

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

Das Ev. Diakonissenkrankenhaus Leipzig

(Krankenhaussträger: Ev. Diakonissenkrankenhaus Leipzig
gemeinnützige GmbH)

berechnet ab dem 01.07.2018 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 2018) und circa 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 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 3.426,26 € 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
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	0,718	€ 3.500,00	€ 2.513,00
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrothese	3,621	€ 3.500,00	€ 12.673,50

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 Fallpauschalenvereinbarung 2018 (FPV 2018) 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 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 Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2018 (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. 1 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.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der 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 krankenhausesindividuellen 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 krankenhausesindividuellen 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 individuelle Zusatzentgelte (Vereinbarung 2017)¹:

ZE ¹⁾	Bezeichnung	OPS-Kode 2017	Entgelthöhe in EUR
ZE2017-09	Hämoperfusion	8-856	1.062,35 (je angef. 24h=je Filter)
ZE2017-25 ⁴⁾	Modulare Endoprothesen	5-829.k	Knie: 3.050,00
		5-829.m	Hüfte: 1.592,24
			Schulter: 1.158,66
2017-50	Implantation einer (Hybrid)-Prothese an der Aorta	5-38a.b0	11.963,02
ZE2017-53	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	5-38a.c1	12.472,32
ZE2017-53	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	5-38a.c2	16.811,45
ZE2017-53	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	5-38a.c3	22.819,26
ZE2017-53	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	5-38a.8c	11.390,40
ZE2017-53	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	5-38a.8d	13.812,37
ZE2017-53	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	5-38a.8e	17.218,77
ZE2017-53	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	5-38a.8f	26.942,25
ZE2017-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	alle dem ZE im Katalog zugeordneten OPS, VE je Stent	800,00 (je Stent)
ZE2017-56	Gabe von Bosentan, oral	6-002.f*	0,45 (je 1 mg)
ZE2017-67	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal	8-840.04	600,00
ZE2017-67	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal	8-840.14	1.200,00



ZE2017-67	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal	8-840.24	1.800,00
ZE2017-77	Gabe von Lenalidomid, oral	6-003.g*	299,88 (je Kapsel 5 mg)
ZE2017-77	Gabe von Lenalidomid, oral	6-003.g*	316,54 (je Kapsel 10 mg)
ZE2017-77	Gabe von Lenalidomid, oral	6-003.g*	333,20 (je Kapsel 15 mg)
ZE2017-77	Gabe von Lenalidomid, oral	6-003.g*	365,33 (je Kapsel 25 mg)
ZE2017-85	Gabe von Temsirolimus, parenteral	6-004.e*	30,88 (je 1 mg)
ZE2017-86	Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen	5-059.c6	23.000
ZE2017-86	Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen	5-059.d6	20.404
ZE2017-98	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	8-810.6*	857,00 (je 1 mg)
ZE2017-98	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	8-810.8*	109,20 (100 IE)
ZE2017-98	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	8-810.9*	91,63 (je 100 IE)
ZE2017-98	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	8-810.b*	88,06 (je 100 IE)
ZE2017-98	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	8-810.c*	145,78 (je 100 E)
ZE2017-98	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	8-810.d*	98,18 (je 100 IE)
ZE2017-98	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	8-810.e*	61,88 (je 100 E)
ZE2017-98	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	8-810.j*	311,61 (je 1 g)
ZE2017-103	Gabe von Rituximab, subkutan	6-001.j*	1,92 (je mg)
ZE2017-105	Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten	6-007.10	644,82 (1.500 mg bis unter 2.100 mg)
ZE2017-105	Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten	6-007.11	879,30 (2.100 mg bis unter 2.700 mg)
ZE2017-105	Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten	6-007.12	1.113,78 (2.700 mg bis unter 3.300 mg)
ZE2017-105	Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten	6-007.13	1.348,26 (3.300 mg bis unter 3.900 mg)
ZE2017-105	Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten	6-007.14	1.582,74 (3.900 mg bis unter 4.500 mg)
ZE2017-105	Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten	6-007.15	1.934,46 (4.500 mg bis unter 5.700 mg)
ZE2017-105	Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten	6-007.16	2.403,42 (5.700 mg bis unter 6.900 mg)
ZE2017-105	Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten	6-007.17	2.872,38 (6.900 bis unter 8.100 mg)



