



**Pflegekosten- und Entgelttarif für Krankenhäuser und
Unterrichtung des Patienten
gemäß § 14 BPfIV und § 8 KHEntgG**

Die

Klinikum Mittleres Erzgebirge gGmbH

berechnet ab dem

01.01.2017

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 2017) und circa 28.000 Prozeduren (OPS-301 2017) 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 Basisfallwert für die Häuser Zschopau und Olbernhau liegt ab 01.01.2017 bei 3.341,67 Euro und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Hauptabteilung)

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk	3,012	Euro 3.341,67	Euro 10.065,11
DRG I03B	DRG-Definition Hüftgelenkersatz mit Begleiterkrankungen	Relativgewicht 3,744	Basisfallwert Euro 3.341,67	Erlös Euro 12.511,21

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 2017 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2017 (FPV 2017) 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 2017

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 2017 (FPV 2017).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2017

Gem. § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (GKV-Spitzenverbände, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2017 werden die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2017 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2017 genannten Zusatzentgelte krankenhausespezifische 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 2017 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausespezifischen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2017 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2017 keine krankenhausesindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

siehe DRG-Klassifikationssystem

ZE2017-25	Modulare Endoprothesen Knie	3.226,55 €
	Modulare Endoprothese Hüfte	1.293,71 €
	Modulare Endoprothesen Schulter	895,44 €
ZE2017-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (Gallengang)	599,20 €
	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (Rektum)	714,23 €
	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (Oesophagus)	654,69 €
	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (Magen)	839,25 €
ZE2017-09	Hemoperfusion	907,95 €

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV 2017

Für die Vergütung von Leistungen, die noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart:

Können für die Leistungen nach Anlage 3a bzw. 3b FPV 2017 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 600, 00 € bzw. 300,00 € abzurechnen.

Werden in der Budgetverhandlung für das Jahr 2017 für Leistungen nach § 3a FPV 2017 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag 450 € abzurechnen.

5. Sonstige Zuschläge

siehe Anlage

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

Gem. § 115 SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte

a. vorstationäre Behandlung

Chirurgie	100,72 €
Gynäkologie	119,13 €
Innere Medizin	147,25 €
Psychiatrie	125,78 €
Orthopädie	133,96 €

b. nachstationäre Behandlung

Chirurgie	17,90 €
Gynäkologie	22,50 €
Innere Medizin	53,69 €
Psychiatrie	47,55 €
Orthopädie	20,96 €

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Computer-Tomographie-Geräte (CT)
Magnet-Resonanz-Geräte (MR)

Gemäß § 8 Abs. 2 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.

7. Pflegekostentarif gemäß BPfIV für die Abteilung Psychiatrie und Tagesklinik

siehe PEPP-Entgelttarif

8. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus 33,51 €.

9. Aufnahme von medizinisch begründeten Begleitpersonen gemäß § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG

1. Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehört gemäß § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 KHEntgG auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson in unmittelbarer Nähe des Patienten.

2. Über die medizinische Notwendigkeit entscheidet der Krankenhausarzt.
3. Für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag können 45,00 € für Unterkunft und Verpflegung berechnet werden, jedoch nicht für Entlassungs- und Verlegungstage.

10. Zuzahlungen

Pro Kalendertag vollstationärer Behandlung, maximal jedoch für 28 Kalendertage im Jahr, müssen 10,00 Euro zugezahlt werden. Hierfür erhalten Sie nach Beendigung Ihres Aufenthaltes eine Rechnung des Klinikums oder Ihrer Krankenkasse.

11. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2017 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2017 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV zusammengefasst und abgerechnet.

12. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 11 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.

13. Entgelte für Wahlleistungen

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

a. Ärztliche Leistungen

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntgG und § 22 Abs. 3 BPfIV). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung

ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit das Krankenhaus selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.

Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung. Nach § 6a GOÄ erfolgt bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen/privatärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25 %.

Bei Leistungen und Zuschlägen von Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten um 15 %. Das Arzthonorar wird in der Regel gesondert von den jeweils liquidationsberechtigten Krankenhausärzten geltend gemacht, sofern nicht die Verwaltung des Klinikums oder eine externe Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt tätig wird.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom nachfolgend aufgeführten Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtungen persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts (§ 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ/GOZ) erbracht:

Haus Zschopau

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Innere Medizin	Chefarzt Dr. Hempel	Oberarzt Dr. Atmanspacher
Viszeralchirurgie	Chefarzt Dr. Dorn	Ltd. Oberarzt Dr. Müller
Traumatologie	Chefarzt Dr. Haselhoff	Ltd. Oberarzt Dr. Hofmann
Gynäkologie/Geburtshilfe	Ltd. Oberärztin Dr. Gebhardt	Ltd. Oberärztin Dr. Brenner
Psychiatrie	Chefarzt Müller-Humbert	OA Dr. Mohamed-Ali
Radiologie	Chefarzt Dr. Walther	Oberärztin DM Stöckel
Anästhesie	Ltd. Chefarzt Dr. Heide	Ltd. Oberarzt DM Pautz
Fachabteilung	Belegarzt	
Orthopädische Belegabteilung	Dr. Geißler / Dr. Hahn	
HNO Belegabteilung	Dr. Thiele / DM Reichel	

Haus Olbernhau

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Chirurgie	Chefarzt Dr. Friedrich	Oberarzt Dr. Jakob
Innere Medizin	Chefärztin DM Uhlig	Oberarzt DM Barthel

Die ärztlichen Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von diesen nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

b. Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer

Preis je 1-Bett-Zimmer / Tag

- Haus Zschopau

Gynäkologie / Geburtshilfe	21,40 €
Psychiatrie	21,40 €
Chirurgie / Orthopädie/HNO	38,05 €
Innere Medizin	38,05 €

- Haus Olbernhau

alle Fachabteilungen 59,92 €

c. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson (Wahlleistung) je Berechnungstag (incl. Mwst.)

Übernachtung	18,50 €
Frühstück	3,00 €
Mittagessen	4,50 €
Abendessen	3,00 €

d. Unterbringung im Familienzimmer der Wochenstation (incl. Mwst.)

Übernachtung 20,55 €

Verpflegung für Angehörige und Begleitpersonen je Person

Frühstück	3,00 €
Mittagessen	4,50 €
Abendessen	3,00 €

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2017 in Kraft.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen folgende Mitarbeiter unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung:

Haus Zschopau - Mitarbeiter Patientenaufnahme, Telefon HA 1134, 1127
Haus Olbernhau – Mitarbeiter Patientenaufnahme, Telefon HA 9

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 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.

Anlage

Klinikum Mittleres Erzgebirge gGmbH

Zu- / Abschläge nach KHEntgG, KHG bzw. SGB V

Stand: 01.01.2017

Nr.	Zuschlagsart	gesetzliche Grundlage	Höhe Haus Zschopau	Höhe Haus Olbernhau
1	Erlösausgleich	§ 5, Abs. 4 Satz 1 KHEntG		2,90%
2	Zuschlag Arbeitszeitbedingungen	§ 4, Abs. 13 alt, jetzt 8 KHEntg		
3	Zuschlag für Budgetunterdeckung	§ 4, Abs. 9 KHEntG		
4	Zuschlag Aufstockung Pflegepersonal	§ 4, Abs.10 KHEntG		
5	Zuschlag Finanzierung EGK	§ 291a, Abs, 7a, Satz 6 SGB V		
6	Mehrleistungsabschlag	§ 4 (2a), Satz 1, KHEntG		
7	Konvergänzverlängerun g	§ 5 (6), KHEntG		
8	Ausbildungszuschlag		50,61 €	66,81 €
9	QS-Zuschlag für jeden vollstationären Fall	§ 17b, Abs. 1, Satz 5 KHG § 8, Abs. 4 KHEntgG	1,08 €	1,08 €
10	DRG - Systemzuschlag vollstationär/teilstationär	§ 17b, Abs. 5 KHG / § 91 SGB V	1,30 € 1,49 €	1,30 € 1,49 €
11	Versorgungszuschlag	§ 8 Abs. 10 Satz 2 KHEntgG		
12	Hygieneförderprogramm	§ 4 Abs. 11 KHEntgG	0,20 v. H./je BWR	

Die Erläuterungen zu den Inhalten der Zu- und Abschläge erhalten Sie in unserer Patientenabrechnung in beiden Häusern oder auch telefonisch unter folgenden Rufnummern:

Haus Zschopau: 03725 / 40-1134

Haus Olbernhau: 037360 / 10-0