

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

Die Diakonie Kliniken Bad Kreuznach gGmbH an den Standorten Ringstraße/Diakonie und Mühlenstraße/Marienwörth berechnen ab dem 01.02.2025 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 **4.500,75 €** 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	€ 4.000,00	€ 2.156,00
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	2,997	€ 4.000,00	€ 11.988,00

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 <u>zuzüglich</u> 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.

Die Klinik am **Standort Ringstraße/ Diakonie** berechnet folgende Zusatzentgelte:

Zusatzentgelt	Berechnung pro Fall/mg	Betrag in Euro
ZE2025-01	pro Fall	1.406,23
ZE2025-03	pro Fall	4.250,00
ZE2025-05	pro Fall	1.150,00
ZE2025-25	pro Fall	2.000,00
ZE2025-54_1	pro Fall	978,00
ZE2025-54_2	pro Fall	2.110,93
ZE2025-62	pro Fall	18.900,00
ZE2025-63	pro Fall	3.500,00
ZE2025-111	pro mg	2,90
ZE2025-112	pro mg	0,01
ZE2025-120	pro mg	1,62
ZE2025-121	pro mg	3,95
ZE2025-122	pro mg	0,01
ZE2025-123	pro mg	0,70
ZE2025-125	pro mg	0,03
ZE2025-138	pro g	301,19
ZE2025-145	pro mg	0,48
ZE2025-148	pro mg	5,45
ZE2025-149	pro mg	2,06
ZE2025-151	pro mg	1,89
ZE2025-153	pro mg	2,13
ZE2025-163	pro mg	6,14
ZE2025-170	pro mg	1,50
ZE2025-176	50mg oder 100mg, je Impfung	416,50

Die Klinik am **Standort Mühlenstraße/ Marienwörth** berechnet folgende Zusatzentgelte:

Zusatzentgelt	Berechnung pro Fall/mg	Betrag in Euro
ZE2025-01	pro Fall	1.406,23
ZE2025-03	pro Fall	4.250,00
ZE2025-05	pro Fall	1.150,00
ZE2025-25	pro Fall	2.000,00
ZE2025-54_1	pro Fall	978,00
ZE2025-54_2	pro Fall	2.110,93
ZE2025-62	pro Fall	18.900,00
ZE2025-63	pro Fall	3.500,00
ZE2025-111	pro mg	2,90
ZE2025-112	pro mg	0,01
ZE2025-120	pro mg	1,62
ZE2025-121	pro mg	3,95
ZE2025-122	pro mg	0,01
ZE2025-123	pro mg	0,70
ZE2025-125	pro mg	0,03
ZE2025-138	pro g	301,19
ZE2025-145	pro mg	0,48
ZE2025-148	pro mg	5,45
ZE2025-149	pro mg	2,06
ZE2025-151	pro mg	1,89
ZE2025-153	pro mg	2,13
ZE2025-163	pro mg	6,14
ZE2025-170	pro mg	1,50
ZE2025-176	50mg oder 100mg, je Impfung	416,50

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 krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

Standort Ringstraße/ Diakonie:

E76A	Tuberkulose > 14 Belegungstage	Nicht vereinbart
740Z	Bestimmte radiologische Diagnostik in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär	381,80 € / pro Tag
741Z	Bestimmte endoskopische Diagnostik in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär	401,55 € / pro Tag
744Z	Dilatation des Anus in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär	Nicht vereinbart
748Z	Bestimmte Behandlung ohne Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär	306,10 € / pro Tag
B61B	Akute Erkrankungen u. Verletzungen des Rückenmarks >13 Belegungstage	Nicht vereinbart

Standort Mühlenstraße/ Marienwörth:

E76A	Tuberkulose > 14 Belegungstage	Nicht vereinbart
740Z	Bestimmte radiologische Diagnostik in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär	381,80 € / pro Tag
741Z	Bestimmte endoskopische Diagnostik in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär	401,55 € / pro Tag
744Z	Dilatation des Anus in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär	Nicht vereinbart
748Z	Bestimmte Behandlung ohne Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär	306,10 € / pro Tag
B61B	Akute Erkrankungen u. Verletzungen des Rückenmarks >13 Belegungstage	Nicht vereinbart

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: **Nicht vereinbart**

7. Zu- und Abschläge bzw. Abzüge gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 4 KHEntgG

Die Kliniken berechnen außerdem folgende Zu- und Abschläge:

7.1 Qualitätssicherungszuschlag nach §136 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Verbindung mit § 17b Abs. 1a Nr. 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

Für die Beteiligung der Krankenhäuser an der Qualitätssicherung wird ein Zuschlag in Höhe von **0,86 €** für alle vollstationären Fälle berechnet.

7.2. Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gem. §§ 91 und 139c SGB V

Der Gemeinsame Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin werden seit dem 01.04.2004 über einen Zuschlag in Höhe von **3,17 €** für alle voll- und teilstationären Fälle finanziert. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene abgeführt

7.3. DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG

Zur Finanzierung der Entwicklung und Pflege des in Deutschland eingeführten pauschalierten Entgeltsystem für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen wird ein Zuschlag von **1,73 €** berechnet. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene abgeführt.

7.4. Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütung gem. § 7 Abs. 1 Ziffer 4 KHEntgG

Zur Finanzierung der Ausbildungsstätten werden:

- a) Ausbildungszuschlag nach § 17a KHG Abs. 1a KHG in Höhe von **112,49 €**
 - b) Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 PflBG in Höhe von **127,95 €**
- für jeweils jeden voll- und teilstationärem Fall berechnet.

7.5. Hygieneförderprogramm nach § 4 Abs. 9 KHEntgG

Zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes erhebt das Krankenhaus einen Zuschlag in Höhe **von 0,04%** auf DRG-, Zusatz- und tagesklinische Entgelte sowie auf Entgelte nach § 6 Abs. 2a KHEntgG

7.6. Zuschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG

Zuschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG 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. **Nicht vereinbart.**

7.7. Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2b KHEntgG

Nicht vereinbart.

7.8. Zuschlag für die Teilnahme an übergreifenden Fehlermeldesystemen (üFMS-B)
Für die Teilnahme berechnet das Krankenhaus **0,20 €** pro vollstationären Fall.

7.9. Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitperson/ Pflegekraft
Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson oder Pflegekraft mit medizinischer Begründung in Höhe von **60,00 € pro Tag**

7.10. Telematikzuschlag nach §291a Abs. 7a SGB V und §377 SGB V
Der Zuschlag wird zur Finanzierung der bei den Krankenhäusern entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten im Rahmen der Einführung und des Betriebes der Telematikinfrastruktur erhoben. Er beträgt **1,45 €** je voll- und teilstationärem Fall.

7.11 Zuschlag für das Pflegestellen-Förderprogramm nach § 4 Abs. 8 KHEntgG
Nicht vereinbart.

7.12. Mehrkostenzuschlag zur Finanzierung der Regelung der QFR-RL nach § 5 Abs. 3c KHEntgG
Nicht vereinbart.

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

7.14. Zusatzentgelt für Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 nach § 26 Abs. 2 KHG

Für Kosten, die den Kliniken für Testungen von Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in die Klinik aufgenommen wurden, auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 entstehen, rechnet die Klinik 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 in Höhe von **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 in Höhe von **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 in Höhe von **11,50 €**

7.15. Zuschlag für die Versorgung von Kindern und Jugendliche (§4a KHEntgG)

Auf bundeseinheitliche Fallpauschalen (voll- und teilstationär) wird ein Zuschlag in Höhe von **12,022 %** des betreffenden Erlöses erhoben. Der Zuschlag betrifft Patient*innen, die am Aufnahmetag älter als 28 Tage und jünger als 16 Jahre sind.

7.16. Zuschlag zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern (§5 Abs. 2b KHEntgG)

Der Zuschlag wird zur Unterstützung der Krankenhäuser mit geburtshilflichen Abteilungen pro voll- und teilstationären Fall erhoben. **Nicht vereinbart**

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

Für die Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG pro vollstationären Fall. **Nicht vereinbart**

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:

Standort Ringstraße/ Diakonie:

Leistung NUB	Berechnung pro Fall/Menge	Betrag in Euro
NUB2025-001	je 100 mg	410,55
NUB2025-002 (Nirmatrelvir/Ritonavir)	je Tablette	35,70
NUB2025-005	pro Stent	1.500,62
NUB2025-005	pro Stent	1.500,62
NUB2025-005	pro Stent	2.450,74
NUB2025-005	pro Stent	3.746,53
NUB2025-005	pro Stent	3.746,53

Standort Mühlenstraße/ Marienwörth:

Leistung NUB	Berechnung pro Fall/Menge	Betrag in Euro
NUB2025-001	je 100 mg	410,55
NUB2025-002 (Nirmatrelvir/Ritonavir)	je Tablette	35,70
NUB2025-005	pro Stent	1.500,62
NUB2025-005	pro Stent	1.500,62
NUB2025-005	pro Stent	2.450,74
NUB2025-005	pro Stent	3.746,53
NUB2025-005	pro Stent	3.746,53

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 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 **in Höhe von 248,24 € pro Tag/je BWR.**

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

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

a. vorstationäre Behandlung

Chirurgie	100,72 €
Gynäkologie	119,13 €
Geburtshilfe	119,13 €
Innere Medizin	147,25 €
Orthopädie	133,96 €
Kinder- u. Jugendmedizin	94,08 €

b. nachstationäre Behandlung

Chirurgie	17,90 €
Gynäkologie	22,50 €
Geburtshilfe	22,50 €
Innere Medizin	53,69 €
Orthopädie	20,96 €
Intensiv Medizin	36,81 €
Strahlenheilkunde	330,29 €
Plastische Chirurgie	18,41 €

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

(pauschal nach § 115a Abs. 3 SGB V)

- Computer-Tomographie-Geräte (CT)
- Magnet-Resonanz-Geräte (MR)
- Linksherzkatheter-Messplätze (LHM)
- Hochvolttherapie-Geräte
- Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET)

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.

11. 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, sowie die Nutzung der Leichenkühlzelle berechnet das Krankenhaus folgende Leistungen:

Standort Ringstraße/ Diakonie:

Leistung	Betrag in Euro
1. Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung analog Ziffer 101 GOÄ	165,77
2. Kühlzellenbenutzung und Abholung des Verstorbenen innerhalb 24 Stunden	22,00
3. Kühlzellenbenutzung und Abholung des Verstorbenen innerhalb 2 bis 5 Tage	78,00
4. Kühlzellenbenutzung und Abholung des Verstorbenen ab dem 6 Tag (pro Tag 22,00 Euro bis Abholung + zusätzlich Leistung Nummer 3)	22,00

Standort Mühlenstraße/ Marienwörth:

Leistung	Betrag in Euro
1. Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung analog Ziffer 101 GOÄ	165,77

Die Abrechnung der Kühlzellenbenutzung erfolgt über einen externen Dienstleister.

12. 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.

13. 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.

14. 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.

15. 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 und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 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 GOÄ erfolgt bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären 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 bzw. des Instituts (§ 4 Abs.2 Satz 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs.2 Satz 3 GOÄ/GOZ) erbracht:

Standort Ringstraße/ Diakonie:

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Anästhesie- u. Intensivmedizin	Dr. med. Veit-Christian Kürschner	
Anästhesie Intensivmedizin Palliativmedizin	Dr. med. Brigitte Jage	Stefan Bauer Hardy Kossmann Sebastian Daugherty
Allgemein-, Viszeralchirurgie und Gefäßchirurgie	Dr. med. Gunnar Proff	
Viszeralchirurgie Gefäßchirurgie		Mohammed Ibrahim Froka Dr. med. Frank-Peter Uckmann
Unfallchirurgie	Prof. Dr. med. Frank Hartmann	Tariq Khalaf
Orthopädie	Dr. med. Martina Dafferner-Franzmann	Dr. med. Markus Stolz
Gynäkologie/Geburtshilfe	Dr. med. Michael Kumbartski	Dr. med. Michael Wehling
Mamma-Karzinom/ Brust-OP	Dr. med. Michael Wehling	Dr. med. Michael Kumbartski
Kinder- und Jugendmedizin	Dr. med. Christoph von Buch	
Allgemeine Pädiatrie Neonatologie Diabetologie		Dr. med. Edmondo Hammond Dr. med. Edmondo Hammond Dr. med. Detlef Coors
Wirbelsäulenchirurgie	Dr. med. Nils Irmscher	
operative Wirbelsäulenbehandlung konservative Wirbelsäulenbehandlung	Dr. med. Nils Irmscher Andreas Schollmayer	Volker Dathe Volker Dathe
Innere Medizin	Dr. med. Nevin Yilmaz-Zeytin	
Stationäre Versorgung Intensivmedizin Diabetologie Stroke Unit Koloskopie/Gastroskopie Herzrhythmusimplantate Echokardiographie Herzkatheterlabor Allgemeine Elektrophysiologie Ablationstherapie	Dr. med. Markus Höcker	Dr. med. Stefan Widmer Dr. med. Stefan Widmer Dr. med. Stefan Scholvien Dr. med. Stefan Scholvien Dr. med. Stefan Widmer Ahmed Eladawy Anil Poudel Dr. Damian Krompiec N.N. N.N.
Plastische u. Rekonstruktive Chirurgie	Prof. Dr. med. Jens Rothenberger	
Interdisziplinäre Handchirurgie Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie postbariatrische Chirurgie und Lipödemtherapie Brustchirurgie Funktionsbereich Mikrochirurgie	Dr. med. Marc-Daniel Kunze	N.N. Dr. med. Mathis Renner Dr. med. Mathis Renner Dr. med. Dirk Blaschke N.N.
Radiologie	Dr. med. Johannes Zander	Dr. med. Carsten Scheuer

Belegabteilung Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	PD Dr. med. Christoph Aletsee Dr. med. Alessandro Relic	
Belegabteilung Urologie	Dr. med. Christian-M. Lippert Dr. med. Klaus Wölbert Dr. med. Olaf Dilk	
Belegabteilung	Dr. med. dent. Achim Dederichs Dr. Dr. Christian Küttner Dr. Dr. Rainer Buch	

Standort Mühlenstraße/ Marienwörth:

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Anästhesie Intensivmedizin Viszeralchirurgie Unfallchirurgie HNO, Gynäkologie Gelenkzentrum, Schmerztherapie	Dr. med. Veit-Christian Kürschner	Dr. med. Frank Halter Dr. med. Frank Liebezeit Sonja Richter Dr. med. Björn Wahn Yafim Zeltser
Chirurgie Magen-Darm-Trakt, hepatobiliäre und Pankreas-Chirurgie Hernienchirurgie, Schrittmacher und Demerskatheter Gastrointestinaltrakt Portanlage endokrine Chirurgie	PD Dr. med. Markus Paschold	Edwar Soufiah Johannes Nikolay Dr. med. Arnold Nißen Natalie Seilheimer Dr. med. Felix Watzka
Unfallchirurgie und Orthopädie Unfallchirurgie Sportmedizin spezielle Unfallchirurgie, Wirbelsäulenchirurgie	Dr. med. Volker Hertel	Martin Stoll Dr. med. Tim Ritscher Dr. med. Mohamed Soulaiman
Innere Medizin Gastroenterologie, Hepatologie, Bronchoskopie Intensivmedizin Schlaganfallmedizin, Stroke Unit Geriatric, Diabetologie, Ernährungsmedizin Sonographie Palliativmedizin Kardiologie Notfallmedizin	Prof. Dr. med. Volker Schmitz	Dr. med. Clemens Ballmann Dr. med. Oliver Bill Dr. med. Michael Bracko Dr. med. Marcus Dahlem Dr. med. Gabriele Ess Dr. med. Hendrik Lengfeld Dr. med. Thomas Middeldorf Dr. med. Marc Ratayczak

Onkologische-Palliativmedizin	Robert Gonsenheimer	
Akutupsychoomatik	Dr. med. Holger Rennollet Dr. med. Maria Puth-Herbstr Prof. Dr. med. Volker Schmitz	
Belegabteilung Gynäkologische Abteilung	Dr. med. Gabor Heim	
Belegabteilung Hals-Nasen-Ohren-Abteilung	Dres. med. Carsten Schäfer Sebastian Dippold	
Belegabteilung Augen-Abteilung	Dres. med. Kilian Schöpfer Lise Pieroth-Vinals	
Belegabteilung Orthopädie	Dres. med. Fred Weber Lukas Eckhard	

Die ärztlichen Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von diesen nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

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.

Standort Ringstraße/ Diakonie:

Leistung	Einheit	Betrag in Euro
Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer	pro Berechnungstag	80,00 €
Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer	pro Berechnungstag	40,00€
Unterbringung in einem Familienzimmer	pro Berechnungstag	60,00
Aufpreis Familienzimmer bei 1-Bett-Zimmer	pro Berechnungstag	15,00
Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson/Pflegekraft	pro Berechnungstag	60,00

Behelfsmäßige Unterbringung einer Begleitperson	pro Berechnungstag	25,00
Reservierung 1-Bett-Zimmer (bis zu drei Tagen)	pro Berechnungstag	74,62

Standort Mühlenstraße/ Marienwörth:

Leistung	Einheit	Euro Wert
Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer - alle außer Onko/Pathologie -	pro Berechnungstag	70,00 €
Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer - nur Onko/Pathologie -	pro Berechnungstag	70,00 €
Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer - alle außer Onko/Pathologie -	pro Berechnungstag	30,00 €
Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer - nur Onko/Pathologie -	pro Berechnungstag	30,00 €
Reservierung 1-Bett-Zimmer (bis zu drei Tagen)	pro Berechnungstag	74,62 €
Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson/Pflegekraft	pro Berechnungstag	60,00 €
Unterbringung und Verpflegung von einer Begleitperson bei Betreuung des Patienten nach ambulanter OP	pro Berechnungstag	76,90 €
Hotelleistung (Übernachtung ohne Verpflegung)	Pro Berechnungstag	61,60 €

- c. Telefongrundgebühr (Mühlenstraße/Marienwörth): 0,85 €**
- d. Telefoneinheit pro Minute (Mühlenstraße/Marienwörth): 0,13 €**
- e. TV-Grundgebühr (Mühlenstraße/Marienwörth): 1,85 €**
- f. Kopfhörer für Fernseher ((Mühlenstraße/Marienwörth): 2,00 €**
- g. Wahlleistung Internetanschluss (beide Standorte) **Kostenlos****

Bei Wahlleistung 1- Bettzimmer und Wahlleistung 2- Bettzimmer entfallen die Kosten für die Telefongrundgebühr, Telefoneinheit, TV-Grundgebühr und die Kopfhörer.

16. Patientenquittung

Patienten, bei denen eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 SGB V (stationäre Behandlung) durchgeführt wird und die erklären, über die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen sowie die von den Krankenkassen dafür zu zahlenden Entgelte unterrichtet werden zu wollen, erhalten innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung eine derartige schriftliche Information, sofern sie bzw. ihre gesetzlichen Vertreter bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung dies ausdrücklich gegenüber der Krankenhausverwaltung erklären. Sollten Sie darüber hinaus Bescheinigungen, z. B. für die Abrechnung mit Ihrer Privatversicherung benötigen, berechnen wir hierfür pauschal **5,00 €**.

17. Übergangspflege im Krankenhaus (§ 39e SGB V)

Im Rahmen der Übergangspflege berechnet das Klinikum für maximal 10 Tage direkt im Anschluss an einen stationären Aufenthalt **275,80 € pro Tag** für Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege und für Pflegeleistungen nach dem SGB XI, wenn diese im Klinikum erbracht werden.

Im Rahmen der Übergangspflege berechnet das Klinikum für maximal 10 Tage direkt im Anschluss an einen stationären Aufenthalt **303,94 € pro Tag** für Leistungen der medizinischen Rehabilitation, wenn diese im Klinikum erbracht werden.

Zusatzentgelte, Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Blutgerinnungspräparate sind zusätzlich abrechenbar.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.02.2025 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.01.2025 aufgehoben.

Bad Kreuznach, den 01.02.2025

Manuel Seidel
Geschäftsführer

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter unserer Klinik des Bereiches Kunden- und Kostenträgermanagement 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.