

DRG-Entgelttarif 2025 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Die Klinik Rotes Kreuz und die Klinik Maingau vom Roten Kreuz des Frankfurter Rotkreuz-Kliniken e.V. berechnen **ab dem 01.03.2025** 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 abzurechnende Landesbasisfallwert Hessen beträgt aktuell **€ 4.386,25**. 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 | 0,513 | € 4.386,25 | € 2.250,14 |
| 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 | 3,116 | € 4.386,25 | € 13.667,55 |

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 (FPV 2025) vorgegeben.

Das Krankenhaus kann eine angemessene Vorauszahlung verlangen (Krankenhausentgeltgesetz § 8, Abs. 7, Satz 1), wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird. Von selbstzahlenden Patienten wird eine Vorkasse in Höhe der vermutlich zu ermittelnden DRG erhoben. Ist eine DRG-Ermittlung nicht möglich, werden 1.000,00 € Vorkasse erhoben.

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. 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:

| E 3.2 Aufstellung der Zusatzentgelte (Anlage 4 i.V.m. 6) * ohne ZE -97 (Bluter) | | | | | |
|--|------------------|----------------------|------------------------|---|------------------------------------|
| Entgeltart | OPS | vereinbartes Entgelt | vereinbarer Zahlbetrag | vereinbartes Entgelt nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums | Entgeltschlüssel gem. § 301 SGB V* |
| ZE 2024-77 | 6-003.g* | 16,13 € | | 16,13 € | 76096542 |
| ZE 2024-80 | 6-003.1* | 1,80 € | | 1,80 € | 76090800 |
| ZE 2024-111 | 6-005.d* | 2,21 € | | 2,21 € | 76091110 |
| ZE 2024-112 | 6-006.2* | 0,12 € | | 0,12 € | 76091120 |
| ZE 2024-113 | 6-006.1* | 7,91 € | | 7,91 € | 76091130 |
| ZE 2024-120 | 6-001.c* | 0,08 € | | 0,08 € | 76097554 |
| ZE 2024-123 | 6-002.p* | 0,55 € | | 0,55 € | 76097482 |
| ZE 2024-125 | 6-002.r* | 0,03 € | | 0,03 € | 76091250 |
| ZE 2024-141 | 6-007.6* | 0,66 € | | 0,66 € | 76091410 |
| ZE 2024-142 | 6-007.3* | 3,57 € | | 3,57 € | 76097786 |
| ZE 2024-143 | 6-006.0* | 2,12 € | | 2,12 € | 76091430 |
| ZE 2024-144 | 6-007.j* | 2,52 € | | 2,52 € | 76097823 |
| ZE 2024-145 | 6-007.e* | 0,47 € | | 0,47 € | 76097824 |
| ZE 2024-146 | 6-007.m* | 2.023,00 € | | 2.023,00 € | 76097821 |
| ZE 2024-147 | 6-001.9* | 16,67 € | | 16,67 € | 76097707 |
| ZE 2024-149 | 6-001.e* | 1,67 € | | 1,67 € | 76097702 |
| ZE 2024-151 | 6-001.h* | 1,62 € | | 1,62 € | 76097674 |
| ZE 2024-161 | 6-008.m* | 12,05 € | | 12,05 € | 76098079 |
| ZE 2024-162 | 6-008.9* | 17,48 € | | 17,48 € | 76098222 |
| ZE 2024-170 | 6-002.9* | 1,46 € | | 1,46 € | 76098120 |
| ZE 2024-175 | 6-002.1* | 0,20 € | | 0,20 € | 76098176 |
| ZE 2024-177 | 6-002.7* | 12,52 € | | 12,52 € | 76091770 |
| ZE 2024-180 | 6-005.0* | 1,77 € | | 1,77 € | 76091800 |
| ZE 2024-183 | 6-009.d* | 3,64 € | | 3,64 € | 76091830 |
| ZE 2024-200 | 6-009.q* | 4,39 € | | 4,39 € | 76092000 |
| ZE 2024-203 | 6-00b.7* | 4,10 € | | 4,10 € | 76091620 |
| ZE 2024-205 | 6-00c.c* | 73,67 € | | 73,67 € | 76092050 |
| ZE 2024-208 | 6-004.aa | 1.934,22 € | | 1.934,22 € | 76ZEB711 |
| ZE 2024-213 | 6-00c.0 | 11,07 € | | 11,07 € | 76092130 |
| ZE 2024-01 | 5-785.2d | 800,00 € | | 800,00 € | 7600001A |
| ZE 2024-01 | 5-785.3d | 978,66 € | | 978,66 € | 7600001B |
| ZE 2024-25 Schulter | 5-829.k0 Schulte | 1.267,02 € | | 1.267,02 € | 76097730 |
| ZE 2024-25 Knie | 5-829.k0 Knie | 1.800,00 € | | 1.800,00 € | 76097713 |
| ZE 2024-25 Hüfte | 5-829.k0 Hüfte | 2.508,44 € | | 2.508,44 € | 76097708 |
| ZE 2024-25 Schulter | 5-829.k1 Schulte | 1.400,00 € | | 1.400,00 € | 76097731 |
| ZE 2024-25 Knie | 5-829.k1 Knie | 2.400,00 € | | 2.400,00 € | 76097714 |
| ZE 2024-25 Schulter | 5-829.k2 Schulte | 1.250,00 € | | 1.250,00 € | 76097732 |
| ZE 2024-25 Knie | 5-829.k2 Knie | 2.600,00 € | | 2.600,00 € | 76097715 |
| ZE 2024-25 Hüfte | 5-829.k1 Hüfte | 2.000,00 € | | 2.000,00 € | 76097709 |
| ZE 2024-25 Hüfte | 5-829.k2 Hüfte | 2.650,00 € | | 2.650,00 € | 76097710 |
| ZE 2024-25 Hüfte | 5-829.k3 Hüfte | 2.300,00 € | | 2.300,00 € | 76097711 |
| ZE 2024-25 Schulter | 5-829.k3 Schulte | 1.571,59 € | | 1.571,59 € | 76097733 |
| ZE 2024-25 Knie | 5-829.k3 Knie | 2.500,00 € | | 2.500,00 € | 76097716 |
| ZE 2024-25 Schulter | 5-829.k4 Schulte | 1.571,59 € | | 1.571,59 € | 76097734 |
| ZE 2024-25 Knie | 5-829.k4 Knie | 3.062,88 € | | 3.062,88 € | 76097717 |
| ZE 2024-25 Hüfte | 5-829.m Hüfte | 2.600,00 € | | 2.600,00 € | 76096913 |
| ZE 2024-25 Knie | 5-829.m Knie | 2.350,00 € | | 2.350,00 € | 76096915 |
| ZE 2024-25 Schulter | 5-829.m Schulte | 1.900,00 € | | 1.900,00 € | 76096911 |
| ZE 2024-25 Ellenbogen | 5-829.k1 Ellenb | 2.853,74 € | | 2.853,74 € | 76000EDY |
| ZE 2024-61 | 5-039.e2 | 23.500,00 € | | 23.500,00 € | 7609061F |
| ZE 2024-61 | 5-039.n2 | 22.500,00 € | | 22.500,00 € | 7609061K |
| ZE 2024-62 | 8-839.46 | 19.000,00 € | | 19.000,00 € | 76098213 |
| ZE 2024-136 | 5-339.8* | 1.150,00 € | | 1.150,00 € | 76091360 |
| ZE 2024-218 | 6-00c.3* | 14,12 € | | 14,12 € | 76092180 |
| ZE 2024-169 | 6.009.e* | 25,10 € | | 25,10 € | 76198541 |