ZE2017-105	Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten	6-007.18	3.341,34 (8.100 mg bis unter 9.300 mg)
ZE2017-105	Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten	6-007.19	3.810,30 (9.300 mg bis unter 10.500 mg)
ZE2017-111	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral	6-005.d*	3,76 (je 1 mg)
ZE2017-112	Gabe von Abirateronacetat, oral	6-006.2*	0,13 (je 1 mg)
ZE2017-113	Gabe von Cabazitaxel, parenteral	6-006.1*	59,50 (je 1 mg)
ZE2017-120	Gabe von Pemetrexed, parenteral	6-001.c0	2.138,50 (Preis je Dosisklasse)
ZE2017-120	Gabe von Pemetrexed, parenteral	6-001.c1	2.467,50 (Preis je Dosisklasse)
ZE2017-120	Gabe von Pemetrexed, parenteral	6-001.c2	2.796,50 (Preis je Dosisklasse)
ZE2017-120	Gabe von Pemetrexed, parenteral	6-001.c3	3.125,50 (Preis je Dosisklasse)
ZE2017-120	Gabe von Pemetrexed, parenteral	6-001.c4	3.454,50 (Preis je Dosisklasse)
ZE2017-120	Gabe von Pemetrexed, parenteral	6-001.c5	3.783,50 (Preis je Dosisklasse)
ZE2017-120	Gabe von Pemetrexed, parenteral	6-001.c6	4.277,00 (Preis je Dosisklasse)
ZE2017-120	Gabe von Pemetrexed, parenteral	6-001.c7	4.935,00 (Preis je Dosisklasse)
ZE2017-123	Gabe von Caspofungin, parenteral	6-002.p1	71,78 (65 mg bis unter 100 mg)
ZE2017-123	Gabe von Caspofungin, parenteral	6-002.p2	108,75 (100 mg bis unter 150 mg)
ZE2017-123	Gabe von Caspofungin, parenteral	6-002.p3	152,25 (150 mg bis unter 200 mg)
ZE2017-123	Gabe von Caspofungin, parenteral	6-002.p4	195,75 (200 mg bis unter 250 mg)
ZE2017-123	Gabe von Caspofungin, parenteral	6-002.p5	239,25 (250 mg bis unter 300 mg)
ZE2017-123	Gabe von Caspofungin, parenteral	6-002.p6	282,75 (300 mg bis unter 350 mg)
ZE2017-123	Gabe von Caspofungin, parenteral	6-002.p7	326,25 (350 mg bis unter 400 mg)
ZE2017-123	Gabe von Caspofungin, parenteral	6-002.p8	369,75 (400 mg bis unter 450 mg)
ZE2017-123	Gabe von Caspofungin, parenteral	6-002.p9	413,25 (450 mg bis unter 500 mg)
ZE2017-123	Gabe von Caspofungin, parenteral	6-002.pa	478,50 (500 mg bis unter 600 mg)
ZE2017-123	Gabe von Caspofungin, parenteral	6-002.pb	565,50 (600 mg bis unter 700 mg)
ZE2017-123	Gabe von Caspofungin, parenteral	6-002.pc	652,50 (700 mg bis unter 800 mg)
ZE2017-123	Gabe von Caspofungin, parenteral	6-002.pd	739,50 (800 mg bis unter 900 mg)
ZE2017-123	Gabe von Caspofungin, parenteral	6-002.pe	826,50 (900 mg bis unter 1.000 mg)
ZE2017-123	Gabe von Caspofungin, parenteral	6-002.pf	957,00 (1.000 mg bis unter 1.200 mg)



ZE2017-123	Gabe von Caspofungin, parenteral	6-002.pg	1.131,00 (1.200 mg bis unter 1.400 mg)
ZE2017-124	Gabe von Voriconazol, oral	6-002.5*	0,00 (Nullvereinbarung)
ZE2017-125	Gabe von Voriconazol, parenteral	6-002.r*	0,00 (Nullvereinbarung)
ZE2017-126	Gabe von Ipilimumab, parenteral	6-006.h*	74,22 (je 1 Mg)
ZE2017-131	Gabe von Defibrotid, parenteral	6-005.k*	2,13 (je 1 mg)
ZE2017-132	Gabe von Thiotepa, parenteral	6-007.n*	9,00 (je 1 mg)
ZE2017-136	Einlegen von endobronchialen Nitinol-spiralen	5-339.8*	1.184,94 (je Coil)

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 krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart (Vereinbarung 2017)¹:

DRG U01Z – Geschlechtsumwandelnde Operation
Entgelthöhe: 3.959,88 € / Fall

DRG E76A - Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage
Entgelthöhe: 336,00 € / Tag

DRG B61B - Akute Erkrankungen/Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt
Entgelthöhe: 380,76 € / Tag

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2018 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 2018 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen 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. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 3 KHEntgG

Für folgende Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG zwar zugeordnet, mit ihnen



jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2a KHEntgG folgende gesonderte Zusatzentgelte vereinbart:

<u>Leistung</u>	<u>Zusatzentgelt</u>
./.	./.

6. Zu- und Abschläge gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 4 KHEntgG

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge (Vereinbarung 2017):

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

in Höhe von 87,53 vom 01.7.2018 bis 30.11.2018

in Höhe von 82,23 € ab 01.12.2018

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen

in Höhe von 45,00 € pro Tag²

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

(offen bis Vereinbarung 2018)

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 KHEntgG auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen

(offen bis Vereinbarung 2018)³

- 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 0,77 % vom 01.07.2017 bis 30.11.2018

in Höhe von 0,29 % ab 01.12.2018

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

in Höhe von 0,31 % vom 01.07.2018 bis 30.11.2018

in Höhe von 0,15 % ab 01.12.2018

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 für die Finanzierung von Mehrkosten, die durch Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung entstehen nach § 5 Abs. 3c KHEntgG

(offen bis Vereinbarung 2018)⁴

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

i.H.v. 61,40 € vom 01.07.2018 bis 30.11.2018

i.H.v. 18,06 € ab 01.12.2018

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

- Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) nach § 137 a SGB V

1,70 € pro Fall

- Zuschlag für externe stationäre Qualitätssicherung

1,12 € pro Fall ab 01.01.2018

- 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 €

- Zuschlag für klinische Sektionen gemäß §5 Abs. 3b KHEntgG je voll- und teilstationärem Fall⁵

i.H.v. 6,53 € pro Fall vom 01.07.2018 bis 30.11.2018

i.H.v. 1,92 € pro Fall ab 01.12.2018

7. 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 (Vereinbarung 2017):

Lfd. Nr. InEK	NUB-Bezeichnung	OPS 2017	Mengen-einheit/ Größe	Vereinbarung Entgelthöhe 2017
1	Idarucizumab	6-008.f	2,5 g	922,25 €
2	Nivolumab	6-008.m	40 mg	453,66 €
		6-008.m	100 mg	1.134,15 €
3	Enzalutamid	6-007.6	40 mg	28,60 €
4	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße	8-842.*s und 8-842.*t Gefäße Oberschenkel oder OPS 8-842.*c Gefäße Unterschenkel in Kombination mit 8-83b.e1	bis < 10 cm	1.644,09 €
		8-842.*s und 8-842.*t Gefäße Oberschenkel oder OPS 8-842.*c Gefäße Unterschenkel in Kombination mit 8-83b.e1 und 8-83b.f1	10 bis < 15 cm	2.072,09 €
		8-842.*s und 8-842.*t Gefäße Oberschenkel oder OPS 8-842.*c Gefäße Unterschenkel in Kombination mit 8-83b.e1 und 8-83b.f2 oder 8-83b.f3	15 bis < 25 cm	2.516,14 €
4	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße	8-842.*s und 8-842.*t Gefäße Oberschenkel oder OPS 8-842.*c Gefäße Unterschenkel in Kombination mit 8-83b.e1 und 8-83b.f4	ab 25 cm	3.751,99 €
5	Posaconazol, intravenös	6-007.k	300 mg	414,93 €
6	Ramucirumab	6-007.m	1 mg	4,05 €
7	Everolimus bei Neoplasie	6-005.8	10 mg	136,92 €
8	Pembrolizumab	6-009.3	50 mg	1.820,40 €
9	Pazopanib	6-005.a	200mg	33,21 €
10	Pertuzumab	6-007.9	420 mg	2.582,36 €
11	Aflibercept, intravenös	6-007.3	100 mg	328,44 €
12	Ibrutinib	6-007.e	140 mg	66,21 €
13	Eribulin	6-006.5	2 ml/ 0,88 mg Eribulin	353,17 €
15	Obinutuzumab	6-007.j	1.000 mg	3.513,28 €
16	Trastuzumab- Emtansin	6-007.d	1 mg	17,69 €
17	Nilotinib	6-004.6	200 mg	39,19 €
18	Crizotinib	6-006.c	200 mg	71,82 €



