

PEPP Entgelttarif für das Universitätsklinikum Ulm

Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Abs. 6 BpflV (Bundespfllegesatzverordnung)

1. Allgemeine Informationen über die Pauschalierenden Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)

1.1. Pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) gemäß § 7 S. 1 Nr. 1 BPfIV i.V.m. § 1 Absatz 1 PEPPV 2020

Die Entgelte für die allgemeinen vollstationären, stationsäquivalenten und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben des Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sowie der Bundespflegesatzverordnung (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.

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 299,37 €** 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 2020 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.

Beispiel:

Patient wird 9 Kalendertage behandelt. Zur Abrechnung kommt das PEPP PK03Z.

PEPP	PEPP-Definition	Berechnungstage / Vergütungsklasse	Bewertungsrelation je Tag	Basisentgeltwert
PK03Z	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen	9	1,9370	299,37 €

Entgelt Vergütungsklasse: $(1,9370 \times 299,37 \text{ €}) \times \text{Anzahl der Berechnungstage in Vergütungsklasse: } 9^*$

* Verlegungs- oder Entlassungstag werden berechnet

Ist die tatsächliche Verweildauer länger als die im Katalog ausgewiesene Vergütungsklasse, wird für die Berechnung die Bewertungsrelation der letzten angegebenen Vergütungsklasse herangezogen.

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 2020 werden die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte durch die Anlagen 1a und 2a bzw. die Anlage 5 der PEPP-Vereinbarung 2020 (PEPPV 2020) vorgegeben.

1.2. Ergänzende Tagesentgelte gemäß § 6 PEPPV 2020

Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a PEPPV 2020 oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BPfIV können bundeseinheitliche ergänzende Tagesentgelte nach der Anlage 5 PEPPV 2020 abgerechnet werden.

Die ergänzenden Tagesentgelte sind wie die PEPP mit Bewertungsrelationen hinterlegt:

(Beispiel)

Ergänzendes Tagesentgelt	Definition	Bewertungsrelation je Tag	Basisentgeltwert
ET01.04	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen Mehr als 6 bis zu 12 Stunden pro Tag	1,2307	299,37 €

Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 5 PEPPV 2020 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.

1.3. Zusatzentgelte (ZP) nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 PEPPV 2020

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 2020 werden die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte nach § 5 Abs. 1 PEPPV 2020 in Verbindung mit der Anlage 3 PEPPV 2020 vorgegeben. Daneben können nach § 5 Abs. 2 PEPPV 2020 für die in Anlage 4 PEPPV 2020 benannten, mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog nicht bewerteten Leistungen krankenhausspezifische 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 2020 oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BPfIV abgerechnet werden.

Das Universitätsklinikum berechnet folgende Zusatzentgelte:

