
Allgemeine Vertragsbedingungen

**Allgemeine Vertragsbedingungen der Elbe-Elster Klinikum GmbH
Krankenhäuser Elsterwerda, Finsterwalde, Herzberg**

Freizeichner: Frau Orwat
Freigabe: Herr Neugebauer
Gültigkeit
vom 06.07.2020 bis Widerruf
Dokument: VFP/03/09/89
Revision: 16

AVB allgemein Rev. 16

Seite 1 von 8

1. Geltungsbereich

- Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen der Elbe-Elster Klinik GmbH, Krankenhäuser Elsterwerda, Finsterwalde, Herzberg und den Patienten bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen.

2. Rechtsverhältnis

- Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten sind privatrechtlicher Natur.
- Die AVB werden für Patienten wirksam, wenn diese jeweils ausdrücklich darauf hingewiesen wurden, von ihrem Inhalt in zumutbarer Weise Kenntnis erlangen konnten sowie sich mit ihrer Geltung einverstanden erklärt haben.

3. Umfang der Krankenhausleistungen

- Die vollstationären, teilstationären, sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen, stationsersetzende Maßnahmen und die Wahlleistungen.
- Allgemeine Krankenhausleistungen sind diejenigen Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Erkrankung des Patienten für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch:
 - die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V),
 - die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,
 - die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten
 - die besonderen Leistungen von Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von krebskranken Patienten.
- Stationersetzende Maßnahmen sind Leistungen nach § 115b SGB V
- Wahlleistungen sind die in § 6 Abs. 1 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen einzeln aufgeführten Leistungen des Krankenhauses.
- Das Vertragsangebot des Krankenhauses erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, für die das Krankenhaus nach seiner medizinischen Zielsetzung personell und sachlich ausgestattet ist.

- Der Umfang der allgemeinen Krankenhausleistungen richtet sich allein nach Art und Schwere der Erkrankungen.
- Keine Leistungen des Krankenhauses sind:
 - die Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht.
 - die Leistungen der Belegärzte, der Beleghebammen/-Entbindungspfleger, Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z.B. Prothesen, Unterarmstützen, Krankenfahrstühle),
 - Dolmetscherkosten
 - Leistungen, die nach Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß §137c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen.
- Das Vertragsangebot des Krankenhauses erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, für die das Krankenhaus im Rahmen seiner medizinischen Zielsetzung personell und sachlich ausgestattet ist.

4. Aufnahme, Verlegung, Entlassung

- Im Rahmen der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses wird aufgenommen, wer der vollstationären, der teilstationären Behandlung oder einer ambulanten Operation (stationsersetzende Maßnahmen) bedarf. Außer in Notfällen ist die Vorlage einer „Verordnung von Krankenhausbehandlung“ notwendig. Die Reihenfolge der Aufnahme richtet sich nach der Schwere und der Dringlichkeit des Krankheitsfalles.
- Wer wegen unmittelbarer Lebensgefahr oder der Gefahr einer bedrohlichen Verschlimmerung seiner Krankheit der sofortigen Behandlung bedarf (Notfall), wird - auch wenn die qualitative oder quantitative Leistungsfähigkeit des Krankenhauses nicht gegeben ist - einstweilen aufgenommen, bis seine Verlegung in ein anderes geeignetes Krankenhaus gesichert ist.
- Eine Begleitperson wird aufgenommen, wenn diese nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes für die Behandlung des Patienten medizinisch notwendig ist und die Unterbringung im Krankenhaus möglich ist. Dies gilt nicht für stationsersetzende Maßnahmen.
- Darüber hinaus kann auf Wunsch des Patienten im Rahmen der Wahlleistungen (§ 6) eine Begleitperson aufgenommen werden, wenn ausreichende Unterbringungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, der Betriebsablauf nicht behindert wird und medizinische Gründe nicht entgegenstehen. Dies gilt nicht für stationsersetzende Maßnahmen.
- Eine auf Wunsch der gesetzlich Krankenversicherten zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahe Krankenhaus ist gemäß §60 SGB V von einer Einwilligung der gesetzlichen Krankenkasse abhängig, wenn die Verlegung nicht aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist. Verweigert die gesetzliche Krankenkasse ihre Einwilligung, erfolgt die Verlegung auf ausdrücklichen Wunsch und eigene Kosten des gesetzlich Versicherten. Das Krankenhaus informiert den gesetzlichen Krankenversicherten hierüber.
- Entlassen wird,
 - wer nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes der vollstationären oder teilstationären Behandlung nicht mehr bedarf.
 - wer die Entlassung ausdrücklich wünscht.
 - Besteht der Patient entgegen ärztlichem Rat auf seiner Entlassung oder verlässt er eigenmächtig

das Krankenhaus, haftet das Krankenhaus für die entstehenden Folgen nicht.

- Eine Begleitperson wird entlassen, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 nicht mehr gegeben sind.
- Sofern keine nachstationäre Krankenhausbehandlung eingeleitet wird, endet die Leistungspflicht mit der Entlassung.
- Die Aufnahme von Patienten im Rahmen stationsersetzender Maßnahmen setzt eine Aufklärung über die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und seine Einwilligung voraus. Dazu hat der Patient die erforderlichen Angaben zu machen, die der Krankenhausarzt zur Beurteilung der Durchführbarkeit der geplanten ambulanten Operationen benötigt.

5. Vor- und nachstationäre Behandlung

- Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisung) Patienten in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um
 - die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung),
 - im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).
- Die vorstationäre Krankenhausbehandlung, die drei Behandlungstage innerhalb von fünf Kalendertagen nicht überschreiten darf, wird beendet
 - mit Aufnahme des Patienten zur vollstationären Behandlung.
 - wenn sich herausstellt, dass eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nicht oder erst außerhalb des vorstationären Zeitrahmens notwendig ist.
 - wenn der Patient die Beendigung ausdrücklich wünscht oder die Behandlung abbricht. In den Fällen b) und c) endet auch der Behandlungsvertrag.
- Die nachstationäre Krankenhausbehandlung, die sieben Behandlungstage innerhalb von vierzehn Kalendertagen nicht überschreiten darf, wird beendet, wenn
 - der Behandlungserfolg nach Entscheidung des Krankenhausarztes gesichert oder gefestigt ist,
 - der Patient die Beendigung ausdrücklich wünscht oder die Behandlung abbricht. Gleichzeitig endet auch der Behandlungsvertrag. Die Frist von 14 Tagen kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden.
- Das Krankenhaus unterrichtet den einweisenden Arzt unverzüglich über die vor- und nachstationäre Behandlung des Patienten. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird durch niedergelassene Ärzte erbracht und ist nicht Gegenstand der Krankenhausleistung.

6. Wahlleistungen

- Zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten können im Rahmen der Möglichkeiten des Krankenhauses und nach näherer Maßgabe des Pflegekostentarifes – soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden - Wahlleistungen vor Erbringung in Schriftform (Wahlleistungsvereinbarung) vereinbart und gesondert berechnet werden.
 - die ärztlichen Leistungen aller an der Behandlung beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen

- außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch soweit Sie vom Krankenhaus berechnet werden,
- die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer,
 - die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson,
 - Bereitstellung der Kommunikationsflatrate (Telefon, Fernsehergerät/Radio, W-LAN)
- In Entbindungsfällen erstreckt sich die Inanspruchnahme von Wahlleistungen durch die Mutter nicht auf gesunde Neugeborene. Für das gesunde Neugeborene bedarf es einer gesonderten Wahlleistungsvereinbarung.
 - Gesondert berechenbare ärztliche Leistungen i.S. des Abs. 1 auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, erbringt der leitende Arzt der Fachabteilung oder des Instituts des Krankenhauses persönlich oder ein unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung tätiger nachgeordneter Arzt der Fachabteilung/des Instituts (§ 4 Abs. 2 GOÄ/GOZ). Im Verhinderungsfalle übernimmt die Aufgabe des leitenden Arztes sein Stellvertreter.
 - Das Krankenhaus kann den Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung bei Patienten, die die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht bzw. erheblich verspätet gezahlt haben, ablehnen.
 - Das Krankenhaus kann Wahlleistungen sofort einstellen, wenn dies für die Erfüllung der allgemeinen Krankenhausleistungen für andere Patienten erforderlich wird; im Übrigen kann die Vereinbarung vom Patienten an jedem Tag zum Ende des folgenden Tages gekündigt werden; aus wichtigem Grund kann die Vereinbarung von beiden Teilen ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.
 - In den Belegabteilungen sind vom Patienten gewünschte Vereinbarungen über die ärztlichen Leistungen der Belegärzte, der Konsiliarärzte oder der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen – auch wenn bereits Wahlleistungen mit dem Krankenhaus vereinbart wurden – nicht mit dem Krankenhaus, sondern unmittelbar mit dem Belegarzt oder dem Konsiliararzt oder der fremden Einrichtung zu treffen.