19	Isavuconazol, intravenös	6-008.g	200 mg	586,83 €
20	Axitinib, nach erfolgter Erstlinientherapie mit Zykinen	6-006.g	1 mg	11,29 €
21	Isavuconazol oral	6-008.h	100 mg	56,71 €
22	Daratumumab		100 mg	500,99 €
23	Carfilzomib	6-008.9	10 mg	218,68 €
25	Eltrombopag	6-006.0	1 mg	1,56 €
28	Brentuximabvedotin	6-006.b	50 mg	3.435,22 €
29	Vemurafenib	6-006.f	240 mg	22,91 €
30	Idelalisib	6-007.f	je 100 mg/ 150 mg Tablette	67,51 €
31	Pomalidomid	6-007.a	je Kapsel 3 mg oder 4 mg	398,82 €
33	Ruxolitinib	6-009.4	5mg	31,07 €
		6-009.4	10/15/20 mg	62,15 €
34	Arsentrioxid	6-005.5	10 mg	537,35 €
37	Dabrafenib	6-007.5	50 mg	36,65 €
38	Temozolomid, intravenös	6-005.c	100 mg	306,54 €
39	Liposomales Irinotecan	nicht vorhanden	1mg	15,67 €
43	Elotuzumab	nicht vorhanden	300 mg	1.054,15 €
44	Panobinostat	6-009.2	10 /15/ 20 mg	684,61 €
46	Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision	OPS 8-842.03 oder 8-842.0e in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f1	je Endoprothese	2.072,09 €
47	Bosutinib	6-007.4	100 mg	27,37 €
51	Ponatinib	6-007.b	je Tagesdosis 30 mg/ 45 mg	197,59 €
53	Blinatumomab	6-008.7	38,5 µg	2.475,46 €
61	Siltuximab	6-008.1	100 mg	550,53 €
62	Vandetanib	6-009.8	300 mg	139,97 €
156	Endovaskuläre Implantation/Reparatur einer Stent-Prothese mittels eines Endo-Staplers	5-98c.4	je Stapler-System	4.500,00 €
158	Implantation einer Gefäßprothese mit integriertem Stent im Rahmen von arteriovenöser Shunt- und Bypasschirurgie	OPS 5-392.3* in Verbindung mit OPS 5-399.h	je Leistung	1.304,00 €
159	Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney Technik	5-38a.8h;5-38a.c5	ab 2. Stent je Chimney-Stent	1.812,50 €
174	Gefäßtransplantatersatz mittels Gefäßhomograft	OPS 5-383.* oder 5-384.* oder 5-394.* in Verbindung mit OPS 5-930.20 oder 5-930.21	je Leistung	Einzelabrechnung der Kosten Implantat, Labor, Transport



8. 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 0,00 €⁶

9. Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a S. 1 SGB V

- Zuschlag für die Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der elektronischen Gesundheitskarte (Telematikzuschlag) nach § 291a Abs. 7a S. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

nicht vereinbart

10. 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

Innere Medizin	147,25 €
Allg. Chirurgie	100,72 €
Unfallchirurgie	82,32 €

b. nachstationäre Behandlung

Innere Medizin	53,69 €
Allg. Chirurgie	17,90 €
Unfallchirurgie	21,47 €



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.

