

DRG-ENTGELTTARIF 2019

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

Die Diabetes-Klinik Bad Mergentheim GmbH & Co. KG berechnet ab 1. Jan. 2019 folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 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 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 3.453,17 € 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 2019 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2019 (FPV 2019) vorgegeben.

Beispiel (Relativgewicht und Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Rg Nominal	Lbfw	Erlös
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktions-eingriffen	5,210	3.453,17 €	17.991,02 €
F21E	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, oh. hochkomplexen Eingriff, oh. komplexen Eingriff, oh. komplizierende Konstellation, oh. mäßig komplexen Eingriff, oh. intensmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / 368 Punkte, oh. bestimmten anderen Eingriff	1,129	3.453,17 €	3.898,63 €
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäß-eingriff, ohne bestimmte Amputation, mit äußerst schweren CC oder komplexer Arthrodese des Fußes oder komplexem Haut- oder bestimmtem Gefäßeingriff	2,656	3.453,17 €	9.171,62 €
F27C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäß-eingriff, ohne best. Amputation, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodese des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, ohne best. Gefäßeingriff, mit mäßig komplexem Eingriff	1,712	3.453,17 €	5.911,83€
F27D	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäß-eingriff, ohne best. Amputation, ohne äußerst schwere CC, ohne kompl. Arthrodese des Fußes, ohne best. Gefäßeingriff, ohne mäßig kompl. Eingriff, mit best. aufwendigen Eingriff	1,458	3.453,17 €	5.034,72 €
F28B	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC	2,767	3.453,17 €	9.554,92 €

DRG	DRG-Definition	Rg Nominal	Lbfw	Erlös
F28C	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC	2,074	3.453,17 €	7.161,87 €
F77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	3,159	3.453,17 €	10.908,56 €
I20E	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, mit Eingriff an mehr als einem Strahl oder bestimmter Reposition einer Mehrfragmentfraktur am Mittelfuß oder bestimmter Osteotomie oder Gelenkoperation am Fuß	1,004	3.453,17 €	3.466,98 €
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	2,560	3.453,17 €	8.840,12 €
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	1,464	3.453,17 €	5.055,44 €
K60D	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose oder Koma, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	0,705	3.453,17 €	2.434,48 €
K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag	0,988	3.453,17 €	3.411,73 €
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose	0,728	3.453,17 €	2.513,91 €
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff, mehr als ein Belegungstag	0,432	3.453,17 €	1.491,77 €

CC = Komplikationen/Komorbiditäten

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 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 2019 (FPV 2019).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2019

Gem. § 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 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.

4. Zu- und Abschläge gem. § 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 145,48 €.

Ferner berechnet das Krankenhaus gem. § 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 § 17b Abs. 1 KHG i. V. m. § 137 SGB V

Im Zuge der Zusammenführung der Strukturen zur organisatorischen Durchführung der sektorspezifischen (QSKH-Richtlinie) sowie der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren (bisherige gesü-Richtlinie) erfolgt auch ein Übergang der GeQiK in die neu gegründete „Qualitätssicherung im Gesundheitswesen Baden-Württemberg GmbH (QiG BW GmbH)“.

Die Finanzierung erfolgt nach einer Absprache zwischen der BWKG und den GKV-Landesverbänden ab dem Jahr 2019 durch direkte Zahlungen der Krankenkassen an die Gesellschaft.

Weiterhin über einen Zuschlag je vollstationärem Krankenhausfall wird der Anteil zur Unterstützung der internen Dokumentation im Krankenhaus vergütet. Dieser Zuschlag verbleibt dem Krankenhaus. Für 2019 beträgt die Höhe des (verbleibenden) Qualitätssicherungszuschlags 0,74 €.

6. a) Pflegezuschlag gemäß § 8 Abs. 10 KHEntG

Zur Förderung der pflegerischen Versorgung wird ein Zuschlag in Höhe von 25,36 € berechnet.

6. b) Zuschlag von Neueinstellung von Pflegekräften gemäß § 4 Abs. 8 KHEntG

Zur Finanzierung von Neueinstellungen oder der Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Pflegepersonal wird gemäß § 4 Abs. 8 KHEntG ein Zuschlag von 0,44 Prozent berechnet.

