

PEPP-Entgelttarif **2022** für Krankenhäuser  
im Anwendungsbereich der BPfIV  
und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Abs. 5 BPfIV

Das Fliedner Krankenhaus Neunkirchen  
Theodor-Fliedner-Str. 12  
66538 Neunkirchen

berechnet ab dem **01.07.2022** folgende Entgelte:

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.

**1. Pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) gemäß § 7 S. 1 Nr. 1 BPfIV i.V.m. § 1 Absatz 1 PEPPV **2022****

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 **254,92 €** 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 **2022** 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.

**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	1,4622
		2	1,2858
		3	1,2704
		4	1,2547
		5	1,2392
		6	1,2235
		7	1,2080
		8	1,1923
		9	1,1768
		10	1,1611
		11	1,1456
		12	1,1300
		13	1,1144
		14	1,0988
		15	1,0832
		16	1,0676
		17	1,0520
		18	1,0364

PEPP-Entgeltkatalog Stand: 11.10.2021

Anhand des nachfolgenden Beispiels bemisst sich die konkrete Entgelthöhe für die **PEPP PA04A** bei einem **hypothetischen Basisentgeltwert von 300,00 €** 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	1,1300	300,00 €	12 x 339,00  = <b>4.068 €</b>

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	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	1,0364	300,00	29 x 310,92  = <b>9.016,68 €</b>

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 2022 werden die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte durch die Anlagen 1a und 2a bzw. die Anlage 5 der PEPP-Vereinbarung 2022 (PEPPV 2022) vorgegeben.

## 2. Ergänzende Tagesentgelte gemäß § 6 PEPPV 2022

Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a PEPPV 2022 oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BPfIV können bundeseinheitliche ergänzende Tagesentgelte nach der Anlage 5 PEPPV 2022 abgerechnet werden.

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

Anlage 5		PEPP-Entgeltkatalog Katalog ergänzender Tagesentgelte				PEPP-Version 2022
ET	Bezeichnung	ET <sub>D</sub>	OPS Version 2022		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	Mehr als 6 bis zu 12 Stunden pro Tag	1,1872
			ET01.05	9-640.07	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	2,0132
			ET01.06	9-640.08	Mehr als 18 Stunden pro Tag	2,8375
ET02 <sup>1)</sup>	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit mindestens 3 Merkmalen		9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	0,1744	
			ET02.04	9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	0,2172
			ET02.05	9-61b	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen	0,2387
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	0,6462
			ET04.02	9-693.04	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	0,7745
			ET04.03	9-693.05	Mehr als 18 Stunden pro Tag	1,2608
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	1,4416
			ET05.02	9-693.14	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	2,1255
			ET05.03	9-693.15	Mehr als 18 Stunden pro Tag	3,0960

**Fußnote:**  
<sup>1)</sup> 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.

PEPP-Entgeltkatalog Stand: 11.10.2021

Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene

maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 5 PEPPV 2022 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 2022

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 2022 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** nach § 5 Abs. 1 PEPPV 2022 in Verbindung mit der **Anlage 3** PEPPV 2022 vorgegeben. Daneben können nach § 5 Abs. 2 PEPPV 2022 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.

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 2022 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 2022 noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600 Euro** 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 Euro** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

Zusatzentgelt	OPS	Betrag
ZP2022-26	OPS 6-006.a0	407,73 €
ZP2022-26	OPS 6-006.a1	655,03 €
ZP2022-26	OPS 6-006.a2	941,30 €
ZP2022-26	OPS 6-006.a3	1.246,02 €
ZP2022-26	OPS 6-006.a4	1.522,29 €
ZP2022-26	OPS 6-006.a5	1.812,28 €
ZP2022-26	OPS 6-006.a6	2.093,34 €
ZP2022-26	OPS 6-006.a7	2.381,18 €
ZP2022-26	OPS 6-006.a8	2.666,92 €
ZP2022-26	OPS 6-006.a9	2.952,66 €
ZP2022-33	OPS 6-005.n4	418,61 €

#### 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 01.07.2022:

37,80 €

- 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 2022

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 BpflV zu vereinbaren. Die krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte ergeben sich für den Vereinbarungszeitraum 2022 aus den Anlagen 1b, 2b und 6b PEPPV 2022.

