

PEPP Entgelttarif für das Universitätsklinikum Ulm

Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Abs. 6 BPfIV (Bundespflegesatzverordnung)

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 Abs. 1 PEPPV 2025

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 844,98 €** 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 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.

Beispiel: Patient wird 9 Kalendertage behandelt. Zur Abrechnung kommt das PEPP PK03B.

PEPP	PEPP-Definition	Berechnungstage / Vergütungsklasse	Bewertungsrelation je Tag	Basisentgeltwert
PK03B	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftes Störungen oder andere psychotische Störungen ohne Intensivbehandlung	9	1,7086	844,98 €

Entgelt Vergütungsklasse: $(1,7086 \times 844,98 \text{ €}) \times \text{Anzahl der Berechnungstage in Vergütungsklasse: } 9 * = 12.993,60 \text{ €}$

* 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 2025 werden die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte durch die Anlagen 1a und 2a bzw. die Anlage 5 der PEPP-Vereinbarung 2025 (PEPPV 2025) vorgegeben.

1.2. 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 Abs. 1 BPfIV können bundeseinheitliche ergänzende Tagesentgelte nach der Anlage 5 PEPPV 2025 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	1,1894	844,98 €

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.

1.3. Zusatzentgelte (ZP) 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 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 2025 oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BPfIV abgerechnet werden.

Das Universitätsklinikum berechnet folgende Zusatzentgelte:

ZP	Bezeichnung	OPS-Code	OPS Text	Entgelt
ZP2025-02	Strahlentherapie	8-522.g1	Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie, mit bildgestützter Einstellung	189,96 €
		8-527.0	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie; Fixationsvorrichtung, einfach	1.228,35 €
		8-527.8	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie; individuelle Blöcke oder Viellamellenkollimator (MLC)	117,21 €
ZP2025-26	Applikation von Paliperidon , intramuskulär	6-006.a0	75 mg bis unter 125 mg	600,00 €
		6-006.a1	125 mg bis unter 175 mg	621,88 €
		6-006.a2	175 mg bis unter 250 mg	842,32 €
		6-006.a3	250 mg bis unter 325 mg	1.191,92 €
		6-006.a4	325 mg bis unter 400 mg	1.502,86 €
		6-006.a5	400 mg bis unter 475 mg	600,00 €
		6-006.a6	475 mg bis unter 550 mg	2.031,48 €
		6-006.a7	550 mg bis unter 625 mg	600,00 €
		6-006.a8	625 mg bis unter 700 mg	600,00 €
		6-006.a9	700 mg bis unter 775 mg	600,00 €
		6-006.aa	775 mg bis unter 850 mg	600,00 €
		6-006.ab	850 mg bis unter 925 mg	600,00 €
		6-006.ac	925 mg bis unter 1000 mg	600,00 €
		6-006.ad	1000 mg bis unter 1075 mg	600,00 €
		6-006.ae	1075 mg bis unter 1150 mg	600,00 €
		6-006.af	1150 mg bis unter 1225 mg	600,00 €
		6-006.ag	1225 mg oder mehr	600,00 €
ZP2025-32	Gabe von Abatacept , subkutan	6-003.tb	50,0 mg bis unter 87,5 mg (Alter < 15 Jahre)	600,00 €
		6-003.tc	87,5 mg bis unter 125,0 mg (Alter < 15 Jahre)	600,00 €
		6-003.td	125,0 mg bis unter 250,0 mg (Alter < 15 Jahre)	600,00 €
		6-003.te	250,0 mg bis unter 375,0 mg	732,45 €
		6-003.tf	375,0 mg bis unter 500,0 mg	600,00 €
		6-003.tg	500,0 mg bis unter 625,0 mg	600,00 €
		6-003.th	625,0 mg bis unter 750,0 mg	600,00 €
		6-003.tj	750,0 mg bis unter 875,0 mg	600,00 €
		6-003.tk	875,0 mg bis unter 1.000,0 mg	600,00 €
		6-003.tm	1.000,0 mg bis unter 1.125,0 mg	600,00 €
		6-003.tn	1.125,0 mg bis unter 1.250,0 mg	600,00 €
		6-003.tp	1.250,0 mg bis unter 1.375,0 mg	600,00 €
		6-003.tq	1.375,0 mg bis unter 1.500,0 mg	600,00 €
		6-003.tr	1.500,0 mg oder mehr	600,00 €
ZP2025-39	Applikation von Etanercept , parenteral	6-002.b0	25 mg bis unter 50 mg (Alter < 15 Jahre)	600,00 €
		6-002.b1	50 mg bis unter 75 mg (Alter < 15 Jahre)	600,00 €
		6-002.b2	75 mg bis unter 100 mg	600,00 €
		6-002.b3	100 mg bis unter 125 mg	600,00 €
		6-002.b4	125 mg bis unter 150 mg	600,00 €
		6-002.b5	150 mg bis unter 200 mg	600,00 €
		6-002.b6	200 mg bis unter 250 mg	600,00 €
		6-002.b7	250 mg bis unter 300 mg	600,00 €
		6-002.b8	300 mg oder mehr	1.192,04 €
ZP2025-42	Gabe von Voriconazol , oral	6-002.50	1,00 g bis unter 1,75 g (Alter < 15 Jahre)	600,00 €
		6-002.51	1,75 g bis unter 2,50 g (Alter < 15 Jahre)	600,00 €
		6-002.52	2,50 g bis unter 3,50 g	600,00 €

		6-002.53	3,50 g bis unter 4,50 g	600,00 €
		6-002.54	4,50 g bis unter 6,50 g	600,00 €
		6-002.55	6,50 g bis unter 8,50 g	600,00 €
		6-002.56	8,50 g bis unter 10,50 g	600,00 €
		6-002.57	10,50 g bis unter 15,50 g	116,37 €
		6-002.58	15,50 g bis unter 20,50 g	161,12 €
		6-002.59	20,50 g bis unter 25,50 g	600,00 €
		6-002.5a	25,50 g bis unter 30,50 g	600,00 €
		6-002.5c	30,50 g bis unter 35,50 g	600,00 €
		6-002.5d	35,50 g bis unter 40,50 g	600,00 €
		6-002.5e	40,50 g bis unter 45,50	600,00 €
		6-002.5f	45,50 g oder mehr	600,00 €
ZP2025-59	Applikation von Adalimumab , parenteral	6-001.d0	10 mg bis unter 25 mg (Alter < 15 Jahre)	600,00 €
		6-001.d1	25 mg bis unter 40 mg (Alter < 15 Jahre)	600,00 €
		6-001.d2	40 mg bis unter 80 mg	600,00 €
		6-001.d3	80 mg bis unter 120 mg	242,21 €
		6-001.d4	120 mg bis unter 160 mg	354,66 €
		6-001.d5	160 mg bis unter 200 mg	600,00 €
		6-001.d6	200 mg bis unter 240 mg	600,00 €
		6-001.d7	240 mg bis unter 280 mg	600,00 €
		6-001.d8	280 mg bis unter 320 mg	600,00 €
		6-001.d9	320 mg bis unter 360 mg	600,00 €
		6-001.da	360 mg bis unter 400 mg	600,00 €
		6-001.db	400 mg bis unter 440 mg	600,00 €
		6-001.dc	440 mg oder mehr	600,00 €
ZP2025-90	Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik	1-945.0	Ohne weitere Maßnahmen	837,00 €
		1-945.1	Mit Durchführung von mindestens einer spezifisch protokollierten Fallkonferenz	1.014,36 €
ZP2023-92	Gabe von Vedolizumab , parenteral	6-008.50	100 mg bis unter 200 mg	600,00 €
		6-008.51	200 mg bis unter 300 mg	600,00 €
		6-008.52	300 mg bis unter 600 mg	2.422,06 €
		6-008.53	600 mg bis unter 900 mg	600,00 €
		6-008.54	900 mg bis unter 1.200 mg	600,00 €
		6-008.55	1.200 mg bis unter 1.500 mg	600,00 €
		6-008.56	1.500 mg bis unter 1.800 mg	600,00 €
		6-008.57	1.800 mg bis unter 2.100 mg	600,00 €
		6-008.58	2.100 mg bis unter 2.400 mg	600,00 €
		6-008.59	2.400 mg bis unter 2.700 mg	600,00 €
		6-008.5a	2.700 mg bis unter 3.000 mg	600,00 €
		6-008.5b	3.000 mg bis unter 3.300 mg	600,00 €
		6-008.5c	3.300 mg bis unter 3.900 mg	600,00 €
		6-008.5d	3.900 mg bis unter 4.500 mg	600,00 €
		6-008.5e	4.500 mg bis unter 5.100 mg	600,00 €
		6-008.5f	5.100 mg bis unter 5.700 mg	600,00 €
		6-008.5d	5.700 mg oder mehr	600,00 €

