



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

Die Hospital zum Heiligen Geist gemeinnützige GmbH, vertreten durch ihre Geschäftsführer Dr. med. Carsten Bismarck und Dominik Zeiger, Am Hospital 6, 34560 Fritzlar

berechnet/n ab dem 01.01.2025 folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 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 13.300 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 4.386,25 € 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	0,539	€ 4.386,25	€ 2.364,19
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse	2,997	€ 4.386,25	€ 13.145,59

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) gem. § 1 Abs. 2 und 3 sowie § 3 Abs. 1 und 2 FPV 2024

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. Pflegeentgelt nach § 17b Abs. 4 KHG

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 11. Dezember 2018 hat der Gesetzgeber die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-Entgelt ab 2020 vorgegeben.

Der Pflegeerlös dient zur Deckung der Personalkosten der Pflege am Bett (Normalstation und Intensivbehandlung). Zur Ermittlung wird dabei eine Bewertungsrelation pro Tag mit der Anzahl an Liegetagen multipliziert.

Die Höhe der Bewertungsrelation für den Pflegeerlös ergibt sich aus der ermittelten DRG (Beschreibung unter 1.) und wird ebenfalls dem im lfd. Jahr gültigem DRG-Katalog entnommen.

Der hausindividueller Pflegeentgeltwert, der für jedes Jahr mit den Sozialleistungsträgern vereinbart wird, beträgt zurzeit **172,45 €**.

Beispiel einer Berechnung des Pflegeentgeltes (Pflegeentgeltwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Pflegeerlös Bewertungs- relation pro Tag	Pflegeentgelt- wert	Bewertungs- relation pro Tag	Anzahl Tage	Pflege- entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor oder andere Kopfverletzungen und bestimmte Fraktur	1,2743	172,45 €	219,75 €	3	659,26 €
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	0,8280	172,45 €	142,79 €	12	1.713,46 €



4. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV 2024

Gem. § 17b Abs. 1 S. 7 KHG 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) 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 krankenhausespezifische 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 krankenhausespezifischen 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 krankenhausespezifischen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

5. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 3 KHEntgG

Das Krankenhaus hat keine gesonderten Zusatzentgelte gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 3 KHEntgG vereinbart.

6. Zu- und Abschläge gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 4 KHEntgG

Gemäß § 33 Absatz 3 Satz 1 PflBG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten. Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig: **184,39 €**

Ferner berechnet das Krankenhaus gem. § 17b Abs. 1a KHG bzw. § 7 KHEntgG folgende Zuschläge/Abschläge:

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **60,00 € mit Verpflegung**.
- Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG in Höhe von derzeit **0,0 %** 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.
- Abschlag für Mehrleistungen gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG in Höhe von derzeit **0,00 €** auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses.
- Zuschlag für die Erweiterte Notfallversorgung Stufe 2 gem. §9 Abs.1a Nr.5 KHEntgG in Höhe von derzeit **51,73 €** pro Fall.
- Zuschlag zum Hygieneförderprogramm gem. § 4 Abs.9 KHEntgG in Höhe von derzeit **0,19%** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschale und die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2a KHEntgG.



7. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 7 Abs.1 Satz 6 KHEntgG

Gemäß § 6 Abs. 2 S. 6 KHEntgG können die Sozialleistungspartner die Erbringung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) beschließen.

Es handelt sich hierbei um zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte außerhalb des Erlösbudgets nach § 4 Abs. 2 und der Erlössumme nach Abs. 3 KHEntgG.

Die zurzeit gültigen NUB können der Übersicht E3 Aufstellung der nach § 6 KHEntgG krankenhausesindividuell verhandelten Entgelte entnommen werden.

8. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **1,73 €**.
- Zuschläge für interne und externe Qualitätssicherung: **0,86 €**
- Zuschlag für gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 Abs. 3 SGB V) in Höhe von derzeit **3,17 €** je voll- und teilstationärem Fall.

9. Telematikzuschlag nach § 377 Abs. 1 und 2 SGB V

Zuschlag für die Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten in Höhe von zur Zeit **1,50 €** für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

10. Zuschlag geburtshilfliche Versorgung in Krankenhäusern gem. § 5 Abs. 2b und 2c KHEntgG

Zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern erheben Krankenhäuser für ihre Standorte, für die die für Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde nach Satz 2 die Höhe eines standortindividuellen Förderbetrages festgelegt hat, in den Jahren 2023 bis 2026 gegenüber den Patientinnen oder Patienten oder den Kostenträgern einen vom Krankenhausträger zu ermittelnden Zuschlag. Dieser gilt € je voll- und teilstationärem Fall und ist für 2025 bisher noch nicht festgesetzt.

11. Zuschlag Versorgung Kinder und Jugendliche §4a Abs. 4 KHEntgG

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) wurde für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahren alt sind, ein gesondertes krankenhausesindividuelles Erlösvolumen eingeführt. Diese Maßnahme zur Förderung der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen wurde für die Jahre 2023 und 2024 eingeführt.

Dafür berechnet das Krankenhaus bei Kindern und Jugendlichen einen Zuschlag je voll- und teilstationären Fall in Höhe von zurzeit 12,022% auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschale nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 KHEntgG.



12. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gem. § 115a SGB V

Gem. § 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

Chirurgie	100,72 €
Innere Medizin	147,25 €
Gynäkologie	119,13 €

b. nachstationäre Behandlung

Chirurgie	17,90 €
Innere Medizin	53,69 €
Gynäkologie	22,50 €

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Über die oben genannten fachabteilungsbezogenen Vergütungspauschalen hinaus werden Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

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

mit weiteren Pauschalen entsprechend der Vergütungsempfehlung nach §115a Abs. 3 SGB V abgerechnet.

Gem. § 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 das Krankenhaus 60,00 €.

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 2024 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2024 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2024 zusammengefasst und abgerechnet.



16. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 11 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. Die Honorare für wahlärztliche Leistungen werden nach den Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ, GOZ) in der jeweils gültigen Fassung berechnet. Die zu beiden Gebührenordnungen gehörenden Leistungsverzeichnisse weisen folgende Systematik auf:

In einer ersten Spalte wird die abrechenbare Leistung mit einer Gebührenziffer versehen. Dieser Gebührenziffer ist in einer zweiten Spalte die verbale Beschreibung der abrechenbaren Leistung zugeordnet. In einer dritten Spalte wird die Leistung mit einer Punktzahl bewertet. Dieser Punktzahl ist ein für die ganze GOÄ/GOZ einheitlicher Punktwert zugeordnet, welcher in Cent ausgedrückt ist. Aus der Multiplikation von Punktzahlen und Punktwert ergibt sich der Preis für die jeweilige Leistung, welcher in einer vierten Spalte des Gebührenverzeichnisses ausgewiesen ist.

Beispiel für die Berechnung einer ärztlichen Leistung nach der GOÄ:

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Punktzahl	Preis (Einfachsatz in EUR)
1	Beratung – auch mittels Fernsprecher	80	4,66

Bei dem so festgelegten Preis handelt es sich um den so genannten GOÄ/GOZ-Einfachsatz. Dieser Einfachsatz kann sich durch Steigerungsfaktoren erhöhen. Diese berücksichtigen die Schwierigkeit und den Zeitaufwand der einzelnen Leistungen, sowie die Umstände bei ihrer Ausführung. In der GOÄ bestimmt sich der Gebührenrahmen für die technischen Leistungen (Gebühren in besonderen Fällen, physikalisch-medizinische Leistungen und Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomografie und Strahlentherapie der Abschnitte A, E und O des Gebührenverzeichnisses) nach dem 1- bis 2,5fachen des Gebührensatzes, für die Ziff. 473 GOÄ und alle übrigen Laboratoriumsuntersuchungen nach dem Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses nach dem 1- bis 1,3fachen und bei allen sonstigen Leistungen nach dem 1- bis 3,5fachen des Gebührensatzes. Die Regelsätze, deren Überschreitung der Arzt in der Rechnung zu begründen hat, betragen für technische Leistungen das 1,8fache, für Laborleistungen das 1,15fache und für die übrigen Leistungen das 2,3fache des Einfachsatzes (§ 5 GOÄ). Bei der GOZ bestimmt sich der Gebührenrahmen nach dem 1- bis 3,5fachen des Gebührensatzes, der Regelsatz beträgt das 2,3fache des Einfachsatzes (§ 4 GOZ).

Das Honorar für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre wahlärztliche Leistungen ist um 25 % zu mindern (§§ 6 a GOÄ, 7 GOZ). Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und für Zahnärzte (GOZ) können auf Wunsch auch vor Abschluss dieser Vereinbarung eingesehen werden.



Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2025 in Kraft.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter der jeweiligen Fachabteilungen unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung.
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.