



PEPP-Entgelttarif 2025 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich der BPfIV und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Abs. 5 BPfIV

Das **Psychiatrie Schwäbisch Hall gGmbH (PSHA)**

berechnet ab dem **01.01.2025** 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 2025

Jedem PEPP ist mindestens eine tagesbezogene Bewertungsrelation hinterlegt, deren Höhe sich aus den unterschiedlichen Vergütungsklassen des PEPP-Entgeltkataloges ergibt. Die Bewertungsrelationen können im Rahmen der Systempflege jährlich variieren. Die für die Berechnung des PEPP jeweils maßgebliche Vergütungsklasse ergibt sich aus der jeweiligen Verweildauer des Patienten im Krankenhaus. Der Bewertungsrelation ist ein in Euro ausgedrückter Basisentgeltwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet.

Der derzeit gültige Basisentgeltwert liegt bei

Ab 01.01.2025

520,00 €

Ab 01.03.2025

380,52 €

und unterliegt ebenfalls jährlichen Veränderungen.

Für die stationsäquivalente Behandlung – kurz StäB genannt, werden wir pro Tag **200,00 €** berechnen.

Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 1a oder Anlage 2a bzw. Anlage 5 der PEPPV 2025 jeweils mit dem Basisentgeltwert multipliziert und das Ergebnis kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet wird. Für die Rechnungsstellung wird



die Anzahl der Berechnungstage je Entgelt addiert und mit dem ermittelten Entgeltbetrag multipliziert. Berechnungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts inklusive des Verlegungs- oder Entlassungstages aus dem Krankenhaus; wird ein Patient am gleichen Tag aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahmetag und zählt als ein Berechnungstag.

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

PEPP Entgeltkatalog Stand 14.10.2024

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

PEPP	Bezeichnung	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	1,1548	330,00 €	12 x 381,10 = 4.573,20 €

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

Dies würde zu folgendem Entgelt führen:



PEPP	Bezeichnung	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	1,0610	330,00	29 x 350,13 = 10.153,77€

Welche PEPP bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es insbesondere darauf an, welche Diagnose(n) am Ende des stationären Aufenthaltes gestellt und welche diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Für das Jahr 2025 werden die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte durch die Anlagen 1a und 2a bzw. die Anlage 5 der PEPP-Vereinbarung 2025 (PEPPV 2025) vorgegeben.

2. Ergänzende Tagesentgelte gemäß § 6 PEPPV 2025

Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a PEPPV 2025 oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BPfIV können bundeseinheitliche ergänzende Tagesentgelte nach der Anlage 5 PEPPV 2025 abgerechnet werden.

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



Anlage 5			PEPP-Version 2025			
PEPP-Entgeltkatalog Katalog ergänzender Tagesentgelte						
ET	Bezeichnung	ET _D	OPS Version 2025		Bewertungs- relation / Tag	
			OPS-Kode	OPS-Text		
1	2	3	4	5	6	
ET01	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen		9-640.0	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-		
			ET01.04	9-640.06	Mehr als 6 bis zu 12 Stunden pro Tag	1,1894
			ET01.05	9-640.07	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	2,0314
			ET01.06	9-640.08	Mehr als 18 Stunden pro Tag	2,9088
ET02 ¹⁾	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit mindestens 3 Merkmalen		ET02.03	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	0,1969
			ET02.04	9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	0,2148
			ET02.05	9-61b	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen	0,2377
ET04	Intensive Betreuung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen		9-693.0	Intensive Betreuung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen		
			ET04.01	9-693.03	Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	0,5918
			ET04.02	9-693.04	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	0,7200
			ET04.03	9-693.05	Mehr als 18 Stunden pro Tag	1,2873
ET05	Einzelbetreuung bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen		9-693.1	Einzelbetreuung bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen		
			ET05.01	9-693.13	Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	1,1613
			ET05.02	9-693.14	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	1,6965
			ET05.03	9-693.15	Mehr als 18 Stunden pro Tag	2,9226

Fußnote:

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

PEPP-Entgeltkatalog Stand: 14.10.2024

Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 5 PEPPV 2025 jeweils mit dem Basisentgeltwert multipliziert und das Ergebnis kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet wird. Für die Rechnungsstellung wird die Anzahl der Berechnungstage je Entgelt addiert und mit dem ermittelten Entgeltbetrag multipliziert.



3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 PEPPV 2025

Gemäß § 17d Abs. 2 KHG können, soweit dies zur Ergänzung der Entgelte in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, die Vertragsparteien auf Bundesebene Zusatzentgelte und deren Höhe vereinbaren. Für das Jahr 2025 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** nach § 5 Abs. 1 PEPPV 2025 in Verbindung mit der **Anlage 3** PEPPV 2025 vorgegeben. Daneben können nach § 5 Abs. 2 PEPPV 2025 für die in **Anlage 4** PEPPV 2025 benannten, mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog nicht bewerteten Leistungen **krankenhausindividuelle Zusatzentgelte** nach § 6 Abs. 1 BPfIV vereinbart werden.