ZP	Bezeichnung	OPS-Code	OPS Text	Entgelt
ZP2021-06	Applikation von Bosentan , oral	6-002.f0	250 mg bis unter 500 mg	71,25 €
		6-002.f1	500 mg bis unter 750 mg	118,75 €
		6-002.f2	750 mg bis unter 1.000 mg	166,25 €
		6-002.f3	1.000 mg bis unter 1.250 mg	213,75 €
		6-002.f4	1.250 mg bis unter 1.500 mg	261,25 €
		6-002.f5	1.500 mg bis unter 1.750 mg	308,75 €
		6-002.f6	1.750 mg bis unter 2.000 mg	356,25 €
		6-002.f7	2.000 mg bis unter 2.250 mg	403,75 €
		6-002.f8	2.250 mg bis unter 2.500 mg	451,25 €
		6-002.f9	2.500 mg bis unter 2.750 mg	498,75 €
		6-002.fa	2.750 mg bis unter 3.000 mg	546,25 €
		6-002.fb	3.000 mg bis unter 3.500 mg	617,50 €
		6-002.fc	3.500 mg bis unter 4.000 mg	712,50 €
		6-002.fd	4.000 mg bis unter 4.500 mg	807,50 €
		6-002.fe	4.500 mg bis unter 5.000 mg	902,50 €
		6-002.ff	5.000 mg bis unter 5.500 mg	997,50 €
		6-002.fg	5.500 mg bis unter 6.000 mg	1092,50 €
		6-002.fh	6.000 mg bis unter 7.000 mg	1235,00 €
		6-002.fj	7.000 mg bis unter 8.000 mg	1425,00 €
		6-002.fk	8.000 mg bis unter 9.000 mg	1615,00 €
ZP2021-19	Applikation von Ambrisentan , oral	6-002.fm	9.000 mg bis unter 10.000 mg	1805,00 €
		6-002.fn	10.000 mg bis unter 11.000 mg	1995,00 €
		6-002.fp	11.000 mg oder mehr	2185,00 €
		6-004.20	10,0 mg bis unter 17,5 mg	155,93 €
		6-004.21	17,5 mg bis unter 25,0 mg	240,98 €
		6-004.22	25,0 mg bis unter 35,0 mg	340,20 €
		6-004.23	35,0 mg bis unter 45,0 mg	453,60 €
		6-004.24	45,0 mg bis unter 55,0 mg	567,00 €
		6-004.25	55,0 mg bis unter 65,0 mg	680,40 €
		6-004.26	65,0 mg bis unter 75,0 mg	793,80 €
		6-004.27	75,0 mg bis unter 100,0 mg	992,25 €
		6-004.28	100,0 mg bis unter 125,0 mg	1.275,75 €
		6-004.29	125,0 mg bis unter 150,0 mg	1.559,25 €
		6-004.2a	150,0 mg bis unter 200,0 mg	1.984,50 €
		6-004.2b	200,0 mg bis unter 250,0 mg	2.551,50 €
		6-004.2c	250,0 mg bis unter 300,0 mg	3.118,50 €
		6-004.2d	300,0 mg bis unter 350,0 mg	3.685,50 €
		6-004.2e	350,0 mg bis unter 400,0 mg	4.252,50 €
		6-004.2f	400,0 mg bis unter 450,0 mg	4.819,50 €
		6-004.2g	450,0 mg oder mehr	5.386,50 €
6-006.a0	75 mg bis unter 125 mg	367,00 €		
6-006.a1	125 mg bis unter 175 mg	550,50 €		
6-006.a2	175 mg bis unter 250 mg	779,88 €		
6-006.a3	250 mg bis unter 325 mg	1.055,13 €		
6-006.a4	325 mg bis unter 400 mg	1.330,38 €		
6-006.a5	400 mg bis unter 475 mg	1.605,63 €		
6-006.a6	475 mg bis unter 550 mg	1.880,88 €		
6-006.a7	550 mg bis unter 625 mg	2.156,13 €		
6-006.a8	625 mg bis unter 700 mg	2.431,38 €		
6-006.a9	700 mg bis unter 775 mg	2.706,63 €		
6-006.aa	775 mg bis unter 850 mg	2.981,88 €		
6-006.ab	850 mg bis unter 925 mg	3.257,13 €		
6-006.ac	925 mg bis unter 1000 mg	3.532,38 €		
6-006.ad	1000 mg bis unter 1075 mg	3.807,63 €		
6-006.ae	1075 mg bis unter 1150 mg	4.082,88 €		
6-006.af	1150 mg bis unter 1225 mg	4.358,13 €		
6-006.ag	1225 mg oder mehr	4.633,38 €		
6-002.b0	25 mg bis unter 50 mg	214,13 €		
6-002.b1	50 mg bis unter 75 mg	356,88 €		
6-002.b2	75 mg bis unter 100 mg	499,63 €		
6-002.b3	100 mg bis unter 125 mg	642,38 €		
6-002.b4	125 mg bis unter 150 mg	785,13 €		
6-002.b5	150 mg bis unter 200 mg	999,25 €		
6-002.b6	200 mg bis unter 250 mg	1.284,75 €		
6-002.b7	250 mg bis unter 300 mg	1.570,25 €		
ZP2021-39	Applikation von Etanercept , parenteral			

