

# DRG-ENTGELTTARIF 2024

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

**Die Diabetes-Klinik Bad Mergentheim GmbH & Co. KG berechnet ab 1. April 2024 folgende Entgelte:**

## 1. Fallpauschalen (DRGs) gemäß § 7 Abs. 1 Satz 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 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 textlicher 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 4.219,76 € 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 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 2024 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2024 (Fallpauschalenvereinbarung 2024 – FPV 2024) vorgegeben.

Für die Abrechnung der ab dem 1. April 2024 geltenden tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 6a Abs. 4 KHEntgG sind die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit 137,87 € zu multiplizieren.

Beispiel (Relativgewicht und Basisfallwert hypothetisch):

DRG	Bezeichnung	RG bei Hauptabteilung 2024	Pflege-erlös RG 2024	LBfW	Pflege-entgeltwert
F21E	Andere OR-Prozeduren bei Kreislaufkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff	0,869	0,6996	4.219,76 €	137,87 €
F27A	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit äußerst schweren CC oder Gefäßeingriff oder bestimmter Amputation oder komplexer Arthrodese des Fußes oder komplexem Hauteingriff oder Ringfixateur	2,407	0,7823	4.219,76 €	137,87 €
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne äußerst schwere CC, ohne Gefäßeingriff, ohne bestimmte Amputation, ohne komplexe Arthrodese des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, ohne Ringfixateur, mit mäßig komplexem Eingriff	1,815	0,6641	4.219,76 €	137,87 €
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	1,805	1,7085	4.219,76 €	137,87 €

K60B	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	1,171	1,2663	4.219,76 €	137,87 €
K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag	0,782	0,6417	4.219,76 €	137,87 €
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose	0,574	0,6334	4.219,76 €	137,87 €

CC = Komplikationen/Komorbiditäten

**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 2024**

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 2024 (FPV 2024).

**3. a) Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2024**

Gemäß § 17 b Abs. 1 S. 7 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 2024 werden die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2024 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2024 genannten Zusatzentgelte krankenhaushausindividuelle 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 2024 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhaushausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen. Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2024 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2024 keine krankenhaushausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

**3. b) Zusatzentgelt für Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gemäß der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG**

Für Kosten, die dem Krankenhaus für Testungen von Patienten, die zur voll- und teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden, auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 entstehen, rechnet das Krankenhaus auf Grund der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG gesondert folgendes Zusatzentgelt ab:

Zusatzentgelt PCR-Test: 30,40 €  
Zusatzentgelt Antigen-Test: 11,50 €

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

Gemäß § 17 a KHG berechnet das Krankenhaus einen landeseinheitlichen Ausbildungszuschlag je voll- und teilstationären Fall zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen in Höhe von 260,85 €. Dieser setzt sich zusammen aus dem Ausbildungszuschlag nach § 17 a Abs. 6 bzw. 9 KHG (60,87 €) sowie dem Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 Satz 1 PflBG (199,98 €).

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

**5. Qualitätssicherungs- und Abschläge nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V**

Entsprechend § 21 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über Maßnahmen der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) werden die beschlossenen Qualitätssicherungsmaßnahmen über einen Zuschlag je vollstationärem Krankenhausfall i. H. v. 0,93 € finanziert. Dieser dient der Finanzierung der internen Dokumentation im Krankenhaus. Der Zuschlag verbleibt dem Krankenhaus.

**6. Zuschlag Infektiologie-Förderprogramm gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG**

Zur Finanzierung von Mehrkosten für Maßnahmen zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes im Sinne des § 4 Abs. 9 KHEntgG wird ein Zuschlag von 0,93 Prozent berechnet.

## 7. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

Das Krankenhaus berechnet einen DRG-Systemzuschlag in Höhe von 1,43 € auf Grundlage des § 17 b Abs. 5 Satz 7 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall.

Zur Finanzierung des gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V i.V.m. § 139 c SGB V, des fachlich unabhängigen, rechtsfähigen wissenschaftlichen Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a SGB V und des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz nach § 137a SGB V berechnet das Krankenhaus einen Systemzuschlag in Höhe von 2,94 € je voll- und teilstationärem Krankenhausfall.

## 8. Zuschlag üFMS-B gemäß § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG

Für die Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen, die die Anforderungen der üFMS-B erfüllen, erhält das Krankenhaus gemäß § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG einen Zuschlag in Höhe von 0,20 € je vollstationärem Fall.

## 9. Notfallversorgung

Aufgrund der Nichtteilnahme des Krankenhauses an der strukturierten Notfallversorgung gemäß § 9 Abs. 1 a Nr. 5 KHEntG wird gemäß § 2 Abs. 1 Notfallvergütungsvereinbarung ein Abschlag in Höhe von 97,73 € berechnet.

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

Gemäß § 115 a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen in der Regel folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind.

- a) vorstationäre Behandlungspauschale von 147,25 €
- b) nachstationäre Behandlungspauschale von 53,69 €

## 11. Zuschlag zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin

Zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin wird ein Zuschlag nach § 4a Abs. 4 KHEntG in Höhe von 11,5 % berechnet.

## 12. Ausgleich gemäß § 5 Abs. 4 KHEntG

Für Ausgleich gemäß § 5 Abs. 4 KHEntG wird ein Zuschlag von 5,11 Prozent berechnet.

## 13. Telematikzuschlag

Zur Finanzierung der dem Krankenhaus durch die Einführung der Telematikinfrastruktur entstehenden Kosten gemäß § 291a Abs. 7a SGB V erhält das Krankenhaus einen Zuschlag in Höhe von 26,45 € je vollstationärem Fall.

## 14. Zuschlag gemäß § 5 Corona-Ausgleichsvereinbarung

Für den Ausgleich des aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgangs wird ein Zuschlag von 10,55 Prozent berechnet.

## 15. 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 Krankenhaus gesondert rezeptiert.

Patienten mit diabetischem Fußsyndrom erhalten für die gesamte Verweildauer einen Krankenfahrsstuhl ohne Gebühr.

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.

## 16. Zuzahlungen

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus von 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 10,00 € je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V).

Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 c Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** bei den Patienten eingefordert.

## 17. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2024 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2024 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2024 zusammengefasst und abgerechnet.

## 18. Vorauszahlungen

Für die Wahlleistungen W-EZ, W-DZ und W-AP wird bei Aufnahme eine Vorauszahlung in Höhe der Summe für die ersten 10 Tage fällig (W-EZ somit 745,90 €, W-DZ somit 336,40 €, W-AP 480,00 €). **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 können über den jeweiligen QR-Code abgerufen werden (siehe Tür im Patientenzimmer). Alle Unterlagen sind im Pflegestützpunkt sowie an der Anmeldung einsehbar und stehen auf unserer Internetseite. Sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen unsere Mitarbeiter an der Anmeldung 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.

## 19. 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 möglich.	

↓

<b>W-EZ</b> Einzelzimmer	oder	<b>W-DZ</b> Doppelzimmer (Komfortzuschlag)
Unterbringung im Einzelzimmer mit Bad und WC, Fernseher, Zimmersafe* 74,59 € pro Tag		Unterbringung im Doppelzimmer mit Bad und WC, Fernseher, Zimmersafe* 33,64 € pro Tag

  

<b>W-AP</b> Appartement
Unterbringung im Appartement (1 ½ Räume) mit Bad und WC, Fernseher, Zimmersafe* Diese Wahlleistung ist nur ohne W-CA wählbar. 48,00 € pro Tag

\* gegen Kautions

### Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 1. April 2024 in Kraft.

#### **Diabetes-Klinik Bad Mergentheim**

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

Gender-Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet.