
AVB-Entgelttarif

Freizeichner: Frau Marode
Freigabe: ppa Frau Aufgebauer, I.
ppa Frau Strauch
Gültigkeit
vom 01.01.2025 bis Widerruf
Dokument: PM/18/357
Revision: 12

AVB-Entgelttarif Rev. 12

Seite 1 von 10

Geltungsbereich

Elbe-Elster Klinikum GmbH

1. Allgemeines

- Die Elbe-Elster Klinikum GmbH berechnet folgende Entgelte:
 - Fallpauschalen (DRGs) gem. § 17b KHG
 - Hybrid-DRG gem. § 115f SGB V
 - Fallpauschalen (PEPPs) gem. § 17d KHG
 - Entgelte für die vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung
 - Entgelte für Wahlleistungen
 - Entgelte für sonstige Leistungen
 - Zuzahlungen
- Die Entgelte für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz), des KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz) sowie der BpflV (Bundespfllegesatzverordnung) in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen über pauschalisierte Entgelte abgerechnet, deren Höhe mit Hilfe von Bewertungsrelationen ermittelt wird.

2. DRG-Fallpauschalen

2.1. pauschalisierte Entgelte nach DRG in aktueller Version

- Das Entgelt für die Leistungen des EEK richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und dem Pflegekostentarif bzw. DRG-Entgelttarif in der jeweils gültigen Fassung. Soweit Krankenhausleistungen über diagnoseorientierte Fallpauschalen (DRG) abgerechnet werden, bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankenhausfalls, z.B. nach Hauptdiagnose, Nebendiagnose/n,
- Basisfallwert. Grundlage ist das bundesweit gültige DRG-System nebst Abrechnungsregeln.
- Die jeweilige DRG ist mit einem entsprechenden Relativgewicht (Bewertungsrelation Hauptabteilung) 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 liegt bei 4.209,36 € und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall. Zudem kommt der Pflegeanteil, der sich aus der Multiplikation des Relativgewichts für den Pflegeerlös mit dem gültigen Pflegebudget von 235,67 € und der Anzahl der stationären Tage berechnet.

- **Beispiel: Laparoskopische Cholezystektomie mit einem Krankenhausaufenthalt von 4 Behandlungstagen**

DRG	DRG-Definition	Bewertungsrelation Hauptabteilung	Basisfallwert	Bewertungsrelation Pflegerlös pro Tag	Pflegebudget	Preis
H08C	Cholezystektomie laparoskopisch	0,846	4.388,41	0,7617	235,67 €	4430,63 €

- 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 bzw. therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Die bundeseinheitlichen Fallpauschalen werden durch die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV in aktueller Version) vorgegeben.

2.2. Über- und Unterschreitungen der Grenzverweildauer

- 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 Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV in aktueller Version).

2.3. sonstige DRG-Entgelte nach § 7 FPV in aktueller Version

- Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV in aktueller Version noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, kann das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausespezifische Entgelte vereinbaren.
 - Leistungen der Anlage 3a der FPV in aktueller Version
 - teilstationäre Leistungen (Leistungen nach Anlage 3b FPV in aktueller Version und sonstige teilstationäre Leistungen)
 - Leistungen besonderer Einrichtungen nach § 17 b Abs. 1 S. 15 KHG
- Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV in aktueller Version auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 600,00 € abzurechnen.
- Können für Leistungen nach Anlage 3b FPV in aktueller Version auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 300,00 € abzurechnen.
- Wurden in der Budgetvereinbarung für das jeweilige Jahr für Leistungen nach § Anlage 3a FPV in aktueller Version keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jeden Belegungstag 450,00 € abzurechnen.

2.4. Tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 7 Abs. 1 Ziff. 6a KHEntgG

- Das Krankenhaus vereinbart mit den Krankenkassen ein Pflegebudget zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten, die dem Krankenhaus entstehen. Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt nach § 6a Abs. 4 KHEntgG über einen krankenhausespezifischen Pflegeentgeltwert, welcher berechnet wird, indem das vereinbarte Pflegebudget dividiert wird durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr.
- Der derzeit gültige krankenhausespezifische Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 KHEntgG liegt bei 235,67 € und unterliegt ebenfalls jährlichen Veränderungen.
- Für krankenhausespezifische voll- und teilstationäre Entgelte gemäß § 6 KHEntgG, für die in dem Pflegeerlöskatalog Bewertungsrelationen ausgewiesen sind, ist bis zum Wirksamwerden der Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2025 abweichend von § 15 Abs. 2 S. 3 KHEntgG die bisher geltende Entgelthöhe abzurechnen, die um die Höhe der nach Satz 1 ermittelten tagesbezogenen Pflegeentgelte zu mindern ist.

3. Hybrid-DRG

3.1. Die Hybrid-DRG ist eine Vergütungssystematik, bei der Vertragsärzte und Krankenhäuser für ausgewählte Leistungen die gleiche Vergütung erhalten (sogenannte sektorengleiche oder sektorenübergreifende Vergütung)

- Für die Abrechnung von Leistungen der Hybrid-DRG sind die gesetzlichen und vertraglichen Regelungen in der jeweils geltenden Fassung maßgebend.
- Gem. § 1 S. 3 der Hybrid-Verordnung sind mit der Hybrid-DRG „alle im Zusammenhang mit der Behandlung des Patienten mit einer in Anlage genannten Leistung entstandenen Aufwände abgegolten“.
- Die Vertragsparteien (KBV, GKV-Spitzenverband, DKG) haben sich darauf geeinigt, dass lediglich das Hybrid-DRG-Entgelt im Rahmen der Abrechnung in Rechnung gestellt wird. Dies bedeutet, dass keine Zusatzentgelte, Zu- oder Abschläge sowie sonstige Entgelte zusammen mit der Hybrid-DRG abrechenbar sind.
- Erfolgt die postoperative Nachbehandlung in den 21 Tagen nach Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung durch das die Leistung gemäß Anlage 1 durchführende Krankenhaus, ist die Hybrid-DRG um 30 EURO erhöht.
- Tagesbezogene Pflegeentgelte sind nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 6a KHEntgG nicht abrechenbar.
- Für die Hybrid-Fälle erfolgt keine Abgrenzung der Pflegepersonalkosten im Rahmen des Pflegebudgets 2025.

4. PEPP-Fallpauschalen

4.1. pauschalisierte Entgelte nach *Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)* in aktueller Version

- 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 280,87 € 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 (in aktueller Version) 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.
- 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. Die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte werden durch die Anlagen 1a und 2a bzw. die Anlage 5 der PEPP-Vereinbarung in aktueller Version vorgegeben.

4.2. ergänzende Tagesentgelte nach § 6 PEPPV in aktueller Version

- 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.
- Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 5 der PEPPV 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.

4.3. sonstige Entgelte nach §8 PEPPV in aktueller Version

- 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 krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte ergeben sich für den jeweiligen Vereinbarungszeitraum aus den Anlagen 1b und 2b PEPPV.
- Können für die Leistungen nach Anlage 1b PEPPV auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den jeweiligen Vereinbarungszeitraum noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden vollstationären Berechnungstag 250,00 € abzurechnen. Können für die Leistungen nach Anlage 2b PEPPV auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den jeweiligen Vereinbarungszeitraum noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden teilstationären Berechnungstag 190,00 € abzurechnen.
- Wurden für Leistungen nach den Anlagen 1b und 2b der PEPPV im jeweiligen Jahr keine Entgelte vereinbart sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der BpflV für jeden vollstationären Berechnungstag 250,00 € und jeden teilstationären Berechnungstag 190,00 € abzurechnen.
- Können für die Leistungen nach Anlage 6b auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2024 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag 200,00 € abzurechnen.

5. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a SGB V

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

5.1. vorstationäre Leistungen

Fachbereich	Pauschale gem. § 115 a, Satz 1 SGB V
Innere Medizin	147,25 €
Allgemeine Chirurgie	100,72 €
Gynäkologie/Geburtshilfe	119,13 €
Pädiatrie	94,08 €
Allgemeine Psychiatrie	125,78 €

5.2. nachstationäre Leistungen

Fachbereich	Pauschale gem. § 115 a, Satz 2 SGB V
Innere Medizin	53,69 €
Allgemeine Chirurgie	17,90 €
Gynäkologie/Geburtshilfe	22,50 €
Pädiatrie	37,84 €
Allgemeine Psychiatrie	37,84 €

5.3. Leistungen mit medizinischen-technischen Großgeräten

- Computer-Tomographie-Geräte (CT)
- Magnet-Resonanz-Geräte (MR)
- Linksherzkatheter-Messplätze (LHM)
- Hochvolttherapie-Geräte
- Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET)
- Gem. § 8 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG ist eine vorstationäre Behandlung neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Folgt der vorstationären Behandlung keine vollstationäre Behandlung wird das o.g. Entgelt abgerechnet.
- Eine nachstationäre Behandlung kann zusätzlich zur Fallpauschale nach DRG berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die obere Grenzverweildauer der Fallpauschale (DRG) nicht übersteigt.

