Klinikum
Mittleres Erzgebirge gGmbH

PEPP-Entgelttarif 2017 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich der BPflV und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Abs. 6 BPflV

Die

Klinikum Mittleres Erzgebirge gGmbH

berechnet ab dem **01.01.2017** folgende Entgelte:

Die Entgelte für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie der BPflV in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über mit Bewertungsrelationen bewertete pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) anhand des PEPP-Entgeltkataloges abgerechnet.

1. Pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) gemäß § 7 S. 1 Nr. 1 BPflV i.V.m. § 1 Absatz 1 PEPPV 2017

Jedem PEPP ist mindestens eine tagesbezogene Bewertungsrelation hinterlegt, deren Höhe sich aus den unterschiedlichen Vergütungsklassen des PEPP-Entgeltkataloges ergibt. Die Bewertungsrelationen können im Rahmen der Systempflege jährlich variieren. Die für die Berechnung des PEPP jeweils maßgebliche Vergütungsklasse ergibt sich aus der jeweiligen Verweildauer des Patienten im Krankenhaus. Der Bewertungsrelation ist ein in Euro ausgedrückter Basisentgeltwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet. Der derzeit gültige Basisentgeltwert liegt bei **217,98 €/BWR** und unterliegt ebenfalls jährlichen Veränderungen.

Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 1a oder Anlage 2a bzw. Anlage 5 der PEPPV 2017 jeweils mit dem Basisentgeltwert multipliziert und das Ergebnis kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet wird. Für die Rechnungsstellung wird die Anzahl der Berechnungstage je Entgelt addiert und mit dem ermittelten Entgeltbetrag multipliziert. Berechnungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts inklusive des Verlegungs- oder Entlassungstages aus dem Krankenhaus; wird ein Patient am gleichen Tag aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahmetag und zählt als ein Berechnungstag.

PEPP-Entgelttarif

PEPP-Entgeltkatalog

Bewertungsrelationen bei vollstationärer Versorgung

PEPP	Bezeichnung	Anzahl Berechnungtage / Vergütungsklasse	Bewertungsrelation je Tag
1	2	3	4
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre, oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität	1	1,3323
		2	1,2349
		3	1,2236
		4	1,2110
		5	1,1983
		6	1,1856
		7	1,1729
		8	1,1602
		9	1,1475
		10	1,1348
		11	1,1221
		12	1,1094
		13	1,0967
		14	1,0840
		15	1,0714
		16	1,0587

Anhand des nachfolgenden Beispiels bemisst sich die konkrete Entgelthöhe für die **PEPP PA04A** bei einem **hypothetischen Basisentgeltwert von 250,00 €** und einer **Verweildauer von 12 Berechnungstagen** wie folgt:

PEPP	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Basisentgeltwert	Entgelthöhe
PA04A	*Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre, oder mit Komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität*	1,1094	250,00 €	12 x 277,35 **= 3.328,20 €**

Bei einer **Verweildauer von z.B. 29 Berechnungstagen** ist die tatsächliche Verweildauer länger als die letzte im Katalog ausgewiesene Vergütungsklasse. Damit ist für die Abrechnung die Bewertungsrelation der letzten Vergütungsklasse heranzuziehen.

Dies würde zu folgendem Entgelt führen:

PEPP	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Basisentgeltwert	Entgelt
PA04A	*Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre, oder mit Komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität*	1,0587	250,00	29 x 264,68 **= 7.675,72 €**

Welche PEPP bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es insbesondere 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 mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte durch die Anlagen 1a und 2a bzw. die Anlage 5 der PEPP-Vereinbarung 2017 (PEPPV 2017) vorgegeben.

2. Ergänzende Tagesentgelte gemäß § 6 PEPPV 2017

Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BPflV können bundeseinheitliche ergänzende Tagesentgelte abgerechnet werden.

Die ergänzenden Tagesentgelte sind, wie die PEPP mit Bewertungsrelationen hinterlegt:

Anlage 5 **PEPP-Version 2017**

PEPP-Entgeltkatalog
Katalog ergänzender Tagesentgelte

ET	Bezeichnung	ET_D	OPS Version 2017		Bewertungs-relation je Tag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
ET01	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen		9-640.0	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung	
		ET01.04	9-640.06	6 bis unter 12 Stunden pro Tag	1,2269
		ET01.05	9-640.07	12 bis unter 18 Stunden pro Tag	2,0057
		ET01.06	9-640.08	18 oder mehr Stunden pro Tag	3,0124
ET02 [1)]	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit mindestens 3 Merkmalen	ET02.03	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	0,1508
		ET02.04	9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	0,2004
		ET02.05	9-61b	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen	0,2317
ET04	Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen		9-693.0	Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen	
		ET04.01	9-693.03	Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	0,4656
		ET04.02	9-693.04	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	0,9401
		ET04.03	9-693.05	Mehr als 18 Stunden pro Tag	1,1981
ET05	Einzelbetreuung bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen		9-693.1	Einzelbetreuung bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen	
		ET05.01	9-693.13	Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	1,3798
		ET05.02	9-693.14	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	2,0157
		ET05.03	9-693.15	Mehr als 18 Stunden pro Tag	3,0195

Fußnoten:

1) Abrechenbar ist jeder Tag mit Gültigkeit eines OPS-Kodes gem. Spalte 4, an dem der Patient stationär behandelt wird. Vollständige Tage der Abwesenheit während der Gültigkeitsdauer eines OPS-Kodes gem. Spalte 4 sind nicht abrechenbar.

Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 5 der PEPPV 2017 jeweils mit dem Basisentgeltwert multipliziert und das Ergebnis kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet wird. Für die Rechnungsstellung wird die Anzahl der Berechnungstage je Entgelt addiert und mit dem ermittelten Entgeltbetrag multipliziert.

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltekatalogen gemäß § 5 PEPPV 2017

Gemäß § 17d Abs. 2 KHG können, soweit dies zur Ergänzung der Entgelte in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, die Vertragsparteien auf Bundesebene Zusatzentgelte und deren Höhe vereinbaren. Für das Jahr 2017 werden die

bundeseinheitlichen Zusatzentgelte nach § 5 Abs. 1 PEPPV 2017 in Verbindung mit der **Anlage 3** der PEPPV 2017 vorgegeben. Daneben können nach § 5 Abs. 2 PEPPV 2017 für die in **Anlage 4** benannten, mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog nicht bewerteten Leistungen **krankenhausindividuelle Zusatzentgelte** nach § 6 Abs. 1 BPflV vereinbart werden.

Zusatzentgelte können zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a,und 2a und 5 der PEPPV 2017 oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BPflV abgerechnet werden.

Können für die Leistungen nach **Anlage 4** auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2017 noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600 Euro** abzurechnen.

Wurden für Leistungen nach **Anlage 4** im Jahr 2017 keine Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für jedes Zusatzentgelt **600 Euro** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

ZP2017-01001	224,94 €
ZP2017-01002	187,61 €
ZP2017-26	106,67 €/25 mg

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 8 PEPPV 2017

Für Leistungen, die mit den bewerteten Entgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können, haben die Vertragsparteien grundsätzlich die Möglichkeit sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 BPflV zu vereinbaren. Die krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelte ergeben sich für den Vereinbarungszeitraum 2017 aus den Anlagen 1b und 2b PEPPV 2017.

Können für die Leistungen nach **Anlage 1b** PEPPV 2017 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2017 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden vollstationären Berechnungstag **250 Euro** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 2b** PEPPV 2017 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2017 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden teilstationären Berechnungstag **190 Euro** abzurechnen.

Wurden für Leistungen nach den **Anlagen 1b und 2b** PEPPV 2017 im Jahr 2017 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für jeden vollstationären Berechnungstag **250 Euro** und für jeden teilstationären Berechnungstag **190 Euro** abzurechnen.

5. Sonstige Zuschläge

siehe Anlage

6. Aufnahme von medizinisch begründeten Begleitpersonen gemäß § 17b 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.

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

Gemäß § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte:

a) vorstationäre Behandlung

- Psychiatrie und Psychotherapie 125,78 €

b) nachstationäre Behandlung

- Psychiatrie und Psychotherapie 37,84 €

8. Entgelte für sonstige Leistungen

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

- Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus **33,51 €.**

9. 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.

PEPP-Entgeltarif

10. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 Abs. 1 und 2 PEPPV 2017 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 2 PEPPV 2017 hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Aufenthaltsdaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in ein Entgelt vorzunehmen, wenn eine Patientin oder ein Patient innerhalb von 21 Kalendertagen, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Entlassungstag der vorangegangenen Behandlung, wieder aufgenommen wird und in dieselbe Strukturkategorie einzustufen ist. Das Kriterium der Einstufung in dieselbe Strukturkategorie findet keine Anwendung, wenn Fälle aus unterschiedlichen Jahren zusammenzufassen sind. Eine Zusammenfassung und Neueinstufung ist nur vorzunehmen, wenn eine Patientin oder ein Patient innerhalb von 120 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift der Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts wieder aufgenommen wird.

Für Fallzusammenfassungen sind zur Ermittlung der Berechnungstage der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts zusammenzurechnen; hierbei sind die Verlegungs- oder Entlassungstage aller zusammenzuführenden Aufenthalte mit in die Berechnung einzubeziehen.

11. Belegärzte

Die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses sind mit den Entgelten nach den Nrn. 1 - 11 nicht abgegolten, sondern werden von dem Belegarzt gesondert berechnet.

12. 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 BPflV). 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:

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

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

Psychiatrie	21,40 €

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

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

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.02.2017 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

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in den PEPP-Entgeltkatalog mit den zugehörigen Bewertungsrelationen 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.

PEPP-Entgeltart

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	Konvergänzverlängerung	§ 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