Zusatzentgelte können zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a und 6a oder den Entgelten nach den Anlagen 1b, 2b und 6b PEPPV 2025 oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BPfIV abgerechnet werden.

Können für die Leistungen nach **Anlage 4** auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2025 noch keine krankenhausesindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600 Euro** abzurechnen.

Wurden für Leistungen nach **Anlage 4** im Jahr 2025 keine Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für jedes Zusatzentgelt **600 Euro** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

Zusatzentgelt	Gültig ab	Entgeltbezeichnung	Preis
ZP20XX-26A	01.01.2025	Gabe von Paliperidon, intramuskulär OPS 6-006.a0	333,00 €
ZP20XX-26B	01.01.2025	Gabe von Paliperidon, intramuskulär OPS 6-006.a1	499,50 €
ZP20XX-26C	01.01.2025	Gabe von Paliperidon, intramuskulär OPS 6-006.a2	707,63 €
ZP20XX-26D	01.01.2025	Gabe von Paliperidon, intramuskulär OPS 6-006.a3	957,38 €
ZP20XX-26E	01.01.2025	Gabe von Paliperidon, intramuskulär OPS 6-006.a4	1.207,13 €
ZP20XX-26F	01.01.2025	Gabe von Paliperidon, intramuskulär OPS 6-006.a5	1.456,88 €
ZP20XX-26G	01.01.2025	Gabe von Paliperidon, intramuskulär OPS 6-006.a6	1.706,63 €
ZP20XX-26H	01.01.2025	Gabe von Paliperidon, intramuskulär OPS 6-006.a7	1.956,38 €
ZP20XX-26I	01.01.2025	Gabe von Paliperidon, intramuskulär OPS 6-006.a8	2.206,13 €
ZP20XX-26J	01.01.2025	Gabe von Paliperidon, intramuskulär OPS 6-006.a9	2.455,88 €
ZP73.01	01.01.2025	Elektrokonvulsionstherapie [EKT], Grundleistung	440,48 €
ZP73.02	01.01.2025	Elektrokonvulsionstherapie [EKT], Therapiesitzung	340,20 €
ZP75.01	01.01.2025	Repetitive transkranielle Magnetstimulation [rTMS], Grundleistung	122,37 €
ZP75.02	01.01.2025	Repetitive transkranielle Magnetstimulation [rTMS], Therapiesitzung	75,61 €



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 01.05.2023:

30,40 €,
- Labordiagnostik mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 15.10.2020:

19,00 €.
- 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 2025

Für Leistungen, die mit den bewerteten Entgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können, haben die Vertragsparteien grundsätzlich die Möglichkeit, sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 BPfIV zu vereinbaren. Die krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte ergeben sich für den Vereinbarungszeitraum 2025 aus den Anlagen 1b, 2b und 6b PEPPV 2025.

Können für die Leistungen nach **Anlage 1b** PEPPV 2025 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2025 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden vollstationären Berechnungstag **250 Euro** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 2b** PEPPV 2025 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2025 noch keine 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 2025 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag **200 Euro** abzurechnen.

Anlage 6b

PEPP-Version 2025

Unbewertete PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung nach Paragraf 115d Sozialgesetzbuch Fünftes Buch

Für die nachfolgend aufgeführten Leistungen sind krankenhausesindividuelle Entgelte nach Paragraf 6 Absatz 1 Satz 1 Bundespflegesatzverordnung zu vereinbaren, soweit diese als Krankenhausleistung erbracht werden dürfen. Dabei können für die aufgeführten PEPP-Entgelte auch weiter differenzierende Entgelte vereinbart werden. Bei der Vereinbarung der Entgelte ist die Leistungsbeschreibung für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im OPS zu berücksichtigen.

PEPP	Bezeichnung
1	2
QA80Z ¹⁾	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen
QK80Z ¹⁾	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen
Fehler-PEPP bei stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung	
PF05Z ¹⁾	Fehlkodierung bei stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung

Wurden für Leistungen nach den **Anlagen 1b und 2b** PEPPV 2025 im Jahr 2025 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für jeden vollstationären Berechnungstag **250 Euro** und für jeden teilstationären Berechnungstag **190 Euro** abzurechnen.

Anlage 1b

PEPP-Version 2025

PEPP-Entgeltkatalog

Unbewertete PEPP-Entgelte bei vollstationärer Versorgung

Für die nachfolgend aufgeführten Leistungen sind krankenhausesindividuelle Entgelte nach Paragraf 6 Absatz 1 Satz 1 Bundespflegesatzverordnung zu vereinbaren, soweit diese als Krankenhausleistung erbracht werden dürfen.