7. Entgelt

- Das Entgelt für stationärer und teilstationärer Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und dem DRG- Entgelttarif in der jeweils gültigen Fassung, welche Bestandteil dieser AVB sind.
- Das Entgelt für ambulante Operationen im Rahmen der stationsersetzenenden Maßnahmen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und werden bei gesetzlich versicherten Patienten auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) und bei selbstzahlenden Patienten bzw. privatversicherten Patienten auf Grundlage des GOÄ-Kataloges in den jeweils gültigen Fassungen abgerechnet.
- Die Abs. 1 und 2 gelten nicht, wenn der Patient an demselben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit der ambulanten Operation/ stationsersetzenenden Leistung stationär aufgenommen wird, In diesem Fall erfolgt die Vergütung nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegesatzverordnung.

7.1. Unterrichtung des Patienten

- Patienten, bei denen eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 SGB V durchgeführt wird und die erklären, dass sie über die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen sowie die von den Krankenkassen zu zahlenden Entgelte unterrichtet werden wollen, erhalten innerhalb von 4 Wochen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung eine derartige schriftliche Information, sofern sie bzw. ihre gesetzlichen Vertreter bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung dies ausdrücklich

gegenüber der Krankenhausverwaltung erklären.

8. Abrechnung des Entgeltes bei gesetzlich Krankenversicherten, Zuzahlung

- Soweit ein öffentlich-rechtlicher Kostenträger (z.B. Krankenkassen etc.) nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften zur Zahlung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet ist, rechnet das Krankenhaus seine Entgelte unmittelbar mit diesem ab. Heilfürsorgeberechtigte sind hiervon ausgenommen. Auf Verlangen des Krankenhauses legt der Patient eine Kostenübernahmeverklärung seines Kostenträgers vor, die alle Leistungen umfasst, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung im Krankenhaus notwendig sind.
- Liegt bei Patienten eine solche Kostenübernahmeverklärung nicht vor oder deckt sie die in Anspruch genommenen Leistungen (z.B. Wahlleistungen) nicht vollständig, sind gesetzlich versicherte Patienten und Heilfürsorgeberechtigte als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgeltes für die Leistungen verpflichtet (§9). Das Krankenhaus weist die Patienten hierauf hin.
- Gesetzlich Krankenversicherte sind nach Maßgabe des § 39 Abs. 4 SGB V verpflichtet, vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Kalendertage eine Zuzahlung zu leisten. Nähere Einzelheiten ergeben sich aus dem Pflegekostentarif.

9. Abrechnung des Entgeltes bei privat Krankenversicherten oder Selbstzahlern

9.1. privat Krankenversicherten

- Bei Patienten mit gültigem Vertrag mit einer privaten Krankenversicherung oder der Kostenzusage einer privaten Krankenversicherung zugunsten des Elbe-Elster Klinikums kann direkt mit gegenüber der Krankenkasse abgerechnet werden. Voraussetzung der Direktabrechnung ist eine vom Patienten (jederzeit widerrufliche) schriftlich erteilte Abtrittserklärung sowie Zustimmung zur Übermittlung der Daten nach § 301 maschinenlesbar an die private Krankenversicherung.

9.2. Selbstzahlern

- Als Selbstzahler gelten Patienten, die:
 - gesetzlich krankenversichert sind, die Krankenkasse die Kosten aber nicht/nicht vollständig übernimmt
 - nicht medizinisch indizierten Leistungen erhalten
 - keine Krankenversicherung nachweisen können
 - privat versichert sind, aber die durchgeführte Leistung nicht der Leistungspflicht der PKV unterliegt
 - privat versichert sind, aber auf eigenen Wunsch als Selbstzahler abgerechnet werden möchten
 - bereits Schuldner des Klinikums sind
 - Wahlleistungen ohne Versicherung wünschen
- Für den Fall, dass keine Kostenübernahme eines Sozialversicherungsträgers vorliegt, ist der Patient ganz oder teilweise als Selbstzahler zur Zahlung des Entgeltes für die Krankenhausleistung verpflichtet.
- Das Klinikum ist berechtigt, eine Vorauszahlung vor Behandlungsbeginn / bei notfallmäßiger Aufnahme während des Aufenthalts, spätestens bei Entlassung wie folgt zu verlangen:
 - Bei nicht medizinisch indizierten Leistungen in Höhe von 50% der voraussichtlichen Behandlungskosten (ermittelt auf Basis eines Kostenvoranschlages)
 - Bei Wahlleistung: Unterbringung in Höhe von 100% der voraussichtlichen Behandlungsdauer

- In allen anderen Fällen in Höhe von 2.000€ oder falls bereits bekannt, im Rahmen der tatsächlich anfallenden Kosten
- Mit der Schlussrechnung werden ggf. bestehende Überzahlungen bargeldlos erstattet.
- Für Krankenhausleistungen können Zwischenrechnungen erteilt werden. Nach Beendigung der Behandlung wird eine Schlussrechnung erstellt.
- Die Nachberechnung von Leistungen, die in der Schlussrechnung nicht enthalten sind, und die Berichtigung von Fehlern bleiben vorbehalten.
- Die Zahlung des Rechnungsbetrages hat nach Zugang der Rechnung zum Fälligkeitsdatum zu erfolgen. Die Zahlungsfristen richten sich nach den gültigen gesetzlichen Bestimmungen. Zur Erfüllung nicht eingehaltener Zahlungsziele kann die Elbe-Elster Klinikum GmbH ggf. externe Dienstleister hinzuziehen. Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen in Höhe des gesetzlichen Zinssatzes sowie Mahngebühren berechnet werden.
- Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen. Für Krankenhausaufenthalte, die voraussichtlich länger als eine Woche dauern, sind vom Patienten für allgemeinen Krankenhausleistungen angemessene Vorauszahlungen zu leisten, sofern keine Kostenzusage gemäß Abs. 1 vorliegt.
- Durch die Umsatzsteuerrichtlinie 100 vom Dezember 2004 ist die Elbe-Elster Klinikum GmbH verpflichtet, bei allen medizinisch nicht indizierten Leistungen, die sich aus dem Rechnungsbetrag ergebende Umsatzsteuer von 19 % an das Finanzamt abzuführen.

10. Beurlaubung

- Eine Beurlaubung ist mit einer stationären Behandlung unvereinbar.
- Während der stationären Behandlung werden Patienten nur aus therapeutischen Gründen und nur mit Zustimmung des Leitenden Abteilungsarztes beurlaubt.

11. Ärztliche Eingriffe

- Eingriffe in die körperliche und geistig-seelische Unversehrtheit des Patienten werden nur nach seiner Aufklärung über die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und nach seiner Einwilligung vorgenommen.
- Ist der Patient außerstande, die Einwilligung zu erklären, so wird der Eingriff ohne eine Einwilligung vorgenommen, wenn dieser nach der Überzeugung des zuständigen Krankenhausarztes zur Abwendung einer drohenden Lebensgefahr oder wegen einer unmittelbar drohenden schwerwiegenden Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes unverzüglich erforderlich ist.
- Absatz 2 gilt sinngemäß, wenn bei einem beschränkt geschäftsfähigen oder geschäftsunfähigen Patienten der gesetzliche Vertreter nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar ist oder seine, dem Eingriff entgegenstehende Willenserklärung im Hinblick auf § 323 c StGB unbeachtlich ist.