11. 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 gemäß gültiger Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus ein Entgelt gemäß gültiger Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).
3. Für die Kühlzellennutzung für Verstorbene berechnet das Krankenhaus vom Sterbetag bis zum Tag der Abholung 25,00 € je Tag.
4. Für Hilfsmittel berechnet das Krankenhaus ein Entgelt nach Aufwand.
5. Für die Abforderung einer Akte aus dem Archiv berechnet das Krankenhaus ein Entgelt in Höhe von 3,40 €.
6. Für die Akteneinsicht durch Patienten in Anwesenheit des Personals berechnet das Krankenhaus ein Entgelt in Höhe von 30,00 € je angefangene halbe Stunde.
7. Für das Kopieren/Scannen von Patientenakten oder Teilen davon berechnet das Krankenhaus:
 - a) Bis zu einer Größe von DIN A3 0,50 € je Seite für die ersten 50 Seiten und 0,15 € für jede weitere Seite,
 - b) in einer Größe von mehr als DIN A3 3,00 € je Seite und
 - c) für Farbkopien und -ausdrucke jeweils das Doppelte der Beträge nach Buchstabe a oder b.
 - d) Werden Kopien oder Ausdrucke in einer Größe von mehr als DIN A3 gegen Entgelt von einem Dritten angefertigt, werden anstelle der Pauschalen a-c die Auslagen berechnet.
 - e) Für die Überlassung von elektronisch gespeicherten Dateien anstelle der in Absatz 2 genannten Kopien und Ausdrucke werden 1,50 € je Datei ersetzt. Für die in einem Arbeitsgang überlassenen oder in einem Arbeitsgang auf denselben Datenträger übertragenen Dokumente werden höchstens 5,00 € ersetzt.
8. Für die Herausgabe einer Originalakte berechnet das Krankenhaus eine Leihgebühr von 0,50 € pro Blatt zzgl. Versandkosten.



9. Für die Zweitschrift von Urkunden berechnet das Krankenhaus ein Entgelt in Höhe von 1,00 €/Blatt.
10. Für Abforderungen für Arbeitsunfallpatienten durch die Berufsgenossenschaft berechnet das Krankenhaus ein Entgelt nach der für die BG geltenden Gebührenordnung.

Die oben genannten Entgelte für sonstige Leistungen verstehen sich, sofern nicht von der Umsatzsteuer befreit, zuzüglich der jeweils gültigen Umsatzsteuer.

11. Patienten-Entertainment

Entgelte des externen Dienstleisters MSG Management- und Servicegesellschaft mbH (inkl. MwSt.)

Paket	pro Tag	ab 10. Tag	ab 25. Tag
▪ All-Inclusive-Flatrate ⁽¹⁾ Telefon, TV & Internet über Cockpit	3,50 €	3,00 €	1,00 €
▪ Internet-Flatrate ⁽²⁾ Internet für WLAN-taugliches eigenes Gerät	2,00 €	Günstigere Tarife ab dem 5. Tag. Nähere Informationen in der Cafeteria.	

- (1) Im Internet surfen Sie an Ihrem Cockpit ohne Zugangscode.
- (2) An Ihrem eigenen Laptop, Smartphone oder Tablet surfen Sie mit einem separaten WLAN-Zugangscode, welchen Sie in der Cafeteria oder an der Information erhalten.

12. 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,- 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.

13. 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.



14. 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.⁷

15. 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.

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

a. Ärztliche 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 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. 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 § 6 a GOÄ erfolgt bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen/privatärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25 %. Das Arzthonorar wird in der Regel gesondert von den jeweils liquidationsberechtigten Krankenhausärzten geltend gemacht, sofern nicht die Verwaltung des Krankenhauses oder eine externe Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt tätig wird.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom nachfolgend aufgeführten Wahlarzt der Fach-



abteilung 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:

Fachabteilung	Liquidationsrecht	Vertretung
Kardiologie/Geriatrie	ChÄ Dr. med. S. Gütz FÄ f. Innere Medizin/ Pneumologie	
Gastroenterologie/ Onkologie	ChA PD Dr. med. habil. D. Huster FA f. Innere Medizin /Gastroenterologie	OA Dr. med. R. Stephan FA f. Innere Medizin/Gastroenterolo- gie/ Notfallmedizin
Pneumologie	ChÄ Dr. med. S. Gütz FÄ f. Innere Medizin/ Pneumologie	OA DM T. Knappe FA f. Innere Medizin/ Pneumologie
Unfallchirurgie	ChA Dr. med. U. Socha FA f. Chirurgie /Unfall- chirurgie/ Orthopädie	OA Dr. med. U. Kilian FA f. Chirurgie /Unfallchirurgie/ Ortho- pädie
Viszeralchirurgie	ChA Dr. med. S. Mussa FA für Chirurgie, Vis- zeralchirurgie, Spezi- elle Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie	OA Dr. med. A. Scholz FA für Chirurgie, Gefäß- und Viszeral- chirurgie
Gefäßchirurgie	ChA Dr. med. O. Richter FA f. Gefäßchirurgie	OA Dr. med. Silvio Rohm FA f. Chirurgie/ Gefäßchirurgie/Vis- zeralchirurgie/ Endovaskuläre Chirurgie/ Notfallmedi- zin
Anästhesie	ChÄ Dr. med. K. Siegert FÄ f. Anästhesiologie/ Intensivtherapie/ Notfallmedizin	OA Dr. med. Wagner FA f. Anästhesiologie/Intensivmedizin/ Notfallmedizin OA R. Böttcher FA f. Anästhesiologie/ Spezielle Schmerztherapie/ Notfallmedizin

