

---

# 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.
- Stationsersetzende 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 (stationersetzende 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 stationersetzende 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 stationersetzende Maßnahmen.
- Eine auf Wunsch der gesetzlich Krankenversicherten zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse erfolgte Verlegung in ein wohnortnahes 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 stationärsersetzender 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 stationsersetzenden 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/ stationsersetzenden 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 Kostenübernahmeerklärung 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 Kostenübernahmeerklärung 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 volljährigen 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, Untersuchungsbefunde 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 Pflichterhaltung des Patienten.

### **15. Fotografieren im Krankenhaus/ auf dem Krankenhaugelände**

- 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. Eingebraachte 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.

#### **mitgelte 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 28.03.2024 bis Widerruf  
Dokument: PM/18/357  
Revision: 9

Rev. 9

---

Seite 1 von 10

## Geltungsbereich

Elbe-Elster Klinikum GmbH

### 1. Allgemeines

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

### 2. DRG- Fallpauschalen

#### 2.1. pauschalisierte Entgelte nach DRG in aktueller Version

- Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie des KHEntgG in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über diagnoseorientierte Fallpauschalen (sog. Diagnosis Related Groups - DRG -) abgerechnet. Entsprechend der DRG-Systematik bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalls.
- Die Zuweisung zu einer DRG erfolgt über verschiedene Parameter. Die Wichtigsten sind hierbei die Hauptdiagnose sowie gegebenenfalls durchgeführte Prozeduren (Operationen, aufwändige diagnostische oder therapeutische Leistungen). Eventuell vorhandene Nebendiagnosen können zudem die Schweregradeinstufung beeinflussen. Für die Festlegung der Diagnosen beziehungsweise Prozeduren stehen Kataloge mit circa 69.000 Diagnosen (ICD-10-GM aktuelle Version) und circa 70.000 Prozeduren (OPS-301 aktuelle Version) 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 gültigen DRG -Klassifikationssystem (DRG - Definitionshandbuch) festgelegt. Das DRG - Definitionshandbuch beschreibt die DRGs einerseits alphanumerisch, andererseits mittels textlichen Definitionen. Ergänzend finden sich hier auch Tabellen von zugehörigen Diagnosen oder Prozeduren.
- Die jeweilige DRG ist mit einem entsprechenden Relativgewicht (Bewertungsrelation Hauptabteilung) bewertet, welches im Rahmen der DRG - Systempflege jährlich variieren kann. Diesem Relativgewicht ist ein in Euro ausgedrückter Basisfallwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet. Der derzeit gültige

Basisfallwert liegt bei 4.209,36 € und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall. Zudem kommt der Pflegeanteil, der sich aus der Multiplikation des Relativgewichts für den Pflegeerlös mit dem gültigen Pflegebudget von 185,84€ und der Anzahl der stationären Tage berechnet.

- **Beispiel: Laparoskopische Cholezystektomie mit einem Krankenhausaufenthalt von 5 Tagen**

DRG	DRG-Definition	Bewertungsrelation Hauptabteilung	Basisfallwert	Bewertungsrelation Pflegeerlös pro Tag	Pflegebudget	Preis
H08C	Cholezystektomie laparoskopisch	0,832	4.209,36	0,7593	185,84€	4207,74€
H64Z	Erkrankung von Gallenblase und Gallenwege	0,426	4.209,36	0,7315	185,84€	2.472,89€

- Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Diagnose(n) am Ende des stationären Aufenthaltes gestellt und welche diagnostischen bzw. therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Die bundeseinheitlichen Fallpauschalen werden durch die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV in aktueller Version) vorgegeben.

## 2.2. Über- und Unterschreitungen der Grenzverweildauer

- Der nach der oben beschriebenen DRG - Systematik zu ermittelnde Preis setzt voraus, dass DRG - spezifische Grenzen für die Verweildauer im Krankenhaus nicht über- oder unterschritten werden. Bei Über- oder Unterschreiten dieser Verweildauern werden gesetzlich vorgegebene Zu- oder Abschläge fällig. Die näheren Einzelheiten und das Berechnungsverfahren hierzu regelt die Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV in aktueller Version).