12. Verstorbene/Obduktion

- Für die Liegezeit der Verstorbenen in den Kühlzellen des Krankenhauses entstehen Kosten/ Tag. Diese werden separat in Rechnung gestellt.
- Eine Obduktion kann vorgenommen werden, wenn
 - der Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat, oder
 - der erreichbare nächste Angehörige (Abs. 3) des Verstorbenen, bei gleichrangigen Angehörigen einer von ihnen, eingewilligt und dem Krankenhausarzt ein entgegenstehender Wille des Verstorbenen nicht bekannt geworden ist.

- Von der Obduktion ist abzusehen bei Verstorbenen, die einer die Obduktion ablehnende Gemeinschaft angehören, sofern nicht der Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat.
- Nächster Angehöriger im Sinne des Absatzes 1 sind der Reihe nach der Ehegatte, die volljährigen Kinder (und Adoptivkinder), die Eltern (bei Adoption die Adoptiveltern), die Großeltern, die volljährigen Enkelkinder, die volljährige Geschwister.
- Die Absätze 1 und 2 finden keine Anwendung bei einer Obduktion, die aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung von der zuständigen Behörde angeordnet ist.
- Pkt.12 findet insgesamt keine Anwendung auf die Spende und Entnahme von Organen zum Zwecke der Übertragung auf andere Menschen. Hierfür sind ausschließlich die Regelungen des Transplantationsgesetzes maßgeblich.

13. Aufzeichnungen und Daten

- Krankengeschichten, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen sind Eigentum des Krankenhauses.
- Patienten haben keinen Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen (Abs. 1).
- Das Recht des Patienten oder eines von ihm Beauftragten auf Einsicht in die Aufzeichnungen, ggf. auf Überlassung von Kopien auf seine Kosten und die Auskunftspflicht des behandelnden Krankenhausarztes bleiben unberührt. Entstehende Kosten sind vom Patienten vor der Herausgabe der Unterlagen zu erstatten.
- Das Erheben, Verarbeiten und Nutzen der Daten einschließlich ihrer Weitergabe erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses.

14. Vertraulichkeit von Patientendaten

- Alle Mitarbeiter der Elbe-Elster Klinikum GmbH sind zur Vertraulichkeit aller ihnen zugänglichen Patientendaten verpflichtet.
- Sofern der Patient mit Daten, insb. Krankengeschichten, Untersuchungsbefunden oder anderen sensiblen Informationen anderer Patienten in Berührung kommt, gilt auch hier die Pflicht zur Vertraulichkeit und Geheimhaltung.
- Das Krankenhaus übernimmt keine Verantwortung für die Pflichtinhaltung des Patienten.

15. Fotografieren im Krankenhaus/ auf dem Krankenhausgelände

- Das Fotografieren und damit ggf. einhergehende Vervielfältigen dieser Fotoaufnahmen von Patienten und Mitarbeitern ist grundsätzlich verboten.
- Ausnahmen bestehen nur, wenn die zu fotografierende Person ihre schriftliche Einwilligung erteilt hat.
- Das Krankenhaus übernimmt keine Verantwortung für das Einhalten des Verbotes durch den Patienten.

16. Hausordnung

- Das Krankenhaus hat eine Hausordnung erlassen, die der Patient zur Kenntnis erhält.

17. Eingebrachte Sachen

- In das Krankenhaus sollen nur die notwendige Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden. Der Patient behält im Krankenhaus nur die üblichen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände in seiner Obhut und übernimmt gleichzeitig dafür die Eigenverantwortung.

- Geld und Wertsachen werden bei der Verwaltung in zumutbarer Weise unentgeltlich verwahrt.
- Bei handlungsunfähig eingelieferten Personen werden Geld und Wertsachen in Gegenwart eines Zeugen festgestellt und der Verwaltung zur Verwahrung übergeben.
- Zurückgelassene Sachen (Gebrauchsgegenstände) gehen in das Eigentum des Krankenhauses über, wenn sie nicht innerhalb von 3 Monaten nach Entlassung aus dem Krankenhaus abgeholt werden.
- Abs. 4 gilt nicht für Geld und Wertsachen. Eine Aufbewahrung, Herausgabe und Verwertung der Sachen erfolgen unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen. Die Aufbewahrung liegt im Ermessen der Elbe-Elster Klinikum GmbH.

18. Haftungsbeschränkung

- Für eingebrachte Sachen, die in der Obhut des Patienten bleiben, und für Fahrzeuge des Patienten, die auf dem Krankenhausgrundstück oder auf einem vom Krankenhaus bereitgestellten Parkplatz abgestellt sind, haftet das Krankenhaus nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit; das Gleiche gilt bei Verlust von Geld und Wertsachen, die nicht der Verwaltung zur Verwahrung übergeben wurden.
- Haftungsansprüche wegen Verlustes oder Beschädigung von Geld und Wertsachen, die durch die Verwaltung verwahrt wurden sowie für Nachlassgegenstände, die sich in der Verwahrung der Verwaltung befunden haben, müssen innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Erlangung der Kenntnis von dem Verlust oder der Beschädigung schriftlich geltend gemacht werden; die Frist beginnt frühestens mit der Entlassung des Patienten.

19. Zahlungsort

- Der Zahlungspflichtige hat seine Schuld auf seine Gefahr und seine Kosten in Finsterwalde zu erfüllen. Als Gerichtsstand wird der Geschäftssitz der Auftragnehmer vereinbart.

mitgeltende Dokumente

- Entgelttarif
- NUB-Katalog
- Zusatzentgelt-Katalog
- Hausordnung
- Wahlleistungsvereinbarung
- Aufnahme- und Behandlungsvertrag
- EBM-Katalog
- GOÄ-Katalog

Anmerkungen

- Dieses Dokument setzt die AVB stationär Rev.15 vom 20.04.2020 und die AVB ambulant Rev.0 vom 29.12.2016 außer Kraft.
- Dieses Dokument unterliegt in elektronischer Form der Dokumentenlenkung. Im Intranet des EEK ist immer die aktuelle Version des Dokumentes hinterlegt. Ausgedruckte Exemplare unterliegen nicht der Dokumentenlenkung.
- Eine turnusmäßige Revision erfolgt, wenn nicht anders erforderlich nach 3 Jahren.
- Das Dokument unterliegt dem Änderungsdienst. Änderungen erfolgen unter Einbeziehung des QMB. Bei Änderungen ist ein Exemplar der ungültigen Ausgabe noch min. 3 Jahre beim QMB aufzubewahren.

AVB-Entgelttarif

Freizeichner: Frau MArode

Freigabe: Herr Winkler

Gültigkeit

vom 02.01.2026 bis Widerruf

Dokument: PM/18/357

Revision: 17

AVB-Entgelttarif Rev. 17

Seite 1 von 10

Geltungsbereich

Elbe-Elster Klinikum GmbH

1. Fallpauschalen (DRGs) gemäß § 7 Abs. 1 S. 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 diagnostisch orientierte Fallpauschalen (sog. Diagnosis Related Groups – DRG) abgerechnet. Entsprechend der DRG-Systematik bemisst sich das konkrete Entgelt grundsätzlich 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 Version 2026) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2026) 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 textlicher 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 variiieren kann. Diesem Relativgewicht ist ein in Euro ausgedrückter Basisfallwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet. Der derzeit gültige Basisfallwert liegt bei **4563,87 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor oder andere Kopfverletzungen und bestimmte Fraktur	0,541	€ 4.600,00	€ 2.488,60
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	3,015	€ 4.600,00	€ 13.869,00

- 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 2026 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalsystem für Krankenhäuser für das Jahr 2026 (Fallpauschalenvereinbarung 2026 – FPV 2026) vorgegeben.
2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gemäß § 1 Abs. 2 und 3 sowie § 3 Abs. 1 und 2 FPV 2026
- Der nach den oben beschriebenen DRG-Systematik zu ermittelndem 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 Fallpauschalsystem für Krankenhäuser für das Jahr 2026 (FPV 2026).
3. Hybrid-DRG gemäß § 115f SGB V
- Gemäß § 115f Abs. 1 SGB V unterfallen die in einem Katalog festgelegten Leistungen einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG), unabhängig davon, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär mit Übernachtung erbracht wird.
 - Die betreffenden Leistungen sind in den Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 aufgeführt, ebenso wie die jeweils abzurechnende Hybrid-DRG, welche mit einem festen Eurobetrag vergütet wird.

