



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

Der für Niedersachsen landesweit gültige Basisfallwert 2025 ist durch eine Ergänzungsvereinbarung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft neu vereinbart worden. Für alle ab dem 01.06.2025 aufgenommenen Patienten kommt der Zahl-Basisfallwert 2025 in einer Höhe von € 4.502,68 zur Anwendung. Da zum derzeitigen Zeitpunkt mit den örtlichen Krankenkassen lediglich die Entgeltvereinbarung des Jahres 2024 abgeschlossen werden konnte, werden neben den für 2025 gesetzlich vorgeschriebenen sowie auf Landesebene gültigen Zu- bzw. Abschläge auch ein Pflegeentgeltwert und krankenhausespezifische Zuschläge fortgeltend in der Abrechnung berücksichtigt. Das Vinzenzkrankenhaus Hannover in Trägerschaft des Elisabeth-Vinzenz-Verbands berechnet ab dem 01.06.2025 folgende Entgelte.

### 1. Fallpauschalen (DRGs) gemäß § 17b KHG

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 ca. 13.000 Diagnosen (ICD10-GM Version 2025) und ca. 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 ab 01.06.2025 liegt bei € 4.502,68. Er unterliegt jährlicher Veränderung. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

*Beispiel (Basisfallwert):*

| DRG  | DRG-Definition  | Relativgewicht | Basisfallwert | Entgelt     |
|------|---|----------------|---------------|-------------|
| I03B | Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit komplizierender Diagnose oder Arthrodeese | 2,806          | € 4.502,68    | € 12.634,52 |
| O60D | Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose                                    | 0,421          | € 4.502,68    | € 1.895,63  |

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. mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gem. § 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 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:<br>Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion |
| 5-530.01 | Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss:<br>Mit Hydrozelenwandresektion                       |

| Hybrid-DRG | Bezeichnung  | Fallpauschale der Hybrid-DRG ohne postoperative Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte A) in € | Fallpauschale der Hybrid DRG zuzüglich postoperativer Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte B) in € |
|------------|--|---|---|
| G09N       | Hybrid-DRG der DRG G09Z (Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Hernientomien oder Operation einer Hydrocele)                                      | € 2.227,33  | € 2.257,33  |
| G24N       | Hybrid-DRG der DRG G24B (Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexen 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 Maßnahme zur Operationsplanung und Minus 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 gem. § 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 Satz 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 der Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur 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 und 6 FPV 2025 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenshausindividuellen 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 krankenshausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S.3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **€ 600,00** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet ab 01.01.2025 folgende Zusatzentgelte, die in der Anlage 4 mit Fußnote 4 versehen sind:

|                |  |            |
|----------------|--|------------|
| ZE 2025-25.01a | Modulare Endoprothese Knie                             | € 2.155,00 |
| ZE 2025-25.01b | Modulare Endoprothese Hüfte                            | € 2.000,00 |
| ZE 2025-25.01c | Modulare Endoprothese Schulter                         | € 1.900,00 |
| ZE 2025-54     | Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt | € 582,37   |
| ZE 2025-123    | Gabe von Caspofungin, parenteral je 1 mg               | € 0,55     |
| ZE 2025-124    | Gabe von Voriconazol, oral, je 1 g                     | € 12,67    |
| ZE 2025-125    | Gabe von Voriconazol, parenteral je 1 g                | € 31,10    |
| ZE 2025-145    | Gabe von Ibrutinib, oral je 1mg                        | € 0,47     |

Werden in Notfällen Bluter mit Blutgerinnungsfaktoren behandelt, gelten die in der auf Landesebene zwischen Niedersächsischer Krankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen geschlossenen Empfehlungsvereinbarung vereinbarten Preise als Zusatzentgelt ZE 2025-97 i.S. der Anlage 4 und 6 der FPV 2025.

## 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 gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern fall- bzw. tagesbezogene krankenshausindividuelle Entgelte zu vereinbaren, was bisher für das Jahr 2025 nicht erfolgt ist.

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2025 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenshausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **€ 600,00** abzurechnen. Können für die Leistungen nach Anlage 3b FPV 2025 aufgrund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenshausindividuellen 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 Satz 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **€ 450,00** abzurechnen.

## 6. Zusatzentgelt für Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gem. 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 auf Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR                     | <b>€ 30,40 pro Testung</b> |
| - Testungen auf Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PoC-Antigen-Schnelltest | <b>€ 11,50 pro Testung</b> |

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

Gemäß § 17a KHG berechnet das Krankenhaus ab dem 01.04.2025 einen Zuschlag je voll- und teilstationären Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten und Ausbildungsvergütungen.

|                       |                                    |
|-----------------------|------------------------------------|
| - Ausbildungszuschlag | <b>€ 83,03 pro Behandlungsfall</b> |
|-----------------------|------------------------------------|

Gemäß § 33 Abs. 2 PflBG berechnet das Krankenhaus ab 01.01.2025 einen Zuschlag je voll- und teilstationären Fall zur Finanzierung des Pflegeausbildungsfonds Niedersachsen GmbH.

**- Ausbildungszuschlag PABF € 222,96 pro Behandlungsfall**

Gemäß § 17 b Abs. 1a Nr. 7 KHG berechnet das Krankenhaus ab 01.01.2025 einen Zuschlag für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson oder Pflegekraft bei medizinischer Begründung

**- Zuschlag Begleitperson oder Pflegekraft bei medizinischer Begründung € 60,00 pro Berechnungstag**

#### **8. Qualitätssicherungszuschläge gemäß § 17 b Abs. 1 a Nr. 4 KHG**

Der Zuschlag für die Maßnahmen der Qualitätssicherung in der stationären Versorgung auf der Grundlage des Vertrages und der Vergütungsvereinbarung gem. § 136, 136 b SGB V i.V.m. § 112 Abs. 2 Nr. 3 SGB V beträgt ab 01.01.2025

**- Qualitätssicherungszuschlag € 0,86 pro Behandlungsfall**

#### **9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben**

Der DRG-Systemzuschlag nach § 17 b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall beträgt ab 01.01.2025

**- DRG-Systemzuschlag € 1,73 pro Behandlungsfall**

Zuschlag zur Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses, des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und des Institutes für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen gemäß der §§ 91 Abs. 3 i.V.m. § 139 c; 139 a i.V.m. 139 c; 137 a Abs. 8 i.V.m. 139 c SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall beträgt ab 01.01.2025

**- Zuschlag GBA / IQWiG / IQTIG € 3,17 pro Behandlungsfall**

#### **10. Weitere Zu- und Abschläge**

Gem. § 4 Abs. 9 Satz 1 KHEntgG berechnet das Krankenhaus ab 01.02.2025 einen Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung der Krankenhaushygiene.

**- Hygienezuschlag 0,14 % (v.H.-Satz auf die abgerechneten DRG-Entgelte und Zusatzentgelte)**

Gem. § 4 Abs. 8a KHEntgG berechnet das Krankenhaus ab 01.02.2024 einen Zuschlag zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf.

**- Zuschlag für Vereinbarkeit v. Pflege, Familie u. Beruf 0,11 % (v.H.-Satz auf die abgerechneten DRG-Entgelte und Zusatzentgelte)**

Gem. § 5 Abs. 3k KHEntgG berechnet das Krankenhaus ab 01.01.2025 einen Zuschlag zur Auszahlung des Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

**- Zuschlag Förderung Kinder- u. Jugendmedizin 12,022 % (v.H.-Satz auf die abgerechneten DRG-Entgelte)**

Gem. § 17 Abs. 1a Nr. 4 KHG berechnet das Krankenhaus ab 01.01.2025 nachfolgend aufgeführten Zuschlag für die Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen.

**- Zuschlag für Fehlermeldesystem € 0,20 pro Behandlungsfall**

Gem. § 377 Abs. 1 SGB V berechnet das Krankenhaus ab 01.01.2025 einen Zuschlag für die Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der elektronischen Gesundheitskarte (Telematikzuschlag).

**- Telematik-Zuschlag € 4,92 pro Behandlungsfall**

Auf Basis der Bundesvereinbarung gem. § 9 KHEntgG Abs. 1a Nr. 5 i.V.m § 136c Abs. 4 SGBV berechnet das Krankenhaus ab 01.01.2025 nachfolgend aufgeführten Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung bei jedem abzurechnenden vollstationären Krankenhausfall.

**- Zuschlag Notfallversorgung € 23,02 pro Behandlungsfall**

Auf Basis der Bundesvereinbarung gem. § 9 KHEntgG Abs. 1a Nr. 7 berechnet das Krankenhaus ab 01.01.2025 nachfolgend aufgeführten Zuschlag für die Teilnahme am Implantateregister bei jedem abzurechnenden vollstationären Krankenhausfall.

**- Zuschlag Implantateregisteraufwandsvergütung € 34,24 pro Behandlungsfall**

### 11. 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 § 6 a Abs. 4 KHEntgG über einen krankenhausesindividuellen Pflegeentgeltwert, welcher berechnet wird, indem das vereinbarte Pflegebudget dividiert wird durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17 b Abs. 4 S. 5 KHG ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr. Ab dem 01.06.2025 wird für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 KHG mit 282,55 Euro multipliziert.

**- Pflegeentgeltwert für die Berechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte € 282,55**

### 12. Entgelte für sonstige Leistungen

a) Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.

b) Gemäß Vereinbarung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. wird **ab 01.01.2025** berechnet:

|   | Zuschlag je Berechnungstag |
|---|----------------------------|
| - Unterbringung in einem Einbettzimmer  | € 160,00                   |
| - Unterbringung in einem Zweibettzimmer | € 85,00                    |

Einzelheiten können Sie einem gesonderten Informationsblatt entnehmen, das Sie bei Bedarf in unserer Patientenaufnahme erhalten.

c) Unterbringung einer Begleitperson als Wahlleistung (ohne medizinische Begründung)

**- € 71,40 pro Berechnungstag (inkl. Mehrwertsteuer)**  
(nur - wenn ausreichend Unterbringungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen)

### 13. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gem. § 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 – je Fall**

|                |          |
|----------------|----------|
| Innere Medizin | € 147,25 |
| Chirurgie      | € 100,72 |
| Urologie       | € 103,28 |
| Gynäkologie    | € 119,13 |
| Geburtshilfe   | € 119,13 |
| HNO            | € 78,74  |

#### b) **nachstationäre Behandlung – je Behandlungstag**

|                |         |
|----------------|---------|
| Innere Medizin | € 53,69 |
| Chirurgie      | € 17,90 |

|              |         |
|--------------|---------|
| Urologie     | € 41,93 |
| Gynäkologie  | € 22,50 |
| Geburtshilfe | € 28,12 |
| HNO          | € 37,84 |

**c) Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten bei vor- oder nachstationärer Behandlung**

|      |   |          |
|------|---|----------|
| 5370 | CT im Kopfbereich                                     | € 81,81  |
| 5371 | CT im Hals/Thoraxbereich                              | € 94,08  |
| 5372 | CT im Abdominalbereich                                | € 106,35 |
| 5373 | CT des Skeletts                                       | € 77,72  |
| 5374 | CT der Zwischenwirbelräume                            | € 77,72  |
| 5375 | CT der Aorta  | € 81,81  |
| 5376 | Ergänzende CTs zusätzlich zu 5370 – 5375              | € 20,45  |
| 5377 | Zuschlag für computergesteuerte Analyse               | € 32,72  |
| 5378 | CT zur Bestrahlungsplanung                            | € 40,90  |
| 5380 | Bestimmung des Mineralgehaltes von Skelettteilen      | € 12,27  |
| 5369 | Höchstwert für die Leistungen nach den Nrn. 5370-5374 | € 122,71 |
| 5700 | MRT, Kopfbereich                                      | € 179,97 |
| 5721 | MRT, Mamma(e)   | € 163,61 |
| 5731 | ergänzende Serien zu 5700 bis 5730                    | € 40,90  |
| 5733 | Zuschlag computergestützte Analyse                    | € 32,72  |

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.

#### 14. Zuzahlungen

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus Zuzahlungen vom gesetzlich krankenversicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an, innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Kalendertage ein (§ 39 Abs 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit € 10,00 je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 c Abs. 3 SGB V im Auftrag der gesetzlichen Krankenkasse eingezogen.

#### 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

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 10 sind nicht die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses abgegolten. Diese Leistungen werden vom Belegarzt 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.

#### 18. Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **01.06.2025** in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom **01.05.2025** aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Zu weiteren Einzelheiten können Ihnen bei Bedarf entweder unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Patientenaufnahme oder der Patientenabrechnung Auskunft erteilen. Das schließt auch die Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem ein.

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.

Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (z. B.: Krankenkasse). In diesem Fall ist der Patient gegenüber dem Krankenhaus Selbstzahler.

Ihre Krankenhausleitung