

Anmerkungen PEPP-Rechnung

Aufnahmenummer: Hierbei handelt es sich um die Nummer, unter der Sie im Krankenhaus für die Dauer Ihrer Behandlung geführt worden sind.

Aufnahme-/Entlassdatum: Sollte eine Fallzusammenführung vorliegen, also zeitlich kurz aufeinander folgende Behandlungsfälle als ein Behandlungsfall abgerechnet werden, finden Sie hier eine Aufstellung Ihrer jeweiligen Aufnahme- und Entlassdaten.

IK: Dies ist das individuelle Institutskennzeichen des aufnehmenden Krankenhauses.

Verweildauer: Dies ist die Dauer Ihres Aufenthaltes im Krankenhaus.

Diagnosen: Hier ist der hauptsächliche Anlass Ihrer Behandlung zu nennen. Da eventuell erfolgte Nebendiagnosen die genaue Einstufung Ihrer Behandlung beeinflussen können, sind diese ebenfalls hier aufzuführen.

PEPP (Buchstaben-Ziffern-Kombination): Auf der Rechnung finden Sie die offizielle PEPP. Außerdem wird der offizielle Wortlaut der abzurechnenden PEPP laut aktuellem PEPP-Entgeltkatalog wiedergegeben.

PEPP Ermittlung

Die Zuweisung zu einer PEPP 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 zur Verfügung. Daneben können weitere Faktoren wie z. B. das Alter oder die Entlassungsart Auswirkung auf die Zuweisung zu einer PEPP haben. Die genaue Definition der einzelnen PEPPs ist im jeweils aktuell bundesweit gültigen Definitionshandbuch festgelegt.

Preisermittlung für die PEPP

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. Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation 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. Ist die tatsächliche Verweildauer länger als die letzte im Katalog ausgewiesene Vergütungsklasse, ist für die Abrechnung die Bewertungsrelation der letzten Vergütungsklasse heranzuziehen.

Fallzusammenführungen

In genau definierten Fällen ist das Krankenhaus verpflichtet, mehrere zeitlich kurz aufeinander folgende Einzelaufenthalte eines Patienten abrechnungstechnisch zu einem Gesamtfall zusammenzuführen. Der Patient erhält dann auch nur eine Rechnung dafür.

Ergänzende Tagesentgelte: Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten können bundeseinheitliche ergänzende Tagesentgelte nach der Anlage 5 PEPPV 2018 abgerechnet werden. Die ergänzenden Tagesentgelte sind, wie die PEPP mit Bewertungsrelationen hinterlegt

Zusatzentgelt: 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. Daneben können nach § 5 Abs. 2 PEPPV 2019 für die in Anlage 4 PEPPV 2019 benannten, mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog nicht bewerteten Leistungen krankenhausespezifische Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 BPfIV vereinbart werden. Zusatzentgelte können zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten 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 2019 noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600 Euro abzurechnen. Wurden für Leistungen nach Anlage 4 im Jahr 2019 keine Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für jedes Zusatzentgelt 600 Euro abzurechnen.

Sonstige Entgelte für Leistungen: 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 krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelte ergeben sich für den Vereinbarungszeitraum 2019 aus den Anlagen 1b, 2b und 6b PEPPV 2019. Können für die Leistungen nach Anlage 1b PEPPV 2019 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2019 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden vollstationären Berechnungstag 250 Euro abzurechnen. Können für die Leistungen nach Anlage 2b PEPPV 2019 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2019 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden teilstationären Berechnungstag 190 Euro abzurechnen. Können für die Leistungen nach Anlage 6b auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2019 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag 200 Euro abzurechnen. Wurden für Leistungen nach den Anlagen 1b und 2b PEPPV 2019 im Jahr 2019 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.

Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlung: Hierbei handelt es sich um die Berechnung von Entgelten für vor- und nachstationäre Behandlungen nach § 115a SGB V. Diese Leistungen werden pauschal vergütet. Außerdem werden die gesondert zu berechnenden Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V aufgeführt (z. B. Computer-Tomographie-Geräte (CT), Magnet-Resonanz-Geräte (MR)).

Ausgleichsfonds Ausbildungsstätten: Zur Sicherstellung der Ausbildung insbesondere qualifizierten Pflegepersonals wird ein Ausbildungszuschlag erhoben. Dieser beträgt zur Zeit 44,65 EUR.

Qualitätssicherungszuschlag: 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 Abs. 1 Nr. 1 SGB V erlassenen Richtlinien zur Qualitätssicherung geregelt sind, wird ein Zuschlag von zur Zeit 1,16 EUR erhoben.

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

GBA-Zuschlag: Ein Krankenhaus kann einen Zuschlag für die Finanzierung von Mehrkosten, die durch Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung entstehen, berechnen. Dieser Zuschlag beträgt zur Zeit 1,82 EUR.

DRG-Systemzuschlag: Auf Grund der gesetzlichen Vorgabe in § 8 Abs. 9 KHEntgG sind der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG, der Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Abs. 3 Satz 1 i.V.m. § 139c SGB V, der Zuschlag für das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i. V. m. § 139c SGB V sowie der nach § 291a Abs. 7 und 7a 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 zur Zeit 1,59 EUR.

Zuschlag für die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldeverfahren (üFMS): Die Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldeverfahren (üFMS) ist für Krankenhäuser freiwillig. Nimmt ein Krankenhaus nachweislich an einem übergreifenden Fehlermeldesystem (üFMS) teil, kann es hierfür Vergütungszuschläge beanspruchen. Die Höhe der Vergütungszuschläge ist bundeseinheitlich geregelt und beträgt 0,20 € je abgerechneten vollstationären Fall.

Wahlleistungen: Hierbei handelt es sich um eine Zusatzleistung des Krankenhauses, deren Erbringung Sie separat vereinbart haben. Näherer Informationen finden Sie in Ihrer Wahlleistungsvereinbarung.

Umsatzsteuer: Krankenhausbehandlungsleistungen sowie eng damit verbundene Umsätze sind grundsätzlich umsatzsteuerfrei, § 4 Nr. 14b UStG. Dies gilt jedoch nicht für Leistungen, deren Erbringung nicht medizinisch indiziert ist. Diese Leistungen sind umsatzsteuerpflichtig in Höhe von zur Zeit 19 %.

Das Krankenhaus ist bei Zahlungsverzug berechtigt, sämtliche zur zweckmäßigen Rechnungsverfolgung notwendigen Kosten sowie Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz pro Jahr gemäß § 288 Abs. 1 Satz 2 BGB zu erheben. Zahlungsverzug tritt gemäß § 286 Abs. 3 BGB spätestens ein, wenn nicht innerhalb von 30 Tagen nach Fälligkeit und Zugang der Rechnung der Rechnungsbetrag auf einem der Konten des Krankenhauses gutgeschrieben worden ist.

Darüber hinaus können Mahngebühren berechnet werden, es sei denn, Sie weisen nach, dass kein oder ein wesentlich geringerer Schaden entstanden ist.