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

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

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

- Das Krankenhaus vereinbart mit den Krankenkassen ein Pflegebudget zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten, die dem Krankenhaus entstehen. Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt nach § 6a Abs. 4 KHEntgG über einen krankenhaushausindividuellen Pflegeentgeltwert, welcher berechnet wird, indem das vereinbarte Pflegebudget dividiert wird durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr.
- Der derzeit gültige krankenhaushausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 KHEntgG liegt bei 185,84 € und unterliegt ebenfalls jährlichen Veränderungen.

- Für Krankenhausindividuelle voll- und teilstationäre Entgelte gemäß § 6 KHEntgG, für die in dem Pflegeerlöskatalog Bewertungsrelationen ausgewiesen sind, ist bis zum Wirksamwerden der Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2024 abweichend von § 15 Abs. 2 S. 3 KHEntgG die bisher geltende Entgelthöhe abzurechnen, die um die Höhe der nach Satz 1 ermittelten tagesbezogenen Pflegeentgelte zu mindern ist.

### **3. PEPP-Fallpauschalen**

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

- Jedem PEPP ist mindestens eine tagesbezogene Bewertungsrelation hinterlegt, deren Höhe sich aus den unterschiedlichen Vergütungsklassen des PEPP-Entgeltkataloges ergibt. Die Bewertungsrelationen können im Rahmen der Systempflege jährlich variieren. Die für die Berechnung des PEPP jeweils maßgebliche Vergütungsklasse ergibt sich aus der jeweiligen Verweildauer des Patienten im Krankenhaus. Der Bewertungsrelation ist ein in Euro ausgedrückter Basisentgeltwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet. Der derzeit gültige Basisentgeltwert liegt bei 280,87 € und unterliegt ebenfalls jährlichen Veränderungen.
- Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 1a oder Anlage 2a bzw. Anlage 5 der PEPPV (in aktueller Version) jeweils mit dem Basisentgeltwert multipliziert und das Ergebnis kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet wird. Für die Rechnungsstellung wird die Anzahl der Berechnungstage je Entgelt addiert und mit dem ermittelten Entgeltbetrag multipliziert. Berechnungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts inklusive des Verlegungs- oder Entlassungstages aus dem Krankenhaus; wird ein Patient am gleichen Tag aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahmetag und zählt als ein Berechnungstag.
- Welche PEPP bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es insbesondere darauf an, welche Diagnose(n) am Ende des stationären Aufenthaltes gestellt und welche diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte werden durch die Anlagen 1a und 2a bzw. die Anlage 5 der PEPP-Vereinbarung in aktueller Version vorgegeben.

#### **3.2. ergänzende Tagesentgelte nach §6 PEPPV in aktueller Version**

- Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BpflV können bundeseinheitliche ergänzende Tagesentgelte abgerechnet werden. Die ergänzenden Tagesentgelte sind, wie die PEPP mit Bewertungsrelationen hinterlegt.
- Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 5 der PEPPV jeweils mit dem Basisentgeltwert multipliziert und das Ergebnis kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet wird. Für die Rechnungsstellung wird die Anzahl der Berechnungstage je Entgelt addiert und mit dem ermittelten Entgeltbetrag multipliziert.

#### **3.3. sonstige Entgelte nach §8 PEPPV in aktueller Version**

- Für Leistungen, die mit den bewerteten Entgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können, haben die Vertragsparteien grundsätzlich die Möglichkeit sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 BpflV zu vereinbaren. Die krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte ergeben sich für den jeweiligen Vereinbarungszeitraum aus den Anlagen 1b und 2b PEPPV.
- Können für die Leistungen nach Anlage 1b PEPPV auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den jeweiligen Vereinbarungszeitraum noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden vollstationären Berechnungstag 250,00 € abzurechnen. Können für die Leistungen nach Anlage 2b PEPPV auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den jeweiligen Vereinbarungszeitraum noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden teilstationären Berechnungstag 190,00 € abzurechnen.
- Wurden für Leistungen nach den Anlagen 1b und 2b der PEPPV im jeweiligen Jahr keine Entgelte vereinbart sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der BpflV für jeden vollstationären Berechnungstag 250,00 € und jeden teilstationären Berechnungstag 190,00 € abzurechnen.

- Können für die Leistungen nach Anlage 6b auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2024 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag 200,00 € abzurechnen.

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

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

##### 4.1. vorstationäre Leistungen

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

##### 4.2. nachstationäre Leistungen

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

##### 4.3. Leistungen mit medizinischen-technischen Großgeräten

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

#### 5. weitere Entgelte

##### 5.1. Zusatzentgelt

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

- Gem. § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (GKV-Spitzenverbände, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte werden durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV in aktueller Version vorgegeben.
- Die aktuell geltenden Preise für die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte sind auf der Internetseite des InEK veröffentlicht.
- Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV in aktueller Version genannten Zusatzentgelte krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden. Diese

Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden.

- Bis zum Abschluss der neuen Budgetvereinbarung gelten die krankenhausindividuell vereinbarten Preise aus der zuletzt geltenden Budgetvereinbarung und der vereinbarten Zusatzentgelte weiter.
- Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV in aktueller Version auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.
- Wurden in der Budgetvereinbarung für das jeweilige Jahr für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV in aktueller Version keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.
- Zusätzlich gilt für alle individuell vereinbarten Zusatzentgelte der AVB-Zusatzentgelt-Katalog gemäß Anlage 4 bzw. 6 FPV.

#### **5.1.2. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 PEPPV in aktueller Version**

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

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

- Für die Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und bundeseinheitlich festgelegten Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können und die nicht gem. § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab.
- siehe AVB-Zusatzentgelt-Katalog

#### **5.3. Zu- und Abschläge**

##### **5.3.1. DRG-Systemzuschlag**

- Auf Grund der gesetzlichen Vorgabe in § 8 Absatz 9 KHEntgG sind der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 KHG, der Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Absatz 3 Satz 1 i.V.m. § 139c SGB V, der Zuschlag für das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Absatz 8 i. V. m. § 139c SGB V sowie der nach § 377 Absatz 1 SGB V zu erhebende Telematikzuschlag in einem Systemzuschlag zu bündeln, obwohl die einzelnen Spezialgesetze einen gesonderten Ausweis dieser Zuschläge vorsehen.
- Diese Zuschläge werden erhoben zur Entwicklung, Einführung und laufenden Pflege des Systems der Abrechnung nach Fallpauschalen einschließlich dessen elektronischer Weiterentwicklung sowie zur Sicherstellung eines einheitlichen Qualitätsstandards der Krankenhausbehandlung. Der zusammengefasste Systemzuschlag beträgt zurzeit 1,43 €

##### **5.3.2. Systemzuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss (§91 Abs.3 Satz1 SGB V)**

- Die Systemzuschlagsfinanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses, des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und des Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im

Gesundheitswesen nach §§ 91 Absatz 3, 139a, 137a in Verbindung mit § 139c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beträgt zurzeit 2,94 €

#### **5.3.3. Ausbildungszuschlag gemäß § 17a Abs. 1 KHG (PEPP)**

- Zur Sicherstellung der Ausbildung insbesondere qualifizierten medizinischen Fachpersonals (z.B. Krankenpflegehilfe, Hebammen) wird ein Ausbildungszuschlag erhoben. Dieser beträgt zurzeit 21,73 €

#### **5.3.4. Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PfIBG**

- Zur Finanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege wird ein eigenständiger Ausbildungszuschlag je voll- und teilstationärem Fall erhoben. Dieser beträgt zurzeit 183,59 €

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

- Krankenhäuser sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage der §§ 136 und 136b SGB V zu beteiligen. Zur Finanzierung dieser Maßnahmen, die insbesondere in den vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf Grundlage des § 136 Absatz 1 Nr. 1 SGB V erlassenen Richtlinien zur Qualitätssicherung geregelt sind, wird ein Zuschlag von zurzeit 0,93 € erhoben.

#### **5.3.6. Zuschlag für Begleitpersonen gemäß § 17b Abs. 1a Nr. 7 KHG**

- Da im Rahmen Ihrer Behandlung aus medizinischen Gründen die Mitaufnahme einer Begleitperson erforderlich war, können auf der Grundlage der im Jahr 2005 in Kraft getretenen Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Absatz 1a Nr. 7 KHG für jeden Belegungstag (ausgenommen Entlass- und Verlegungstage) zurzeit 45 € für Unterkunft und Verpflegung der Begleitperson abgerechnet werden.

#### **5.3.7. Zuschlag nach § 5a Abs. 1 KHWiSichV i. V. m. § 7 Abs. 1 der Corona-Ausgleichsvereinbarung 2022**

- Kommt es im Jahr 2022 im Vergleich zum Jahr 2019 aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 zu einem Erlösrückgang des Krankenhauses, wird gemäß 5a Abs. 1 KHWiSichV i. V. m. § 7 Abs. 1 Corona-Ausgleichsverordnung 2022 ein Zuschlag erhoben. Die Höhe des Zuschlages beträgt 18,41% des Rechnungsbetrages (bis 30.06.2024)

#### **5.3.8. Abschlag B-BEP-AbV gem. § 9 Absatz 1a Nr. 8a KHEntgG**

- Zur Vermeidung einer vorzeitigen Überführung von Beatmungspatienten in die außerklinische Intensivpflege ohne Einschätzung des Beatmungsentwöhnungspotentials hat das Krankenhaus vor der Verlegung oder Entlassung beatmeter Patienten in die außerklinische Intensivpflege bzw. im Laufe der Behandlung eine Einschätzung des Beatmungstatus durchzuführen. Unterlässt ein Krankenhaus diese Einschätzung, ist gemäß § 9 Absatz 1a Nr. 8a KHEntgG ein Abschlag zu zahlen. Dieser beträgt zurzeit 16% auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Absatz 1 Satz 1, maximal jedoch 2.000,00€.

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

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

#### **5.3.9. weitere Entgelte**

- Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung, berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand. Die erste Kopie wird ohne Entgelt gefertigt.
  - Aufbewahrung von Verstorbenen / Nutzung Kühlzelle je Tag  
Rechnung gegenüber Bestatter 20,00 €

- Anfertigung von Kopien von Krankenunterlagen Seite 1-50 unabhängig von der Versandform 0,50 €
  - für Patienten ist die jeweils erste Kopie kostenlos
- Anfertigung von Kopien von Krankenunterlagen ab Seite 51 unabhängig von der Versandform 0,15 €
  - für Patienten ist die jeweils erste Kopie kostenlos
- Anfertigung einer CD je Stück auf eigenen Wunsch 5,60 €
- sonstige Kopien je Seite 0,10 €
- Ausstellung eines Röntgenpasses je Stück auf eigenen Wunsch 0,50 €

## 6. Zuzahlungen

### 6.1. Zuzahlungspflicht gesetzlich Versicherter

- Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an - innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage - eine Zuzahlung ein (§ 39 Abs. 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit 10,00 € je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43b Abs. 3 SGB V im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen beim Patienten eingefordert.
- In Abhängigkeit der jeweiligen Krankenkasse, werden die Zuzahlungen vom Kostenträger selbst eingezogen.

### 6.2. Verwaltungsverfahren bei Zuzahlungspflicht

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

## 7. Wiederaufnahme und Rückverlegung

- Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV in aktueller Version oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV in aktueller Version, werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV zusammengeführt und abgerechnet.
- Für Fallzusammenführungen, sind zur Ermittlung der Berechnungstage der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts zusammenzurechnen; hierbei sind die Verlegungs- oder Entlassungstage aller zusammenzuführenden Aufenthalte mit in die Berechnung einzubeziehen.

## 8. Belegärzte und Beleghebammen, -entbindungspfleger

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

## 9. Entgelte für Wahlleistungen

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

### 9.1. 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 €

### 9.2. 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 €

### 9.3. 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.

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

- Die Preiskalkulationen unterliegen ausschließlich gesetzlicher Vorgaben.

#### 9.4.1. Einbettzimmer

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

#### 9.4.2. Zweibettzimmer

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



**9.5. 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 €  |

**9.6. Nutzung Telefon/ Fernsehen/ W-LAN**

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

**mitgeltende Dokumente**

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

# Haustarif Selbstzahler NA

## AVB Haustarif Selbstzahler Notaufnahme

Freizeichner: Frau Marode  
Freigabe: Herr Neugebauer  
Gültigkeit  
vom 04.01.2023 bis Widerruf  
Dokument: PM/23/407  
Revision: 0

Rev.0

Seite 1 von 4

### Geltungsbereich

Elbe-Elster Klinikum GmbH

**Entgelte, die gemäß dem Leistungskatalog für Selbstzahler des Elbe-Elster Klinikums vergütet werden können.  
Dieser basiert auf der GOÄ-Gebührenordnung.**

Leistung	Geb.-ziffer	Preis (€)
Beratung	1	11,00
Untersuchung	5	11,00
Ganzkörperstatus (beinhaltet Untersuchung der Haut, sichtbare Schleimhäute, der Brust und Bauchorgane, der Stütz- und Bewegungsorgane sowie orientierende neurologische Untersuchung)	8	35,00
Ausführlicher Befundbericht	75	17,00
Verband	200	6,00
Zirkulärer Verband des Kopfes oder Rumpfes (auch als Wundverband)	204	13,00
Tape-Verband kleines Gelenk	206	9,00
Tape-Verband großes Gelenk oder Zinkleimverband	207	13,00
Kleiner Schienenverband (auch Notverband bei Frakturen, Anlegen Air-cast-Schiene)	210	10,00
Schienenverband mit Einschluss von mind. zwei großen Gelenken	212	21,00
Gipsfingerling	225	9,00
Gipsschienenverband oder Gipsantoffel	228	25,00
Zirkulärer Gipsverband	230	48,00
Zirkulärer Gehgipsverband des Unterschenkels	231	48,00
Zirkulärer Gipsverband mit Einschluss von mind. zwei großen Gelenken	232	58,00
Gips- oder Gipsschienenverband mit Einschluss von mind. zwei großen Gelenken	237	50,00
Blutentnahme	250	2,00
Injektion (subkutan, submukös, intrakutan, intramuskulär)	252	2,00
Injektion (intravenös)	253	4,00

<b>Leistung</b>	<b>Geb.-ziffer</b>	<b>Preis (€)</b>
Infusion (i.v., bis 30 Minuten)	271	16,00
Infusion (i.v., mehr als 30 Minuten)	272	24,00
Tetanusimpfung	375	11,00
Punktion Gelenk	300	16,00
Punktion eines Ellenbogen-, Knie- oder Wirbelgelenkes	301	21,00
Punktion eines Schulter- oder Hüftgelenkes	302	34,00
Punktion einer Drüse, eines Schleimbeutels, Ganglions, Seroms, Hygroms, Hämatoms oder Abszesses oder oberflächlicher Körperteile	303	11,00
Ultraschalluntersuchung eines Organs	410	27,00
Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen, je Organ	420	11,00
Intravenöse Kurznarkose	451	16,00
Infiltrationsanästhesie kleiner Bezirke	490	8,00
Infiltrationsanästhesie großer Bezirke	491	16,00
Leitungsanästhesie, auch nach Oberst	493	8,00
EKG, Notfall-EKG	650	16,00
EKG, mindestens 9 Abteilungen	651	27,00
CTG	1002	21,00
Nasentamponade (Ausstopfung der Nase von vorn)	1425	7,00
Stillung von Nasenbluten mittels Ätzung und/oder Tamponade	1435	12,00
Katheterisierung Harnblase Mann	1728	8,00
Katheterisierung Harnblase Frau	1730	5,00
Einlegung eines Verweilkatheters	1732	10,00
Erstversorgung kleine Wunde	2000	9,00
Versorgung einer kleinen Wunde einschl. Naht oder Kleber	2001	17,00
Versorgung einer kleinen Wunde einschl. Umschneidung und Naht	2002	21,00
Erstversorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde	2003	17,00
Versorgung einer großen Wunde einschl. Naht	2004	32,00
Versorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde einschl. Umschneidung und Naht	2005	54,00
Behandlung einer Wunde, die nicht primär heilt (auch Nekrosenabtragung)	2006	8,00
Entfernung von Fäden oder Klammern	2007	5,00
Wund- oder Fistelspaltung	2008	12,00

Leistung	Geb.-ziffer	Preis (€)
Entfernung eines unter der Oberfläche der Haut oder Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers	2009	13,00
Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Weg	2010	51,00
Eröffnung eines subkutanen Panaritiums (ggf. einschl. Extraktion Finger- oder Zehennagel)	2030	17,00
Extraktion eines Finger- oder Zehennagels	2033	8,00
Eröffnung eines oberflächlich unter der Haut oder Schleimhaut liegenden Abszesses oder Furunkels	2428	11,00
Einrenkung der Luxation eines Finger- oder Zehengelenkes	2205	12,00
Einrenkung der Luxation eines Daumengelenkes	2207	20,00
Einrenkung der Luxation eines Hand- oder Fußgelenkes	2211	37,00
Einrenkung der Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenkes	2214	50,00
Einrenkung der Luxation eines Schultergelenkes	2217	50,00
Einrenkung der Luxation eines Schlüsselbeingelenkes oder einer Kniescheibe	2221	15,00
Einrenkung der Luxation eines Hüftgelenkes	2231	99,00
Blutbild und Blutbildbestandteile	3550	4,00
Glukose	3560	3,00
Gerinnung (PTT)	3605	3,00
Gerinnung (TPZ)	3607	3,00
Troponin-Schnelltest	A3732	12,00
Elektrolyte Calcium	3555	3,00
Elektrolyte Chlorid	3556	2,00
Elektrolyte Kalium	3557	2,00
Elektrolyte Natrium	3558	2,00
CRP	3741	13,00
Röntgen Finger oder Zehen in zwei Ebenen	5010	19,00
Röntgen Handgelenk, Mittelhand, alle Finger einer Hand, Sprunggelenk, Fußwurzel und/oder Mittelfuß, Kniescheibe (2 Ebenen)	5020	23,00
Röntgen Oberarm, Unterarm, Ellenbogengelenk, Oberschenkel, Unterschenkel, Kniegelenk, ganze Hand, ganzer Fuß, Gelenke der Schulter, Schlüsselbein, Beckenteilaufnahme, Kreuzbein oder Hüftgelenk (2 Ebenen)	5030	38,00
Teile des Skeletts in einer Ebene	5035	17,00
Beckenübersicht	5040	31,00
Schädel-Übersicht in zwei Ebenen	5090	42,00
Nasennebenhöhlen - ggf. auch in mehreren Ebenen -	5098	21,00
Halswirbelsäule (2 Ebenen)	5100	31,00
Brust- oder Lendenwirbelsäule (2 Ebenen)	5105	42,00
Ganzaufnahme der Wirbelsäule oder einer Extremität	5110	52,00

<b>Leistung</b>	<b>Geb.-ziffer</b>	<b>Preis (€)</b>
Rippen einer Thoraxhälfte, Schulterblatt oder Brustbein (1 Ebene)	5120	27,00
Brustorgane-Übersicht (1 Ebene)	5135	29,00
CCT	5370	210,00
CT Hals und/oder Thoraxbereich	5371	241,00
CT Abdominalbereich	5372	273,00
CT Skelett (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke)	5373	199,00

**mitgeltende Dokumente**

- AVB
- AVB-Zusatzentgelt-Katalog
- AVB-NUB-Katalog
- AVB-Entgelttarif

---

# 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 KHEntg 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 vereinbarende 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 krankenhausespezifische Zusatzentgelte nach § 6 Abs.1 KHEntgG vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden.
- Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2022 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausespezifischen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.
- Wurden in der Budgetvereinbarung keine Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2022 für krankenhausespezifische 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-Proteinaseinhibitor 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 krankenhausespezifische 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 krankenhausespezifische Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 BpflV vereinbart werden.
- Können für die Leistungen nach Anlage 4 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2022 noch keine krankenhausespezifischen 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 krankenhausesindividuelle 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.