

Vereinbarung

zum

pauschalierenden Entgeltsystem für

psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

für das Jahr 2026

(Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte

für die Psychiatrie und Psychosomatik 2026 – PEPPV 2026)

vom

26.09.2025

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin,

sowie

dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln,

gemeinsam und einheitlich

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin

Präambel

Gemäß § 17d Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen von Fachkrankenhäusern und selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen an somatischen Krankenhäusern für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (psychiatrische Einrichtungen) sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (psychosomatische Einrichtungen) ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen. Der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 17d Absatz 3 KHG auch dessen jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Veränderung der Versorgungsstruktur und Kostenentwicklungen und die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht gesetzlich vorgegeben werden. In diesem Zusammenhang vereinbaren sie gemäß § 9 Absatz 1 Nummern 1 bis 3 Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) einen Katalog mit insbesondere tagesbezogenen Entgelten nach § 17d Absatz 1 Satz 6 KHG, einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte nach § 17d Absatz 2 Satz 2 KHG sowie die Abrechnungsbestimmungen für diese Entgelte. In Erfüllung dieses gesetzlichen Auftrages vereinbaren die Parteien das Folgende:

§ 1 Abrechnungsgrundsätze

- (1) Die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) sowie die jeweiligen Zusatzentgelte (ZP) und ergänzenden Tagesentgelte (ET) werden jeweils von dem die Leistung erbringenden Krankenhaus nach dem am Tag der vollstationären, stationsäquivalenten oder teilstationären Aufnahme geltenden Entgeltkatalog und den dazu gehörenden Abrechnungsbestimmungen abgerechnet.
- (2) ¹Zur Einstufung in die jeweils abzurechnenden Entgelte sind Programme (Grouper) einzusetzen, die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus der Selbstverwaltungspartner zertifiziert sind. ²Die Einstufung nach den Anlagen zu dieser Vereinbarung erfolgt in Entgelte und innerhalb dieser Entgelte - soweit vorhanden - in kalkulationsbasierte Vergütungsklassen. ³Ist bei der Zuordnung von Behandlungsfällen zu einem Entgelt auch das Alter der behandelten Person zu berücksichtigen, ist das Alter am Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich. ⁴Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 1a oder Anlage 2a bzw. Anlage 5 jeweils mit dem Basisentgeltwert multipliziert und das Ergebnis kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet wird. ⁵Für die Rechnungsstellung wird die Anzahl der Berechnungstage je Entgelt addiert und mit dem Entgeltbetrag nach Satz 4 multipliziert. ⁶Ist die Anzahl der Berechnungstage größer als die letzte im Katalog ausgewiesene Vergütungsklasse, ist für die Abrechnung die Bewertungsrelation der letzten Vergütungsklasse heranzuziehen. ⁷Für Patienten, die im Vorjahr aufgenommen und noch in das aktuelle Jahr hinein vollstationär, stationsäquivalent oder teilstationär behandelt werden, gilt § 15 BPfIV entsprechend.