Können für die Leistungen nach Anlage 4 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2025 noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Wurden für Leistungen nach Anlage 4 im Jahr 2025 keine Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 der Bundespflegesatzverordnung für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

1.4. 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 S. 1 BPflV zu vereinbaren. Die krankenhausindividuell 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 krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden vollstationären Berechnungstag **250,00 €** abzurechnen.

Können für die Leistungen nach Anlage 2b PEPPV 2025 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2025 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 2025 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag **200,00 €** abzurechnen.

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 Abs. 1 S. 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 2025 (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	333,57 €
PA17Z	Andere psychosomatische Störungen	250,00 €
PA18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	333,57 €
PA98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose	307,21 €
PA99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose	316,21 €
Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie, vollstationär		
PK15Z	Organische Störungen, amnestisches Syndrom und degenerative Krankheiten des Nervensystems	294,43 €
PK16Z	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten	250,00 €
PK17Z	Andere psychosomatische Störungen	299,80 €
PK18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	480,13 €
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	299,80 €
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 2025 (teilstationär)

PEPP	Bezeichnung	Entgelt
Strukturkategorie Psychiatrie, teilstationär		
TA16Z	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten	190,00 €
TA17Z	Andere psychosomatische Störungen	305,15 €
TA18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	234,38 €
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	336,11 €
TK18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	336,11 €
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 neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) gem. § 6 Abs. 4 BPfIV

NUB	Bezeichnung	OPS-Code bzw. Pseudo-Code	Einheit	Entgelthöhe
NUB2025-P1	Esketamin, nasal	6-00c.6	je Applikator	262,54 €
NUB2025-P39	Ivacaftor	6-00d.6	je mg	1,38 €

3. 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:

3.1. vorstationäre Behandlung (fachabteilungsbezogene Vergütungspauschalen je Fall)

Innere Medizin	147,25 €	Kinderchirurgie	61,36 €	Geburtshilfe	119,13 €
Geriatrie	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 €

3.2. nachstationäre Behandlung (fachabteilungsbezogene Vergütungspauschalen je Behandlungstag)

Innere Medizin	53,69 €	Kinderchirurgie	24,54 €	Geburtshilfe	28,12 €
Geriatrie	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 €

3.3. 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	174,86 €	5376	Ergänzendes CT zu Leist. 5370 bis 5375	29,14 €
5370/5375	CT Kopfbereich/ Aorta	116,57 €	5377	Zuschlag für computergesteuerte Analyse	46,63 €
5371	CT Hals- und/oder Thoraxbereich	134,06 €	5378	CT zur Bestrahlungsplanung	58,29 €
5372	CT Abdominalbereich	151,55 €	5380	Bestimmung des Mineralgehalts	17,49 €
5373/5374	CT Skelett/Hals-, Brust-, Lendenwirbel	110,75 €			

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

5700,5720	MRT Kopfbereich/Abdomen, Becken	256,46 €	5729	MRT Gelenke/ Abschnitte von Extremität	139,89 €
5705	MRT Wirbelsäule	244,81 €	5731,5732	Ergänz. MRT/ Zuschl. Zu Leist. 5700-5730	58,29 €
5715	MRT Thoraxbereich, Aorta	250,64 €	5733	Zuschlag für computergesteuerte Analyse	46,63 €
5721/5730	MRT Mamma/ Extremitäten	233,15 €	5735	Höchstwert für Leist. Nr. 5700 bis 5730	349,72 €

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

627	Linksherzkatheterismus	87,43 €	5317,5326	Anschlussserien b. Leist. 5315-16/ 5324-25	23,31 €
628	Herzkatheterismus	46,63 €	5318	Anschlussserien bei Leistung Nr. 5317	34,97 €
629	Transseptaler Linksherzkatheterismus	116,57 €	5324	Selekt. Koronarang. E. Herzkranzgefäß.	139,89 €
5315	Angiokardiographie einer Herzhälfte	128,23 €	5327	Zusätzl. Linksventrikulographie b. selekt. Koro.	58,29 €
5316,5325	Angio. Beid. Herz./ selekt. Koronarang.	174,86 €	5328	Zuschlag zu Leist. 5300 bis 5327	69,94 €

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

5831	Erst. Behandlungsplan je Bestrahl.serie	87,43 €	5834	Bestrahl. m. Telecobaltgerät, je Fraktion	41,97 €
5832	Zuschl. Zu 5831 b. Anw. E. Simulators	29,14 €	5835,5837	Zuschl. f. Nr. 5834/ 5836b. Großfeldbestrahl.	6,99 €
5833	Zuschl. Zu 5831 b. in d. Berechn. D. Dosiv.	116,57 €	5836	Bestrahl. m. Beschleuniger, je Fraktion	58,29 €

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

5488	Positronen-Emissions-Tomographie (PET)	349,72 €	5489	PET mit quantifizierender Auswertung	437,15 €
------	--	----------	------	--------------------------------------	----------

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

Gemäß § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 KHEntG 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 Grenzerweildauer der Fallpauschale (DRG) übersteigt.

4. Zuschläge und Abschläge

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

Das Universitätsklinikum Ulm berechnet folgende Zu- und Abschläge:

- Kombinierter Zuschlag zur Finanzierung von **Ausbildungskosten** je voll- und teilstationären Fall in Höhe von **291,98 €**.
- Für die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer **Begleitperson** / Pflegekraft wird ein Zuschlag in Höhe von **60,00 €** 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 **0,86 €** je abgerechnetem vollstationären Fall.
- Zuschlag für **einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem** nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG in Höhe von **0,20 €**.
- Zuschlag für **Telematikinfrastruktur** je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **1,75 €**

4.2. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- aDRG-Systemzuschlag** nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **1,73 €**
- 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 **3,17 €**.

5. 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 10,00 € 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.

6. Entgelte für Wahlleistungen

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

6.1. 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	42,35 €
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 Komfortleistungsstation G5 (verfügbar für Chirurgie, Dermatologie und Urologie)	180,00 €

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	17,50 €
		Unterbringung Komfortleistungsstation G5 (verfügbar für Chirurgie, Dermatologie und Urologie)	90,00 €

6.2. 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 KHEntgG (Wahlärztkette). 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 nach- folgend

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.

6.3. Das Entgelt für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson ohne medizinische Indikation beträgt 66,48 €.

7. 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

8. Entgelt für sonstige Leistungen

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 Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts zusammenzurechnen; hierbei sind die Verlegungs- oder Entlassungstage aller zusammenzuführenden Aufenthalte mit in die Berechnung einzubeziehen.

9. Inkrafttreten

Dieser Pflegekostentarif/DRG-Entgelttarif tritt am 01.06.2025 in Kraft. Gleichzeitig wird der Pflegekostentarif vom 01.01.2025 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.