

Anmerkungen PEPP-Rechnung

Aufnahmenummer: Hierbei handelt es sich um die Nummer, unter der Sie im Krankenhaus für die Dauer Ihrer Behandlung geführt worden sind.

Aufnahme-/Entlassdatum: Sollte eine Fallzusammenführung vorliegen, also zeitlich kurz aufeinander folgende Behandlungsfälle als ein Behandlungsfall abgerechnet werden, finden Sie hier eine Aufstellung Ihrer jeweiligen Aufnahme- und Entlassdaten.

IK: Dies ist das individuelle Institutskennzeichen des aufnehmenden Krankenhauses.

Verweildauer: Dies ist die Dauer Ihres Aufenthaltes im Krankenhaus.

Diagnosen: Hier ist der hauptsächliche Anlass Ihrer Behandlung zu nennen. Da eventuell erfolgte Nebendiagnosen die genaue Einstufung Ihrer Behandlung beeinflussen können, sind diese ebenfalls hier aufzuführen.

PEPP (Buchstaben-Ziffern-Kombination): Auf der Rechnung finden Sie die offizielle PEPP. Außerdem wird der offizielle Wortlaut der abzurechnenden PEPP laut aktuellem PEPP-Entgeltkatalog wiedergegeben.

PEPP Ermittlung

Die Zuweisung zu einer PEPP erfolgt über verschiedene Parameter. Die wichtigsten sind hierbei die Hauptdiagnose sowie gegebenenfalls durchgeführte Prozeduren (Operationen, aufwändige diagnostische oder therapeutische Leistungen). Eventuell vorhandene Nebendiagnosen können zudem die Schweregradeinstufung beeinflussen. Für die Festlegung der Diagnosen beziehungsweise Prozeduren stehen Kataloge zur Verfügung. Daneben können weitere Faktoren wie z. B. das Alter oder die Entlassungsart Auswirkung auf die Zuweisung zu einer PEPP haben. Die genaue Definition der einzelnen PEPPs ist im jeweils aktuell bundesweit gültigen Definitionshandbuch festgelegt.

Preisermittlung für die PEPP

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. Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation 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. Ist die tatsächliche Verweildauer länger als die letzte im Katalog ausgewiesene Vergütungsklasse, ist für die Abrechnung die Bewertungsrelation der letzten Vergütungsklasse heranzuziehen.

Fallzusammenführungen

In genau definierten Fällen ist das Krankenhaus verpflichtet, mehrere zeitlich kurz aufeinander folgende Einzelaufenthalte eines Patienten abrechnungstechnisch zu einem Gesamtfall zusammenzuführen. Der Patient erhält dann auch nur eine Rechnung dafür.

Ergänzende Tagesentgelte: Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten können bundeseinheitliche ergänzende Tagesentgelte nach der Anlage 5 PEPPV 2026 abgerechnet werden. Die ergänzenden Tagesentgelte sind, wie die PEPP mit Bewertungsrelationen hinterlegt

Zusatzentgelt: 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. Daneben können nach § 5 Abs. 2 PEPPV 2026 für die in Anlage 4 PEPPV 2026 benannten, mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog nicht bewerteten Leistungen krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 BPfIV vereinbart werden. Zusatzentgelte können zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten 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.

Zur Finanzierung der Kosten, die den Krankenhäusern für Testungen von Patientinnen und Patienten, die bis einschließlich 14.04.2026 zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 entstehen, rechnet das Krankenhaus auf Grundlage der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG folgende Zusatzentgelte ab:

- Testung durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.05.2023: 30,40 €
- Testungen mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2021: 11,50 €.

Sonstige Entgelte für Leistungen: 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 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 250,00 EUR 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 190,00 EUR 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 200,00 EUR abzurechnen. Wurden für Leistungen nach den Anlagen 1b und 2b PEPPV 2026 im Jahr 2024 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für jeden vollstationären Berechnungstag 250,00 EUR und für jeden teilstationären Berechnungstag 190,00 EUR abzurechnen.

Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlung: Hierbei handelt es sich um die Berechnung von Entgelten für vor- und nachstationäre Behandlungen nach § 115a SGB V. Diese Leistungen werden pauschal vergütet. Außerdem werden die gesondert zu berechnenden Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V aufgeführt (z. B. Computer-Tomographie-Geräte (CT), Magnet-Resonanz-Geräte (MR)).

Ausbildungszuschlag: Zur Finanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege wird ein eigenständiger Ausbildungszuschlag je voll- und teilstationärem Fall erhoben. Dieser beträgt zurzeit 172,21 EUR.

Qualitätssicherungszuschlag: Krankenhäuser sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage der §§ 136 und 136b SGB V zu beteiligen. Zur Finanzierung dieser Maßnahmen, die insbesondere in den vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf Grundlage des § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V erlassenen Richtlinien zur Qualitätssicherung geregelt sind, wird ein Zuschlag von zur Zeit 0,86 EUR erhoben.

Begleitperson: Sollte im Rahmen Ihrer Behandlung aus medizinischen Gründen die Mitaufnahme einer Begleitperson erforderlich sein, können auf der Grundlage der im Jahr 2005 in Kraft getretenen Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1a Nr. 7 KHG für jeden Belegungstag (ausgenommen Entlass- und Verlegungstage) zurzeit 60,00 EUR für Unterkunft und Verpflegung der Begleitperson abgerechnet werden.

GBA-Zuschlag: Ein Krankenhaus kann einen Zuschlag für die Finanzierung von Mehrkosten, die durch Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung entstehen, berechnen. Dieser Zuschlag beträgt zurzeit 3,12 EUR.

DRG-Systemzuschlag: Auf Grund der gesetzlichen Vorgabe in § 8 Absatz 9 KHEntgG sind der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 KHG, der Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Absatz 3 Satz 1 i.V.m. § 139c SGB V, der Zuschlag für das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Absatz 8 i. V. m. § 139c SGB V sowie der nach § 377 Absatz 1 SGB V zu erhebende Telematikzuschlag in einem Systemzuschlag zu bündeln, obwohl die einzelnen Spezialgesetze einen gesonderten Ausweis dieser Zuschläge vorsehen. Diese Zuschläge werden erhoben zur Entwicklung, Einführung und laufenden Pflege des Systems der Abrechnung nach Fallpauschalen einschließlich dessen elektronischer Weiterentwicklung sowie zur Sicherstellung eines einheitlichen Qualitätsstandards der Krankenhausbehandlung. Der zusammengefasste Systemzuschlag beträgt zurzeit 1,59 EUR.

Zuschlag für die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldeverfahren (üFMS): Krankenhäuser sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Ein Bestandteil der Qualitätssicherung ist die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Krankenhäuser an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen. Um eine Beteiligung der Krankenhäuser an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen, die den Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136a Absatz 3 Satz 3 SGB V entsprechen, sicher zu stellen, wird ein Zuschlag von zurzeit 0,20 € je abgerechnetem vollstationären Fall erhoben.

Telematikzuschlag nach § 377 Abs. 1 SGB V

Erhoben wird ein Zuschlag zum Ausgleich der den Krankenhäusern entstehenden Kosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattung in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie der Betriebskosten des laufenden Betriebs der Telematikinfrastruktur (Telematikzuschlag) nach § 377 Abs. 1 SGB V. Dieser beträgt derzeit für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall 17,45 EUR.

Zuschlag Sofort-Transformationskosten gemäß § 8 Abs. 7 Satz 1 BPfIV

Zur finanziellen Unterstützung der Krankenhäuser wird zur Schließung der finanziellen Lücke der Sofort-Transformationskosten gemäß § 8 Abs. 11 S. 1 KHEntgG ein Zuschlag in Höhe von 3,25 % des jeweiligen Rechnungsbetrages für die voll- oder teilstationäre Behandlung erhoben, wenn Sie in der Zeit vom 01.11.2025 bis zum 31.10.2026 in das Krankenhaus aufgenommen werden, allerdings nur dann, wenn Sie gesetzlich versichert sind. Sind Sie reiner Selbstzahler oder privat versichert, wird dieser Zuschlag nicht erhoben.

Wahlleistungen: Hierbei handelt es sich um eine Zusatzleistung des Krankenhauses, deren Erbringung Sie separat vereinbart haben. Berechnet werden der Tag der Aufnahme und jeder weitere

Aufenthaltstag, nicht jedoch der Tag der Entlassung oder der Verlegung. Der Preis ist Ihnen vorab bereits bekannt gegeben worden. Nähere Informationen finden Sie in Ihrer Wahlleistungsvereinbarung.

Umsatzsteuer: Krankenhausbehandlungsleistungen sowie eng damit verbundene Umsätze sind grundsätzlich umsatzsteuerfrei, § 4 Nr. 14b UStG. Dies gilt jedoch nicht für Leistungen, deren Erbringung nicht medizinisch indiziert ist. Diese Leistungen sind umsatzsteuerpflichtig in Höhe von zur Zeit 19 %.

Da nicht sämtliche Rechnungspositionen umsatzsteuerpflichtig sind, ist ein Ausweis in der Rechnung erforderlich, auf welche Rechnungsposition Umsatzsteuer zu erheben ist. Diese Positionen werden durch Angabe ihrer Nummer in der Rechnung ausgewiesen.

Der Rechnungsbetrag wird mit Zugang dieser Rechnung fällig.

Das Krankenhaus ist bei Zahlungsverzug berechtigt, sämtliche zur zweckmäßigen Rechnungsverfolgung notwendigen Kosten sowie Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz pro Jahr gemäß § 288 Abs. 1 Satz 2 BGB zu erheben. Zahlungsverzug tritt gemäß § 286 Abs. 3 BGB spätestens ein, wenn nicht innerhalb von 30 Tagen nach Fälligkeit und Zugang der Rechnung der Rechnungsbetrag auf einem der Konten des Krankenhauses gutgeschrieben worden ist.

Darüber hinaus können Mahngebühren berechnet werden, es sei denn, Sie weisen nach, dass kein oder ein wesentlich geringerer Schaden entstanden ist.

Die Nachberechnung von Leistungen, die in der Schlussrechnung nicht enthalten sind, und die Berichtigung von Fehlern bleiben vorbehalten. Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.