6. c) Hygienezuschlag gemäß § 4 Abs. 9 KHEntG

Zur Finanzierung von Mehrkosten für Maßnahmen zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes im Sinne des § 4 Abs. 9 KHEntG wird ein Zuschlag von 0,42 Prozent berechnet.

7. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

Das Krankenhaus berechnet einen DRG-Systemzuschlag in Höhe von 1,59 € 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 1,82 € je voll- und teilstationärem Krankenhausfall.

8. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gem. § 115 a SGB V

Gem. § 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 €

9. 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 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.

10. Zuzahlungen

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 10,00 € je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 c Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

11. 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.

12. 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 679,20 €, W-DZ somit 284,20 €, W-AP 360,00 €).

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.

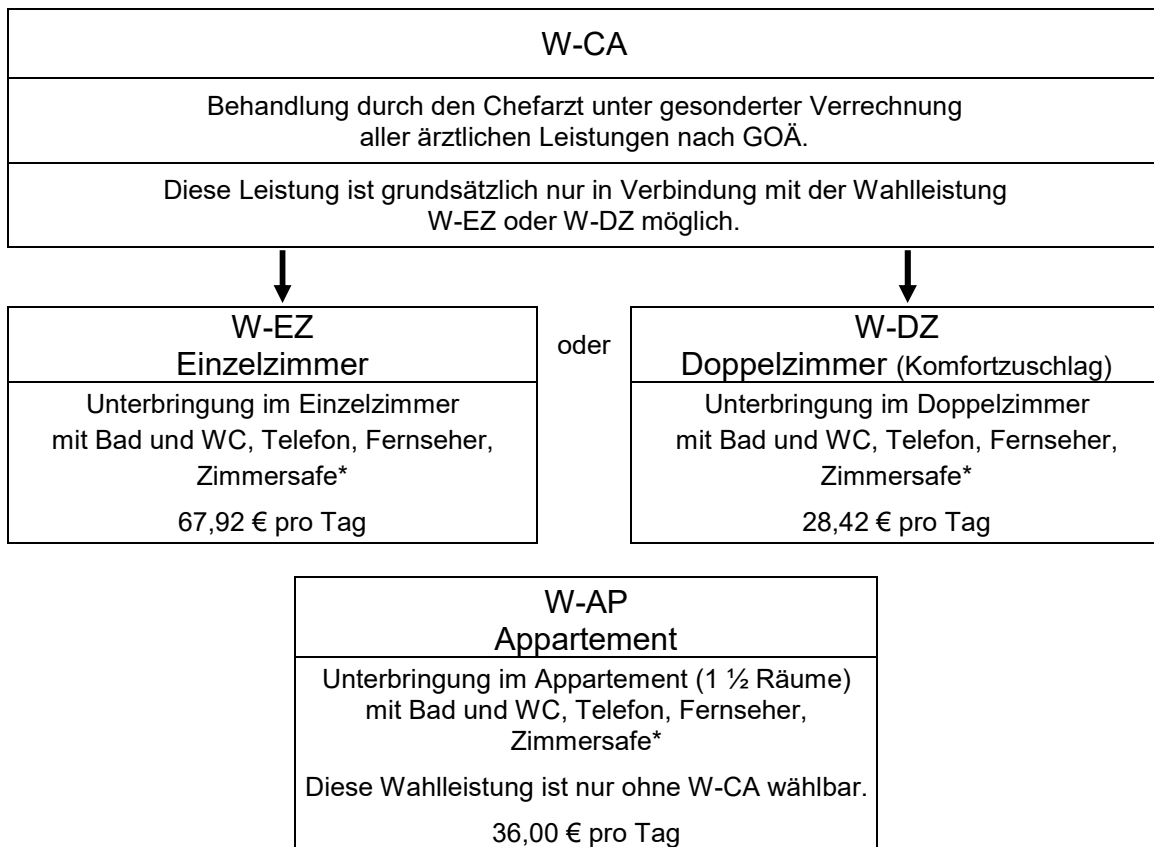
Hinweis

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.

13. Entgelte für Wahlleistungen

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



* gegen Kautions

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 1. Januar 2019 in Kraft.



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