

## PEPP-Entgelttarif 2026 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich der BPfIV und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Abs. 5 BPfIV

Das **Universitätsklinikum Bonn** berechnet ab dem 01.01.2026 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 mit Bewertungsrelationen bewerteten pauschalierenden Entgelten 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 2026**

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 **366,54 €** 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 2026 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 Stand: 20.10.2023

**Anlage 1a**

**PEPP-Version 2026**

**PEPP-Entgeltkatalog**  
**Bewertungsrelationen bei vollstationärer Versorgung**

PEPP	Bezeichnung	Anzahl Berechnungstage / Vergütungsklasse	Bewertungsrelation je Tag
1	2	3	4
		12	1,0447
		13	1,0286
		14	1,0125
		15	0,9964
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	1,4596
		2	1,2946
		3	1,2811
		4	1,2663
		5	1,2514
		6	1,2365
		7	1,2217
		8	1,2068
		9	1,1920
		10	1,1771
		11	1,1623
		12	1,1474
		13	1,1325
		14	1,1177
		15	1,1028
		16	1,0880
		17	1,0731
		18	1,0582

Anhand des nachfolgenden Beispiels bemisst sich die konkrete Entgelthöhe für die **PEPP PA04A** bei einem **hypothetischen Basisentgeltwert von 340,00 €** und einer **Verweildauer von 12 Berechnungstagen** wie folgt:

PEPP	Bezeichnung	Bewertungs- relation	Basis- entgeltwert	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	1,1474	340,00 €	$12 \times 390,12 = 4.681,44 €$

Bei einer **Verweildauer von z.B. 29 Berechnungstagen** ist die tatsächliche Verweildauer länger als die letzte im Katalog ausgewiesene Vergütungsklasse (18 Berechnungstage). Damit ist für die Abrechnung die Bewertungsrelation der letzten Vergütungsklasse heranzuziehen.

Dies würde zu folgendem Entgelt führen:

PEPP	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Basis-entgeltwert	Entgelt
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somato-forme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität	1,0582	340,00	29 x 359,79 <b>= 10.433,91 €</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 2026 werden die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte durch die Anlagen 1a und 2a bzw. die Anlage 5 der PEPPV-Vereinbarung 2026 (PEPPV 2026) vorgegeben.

## 2. Ergänzende Tagesentgelte gemäß § 6 PEPPV 2026

Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten, nach den Anlagen 1a und 2a PEPPV 2026 oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BPfIV, können bundeseinheitliche, ergänzende Tagesentgelte nach der Anlage 5 PEPPV 2026 abgerechnet werden.

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

**Anlage 5**
**PEPP-Version 2026**
**PEPP-Entgeltkatalog**  
**Katalog ergänzender Tagesentgelte**

ET	Bezeichnung	ET*	OPS Version 2026		Bewertungsrelation / Tax
			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	1,1951
			ET01.05	9-640.07 Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	2,0100
			ET01.06	9-640.08 Mehr als 18 Stunden pro Tag	2,8632
ET02 <sup>ii</sup>	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	PEPP-Entgeltkatalog Stand 20.10.2023 mindestens	ET02.03	9-619 Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	0,1925
				Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	0,2088
			ET02.05	9-61b Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen	0,2311
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	0,5701
			ET04.02	9-693.04 Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	0,7474
			ET04.03	9-693.05 Mehr als 18 Stunden pro Tag	1,3082
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	1,1874
			ET05.02	9-693.14 Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	1,6922
			ET05.03	9-693.15 Mehr als 18 Stunden pro Tag	2,8648

**Fußnote:**

<sup>ii</sup> 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.

Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene, maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 5 PEPPV 2026 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 Zusatzentgeltekatalogen gemäß § 5 PEPPV 2026**

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 2026 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** nach § 5 Abs. 1 PEPPV 2026 in Verbindung mit der **Anlage 3** PEPPV 2026 vorgegeben. Daneben können nach § 5 Abs. 2 PEPPV 2026 für die in **Anlage 4** PEPPV 2026 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 2026 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 2026 noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Wurden für Leistungen nach **Anlage 4** im Jahr 2026 keine Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte (siehe Anlage).

### **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

**in Höhe von 30,40 €**

- Labordiagnostik mittels Antigen-Test zum direkten Erreger nachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 15.10.2020

**in Höhe von 19,00 €**

- Testung mittels Antigen-Test zur patientennahen Anwendung durch Dritte zum direkten Erreger nachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (PoC-Antigentest) bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2021

**in Höhe von 11,50 €**

## **5. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 8 PEPPV 2026**

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 krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelte ergeben sich für den Vereinbarungszeitraum 2026 aus den Anlagen 1b, 2b und 6b PEPPV 2026.

Können für die Leistungen nach **Anlage 1b** PEPPV 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2026 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden vollstationären Berechnungstag **250,00 €** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 2b** PEPPV 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2026 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden teilstationären Berechnungstag **190,00 €** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 6b** auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2026 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag **200,00 €** abzurechnen.

Wurden für Leistungen nach den **Anlagen 1b und 2b** PEPPV 2026 im Jahr 2026 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für jeden vollstationären Berechnungstag **250,00 €** und für jeden teilstationären Berechnungstag **190,00 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende sonstige Entgelte:

Leistung	Bezeichnung	Entgelt
P001Z	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie, VWD < 7 Tage	250,00 €

PA16Z	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten	250,00 €
PA17Z	Andere psychosomatische Störungen	250,00 €
PA18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	250,00 €
PA98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose	250,00 €
PA99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose	250,00 €
PP15Z	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	250,00 €
PP16Z	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten	250,00 €
PP17Z	Andere psychosomatische Störungen	250,00 €
PP18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	250,00 €
PP98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose	250,00 €
PP99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose	250,00 €
TA16Z	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten	190,00 €
TA17Z	Andere psychosomatische Störungen	190,00 €
TA18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	190,00 €
TA98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose	190,00 €
TA99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose	190,00 €
TP98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose	190,00 €
TP99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose	190,00 €

## 6. Zu- und Abschläge gemäß § 7 BPfIV

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- 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 0,84 €**
- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall  
**in Höhe von 1,59 €**
- 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 3,12 €**

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

**in Höhe von 99,69 €**

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

**in Höhe von 219,85 €**

- 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 €**

- Abschlag nach § 5a Abs. 1 KHWiSichV i.V.m. § 7 Abs. 2 Corona-Ausgleichsvereinbarung 2022

**in Höhe von -- %**

auf die abgerechnete Höhe der bewerteten PEPP und die Zusatzentgelte (§ 7 Satz 1 Nummern 1 und 2 BPfIV) sowie auf die krankenhausindividuellen Entgelte nach § 7 Satz 1 Nummer 4 BPfIV

- Zuschlag für Sofort-Transformationskosten nach § 8 Abs 7 Satz 1 BPfIV

**in Höhe von 3,25%**

des Rechnungsbetrages bei Patientinnen und Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Zuschlag ist ein Beitrag zur wirtschaftlichen Stabilisierung der Krankenhäuser und wird auf stationäre und teilstationäre Behandlungsfälle berechnet.

## 7. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 6 Abs. 4 BPfIV

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 BPfIV folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

NUB	Bezeichnung	Entgelt
NUB25-503	Gabe von Esketamin, nasal, je 28 mg Nasenspray	214,20 €
NUB25-508	Gabe von Remdesivir, je mg	4,11 €

## 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:

## Vor- und Nachstationäre Behandlung

<b>a) vorstationäre Behandlung</b>	<b>Entgelt</b>
Psychiatrie und Psychotherapie	125,78 €
Psychosomatik	99,19 €

<b>b) nachstationäre Behandlung</b>	<b>Entgelt</b>
Psychiatrie und Psychotherapie	37,48 €
Psychosomatik	47,55 €

## Vor- und Nachstationäre Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

<b>Ziffer</b>	<b>Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET)</b>	<b>Pau-schale</b>
5488	PET, ggf. einschl. Darstellung in mehreren Ebenen	245,42 €
5489	PET mit quantifiz. Auswertung, ggf. einschl. Darstellung in mehreren Ebenen	306,78 €

<b>Ziffer</b>	<b>Magnet-Resonanz-Geräte (MR)</b>	<b>Pau-schale</b>
5700	MR-Tomographie (MRT) im Bereich des Kopfes, ggf. einschl. des Halses	179,97 €
5720	MRT im Bereich des Abdomens und/oder des Beckens	179,97 €
5705	MRT im Bereich der Wirbelsäule	171,79 €
5715	MRT im Bereich des Thorax, ggf. einschl. des Halses, der Thoraxorgane und / oder der Aorta in ihrer gesamten Länge	175,88 €
5721	MRT der Mamma(e)	163,61 €
5730	MRT einer oder mehrerer Extremität(en) mit Darstellung von mind. zwei großen Gelenken einer Extremität	163,61 €
5729	MRT eines oder mehrere Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten	98,17 €
5731	Ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 (z.B. nach Kontrastmitteleinbringung, Darstellung von Arterien als MR-Angiographie)	40,90 €
5732	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 für Positionswechsel und/oder Spulenwechsel	40,90 €
5733	Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z.B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion)	32,72 €
5735	Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730	245,42 €

