



**DRG-Entgelttarif 2019 für das Alice-Hospital Darmstadt
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG¹
gültig ab 01.01.2019**

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 17 b 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, 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-Definitionshandbuch² 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.³ Der Landesbasisfallwert beträgt zum 01.01.2019 **3.444,53 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Landesbasisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel:

DRG	DRG-Definition	Relativ-gew.	Landes-basisfall-wert	DRG-Ent-gelthöhe
a	b	C	d	Sp.c x Sp.d
F41B	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC	0,861	3.444,53 €	2.965,74 €
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose	0,322	3.444,53 €	1.109,14 €

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 für das Jahr 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 die DRG-spezifischen 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 FPV 2019.

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2019

Gem. § 17 b Abs. 1 S. 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 zur 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 insbesondere folgende Zusatzentgelte:

ZE101. -	Medikamente-freisetzende Koronarstents (Preis je Stent)	62,06 €
ZE107.03	Gabe von Erythrozytenkonzentraten (16TE bis unter 24 TE)	1.553,02 €
ZE136.01	Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen, Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamente-freisetzender Ballon an Koronargefäßen	258,96 €
ZE136.02	Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen, Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamente-freisetzender Ballons an Koronargefäßen	736,80 €

Und für krankenhausindividuelle Zusatzentgelte:

ZE2019-22	IABP (Intraaortale Ballonpumpe)	679,49 €
ZE2019-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	866,70 €

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2019

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.

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. Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen gem. § 7 Ziff. 4 KHEntgG und sonstige Zu- und Abschläge ab dem 1. Januar 2019

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

Landeseinheitlicher Grundbetrag für Ausbildung (2019)	85,81 €
zzgl. krankenhausindividueller Abschlag	-0,00 €
Zuschlag für die Ausbildung nach § 17a KHG⁴	85,81 €

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

- Zuschlag für die Aufnahme von medizinisch begründeten Begleitpersonen in Höhe von **45,00 €** pro Tag⁵

6. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17 b Abs. 1 S. 5 KHG⁶ sowie Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Abs. 4 KHEntgG

- Qualitätssicherungszuschlag in Höhe von **1,36 €**

7. 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 für jeden abzurechnenden Krankenhausfall
in Höhe von z.Zt. ohne Berechnung ⁷

8. Zu- und Abschläge für besondere Tatbestände

- ~~Abschlag~~/ Zuschlag nach § 5 Abs. 4 KHEntgG zur Restfinanzierung des Erlösausgleiches
- zur Zeit ohne Berechnung -

auf die im Erlösbudget und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG enthaltenen Entgelte.
- Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2a
- zur Zeit ohne Berechnung -

auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen.
- Hygienezuschlag § 4 (11) KHEntgG
0,43 %

auf die im Erlösbudget und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG enthaltenen Entgelte.
- Zuschlag Pflegeförderprogramm § 4 Abs. 8 KHEntgG
0,30 %

auf die im Erlösbudget und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG enthaltenen Entgelte
- Pflegezuschlag nach § 8 (10) KHEntgG je vollstationärem Fall
12,92 €
- Zuschlag für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentliche Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen nach § 17b (1a) Nr. 4 KHG je vollstationärem Fall
0,20 €

9. Zuzahlungen

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an - innerhalb eines Kalenderjahres 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 vom Krankenhaus an die entsprechende Mitgliedskrankenkasse abgeführt.

10. 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.

11. Belegärzte und Beleghebammen

Mit den Entgelten nach Nr. 1 - 10 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.

12. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet. Wahlleistungen sind Leistungen die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören und über die Regelleistungen hinausgehen. Zu ihnen gehören insbesondere wahlärztliche Leistungen.

Auch im Belegarztsystem ist eine wahlärztliche Behandlung, also Chefarztbehandlung, möglich. Die Verträge über diese wahlärztliche Behandlung werden direkt zwischen Ihnen und dem Sie behandelnden Arzt abgeschlossen. Sofern eine entsprechende Vereinbarung in der Belegarztpraxis vor der stationären Aufnahme noch nicht abgeschlossen wurde und Sie eine entsprechende Vereinbarung möchten, wenden Sie sich bitte direkt an den Sie behandelnden Belegarzt oder unsere Aufnahmeabteilung.

Die Vereinbarung über die wahlärztliche Leistung erstreckt sich auf alle an der Behandlung beteiligten Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind. Die Abrechnung der ärztlichen Leistung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), durch die Sie behandelnden liquidationsberechtigten Ärzte. Die GOÄ kann in unserer Aufnahmeabteilung eingesehen werden.