Beispiel: Leistungsbereich Bestimmte Hernieneingriffe

OPS-Kode	OPS-Text
5-530.00	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion
5-530.01	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Hydrozelenwandresektion

Hybrid-DRG	Bezeichnung	Fallpauschale der Hybrid-DRG ohne postoperative Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte A) in Euro	Fallpauschale der Hybrid-DRG zuzüglich postoperativer Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte B) in Euro
G09N	Hybrid-DRG der DRG G09Z (Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dünnd- und Dickdarm)	3.492,10	3.522,10
G24N	Hybrid-DRG der DRG G24B (Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC)	2.760,24	2.790,24

- Die Leistungen beginnen nach Abschluss der Indikationsstellung und der Überprüfung der Operationsfähigkeit mit der Einleitung der Maßnahmen zur Operationsplanung und -vorbereitung und enden mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung.
- Für die gesamte Dauer der erbrachten Leistungen ist die Fallpauschale unabhängig von der Anzahl der beteiligten Leistungserbringer nur einmal berechnungsfähig.
- Im Falle einer postoperativen Nachbehandlung kann eine um 30 € erhöhte Fallpauschale berechnet werden.
- Eine Berechnung von Entgelten für vereinbarete Wahlleistungen bleibt unberührt.

4. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltekatalogen gemäß § 5 FPV 2026

- Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, 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) gemäß § 17b Abs. 1 S. 7 KHG Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2026 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2026 vorgegeben.
- Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2026 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 2026 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 2026 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2026 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

5. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2026

- Für die Vergütung von Leistungen, die noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:
 - z.B. Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2026
 - z.B. unbewertete teilstationäre Leistungen, die nicht in Anlage 3b FPV 2026 aufgeführt sind
 - z.B. Leistungen besonderer Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 S. 10 KHG
- Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **600,00 €** abzurechnen. Können für die Leistungen nach Anlage 3b FPV 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **300,00 €** abzurechnen.
- Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2026 für Leistungen nach Anlage 3a FPV 2026 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

6. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gemäß § 7 Abs. 1 S. 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 gemäß § 6 Abs. 2a KHEntgG folgende gesonderte Zusatzentgelte vereinbart
- Diese entnehmen Sie bitte dem nachfolgenden mitgeltenden AVB_Zusatzentgelt-Katalog.

7. Zusatzentgelt für Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gemäß der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG

- Für Kosten, die dem Krankenhaus für Testungen von Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden, auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 entstehen, rechnet das Krankenhaus auf Grund der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG gesondert folgende Zusatzentgelte ab:
 - Testung durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR, PoC-PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.05.2023: **30,40 €.**
 - Testung mittels Antigen-Test zur patientennahen Anwendung durch Dritte zum direkten Erreger nachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (PoC-Antigentest) bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2021: **11,50 €.**

8. Zu- und Abschläge bzw. Abzüge

- Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:
 - Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **0,00 €**
 - Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PfIBG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **0,00 €**

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1a Nr. 7 KHG in Höhe von **60,00 € pro Tag**
- MArodeSicherstellungszuschlag gemäß § 4a Abs. 4 KHEntgG **12,022 %**
- Systemzuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss (§91 Abs.3 Satz1 SGB V):
 - Die Systemzuschlagsfinanzierung des Gemeinsamen Bundes-ausschusses, 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 **3,12€**
- Zuschlag zur Sicherstellung einer zusätzlichen Finanzierung von Krankenhaus-standorten in ländlichen Versorgungslagen gemäß § 5 Abs. 2a KHEntgG je abgerechneten voll- und teilstationären Fall in Höhe von **0,00 €**
- Zuschlag für Zentren/Schwerpunkte nach § 5 Abs. 3 KHEntgG **0,00 €**
- Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG **0,00 €**
- Zuschlag wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG je vollstationären Teil **0,00€**
- Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG in Höhe von **0 %**
- Zu- oder Abschlag bei Eingliederung von besonderen Einrichtungen in das DRG-Vergütungssystem gemäß § 4 Abs. 7 KHEntgG auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG **0 %**
- Fixkostendegressionsabschlag gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen in Höhe von **0 %**
- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG in Höhe von **0 %**
- Zu- und Abschläge für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG Zuschlag in Höhe von **0,84 €**
- Abschlag wegen Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i Abs. 5 SGB V i.V.m. § 8 Abs. 4 KHEntgG **0,00 €**
- Abschlag wegen Nichteinhaltung der Personalvorgaben in der Pflege nach § 137k Abs. 4 SGB V **0,00€**

- Zuschlag für klinische Sektionen nach § 5 Abs. 3b KHEntgG je voll- und teilstationären Fall **0,00 €**
- Zuschlag nach § 5 Abs. 3d KHEntgG für implantatbezogene Maßnahmen nach § 2 Nr. 4
Implantatregistergesetz in Höhe von **18,24 €**
- Zuschlag nach § 5 Abs. 3g S. 1 KHEntgG für jeden voll- und jeden teilstationären Fall, für den es im Rahmen der Krankenhausbehandlung entstandene Daten auf der elektronischen Patientenakte speichert **0,00 €**
- Abschlag nach § 5 Abs. 3e KHEntgG wegen unzureichendem Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 341 Abs. 7 Satz 1 SGB V auf den Rechnungsbetrag, mit Ausnahme der Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG, für jeden voll- und teilstationären Fall **1%**
- Zuschlag nach § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 3 der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG **0 %**
- Abschlag nach § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 4 der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG **0 %**
- Abschlag nach § 5 Abs. 3h KHEntgG wegen fehlender Bereitstellung der in § 19 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 bis 6 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung aufgezählten digitalen Dienste auf den Rechnungsbetrag für jeden voll- und teilstationären Fall, mit Ausnahme der Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4. in Höhe von **0 %**
- Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8a KHEntgG wegen fehlender Einschätzung des Beatmungsstatus auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG in Höhe von **16%, maximal jedoch 2.000,00 €.**
- Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8b KHEntgG wegen fehlender Anschlussverordnung zur Beatmungsentwöhnung in Höhe von **einmalig 280 €**
- Zuschlag nach § 5 Abs. 3k KHEntgG zur Auszahlung des Erlös volumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG in Höhe von **11,692 %**
- Abzug für nicht anfallende Übernachtungskosten in der tagesstationären Behandlung nach § 115e Abs. 3 SGB V in Höhe von **0,04 Bewertungsrelationen** je betreffender Nacht, **maximal jedoch 30%** der Entgelte für den Aufenthalt insgesamt
- Zuschlag nach § 5 Abs. 2c KHEntgG zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern in Höhe von **0,00 €**

- Zuschlag nach § 5a Abs. 1 KHWiSichVi.V.m. § 7 Abs. 1 der Corona-Ausgleichsvereinbarung 2022 oder Abschlag nach § 5a Abs. 1 KHWiSichVi.V.m. § 7 Abs. 2 Corona-Ausgleichsvereinbarung 2022 in Höhe von **0 €**
- Abschlag für Versäumnisse bei der Übersendung von Budgetunterlagen nach § 11 Abs. 4 KHEntgG auf den Rechnungsbeträge für jeden voll- oder teilstationären Fall in Höhe von **1%**

9. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 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 gemäß § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab.
- Diese entnehmen Sie bitte dem nachfolgenden mitgeltenden AVB_NUB-Katalog.

10. 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 krankenhausindividuellen 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 Pflegeentgeltwert beträgt: **260,51 €**

11. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **1,59 €**
- Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V bzw. des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **3,12 €**

12. Telematikzuschlag nach § 377 Abs. 1 SGB V

- Zuschlag zum Ausgleich der den Krankenhäusern entstehenden Kosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattung in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie der Betriebskosten des laufenden Betriebs der Telematikinfrastruktur (Telematikzuschlag) nach § 377 Abs. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **0,00 €**

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

- Gemäß § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind:
 - vorstationäre Behandlung

▪ Chirurgie in Höhe von	100,72 €
▪ Innere in Höhe von	147,25 €
▪ Gyn/Geb in Höhe von	119,13 €
▪ Pädiatrie in Höhe von	94,08 €
○ nachstationäre Behandlung	
▪ Chirurgie in Höhe von	17,90 €
▪ Innere in Höhe von	53,69 €
▪ Gyn/Geb in Höhe von	22,50 €
▪ Pädiatrie in Höhe von	38,84 €
○ Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten	

Leistung	Beschreibung	Preis in €
CT 5369	Höchstwert für Nummer 5370 – 5374	122,71
CT 5370	Computertomographie (CT) im Kopfbereich	81,81
CT 5371	CT im Hals- und/oder Thoraxbereich	94,,08
CT 5372	CT im Abdomenbereich	106,35
CT 5373	CT der Hals-, Brust- und/oder Lendenwirbelsäule	77,72
CT 5374	CT des Skelettes	77,72
CT 5375	CT der Aorta in ihrer gesamten Länge	81,81
CT 5376	Ergänzendes CT zu Nr. 5370 -5375, min. 1 zusätzliche Serie	20,45
CT 5377	CT zur Bestrahlung/ interventionelle Maßnahme	40,90
CT 5380	CT zur Bestimmung des Mineralgehaltes	12,27
MR 5700	Magnetresonanztomografie (MRT) im Kopfbereich	179,97
MR 5702	MRT Wirbelsäule	171,79
MR 5715	MRT Thorax	175,88
MR 5720	MRT Abdomen und/oder Becken	179,97
MRT 5721	MRT Mamma(e)	163,61
MR 5729	MRT Gelenke oder Abschnitte Extremitäten	98,17
MR 5730	MRT Extremitäten mit Darstellung von min. 2 großen Gelenken	163,61
Mr 5731	Ergänzende Serie	40,90
MR 5732	Zuschlag zu Nr. 5700 – 5730	40,90
MR 5733	Zuschlag computergesteuerte Analyse	32,72
MR 5735	Höchstwert zu Nr. 5700 – 5730	245,42

- Gemäß § 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.

14. 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.

15. Zuzahlungen

15.1.Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 4 SGB V

- Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlungen – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beträgt derzeit **10,00€ je Kalendertag** (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

15.2.Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten für Übergangspflege nach § 39e Abs. 2 SGB V

- Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der Übergangspflege nach § 39e SGB V – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beträgt derzeit **10,00€ je Kalendertag** (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 1 SGB V beim Patienten geltend gemacht. Dabei sind bereits geleistete Zuzahlungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung anzurechnen.

16. Wiederaufnahme und Rückverlegung

- Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2026 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2026 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2026 zusammengefasst und abgerechnet.

17. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

- Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 12 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; 2. die Leistungen von Beleghebammen bzw. Entbindungspflegern.
 - Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Hebamme / dem Entbindungspfleger gesondert berechnet
- Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Hebamme / dem Entbindungspfleger gesondert berechnet.

18. Entgelte für Wahlleistungen

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

18.1.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 €**

18.2.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 €**

18.3.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.

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

- Die Preiskalkulationen unterliegen ausschließlich gesetzlicher Vorgaben.

18.4.1. Einbettzimmer

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

18.4.2. Zweibettzimmer

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

18.5.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 € |

18.6.Nutzung Telefon/ Fernsehen/ W-LAN

- Pauschalbetrag für die Nutzung von Telefon, TV und W-LAN täglich abzüglich des Aufnahmetage **2,90€**

AVB-Entgelttarif PEPP

Freizeichner: Frau Marode
Freigabe: Herr Winkler
Gültigkeit
vom 02.01.2026 bis Widerruf
Dokument: PM/25/444
Revision: 2

AVB-Entgelttarif PEPP Rev.2

Seite 1 von 1

Geltungsbereich

Elbe-Elster Klinikum GmbH

1. Allgemeines

- Die Entgelte für die allgemeinen vollstationären, stationsäquivalenten und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie der BPfIV 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.

2. Pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) gemäß § 7 S. 1 Nr. 1 BPfIV i.V.m. § 1 Absatz 1 PEPPV in der jeweils aktuellen 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 **336,10 €** 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 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.

Anlage 1a**PEPP-Version 2026**

PEPP-Entgeltkatalog
Bewertungsrelationen bei vollstationärer Versorgung

PEPP	Bezeichnung	Anzahl Berechnungstage / Vergütungsklasse	Bewertungsrelation je Tag
1	2	3	4
Strukturkategorie Psychiatrie, vollstationär			
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 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18	1,4596 1,2946 1,2811 1,2663 1,2514 1,2365 1,2217 1,2068 1,1920 1,1771 1,1623 1,1474 1,1325 1,1177 1,1028 1,0880 1,0731 1,0582

PEPP Entgeltkatalog Stand 14.10.2025

- Anhand des nachfolgenden Beispiels bemisst sich die konkrete Entgelthöhe für die **PEPP PA04A** bei einem **hypothetischen Basisentgeltwert von 330,00 €** und einer **Verweildauer von 12 Berechnungstagen** wie folgt:

PEPP	Bezeichnung	Bewertungs- relation	Basis- entgeltwert	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	1,1474	340,00 €	12 x 390,12 = 4.681,32 €

- 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	Bewertungs- relation	Basis- entgeltwert	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	1,0582	340,00	29 x 359,79 = 10.433,91 €

- 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 2026 werden die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte durch die Anlagen 1a und 2a bzw. die Anlage 5 der PEPP-Vereinbarung 2026 (PEPPV 2026) vorgegeben.

3. Ergänzende Tagesentgelte gemäß § 6 PEPPV 2026

- Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a PEPPV 2026 oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BPfIV können bundeseinheitliche ergänzende Tagesentgelte nach der Anlage 5 PEPPV 2026 abgerechnet werden.
- Die ergänzenden Tagesentgelte sind, wie die PEPP, mit Bewertungsrelationen hinterlegt:

Anlage 5 PEPP-Version 2026					
ET	Bezeichnung	ET _D	OPS Version 2026		Bewertungsrelation / 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	Mehr als 6 bis zu 12 Stunden pro Tag	1,1951
			ET01.05 9-640.07	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	2,0100
			ET01.06 9-640.08	Mehr als 18 Stunden pro Tag	2,8632
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	0,1925
			ET02.04 9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	0,2088
			ET02.05 9-61b	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen	0,2311
ET04	Intensive Betreuung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen		9-693.0	Intensive Betreuung 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	0,5701
			ET04.02 9-693.04	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	0,7474
			ET04.03 9-693.05	Mehr als 18 Stunden pro Tag	1,3082
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	1,1874
			ET05.02 9-693.14	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	1,6922
			ET05.03 9-693.15	Mehr als 18 Stunden pro Tag	2,8648

Fußnote:

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

PEPP-Entgeltkatalog Stand: 14.10.2025

- Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 5 PEPPV 2026 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.

- 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 2026 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** nach § 5 Abs. 1 PEPPV 2026 in Verbindung mit der **Anlage 3** PEPPV 2026 vorgegeben. Daneben können nach § 5 Abs. 2 PEPPV 2026 für die in **Anlage 4** PEPPV 2026 benannten, mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog nicht bewerteten Leistungen **krankenhausindividuelle Zusatzentgelte** nach § 6 Abs. 1 BPfIV vereinbart werden.
- Zusatzentgelte können zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a und 6a oder den Entgelten nach den Anlagen 1b, 2b und 6b PEPPV 2026 oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BPfIV abgerechnet werden.
- Können für die Leistungen nach **Anlage 4** auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2026 noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600 Euro** abzurechnen.
- Wurden für Leistungen nach **Anlage 4** im Jahr 2026 keine Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für jedes Zusatzentgelt **600 Euro** abzurechnen.