- Erfolgt eine Abrechnung der Fallpauschale nach PEPP kann zusätzlich eine vorstationäre Behandlung als auch eine nachstationäre Behandlung abgerechnet werden.

6. weitere Entgelte

6.1. Zusatzentgelt

6.1.1. DRG- Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV in aktueller Version

- 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. Die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte werden durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV in aktueller Version vorgegeben.
- Die aktuell geltenden Preise für die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte sind auf der Internetseite des InEK veröffentlicht.
- Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV in aktueller Version 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.
- Bis zum Abschluss der neuen Budgetvereinbarung gelten die krankenhausespezifisch vereinbarten Preise aus der zuletzt geltenden Budgetvereinbarung und der vereinbarten Zusatzentgelte weiter.
- Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV in aktueller Version auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausespezifischen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.
- Wurden in der Budgetvereinbarung für das jeweilige Jahr für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV in aktueller Version keine krankenhausespezifischen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.
- Zusätzlich gilt für alle individuell vereinbarten Zusatzentgelte der AVB-Zusatzentgelt-Katalog gemäß Anlage 4 bzw. 6 FPV.

6.1.2. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 PEPPV in aktueller Version

- Gemäß § 17d Abs. 2 KHG können, soweit dies zur Ergänzung der Entgelte in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich sind, die Vertragsparteien auf Bundesebene Zusatzentgelte und deren Höhe vereinbaren. Die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte werden nach § 5 Abs. 1 PEPPV in aktueller Version in Verbindung mit der Anlage 3 der PEPPV in aktueller Version vorgegeben. Daneben können nach § 5 Abs. 2 PEPPV in aktueller Version für die in Anlage 4 benannten, mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog nicht bewerteten Leistungen krankenhausespezifische Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 BPfIV vereinbart werden.
- Zusatzentgelte können zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a, und 2a und 5 der PEPPV in aktueller Version oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BPfIV abgerechnet werden.
- Können für die Leistungen nach Anlage 4 PEPPV auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den aktuellen Vereinbarungszeitraum noch keine krankenhausespezifischen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.
- Wurden für Leistungen nach Anlage 4 PEPPV im jeweiligen Jahr keine Zusatzentgelte vereinbart sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der BPfIV für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.
- Zusätzlich gilt für alle individuell vereinbarten Zusatzentgelte der AVB-Zusatzentgelt-Katalog gemäß Anlage 4 PEPPV.

6.2. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 7 Ziff. 6 KHEntgG (NUBs)

- 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. § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab.
- siehe AVB-Zusatzentgelt-Katalog

6.3. Zu- und Abschläge

6.3.1. DRG-Systemzuschlag

- Auf Grund der gesetzlichen Vorgabe in § 8 Absatz 9 KHEntgG sind der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 KHG, der Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Absatz 3 Satz 1 i.V.m. § 139c SGB V, der Zuschlag für das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Absatz 8 i. V. m. § 139c SGB V sowie der nach § 377 Absatz 1 SGB V zu erhebende Telematikzuschlag in einem Systemzuschlag zu bündeln, obwohl die einzelnen Spezialgesetze einen gesonderten Ausweis dieser Zuschläge vorsehen.
- Diese Zuschläge werden erhoben zur Entwicklung, Einführung und laufenden Pflege des Systems der Abrechnung nach Fallpauschalen einschließlich dessen elektronischer Weiterentwicklung sowie zur Sicherstellung eines einheitlichen Qualitätsstandards der Krankenhausbehandlung. Der zusammengefasste Systemzuschlag beträgt zurzeit 1,73 € im (DRG und PEEP)

6.3.2. Systemzuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss (§91 Abs. 3 Satz1 SGB V)

- Die Systemzuschlagsfinanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses, des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und des Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach §§ 91 Absatz 3, 139a, 137a in Verbindung mit § 139c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beträgt zurzeit 3,17 €

6.3.3. Ausbildungskosten - Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG

- Zur Finanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege wird ein eigenständiger Ausbildungszuschlag je voll- und teilstationärem Fall erhoben. Dieser beträgt zurzeit 180,56 €.

