



**DRG Entgelttarif 2019 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des
Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG**

Das Jüdische Krankenhaus Berlin berechnet ab dem 01.06.2019 folgende Entgelte:

1 . Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 1 KHEntgG

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (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 Krankheitsfalles.

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 bzw. Prozeduren stehen Kataloge mit ca. 13.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2019) und 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 Landesbasisfallwert liegt bei **3.532,50 Euro** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel :

DRG	DRG Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	0,726	3.532,50 €	2.564,60 €
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen	3,624	3.532,50 €	12.801,78 €

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 der Fallpauschalenvereinbarung 2019 (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 (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, 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.

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 der FPV 2019 aufgrund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600 €** 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 Satz 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

K19Z-03	Anwendung einer minimalisierten Herz-Lunge-Maschine (ECMO) bis 48 Std.	6.300,00 €
K19Z-03A	Anwendung einer minimalisierten Herz-Lunge-Maschine (ECMO) 48 bis 96 Std.	6.970,00 €
K19Z-03B	Anwendung einer minimalisierten Herz-Lunge-Maschine (ECMO) 96 bis 144 Std.	7.845,00 €
K19Z-13	Immunadsorption	2.050,00 €
K19Z-22	IABP	850,00 €
K19Z-25	Modulare Endoprothesen	2.875,00 €
K19Z-53	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	nach Rechnungsvorlage
K19Z-54	Selbstexpandierende Ösophagus-Prothesen	1.120,00 €
K19Z-54B	Selbstexpandierende ungecoverte Stents (Galle)	830,00 €
K19Z-54C	Selbstexpandierende ungecoverte Stents (Magen)	1.000,00 €
K19Z-67	Stentgraft Prothesen bei Aortenaneurysmen	1.647,80 €
K19Z-107-1	Medikamente-freisetzende bioresorbierbare Koronarstents 1 Stent	1.200,00 €
K19Z-107-2	Medikamente-freisetzende bioresorbierbare Koronarstents 2 Stents	2.631,00 €
K19NUB-01	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße	1.800,00 €
K19NUB-02	Endovaskuläre Implantation/Reparatur einer Stent-Prothese mittels eines Endo-Staples	5.000,00 €
K19NUB-03	Gabe von Alemtuzumab 12 mg	10.287,55 €
K19NUB-04	Idarucizumab 2,5 g	1.041,25 €
K19NUB-05	Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik	1.926,00 €
K19NUB-06	Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation	2.450,00 €
K19NUB-07	Implantation eines intrakardialen Pulsgenerators	7.500,00 €



Für das Zusatzentgelt **K18Z-151** (Gabe von Rituximab, intravenös) ist nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2019 das bisherige bewertete Zusatzentgelt ZE148 aus 2017 bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung in Höhe von 70 Prozent der im DRG-Katalog 2017 bewerteten Höhe zu erheben (vgl. Anlage 5 FPV 2017).

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

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

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2019 für Leistungen nach **Anlage 3 a** der FPV 2019 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450 €** abzurechnen.

5. Entgelte für vor –und nachstationäre Behandlung gem. § 115 a SGB V

Gemäß § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte sobald diese nicht bereits mit der Fallpauschale (DRG) abgegolten sind:

Klinik	Vorstationäre Behandlung	Nachstationäre Behandlung
	Pauschale	Pauschale
Innere Medizin Kardiologie	156,97 €	61,36 €
Innere Medizin Gastroenterologie	164,64 €	63,91 €
Innere Medizin Angiologie	147,25 €	53,69 €
Chirurgie	100,72 €	17,90 €
Gefäßchirurgie	134,47 €	23,01 €
Orthopädie/Unfallchirurgie	133,96 €	20,96 €
Neurologie	114,02 €	40,90 €
Psychiatrie und Psychotherapie	125,78 €	37,84 €

Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten werden separat berechnet.

Gemäß § 8 Abs.2 Satz 3 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. Zu- und Abschläge gem. § 5 Abs. 4 KHEntgG

Abschlag gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG i.H.v.

3,40 %.

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten.

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

Gem. § 17 a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationären Fall zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen.

Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig:

68,59 €



Ferner berechnet das Krankenhaus gem. § 17 b Abs. 1, S. 4 und 6 KHG folgende Zuschläge/Abschläge:

Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen i.H.v.
45,00 € je Berechnungstag

Zuschlag Hygiene-Förderprogramm gem. § 4 Abs. 9 KHEntgG i.H.v.
0,88 %

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten

Abschlag für Mehrleistungen gem. § 4 Abs. 2 a KHEntgG i.H.v.
74,87 €

8. Qualitätssicherungszuschläge nach § 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG

Qualitätssicherungszuschlag gem. § 137 SGB V
in Höhe von 1,15 €

9. 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 § 139 a i.V.m § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139 c SGB V jeden abzurechnenden Krankenhausfall
in Höhe von 1,82 €.

10. Zuschläge für die Teilnahme an übergreifenden Fehlermeldesystemen (üFMS-B)

Zuschlag gemäß § 17b Absatz. 1a Nummer 4 KHG
in Höhe von 0,20 €.

11. Zuschläge für das Pflegestellenförderprogramm

Zuschlag gemäß § 4 Abs. 8 S. 1 KHEntgG i.H.v.
1,18 %.

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten.

Zuschlag gemäß § 8 Abs. 10 KHEntgG i.H.v.
93,52 €

12. 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.

13. 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 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird nach § 43 b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

14. Belegärzte

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 8 sind nicht abgegolten:

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

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt gesondert berechnet.

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.

16. Inkrafttreten

Dieser DRG Entgelttarif tritt am 01.06.2019 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG Entgelttarif vom 01.01.2019 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu den Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen des Patientenmanagement hierfür gerne zur Verfügung.

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in das DRG Klassifikationssystem mit den dazugehörigen 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.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Patientenmanagement