

DRG-Entgelttarif 2019 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Abs. 8 KHEntgG

Das **Klinikum Wetzlar-Braunfels** (Krankenhaus)

der **Lahn-Dill-Kliniken GmbH** (Krankenhausträger)

berechnet ab dem 01.05.2019 folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gemäß § 7 Abs. 1 S. 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 beziehungsweise Prozeduren stehen Kataloge mit circa 13.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2019) und circa 30.000 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.

Ersteller: D. Laginestra / Erlösmanagement	Freigeber: M. Schulz / Erlösmanagement	Prüfer: - / -	Version: 01
Vertraulichkeit: öffentlich	Freigabedatum: 01.05.2019	Prüfungsdatum: -	Seite 1 von 15
F_DRG-Entgelttarif_KWB_2019-05-01_V1 Lahn-Dill-Kliniken GmbH			

Beispiel anhand des einheitlichen Landesbasisfallwerts:

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	0,726	€ 3.550,30	€ 2.577,52
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	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 beziehungsweise therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Für das Jahr 2019 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2019 (FPV 2019) vorgegeben.

2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gemäß § 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

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. 1 S. 7 KHG 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.

Ersteller: D. Laginestra / Erlösmanagement	Freigeber: M. Schulz / Erlösmanagement	Prüfer: - / -	Version: 01
Vertraulichkeit: öffentlich	Freigabedatum: 01.05.2019	Prüfungsdatum: -	Seite 2 von 15
F_DRG-Entgelttarif_KWB_2019-05-01_V1 Lahn-Dill-Kliniken GmbH			

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2019 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 2019 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 2019 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2019 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:

Leistungsbezeichnung 2019	Betrag
ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.20	4.291,81 €
ZE2019-09 Hämo-perfusion; OPS 8-821.2, 8-856	571,19 €
ZE2019-10 Leberersatztherapie; OPS 8-858	2.146,25 €
ZE2019-25 Modulare Endoprothesen; OPS 5-829.k (Knie)	2.023,60 €
ZE2019-25 Modulare Endoprothesen; OPS 5-829.k2 (Knie)	2.950,00 €
ZE2019-25 Modulare Endoprothesen; OPS 5-829.k0 (Hüfte)	1.350,00 €
ZE2019-25 Modulare Endoprothesen; OPS 5-829.k1 (Hüfte)	1.645,58 €
ZE2019-25 Modulare Endoprothesen; OPS 5-829.k2 (Hüfte)	2.139,25 €
ZE2019-25 Modulare Endoprothesen; OPS 5-829.k3 (Hüfte)	2.500,00 €
ZE2019-25 Modulare Endoprothesen; OPS 5-829.k4 (Hüfte)	3.100,00 €
ZE2019-25 Modulare Endoprothesen; OPS 5-829.k (Schulter)	1.567,00 €
ZE2019-34 Gabe von Granulozytenkonzentraten, je Konzentrat; OPS 8-802.6*	850,23 €
ZE2019-54B Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.j1	866,86 €
ZE2019-54V Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.jc	758,07 €
ZE2019-54G Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-449.h*	758,07 €
ZE2019-54H Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-449.k*	758,07 €
ZE2019-54D59 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; 5-513.m0	733,80 €
ZE2019-54D62 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; 5-513.n0	733,80 €
ZE2019-54C Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; 5-517.**	733,80 €
ZE2019-54E Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.p2	847,27 €
ZE2019-56 Gabe von Bosentan, oral, 62,5 mg; OPS 6-002.f*	56,87 €
ZE2019-63 Gabe von Diboterin alfa, Implantation am Knochen, je 12 mg; OPS 6-003.4*	3.510,50 €

Ersteller: D. Laginestra / Erlösmanagement	Freigeber: M. Schulz / Erlösmanagement	Prüfer: - / -	Version: 01
Vertraulichkeit: öffentlich	Freigabedatum: 01.05.2019	Prüfungsdatum: -	Seite 3 von 15
F_DRG-Entgelttarif_KWB_2019-05-01_V1 Lahn-Dill-Kliniken GmbH			