6.3.4. Zuschlag für Ausbildung §17a KHG (Somatik und PEEP)

- Der Zuschlag beträgt derzeit 5,42 Euro

6.3.5. Zuschlag für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG

- Krankenhäuser sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage der §§ 136 und 136b SGB V zu beteiligen. Zur Finanzierung dieser Maßnahmen, die insbesondere in den vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf Grundlage des § 136 Absatz 1 Nr. 1 SGB V erlassenen Richtlinien zur Qualitätssicherung geregelt sind, wird ein Zuschlag von zurzeit 0,86 € erhoben.

6.3.6. Zuschlag für Begleitpersonen gemäß § 17b Abs. 1a Nr. 7 KHG

- Da im Rahmen Ihrer Behandlung aus medizinischen Gründen die Mitaufnahme einer Begleitperson erforderlich war, können auf der Grundlage der im Jahr 2005 in Kraft getretenen Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Absatz 1a Nr. 7 KHG für jeden Belegungstag (ausgenommen Entlass- und Verlegungstage) zurzeit 60,00 € für Unterkunft und Verpflegung der Begleitperson abgerechnet werden.

6.3.7. Zuschlag zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin gem. §4a Abs. 4 KHEntgG

- Der Nachtrag ermöglicht die im Krankenhaus-Pflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) vorgesehene Abrechnung eines Zuschlages zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin. Hierfür wird ein Entgeltschlüssel (47100045) bereitgestellt, der ab dem 1.2.2023 übermittelt werden kann und für Fälle mit einem Aufnahmedatum ab 1.1.2023 anwendbar ist. Der Zuschlag ist ausschließlich auf Fälle von Patienten im Alter von über 28 Tagen und unter 16 Jahren anzuwenden. Der Zuschlag beträgt zurzeit 12,022%.

6.3.8. Abschlag B-BEP-AbV gem. § 9 Absatz 1a Nr. 8a KHEntgG

- Zur Vermeidung einer vorzeitigen Überführung von Beatmungspatienten in die außerklinische Intensivpflege ohne Einschätzung des Beatmungsentwöhnungspotentials hat das Krankenhaus vor der Verlegung oder Entlassung beatmelter Patienten in die außerklinische Intensivpflege bzw. im Laufe der Behandlung eine Einschätzung des Beatmungsstatus durchzuführen. Unterlässt ein Krankenhaus diese Einschätzung, ist gemäß

§ 9 Absatz 1a Nr. 8a KHEntgG ein Abschlag zu zahlen. Dieser beträgt zurzeit 16 % auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Absatz 1 Satz 1, maximal jedoch 2.000,00 €.

6.3.9. Abzug für nicht anfallende Übernachtungskosten in der tagesstationären Behandlung nach § 115e Abs. 3 SGBV

- Erfolgt statt einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung im Krankenhaus ohne Übernachtung des Patienten, ist für die nicht anfallenden Übernachtungs- und Versorgungskosten ein Abzug vorzunehmen. Dieser beträgt pauschal 0,04 Bewertungsrelationen je betreffender Nacht von den für den vollstationären Aufenthalt insgesamt berechneten Entgelten, maximal jedoch 30 % dieser Entgelte.

6.3.10. weitere Entgelte

- Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung, berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand. Die erste Kopie wird ohne Entgelt gefertigt.
- Aufbewahrung von Verstorbenen/Nutzung Kühlzelle je Tag
 - Rechnung gegenüber Bestatter 20,00 €
- Anfertigung von Kopien von Krankenunterlagen Seite 1-50
 - unabhängig von der Versandform 0,50 €
 - für Patienten ist die jeweils erste Kopie kostenlos
- Anfertigung von Kopien von Krankenunterlagen ab Seite 51
 - unabhängig von der Versandform 0,15 €
 - für Patienten ist die jeweils erste Kopie kostenlos
- Anfertigung einer CD je Stück auf eigenen Wunsch 5,60 €
- sonstige Kopien je Seite 0,10 €
- Ausstellung eines Röntgenpasses je Stück auf eigenen Wunsch 0,50 €

7. Zuzahlungen

7.1. Zuzahlungspflicht gesetzlich Versicherter

- 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 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43b Abs. 3 SGB V im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen beim Patienten eingefordert.
- In Abhängigkeit der jeweiligen Krankenkasse, werden die Zuzahlungen vom Kostenträger selbst eingezogen.