- (3) ¹Maßgeblich für die Abrechnung ist die Zahl der Berechnungstage. ²Berechnungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts bzw. bei stationsäquivalenter Behandlung Tage mit direktem Patientenkontakt inklusive des Verlegungs- oder Entlassungstages aus dem Krankenhaus bzw. der stationsäquivalenten Behandlung; wird ein Patient am gleichen Tag – gegebenenfalls auch mehrfach – aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahmetag und zählt als ein Berechnungstag. ³Für Fallzusammenfassungen nach den §§ 2 und 3 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. ⁴Vollständige Tage der Abwesenheit nach Absatz 4, die während eines Behandlungsfalles anfallen, sind keine Berechnungstage. ⁵Sie sind gesondert in der Rechnung auszuweisen und werden bei der Ermittlung der Vergütungsklassen nicht berücksichtigt.
- (4) ¹Vollständige Tage der Abwesenheit sind Kalendertage, an denen der Patient sich während einer voll- oder teilstationären Behandlung nicht im Krankenhaus befindet bzw. bei stationsäquivalenter Behandlung kein direkter Patientenkontakt stattfindet. ²Für diese Tage kann kein Entgelt abgerechnet werden. ³Für Kalendertage des Antritts und der Wiederkehr aus einer Abwesenheit des Patienten sind die Entgelte in voller Höhe abzurechnen. ⁴Bei Fortsetzung der Krankenhausbehandlung nach einer Abwesenheit liegt keine Wiederaufnahme im Sinne von § 2 vor.
- (5) ¹Bei Abrechnung von tagesbezogenen vollstationären, stationsäquivalenten oder teilstationären Entgelten zählt jede Aufnahme als ein Fall. ²Abweichend von Satz 1 sind Aufenthalte, die unter die Regelungen der Wiederaufnahme nach § 2 oder der Rückverlegung nach § 3 fallen, zusammenzufassen und nur als ein Fall zu zählen.
- (6) ¹Vor- und nachstationäre Behandlungen sind nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gesondert zu vergüten. ²Die Leistungen der vor- und nachstationären Behandlung sind bei der Gruppierung des Behandlungsfalles nicht zu berücksichtigen.
- (7) ¹Wenn eine Dialysebehandlung während der stationären Behandlung in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Abteilung an einem Krankenhaus mit eigener Dialyseeinrichtung im Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) durchgeführt wird, kann diese Dialyse entweder ambulant oder in der eigenen Dialyseeinrichtung erbracht werden. ²Sofern die Dialyse in der eigenen Dialyseeinrichtung des Krankenhauses durchgeführt wird, ist die Dialyse nach § 2 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG als Leistung des Krankenhauses berechenbar. ³An den Tagen der Dialysebehandlung können neben den Entgelten nach der Bundespflegesatzverordnung für die psychiatrische oder psychosomatische Behandlung die Entgelte für teilstationäre Dialyse (Basis-DRG L90) nach den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet werden.
- (8) ¹Sofern keine Vereinbarung nach § 11 Absatz 1 Satz 3 oder § 8 Absatz 4 Satz 3 BPflV getroffen ist, kann für eine Abschlagszahlung eine Zwischenrechnung erstellt werden, indem für jeden vollstationären Berechnungstag eine Bewertungsrelation in Höhe von 1,00, für

jeden teilstationären Berechnungstag eine Bewertungsrelation in Höhe von 0,75 und für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag eine Bewertungsrelation in Höhe von 0,80 herangezogen wird; § 8 Absatz 4 Satz 2 BPfIV bleibt unberührt. ²Abweichend von Satz 1 kann für Patienten, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden, für vollstationäre Berechnungstage eine Bewertungsrelation in Höhe von 1,50, für jeden teilstationären Berechnungstag eine Bewertungsrelation in Höhe von 1,00 und für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag eine Bewertungsrelation in Höhe von 1,20 herangezogen werden.

- (9) ¹Bei der aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft gemäß § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 BPfIV findet für die Erstattung der Unterkunft und Verpflegung die „Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG“ vom 16.09.2004 Anwendung. ²Dies gilt nicht für Mitaufnahmen im Rahmen eines Eltern-Kind-Settings gemäß OPS 9-686.* oder Mutter/Vater-Kind-Setting gemäß OPS 9-643.*, bei denen sämtliche Leistungen für eine Begleitperson mit der Vergütung der Patientin oder des Patienten abgegolten werden.