4. Zusatzentgelt für Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gemäß der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG

- Für Kosten, die dem Krankenhaus für Testungen von Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden, auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 entstehen, rechnet das Krankenhaus auf Grund der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG gesondert folgende Zusatzentgelte ab:
 - Testung durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR, PoC-PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.05.2023: **30,40 €**
 - Testung mittels Antigen-Test zur patientennahen Anwendung durch Dritte zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (PoC-Antigentest) bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2021: **11,50 €**

5. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 8 PEPPV 2026

- 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 Satz 1 BPfIV zu vereinbaren. Die krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelten ergeben sich für den Vereinbarungszeitraum 2026 aus den Anlagen 1b, 2b und 6b PEPPV 2026.
- Können für die Leistungen nach **Anlage 1b** PEPPV 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2026 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden vollstationären Berechnungstag **250 Euro** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 2b** PEPPV 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2026 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden teilstationären Berechnungstag **190 Euro** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 6b** auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2026 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag **200 Euro** abzurechnen.
- Wurden für Leistungen nach den **Anlagen 1b und 2b** PEPPV 2026 im Jahr 2026 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.

6. Zu- und Abschläge bzw. Abzüge

- Zu- und Abschläge für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17d Abs. 2 S. 4 i.V.m. § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG in Höhe von **0,84 €**
- Zuschläge und Abschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben und besonderer Tatbestände zum Rechnungsbetrag für jeden voll- oder teilstationären Fall:
 - DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **1,59 €**
 - Zuschlag für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V bzw. des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall in Höhe von **3,12 €**
 - Zuschlag zum Ausgleich der den Krankenhäusern entstehenden Kosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattung in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie der Betriebskosten des laufenden Betriebs der Telematikinfrastruktur (Telematikzuschlag) nach § 377 Abs. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **0 €**
 - Zuschlag für Ausbildungskosten nach § 17a Abs. 6 KHG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **0,00 €**
 - Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PfIBG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **0,00 €**
 - Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **60,00 €** pro Tag
 - Zuschlag für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG je abgerechneten vollstationärem Fall in Höhe von **0,20 €**
 - Zuschlag nach § 5 Abs. 6 BPfIV für jeden voll- und jeden teilstationären Fall, für den es im Rahmen der Krankenhausbehandlung entstandene Daten auf der elektronischen Patientenakte speichert in Höhe von **0 €**
 - Abschlag nach § 5 Abs. 5 BPfIV wegen unzureichendem Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 341 Abs. 7 Satz 1 SGB V in Höhe von **1 %** des Rechnungsbetrags, mit Ausnahme der Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG, für jeden voll- und teilstationären Fall
 - Abschlag nach § 5 Abs. 7 BPfIV wegen fehlender Bereitstellung der in § 19 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 bis 6 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung aufgezählten digitalen Dienste in Höhe von **0 %** des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall, mit Ausnahme der Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4
 - Zuschlag nach § 5a Abs. 1 KHWiSichV i.V.m. § 7 Abs. 1 der Corona-Ausgleichsvereinbarung 2022 oder **Abschlag** nach § 5a Abs. 1 KHWiSichVi.V.m. § 7 Abs. 2 Corona-Ausgleichsvereinbarung 2022 in Höhe von **0,00 €**

- Abschlag für Versäumnisse bei der Übersendung von Budgetunterlagen nach § 11 Abs. 4 BPfIV in Höhe von **1 %** des Rechnungsbetrages für jeden voll- und teilstationären Fall
- Zuschlag für Sofort-Transformationskosten nach § 8 Abs 7 Satz 1 BPfIV in Höhe von **3,25%** des Rechnungsbetrages bei Patientinnen und Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung.

7. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 6 Abs. 4 BPfIV

- Für die Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den nach § 17d KHG auf Bundesebene bewerteten Entgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können und die nicht gemäß § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 4 BPfIV folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:
 - NUB 2026 Spravato (Esketamin) **221,16 €**

8. Entgelte für regionale oder strukturelle Besonderheiten gemäß § 6 Abs. 2 BPfIV

- Für regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung, die nicht bereits sachgerecht vergütet werden, rechnet das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2 BPfIV folgende tages-, fall- oder zeitraumbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

○ ZP 2026-26.01 Gabe von Paliperidon, 75 mg bis unter 125 mg	513,52 €
○ ZP 2026-26.02 Gabe von Paliperidon, 125 mg bis unter 175 mg	770,28 €
○ ZP 2026-26.03 Gabe von Paliperidon, 175 mg bis unter 250 mg	1091,23 €
○ ZP 2026-26.04 Gabe von Paliperidon, 250 mg bis unter 325 mg	1476,37 €
○ ZP 2026-26.05 Gabe von Paliperidon, 325 mg bis unter 400 mg	1861,51 €
○ ZP 2026-26.06 Gabe von Paliperidon, 400 mg bis unter 475 mg	2246,65 €
○ ZP 2026-26.07 Gabe von Paliperidon, 475 mg bis unter 550 mg	2631,79 €
○ ZP 2026-26.08 Gabe von Paliperidon, 550 mg bis unter 625 mg	3016,93 €
○ ZP 2026-26.09 Gabe von Paliperidon, 625 mg bis unter 700 mg	3402,07 €
○ ZP 2026-26.10 Gabe von Paliperidon, 700 mg bis unter 775 mg	3787,21 €
○ PA16Z Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten	240 €

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

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

○ vorstationäre Behandlung <ul style="list-style-type: none"> ■ Psychiatrie und Psychotherapie 	125,78 €
○ nachstationäre Behandlung <ul style="list-style-type: none"> ■ Psychiatrie und Psychotherapie 	37,84 €
○ Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten <ul style="list-style-type: none"> ■ MRT Kopfbereich DKGNT Ziffer 5700 ■ CT Kopf DKGNT Ziffer 5370 ■ CT ergänzende Serie zusätzlich zu DKGNT Ziffern 5370 	179,97 € 81,81 € 20,45 €

10. 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.

11. Zuzahlungen

11.1.Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 4 SGB V

- Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlungen – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beträgt derzeit 10,00€ je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 3 SGB V im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen beim Patienten eingefordert.

11.2.Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten für Übergangspflege nach § 39e Abs. 2 SGB V

- Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der Übergangspflege nach § 39e SGB V – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beträgt derzeit 10,00€ je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 1 SGB V beim Patienten geltend gemacht. Dabei sind bereits geleistete Zuzahlungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung anzurechnen.

12. Wiederaufnahme und Rückverlegung

- Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 Abs. 1 und 2 PEPPV 2026 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 2 PEPPV 2026 hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Aufenthaltsdaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in einen Entgelt vorzunehmen, wenn eine Patientin oder ein Patient innerhalb von 14 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 90 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 Krankenaufenthalts zusammenzurechnen; hierbei sind die Verlegungs- oder Entlassungstage aller zusammenführenden Aufenthalte mit in die Berechnung einzubeziehen.

13. 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 – 9 nicht abgegolten, sondern werden von dem Belegarzt gesondert berechnet.

14. Entgelte für Wahlleistungen

- Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet. Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung und der Patienteninformation über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen entnehmen.

AVB-Entgelttarif PEPP

Freizeichner: Frau Marode
Freigabe: i.v. Frau Schlechter
Gültigkeit
vom 1.4.2025 bis Widerruf
Dokument: PM/25/444
Revision: 0

AVB-Entgelttarif PEPP Rev.0

Seite 1 von 1

Geltungsbereich

Elbe-Elster Klinikum GmbH

1. Allgemeines

- Die Entgelte für die allgemeinen vollstationären, stationsäquivalenten und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie der BPfIV 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.

2. Pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) gemäß § 7 S. 1 Nr. 1 BPfIV i.V.m. § 1 Absatz 1 PEPPV 2025

- 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 **605,53 €** 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 2025 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.

Anlage 1a		PEPP-Version 2025	
PEPP	Bezeichnung	Anzahl	Bewertungsrelation je Tag
		Berechnungstage / Vergütungsklasse	
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	1,4433
		2	1,3119
		3	1,2954
		4	1,2798
		5	1,2642
		6	1,2485
		7	1,2329
		8	1,2173
		9	1,2017
		10	1,1860
		11	1,1704
		12	1,1548
		13	1,1392
		14	1,1235
		15	1,1079
		16	1,0923
		17	1,0767
		18	1,0610

PEPP Entgeltkatalog Stand 14.10.2024

- Anhand des nachfolgenden Beispiels bemisst sich die konkrete Entgelthöhe für die **PEPP PA04A** bei einem **hypothetischen Basisentgeltwert von 330,00 €** und einer **Verweildauer von 12 Berechnungstagen** wie folgt:

PEPP	Bezeichnung	Bewertungs-relation	Basis-entgeltwert	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	1,1548	330,00 €	$12 \times 381,10 = 4.573,20 €$

- 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	Bewertungs-relation	Basis-entgeltwert	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	1,0610	330,00	$29 \times 350,13 = 10.153,77 €$

- 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 2025 werden die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte durch die Anlagen 1a und 2a bzw. die Anlage 5 der PEPP-Vereinbarung 2025 (PEPPV 2025) vorgegeben.

3. Ergänzende Tagesentgelte gemäß § 6 PEPPV 2025

- Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a PEPPV 2025 oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BPfIV können bundeseinheitliche ergänzende Tagesentgelte nach der Anlage 5 PEPPV 2025 abgerechnet werden.
- Die ergänzenden Tagesentgelte sind, wie die PEPP, mit Bewertungsrelationen hinterlegt:

Anlage 5		PEPP-Version 2025			
ET	Bezeichnung	ET _D	OPS Version 2025		Bewertung s-relation / 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-	
			ET01.04 9-640.06	Mehr als 6 bis zu 12 Stunden pro Tag	1,1894
			ET01.05 9-640.07	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	2,0314
			ET01.06 9-640.08	Mehr als 18 Stunden pro Tag	2,9088
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	0,1969
			ET02.04 9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	0,2148
			ET02.05 9-61b	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen	0,2377
ET04	Intensive Betreuung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen		9-693.0	Intensive Betreuung 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	0,5918
			ET04.02 9-693.04	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	0,7200
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	1,1613
			ET05.02 9-693.14	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	1,6965
			ET05.03 9-693.15	Mehr als 18 Stunden pro Tag	2,9226

Fußnote:

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

PEPP-Entgeltkatalog Stand: 14.10.2024

- Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 5 PEPPV 2025 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. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltekatalogen gemäß § 5 PEPPV 2025

- 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 2025 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** nach § 5 Abs. 1 PEPPV 2025 in Verbindung mit der **Anlage 3 PEPPV 2025** vorgegeben. Daneben können nach § 5 Abs. 2 PEPPV 2025 für die in **Anlage 4 PEPPV 2025** benannten, mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog nicht bewerteten Leistungen **krankenhausindividuelle Zusatzentgelte** nach § 6 Abs. 1 BPfIV vereinbart werden.
- Zusatzentgelte können zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a und 6a oder den Entgelten nach den Anlagen 1b, 2b und 6b PEPPV 2025 oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BPfIV abgerechnet werden.
- Können für die Leistungen nach **Anlage 4** auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2025 noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600 Euro** abzurechnen.
- Wurden für Leistungen nach **Anlage 4** im Jahr 2025 keine Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für jedes Zusatzentgelt **600 Euro** abzurechnen.

5. Zusatzentgelt für Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gemäß der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG

- Für Kosten, die dem Krankenhaus für Testungen von Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden, auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 entstehen, rechnet das Krankenhaus auf Grund der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG gesondert folgende Zusatzentgelte ab:
 - Testung durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR, PoC-PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.05.2023: **30,40 €**
 - Testung mittels Antigen-Test zur patientennahen Anwendung durch Dritte zum direkten ErregerNachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (PoC-Antigentest) bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2021: **11,50 €**

6. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 8 PEPPV 2025

- 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 Satz 1 BPfIV zu vereinbaren. Die krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelte ergeben sich für den Vereinbarungszeitraum 2025 aus den Anlagen 1b, 2b und 6b PEPPV 2025.
- Können für die Leistungen nach **Anlage 1b** PEPPV 2025 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2025 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden vollstationären Berechnungstag **250 Euro** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 2b** PEPPV 2025 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2025 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden teilstationären Berechnungstag **190 Euro** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 6b** auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2025 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag **200 Euro** abzurechnen.
- Wurden für Leistungen nach den **Anlagen 1b und 2b** PEPPV 2025 im Jahr 2025 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.

7. Zu- und Abschläge bzw. Abzüge

- Zu- und Abschläge für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17d Abs. 2 S. 4 i.V.m. § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG in Höhe von **0,86 €**
- Zuschläge und Abschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben und besonderer Tatbestände zum Rechnungsbetrages für jeden voll- oder teilstationären Fall:
 - DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **1,73 €**
 - Zuschlag für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V bzw. des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall in Höhe von **3,17 €**
 - Zuschlag zum Ausgleich der den Krankenhäusern entstehenden Kosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattung in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie der Betriebskosten des laufenden Betriebs der Telematikinfrastruktur (Telematikzuschlag) nach § 377 Abs. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **0 €**
 - Zuschlag für Ausbildungskosten nach § 17a Abs. 6 KHG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **5,42 €**
 - Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **180,56 €**
 - Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **60,00 €** pro Tag
 - Zuschlag für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG je abgerechneten vollstationärem Fall in Höhe von **0 €**
 - Zuschlag nach § 5 Abs. 6 BPfIV für jeden voll- und jeden teilstationären Fall, für den es im Rahmen der Krankenhausbehandlung entstandene Daten auf der elektronischen Patientenakte speichert in Höhe von **0 €**
 - Abschlag nach § 5 Abs. 5 BPfIV wegen unzureichendem Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 341 Abs. 7 Satz 1 SGB V in Höhe von **0 %** des Rechnungsbetrags, mit Ausnahme der Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntG, für jeden voll- und teilstationären Fall
 - Abschlag nach § 5 Abs. 7 BPfIV wegen fehlender Bereitstellung der in § 19 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 bis 6 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung aufgezählten digitalen Dienste in Höhe von **0 %** des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall, mit Ausnahme der Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4
 - Zuschlag nach § 5a Abs. 1 KHWiSichV i.V.m. § 7 Abs. 1 der Corona-Ausgleichsvereinbarung 2022 oder Abschlag nach § 5a Abs. 1 KHWiSichV i.V.m. § 7 Abs. 2 Corona-Ausgleichsvereinbarung 2022 in Höhe von **0 €**
 - Abschlag für Versäumnisse bei der Übersendung von Budgetunterlagen nach § 11 Abs. 4 BPfIV in Höhe von **0 %**

8. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 6 Abs. 4 BPfIV

- Für die Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den nach § 17d KHG auf Bundesebene bewerteten Entgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können und die nicht gemäß § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 4 BPfIV folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:
 - NUB 2025-01 Spravato (Esketamin) **221,16 €**

9. Entgelte für regionale oder strukturelle Besonderheiten gemäß § 6 Abs. 2 BPfIV

- Für regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung, die nicht bereits sachgerecht vergütet werden, rechnet das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2 BPfIV folgende tages-, fall- oder zeitraumbезогене Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

