



## DRG-ENTGELTTARIF 2010

für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

**Die Diabetes Klinik Bad Mergentheim GmbH & Co. KG berechnet ab 1. März 2010 folgende Entgelte:**

### 1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 17b KHG

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie des KHEntgG in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über diagnoseorientierte Fallpauschalen (sog. Diagnosis Related Groups - DRG) abgerechnet. Entsprechend der DRG-Systematik bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalls.

Die Zuweisung zu einer DRG erfolgt über verschiedene Parameter. Die wichtigsten sind hierbei die Hauptdiagnose sowie gegebenenfalls durchgeführte Prozeduren (Operationen, 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 2010) und circa 26.000 Prozeduren (OPS-301 Version 2010) 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 (Rg) 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 (Lbfw) liegt bei 2.962,81 € und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorher-sagen. 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 2010 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2010 (FPV 2010) vorgegeben.

Beispiel (Relativgewicht und Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Rg Nominal	Lbfw	Erlös
K01B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Frührehabilitation, ohne geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, mit Gefäßeingriff	5,056	2.962,81 €	14.979,97 €
K01C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Frührehabilitation, ohne geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, ohne Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC oder komplexer Arthrodesese des Fußes	2,419	2.962,81 €	7.167,04 €
K01D	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Frührehabilitation, ohne geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodesese des Fußes	1,550	2.962,81 €	4.592,36 €
K09A	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Alter < 7 Jahre oder äußerst schwere CC	2,637	2.962,81 €	7.812,93 €
K09B	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Alter > 6 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff	1,476	2.962,81 €	4.373,11 €

DRG	DRG-Definition	Rg Nominal	Lbfw	Erlös
K09C	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Alter > 6 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff	1,325	2.962,81 €	3.925,72 €
K25Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	3,222	2.962,81 €	9.546,17 €
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 16 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	1,793	2.962,81 €	5.312,32 €
K60B	Diabetes mellitus mit komplizierenden Diagnosen oder äußerst schweren CC oder schwere Ernährungsstörungen, Alter > 10 Jahre, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	1,274	2.962,81 €	3.774,62 €
K60C	Diabetes mellitus ohne komplizierende Diagnosen, ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder mit schweren CC, Alter < 16 Jahre, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	0,907	2.962,81 €	2.687,27 €
K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter > 15 Jahre	0,878	2.962,81 €	2.601,35 €
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne multiple Komplikationen, ohne Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	0,672	2.962,81 €	1.991,01 €
K77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	1,754	2.962,81 €	5.196,77 €
F09B	Andere kardiotorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 2 Jahre und < 10 Jahre oder äußerst schwere CC	3,117	2.962,81 €	9.235,08 €
F21C	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Hauttransplantation und Lappenplastik an der unteren Extremität	1,604	2.962,81 €	4.752,35 €

## 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 2010

Der nach der zuvor 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 Verweildauer werden gesetzlich vorgegebene Zu- oder Abschläge fällig. Die näheren Einzelheiten und das Berechnungsverfahren hierzu regelt die Verordnung zum Fallpauschalensystem 2010 (FPV 2010).

## 3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2010

Gem. § 17 Abs. 1 S. 12 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (Spitzenverband Bund der Krankenkasse, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2010 werden die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2010 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2010 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 2010 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 2010 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2010 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

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

Gemäß § 17 a KHG berechnet das Krankenhaus einen landeseinheitlichen Ausbildungszuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen in Höhe von 84,16 €.

Ferner berechnet das Krankenhaus gem. § 17 b Abs. 1, S. 4 KHG für die Aufnahme von medizinisch notwendigen Begleitpersonen einen Zuschlag in Höhe von 45,00 € je Berechnungstag für Unterkunft und Verpflegung.

## 5. Qualitätssicherungszu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1 Nr. 7 KHEntgG

Für Maßnahmen der Qualitätssicherung wird gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 7 KHEntgG, § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG und § 22 der Vereinbarung zu § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 i.V.m. § 135 a SGB V sowie zur Finanzierung der klinischen Registerstelle gemäß Landeskrebsregistergesetz ein einheitlicher Zuschlag für jeden abgerechneten vollstationären Krankenhausfall in Höhe von 1,28 € berechnet.

Der Finanzierungsanteil 2010 für die klinische Registerstelle beläuft sich auf 0,26 €. Die Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus (GeQiK) erhält einen Anteil von 0,44 €. Beide Anteile sind auf Landesebene an die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft abzuführen. Dem Krankenhaus verbleibt ein Anteil von 0,58 € für die Dokumentationsaufwendungen.

## 6. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

Das Krankenhaus berechnet einen DRG-Systemzuschlag in Höhe von 0,99 € auf Grundlage des § 17 b Abs. 5 KHG i.V.m. für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall.

Zur Finanzierung des gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V i.V.m. § 139 c SGB V und des fachlich unabhängigen, rechtsfähigen wissenschaftlichen Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a SGB V berechnet das Krankenhaus einen Systemzuschlag in Höhe von 0,87 € je voll- und teilstationärem Krankenhausfall.