PEPP	Bezeichnung
1	2
Prä-Strukturkategorie	
P001Z ¹⁾	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie, bis zu 7 Pflgetage
Strukturkategorie Psychiatrie, vollstationär	
PA16Z ¹⁾	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten
PA17Z ¹⁾	Andere psychosomatische Störungen
PA18Z ¹⁾	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome
PA98Z ¹⁾	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose
PA99Z ¹⁾	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose
Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik, vollstationär	
PK15Z ¹⁾	Organische Störungen, amnestisches Syndrom und degenerative Krankheiten des Nervensystems
PK16Z ¹⁾	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten
PK17Z ¹⁾	Andere psychosomatische Störungen
PK18Z ¹⁾	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome
PK98Z ¹⁾	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose
PK99Z ¹⁾	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose
Strukturkategorie Psychosomatik, vollstationär	
PP15Z ¹⁾	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems
PP16Z ¹⁾	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten
PP17Z ¹⁾	Andere psychosomatische Störungen
PP18Z ¹⁾	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome
PP98Z ¹⁾	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose
PP99Z ¹⁾	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose



PEPP-Entgeltkatalog
Unbewertete PEPP-Entgelte bei teilstationärer Versorgung

Für die nachfolgend aufgeführten Leistungen sind krankenhausesindividuelle Entgelte nach Paragraph 6 Absatz 1 Satz 1 Bundespflegesatzverordnung zu vereinbaren, soweit diese als Krankenhausleistung erbracht werden dürfen.

PEPP	Bezeichnung
1	2
Strukturkategorie Psychiatrie, teilstationär	
TA16Z ¹⁾	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten
TA17Z ¹⁾	Andere psychosomatische Störungen
TA18Z ¹⁾	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome
TA98Z ¹⁾	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose
TA99Z ¹⁾	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose
Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik, teilstationär	
TK15Z ¹⁾	Organische Störungen, amnestisches Syndrom und degenerative Krankheiten des Nervensystems
TK16Z ¹⁾	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten
TK17Z ¹⁾	Andere psychosomatische Störungen
TK18Z ¹⁾	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome
TK98Z ¹⁾	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose
TK99Z ¹⁾	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose
Strukturkategorie Psychosomatik, teilstationär	
TP98Z ¹⁾	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose
TP99Z ¹⁾	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose

Das Krankenhaus berechnet folgende sonstige Entgelte:

- keine

6. Zu- und Abschläge bzw. Abzüge

Zu- und Abschläge für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17d Abs. 2 S. 4 i.V.m. § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG

Zuschläge und Abschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben und besondere Tatbestände

- **DRG-Systemzuschlag** nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von **1,73 €**

- **Zuschlag für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses** nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V bzw. des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall



in Höhe von **3,17 €**

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

in Höhe von **0,00 €**

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

in Höhe von **291,98 €**

- **Zuschlag** für die Finanzierung von Mehrkosten, die durch Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur **Qualitätssicherung** entstehen nach § 5 Abs. 3c KHEntgG

in Höhe von **0,86 €**

- **Zuschlag** für die **medizinisch notwendige Aufnahme** von **Begleitpersonen** in Höhe von **60,00 €** pro Tag
- **Zuschlag** für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an **einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen** nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG je abgerechneten vollstationärem Fall

in Höhe von **0,20 €**

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:

- **NUB – ESKETAMIN, nasal** ab dem 01.12.2024

in Höhe von **262,54 €**



8. 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 <ul style="list-style-type: none"> - Psychiatrie und Psychotherapie - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie - Psychosomatik 	125,78 € 50,11 € 99,19 €
b) nachstationäre Behandlung <ul style="list-style-type: none"> - Psychiatrie und Psychotherapie - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie - Psychosomatik 	37,84 € 20,45 € 47,55 €

9. 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 berechnet das Krankenhaus **100,00 €**.

10. Zuzahlungen

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

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



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

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

11. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 Abs. 1 und 2 PEPPV 2025 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 2 PEPPV 2025 hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Aufenthaltsdaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in ein Entgelt vorzunehmen, wenn eine Patientin oder ein Patient innerhalb von 14 Kalendertagen, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Entlassungstag der vorangegangenen Behandlung, wieder aufgenommen wird und in dieselbe Strukturkategorie einzustufen ist. Das Kriterium der Einstufung in dieselbe Strukturkategorie findet keine Anwendung, wenn Fälle aus unterschiedlichen Jahren zusammenzufassen sind. Eine Zusammenfassung und Neueinstufung ist nur vorzunehmen, wenn eine Patientin oder ein Patient innerhalb von 90 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift der Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts wieder aufgenommen wird.

Für Fallzusammenfassungen sind zur Ermittlung der Berechnungstage der Aufnahme- und jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts zusammenzurechnen; hierbei sind die Verlegungs- oder Entlassungstage aller zusammenzuführenden Aufenthalte mit in die Berechnung einzubeziehen.

12. 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.



13. Entgelte für Wahlleistungen

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

Inkrafttreten

Dieser PEPP-Entgelttarif tritt am **01.01.2025** in Kraft.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Patientenservice

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.