<b>Ziffer</b>	<b>Computer-Tomographie-Geräte (CT)</b>	<b>Pau-schale</b>
5369	Höchstwert für die CT-Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374	122,71 €
5370	CT Kopfbereich, ggf. einschl. crano-cervikaler Übergang	81,81 €
5375	CT der Aorta in ihrer gesamten Länge	81,81 €
5371	CT im Hals- und/oder Thoraxbereich	94,08 €
5372	CT im Abdominalbereich	106,35 €
5373	CT des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten o Gelenke bzw. Gelenkpaare)	77,72 €

5374	CT der Zwischenwirbelräume im Bereich d HWS, BWS u/oder LWS, ggf. einschl. Übergangsregionen	77,72 €
5376	Ergänzende CT mit mind. einer zusätzl. Serie (z B bei Einsatz von Xenon, der High Resolutions-Technik, bei zusätzl. Kontrastmittelgaben) zusätzlich zu den Leistungen n den Nummern 5370 bis 5375	20,45 €
5377	Zuschlag für CT-Analyse einschl. speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion	32,72 €
5378	CT zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen	40,90 €
5380	Bestimmung des Mineralgehalts (Osteodensitometrie) von repräsentativen Skeletteilen	12,27 €
<b>Ziffer</b>		
<b>Linksherzkatheter-Messplätze (LHM)</b>		<b>Pauschale</b>
627	Linksherzkatheterismus, einschl. Druckmessungen, oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle	61,36 €
628	Herzkatheterismus mit Druckmessungen, oxymetrischen Untersuchungen, einschl. fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle, im zeitl. Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 355 und/oder 360	32,72 €
629	Transseptaler Linksherzkatheterismus, einschl. Druckmessungen, oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle	81,81 €
5315	Angiokardiographie einer Herzhälfte, eine Serie	89,99 €
5316	Angiokardiographie beider Herzhälften, eine Serie	122,71 €
5325	Selektive Koronarangiographie aller Herzkranzgefäße oder Bypässe mittels Cinetechnik, eine Serie	122,71 €
5317	Zweite bis dritte Serie im Anschluss an die Leistungen nach den Nummern 5315 oder 5316, je Serie	16,36 €
5326	Selektive Koronarangiographie eines oder aller Herzkranzgefäße im Anschluss an die Leistungen nach den Nummern 5324 oder 5325, zweite bis fünfte Serie, je Serie	16,36 €
5318	Weitere Serien im Anschluss an die Leistung nach Nummer 5317, insgesamt	24,54 €
5324	Selektive Koronarangiographie eines Herzkranzgefäßes oder Bypasses mittels Cinetechnik, eine Serie	98,17 €
5327	Zusätzliche Linksventrikulographie bei selektiver Koronarangiographie	40,90 €
5328	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5327 bei Anwendung der simultanen Zwei-Ebenen-Technik	49,08 €

<b>Ziffer</b>	<b>Hochvolttherapie-Geräte (Linearbeschleuniger = LIN/Telecobalt-Geräte=CO)</b>	<b>Pauschale</b>
5831	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5834 bis 5837, je Bestrahlungsserie	61,36 €
5832	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen (z.B. Computertomogramm), je Bestrahlungsserie	20,45 €

5833	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners, je Bestrahlungsserie	81,81 €
5834	Bestrahlung mittels Telekobaltgerät mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern, gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wieder verwendbaren Ausblendungen, je Fraktion	29,65 €
5835	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5834 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	5,11 €
5836	Bestrahlung mittels Beschleuniger mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern, gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wieder verwendbaren Ausblendungen, je Fraktion	40,90 €
5837	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5836 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	5,11 €

## 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 eine Gebühr

**in Höhe von 66,31 €**

## 10. 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 10,00 € 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.

## 11. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 Abs. 1 und 2 PEPPV 2026 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 2 PEPPV 2026 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 Aufenthaltes unter diese Vorschrift der Zusammenfassung fallender Krankenhausaufenthalte wieder aufgenommen wird.

Für Fallzusammenfassungen sind zur Ermittlung der Berechnungstage der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenaufenthalts zusammenzurechnen. Hierbei sind die Verlegungs- oder Entlassungstage aller zusammenzuführenden Aufenthalte mit in die Berechnung einzubeziehen.

## 12. 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.

### Wahlleistung Unterkunft

	Leistung	Entgelt pro Tag
1.	Einbettzimmer Preis pro Tag	60,00 – 140,00 €
2.	Zweibettzimmer Preis pro Tag	25,00 € bis 70,00 €

Leistung	Entgelt pro Tag
<b>Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson</b> Für die <b>nicht</b> medizinisch notwendige Aufnahme einer Begleitperson berechnet das Krankenhaus je Berechnungstag zusätzlich ein Entgelt.	<b>66,32 € brutto</b> (60,00 € netto, zuzüglich 19 % für Getränke und 7 % für Unterkunft und Speisen)

## Inkrafttreten

Dieser PEPP-Entgelttarif tritt am 01.01.2026 in Kraft. Gleichzeitig wird der PEPP-Entgelttarif / Pflegekostentarif vom 01.12.2025 aufgehoben.

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

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Patientenabrechnung hierfür gerne zur Verfügung.

---

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

**Anlage: Zusatzentgelte gemäß § 5 PEPPV 2026**

ZP26-002	(8-52*) Strahlentherapie	61,50 €
ZP26-018A	(6-003.e0) Nelarabin, parenteral: 150 mg bis unter 600 mg	685,65 €
ZP26-018B	(6-003.e1) Nelarabin, parenteral: 600 mg bis unter 1.050 mg	1.508,43 €
ZP26-018C	(6-003.e2) Nelarabin, parenteral: 1.050 mg bis unter 1.500 mg	2.331,21 €
ZP26-018D	(6-003.e3) Nelarabin, parenteral: 1.500 mg bis unter 2.000 mg	3.199,70 €
ZP26-018E	(6-003.e4) Nelarabin, parenteral: 2.000 mg bis unter 2.500 mg	4.113,90 €
ZP26-018F	(6-003.e5) Nelarabin, parenteral: 2.500 mg bis unter 3.000 mg	5.028,10 €
ZP26-018G	(6-003.e6) Nelarabin, parenteral: 3.000 mg bis unter 3.500 mg	5.942,30 €
ZP26-018H	(6-003.e7) Nelarabin, parenteral: 3.500 mg bis unter 4.000 mg	6.856,50 €
ZP26-018I	(6-003.e8) Nelarabin, parenteral: 4.000 mg bis unter 4.500 mg	7.770,70 €
ZP26-018J	(6-003.e9) Nelarabin, parenteral: 4.500 mg bis unter 5.000 mg	8.684,90 €
ZP26-018K	(6-003.ea) Nelarabin, parenteral: 5.000 mg bis unter 6.000 mg	10.056,20 €
ZP26-018L	(6-003.eb) Nelarabin, parenteral: 6.000 mg bis unter 7.000 mg	11.884,60 €
ZP26-018M	(6-003.ec) Nelarabin, parenteral: 7.000 mg bis unter 8.000 mg	13.713,00 €
ZP26-018N	(6-003.ed) Nelarabin, parenteral: 8.000 mg bis unter 9.000 mg	15.541,40 €
ZP26-018O	(6-003.ee) Nelarabin, parenteral: 9.000 mg bis unter 10.000 mg	17.369,80 €
ZP26-018P	(6-003.ef) Nelarabin, parenteral: 10.000 mg bis unter 12.000 mg	20.112,40 €
ZP26-018Q	(6-003.eg) Nelarabin, parenteral: 12.000 mg bis unter 14.000 mg	23.769,20 €
ZP26-018R	(6-003.eh) Nelarabin, parenteral: 14.000 mg bis unter 16.000 mg	27.426,00 €
ZP26-018S	(6-003.ej) Nelarabin, parenteral: 16.000 mg bis unter 20.000 mg	32.911,20 €
ZP26-018T	(6-003.ek) Nelarabin, parenteral: 20.000 mg bis unter 24.000 mg	40.224,80 €
ZP26-018U	(6-003.em) Nelarabin, parenteral: 24.000 mg bis unter 28.000 mg	47.538,40 €
ZP26-018V	(6-003.en) Nelarabin, parenteral: 28.000 mg bis unter 32.000 mg	54.852,00 €
ZP26-018W	(6-003.ep) Nelarabin, parenteral: 32.000 mg bis unter 36.000 mg	62.165,60 €
ZP26-018X	(6-003.eq) Nelarabin, parenteral: 36.000 mg oder mehr	75.695,76 €
ZP26-073C	(6-007.h2) Macitentan, oral: 60 mg bis unter 80 mg	386,61 €
ZP26-074G	(6-008.06) Riociguat, oral: 42 mg bis unter 48 mg	684,90 €
ZP26-117A	(6-00a.n0) Gabe von Atezolizumab, subkutan, 1.875 mg bis unter 3.750 mg	5.385,07 €
ZP26-117B	(6-00a.n1) Gabe von Atezolizumab, subkutan, 3.750 mg bis unter 5.625 mg	11.539,44 €
ZP26-117C	(6-00a.n2) Gabe von Atezolizumab, subkutan, 5.625 mg bis unter 7.500 mg	16.155,22 €
ZP26-117D	(6-00a.n3) Gabe von Atezolizumab, subkutan, 7.500 mg bis unter 9.375 mg	23.078,88 €
ZP26-117E	(6-00a.n4) Gabe von Atezolizumab, subkutan, 9.375 mg bis unter 11.250 mg	26.925,36 €
ZP26-117F	(6-00a.n5) Gabe von Atezolizumab, subkutan, 11.250 mg bis unter 13.125 mg	34.618,32 €
ZP26-117G	(6-00a.n6) Gabe von Atezolizumab, subkutan, 13.125 mg bis unter 15.000 mg	38.464,80 €
ZP26-117H	(6-00a.n7) Gabe von Atezolizumab, subkutan, 15.000 mg bis unter 16.875 mg	42.311,28 €
ZP26-117i	(6-00a.n8) Gabe von Atezolizumab, subkutan, 16.875 mg bis unter 18.750 mg	42.311,28 €
ZP26-117J	(6-00a.n9) Gabe von Atezolizumab, subkutan, 18.750 mg oder mehr	42.311,28 €
ZP26-118A	(6-00a.q0) Gabe von Ocrelizumab, subkutan, 920 mg bis unter 1.840 mg	17.384,67 €

ZP26-118B	(6-00a.q1) Gabe von Ocrelizumab, subkutan, 1.840 mg bis unter 2.760 mg	34.769,34 €
ZP26-118C	(6-00a.q2) Gabe von Ocrelizumab, subkutan, 2.760 mg bis unter 3.680 mg	34.769,34 €
ZP26-118D	(6-00a.q3) Gabe von Ocrelizumab, subkutan, 3.680 mg oder mehr	34.769,34 €
ZP26-136A	(6-008.n0) Gabe von Nivolumab, intravenös	361,48 €
ZP26-136B	(6-008.n1) Gabe von Nivolumab, intravenös	722,96 €
ZP26-136C	(6-008.n2) Gabe von Nivolumab, intravenös	1.204,93 €
ZP26-136D	(6-008.n3) Gabe von Nivolumab, intravenös	1.686,91 €
ZP26-136E	(6-008.n4) Gabe von Nivolumab, intravenös	2.168,88 €
ZP26-136F	(6-008.n5) Gabe von Nivolumab, intravenös	2.650,86 €
ZP26-136G	(6-008.n6) Gabe von Nivolumab, intravenös	3.132,83 €
ZP26-136H	(6-008.n7) Gabe von Nivolumab, intravenös	3.614,80 €
ZP26-136I	(6-008.n8) Gabe von Nivolumab, intravenös	4.337,76 €
ZP26-136J	(6-008.n9) Gabe von Nivolumab, intravenös	5.301,71 €
ZP26-136K	(6-008.na) Gabe von Nivolumab, intravenös	6.265,66 €
ZP26-136L	(6-008.nb) Gabe von Nivolumab, intravenös	7.229,61 €
ZP26-136M	(6-008.nc) Gabe von Nivolumab, intravenös	8.193,55 €
ZP26-136N	(6-008.nd) Gabe von Nivolumab, intravenös	9.157,50 €
ZP26-136O	(6-008.ne) Gabe von Nivolumab, intravenös	10.603,42 €
ZP26-136P	(6-008.nf) Gabe von Nivolumab, intravenös	12.531,32 €
ZP26-136Q	(6-008.ng) Gabe von Nivolumab, intravenös	14.459,21 €
ZP26-136R	(6-008.nh) Gabe von Nivolumab, intravenös	16.387,11 €
ZP26-136S	(6-008.nj) Gabe von Nivolumab, intravenös	19.278,95 €
ZP26-136T	(6-008.nk) Gabe von Nivolumab, intravenös	23.134,74 €
ZP26-136U	(6-008.nm) Gabe von Nivolumab, intravenös	26.990,53 €
ZP26-136V	(6-008.nn) Gabe von Nivolumab, intravenös	30.846,32 €
ZP26-136W	(6-008.np) Gabe von Nivolumab, intravenös	36.630,01 €
ZP26-136X	(6-008.nq) Gabe von Nivolumab, intravenös	44.341,59 €
ZP26-136Y	(6-008.nr) Gabe von Nivolumab, intravenös	55.426,99 €