§ 2 Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus

- (1) Das Krankenhaus hat eine Zusammenfassung der Aufenthaltsdaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in ein Entgelt vorzunehmen, wenn 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.
- (2) Eine Zusammenfassung und Neueinstufung nach Absatz 1 ist nur vorzunehmen, wenn ein Patient innerhalb von 90 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift der Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts wieder aufgenommen wird.
- (3) ¹Bei der Anwendung der Absätze 1 und 2 hat das Krankenhaus eine Neueinstufung in ein Entgelt mit den Daten aller zusammenzufassenden Krankenhausaufenthalte durchzuführen. ²Als Hauptdiagnose des zusammengefassten Falles ist die Hauptdiagnose des Aufenthaltes mit der höchsten Anzahl an Berechnungstagen zu wählen. ³Bei mehr als zwei zusammenzufassenden Aufenthalten sind die Berechnungstage einzelner Aufenthalte mit gleicher Hauptdiagnose aufzusummieren und mit der Anzahl an Berechnungstagen der anderen Aufenthalte zu vergleichen. ⁴Ist die Anzahl der Berechnungstage für mehrere Hauptdiagnosen gleich hoch, so ist als Hauptdiagnose die Diagnose des zeitlich früheren Aufenthaltes zu wählen. ⁵Hat das Krankenhaus einen der zusammenzufassenden Aufenthalte bereits abgerechnet, ist die Abrechnung zu stornieren.
- (4) ¹Die Regelungen zur Wiederaufnahme nach den Absätzen 1 bis 3 sowie die Regelungen zur Verlegung nach § 3 gelten nur für mit Bewertungsrelationen bewertete Entgelte nach den Anlagen 1a und 2a sowie stationsäquivalente Entgelte nach den Anlagen 6a und 6b. ²Eine

Zusammenfassung von Behandlungsfällen zwischen den Bereichen vollstationär, stationsäquivalent und teilstationär erfolgt nicht.

- (5) Für Aufenthalte mit Aufnahmedatum aus unterschiedlichen Jahren erfolgt keine Fallzusammenfassung.

§ 3 Verlegung

- (1) ¹Im Falle der Verlegung in ein anderes Krankenhaus rechnet jedes beteiligte Krankenhaus die Entgelte auf Basis der im eigenen Krankenhaus erfassten Daten ab. ²Eine Verlegung im Sinne des Satzes 1 liegt vor, wenn zwischen der Entlassung aus einem Krankenhaus und der Aufnahme in einem anderen Krankenhaus nicht mehr als 24 Stunden vergangen sind.
- (2) Wird ein Patient in ein anderes Krankenhaus verlegt und von diesem oder einem anderen Krankenhaus in dasselbe Krankenhaus zurückverlegt (Rückverlegung), gelten die Regelungen zur Fallzusammenfassung entsprechend den Vorgaben zur Wiederaufnahme nach § 2.
- (3) ¹Unterliegt ein Krankenhaus neben dem Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung auch dem Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes, sind diese unterschiedlichen Geltungsbereiche im Falle von internen Verlegungen wie eigenständige Krankenhäuser zu behandeln. ²Für den Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung sind die Absätze 1 und 2 entsprechend anzuwenden. ³Bei Verlegungen innerhalb eines Krankenhauses am selben Kalendertag aus dem Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung in den Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes ist abweichend von § 1 Absatz 3 der Verlegungstag von der verlegenden Abteilung nicht abrechnungsfähig.
- (4) ¹Wird ein Patient in demselben Krankenhaus sowohl vollstationär, stationsäquivalent oder teilstationär behandelt, so sind diese Fälle jeweils getrennt zu betrachten. ²Eine Zusammenfassung von vollstationären, stationsäquivalenten und teilstationären Behandlungsfällen erfolgt nicht. ³Innerhalb der Bereiche finden die Regelungen zur Wiederaufnahme nach § 2 und zur Verlegung nach den Absätzen 1 bis 3 Anwendung. ⁴Bei interner Verlegung bzw. Wechsel am selben Kalendertag zwischen vollstationärer, stationsäquivalenter oder teilstationärer Behandlung innerhalb des Geltungsbereichs der Bundespflegesatzverordnung, ist dieser Verlegungstag abweichend von § 1 Absatz 3 für den verlegenden Bereich nicht abrechnungsfähig.

§ 4 Jahreswechsel bei Extremlangliegern

¹Sofern ein im Jahr 2025 oder zuvor aufgenommener Patient am 31.12.2026 noch nicht entlassen wurde, wird für Zwecke der Abrechnung eine Entlassung zum 31.12.2026 angenommen. ²Eine Fallzusammenfassung nach § 2 Absatz 1 und 2 findet nicht statt. ³Die Abrechnung ab dem 01.01.2027 wird für Patienten nach den Sätzen 1 bis 2 nach den dann gültigen Kodierregeln, ICD- und OPS-Katalogen und Entgeltkatalogen durchgeführt. ⁴Die Zählung der Berechnungstage beginnt mit dem 01.01.2027 neu.