ZP2021-59	Applikation von Adalimumab , parenteral	6-002.b8	300 mg oder mehr	1.855,75 €
		6-001.do	10 mg bis unter 25 mg (Alter < 15 Jahre)	230,65 €
		6-001.d1	25 mg bis unter 40 mg (Alter < 15 Jahre)	428,35 €
		6-001.d2	40 mg bis unter 80 mg	790,80 €
		6-001.d3	80 mg bis unter 120 mg	1.318,00 €
		6-001.d4	120 mg bis unter 160 mg	1.845,20 €
		6-001.d5	160 mg bis unter 200 mg	2.372,40 €
		6-001.d6	200 mg bis unter 240 mg	2.899,60 €
		6-001.d7	240 mg bis unter 280 mg	3.426,80 €
		6-001.d8	280 mg bis unter 320 mg	3.954,00 €
		6-001.d9	320 mg bis unter 360 mg	4.481,20 €
		6-001.da	360 mg bis unter 400 mg	5.008,40 €
		6-001.db	400 mg bis unter 440 mg	5.535,60 €
		6-001.dc	440 mg oder mehr	6.062,80 €
		6-001.e0	50 mg bis unter 100 mg (Alter < 15 Jahre)	142,50 €
		6-001.e1	100 mg bis unter 150 mg (Alter < 15 Jahre)	237,50 €
		6-001.e2	150 mg bis unter 200 mg	332,50 €
		6-001.e3	200 mg bis unter 300 mg	475,00 €
		6-001.e4	300 mg bis unter 400 mg	665,00 €
		ZP2021-60	Applikation von Infliximab , parenteral	6-001.e5
6-001.e6	500 mg bis unter 600 mg			1.045,00 €
6-001.e7	600 mg bis unter 700 mg			1.235,00 €
6-001.e8	700 mg bis unter 800 mg			1.425,00 €
6-001.e9	800 mg bis unter 900 mg			1.615,00 €
6-001.ea	900 mg bis unter 1.000 mg			1.805,00 €
6-001.eb	1.000 mg bis unter 1.200 mg			2.090,00 €
6-001.ec	1.200 mg bis unter 1.400 mg			2.470,00 €
6-001.ed	1.400 mg bis unter 1.600 mg			2.850,00 €
6-001.ee	1.600 mg bis unter 1.800 mg			3.230,00 €
6-001.ef	1.800 mg bis unter 2.000 mg			3.610,00 €
6-001.eg	2.000 mg oder mehr			3.990,00 €
6-001.h0	150 mg bis unter 250 mg			502,00 €
6-001.h1	250 mg bis unter 350 mg			753,00 €
6-001.h2	350 mg bis unter 450 mg			1.004,00 €
6-001.h3	450 mg bis unter 550 mg			1.255,00 €
6-001.h4	550 mg bis unter 650 mg			1.506,00 €
6-001.h5	650 mg bis unter 750 mg			1.757,00 €
6-001.h6	750 mg bis unter 850 mg			2.008,00 €
6-001.h7	850 mg bis unter 950 mg			2.259,00 €
ZP2021-62	Applikation von Rituximab , intravenös	6-001.h8	950 mg bis unter 1.050 mg	2.510,00 €
		6-001.h9	1.050 mg bis unter 1.250 mg	2.886,50 €
		6-001.ha	1.250 mg bis unter 1.450 mg	3.388,50 €
		6-001.hb	1.450 mg bis unter 1.650 mg	3.890,50 €
		6-001.hc	1.650 mg bis unter 1.850 mg	4.392,50 €
		6-001.hd	1.850 mg bis unter 2.050 mg	4.894,50 €
		6-001.he	2.050 mg bis unter 2.450 mg	5.647,50 €
		6-001.hf	2.450 mg bis unter 2.850 mg	6.651,50 €
		6-001.hg	2.850 mg bis unter 3.250 mg	7.655,50 €
		6-001.hh	3.250 mg bis unter 3.650 mg	8.659,50 €
6-001.hj	3.650 mg oder mehr	9.663,50 €		

Können für die Leistungen nach Anlage 4 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2020 noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Wurden für Leistungen nach Anlage 4 im Jahr 2020 keine Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

1.4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 8 PEPPV 2020

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 2020 aus den Anlagen 1b, 2b und 6b PEPPV 2020.

Können für die Leistungen nach Anlage 1b PEPPV 2020 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2020 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden vollstationären Berechnungstag **250,00 €** abzurechnen. Können für die Leistungen nach Anlage 2b PEPPV 2020 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2020 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 2020 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag **200,00 €** abzurechnen.