## 7. Weitere Zu- und Abschläge

Zur Finanzierung neu eingestellter Pflegekräfte erhält das Krankenhaus gemäß § 4 Abs. 10 S. 6 KHEntgG einen Zuschlag in Höhe von 0,48 % der abgerechneten Fallpauschale.

## 8. Entgelte für sonstige Leistungen

Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnet das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.

Heil- und Hilfsmittel wie Insulindosiergeräte (Pen), Insulinpumpen, Blutzuckermessgeräte, Prothesen, orthopädische Schuhe oder Einlagen (u. a.) sind in den DRG-Entgelten nicht enthalten. Sie werden gemäß § 16 (1) im Vertrag nach § 112 SGB V bei medizinischer Notwendigkeit vom Krankenhausarzt gesondert rezeptiert. Patienten mit diabetischem Fußsyndrom erhalten für die gesamte Verweildauer einen Krankenfahrrstuhl ohne Gebühr.

Für die Benutzung des Telefons werden eine Tagesgebühr von 1,25 € (gilt nicht für W-EZ, W-DZ, W-EZk und W-AP) und Gesprächsgebühren pro Einheit von 0,15 € erhoben.

Die Zimmer sind mit Farbfernsehern ausgestattet. Die Nutzung ist kostenfrei. Für den Kauf eines Kopfhörers berechnen wir 2,50 €. Private Fernseher dürfen nicht aufgestellt werden.

## 9. Zuzahlungen

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an – innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein (§ 39 Abs. 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zur Zeit 10,00 € je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V im Auftrag der gesetzlichen Krankenkasse eingezogen und an die entsprechende Mitgliedskrankenkasse abgeführt. Die Eigenbeteiligung ist bei Anreise für 14 Tage im Voraus zu bezahlen.

## 10. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2010 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2010 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2010 zusammengefasst und abgerechnet.

## 11. Vorauszahlungen

Für die Wahlleistungen W-EZ, W-DZ, W-EZk und W-AP wird bei Aufnahme eine Vorauszahlung in Höhe der Summe für die ersten 10 Tage fällig (W-EZ somit 619,80 €, W-DZ somit 237,70 €, W-EZk 160,00 €, W-AP 320,00 €). Sofern Sie Wahlleistungen nicht selbst zahlen, benötigen Sie vor Ihrer Aufnahme eine gesonderte Kostenübernahme-Erklärung Ihrer privaten Krankenkasse/Beihilfe. ClinicCard und Card für Privatversicherte werden akzeptiert, hier wird keine Vorauszahlung fällig.

Bitte klären Sie ebenfalls vorab, ob wir mit Ihrer Versicherung direkt abrechnen können (sogenannte Abtretungs-Erklärung). Der Restbetrag ist bei Entlassung fällig.

Die Chefarztbehandlung (W-CA) wird nach GOÄ (aktuelle Fassung) gesondert berechnet und ist zahlbar nach Erhalt. Bei fehlender Kostenzusage gelten Sie als „Selbstzahler“, d. h. es werden am Aufnahmetag für die ersten zehn Tage Vorauszahlungen fällig.

### Hinweis

Die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) und die Hausordnung liegen in den Patientenzimmern aus, können auf Wunsch an der Aufnahme eingesehen werden und stehen auf unserer Internetseite zum Abrufen bereit. Sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, steht Ihnen unser Aufnahmepersonal gern zur Verfügung. Gleichzeitig können Sie auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie den 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.

## 12. Entgelte für Wahlleistungen

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

<b>W-CA</b>	
Behandlung durch den Chefarzt unter gesonderter Verrechnung aller ärztlichen Leistungen nach GOÄ.	
Diese Leistung ist grundsätzlich nur in Verbindung mit der Wahlleistung W-EZ oder W-DZ und umgekehrt möglich.	
⇕	⇕
<b>W-EZ Einzelzimmer</b>	oder
Unterbringung im Einzelzimmer mit Bad und WC, Telefon, Fernseher, Zimmersafe*	<b>W-DZ Doppelzimmer</b>
61,98 € pro Tag	Unterbringung im Doppelzimmer mit Bad und WC, Telefon, Fernseher, Zimmersafe*
	23,77 € pro Tag
<b>W-EZk kleines Einzelzimmer</b>	<b>W-AP Appartement</b>
Unterbringung in einem kleinen Einzelzimmer mit Bad und WC, Telefon, Fernseher, Zimmersafe*	Unterbringung im Appartement (1 ½ Räume) mit Bad und WC, Telefon, Fernseher, Zimmersafe*
Diese Wahlleistung ist nur ohne W-CA wählbar.	Diese Wahlleistung ist nur ohne W-CA wählbar.
16,00 € pro Tag	32,00 € pro Tag

\* gegen Kaution

### Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 1. März 2010 in Kraft.

### Anschrift



**Diabetes Zentrum Mergentheim**

Theodor-Klotzbücher-Straße 12 ■ 97980 Bad Mergentheim  
 Telefon: 07931 594-0 ■ Telefax: 07931 594-108  
 info@diabetes-zentrum.de ■ www.diabetes-zentrum.de