Können für die Leistungen nach **Anlage 1b** PEPPV 2022 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2022 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden vollstationären Berechnungstag **250 Euro** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 2b** PEPPV 2022 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2022 noch keine krankenhausesindividuellen 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 2022 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag **200 Euro** abzurechnen.

Wurden für Leistungen nach den **Anlagen 1b und 2b** PEPPV 2022 im Jahr 2022 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.

Das Krankenhaus berechnet folgende sonstige Entgelte:

**Nicht vereinbart**

## **6. Zu- und Abschläge gemäß § 7 BpflV**

Zuschlag 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 0,81 € pro Fall**

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 1,26 €**

- 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 2,67 €**

- 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

**Nicht vereinbart**

- Zuschlag für Ausbildungskosten nach § 17a Abs. 6 KHG je voll- und teilstationärem Fall

**in Höhe von 144,70 €**

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall

**in Höhe von 158,57 €**

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen

**in Höhe von 45,00 € 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 § 9 Abs. 1 (3) BpflV zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten aufgrund der Behandlung von SARS-CoV-2 für jeden voll- und teilstationären Fall:

**Nicht vereinbart**

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

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 BpflV folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

Leistung NUB	Berechnung pro Fall/Menge	Betrag
NUB2022-077	je 28 mg	410,55 €

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

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

**Nicht vereinbart**

**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:

- a) vorstationäre Behandlung
  - Allgemeine Psychiatrie **125,78 €**
- b) nachstationäre Behandlung
  - Allgemeine Psychiatrie **37,84 €**

**10. Entgelte für sonstige Leistungen**

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.

2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung, sowie die Nutzung der Leichenkühlzelle berechnet das Krankenhaus folgende Leistungen:

Leistung	Euro Wert
1. Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung analog Ziffer 101 GOÄ	165,77 €
2. Kühlzellenbenutzung und Abholung des Verstorbenen innerhalb 24 Stunden	22,00 €
3. Kühlzellenbenutzung und Abholung des Verstorbenen innerhalb 2 bis 5 Tage	78,00 €
4. Kühlzellenbenutzung und Abholung des Verstorbenen ab dem 6 Tag (pro Tag 22,00 Euro bis Abholung + zusätzlich Leistung Nummer 3)	22,00 €

## 11. 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.

## 12. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 Abs. 1 und 2 PEPPV 2022 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 2 PEPPV 2022 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- und jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts zusammenzurechnen; hierbei sind die Verlegungs- oder Entlassungstage aller zusammenzuführenden 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.

#### **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 KHEntgG). 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 einer gesonderten Rechnung geltend gemacht.

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
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie	Prof. Dr. med. Ingo Bernd Vernaleken	N.N.

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

### b. Unterkunft

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

Leistung	Einheit	Euro Wert
Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer Psychiatrie	pro Berechnungstag	41,88 €
Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson/Pflegekraft	pro Berechnungstag	45,00 €

## 15. Patientenquittung

Patienten, bei denen eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 SGB V (stationäre Behandlung) durchgeführt wird und die erklären, über die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen sowie die von den Krankenkassen dafür zu zahlenden Entgelte unterrichtet werden zu wollen, erhalten innerhalb von vier 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.

Sollten Sie darüber hinaus Bescheinigungen, z. B. für die Abrechnung mit Ihrer Privatversicherung benötigen, berechnen wir hierfür pauschal **5,00 €**.

## Inkrafttreten

Dieser PEPP-Entgelttarif tritt am **01.07.2022** in Kraft. Gleichzeitig wird der PEPP-Entgelttarif vom 01.05.2022 aufgehoben.

Neunkirchen, den **01.07.2022**

Dr. Rafaela Korte  
Krankenhausdirektorin

### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter/Innen unseres Krankenhauses, Service Center Kunden- und Kostenträgermanagement (Patientenservice) hierfür gerne zur Verfügung.

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.