

**DRG-Entgelttarif für Krankenhäuser
im Anwendungsbereich des KHEntgG
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG**

Die

Klinikum Gütersloh gemeinnützige GmbH

berechnet ab dem **01. Februar 2025** folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 1 KHEntgG

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie des KHEntgG in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über diagnoseorientierte Fallpauschalen (sog. Diagnosis Related Groups – DRG) abgerechnet. Entsprechend der DRG-Systematik bemisst sich das konkrete Entgelt grundsätzlich nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalls.

Die Zuweisung zu einer DRG 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 mit circa 13.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2025) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2025) zur Verfügung. Neben den bisher genannten können auch andere Faktoren wie z.B. das Alter oder die Entlassungsart Auswirkung auf die Zuweisung einer DRG haben.

Die genauen Definitionen der einzelnen DRGs sind im jeweils aktuell gültigen DRG-Klassifikationssystem (DRG-Definitionshandbuch) festgelegt. Das DRG-Definitionshandbuch beschreibt die DRGs einerseits alphanumerisch, andererseits mittels textlichen Definitionen. Ergänzend finden sich hier auch Tabellen von zugehörigen Diagnosen oder Prozeduren.

Die jeweilige DRG ist mit einem entsprechenden Relativgewicht bewertet, welches im Rahmen der DRG-Systempflege jährlich variieren kann. Diesem Relativgewicht ist ein in Euro ausgedrückter Basisfallwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet. Der derzeit gültige Basisfallwert liegt bei 4.385,26 € und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor oder andere Kopfverletzungen und bestimmte Fraktur	0,539	€ 4.385,26	€ 2.363,66
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	2,997	€ 4.385,26	€ 13.142,62

Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es 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 bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2025 (Fallpauschalenvereinbarung 2025 – FPV 2025) vorgegeben.

2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gemäß § 1 Abs. 2 und 3 sowie § 3 Abs. 1 und 2 FPV 2025

Der nach der oben beschriebenen DRG-Systematik zu ermittelnde Preis setzt voraus, dass DRG-spezifische Grenzen für die Verweildauer im Krankenhaus nicht über- oder unterschritten werden. Bei Über- oder Unterschreiten dieser Verweildauern werden gesetzlich vorgegebene Zu- oder Abschläge fällig. Die näheren Einzelheiten und das Berechnungsverfahren hierzu regelt die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2025 (FPV 2025).

3. Hybrid-DRG gemäß § 115f SGB V

Gemäß § 115f Abs. 1 SGB V unterfallen die in einem Katalog festgelegten Leistungen einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG), unabhängig davon, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird. Als Anschlussregelung zur Hybrid-DRG-Verordnung vom 19.12.2023 wurde durch die Selbstverwaltungspartner die Vereinbarung zu der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) gemäß § 115f SGB V für das Jahr 2025 (Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung) am 18.12.2024 abgeschlossen.

Die betreffenden Leistungen sind in der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung 2025 aufgeführt, ebenso wie die jeweils anwendbare Hybrid-DRG, welche mit einem festen Eurobetrag vergütet wird.

Beispiel:

Leistungsbereich Bestimmte Hernieneingriffe

OPS-Kode	OPS-Text
5-530.00	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion

5-530.01	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Hydrozelenwandresektion
----------	---

Hybrid-DRG	Bezeichnung	Fallpauschale der Hybrid-DRG ohne postoperative Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte A) in Euro	Fallpauschale der Hybrid-DRG zuzüglich postoperativer Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte B) in Euro
G09N	Hybrid-DRG der DRG G09Z (Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm)	2.227,33	2.257,33
G24N	Hybrid-DRG der DRG G24B (Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC)	2.000,81	2.030,81

Die Leistungen beginnen nach Abschluss der Indikationsstellung und der Überprüfung der Operationsfähigkeit mit der Einleitung der Maßnahmen zur Operationsplanung und -vorbereitung und enden mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung. Für die gesamte Dauer der erbrachten Leistungen ist die Fallpauschale unabhängig von der Anzahl der beteiligten Leistungserbringer nur einmal berechnungsfähig. Im Falle einer postoperativen Nachbehandlung kann eine um 30 € erhöhte Fallpauschale berechnet werden. Eine Berechnung von Entgelten für vereinbarte Wahlleistungen bleibt unberührt.

4. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2025

Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) gemäß § 17b Abs. 1 S. 7 KHG Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2025 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2025 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2025 genannten Zusatzentgelte **krankenhausindividuelle Zusatzentgelte** nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden.

Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2025 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2025 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2025 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Betrag
ZE2025-03A	ECMO und PECLA OPS 8-852.0*	5.939,20 €
ZE2025-03B	ECMO und PECLA OPS 8-852.3*	5.939,20 €
ZE2025-22	IABP	1.094,82 €
ZE2025-25	Modulare Endoprothesen	2.185,66 €
ZE2025-54A	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, alle OPS	962,94 €
ZE2025-54B	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt Kauterisierungssystem 5-449.h* i.V.m. 5-549.a	3.333,33 €
ZE2025-54C	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt 5-469.k* i.V.m. 5-549.a	3.333,33 €
ZE2025-54D	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt 5-529.n4 oder 5-529.p2 i.V.m. 5-549.a	3.333,33 €
ZE2025-62A	Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge bis 2,5 l	11.722,16 €
ZE2025-62B	Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge mehr als 2,5 l	17.924,51 €
ZE2025-67	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal	681,64 €
ZE2025-77	Gabe von Lenalidomid, oral	12,73 €
ZE2025-80	Gabe von Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral	1,09 €
ZE2025-91	Gabe von Dasatinib, oral	0,03 €
ZE2025-97A	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, 8-810.6* je 50KIE	868,70 €
ZE2025-97B	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, 8-810.7* je 600IE	572,43 €
ZE2025-97C	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, 8-810.8* je 250IE	241,15 €
ZE2025-97D	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, 8-810.9* je 250IE	224,86 €
ZE2025-97E	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, 8-810.a* je 250IE	259,75 €
ZE2025-97F	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, 8-810.b* je 500IE	425,43 €
ZE2025-97G	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, 8-810.c* je 500IE	755,19 €
ZE2025-97H	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, 8-810.d* je 250IE	246,68 €
ZE2025-97I	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, 8-810.e* je 250IE	139,25 €
ZE2025-97J	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, 8-810.j* je 1 g	379,14 €
ZE2025-97K	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, 8-812.5* je 50IE	10,74 €
ZE2025-97L	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, 8-812.9* je 500IE	1.399,48 €
ZE2025-97M	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, 8-812.a*	1.334,18 €
ZE2025-107	Medikamente-freisetzende bioresorbierbare Koronarstents	1.000,00 €
ZE2025-111	Gabe von Paclitaxel, als an Albumin gebundene Nanopartikel, parenteral	3,02 €
ZE2025-112	Gabe von Abirateron, oral	0,03 €
ZE2025-113	Gabe von Cabazitaxel, parenteral	58,30 €
ZE2025-120	Gabe von Pemetrexed, parenteral	1,06 €
ZE2025-122	Gabe von Imatinib, oral	0,01 €
ZE2025-123	Gabe von Caspofungin, parenteral	0,71 €
ZE2025-124	Gabe von Voriconazol, oral	10,37 €
ZE2025-125	Gabe von Voriconazol, parenteral	31,10 €
ZE2025-129	Gabe von pegylierter Asparaginase, parenteral	0,54 €
ZE2025-140	Gabe von Brentuximab vedotin, parenteral	69,24 €
ZE2025-141	Gabe von Enzalutamid, oral	0,68 €
ZE2025-144	Gabe von Obinutuzumab, parenteral	2,52 €
ZE2025-145	Gabe von Ibrutinib, oral	0,47 €
ZE2025-147	Gabe von Bortezomib, parenteral	65,62 €
ZE2025-148	Gabe von Adalimumab, parenteral	5,36 €
ZE2025-151	Gabe von Rituximab, intravenös	1,89 €
ZE2025-153	Gabe von Trastuzumab, intravenös	2,13 €
ZE2025-161	Gabe von Nivolumab, parenteral	12,00 €
ZE2025-163	Gabe von Macitentan, oral	6,59 €
ZE2025-169	Gabe von Liposomalem Irinotecan, parenteral	4,15 €
ZE2025-170	Gabe von Bevacizumab, parenteral	2,92 €
ZE2025-172	Gabe von Posaconazol, oral, Suspension	0,15 €
ZE2025-173	Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten	0,16 €
ZE2025-176	Gabe von Lenograstim, parenteral	0,35 €
ZE2025-177	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral	15,57 €
ZE2025-180	Gabe von Azacitidin, parenteral	2,84 €
ZE2025-188	Patientenindividuell hergestellte Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Öffnung	14.544,12 €
ZE2025-189A	Stent-Prothese an der Aorta mit Öffnung, OPS 5-38a.8f	30.618,13 €
ZE2025-189B	Stent-Prothese an der Aorta mit Öffnung, OPS 5-38a.8c	17.484,30 €
ZE2025-189C	Stent-Prothesen an der Aorta mit Öffnung, OPS 5-38a.8d	21.530,73 €
ZE2025-189D	Stent-Prothesen an der Aorta mit Öffnung, OPS 5-38a.8e	25.577,15 €
ZE2025-192	Gabe von Midostaurin, oral	5,46 €
ZE2025-194	Gabe von Ustekinumab, intravenös	36,45 €
ZE2025-200	Gabe von Daratumumab, intravenös	4,30 €
ZE2025-203	Gabe von Durvalumab, parenteral	4,10 €
ZE2025-204	Gabe von Gemtuzumab ozogamicin, parenteral	1.590,44 €
ZE2025-205	Gabe von Polatuzumab vedotin, parenteral	80,52 €
ZE2025-209	Gabe von Plerixafor, parenteral	178,50 €
ZE2025-217	Gabe von Apalutamid, oral	0,40 €

5. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2025

Für die Vergütung von Leistungen, die noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart:

- z.B. Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2025

entfällt

- z.B. unbewertete teilstationäre Leistungen, die nicht in Anlage 3b FPV 2025 aufgeführt sind

entfällt

- z.B. Leistungen besonderer Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 S. 10 KHG

entfällt

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2025 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **600,00 €** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 3b** FPV 2025 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **300,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2025 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2025 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

6. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 3 KHEntgG

Für folgende Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2a KHEntgG folgende gesonderte Zusatzentgelte vereinbart:

entfällt

7. Zusatzentgelt für Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gemäß der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG

Für Kosten, die dem Krankenhaus für Testungen von Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden, auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 entstehen, rechnet das Krankenhaus auf Grund der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG gesondert folgende Zusatzentgelte ab:

- Testung durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR, PoC-PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.05.2023:

30,40 €.

- Labordiagnostik mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 15.10.2020: 19,00 €.
- Testung mittels Antigen-Test zur patientennahen Anwendung durch Dritte zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (PoC-Antigentest) bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2021: 11,50 €.
- Testungen durch einen Nukleinsäurenachweis mittels Pooling-Verfahren (PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) bei Patientinnen oder Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.05.2023:
 - bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als vier Proben und höchstens 10 Proben: 14,00 €.
 - bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 10 Proben und höchstens 20 Proben: 13,00 €.
 - bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 20 Proben: 12,00 €.

8. Zu- und Abschläge bzw. Abzüge

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall
in Höhe von 78,30 €
- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall
in Höhe von 183,61 €
- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1a Nr. 7 KHG in Höhe von 60,00 € pro Tag
- Sicherstellungszuschlag gemäß § 5 Abs. 2 KHEntgG
entfällt
- Zuschlag zur Sicherstellung einer zusätzlichen Finanzierung von Krankenhausstandorten in ländlichen Versorgungslagen gemäß § 5 Abs. 2a KHEntgG je abgerechneten voll- und teilstationären Fall
entfällt
- Zuschlag für Zentren/Schwerpunkte nach § 5 Abs. 3 KHEntgG
in Höhe von 0,05 %

- Zuschlag wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG in Höhe von 24,78 € je vollstationärem Fall.

- Abschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG

in Höhe von 0,49 %

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG

- Zu- oder Abschlag bei Eingliederung von besonderen Einrichtungen in das DRG-Vergütungssystem gemäß § 4 Abs. 7 KHEntgG

entfällt

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG

- Fixkostendegressionsabschlag gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG

in Höhe von 2,22 %

auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen.

- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG

in Höhe von 0,37 %

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.

- Zu- und Abschläge für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG

entfällt

- Abschlag wegen Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i Abs. 5 SGB V i.V.m. § 8 Abs. 4 KHEntgG

entfällt

- Abschlag wegen Nichteinhaltung der Personalvorgaben in der Pflege nach § 137k Abs. 4 SGB V

entfällt

- Zuschlag für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG je abgerechneten vollstationären Fall

in Höhe von 0,20 €

- Zuschlag für klinische Sektionen nach § 5 Abs. 3b KHEntgG je voll- und teilstationären Fall
entfällt
 - Zuschlag nach § 5 Abs. 3d KHEntgG für implantatbezogene Maßnahmen nach § 2 Nr. 4 Implantatregistergesetz
entfällt
 - Zuschlag nach § 5 Abs. 3g S. 1 KHEntgG für jeden voll- und jeden teilstationären Fall, für den es im Rahmen der Krankenhausbehandlung entstandene Daten auf der elektronischen Patientenakte speichert
entfällt
 - Abschlag nach § 5 Abs. 3e KHEntgG wegen unzureichendem Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 341 Abs. 7 Satz 1 SGB V
entfällt
- des Rechnungsbetrags, mit Ausnahme der Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG, für jeden voll- und teilstationären Fall,
- Zuschlag nach § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 3 der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung
entfällt
- auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.
- Abschlag nach § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 4 der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung
entfällt
- auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.
- Abschlag nach § 5 Abs. 3h KHEntgG wegen fehlender Bereitstellung der in § 19 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 bis 6 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung aufgezählten digitalen Dienste
entfällt
- des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall, mit Ausnahme der Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4.
- Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8a KHEntgG wegen fehlender Einschätzung des Beatmungsstatus

in Höhe von 16%

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG, maximal jedoch 2.000,00 €.

- Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8b KHEntgG wegen fehlender Anschlussverordnung zur Beatmungsentwöhnung

in Höhe von einmalig 280 €

- Zuschlag nach § 5 Abs. 3k KHEntgG zur Auszahlung des Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen

in Höhe von 12,022 %

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG.

- Zuschlag nach § 5 Abs. 2c KHEntgG zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern

entfällt

- Abzug für nicht anfallende Übernachtungskosten in der tagesstationären Behandlung nach § 115e Abs. 3 SGB V

in Höhe von 0,04 Bewertungsrelationen je betreffender Nacht,
maximal jedoch 30 % der Entgelte für den Aufenthalt insgesamt

- Zuschlag nach § 5a Abs. 1 KHWiSichV i.V.m. § 7 Abs. 1 der Corona-Ausgleichsvereinbarung 2022 oder Abschlag nach § 5a Abs. 1 KHWiSichV i.V.m. § 7 Abs. 2 Corona-Ausgleichsvereinbarung 2022

entfällt

- Abschlag für Versäumnisse bei der Übersendung von Budgetunterlagen nach § 11 Abs. 4 KHEntgG

in Höhe von 1%

des Rechnungsbetrages für jeden voll- oder teilstationären Fall.

9. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 7 Abs. 1 Ziff. 6 KHEntgG

Für die Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und bundeseinheitlich festgelegten Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können und die nicht gemäß § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

NUB	Bezeichnung	Betrag
NUB2025-1	Remdesivir, je 1 mg	4,11 €
NUB2025-6	Einlage beschichteter Stents mit bioaktiver Oberfläche f. per. Gefäße, pro Implantat	1.128,52 €
NUB2025-8	Osimertinib, je mg	2,31 €
NUB2025-12	Trastuzumab Deruxtecan, je 1 mg	14,34 €
NUB2025-19	Thrombektomie an Lungengefäßen mittels Disc-Retriever-System, 8-838.n0 i. V. m. 8-83b.8g	8.312,98 €
NUB2025-27	Sacituzumab Govitecan, je 1 mg	5,81 €
NUB2025-59	Zanubrutinib, je mg	0,59 €
NUB2025-301	Endovaskuläre Implantation/Reparatur einer Stent-Prothese mittels eines Endostaplers	4.837,96 €

10. Tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 7 Abs. 1 Ziff. 6a KHEntgG

Das Krankenhaus vereinbart mit den Krankenkassen ein Pflegebudget zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten, die dem Krankenhaus entstehen. Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt nach § 6a Abs. 4 KHEntgG über einen krankenhausesindividuellen Pflegeentgeltwert, welcher berechnet wird, indem das vereinbarte Pflegebudget dividiert wird durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr.

340,54 €

11. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-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 €

12. Telematikzuschlag nach § 377 Abs. 1 SGB V

- 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 für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von 10,98 €

13. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115a SGB V

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

a. vorstationäre Behandlung:

Allgemeine Chirurgie	100,72 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13 €
Gefäßchirurgie	134,47 €
Unfallchirurgie	82,32 €
Hämatologie und Onkologie	75,67 €
Innere Medizin	147,25 €
Kardiologie	156,97 €
Pneumologie	219,34 €
Urologie	103,28 €

b. nachstationäre Behandlung:

Allgemeine Chirurgie	17,90 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22,50 €
Gefäßchirurgie	23,01 €
Hämatologie und Onkologie	46,02 €
Innere Medizin	53,69 €
Kardiologie	61,36 €
Pneumologie	66,47 €
Urologie	41,93 €

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten:

CT-Höchstwert lt.DKG-NT Nr.5369	122,71 €
CT-Kopf lt.DKG-NT Nr.5370	81,81 €
CT-Thorax/Hals lt.DKG-NT Nr.5371	94,08 €
CT-Abdomen lt.DKG-NT Nr.5372	106,35 €
CT-Skelett lt.DKG-NT Nr.5373	77,72 €
CT-Wirbelräume lt.DKG-NT Nr.5374	77,72 €
CT-Aorta lt.DKG-NT Nr.5375	81,81 €
Ergänzende Serie zusätzl. zu Nr. 5370 - 5375	20,45 €
CT-Analyse, einschl. 3D-Rekonstruktion	32,72 €
CT-Bestrahlungsplanung lt.DKG-NT Nr.5378	40,90 €
CT-Bestimmung Mineralgehalt lt.DKG-NT Nr.5380	12,27 €
MRT-Kopf lt.DKG-NT Nr. 5700	179,97 €
MRT-Wirbelsäule lt.DKG-NT Nr.5705	171,79 €
MRT-Thorax/Hals lt.DKG-NT Nr.5715	175,88 €
MRT-Abdomen lt.DKG-NT Nr.5720	179,97 €
MRT-Mamma lt.DKG-NT Nr.5721	163,61 €
MRT-Gelenke lt.DKG-NT Nr.5729	98,17 €
MRT-Extremitäten lt.DKG-NT Nr.5730	163,61 €
Ergänzende Serie zu den Leistungen Nr. 5700 - 5730	40,90 €
MRT-Zuschlag nach 5700-5730 für Positionswechsel und/oder Spulenwechsel	40,90 €
MRT-Zuschlag f.Computergesteuerte Analyse, einschl. 3D-Rekonstruktion	32,72 €
MRT-Höchstwert nach 5700-5730 lt.DKG-NT Nr.5735	245,42 €

(Leistungen nach der Maßgabe des § 5 der Allg. Tarifbestimmungen des DKG-NT I werden nach dem Einstandspreis berechnet (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.

14. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus 25 €.

15. 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.

16. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2025 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2025 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2025 zusammengefasst und abgerechnet.

17. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 12 sind nicht abgegolten:

1. die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses;
2. die Leistungen von Beleghebammen bzw. Entbindungspflegern.

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Hebamme / dem Entbindungspfleger gesondert berechnet.

18. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet. Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung und der Patienteninformation über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen entnehmen.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.02.2025 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.05.2024 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Fr. Lohrengel, Patientenabrechnung

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten 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.