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



b. Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Fachabteilung	Komfortmerkmale	Preis pro Belegungstag
Alle	Separates WC, separate Dusche, Zusatzartikel Sanitär (Bademäntel, Frotteetücher, Körperpflegeset), elektrisch verstellbare Krankenbetten, Grundgebühr befreite Telefonkarte, Internetanschluss (gesonderte Abrechnung der Nutzungsgebühren), Wahl- und Zusatzverpflegung, täglicher Hand- und Badetuchwechsel, Tageszeitung, persönlicher Service	01.01.2018 - 31.12.2018 51,90 €

Unterbringung in einem 1-Bett-Komfortzimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Fachabteilung	Komfortmerkmale	Preis pro Belegungstag
Alle	Besondere Zimmergröße, bevorzugte Lage, separates WC, separate Dusche, besondere Ausstattung, Zusatzartikel Sanitär (Bademäntel, Frotteetücher, Körperpflegeset), elektrisch verstellbare Krankenbetten, Schreibtisch mit integriertem Kühlschrank, ansprechende Einrichtung und Gestaltung der Zimmer, TV (Flatscreen inkl. Kopfhörer, Fernbedienung, kostenfreie Nutzung), Grundgebühr befreite Telefonkarte, Internetanschluss (gesonderte Abrechnung der Nutzungsgebühren), Wahl- und Zusatzverpflegung, täglicher Hand- und Badetuchwechsel, Bettwäschewechsel aller 2 Tage, Tageszeitung, persönlicher Service	01.01.2018- 31.12.2018 63,83 €

Für einen Zeitraum von maximal vier Tagen besteht die Möglichkeit der Reservierung bzw. des Freihaltens des gebuchten 1-Bett-Zimmers für den Fall, dass das Zimmer vorübergehend nicht genutzt werden kann. Während der Zeit der Reservierung/ des Freihaltens, in welcher das Zimmer nicht anderweitig belegt wird, berechnet das Krankenhaus einen um 25 % geminderten Zimmerpreis, mindestens jedoch 25,00 €.



c. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson (je Belegungstag)

Unterbringung ohne Verpflegung	31,78 € (zzgl. MwSt. 7%)
Verpflegung	9,24 € (zzgl. MwSt. 19 %)

d. stationärer Aufenthalt auf Wunsch des Patienten, der nicht von einem Kostenträger finanziert wird

85,00 € je Belegungstag

e. Höhe der Vorauszahlungen nach § 10 AVB

Die Vorauszahlungen betragen für je 10 Tage:

a) für die Wahlleistung im 1-Bett-Zimmer	300,00 €
b) für die Begleitperson	340,00 €

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.07.2018 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif vom 01.01.2018 aufgehoben.



Anmerkungen:

- ¹ „Nach § 7 Abs. 4 ist für diese Fallpauschalen die nach § 6 Abs. 1 KHEntgG bisher krankenhaushausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben.“
- ² Die Höhe des Zuschlages von 45,00 € ist in der *Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 S. 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.
- ³ 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.
- ⁴ Maßgeblich dazu sind jedoch die Vorgaben nach § 9 Abs. 1a S. 1 KHEntgG durch die Vertragsparteien auf Bundesebene.
- ⁵ Die Höhe des Zuschlages bestimmt sich nach der *Vereinbarung zu klinischen Sektionen gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 3 KHEntgG*.
- ⁶ 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.
- ⁷ 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.