Wurden für Leistungen nach den Anlagen 1b und 2b PEPPV 2020 im Jahr 2020 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:

a) Entgelte der Anlage 1b PEPPV 2020 (vollstationär)

PEPP	Bezeichnung	Entgelt
Prä-Strukturkategorie		
P001Z	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie, bis zu 7 Pfl egetage	250,00 €
Strukturkategorie Psychiatrie, vollstationär		
PA16Z	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten	288,34 €
PA17Z	Andere psychosomatische Störungen	250,00 €
PA18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	288,34 €
PA98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose	265,56 €
PA99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose	273,34 €
Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie, vollstationär		
PK15Z	Organische Störungen, amnestisches Syndrom und degenerative Krankheiten des Nervensystems	250,00 €
PK16Z	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten	250,00 €
PK17Z	Andere psychosomatische Störungen	259,15 €
PK18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	415,03 €
PK98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose	250,00 €
PK99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose	250,00 €
Strukturkategorie Psychosomatik, vollstationär		
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	259,15 €
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 €

b) Entgelte der Anlage 2b PEPPV 2020 (teilstationär)

PEPP	Bezeichnung	Entgelt
Strukturkategorie Psychiatrie, teilstationär		
TA16Z	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten	190,00 €
TA17Z	Andere psychosomatische Störungen	190,00 €
TA18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	415,03 €
TA98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose	190,00 €
TA99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose	190,00 €
Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie, teilstationär		
TK15Z	Organische Störungen, amnestisches Syndrom und degenerative Krankheiten des Nervensystems	190,00 €
TK16Z	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten	190,00 €
TK17Z	Andere psychosomatische Störungen	290,53 €
TK18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	290,53 €
TK98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose	190,00 €
TK99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose	190,00 €
Strukturkategorie Psychosomatik, teilstationär		
TP98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose	190,00 €
TP99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose	190,00 €

2. Entgelte für vor – und nachstationäre Behandlungen gem. § 115a SGB V

Gem. § 115a SGB V berechnet das Universitätsklinikum Ulm für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind:

2.1. vorstationäre Behandlung (fachabteilungsbezogene Vergütungspauschalen je Fall)

Innere Medizin	147,25 €	Kinderchirurgie	61,36 €	Geburtshilfe	119,13 €
Geriatric	72,09 €	Lungen- und Bronchialheilkunde	111,46 €	Hals-, Nasen, Ohrenheilkunde	78,74 €
Kardiologie	156,97 €	Allgemeine Chirurgie	100,72 €	Augenheilkunde	68,51 €
Nephrologie	140,61 €	Unfallchirurgie	82,32 €	Neurologie	114,02 €
Hämatologie und Onkologie	75,67 €	Neurochirurgie	48,57 €	Allgemeine Psychiatrie	125,78 €
Endokrinologie	310,87 €	Gefäßchirurgie	134,47 €	Kinder- und Jugendpsychiatrie	50,11 €
Gastroenterologie	164,64 €	Plastische Chirurgie	95,10 €	Psychosomatik/Psychotherapie	99,19 €
Pneumologie	219,34 €	Thoraxchirurgie	121,18 €	Nuklearmedizin	162,08 €
Rheumatologie	128,85 €	Herzchirurgie	126,29 €	Strahlenheilkunde	186,62 €
Pädiatrie	94,08 €	Urologie	103,28 €	Dermatologie	75,67 €
Kinderkardiologie	111,46 €	Orthopädie	133,96 €	Zahn- und Kieferheilkunde	64,42 €
Neonatologie	51,64 €	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13 €	Intensivmedizin	104,30 €

2.2. nachstationäre Behandlung (fachabteilungsbezogene Vergütungspauschalen je Behandlungstag)

Innere Medizin	53,69 €	Kinderchirurgie	24,54 €	Geburtshilfe	28,12 €
Geriatric	30,68 €	Lungen-und Bronchialheilkunde	48,06 €	Hals-, Nasen, Ohrenheilkunde	37,84 €
Kardiologie	61,36 €	Allgemeine Chirurgie	17,90 €	Augenheilkunde	38,86 €
Nephrologie	67,49 €	Unfallchirurgie	21,47 €	Neurologie	40,90 €
Hämatologie und Onkologie	46,02 €	Neurochirurgie	21,99 €	Allgemeine Psychiatrie	37,84 €
Endokrinologie	44,48 €	Gefäßchirurgie	23,01 €	Kinder-und Jugendpsychiatrie	20,45 €
Gastroenterologie	63,91 €	Plastische Chirurgie	18,41 €	Psychosomatik/Psychotherapie	47,55 €
Pneumologie	66,47 €	Thoraxchirurgie	45,50 €	Nuklearmedizin	123,22 €
Rheumatologie	54,20 €	Herzchirurgie	23,01 €	Strahlenheilkunde	330,29 €
Pädiatrie	37,84 €	Urologie	41,93 €	Dermatologie	23,01 €
Kinderkardiologie	27,10 €	Orthopädie	20,96 €	Zahn-und Kieferheilkunde	23,52 €
Neonatologie	23,01 €	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22,50 €	Intensivmedizin	36,81 €

2.3. für Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten werden zusätzliche Pauschalen berechnet

Computer-Tomographie-Geräte (CT); Leistungen nach den DKG-NT Ziffern:

5369	Höchstwert Leistungen 5370 bis 5374	122,71 €	5376	Ergänzendes CT zu Leist. 5370 bis 5375	20,45 €
5370/5375	CT Kopfbereich/ Aorta	81,81 €	5377	Zuschlag für computergesteuerte Analyse	32,72 €
5371	CT Hals- und/oder Thoraxbereich	94,08 €	5378	CT zur Bestrahlungsplanung	40,90 €
5372	CT Abdominalbereich	106,35 €	5380	Bestimmung des Mineralgehalts	12,27 €
5373/5374	CT Skelett/Hals-, Brust-,Lendenwirbel	77,72 €			

Magnet-Resonanz-Geräte (MR); Leistungen nach den DKG-NT Ziffern:

5700,5720	MRT Kopfbereich/Abdomen, Becken	179,97 €	5729	MRT Gelenke/ Abschnitte von Extremität	98,17 €
5705	MRT Wirbelsäule	171,79 €	5731,5732	Ergänz. MRT/ Zuschl. Zu Leist. 5700-5730	40,90 €
5715	MRT Thoraxbereich, Aorta	175,88 €	5733	Zuschlag für computergesteuerte Analyse	32,72 €
5721/5730	MRT Mamma/ Extremitäten	163,61 €	5735	Höchstwert für Leist. Nr. 5700 bis 5730	245,42 €

Linksherzkatheter-Meßplätze (LHM); Leistungen nach den DKG-NT Ziffern:

627	Linksherzkatheterismus	61,36 €	5317,5326	Anschlussserien b. Leist. 5315-16/ 5324-25	16,36 €
628	Herzkatheterismus	32,72 €	5318	Anschlussserien bei Leistung Nr. 5317	24,54 €
629	Transseptaler Linksherzkatheterismus	81,81 €	5324	Selekt. Koronarang. E. Herzkranzgefäß.	98,17 €
5315	Angiokardiographie einer Herzhälfte	89,99 €	5327	Zusätzl. Linksventrikulographie b. selek. Koro.	40,90 €
5316,5325	Angio. Beid. Herzh./ selekt. Koronarang.	122,71 €	5328	Zuschlag zu Leist. 5300 bis 5327	49,08 €

Hochvolttherapie- Geräte (Linearbeschleuniger = LIN/Telecobald-Geräte= CO); Leistungen nach den DKG-NT I/Ziffern:

5831	Erst. Behandlungsplan je Bestrahl.serie	61,36 €	5834	Bestrahl.m. Telekobaltgerät, je Fraktion	29,65 €
5832	Zuschl. Zu 5831 b. Anw. E. Simulators	20,45 €	5835,5837	Zuschl.f. Nr. 5834/ 5836b. Großfeldbestrahl.	5,11 €
5833	Zuschl. Zu 5831 b. ind. Berechn. D. Dosis.	81,81 €	5836	Bestrahl.m. Beschleuniger, je Fraktion	40,90 €

Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET); Leistungen nach den DKG-NTI/Ziffern:

5488	Positronen-Emissions-Tomographie (PET)	245,42 €	5489	PET mit quantifizierender Auswertung	306,78 €
------	--	----------	------	--------------------------------------	----------

Ausgenommen sind die Leistungen nach Maßgabe des § 5 der Allgemeinen Tarifbestimmungen des DKG-NT I (z.B. Kontrastmittel).

Gemäß § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 KHEntgG ist eine vorstationäre Behandlung neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Eine nachstationäre Behandlung kann zusätzlich zur Fallpauschale (DRG) berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale (DRG) übersteigt.

