Stellvertreter sind in der**

(1) Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie:	Herr Dr. Schmirf
Gefäßchirurgie:	Frau Dr. Rabe-Schmidt
(2) Klinik für Unfall- und orthopädische Chirurgie:	Herr Al-Butmeh

(3) Abteilung für diagnostische und interventionelle Radiologie und Nuklearmedizin im Bereich	
➤ diagnostische und interventionelle Radiologie:	Herr Bomert
(4) Frauenklinik:	
➤ Gynäkologie:	Herr Dr. med. Obermeier
➤ Geburtshilfe:	Frau Urban
➤ Senologie:	Frau Urban
(5) Nephrologische Abteilung:	Frau Dr. med. Thiemer
(6) Medizinischen Klinik im	
➤ Bereich Gastroenterologie:	Herr Dr. med. Ohlings
➤ Bereich Kardiologie:	Herr Dr. med. Greib
➤ Bereich Diabetologie:	Herr Dr. med. Hedrich
(7) Abteilung für Anästhesie und operative Intensivmedizin:	
➤ Bereich Anästhesie:	Herr Dr. med. Wahler
(8) Abteilung Hämatologie/ internistische Onkologie	Frau Dr. med. Hens

Die ärztlichen Leistungen der Konsilärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von diesen nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

#### **b. die Unterkunft**

1. Zuschlag für Einbettzimmer	- Bettenhaus West je Berechnungstag	91,17 €
	- Bettenhaus Ost je Berechnungstag	89,01 €
2. Zuschlag für Zweibettzimmer	- Bettenhaus West je Berechnungstag	49,31 €
	- Bettenhaus Ost je Berechnungstag	47,60 €
3. Telefonbereitstellungsgebühr je Tag		1,75 €*
4. Telefongebühreneinheit		0,10 €*
5. Fernsehbereitstellungsgebühr je Tag		kostenlos
für Kopfhörer einmalig		1,50 €*

#### **c. Unterbringung einer Begleitperson** (soweit medizinisch nicht erforderlich)

1. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson	60,00 €*
2. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson und eines Kindes (Vater und Kind bis 5 Jahre) im Familienzimmer (nur bei Entbindungen)	60,00 €*
3. Begleitpersonen (bei Gewährung einer Ruhegelegenheit)	38,35 €*

#### **d. Entgelte für sonstige Leistungen**

1. Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung	10,23 €
2. Leichenhallengebühr	30,00 €

\* incl. 19% Mehrwertsteuer

### **16. Inkrafttreten**

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.03.2008 in Kraft.

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

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen des Patientenservicecenters unter der Telefonnummer (0 64 31) 2 92-55 55 oder (0 64 31) 2 92-55 56 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.