Zusätzlich zu den wahlärztlichen Leistungen können Sie auch Leistungen für besondere Unterkunft (1- und 2-Bett-Zimmer), die Leistungen für Patiententelefon und -fernsehen und die Leistungen für die Unterbringung (und Verpflegung) einer Begleitperson vereinbaren. Die Wahlleistungen sind vor ihrer Erbringung grundsätzlich schriftlich zu vereinbaren. Sofern Sie besondere Leistungen des Krankenhauses in Anspruch

nehmen wollen, wenden Sie sich bitte an unsere Aufnahmeabteilung.

Wahlleistungen pro Tag	Entgelt ab 01.01.2019 b.a.w.
Ein-Bett-Zimmer Comfort	150,92 €
Zwei-Bett-Zimmer Comfort	74,16 €
Zwei-Bett-Zimmer Standard	58,03 €
Begleitperson, medizinisch nicht begründet, Patient ist Erwachsener	75,00 €
Begleitpersonen, medizinisch nicht begründet, Patient ist ein Kind	45,00 €

Die Wahlleistungszuschläge für Ein- und Zweibett-Zimmer wurden mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) in der oben genannten Höhe vereinbart. Allerdings ist die Wahlleistung Begleitperson für Erwachsene nur in Verbindung mit der Wahlleistung Einbett-Zimmer möglich.

Eine Vereinbarung über die Bereitstellung von Telefon und Fernsehen können Sie an unserer Information im Alice-Hospital oder in der Aufnahmeabteilung abschließen. Beachten Sie bitte hierzu unser gesondertes Falblatt „Wahlleistungen“. Grundsätzlich gilt, dass Wahlleistungen nur gewährt werden können, soweit diese verfügbar sind und insoweit dadurch der allgemeine Krankenhausbetrieb nicht gestört wird.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2019 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.09.2018 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter der Aufnahmeabteilung, der Information und der Verwaltung 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

¹ KHEntG = Krankenhausentgeltgesetz

² Das mehrere tausend Seiten umfassende DRG-Definitionshandbuch ist www.g-drg.de öffentlich einsehbar.

³ Der Basisfallwert kann gemäß § 15 Abs. 2 S. 1 KHEntG Verrechnungsbeträge in Form von Zu- und Abschlägen enthalten.

⁴ KHG = Krankenhausfinanzierungsgesetz

⁵ Die Höhe des Zuschlages von 45,00 € ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG geregelt. Dieser Zuschlag betrifft im Übrigen nur die Fälle der medizinisch notwendigen Aufnahme von Begleitpersonen und ist von der wahlweisen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson zu unterscheiden.

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.

Hinweis zur gesetzlichen Zuzahlung bei gesetzlich krankenversicherten Patienten (gesetzlicher Eigenanteil)

(nicht für Privatpatienten):

Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen gem. § 39 SGB V vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 SGB V ergebenden Betrag (z.Zt. 10,- €) je Kalendertag an das Krankenhaus, das diesen Betrag an die Krankenkasse weiterleitet. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 SGB VI sowie die nach § 40 Abs. 6 Satz 1 SGB V geleistete Zahlung sind auf die Zahlung anzurechnen, soweit die entsprechenden Nachweise (Quittungen) vorgelegt werden.

Die Krankenhäuser sind gesetzlich verpflichtet die Zuzahlung von den Patienten einzuziehen und an die zuständige Krankenkasse weiterzuleiten. **Bitte helfen Sie mit, unnötigen Verwaltungsaufwand zu vermeiden.**

Sobald wir von Ihrer Krankenkasse eine Kostenzusage für Ihre stationäre Behandlung einschließlich der Mitteilung über Ihre Zuzahlungspflicht erhalten haben, senden wir Ihnen die Zuzahlungsanforderung mit dem von Ihnen zu tragenden Zuzahlungsbetrag nach Hause. Bitte überweisen Sie den Betrag innerhalb der im Anschreiben angegebenen Zahlungsfrist (innerhalb 14 Tage).

Eine Barzahlung ist nicht möglich.

Die gesetzliche Zuzahlung steht in keinem Zusammenhang mit den von Ihnen ggfs. gewünschten Wahlleistungen für die Unterbringung in einem 1- oder 2-Bett-Zimmer oder mit den Leistungen für Telefon und Fernsehen!

Ausnahmeregelungen bestehen für Versicherten der AOK Hessen und andere gesetzliche Krankenkassen:

Diese gesetzlichen Krankenkassen teilen uns elektronisch mit, ob sie die Krankenhauszuzahlung selbst einziehen oder von uns als Krankenhaus einziehen lassen.

Anmerkungen:

⁶ Nach § 22 Abs. 1 der am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser werden die Zuschläge nunmehr für jeden abgerechneten vollstationären Krankenhausfall erhoben.

⁷ Aufgrund eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21.12.2004 werden die Zuschläge 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 gemeinsam erhoben und als ein gemeinsamer Zuschlag in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen.