

PEPP-Entgelttarif 2026 - ab August 2026

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

Gültig ab 01. August 2026

Genehmigt durch Bescheid des Regierungspräsidiums in Karlsruhe
vom 16.07.2026 (Aktenzeichen: RPK22-5448-40/9/3)

Das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim berechnet bei stationären Aufnahmen ab dem 01.08.2026 folgende Entgelte:

Die Entgelte für die allgemeinen vollstationären, stationsäquivalenten und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie der BpflV 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 BpflV 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 **509,98€** 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 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
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	1,4596
		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

PEPP Entgeltkatalog Stand 2026

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	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	330,00 €	12 x 378,64€ = 4.543,70€

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	Bewertungs- relation	Basis- entgeltwert	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 378,64€ = 10.980,62€

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 PEPP-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:

PEPP-Entgeltkatalog
Katalog ergänzender Tagesentgelte

ET	Bezeichnung	ET _D	OPS Version 2026		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-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 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	0,1925
		ET02.04	9-61a	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:

- 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: 2026

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 Zusatzentgeltkatalogen gem. § 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 krankenhausesindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600 Euro** 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 Euro** abzurechnen.

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 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 BPflV zu vereinbaren. Die krankenhausesindividuell 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 krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden vollstationären Berechnungstag 250 Euro abzurechnen. Können für die Leistungen nach Anlage 2b PEPPV 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2026 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 2026 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag 200 Euro 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 Euro und für jeden teilstationären Berechnungstag 190 Euro 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 Euro** und für jeden teilstationären Berechnungstag **190 Euro** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende stationsäquivalente PEPP-Entgelte im Erwachsenenbereich:

Entgelt nach § 6 BpflV	Entgeltschlüssel nach § 301 SGB V3)	Entgelthöhe
QA80Z_00_	DH3EA001	32,46
QA80Z_01_	DH3EA002	71,43
QA80Z_02_	DH3EA003	110,38
QA80Z_03_	DH3EA004	149,36
QA80Z_04_	DH3EA005	207,79
QA80Z_05_	DH3EA006	285,72
QA80Z_06_	DH3EA007	345,67
QA80Z_09_	DH3EAF08	51,94
QA80Z_10_	DH3EP001	26,02
QA80Z_11_	DH3EP002	57,27
QA80Z_12_	DH3EP003	88,50
QA80Z_13_	DH3EP004	119,73
QA80Z_14_	DH3EP005	166,59
QA80Z_15_	DH3EP006	229,05
QA80Z_16_	DH3EP007	275,88
QA80Z_19_	DH3EPF08	41,65
QA80Z_20_	DH3ES001	21,90
QA80Z_21_	DH3ES002	48,17
QA80Z_22_	DH3ES003	74,43
QA80Z_23_	DH3ES004	100,71
QA80Z_24_	DH3ES005	140,14
QA80Z_25_	DH3ES006	192,65
QA80Z_26_	DH3ES007	232,65
QA80Z_29_	DH3ESF08	35,04
QA80Z_30_	DH3EF001	22,91
QA80Z_31_	DH3EF002	50,41
QA80Z_32_	DH3EF003	77,90
QA80Z_33_	DH3EF004	105,39
QA80Z_34_	DH3EF005	146,64
QA80Z_35_	DH3EF006	201,61
QA80Z_36_	DH3EF007	242,63
QA80Z_39_	DH3EFF08	36,65
QA80Z_XX_	DH1E0P00	177,73

Das Krankenhaus berechnet folgende stationsäquivalente PEPP-Entgelte im Kinder und Jugendlichenbereich:

Entgelt nach § 6 BPfIV	Entgeltschlüssel nach § 301 SGB V3)	Entgelthöhe
QK80Z_00_	DH3KA001	32,46
QK80Z_01_	DH3KA002	71,43
QK80Z_02_	DH3KA003	110,38
QK80Z_03_	DH3KA004	149,36
QK80Z_04_	DH3KA005	207,79
QK80Z_05_	DH3KA006	285,72
QK80Z_06_	DH3KA007	345,67
QK80Z_09_	DH3KAF00	51,94
QK80Z_10_	DH3KP001	26,02
QK80Z_11_	DH3KP002	57,27
QK80Z_12_	DH3KP003	88,50
QK80Z_13_	DH3KP004	119,73
QK80Z_14_	DH3KP005	166,59
QK80Z_15_	DH3KP006	229,05
QK80Z_16_	DH3KP007	275,88
QK80Z_19_	DH3KPF00	41,65
QK80Z_20_	DH3KS001	21,90
QK80Z_21_	DH3KS002	48,17
QK80Z_22_	DH3KS003	74,43
QK80Z_23_	DH3KS004	100,71
QK80Z_24_	DH3KS005	140,14
QK80Z_25_	DH3KS006	192,65
QK80Z_26_	DH3KS007	232,65
QK80Z_29_	DH3KSF08	35,04
QK80Z_30_	DH3KF001	22,91
QK80Z_31_	DH3KF002	50,41
QK80Z_32_	DH3KF003	77,90
QK80Z_33_	DH3KF004	105,39
QK80Z_34_	DH3KF005	146,64
QK80Z_35_	DH3KF006	201,61
QK80Z_36_	DH3KF007	242,63
QK80Z_39_	DH3KFF00	36,65
QK80Z_XX_	DH1KOP00	177,73

5. Zu- und Abschläge gem. § 7 BPfIV

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

je vollstationärem Fall

in Höhe von **0,84 €**

Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben und besondere Tatbestände

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

in Höhe von **1,59 €**

- 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, je abzurechnenden Krankenhausfall

in Höhe von **3,12 €**

- Kombiniertes Ausbildungszuschlag nach §§ 17a Abs. 6 bzw. 9 KHG und 33 Abs. 3 Satz PflBG, je voll- und teilstationärem Fall

in Höhe von **330,46 €**

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitperson / Pflegekraft

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 vollstationärem Fall

in Höhe von **0,20 €**

- 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

- Zuschlag für Telematik nach § 291 a Abs. 7 a S. 3 SGB V, je voll- und teilstationärem Fall bei Patientinnen und Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung

in Höhe von **357,80 €**

- Zuschlag für Speicherung von Daten und Erstbefüllung auf der elektronischen Patientenakte gemäß § 5 Abs. 3g Satz 1 und 3 KHEntgG je voll- und teilstationärem Fall bei Patientinnen und Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung

in Höhe von **5,00 €**

6. 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:

Zusatzentgelt nach § 6 BPfIV	Entgelt-schlüssel nach § 301 SGB V3)	OPS-Kode	Entgelthöhe
Esketamin nasal, je Nasenspray	CC00007G	OPS 6-00c.6	196,35

7. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gem. § 115a SGB V

Gem. § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte:

a) vorstationäre Behandlung

- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie 125,78 €
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters 50,11 €
- Klinik für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin 99,19 €

b) nachstationäre Behandlung

- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie 37,84 €
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters 20,45 €
- Klinik für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin 47,55 €

8. Entgelte für sonstige Leistungen

Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand:

- Der liquidationsberechtigte Arzt berechnet sein Honorar;
- es werden Schreibgebühren für das Gutachten erhoben;
- es werden Porto- und Versandkosten berechnet.

9. 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.

10. 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 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.

11. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet.

Unterkunft – Preis pro Berechnungstag
Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer

100,00 €

Weitere Einzelheiten der Berechnung von Wahlleistungen lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung und der Patienteninformation über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen entnehmen.

Inkrafttreten

Dieser PEPP-Entgelttarif tritt am 01.08.2026 in Kraft.

Patienteninformation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Fr. Katharina Walger, Leitung Patientenmanagement Tel. 0621 – 1703 1121

Fr. Sandra Bastian, stationäre Abrechnung, Tel. 0621 – 1703 1137

Fr. Olga Klemmer, stationäre Abrechnung, Tel. 0621 – 1703 1142

Fr. Viktoria Knorr, stationäre Abrechnung, Tel. 0621 – 1703 1136

Mail: patientenmanagement@zi-mannheim.de

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.