



Ilm-Kreis-Kliniken
Arnstadt-Ilmenau gGmbH

Anlage 1

**zu den Allgemeinen Vertragsbedingungen der
Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH**

DRG-Entgelttarif 2017 für Krankenhäuser

**im
Anwendungsbereich des KHEntgG
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG**

Die IIm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH berechnen ab dem 01.01.2017 folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 1 KHEntgG.....	3
2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale gem. § 1 Abs. 2 und 3 sowie § 3 Abs.1 und 2 FPV 2017	4
3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2017	4
4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2017	5
5. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gem. § 7 Abs. 1 Ziff.3 KHEntgG.....	6
6. Zu- und Abschläge gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 4 KHEntgG.....	6
7. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. §7 Abs. 1 Ziff. 6 KHEntgG .	6
8. Qualitätssicherungszuschlag gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG.....	6
9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben	7
10. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gem. § 115 a SGB V.....	7
11. Entgelte für sonstige Leistungen	7
12. Zuzahlungen.....	8
13. Wiederaufnahme und Rückverlegung	8
14. Entgelte für Wahlleistungen	8

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 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 mit Diagnosen (ICD-10-GM Version 2017) und Prozeduren (OPS Version 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 ab 01.01.2017 gültige Basisfallwert wird in Anlage 1a aufgeführt und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Eine Beispielberechnung für das Entgelt ist in Anlage 1a erhalten.

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 Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2017 (FPV 2017) vorgegeben.

2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale 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 FPV 2017.

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2017

Gem. § 17 b Abs. 1 S. 12 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, 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 zur FPV 2017 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 2016 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Die Kliniken berechnen die in Anlage 1a aufgeführten vereinbarten krankenhausesindividuellen Zusatzentgelte.

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 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 die in Anlage 1a aufgeführten fall- bzw. tagesbezogenen krankenhausesindividuellen Entgelte vereinbart.

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

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2017 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2017 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

5. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gem. § 7 Abs. 1 Ziff.3 KHEntgG

Für folgende Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2a KHEntgG die in Anlage 1a gesonderten Zusatzentgelte vereinbart.

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

Gemäß § 7 Abs. 1 Ziff. 4 KHEntgG berechnet das Krankenhaus die Zuschläge je vollstationären Fall, die in Anlage 1a aufgeführt sind.

Ferner berechnet das Krankenhaus gem. § 17b Abs. 1 S. 4 und 6 KHG die ebenfalls in Anlage 1a aufgeführten Zuschläge/Abschläge.

7. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. §7 Abs. 1 Ziff. 6 KHEntgG

Für die Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und bundeseinheitlich festgelegten Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können und die nicht gem. § 137 c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG die in Anlage 1a aufgeführten zeitlich befristeten fallbezogenen Entgelte oder Zusatzentgelte ab.

8. Qualitätssicherungszuschlag gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG

Das Krankenhaus berechnet einen Qualitätssicherungszuschlag gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG, welcher in Anlage 1a aufgelistet wird.

9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

Das Krankenhaus berechnet zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben die in Anlage 1a aufgeführten Zuschläge.

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

Gem. § 115 a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen sowie für Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten die Entgelte, die in Anlage 1a aufgeführt sind, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind.

Gem. § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 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.

11. Entgelte für sonstige Leistungen

- a. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen die Kliniken sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
- b. Im Todesfall berechnen die Kliniken vom Sterbetag bis zur Abholung durch das Bestattungsunternehmen die in Anlage 1a aufgeführten Entgelte.
- c. Das Ausstellen von Bescheinigungen, schriftlichen Befundberichten und Gutachten auf Wunsch wird entsprechend des zur Zeit gültigen GOÄ-Tarifes berechnet.
- d. Verwaltungsentgelte werden wie in Anlage 1a aufgeführt, berechnet.

12. 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), soweit keine andere Regelung vorliegt. Der Zuzahlungsbetrag beträgt derzeit € 10,- je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43b Abs. 3 SGB V im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen beim Patienten eingefordert.

Ca. eine Woche nach Entlassung geht dem Patienten automatisch eine Rechnung über den zu leistenden Zuzahlungsbetrag zu. Diese Rechnung können Sie innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt per Banküberweisung oder direkt an den Informationen der Standorte Arnstadt und Ilmenau in bar oder per EC-Karte bezahlen.

Wir weisen vorsorglich darauf hin, das wir auch im Auftrag Ihrer Krankenkasse bei Nichtzahlung dieser Rechnung zur Einleitung des Vollstreckungsverfahrens gem. § 43b Abs. 3 SGB V verpflichtet sind, d.h. es ergeht nach Anhörung ein Leistungsbescheid, welcher anschließend an Ihre zuständige Krankenversicherung weitergeleitet wird.

13. 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 2017 zusammengefasst und abgerechnet.

14. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Klinikleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§ 22 BPfIV). Einzelheiten der Berechnung lassen sich der Anlage 3 entnehmen.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung Patientenadministration und Controlling gerne zur Verfügung.

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit 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.