§ 5 Zusatzentgelte

- (1) ¹Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a, 2a und 6a oder zu den Entgelten nach den Anlagen 1b, 2b, und 6b können bundeseinheitliche Zusatzentgelte nach dem Zusatzentgelte-Katalog nach Anlage 3 abgerechnet werden. ²Neben Zusatzentgelten der Anlagen 3 und 4 sind auch ergänzende Tagesentgelte nach § 6 abrechenbar. ³Die Zusatzentgelte nach Satz 1 sind mit Inkrafttreten der Vereinbarung (§ 11) abrechenbar.
- (2) ¹Für die in Anlage 4 benannten, mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog nicht bewerteten Leistungen vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 BPfIV krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte nach § 6 Absatz 1 BPfIV. ²Diese können zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a, 2a und 6a oder den Entgelten nach den Anlagen 1b, 2b und 6b abgerechnet werden. ³Für die unbewerteten Zusatzentgelte der Anlage 4 gilt § 15 Absatz 1 Satz 3 BPfIV entsprechend. ⁴Können 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. ⁵Wurden für Leistungen nach Anlage 4 für das Jahr 2026 keine Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 BPfIV für jedes Zusatzentgelt 600 Euro abzurechnen.

§ 6 Ergänzende Tagesentgelte

¹Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a können bundeseinheitliche ergänzende Tagesentgelte nach Anlage 5 abgerechnet werden. ²Dies gilt mit Ausnahme von dem ET02 auch an nicht abrechenbaren Verlegungstagen nach § 3 Absatz 3 Satz 3 und § 3 Absatz 4 Satz 4. ³Neben ergänzenden Tagesentgelten sind auch Zusatzentgelte nach § 5 abrechenbar.

§ 7 Teilstationäre Leistungen

- (1) ¹Für teilstationäre Leistungen können für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag der Krankenhausbehandlung Entgelte nach Anlage 2a oder 2b abgerechnet werden. ²Dies gilt auch für den Verlegungs- oder Entlassungstag, der nicht zugleich Aufnahmetag oder Verlegungstag nach § 3 Absatz 4 Satz 4 ist.
- (2) ¹Für mit Bewertungsrelationen bewertete teilstationäre Leistungen gelten die Regelungen der Wiederaufnahme nach § 2 und die Regelungen zur Verlegung nach § 3 entsprechend. ²Eine Zusammenfassung von vollstationären oder stationsäquivalenten Leistungen mit teilstationären Leistungen erfolgt nicht.
- (3) Wird ein Patient an demselben Tag innerhalb des Krankenhauses von einer teilstationären Behandlung in eine vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung verlegt, kann für

den Verlegungstag abweichend von § 1 Absatz 3 kein teilstationäres Entgelt abgerechnet werden.

§ 8 Sonstige Entgelte

¹Für die unbewerteten Entgelte der Anlagen 1b, 2b und 6b gilt § 15 Absatz 1 Satz 3 BPfIV in Verbindung mit § 1 Absatz 3 entsprechend. ²Für teilstationäre Behandlungen gelten die Vorgaben gemäß § 7 Absatz 1 entsprechend. ³Können für die Leistungen nach Anlage 1b auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2026 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden vollstationären Berechnungstag 250 Euro abzurechnen. ⁴Können für die Leistungen nach Anlage 2b auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2026 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden teilstationären Berechnungstag 190 Euro abzurechnen. ⁵Können 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. ⁶Wurden für Leistungen nach den Anlagen 1b und 2b für das Jahr 2026 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 BPfIV für jeden vollstationären Berechnungstag 250 Euro und für jeden teilstationären Berechnungstag 190 Euro abzurechnen.

§ 9 Kostenträgerwechsel

Tritt während der vollstationären, stationsäquivalenten oder teilstationären Behandlung ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, wird der gesamte Krankenhausfall mit dem Kostenträger abgerechnet, der am Tag der Aufnahme leistungspflichtig ist.