ZE2019-67A Implantation einer Stent(graft)-Prothese, OPS 8-840.04	688,38 €
ZE2019-84 Gabe von Ambrisentan, oral, je mg; OPS 6-004.2*	22,75 €
ZE2019-85 Gabe von Temsirolimus, parenteral, je mg; OPS 6-004.e*	35,58 €
ZE2019-103 Gabe von Rituximab, subkutan, 1400 mg; OPS 6-001.j*	2.690,39 €
ZE2019-104 Gabe von Trastuzumab, subkutan, 600 mg; OPS 6-001.m*	2.378,22 €
ZE2019-110 Gabe von Tocilizumab, subkutan, 162 mg; OPS 6-005.n*	414,57 €
ZE2019-111 Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral, je 100 mg; OPS 6-005.d*	381,00 €
ZE2019-112 Gabe von Abirateronacetat, oral, je 250 mg; OPS 6-006.2	32,73 €
ZE2019-120 Gabe von Pemetrexed, parenteral, je mg; OPS 6-001.c*	3,21 €
ZE2019-121 Gabe von Etanercept, parenteral, je 25 mg; OPS 6-002.b*	163,63 €
ZE2019-122 Gabe von Imatinib, oral, 100mg; OPS 6-001.g*	6,00 €
ZE2019-123 Gabe von Caspofungin, parenteral, je mg; OPS 6-002.p*	0,75 €
ZE2019-140 Gabe von Brentuximabvedotin, parenteral, je mg; OPS 6-006.b*	73,83 €
ZE2019-141 Gabe von Enzalutamid, oral, je mg; OPS 6-007.6*	0,78 €
ZE2019-142 Gabe von Aflibercept, intravenös, je mg; OPS 6-007.3*	3,57 €
ZE2019-143 Gabe von Eltrombopag, oral, je mg; OPS 6-006.0*	1,91 €
ZE2019-144 Gabe von Obinutuzumab, parenteral, je mg; OPS 6-007.j*	3,82 €
ZE2019-145 Gabe von Ibrutinib, oral, je mg; OPS 6-007.e*	0,49 €
ZE2019-146 Gabe von Ramucirumab, parenteral, je mg; OPS 6-007.m*	4,05 €
ZE2019-147 Gabe von Bortezomib, parenteral, je mg; OPS 6-001.9*	422,96 €
ZE2019-148 Gabe von Adalimumab, parenteral, je 10 mg; OPS 6-001.d*	196,54 €
ZE2019-149 Gabe von Infliximab, parenteral, je mg; OPS 6-001.e*	2,83 €
ZE2019-149 Gabe von Infliximab, parenteral, je mg; OPS 6-001.e*; vorstationär	2,83 €
ZE2019-150 Gabe von Busulfan, parenteral, je mg; OPS 6-002.d*	1,40 €
ZE2019-151 Gabe von Rituximab, intravenös, je mg; OPS 6-001.h*	2,89 €
ZE2019154-01 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 75 mg bis unter 125 mg; OPS 6-003.k0	317,14 €
ZE2019154-02 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 125 mg bis unter 200 mg; OPS 6-003.k1	518,96 €
ZE2019154-03 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 200 mg bis unter 300 mg; OPS 6-003.k2	691,94 €
ZE2019154-04 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 300 mg bis unter 400 mg; OPS 6-003.k3	1.037,91 €
ZE2019154-05 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 400 mg bis unter 500 mg; OPS 6-003.k4	1.383,88 €
ZE2019154-06 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 500 mg bis unter 600 mg; OPS 6-003.k5	1.729,85 €
ZE2019154-07 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 600 mg bis unter 700 mg; OPS 6-003.k6	2.075,82 €
ZE2019154-08 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 700 mg bis unter 800 mg; OPS 6-003.k7	2.421,79 €
ZE2019154-09 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 800 mg bis unter 900 mg; OPS 6-003.k8	2.767,76 €
ZE2019154-10 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 900 mg bis unter 1.000 mg; OPS 6-003.k9	3.113,73 €
ZE2019154-11 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 1.000 mg bis unter 1.200 mg; OPS 6-003.ka	3.632,69 €

Ersteller: D. Laginestra / Erlösmanagement	Freigeber: M. Schulz / Erlösmanagement	Prüfer: - / -	Version: 01
Vertraulichkeit: öffentlich	Freigabedatum: 01.05.2019	Prüfungsdatum: -	Seite 4 von 15
F_DRG-Entgelttarif_KWB_2019-05-01_V1 Lahn-Dill-Kliniken GmbH			

ZE2019154-12 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 1.200 mg bis unter 1.400 mg; OPS 6-003.kb	4.313,31 €
ZE2019154-13 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 1.400 mg bis unter 1.600 mg; OPS 6-003.kc	5.016,57 €
ZE2019154-14 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 1.600 mg bis unter 1.800 mg; OPS 6-003.kd	5.664,36 €
ZE2019154-15 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 1.800 mg bis unter 2.000 mg; OPS 6-003.ke	6.400,45 €
ZE2019154-16 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 2.000 mg bis unter 2.400 mg; OPS 6-003.kf	7.362,24 €
ZE2019154-17 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 2.400 mg bis unter 2.800 mg; OPS 6-003.kg	8.749,27 €
ZE2019154-18 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 2.800 mg bis unter 3.200 mg; OPS 6-003.kh	10.148,45 €
ZE2019154-19 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 3.200 mg bis unter 4.000 mg; OPS 6-003.kj	11.993,63 €
ZE2019154-20 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 4.000 mg bis unter 4.800 mg; OPS 6-003.kk	14.761,39 €
ZE2019154-21 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 4.800 mg bis unter 5.600 mg; OPS 6-003.km	17.529,15 €
ZE2019154-22 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 5.600 mg bis unter 6.400 mg; OPS 6-003.kn	20.296,91 €
ZE2019154-23 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 6.400 mg bis unter 8.000 mg; OPS 6-003.kp	23.987,25 €
ZE2019154-24 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 8.000 mg bis unter 9.600 mg; OPS 6-003.kq	29.522,77 €
ZE2019154-25 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 9.600 mg bis unter 11.200 mg; OPS 6-003.kr	35.058,29 €
ZE2019154-26 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 11.200 mg bis unter 12.800 mg; OPS 6-003.ks	40.593,81 €
ZE2019154-27 Gabe von Anidulafungin, parenteral, 12.800 mg oder mehr; OPS 6-003.kt	46.129,33 €
ZE2019-158 Gabe von Pertuzumab, parenteral, je mg; OPS 6-007.9*	6,68 €
ZE2019-160 Pembrolizumab, parenteral, je mg als Infusionslösung, OPS 6-009.3*	31,23 €
ZE2019-161 Nivolumab, parenteral, je mg; OPS 6-008.m*	12,33 €
ZE2019-164 Gabe von Riociguat, oral, je mg; OPS 6-008.0*	56,06 €

4. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 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 gemäß § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

Ersteller: D. Laginestra / Erlösmanagement	Freigeber: M. Schulz / Erlösmanagement	Prüfer: - / -	Version: 01
Vertraulichkeit: öffentlich	Freigabedatum: 01.05.2019	Prüfungsdatum: -	Seite 5 von 15
F_DRG-Entgelttarif_KWB_2019-05-01_V1 Lahn-Dill-Kliniken GmbH			

Leistungsbezeichnung 2019 (gültig bis 30.06.2019)	Betrag
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 50 mm; OPS 8-842. in Verbindung mit OPS 8-83b.e1	1.669,70 €
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 25 mm; OPS 8-842.* in Verbindung mit OPS 8-83b.e1,	1.669,70 €
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 100 mm bis unter 150 mm; OPS 8-842.* in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f1	2.093,42 €
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 150 mm bis unter 200 mm; OPS 8-842.* in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f2	2.540,68 €
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 250 mm und mehr; OPS 8-842.* in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f4	3.811,84 €
Daratumumab, je mg, OPS 6-009.a	4,67 €
Elotuzumab, je mg, OPS 6-009.d	3,64 €
Eribulin, je 0,88 mg, OPS 6-006.5	383,87 €
Icatibant, je 30 mg, OPS 6-005.4	2.017,05 €
Idarucizumab, je 2,5 mg, OPS 6-008.f	1.041,25 €
Simeprevir, je 150 mg, OPS 6-008.2	322,55 €
Trastuzumab-Emtansin, je 100 mg, OPS 6-007.d	1.923,02 €
Everolimus bei Neoplasie, je 2,5 mg, OPS 6-005.8	33,54 €
Pazopanib, oral, je 200 mg, OPS 6-005.a	36,67 €
Ustekinumab, 45 mg Fertigspritze, subkutan, OPS 6-005.j	4.702,35 €
Atezolizumab, je 1200 mg, OPS 6-00a.1	4.409,69 €
Liposomales Irinotecan, 50 mg, OPS 6-009.e	981,75 €
Ruxolitinib, je 5 mg Tablette, ohne OPS	33,77 €
Pomalidomid, oral, je 3 mg Hartkapsel, OPS 6-007.a	433,50 €
Pomalidomid, oral, je 4 mg Hartkapsel, OPS 6-007.a	445,54 €
Axitinib, je 5 mg, OPS 6-006.g	61,37 €
Venetoclax, je 10 mg, OPS 6-00a.k	5,60 €
Durvalumab, je mg, ohne OPS	5,47 €
Alectinib, je 150 mg, OpS 6-00a.0	25,66 €
Trifluridin-Tipiracil, je 19 mg, OPS 6-009.n	49,43 €
Cobimetinib, je 20 mg Tablette, OPS 6-008.c	88,77 €
Avelumab, je mg, OPS 6-00a.2	5,03 €
Ixazomib, Kapsel à 2,3 mg, 3 mg oder 4 mg, OPS 6-00a.9	2.062,67 €
Siltuximab, je 100 mg, OPS 6-008.1	598,40 €
Teduglutid, parenteral, je 5 mg, OPS 6-008.4	727,45 €
Niraparib, je 100 mg, OPS 6-00a.c	136,52 €
Elbasvir-Grazoprevir, je 50 mg Elbasvir, je 100 mg Grazoprevir, OPS 6-009.c	378,40 €
Liposomales Cytarabin-Daunorubicin, 44 / 100 mg, ohne OPS	7.497,00 €
Externer Stabilisator-Scaffold bei Anastomose eines AV-Shunts im Rahmen der Shuntchirurgie, OPS 5-392.8	1.490,00 €
Endovaskuläre Implantation/Reparatur einer Stent-Prothese mittels eines Endo-Staplers, OPS 5-98c.4	4.234,38 €
Streptozotocin, je 1 g, ohne OPS	773,50 €
Endovaskuläre Implantation/Reparatur einer Stent-Prothese mittels eines Endo-	4.829,25 €

Ersteller: D. Laginestra / Erlösmanagement	Freigeber: M. Schulz / Erlösmanagement	Prüfer: - / -	Version: 01
Vertraulichkeit: öffentlich	Freigabedatum: 01.05.2019	Prüfungsdatum: -	Seite 6 von 15
F_DRG-Entgelttarif_KWB_2019-05-01_V1 Lahn-Dill-Kliniken GmbH			

Staplers, OPS 5-98c.4	
Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik, OPS 5-38a.7e, 5-38a.c4, 5-38a.8g	1.959,00 €
Implantation einer Gefäßprothese mit integriertem Stent im Rahmen von arteriovenöser Shunt- und Bypasschirurgie, OPS 5-392.3*	1.259,00 €

5. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV 2019

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 krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

5.1 Leistungen der Anlage 3a und 3b der FPV 2019

a) B61B

Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks

444,75 € pro Behandlungstag

b) E76A

Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage

326,23 € pro Behandlungstag

5.2 Teilstationäre Leistungen

Geriatrische Komplexbehandlung

a) Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung

199,61 € pro Behandlungstag

b) Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung

164,71 € pro Behandlungstag

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2019 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **600,00 €** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 3b** FPV 2019 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **300,00 €** abzurechnen.

Ersteller: D. Laginestra / Erlösmanagement	Freigeber: M. Schulz / Erlösmanagement	Prüfer: - / -	Version: 01
Vertraulichkeit: öffentlich	Freigabedatum: 01.05.2019	Prüfungsdatum: -	Seite 7 von 15
F_DRG-Entgelttarif_KWB_2019-05-01_V1 Lahn-Dill-Kliniken GmbH			

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.

6. Zu- und Abschläge gemäß § 7 Abs. 1 S. 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 **86,17 €**.

7. Qualitätssicherungszu- und abschläge gemäß § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG

Den Qualitätssicherungszuschlag gemäß § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG berechnet das Krankenhaus für jeden vollstationären Fall

in Höhe von 1,36 €

setzt sich zusammen aus einem Zuschlagsanteil Krankenhaus (0,74 €) und einem Zuschlagsanteil Land (0,62 €)

8. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

in Höhe von 1,59 €

- 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 1,82 €¹

9. Ausgleichsbetrag nach § 5 Abs. 4 KHEntgG

Zuschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG

in Höhe von 1,21 %

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.

Ersteller: D. Laginestra / Erlösmanagement	Freigeber: M. Schulz / Erlösmanagement	Prüfer: - / -	Version: 01
Vertraulichkeit: öffentlich	Freigabedatum: 01.05.2019	Prüfungsdatum: -	Seite 8 von 15
F_DRG-Entgelttarif_KWB_2019-05-01_V1 Lahn-Dill-Kliniken GmbH			

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

Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 11 KHEntgG

in Höhe von 0,30 %

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.

11. Zu- und Abschläge gem. § 8 Abs. 10 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 22,45 €

12. Zuschlag Pflegestellenförderprogramm gem. § 4 Abs. 8 KHEntgG

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

in Höhe von 0,44 %

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.

13. Zuschlag für die Teilnahme an üFMS-B gemäß § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG

Zuschlag für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG je abgerechneten vollstationären Fall

in Höhe von 0,20 €

Ersteller: D. Laginestra / Erlösmanagement	Freigeber: M. Schulz / Erlösmanagement	Prüfer: - / -	Version: 01
Vertraulichkeit: öffentlich	Freigabedatum: 01.05.2019	Prüfungsdatum: -	Seite 9 von 15
F_DRG-Entgelttarif_KWB_2019-05-01_V1 Lahn-Dill-Kliniken GmbH			

14. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115a SGB V

Gemäß § 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

<i>Allgemeine, Viscerale und Onkologische Chirurgie</i>	100,72 €
<i>Gefäßchirurgie</i>	134,47 €
<i>Frauenheilkunde und Geburtshilfe</i>	119,13 €
<i>Medizinische Klinik I</i>	147,25 €
<i>Medizinische Klinik II</i>	147,25 €
<i>Medizinische Klinik II</i>	147,25 €
<i>Neurologie</i>	114,02 €
<i>Strahlenheilkunde</i>	186,62 €
<i>Unfallchirurgie und Orthopädie</i>	82,32 €
<i>Urologie</i>	103,28 €
<i>PCH</i>	95,10 €

b. nachstationäre Behandlung

<i>Allgemeine, Viscerale und Onkologische Chirurgie</i>	17,90 €
<i>Gefäßchirurgie</i>	17,90 €
<i>Geriatric</i>	30,68 €
<i>Frauenheilkunde und Geburtshilfe</i>	22,50 €
<i>Medizinische Klinik I</i>	53,69 €
<i>Medizinische Klinik II</i>	53,69 €
<i>Medizinische Klinik III</i>	53,69 €
<i>Neurologie</i>	40,90 €
<i>Strahlenheilkunde</i>	330,29 €
<i>Unfallchirurgie und Orthopädie</i>	21,47 €
<i>Urologie</i>	41,93 €
<i>Plastische Chirurgie</i>	18,41 €

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Computer-Tomographie-Geräte (CT)		Pauschale
5369	Höchstwert für die CT-Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374	122,71 €
5370	CT Kopfbereich, ggf. einschl. cranio-cervikaler Übergang	81,81 €
5375	CT der Aorta in ihrer gesamten Länge	81,81 €
5371	CT im Hals- und/oder Thoraxbereich	94,08 €
5372	CT im Abdominalbereich	106,35 €
5373	CT des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare)	77,72 €
5374	CT der Zwischenwirbelräume im Bereich der HWS, BWS und/oder LWS, ggf. einschl. Übergangsregionen	77,72 €

Ersteller: D. Laginestra / Erlösmanagement	Freigeber: M. Schulz / Erlösmanagement	Prüfer: - / -	Version: 01
Vertraulichkeit: öffentlich	Freigabedatum: 01.05.2019	Prüfungsdatum: -	Seite 10 von 15
F_DRG-Entgelttarif_KWB_2019-05-01_V1 Lahn-Dill-Kliniken GmbH			

5376	Ergänzende CT mit mind. einer zusätzl. Serie (z.B. bei Einsatz von Xenon, der High Resolutions-Technik, bei zusätzl. Kontrastmittelgaben) zusätzlich zu den Leistungen n den Nummern 5370 bis 5375	20,45 €
5377	Zuschlag für CT-Analyse einschl. speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion	32,72 €
5378	CT zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen	40,90 €
5380	Bestimmung des Mineralgehalts (Osteodensitometrie) von repräsentativen Skeletteilen	12,27 €
Magnet-Resonanz-Geräte (MRT)		
5700	MR-Tomographie (MRT) im Bereich des Kopfes, ggf. einschl. des Halses	179,97 €
5720	MRT im Bereich des Abdomens und/oder des Beckens	179,97 €
5705	MRT im Bereich der Wirbelsäule	171,79 €
5715	MRT im Bereich des Thorax, ggf. einschl. des Halses, der Thoraxorgane und/oder der Aorta in ihrer ges. Länge	175,88 €
5721	MRT der Mamma(e)	163,61 €
5730	MRT eines oder mehrerer Extremität(en) mit Darstellung von mind. zwei großen Gelenken einer Extremität	163,61 €
5729	MRT eines oder mehrerer Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten	98,17 €
5731	Ergänzende Serie(n) zu den Leist nach den Nummern 5700 bis 5730 (z.B. nach Kontrastmitteleinbringung, Darstellung von Arterien als MR-Angiographie)	40,90 €
5732	Zuschl. zu den Leist nach der Nummern 5700 bis 5730 für Positions- und/oder Spulenwechsel	40,90 €
5733	Zuschl. für CT-gesteuerte Analyse (z.B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion)	32,72 €
5735	Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730	245,42 €

Gemäß § 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.

15. 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 0,- €.

16. Zuzahlungen

a. Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten

Ersteller: D. Laginestra / Erlösmanagement	Freigeber: M. Schulz / Erlösmanagement	Prüfer: - / -	Version: 01
Vertraulichkeit: öffentlich	Freigabedatum: 01.05.2019	Prüfungsdatum: -	Seite 11 von 15
F_DRG-Entgelttarif_KWB_2019-05-01_V1 Lahn-Dill-Kliniken GmbH			

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,- je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

17. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2019 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2019 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2019 zusammengefasst und abgerechnet.

18. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 - 15 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.²

19. 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.

a. Ärztliche Leistungen:

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 (§ 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses (§ 17 Abs. 3 KHEntG). 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

Ersteller: D. Laginestra / Erlösmanagement	Freigeber: M. Schulz / Erlösmanagement	Prüfer: - / -	Version: 01
Vertraulichkeit: öffentlich	Freigabedatum: 01.05.2019	Prüfungsdatum: -	Seite 12 von 15
F_DRG-Entgelttarif_KWB_2019-05-01_V1 Lahn-Dill-Kliniken GmbH			

§ 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 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 S. 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2 S. 3 GOÄ/GOZ) erbracht:

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

Die Übersicht der für das Klinikum Wetzlar-Braunfels tätigen Wahlärzte und deren Vertreter befindet sich in der separaten Anlage zur Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen.

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.

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

<i>Standort Wetzlar</i>	Preis pro Berechnungstag
Kategorie 1 (Wahlleistungsstation 3 Süd)	107,35 €
Kategorie 2	92,67 €
Kategorie 2 Geburtshilfe	74,80 €

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

<i>Standort Wetzlar</i>	Preis pro Berechnungstag
Wetzlar Kategorie 1 (Wahlleistungsstation 3 Süd)	67,88 €
Wetzlar Kategorie 2	56,90 €
Wetzlar Geburtshilfe (nur Komfortzuschlag)	40,58 €

- (3) Unterbringung in einem **1-Bett-Zimmer** nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

<i>Standort Braunfels</i>	Preis pro Berechnungstag
Medizinische Klinik 3	93,45 €
Geriatric	71,45 €

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

<i>Standort Braunfels</i>	Preis pro Berechnungstag
Medizinische Klinik 3	54,69 €
Geriatric (nur Komfortzuschlag)	35,68 €

- (5) Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson
Je Berechnungstag **49,00 €**

- (6) Bereitstellung eines Fernsprechapparates

Miete je Tag	2,50 €
City- und Inlandsgespräche	frei
Mobil (alle Netze)	0,54 € je Minute

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **01.05.2019** in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.04.2019 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter der Aufnahme unseres Krankenhauses 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 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.
- ² 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.

Ersteller: D. Laginestra / Erlösmanagement	Freigeber: M. Schulz / Erlösmanagement	Prüfer: - / -	Version: 01
Vertraulichkeit: öffentlich	Freigabedatum: 01.05.2019	Prüfungsdatum: -	Seite 15 von 15
F_DRG-Entgelttarif_KWB_2019-05-01_V1 Lahn-Dill-Kliniken GmbH			