3. Zuschläge und Abschläge

3.1. Zu- und Abschläge gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 4 KHEntgG

Das Universitätsklinikum Ulm berechnet folgende Zu- und Abschläge:

- Kombiniertes Zuschlag zur Finanzierung von **Ausbildungskosten** je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **232,66 €**. Dieser setzt sich zusammen aus dem Ausbildungszuschlag nach § 17 a Abs. 6 bzw. 9 KHG (116,49€) sowie dem Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 Satz 1 PfIBG (116,17€).
- Für die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer **Begleitperson** / Pflegekraft wird ein Zuschlag in Höhe von 45€ je Belegungstag gemäß § 17b Abs. 1a Nr.7 KHG berechnet.
- **Qualitätssicherungszuschlag** gem. § 136 Abs. 1 fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V) mit §135a SGB V in Höhe von 0,81 € je abrechnetem vollstationärem Fall.
- Zuschlag für **einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem** nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG in Höhe von 0,20€.
- Zuschlag zur **pauschalen Abgeltung von Preis – und Mengensteigerungen infolge des Coronavirus SARS-CoV- 2**, insbesondere bei persönlichen Schutzrüstungen, nach § 21 Abs. 6 KHG für jeden Patienten, in Höhe von 20,00 € je voll- oder teilstationärem Fall.

3.2. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- aDRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von 1,66€.
- Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 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 voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von 1,89€.

4. Zuzahlungen

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.

5. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntgG, § 22 BPfIV):

5.1. Wahlleistung Unterkunft

Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer

Augenklinik	160,00 €	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	38,75 €
Chirurgische Klinik	160,00 €	Medizinische Klinik, Innere Medizin	160,00 €
Dermatologische Klinik	160,00 €	Psychiatrische Klinik und Psychotherapie	41,94 €
Familienzimmer	88,77 €	Psychosomatische Medizin	80,00 €
Frauenklinik	160,00 €	Strahlentherapie und Radioonkologie	38,75 €
HNO-Klinik	160,00 €	Urologische und Kinderurologische Klinik	160,00 €
Kinder- und Jugendpsychiatrie	22,42 €		

Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer

Augenklinik	80,00 €	HNO-Klinik	80,00 €
Chirurgische Klinik	80,00 €	Medizinische Klinik, Innere Medizin	80,00 €
Dermatologische Klinik	80,00 €	Urologische und Kinderurologische Klinik	80,00 €
Frauenklinik	80,00 €	Psychiatrische Klinik	17,03 €

5.2. Wahlärztliche Leistungen

Bei der Inanspruchnahme der Wahlärztlichen Leistung kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Universitätsklinikums Ulm beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntgG, § 22 Abs.3 BPfIV). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Universitätsklinikums Ulm, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a SGB V) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Klinikums, §16 BPfIV, §17 Abs. 3 KHEntG (Wahlarztkette). Die Vereinbarung gilt gleichermaßen auch für wahlärztliche Leistungen, die nicht vom Wahlarzt selbst sondern vom Klinikum liquidiert werden.

Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung. Nach § 6a GOÄ/ §7 GOZ erfolgt bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25%; bei Leistungen und Zuschlägen von niedergelassenen Ärzten um 15%. Das Arzthonorar wird in der Regel gesondert von den jeweils liquidationsberechtigten Klinikärzten 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 Universitätsklinikum Ulm 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.

5.3. Das Entgelt für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson ohne medizinische Indikation beträgt 49,45€.

6. Entgelt für sonstige Leistungen

Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus 165,77 €. Folgende Zuschläge können zusätzlich berechnet werden:

- Nacht- Zuschlag: Zuschlag für in der Zeit von 20 Uhr bis 22 Uhr und von 06 Uhr bis 08 Uhr erbrachte Leistungen
- Tiefnacht- Zuschlag: Zuschlag für in der Zeit von 22 Uhr bis 06 Uhr erbrachte Leistungen
- Wochenend- und Feiertags- Zuschlag: Zuschlag für an Samstag, Sonntag und Feiertagen erbrachte Leistungen
Der Wochenend- und Feiertags- Zuschlag darf auch neben den weiteren Zuschlägen erhoben werden

7. Entgelt für sonstige Leistungen

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 Abs. 1 und 2 PEPPV 2020 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 2 PEPPV 2020 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 Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts zusammenzurechnen; hierbei sind die Verlegungs- oder Entlassungstage aller zusammenzuführenden Aufenthalte mit in die Berechnung einzubeziehen.

8. Inkrafttreten

Dieser Pflegekostentarif/DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2021 in Kraft. Gleichzeitig wird der Pflegekostentarif vom 01.12.2018 aufgehoben. Die angegebenen Preise gelten vorbehaltlich eventueller Druckfehler oder Preisänderungen nach Druckfreigabe.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie können jederzeit Einsicht in das PEPP-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie die dazugehörigen 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.