7.2. Verwaltungsverfahren bei Zuzahlungspflicht

- Das Verwaltungsverfahren bei Nichtbegleichung des gesetzlichen Zuzahlungsbetrages wird wie folgt angewendet, wenn der Patient seiner Zahlungspflicht nicht am Entlassungstag nachkommt:
 - Es erfolgt eine schriftliche Zahlungsaufforderung.
 - Wird dem Zahlungsbescheid nicht nachgekommen erhalten Sie eine erneute schriftliche Zahlungsaufforderung mit der Möglichkeit einer Stellungnahme.
 - Wenn nach weiteren 14 Tagen kein Zahlungseingang zu verbuchen ist, wird gegenüber dem Patienten ein Leistungsbescheid erlassen. Diesen erhält die Krankenkasse in Kopie.
 - Sollten nochmals 14 Tagen ohne Zahlungseingang verstreichen, erfolgt die Übergabe des Verfahrens an die Krankenkasse zur Vollstreckung der Zahlungsaufforderung.

8. Wiederaufnahme und Rückverlegung

- Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV in aktueller Version oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV in aktueller Version, werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV zusammenggeführt und abgerechnet.
- Für Fallzusammenführungen, 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.

9. Belegärzte und Beleghebammen, -entbindungspfleger

- Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 6 sind nicht abgegolten:
 - die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses;
 - die Leistungen von Beleghebammen bzw. Entbindungspflegern.
 - Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Hebamme/dem Entbindungspfleger gesondert berechnet

10. Entgelte für Wahlleistungen

- Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet.

10.1. Interruptio

- Für die Interruptio (Schwangerschaftsabbruch) berechnet das Krankenhaus einen Festpreis. Auf diesen wird die jeweils gesetzlich gültige Umsatzsteuer erhoben. Die Kosten sind vom Patienten zu tragen, sofern keine medizinische Indikation vorliegt.
 - Festpreis Interruptio 519,08 €
 - ggf. Blutgruppenbestimmung 20,47 €

10.2. Sterilisation der Frau

- Für die Sterilisationsoperation bei der Frau berechnet das Krankenhaus einen Festpreis. Auf diesen wird die jeweils gesetzlich gültige Umsatzsteuer erhoben. Die Kosten sind vom Patienten zu tragen, sofern keine medizinische Indikation vorliegt.
 - Festpreis Sterilisation Frau 567,86 €

10.3. 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). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten 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 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) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs.2 Satz 3 GOÄ) erbracht.
- Hierzu bedarf es zusätzlich einer gesonderten Wahlleistungsvereinbarung, die zum jeweiligen Aufenthalt vor Ort abgeschlossen wird.

10.4. Unterbringung in Ein- und Zweibettzimmern für Patienten (soweit verfügbar)

- Die Preiskalkulationen unterliegen ausschließlich gesetzlicher Vorgaben.

10.4.1. Einbettzimmer

- je Behandlungstag in Elsterwerda 30,96 €
- je Behandlungstag in Finsterwalde 44,52 €
- je Behandlungstag in Herzberg 52,95 €

10.4.2. Zweibettzimmer

- je Behandlungstag in Finsterwalde 16,70 €
- je Behandlungstag in Herzberg 19,86 €

10.5. Unterbringung und Verpflegung von nicht medizinisch indizierten notwendigen Begleitpersonen, welche die Leistungen des Krankenhauses nutzen wollen

- Unterkunft pro Übernachtung 32,60 €
- Frühstück 3,50 €
- Mittag 5,20 €
- Abendessen 5,20 €

10.6. Nutzung Telefon/Fernsehen/W-LAN

- Pauschalbetrag für die Nutzung von Telefon, TV und WLAN täglich 2,90 €
- abzüglich des Aufnahmetages

mitgeltende Dokumente

- speziell Elbe-Elster Klinikum GmbH
 - AVB
 - AVB-Zusatzentgelt-Katalog
 - AVB-NUB-Katalog
 - Wahlleistungsvereinbarung
- allgemeingültig
 - BPfIV
 - PEPPV
 - KHG
 - SGB V
 - GOÄ
 - FPV
 - KHEntgG
 - ICD 10 – GM
 - OPS-301
 - DRG-Definitionsbandbuch
 - Pflegeerlöskatalog