○ ZP 2025-26.01 Gabe von Paliperidon, 75 mg bis unter 125 mg	513,52 €
○ ZP 2025-26.02 Gabe von Paliperidon, 125 mg bis unter 175 mg	770,28 €
○ ZP 2025-26.03 Gabe von Paliperidon, 175 mg bis unter 250 mg	1091,23 €
○ ZP 2025-26.04 Gabe von Paliperidon, 250 mg bis unter 325 mg	1476,37 €
○ ZP 2025-26.05 Gabe von Paliperidon, 325 mg bis unter 400 mg	1861,51 €
○ ZP 2025-26.06 Gabe von Paliperidon, 400 mg bis unter 475 mg	2246,65 €
○ ZP 2025-26.07 Gabe von Paliperidon, 475 mg bis unter 550 mg	2631,79 €
○ ZP 2025-26.08 Gabe von Paliperidon, 550 mg bis unter 625 mg	3016,93 €
○ ZP 2025-26.09 Gabe von Paliperidon, 625 mg bis unter 700 mg	3402,07 €
○ ZP 2025-26.10 Gabe von Paliperidon, 700 mg bis unter 775 mg	3787,21 €
○ PA16Z Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten	240 €

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

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

○ vorstationäre Behandlung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychiatrie und Psychotherapie 	125,78 €
○ nachstationäre Behandlung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychiatrie und Psychotherapie 	37,84 €
○ Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten <ul style="list-style-type: none"> ▪ MRT Kopfbereich DKGNT Ziffer 5700 ▪ CT Kopf DKGNT Ziffer 5370 ▪ CTergänzende Serie zusätzlich zu DKGNT Ziffern 5370 	179,97 € 81,81 € 20,45 €

11. 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.

12. Zuzahlungen

12.1. Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 4 SGB V

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

12.2. Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten für Übergangspflege nach § 39e Abs. 2 SGB V

- Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der Übergangspflege nach § 39e SGB V – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beträgt derzeit 10,00 € je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 1 SGB V beim Patienten geltend gemacht. Dabei sind bereits geleistete Zuzahlungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung anzurechnen.

13. Wiederaufnahme und Rückverlegung

- Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 Abs. 1 und 2 PEPPV 2025 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 2 PEPPV 2025 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 14 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 90 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 zusammenführenden Aufenthalte mit in die Berechnung einzubeziehen.

14. 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 – 9 nicht abgegolten, sondern werden von dem Belegarzt gesondert berechnet.

15. Entgelte für Wahlleistungen

- Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet. Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung und der Patienteninformation über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen entnehmen.

NUB-Katalog

Katalog zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)

Freizeichner: Frau Marode
Freigabe: Herr Neugebauer
Gültigkeit
vom 12.07.2023 bis Widerruf
Dokument: PM/16/310
Revision: 2

Rev.2

Seite 1 von 1

Entgelte, die gemäß § 6 Absatz 1 KHEntgG noch nicht nach DRG-Fallpauschalenkatalog und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können. (NUB-E3.2)

Externer Stabilisator-Scaffold der Anastomose eines AV-Shunts im Rahmen der Shuntchirurgie	5-392.8	1500,00 €

Die vereinbarten Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werden im Folgejahr bis zur Vorlage der neuen Entgeltvereinbarung weiter abgerechnet. Sollten verschiedene Methoden in krankenhausindividuell vereinbarte Zusatzentgelte umgewandelt werden, wird, wenn vereinbart, das Entgelt des NUB für das krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelt der Höhe nach bis zum Vorliegen einer neuen Vereinbarung abgerechnet.

Zusatzentgelt-Katalog

Freizeichner: Frau Marode
Freigabe: Herr Neugebauer
Gültigkeit
vom 12.07.2023 bis Widerruf
Dokument: PM/13/203
Revision: 7

Rev.7

Seite 1 von 3

1. Geltungsbereich

- Der Zusatzentgelt-Katalog gilt, soweit nichts anders vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen der Elbe-Elster Klinikum GmbH, Krankenhäuser Elsterwerda, Finsterwalde, Herzberg und den Patienten bei vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen.

2. Allgemeines

- Neben den bundeseinheitlichen Zusatzentgelten, können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2022 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 2022 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.
- Wurden in der Budgetvereinbarung keine Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2022 für krankenhausindividuelle Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

3. DRG-Bereich

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Preis
ZE2022-03	ECMO und PECLA	auf Anfrage
ZE2022-09	Hämoperfusion	auf Anfrage
ZE2022-25	Modulare Endoprothesen Hüfte	auf Anfrage
ZE2022-25	Modulare Endoprothesen Knie	auf Anfrage
ZE2022-25	Modulare Endoprothesen Schulter	auf Anfrage
ZE2022-49	HIPEC/HITOC	auf Anfrage
ZE2022-50	Implantation einer (Hybrid)-Prothese an der Aorta	auf Anfrage
ZE2022-53	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm	auf Anfrage
ZE2022-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	auf Anfrage
ZE2022-58	Gabe von Alpha-1-Proteininaseninhibitor human, parenteral	auf Anfrage

ZE2022-67	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal	auf Anfrage
ZE2022-74	Gabe von Sunitinib, oral	auf Anfrage
ZE2022-75	Gabe von Sorafenib, oral	auf Anfrage
ZE2022-84	Gabe von Ambrisentan, oral	auf Anfrage
ZE2022-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	auf Anfrage
ZE2022-111	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral	auf Anfrage
ZE2022-112	Gabe von Abirateronacetat, oral	auf Anfrage
ZE2022-113	Gabe von Cabazitaxel, parenteral	auf Anfrage
ZE2022-121	Gabe von Etanercept, parenteral	auf Anfrage
ZE2022-123	Gabe von Caspofungin, parenteral	auf Anfrage
ZE2022-124	Gabe von Voriconazol, oral	auf Anfrage
ZE2022-125	Gabe von Voriconazol, parenteral	auf Anfrage
ZE2022-137	Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII	auf Anfrage
ZE2022-138	Gabe von Fibrinogenkonzentrat	auf Anfrage
ZE2022-139	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	auf Anfrage
ZE2022-142	Gabe von Aflibercept, intravenös	auf Anfrage
ZE2022-143	Gabe von Eltrombopag, oral	auf Anfrage
ZE2022-148	Gabe von Adalimumab, parenteral	auf Anfrage
ZE2022-151	Gabe von Rituximab, intravenös	auf Anfrage
ZE2022-152	Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik	auf Anfrage
ZE2022-154	Gabe von Anidulafungin, parenteral	auf Anfrage
ZE2022-156	Gabe von Posaconazol, parenteral	auf Anfrage

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

DRG	Bezeichnung	Preis
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	245,00 € / Tag
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	200,48 € / Tag

4. PEPP-Bereich

- 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. Nach § 5 Abs. 2 PEPPV 2022 können für die in Anlage 4 PEPPV 2022 benannten, mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog nicht bewerteten Leistungen krankenhausindividuelle Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 BPfIV vereinbart werden.
- Können für die Leistungen nach Anlage 4 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2022 noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

- Wurden für Leistungen nach Anlage 4 im Jahr 2022 keine Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Preis
ZP2019-01	Elektrokonvulsionstherapie (EKT) Grundleistung	295,96 €
ZP2019-01	Elektrokonvulsionstherapie (EKT) Therapiesitzung	200,82 €
ZE2019-26	Gabe von Paliperidon, intramuskulär	auf Anfrage

- tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte:

Entgelt	Bezeichnung	Preis
PA16Z	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten	240 € / Tag

5. Anmerkungen

- Dieses Dokument setzt den Zusatzentgelt-Katalog Rev.4 vom 09.01.2016 außer Kraft.
- Dieses Dokument unterliegt in elektronischer Form der Dokumentenlenkung. Im Intranet des EEK ist immer die aktuelle Version des Dokumentes hinterlegt. Ausgedruckte Exemplare unterliegen nicht der Dokumentenlenkung.
- Eine turnusmäßige Revision erfolgt, wenn nicht anders erforderlich nach 3 Jahren.
- Das Dokument unterliegt dem Änderungsdienst. Änderungen erfolgen unter Einbeziehung des QMB. Bei Änderungen ist ein Exemplar der ungültigen Ausgabe noch min. 3 Jahre beim QMB aufzubewahren.