



**PEPP-Entgelttarif 2018 für Krankenhäuser
im Anwendungsbereich der BpflV
und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Abs. 5 BpflV gültig ab 01. Juli 2018**

Das Christliche Krankenhaus Quakenbrück gemeinnützige GmbH berechnet/n ab dem 01. Juli 2018 folgende Entgelte:

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

1. Pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) gemäß § 7 S. 1 Nr. 1 BpflV i.V.m. § 1 Absatz 1 PEPPV 2018

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 243,60 € 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 2018 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 Aufnahme- 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 Aufnahme- und zählt als ein Berechnungstag.

Anlage 1a		PEPP-Entgeltkatalog	
		Bewertungsrelationen bei vollstationärer Versorgung	
PEPP	Bezeichnung	Anzahl Berechnungstage/ Vergütungsklasse	Bewertungsrelation je Tag
1	2	3	4
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre, oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität	1	1,3778
		2	1,2266
		3	1,2150
		4	1,2028
		5	1,1906
		6	1,1784
		7	1,1662
		8	1,1540
		9	1,1418
		10	1,1297
		11	1,1175
		12	1,1053
		13	1,0931
		14	1,0809
		15	1,0687
		16	1,0566

Anhand des nachfolgenden Beispiels bemisst sich die konkrete Entgelthöhe für die **PEPP PA04A** bei dem derzeit im CKQ gültigen **Basisentgeltwert** von **243,60 €** und einer **Verweildauer** von **12 Berechnungstagen** wie folgt:

PEPP	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Basisentgeltwert	Entgelthöhe
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre, oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität	1,1053	x 243,60 €	= 269,25 € x 12 Tage = 3.231,01 €

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

Dies würde zu folgendem Entgelt führen:

PEPP	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Basisentgeltwert	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	1,0566	x 243,60 €	= 257,39 € x 29 Tage = 7.464,25€

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 2018 werden die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte durch die Anlagen 1a und 2a bzw. die Anlage 5 der PEPP-Vereinbarung 2018 (PEPPV 2018) vorgegeben.

2. Ergänzende Tagesentgelte gemäß § 6 PEPPV 2018

Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a PEPPV 2018 oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BpflV können bundeseinheitliche ergänzende Tagesentgelte nach der Anlage 5 PEPPV 2018 abgerechnet werden.

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

Anlage 5					PEPP-Version 2018	
PEPP-Entgeltkatalog						
Katalog ergänzender Tagesentgelte						
ET	Bezeichnung	ET _D	Anzahl		Bewertungsrelation je Tag	
			OPS-KODE	OPS-Text		
1	2	3	4	5	6	
ET01	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen		9-640.0	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung		
			ET01.04	9-640.06	6 bis unter 12 Stunden pro Tag	1,2833
			ET01.05	9-640.07	12 bis unter 18 Stunden pro Tag	2,0717
			ET01.06	9-640.08	18 oder mehr Stunden pro Tag	3,1237
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	0,1667
			ET02.04	9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	0,2065
			ET02.05	9-61b	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen	0,2517
ET04	Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen		9-693.0	Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen		
			ET04.01	9-693.03	Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	0,4675
			ET04.02	9-693.04	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	0,8140
			ET04.03	9-693.05	Mehr als 18 Stunden pro Tag	1,1726

ET	Bezeichnung	ET _D		Anzahl	Bewertungsrelation je Tag
			OPS-KODE	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
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	1,4425
		ET05.02	9-693.14	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	2,0012
		ET05.03	9-693.15	Mehr als 18 Stunden pro Tag	3,1073

Fußnoten:

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

Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 5 PEPPV 2018 jeweils mit dem Basisentgeltwert multipliziert und das Ergebnis kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet wird. Für die Rechnungsstellung wird die Anzahl der Berechnungstage je Entgelt addiert und mit dem ermittelten Entgeltbetrag multipliziert.

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 PEPPV 2018

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 2018 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** nach § 5 Abs. 1 PEPPV 2018 in Verbindung mit der **Anlage 3** PEPPV 2018 vorgegeben. Daneben können nach § 5 Abs. 2 PEPPV 2018 für die in **Anlage 4** PEPPV 2018 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 PEPPV 2018 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 2018 noch keine krankenhausesindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600 €** abzurechnen.

Wurden für Leistungen nach **Anlage 4** im Jahr 2018 keine Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für jedes Zusatzentgelt **600 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus hat 2018 keine Zusatzentgelte vereinbart.

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 8 PEPPV 2018

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 BPfIV zu vereinbaren. Die krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte ergeben sich für den Vereinbarungszeitraum 2018 aus den Anlagen 1b, 2b und 6b PEPPV 2018.

Können für die Leistungen nach **Anlage 1b** PEPPV 2018 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2018 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden vollstationären Berechnungstag **250 €** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 2b** PEPPV 2018 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2018 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden teilstationären Berechnungstag **190 €** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 6b** auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2018 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag **200 €** abzurechnen.

Wurden für Leistungen nach den **Anlagen 1b und 2b** PEPPV 2018 im Jahr 2018 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für jeden vollstationären Berechnungstag **250 €** und für jeden teilstationären Berechnungstag **190 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus hat 2018 keine sonstigen Entgelte für Leistungen gemäß § 8 PEPPV 2018 vereinbart.

5. Zu- und Abschläge gemäß § 7 BPfIV

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 1,24 €

Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben und besondere Tatbestände

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von 1,31 €
- 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 1,70 €¹
- Zuschlag für Ausbildungskosten nach § 17a Abs. 6 KHG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von 121,57 €
- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von 45,00 € pro Tag²
- 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 €

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

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

a) vorstationäre Behandlung

- Psychiatrie und Psychotherapie	125,78 €
- Psychosomatik	99,19 €
- Psychotherapeutische Medizin	99,19 €

b) nachstationäre Behandlung

- Psychiatrie und Psychotherapie	37,84 €
- Psychosomatik	47,55 €
- Psychotherapeutische Medizin	47,55 €

7. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung
2. Abgaben von Hilfsmitteln, die dem Kranken mitgegeben werden (z.B. Gehhilfen, Krankenfahrräder etc.)
3. Heilmittelabgaben, die über die allgemeine Krankenhausleistung hinausgehend erwünscht wird
4. Leichenschau (Obduktion) ggf. einschließlich klinischer Sektion und die Ausstellung einer Todesbescheinigung.
Entgelt für die Punkte 1-4: Erstattung des tatsächlichen Aufwandes
5. Weitere Leistungen aufgrund besonderer Vereinbarungen. Es gilt das vereinbarte Entgelt.

8. Zuzahlungen

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten

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,- 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.

9. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 Abs. 1 und 2 PEPPV 2018 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 2 PEPPV 2018 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 Aufnahme der Aufnahme-Tag sowie jeder weitere Tag des Kran-

kenhausaufenthalts zusammenzurechnen; hierbei sind die Verlegungs- oder Entlassungstage aller zusammenzuführenden Aufenthalte mit in die Berechnung einzubeziehen.

10. Belegärzte

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

11. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntG):

a. Ärztliche Leistungen:

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit das Krankenhaus selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.

Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung. Nach § 6a GOÄ erfolgt bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen/privatärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25%; bei Leistungen und Zuschlägen von Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten um 15%. Das Arzthonorar wird in der Regel gesondert von den jeweils liquidationsberechtigten Krankenhausärzten geltend gemacht, sofern nicht die Verwaltung des Klinikums oder eine externe Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt tätig wird.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom nachfolgend aufgeführten Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtungen persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts (§ 4 Abs.2 Satz 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs.2 Satz 3 GOÄ/GOZ) erbracht:

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Anästhesie und Intensivmedizin	CA. Dr. med. Birmes	OA Dr. med. Bommers
Medizinische Klinik Allgemein Innere Pneumologie Kardiologie Diabetologie	CA Dr. med. Grade CA Dr. med. Bronnert CA MD F. Abdullah Ltd. Zentrumsarzt Dr. med. Thienel	OA Dr. med. Sostmann Stellv. Ltd. Arzt Dr. med. Druckmiller Ltd. OA S. Tokmic Ltd. OÄ Dr. med. Koch
Chirurgische Klinik Allgemein-/Visceralchirurgie Gefäßchirurgie Unfall-/Wiederherstellungschirurgie Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie Neuro-/Wirbelsäulenchirurgie	CA Dr. med. Reuter CA Dr. med. Asimi-Lissar CA Drs. med. Hogt CA Dr. med. Bode Ltd. Zentrumsarzt Prof. Dr. med. Steinsträßer Ltd. Zentrumsarzt Prof. Dr. med. Klekamp Ltd. Zentrumsarzt Dr. med. Voß Ltd. Zentrumsarzt Dr. med. Höpfner Ltd. Zentrumsarzt Dr. med. Hashemi	OÄ Dr. med. Uptmoor OÄ Fr. Marcinkowska gegenseitige Vertretung n.n. gegenseitige Vertretung
Neurologie	CA Dr. med. Hotz	OÄ Dr. med. Schmock
Psychiatrie / Psychotherapie	CA Univ.-Prof. Dr. med. Dr. scient pth. Dipl.-Psych.Boerner	OA Dr. med. Kaufold
Psychosomatik / Psychotherapeutische Medizin	CÄ Weiss	OA Dr. med. Hoffmann

Die ärztlichen Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von diesen, nach den für sie geltenden Tarifen, berechnet.

b. Unterbringung in einem 1- bzw. 2-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Die Gesamtkosten für die Unterbringung werden aus den Kosten pro Berechnungstag gebildet. Berechnungstag in diesem Sinn ist der Tag der Aufnahme zuzüglich jedes weiteren Aufenthaltstages. Der Tag der Entlassung bzw. Verlegung wird bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer mit eigener Sanitärzone (Psychiatrie / Psychotherapie, Psychosomatik / Psychotherapeutische Medizin)	67,90 €
Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer mit eigener Sanitärzone und Sonderausstattung (Psychiatrie / Psychotherapie, Psychosomatik / Psychotherapeutische Medizin)	27,86 €
Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson (ohne medizinische Indikation)	33,00 €
Bereitstellung eines Telefonapparates Grundgebühr täglich (bis 14 Tage) incl. MwSt.	0,95 €
Gebühr je Einheit incl. MwSt. (Die Wahlleistung Telefon ist nur eingeschränkt möglich)	0,12 €

Inkrafttreten

Dieser PEPP-Entgelttarif tritt am **01. Juli 2018** in Kraft.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen folgende Mitarbeiter unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung:

- Frau Netheler, App. 18 18
- Frau Kurkowka, App. 29 20

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

Insgesamt kann die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Dies gilt insbesondere für Selbstzahler. Prüfen Sie bitte, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung versichert sind.

Anmerkungen:

¹ Die Zuschläge für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V, des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V werden gemeinsam erhoben und als ein gemeinsamer Zuschlag in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen.

² Eine Vereinbarung zur Höhe des Zuschlages, ähnlich der *Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1a Nr. 7 KHG* für den somatischen Bereich, wurde für die Psychiatrie und Psychosomatik nicht getroffen.