



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 01.03.2019 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 2019) und ca. 23.000 Prozeduren (OPS Version 2019) 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 **3.550,30€** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Relativgewicht und Basisfallwert 2019):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht bei Hauptabteilungen	Basisfallwert	Erlös
B79Z	Schädelfrakturen	0,726	3.550,30 €	2.577,52 €
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Kniegelenksendoprothese mit komplizierter Diagnose	3,624	3.550,30 €	12.866,29 €

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 2019 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 FPV 2019 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 2019

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 2019 (FPV 2019).



3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2019

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 2019 werden die **bundeseinheitlichen** Zusatzentgelte durch die **Anlage 2** in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2019 vorgegeben.

Beispiel:

Nummer	Definition	Entgelthöhe
ZE 01.01	Hämodialyse, Alter > 14 Jahre	230,63 €

Daneben können für die in **Anlage 4** in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2019 genannten Zusatzentgelte **krankenhausindividuelle** Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden. In der Krankenhausgesellschaft St. Vincenz mbH werden folgende Zusatzentgelte abgerechnet:

ZE	OPS	Leistung	Entgelthöhe
ZE 2018-22	8-839.0	IABP(intraaortale Ballonpumpe)	802,80 €
ZE 2018-25	5-829.k	Modulare Endoprothesen (Hüfte)	1.500,00 €
ZE 2018-25	5-829.k	Modulare Endoprothesen (Knie)	2.200,00 €
ZE 2018-25	5-829.k	Modulare Endoprothesen (Schulter)	1.800,00 €
ZE 2018-53	5-38a.1f	Stentgraft-Prothesen am der Aorta, mit 1 Fenestrierung oder Seitenarm	13.498,00 €
ZE 2018-53	5-38a.1g	Stentgraft-Prothesen am der Aorta, mit 2 Fenestrierungen oder Seitenarm	15.280,08 €
ZE 2018-54	5-429.j1	Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbst-expandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, eine Prothese ohne Antirefluxventil	750,00 €
ZE 2018-54	5-429.j4	Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, zwei Prothesen ohne Antirefluxventil	1.459,00 €
ZE 2018-54	5-429.jc	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt - Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden ungecoverten Stent-Prothesen: Eine Stent-Prothese	821,10 €
ZE 2018-54	5-513.m0	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden ungecoverten Stents (1 Stent)	830,16 €
ZE 2018-54	5-517.00	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechseln von selbstexpandierenden Stents und Stent-Prothesen in die Gallengänge	757,00 €
ZE 2018-54	5-526.e0	Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Einlegen einer Prothese: Selbstexpandierend	760,00 €
ZE 2018-74	6-003.a1	Applikation von Sunitinib, oral	854,00 €
ZE 2018-109	8-854.8	Extrakorporale Zirkulation und Behandlung von Blut, Verlängert intermittierend, zur Elimination von Proteinen mit einer Molekularmasse bis 60.000	899,39 €
ZE 2018-111	6-005.d0	Applikation von Medikamenten, Nab-Paclitaxel, parenteral	851,54 €
ZE 2018-111	6-005.d1	Applikation von Medikamenten, Nab-Paclitaxel, parenteral	1.419,45 €
ZE 2018-111	6-005.d2	Applikation von Medikamenten, Nab-Paclitaxel, parenteral	1.999,62 €
ZE 2018-112	6-006.20	Applikation von Medikamenten, Abirateronacetat, oral	531,90 €
ZE 2018-112	6-006.21	Applikation von Medikamenten, Abirateronacetat, oral	870,56 €
ZE 2018-112	6-006.22	Applikation von Medikamenten, Abirateronacetat, oral	1.209,19 €



Können für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2019 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, so sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2019

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 tagesbezogene Entgelte vereinbart.

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2019 auf Grund fehlender Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, so sind für jeden Belegungstag **300,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2019 für Leistungen nach Anlage 3a FPV 2019 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag 450,00 € 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
Gastroenterologie	164,64 €	63,91 €
Kardiologie	156,97 €	61,36 €
Nephrologie	140,61 €	67,49 €
Hämatologie und Onkologie	75,67 €	46,02 €
Allgemeinchirurgie	100,72 €	17,90 €
Gefäßchirurgie	134,47 €	23,01 €
Unfallchirurgie	82,32 €	21,47 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13 €	22,50 €
Neurologie	114,02 €	40,90 €
Intensivmedizin	104,30 €	36,81 €
Pädiatrie	94,08 €	37,84 €

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	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 €
5376	Ergänzende CT mit mind. 1 zus. Serie b. High-Res. Techn.	20,45 €
5377	Zuschl. f. computergest. Analyse einschl. 3D-Rekon.	32,72 €
5378	CT zur Bestrahlungsplanung	40,90 €
5380	Bestimmung des Mineralgehaltes (Osteodensitometr.)	12,27 €
5700	MRT im Bereich Kopf/Hals	179,97 €
5720	MRT im Bereich des Abdomens u./o. Beckens	179,97 €
5705	MRT der Wirbelsäule	171,79 €
5715	MRT im Bereich des Thorax ggfs. einschl. Hals/Thorax	175,88 €
5721	MRT der Mamma(e)	163,61 €
5730	MRT einer oder mehrerer Extremität(en)	163,61 €
5729	MRT eines oder mehrerer Gelenke od. Abschn. v. Extr.	98,17 €
5731	Ergänzende Serie(n) zu Nrn. 5700-5730	40,90 €
5732	Zuschlag zu 5700-5730 f. Posit.- u./o. Spulenwechsel	40,90 €
5733	Zuschlag f. computergest. Analyse z.B. Kinetik, 3D-Rek.	32,72 €
5735	Höchstwert f. Leistungen nach 5700-5730	245,42 €
627	Linksherzkatheterismus	61,36 €
628	Herzkathether m. Druckmessung u. oxymetr. Untersuchungen	32,72 €
629	Transsept. Linksherzkath. einschl. Druckm. u. oxym. Untersuchung	81,81 €
5315	Angiokardiographie einer Herzhälfte / eine Serie	89,99 €
5316	Angiokardiographie beider Herzhälften / eine Serie	122,71 €
5325	Selekt. Koronarangiogr. aller Herzkrankgef./Cinetechnik	122,71 €
5317	Zweite bis dritte Serie an 5315 od. 5316 je Serie	16,36 €
5326	Selekt. Koronarangiogr. Herzkranzgefäße 5324/5325 zweite bis fünfte Serie, je Serie	16,36 €
5318	Weitere Serien mit Anschl. an 5317, insgesamt	24,54 €
5324	Selekt. Koronarangiogr. e. Herzkranzgef. o. Bypasses mittels Cinetechnik, eine Serie	98,17 €
5327	Zus. Linksventrikulographie. b. selekt. Koronarangiographie	40,90 €
5328	Zuschl. zu 5300-5327 b. simult. Zwei-Ebenen-Techn.	49,08 €
5831	Bestrahlungsplan f. 5834-5837, je Bestrahlungsserie	61,36 €
5832	Zuschl. z. 5831 b. Anw. e. Simulators Anfertigung. e. Körperquerschnittszeichn. o. Benutz. e. Querschnitts anhand CT	20,45 €
5833	Zuschlag zu 5831 b. individ. Berechnung d. Dosisverteilung	81,81 €
5834	Bestrahlung mittels Telecobaltger. bis zu 2 Eintrittsfelder	29,65 €
5835	Zuschlag zu 5834 b. Bestrahlung m. Großfeld od. >2 Eintr. Feld.	5,11 €
5837	Zuschlag zu 5836 b. Bestrahlung m. Großfeld od. >2 Eintr. Feld.	5,11 €
5836	Bestrahl. m. Beschleuniger m. bis zu 2 Eintrittsfeldern	40,90 €
5488	PET ggfs. einschl. Darstellung in mehreren Ebenen	245,42 €
5489	PET mit quantifiz. Auswertung. ggfs. Darst. in mehrerer Ebenen	306,78 €

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

6. Zuschlag nach § 17a Abs. 5 KHG

Zur Finanzierung der Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen wird ein Zuschlag von **85,81 €** je voll- und teilstationären Krankenhausfall berechnet.



7. 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 **wahlweise Unterbringung** und Verpflegung einer Begleitperson nach Ziffer 17 c zu **unterscheiden**.

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

Gem. § 17b KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag in Höhe von **1,36 €** je Fall für die Beteiligung der Krankenhäuser an der Qualitätssicherung auf der Grundlage des § 137 SGB V.

9. 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 **1,59 €** je voll- und teilstationärem Krankenhausfall. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die in § 17b KHG benannten Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene abgeführt.

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

Die Höhe des Systemzuschlags beträgt **1,82 €** 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.

11. 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.

12. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gem. § 2 FPV 2019 oder der Rückverlegung gemäß



§ 3 Abs. 3 FPV 2019 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV zusammengefasst und abgerechnet.

13. 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.

14. 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.

15. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Telefonbereitstellungsgebühr je Tag	1,75 € *
2. Telefongebühreneinheit	0,10 € *
3. Fernsehbereitstellungsgebühr je Tag	kostenlos
4. für Kopfhörer einmalig	1,50 € *
5. WLAN pro Nutzungstag	2,00 €
6. Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung	10,23 €
7. Leichenhallengebühr	30,00 €

* incl. 19% Mehrwertsteuer

16. Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.03.2019 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.01.2019 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 (06431) 292-2000 oder die Leitung des Patientenmanagements (06431) 292-4191 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.