Die Bezeichnung der Entgeltarten kann aufgrund abweichender Abrechnungs- und/oder Genehmigungszeiträume variieren. **Maßgeblich ist die geltende vereinbarte Entgelthöhe lt. dieser Anlage.**

4. 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 krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

| | Bezeichnung | Entgeltschlüssel | Entgelthöhe |
|------|-------------------------------------|------------------|-------------|
| E76A | Tuberkulose mit äußerst schweren CC | 8500E76A | € 265,20 |

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2025 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen 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 krankenhausindividuellen 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.

5. 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.

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 zur Zeit)

6a. 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 01.08.2022:
 - 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 €.

7. Zu- und Abschläge bzw. Abzüge

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall

in Höhe von 184,39 €

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall

in Höhe von 11,53 EUR

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **60,00 € pro Tag**

- **Zu- oder Abschlag** für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG

in Höhe von 0,03 %

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 ____ % (**entfällt zur Zeit**)

auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen.

- Zuschlag für Abschlagszahlungen nach § 6a der *Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser*

in Höhe von ____ % (**entfällt zur Zeit**)

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.

- Zuschlag für Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG

in Höhe von **0,14 %**

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

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

in Höhe von **0,42 %**

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

in Höhe von 0,86 €

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

in Höhe von **-0,10 %**

- 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 nach § 5 Abs. 3d KHEntgG für implantatbezogene Maßnahmen nach § 2 Nr. 4 Implantateregistergesetz

in Höhe von _____ € **(entfällt zur Zeit)**

- 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

in Höhe von **0,05 €**

- 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 €**

- 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

in Höhe von ... € **(entfällt zur Zeit)**

- Zuschlag wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5

KHEntgG (Basisnotfallversorgung) je vollstationärem Fall

in Höhe von **1,86 €**

8. 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:

Siehe Anlage 1, letzte Seite.

9. 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 krankenhausespezifischen 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.

Pflegeentgeltwert ab Aufnahme 01.03.2025: 382,62 €

10. 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 €

11. 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 8,48 €

12. 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, u.a.:

| | |
|--|----------|
| Innere Medizin, ggf. zusätzlich Großgerätepauschalen | € 147,25 |
| Allgemeine Chirurgie, ggf. zusätzlich Großgerätepauschalen | € 100,72 |
| Gynäkologie, ggf. zusätzlich Großgerätepauschalen | € 119,13 |
| Orthopädie, ggf. zusätzlich Großgerätepauschalen | € 133,96 |

b. nachstationäre Behandlung

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten, u.a.:

- Computer-Tomographie-Geräte (CT)
- Magnet-Resonanz-Geräte (MR)
- Linksherzkatheter-Messplätze (LHM)

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.

13. 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 der liquidationsberechtigte Arzt gemäß gesetzlicher Regelungen.

14. 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.

15. 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.

16. 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.

17. 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.

a) Ärztliche Leistungen

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären Behandlung berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit das Krankenhaus selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.

Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung. Nach § 6a Abs. 1 GOÄ erfolgt bei vollstationären wahlärztlichen/privatärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25 %; bei Leistungen und Zuschlägen von Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten um 15 %. Das Arzthonorar wird in einer gesonderten Rechnung geltend gemacht.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom nachfolgend 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 (§ 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2 S. 3 GOÄ) erbracht: eine **„Liste liquidationsberechtigte Ärzte“** ist gesondert als Anlage erhältlich.

b) Unterkunft

Die Gesamtkosten für die Unterbringung werden aus den Kosten pro Berechnungstag gebildet. Berechnungstag in diesem Sinne ist der Tag der Aufnahme zuzüglich jedes weiteren Aufenthaltstages. Der Tag der Entlassung bzw. Verlegung wird bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Unterbringung in einem **1-Bett-Zimmer** nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung und Verfügbarkeit:

| Station | Komfortmerkmale | Preis pro Berechnungstag |
|--|--|-------------------------------------|
| Klinik Maingau 1B, 2B, 3B | Separates WC; separate Dusche; kostenloses WLAN; Sanitärartikel; Wahl- und Zusatzverpflegung; Zusatzgetränke; auf Wunsch tgl. Handtuch- und Bettwäschewechsel. | ab 01.01.2025: 78,87 EUR |
| Klinik Rotes Kreuz E, 1A, 2A, 3A, 4A | Separates WC; separate Dusche; kostenloses WLAN; Sanitärartikel; Wahl- und Zusatzverpflegung; Zusatzgetränke; auf Wunsch tgl. Handtuch- und Bettwäschewechsel. | ab 01.01.2025: 101,61 EUR |
| 2D, 3D, 4D | Moderner ausgestattete Zimmer mit separatem WC und separater Dusche; kostenloses WLAN; Sanitärartikel; Wahl- und Zusatzverpflegung; Zusatzgetränke; auf Wunsch tgl. Handtuch- und Bettwäschewechsel. | ab 01.01.2025: 117,94 EUR |
| Zimmersafe | Kaution | 25,00 € |
| | | |

Unterbringung in einem **2-Bett-Zimmer** nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung und Verfügbarkeit:

| Station | Komfortmerkmale | Preis pro Berechnungstag |
|-----------------------|---|------------------------------------|
| Klinik Maingau | Separates WC; separate Dusche; kostenloses WLAN; Sanitärartikel; Wahl- und Zusatzverpflegung; | ab 01.01.2025: 33,93 EUR |

| | | |
|---|--|------------------------------------|
| 1B, 2B, 3B | Zusatzgetränke; auf Wunsch tgl. Handtuch- und Bettwäschewechsel. | |
| Klink Rotes Kreuz E, 1A, 2A, 3A, 4A | Separates WC; separate Dusche; kostenloses WLAN; Sanitärartikel; Wahl- und Zusatzverpflegung; Zusatzgetränke; auf Wunsch tgl. Handtuch- und Bettwäschewechsel. | ab 01.01.2025: 62,09 EUR |
| 2D, 3D, 4D | Moderner ausgestattete Zimmer mit separatem WC und separater Dusche; kostenloses WLAN; Sanitärartikel; Wahl- und Zusatzverpflegung; Zusatzgetränke; auf Wunsch tgl. Handtuch- und Bettwäschewechsel. | ab 01.01.2025: 71,40 EUR |
| Zimmersafe | Kaution | 25,00 € |

Allgemeine Hinweise:

- Die Stellung eines Ein- oder Zweibettzimmers ist abhängig von der Verfügbarkeit und kann nicht garantiert werden.
- Auch ein Mehrbettzimmer entspricht dem vertraglichen Einbettzimmer, wenn es zur alleinigen Nutzung bereitgestellt wird.
- Die zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten vereinbarten gesondert berechenbaren Wahlleistungen werden im Rahmen der personellen und sächlichen Möglichkeiten des Krankenhauses erbracht, soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden.
- Die Wahlleistungsvereinbarung erstreckt sich über den gesamten Behandlungsfall, auch wenn dieser unterbrochen wird.
- Das Krankenhaus kann den Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung bei Patienten, welche die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht, beziehungsweise trotz Fälligkeit verspätet gezahlt haben, ablehnen.
- Das Krankenhaus kann die Erbringung von Wahlleistungen sofort vorübergehend einstellen, soweit und solange dies für die Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber anderen Patienten erforderlich wird; im Übrigen kann die Vereinbarung vom Patienten an jedem Tag zum Ende des folgenden Tages gekündigt werden; aus wichtigem Grund kann die Vereinbarung von beiden Teilen ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.
- Sofern Wahlleistungen vereinbart worden sind, können seitens des Krankenhauses sowohl angemessene Vorauszahlungen als auch angemessene Abschlagszahlungen verlangt werden.

WICHTIG:

Für die Inanspruchnahme der oben genannten Wahlleistungen besteht kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz. Bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen ist der Patient oder die Begleitperson als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgeltes verpflichtet. Prüfen Sie bitte, ob Ihre private Krankenversicherung/ Beihilfe oder Ihre gesetzliche Krankenversicherung über einen besonderen Wahltarif nach § 53 SGB V, etc. diese Kosten deckt.

c) **Unterbringung/Verpflegung einer medizinisch nicht notwendigen Begleitperson:**
€ 55,00/Tag (zzgl. Ust.).

Unterbringung/Verpflegung einer medizinisch nicht notwendigen Begleitperson von Kindern:
€ 55,00/Tag (zzgl. Ust.).

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.03.2025 in Kraft. Gleichzeitig wird der vorherige DRG-Entgelttarif aufgehoben. Änderungen, die aufgrund gesetzlicher Regelungen und/oder Vereinbarungen der jeweiligen Vertragsparteien, auch rückwirkend, entstehen, bleiben vorbehalten.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Leistungsabrechnung oder der Patientenaufnahme hierfür gerne zur Verfügung.

Gleichzeitig können Sie 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 daher bitte vor der Inanspruchnahme von Leistungen, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung und/oder Wahlleistungen versichert sind.

Anlage 1

| NUB 2023 lfd. InEK Nr. | Zusatzentgelt nach § 6 KHEntgG | Status 2023 | Einheit | Entgelt-schlüssel | Vereinbarung 2023 Entgelthöhe | Bemerkungen |
|------------------------|--|-------------|-------------------|-------------------|-------------------------------|---|
| 31 | Abemaciclib | 1 | 50 mg | 76199085 | 33,00 € | Preis pro Tablette |
| 31 | Abemaciclib | 1 | 100 mg | 76199086 | 33,00 € | Preis pro Tablette |
| 31 | Abemaciclib | 1 | 150 mg | 76199087 | 33,00 € | Preis pro Tablette |
| 28 | Alectinib | 1 | 150 mg | 76198792 | 25,66 € | Preis pro Kapsel |
| 3 | Andexanet | 1 | 200 mg | 76199165 | 2.206,00 € | Preis pro Ampulle |
| 5 | Bezlotoxumab | 1 | 25mg/ml 40ml | 76198959 | 2.808,65 € | Preis pro 25 mg / ml 40ml |
| 36 | Brigatinib | 1 | 30 mg | 76199024 | 34,41 € | Preis pro Tablette |
| 36 | Brigatinib | 1 | 90 mg | 76198983 | 103,23 € | Preis pro Tablette |
| 36 | Brigatinib | 1 | 180 mg | 76199025 | 206,46 € | Preis pro Tablette |
| 7 | Caplacizumab | 1 | 10 mg Inj.Lsg. | 76198964 | 4.257,69 € | 10 mg Inj.Lsg. |
| 25 | Crizotinib | 1 | 200 mg | 76197676 | 69,50 € | Preis pro Tablette |
| 25 | Crizotinib | 1 | 250 mg | 76197666 | 86,87 € | Preis pro Tablette |
| 23 | Dabrafenib | 1 | 50 mg | 76197818 | 31,15 € | Preis pro Tablette |
| 58 | Dostarlimab | 1 | 500mg | 76199478 | 2.814,23 € | pro 500mg |
| 2 | Idarucizumab | 1 | 2,5 g | 76198228 | 1.487,50 € | Das NUB 2 „Idarucizumab“ kann nur bei vitaler Bedrohung des Patienten erbracht werden. |
| 73 | Isatuximab | 1 | 100mg 5ml | 76199558 | 336,41 € | 100mg 5ml |
| 80 | Ixekizumab | 1 | 80 mg | 76198795 | 1.272,38 € | je 80 mg Pen/Fertigspritze |
| 46 | Liposomales Cytarabin-Daunorubicin | 1 | 44 / 100 mg | 76198963 | 6.128,50 € | iposomales Cytarabin-Daunorubicin pro Flasche 44 mg Cytarabin / 100 mg |
| 51 | Niraparib | 1 | 100 mg | 76198787 | 68,16 € | Preis pro Tablette |
| 11 | Osimertinib | 1 | 40 mg | 76199044 | 184,55 € | Preis pro Tablette |
| 11 | Osimertinib | 1 | 80 mg | 76199045 | 184,55 € | Preis pro Tablette |
| 1 | Remdesivir | 1 | 100mg | 76199569 | 410,55 € | pro 100 mg Durchstechflasche |
| 9 | Ruxolitinib | 1 | 5 mg | 76198307 | 33,77 € | |
| 9 | Ruxolitinib | 1 | 10 mg | 76198304 | 67,55 € | |
| 9 | Ruxolitinib | 1 | 15 mg | 76198305 | 67,55 € | |
| 9 | Ruxolitinib | 1 | 20 mg | 76198306 | 67,55 € | |
| 29 | Trametinib | 1 | 0,5 mg | 76198237 | 34,87 € | |
| 29 | Trametinib | 1 | 2 mg | 76198251 | 139,48 € | |
| 34 | Vemurafenib | 1 | 240 mg | 76197587 | 34,87 € | |
| 273 | Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation | 1 | je Implantat | 76197473 | 2.261,00 € | Das NUB 273 „Implantierbarer Ereignisrekorder“ kann ausschließlich bei Fällen in der DRG F50A, die auch ohne Implantation eines Ereignisrekorders dort eingruppiert würden, erbracht werden |
| 74 | Externes Stabilisierungsgerüst bei Anastomose eines AV-Shunts im Rahmen der Shuntchirurgie | 1 | je Implantat | 76198538 | 1.490,00 € | |
| 148 | Perkutan-transluminale Einlage eines Vorhofseptumimplantates zur Behandlung von Herzinsuffizienz | 1 | je Implantat | 76198985 | 12.169,02 € | Vereinbarung unter Berücksichtigung des nachfolgenden Vorbehalts im Teil A: Das NUB 148 wird mit der folgenden Indikationseinschränkung vereinbart: Anwendung nur bei einer EF (Ejektionsfraktion) >= 40%. |
| 88 | Endovaskuläre Anlage eines Dialyse-Shunts mittels magnetgeführter Hochfrequenzenergie | 1 | je Implantat | 76198543 | 4.121,04 € | Vereinbarung unter Berücksichtigung des nachfolgenden Vorbehalts im Teil A: Für die Vereinbarung des NUB 88 „Endovaskuläre Anlage eines Dialyse-Shunts mittels magnetgeführter Hochfrequenzenergie“ besteht kein Präjudiz für zukünftige Vereinbarungen. Wird für ein vereinbartes Entgelt eine anwendungsbegleitende Datenerhebung beschlossen und durchgeführt, ist ab dem Zeitpunkt des Patienteneinschlusses eine Abrechnung nur möglich, sofern an der anwendungsbegleitenden Datenerhebung teilgenommen wird. Die Teilnahme ist den Vertragsparteien mitzuteilen. |

Anlage 1 ist gültig bis: unbefristet bis zur NUB Genehmigung 2025