

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

Die Marienkrankenhaus Soest gGmbH berechnet ab dem 01.01.2025 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 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):

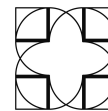
DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz,	0,539	4.385,26 €	2.363,66 €
I04Z	Sopor	2,997	4.385,26 €	13.142,26 €
	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese oder Implantation einer Endoprothese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

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 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. Die betreffenden Leistungen sind in der Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung) vom 18. Dezember 2024 aufgeführt. Die jeweils anwendbare Hybrid-DRG wird mit einem festen Eurobetrag vergütet, der ebenfalls in der Rechtsverordnung aufgeführt ist.

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	Bewertung in €
G09N	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	2.021,82
G24N	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	1.965,05

Die Leistung beginnt mit den Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung und endet mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung, jeweils in der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird. Mit der Hybrid-DRG sind alle im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten entstandenen Aufwände abgegolten. **Eine Abrechnung von weiteren Entgelten gemäß der nachfolgenden Ziffern in Verbindung mit der Hybrid-DRG ist somit ausgeschlossen.** Eine Berechnung von Entgelten für vereinbarte Wahlleistungen bleibt unberührt.

Die Abrechnung einer Hybrid-DRG erfolgt unabhängig von der Anzahl der beteiligten Leistungserbringer nur einmalig.

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 DRG-EKV 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.

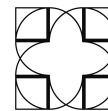
Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2025 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

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 u.a. folgende Zusatzentgelte:

Entgelt	Bezeichnung	Zahlbetrag €
ZE 2025-25	Modulare Endoprothesen; OPS 5-829.k*	1.576,71
ZE 2025-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	806,50
ZE 2025-61	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar	23.853,22
ZE 2025-62	Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge mehr als 2,5 l, inklusive Assistenzsystem; OPS 8-839.46	18.924,45
ZE 2025-67-7	Stentgraft-Prothesen bei Aortenaneurysmen, perkutan-transluminal, je Stent; OPS 8-840.*4 oder 8-849.*4	719,49
ZE 2025-77-31	Gabe von Lenalidomid, oral, pro 1 mg; OPS 6-003.g*	12,73
ZE 2025-84	Gabe von Ambrisentan, oral, je mg; OPS 6-004.2*	4,69
ZE 2025-111	Gabe von Paclitaxel, als an Albumin gebundene Nanopartikel, parenteral, je mg; OPS 6-005.d*	3,02
ZE 2025-112	Gabe von Abirateron, oral, je mg; OPS 6-006.2*	0,12





Entgelt	Bezeichnung	Zahlbetrag €
ZE 2025-120	Gabe von Pemetrexed, parenteral, je mg; OPS 6-001.c*	1,05
ZE 2025-121	Gabe von Etanercept, parenteral, je mg; OPS 6-002.b*	3,69
ZE 2025-122	Gabe von Imatinib, oral, je mg; OPS 6-001.g*	0,01
ZE 2025-123	Gabe von Caspofungin, parenteral, je mg; OPS 6-002.p*	0,71
ZE 2025-124	Gabe von Voriconazol, oral, je g; OPS 6-002.5*	10,37
ZE 2025-125	Gabe von Voriconazol, parenteral, je mg; OPS 6-002.r*	31,10
ZE 2025-141	Gabe von Enzalutamid, oral, je mg; OPS 6-007.6*	0,68
ZE 2025-145	Gabe von Ibrutinib, oral, je mg; OPS 6-007.e*	0,47
ZE 2025-148	Gabe von Adalimumab, parenteral, je mg; OPS 6-001.d*	11,11
ZE 2025-151	Gabe von Rituximab, intravenös, je mg; OPS 6-001.h*	1,89
ZE 2025-161	Gabe von Nivolumab, parenteral, je mg; OPS 6-008.m*	12,05
ZE 2025-163	Gabe von Macitentan, oral, je mg; OPS 6-007.h*	6,59
ZE 2025-164	Gabe von Riociguat, oral, je mg; OPS 6-008.0*	8,51
ZE 2025-190	Längerfristige Beatmungsentwöhnung; OPS 8-718.80	390,74
ZE 2025-190	Längerfristige Beatmungsentwöhnung; OPS 8-718.81	520,99
ZE 2025-190	Längerfristige Beatmungsentwöhnung; OPS 8-718.82	775,93
ZE 2025-190	Längerfristige Beatmungsentwöhnung; OPS 8-718.83	1.232,37
ZE 2025-190	Längerfristige Beatmungsentwöhnung; OPS 8-718.84	2.145,23
ZE 2025-190	Längerfristige Beatmungsentwöhnung; OPS 8-718.85	3.742,74
ZE 2025-190	Längerfristige Beatmungsentwöhnung; OPS 8-718.86	4.361,60
ZE 2025-196	Gabe von Micafungin, parenteral, je 1 mg; OPS 6-004.5*	2,12

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 KHEntG mit den zuständigen Kostenträgern fall- bzw. tagesbezogene krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart:

Entgelt	Bezeichnung	Zahlbetrag €
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	200,77

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 KHEntG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

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

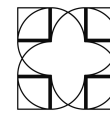
Für Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntG zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2a KHEntG gesonderte Zusatzentgelte vereinbart.

7. Zu- und Abschläge gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 4 KHEntG

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall
in Höhe von 88,84 €
- 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
in Höhe von 60,00 € pro Tag
- Zuschlag für Erlösausgleiche gem. § 5 Abs. 4 KHEntG in Höhe von 0,00 % auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntG.





- Fixkostendegressionsabschlag gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG in Höhe von -1,63 % (lt. Vereinbarung 2019) 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 0,06 % 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

Zuschlag für externe Qualitätssicherung 0,86 € je vollstationärem Fall

- 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 wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG in Höhe von 36,14 € je vollstationärem Fall.
- Telematikzuschlag gem. § 291a Abs. 7a Satz 6 SGB V in Höhe von 5,29 € je abgerechneten voll- und teilstationären Fall
- Abschlag bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen gem. § 137i Abs. 5 SGB V in Höhe von 0,00 % auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschale und Zusatzentgelte gem. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG.
- Abschlag Corona-Ausgleich gemäß Corona-Ausgleichsvereinbarung für den Geltungsbereich KHEntgG in Höhe von 1,57 %
- Zuschlag zur Sicherung der Kinder- und Jugendmedizin gemäß § 4a Abs. 4 KHEntgG

in Höhe von 12,022 %

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 zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab.

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Zahlbetrag €
NUB	Remdesivir, je mg	4,11
NUB	Palbociclib, je mg	0,68
NUB	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 50 mm	1.514,43
NUB	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent 100	1.797,31
NUB	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent 150	2.042,74
NUB	Ruxolitinib, je mg	3,38
NUB	Everolimus bei Neoplasie, je mg	5,03
NUB	Osimertinib, je mg	2,31
NUB	Nilotinib, je mg	0,21
NUB	Lenvatinib, je mg	4,13
NUB	Abemaciclib, je mg	0,24
NUB	Alectinib, je mg	0,17
NUB	Brigatinib, je mg	1,13
NUB	Darolutamid, je mg	0,11
NUB	Mikrostimulationssystem zur epiduralen und peripheren Neuromodulation zur Behandlung von chronischen, neuropathischen Schmerzen, Periphere Neurostimulation	18.776,55
NUB	Dupilumab, je mg	2,10

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

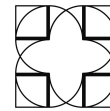
Das Krankenhaus vereinbart mit den Krankenkassen ein Pflegebudget zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten, die dem Krankenhaus entstehen. Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt nach § 6a Abs. 4 KHEntgG über einen krankenhausespezifischen Pflegeentgeltwert, welcher berechnet wird, indem das vereinbarte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

Krankenhausindividueller Pflegeentgeltwert 259,34 €.

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 abrechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von 3,17 €

11. 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 folgendes Zusatzentgelt ab:

Testungen 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 15.10.2020:	19,00 €
Testungen mittels Antigen-Test zur patientennahen Anwendung durch Dritte zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (POC-Anitgentest) bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2021:	11,50 €

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**

ACH: 100,72 € INN: 147,25 €

b) **nachstationäre Behandlung**

ACH: 17,90 € INN: 53,69 €

c) **Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten**

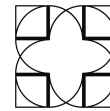
- **Computer-Tomographie-Geräte (CT):**

Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pauschale
5369	122,71 €
5370, 5375	81,81 €
5371	94,08 €
5372	106,35 €
5373, 5374	77,72 €
5376	20,45 €
5377	32,72 €
5378	40,90 €
5380	12,27 €

- **Magnet-Resonanz-Geräte (MR):**

Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pauschale
5700, 5720	179,97 €
5705	171,79 €
5715	175,88 €
5721, 5730	163,61 €
5729	98,17 €
5731, 5732	40,90 €
5733	32,72 €
5735	245,42 €





- Linksherzkatheter-Messplätze (LHM):

Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pauschale
627	61,36 €
628	32,72 €
629	81,81 €
5315	89,99 €
5316, 5325	122,71 €
5317, 5326	16,36 €
5318	24,54 €
5324	98,17 €
5327	40,90 €
5328	49,08 €

- Hochvolttherapie-Geräte:

Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pauschale
5831	61,36 €
5832	20,45 €
5833	81,81 €
5834	29,65 €
5835, 5837	5,11 €
5836	40,90 €

- Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET):

Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pauschale
5488	245,42 €
5489	306,78 €

Falls Untersuchungen mit Kontrastmittel erfolgen, fallen einmalig zusätzliche Kosten in Höhe von 58,00 € an.

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 Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus die Ziffer 100 GOÄ zu 60%. Dies entspricht 66,31 €. Die Rechnung ist fällig bei Erhalt der Bescheinigung und unverzüglich zu zahlen.

14. Zuzahlungen

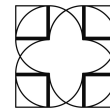
Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten

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 (§ 39 Abs. 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit € 10,- je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

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.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2025 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif/Pflegekostentarif vom 01.11.2024 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Frau Kloos Tel.: 02921 391-4507

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.

Soest, den 18.02.2025


Christian Larisch
- Geschäftsführer -