§ 10 Laufzeit der Entgelte und anzuwendender Basisentgeltwert

- (1) ¹Die bewerteten Entgelte nach den Anlagen 1a, 2a, 3 und 5 sind abzurechnen für Patienten, die ab dem 01.01.2026 in das Krankenhaus aufgenommen werden. ²Bei Jahresüberliegern sind die Berechnungstage des neuen Kalenderjahres für mit Bewertungsrelationen bewertete Entgelte (PEPP und ET) mit dem für das neue Kalenderjahr vereinbarten krankenhausesindividuellen Basisentgeltwert abzurechnen. ³Bei unterjähriger Genehmigung des Krankenhausbudgets gemäß § 15 Absatz 1 Satz 2 BPfIV sind die Berechnungstage für mit Bewertungsrelationen bewertete Entgelte ab dem Tag des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2026 mit dem neuen genehmigten krankenhausesindividuellen Basisentgeltwert unter Berücksichtigung von Ausgleichsbeträgen nach § 15 Absatz 2 BPfIV abzurechnen.
- (2) ¹Die unbewerteten Entgelte nach den Anlagen 1b, 2b, 4 und 6b sind gemäß § 15 Absatz 1 Satz 1 BPfIV grundsätzlich vom Beginn des neuen Vereinbarungszeitraums an zu erheben. ²Bei unterjähriger Genehmigung des Krankenhausbudgets gemäß § 15 Absatz 1 Satz 2 BPfIV sind die Berechnungstage für unbewertete PEPP nach den Anlagen 1b, 2b und 6b ab dem

Tag des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung 2026 mit den neuen genehmigten krankenhausindividuellen Entgelten abzurechnen.

- (3) ¹Sofern für ein Krankenhaus zum 01.01.2026 noch keine genehmigte Budgetvereinbarung für das zum 01.01.2018 verpflichtend einzuführende Vergütungssystem nach § 17d KHG vorliegt, können die Vertragsparteien nach § 11 BPflV einen vorläufigen krankenhausindividuellen Basisentgeltwert vereinbaren. ²Kann für die Abrechnung von Patienten, die ab dem 01.01.2022 in das Krankenhaus aufgenommen werden, auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch kein krankenhausindividueller Basisentgeltwert angewendet werden, gilt für diesen ersatzweise ein Wert in Höhe von 280 Euro. ³Aus der Abrechnung nach den Sätzen 1 und 2 entstehende Mehr- oder Mindererlöse werden vollständig ausgeglichen. ⁴Für Patienten, die ab dem 01.01.2026 aufgenommen werden, ist eine Abrechnung mit weitergeltenden tagesgleichen Pflegesätzen ausgeschlossen.

§ 11 Inkrafttreten

- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 01.01.2026 in Kraft.
- (2) ¹Die §§ 1 bis 10 einschließlich der Anlagen zu dieser Vereinbarung treten am 01.01.2026 in Kraft und treten mit Ablauf des 31.12.2026 außer Kraft. ²Kann der Entgeltkatalog 2027 erst nach dem 01.01.2027 angewendet werden, sind die §§ 1 bis 10 einschließlich der Anlagen zu dieser Vereinbarung bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach § 17d Absatz 3 KHG entsprechend weiter anzuwenden.

Anlagen

- Anlage 1a Bewertungsrelationen bei vollstationärer Versorgung
- Anlage 1b Unbewertete Entgelte bei vollstationärer Versorgung
(Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 BPfIV)
- Anlage 2a Bewertungsrelationen bei teilstationärer Versorgung
- Anlage 2b Unbewertete Entgelte bei teilstationärer Versorgung
(Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 BPfIV)
- Anlage 3 Zusatzentgelte-Katalog - bewertete Entgelte
- Anlage 4 Zusatzentgelte-Katalog - unbewertete Entgelte
- Anlage 5 Ergänzende Tagesentgelte
- Anlage 6a Bewertete PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung nach § 115d SGB V
- Anlage 6b Unbewertete PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung nach § 115d SGB V

Berlin/Köln, 26.09.2025

GKV-Spitzenverband, Berlin

Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln

Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin