

**Entgelttarif im Anwendungsbereich des KHEntg und der BPFIV
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntg und § 8 BPFIV**

Die DRK Kliniken Berlin | Westend berechnen ab dem **01. Januar 2025** folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 1 KHEntg

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie des KHEntg in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über diagnoseorientierte Fallpauschalen (s.g. 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 zu einer DRG haben.

Die genauen Definitionen der einzelnen DRG sind im jeweils aktuell gültigen DRG-Klassifikationssystem (DRG-Definitionshandbuch) festgelegt. Das DRG-Definitionshandbuch beschreibt die DRGs einerseits alphanumerisch, andererseits mittels textlicher 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** beträgt **€ 4.399,57** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Relativgewicht und Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	*	Basisfallwert	=	Entgelt
I05C	Großer Gelenkersatz	1,988	*	€ 4399,57	=	€ 8.746,35
I03A	Hüftgelenkersatz mit Begleiterkrankungen	5,213	*	€ 4399,57	=	€ 22.934,96

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 Behandlungs geschehens konkret erbracht werden.

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 2025

Der nach der oben beschriebenen DRG-Systematik zu ermittelndem 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 Fallpauschalen-system für Krankenhäuser für das Jahr 2025 (FPV 2025).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV 2025

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 krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntg vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntg abgerechnet werden.

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

4. Tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 7 Abs.1 Ziff. 6a KHEntg

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 KHEntg 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.

Kann der krankenhausesindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 KHEntg aufgrund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2025 noch nicht berechnet werden, sind gemäß § 15 Abs. 2a S. 1 und 2 KHEntg (i.d.F.d. MDK-RefG) für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 6a KHEntg die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG mit 216,37 € zu multiplizieren.

5. Sonstige Entgelt für Leistungen gem. § 7 FPV 2025

Für die Vergütung von Leistungen, die noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, kann das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntg mit den zuständigen Kostenträgern fall- bzw. tagesbezogene krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbaren.

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.

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

Gem. § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen Entgelte. Eine Auflistung der einzelnen Entgelte liegt im Aufnahmebüro zur Einsicht bereit. Hierbei wird beachtet, dass gem. § 8 Abs. 2 Nr. 3 KHEntg eine vorstationäre Behandlung neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar ist. 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.

7. Zu- und Abschläge

- Qualitätssicherungszuschlag gem. § 17b Abs. 1 KHG und § 137 SGB V	pro Fall	0,86€
- Ausbildungszuschlag gem. § 17a Abs. 5 KHG	pro Fall	106,04€
- Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 PflBG	pro Fall	206,11€
- Zuschlag für die Teilnahme an übergreifenden Fehlermeldesystemen gem. § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG	pro Fall	0,20€
- Zusatzentgelt auf die Vereinbarung gemäß § 26 Absatz 2 KHG für Testungen auf das Corona Virus SARS-CoV-2 PCR Test	pro Test	30,40€
- Zusatzentgelt auf die Vereinbarung gemäß § 26 Absatz 2 KHG für Testungen auf das Corona Virus SARS-CoV-2 Antigen Test	pro Test	11,50€

- Zuschlag nach § 4a Abs. 4 KHEntgG zur Auszahlung des Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen **auf DRG Fallpauschale +12,022%**
- Zuschlag Implantateregistrierungsvergütung § 17b Absatz 1a Nummer 9 KHG **pro Fall 34,24€**

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

Zur Finanzierung der Entwicklung und Pflege des in Deutschland einzuführenden pauschalierenden Entgeltsystems für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) berechnet das Krankenhaus einen **DRG-Systemzuschlag in Höhe von € 1,73** sowie einen **GemBA-Systemzuschlag in Höhe von € 3,17** je voll- und teilstationärem Krankenhausfall. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die in § 17 b KHG benannten Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene abgeführt.

9. Entgelte für sonstige Leistungen

Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnet das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand:

- Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung (Firma Pathomed)

10. Zuzahlungen

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.

11. 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.

12. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 5 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.

13. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntgG/§ 16 BPflV):

a. Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer / 2-Bett-Zimmer:

Zuschlag je Berechnungstag	im 1-Bett-Zimmer	€ 100,24
	im 2-Bett-Zimmer:	€ 54,63

b. Begleitperson

Unterbringung einer Begleitperson (nur möglich, wenn Patient/Patientin den 1-Bett-Zimmer-Tarif gewählt hat) € 90,00 je Berechnungstag

Unterbringung im Familienzimmer in der Geburtshilfe

1-Bett-Zimmer € 100,24 + € 50,00 je Berechnungstag

Unterbringung einer Begleitperson in der Geburtshilfe (nicht Familienzimmer)

(nur möglich, wenn Patientin den 2-Bett-Zimmer-Tarif gewählt hat) € 50,00 je Berechnungstag

Unterbringung und Verpflegung einer med. notwendigen Begleitperson

€ 60,00 je Berechnungstag

Dieser Zuschlag betrifft nur die Fälle, bei denen die Mitaufnahme einer Begleitperson zwingend medizinisch notwendig ist. Die Höhe des Zuschlages von 60,00 € ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1, Satz 4 KHG geregelt.

c. Mitaufnahme (ohne Verpflegung)

- **der Mutter im Rahmen des Rooming-In** € 10,00 einmalig
(Bereitstellung eines Beistellbettes im Zimmer des Kindes)

- **des werdenden Vaters im Vorwehen Zimmer** € 10,00 je Berechnungstag

- **von Müttern in der Neonatologie im Elternappartement** € 5,00 je Berechnungstag

- **eines Kleinkindes im Rahmen der ambulanten Haushaltshilfe** €26,00 je Berechnungstag

d. Gestellung einer Sonderwache € 45,00 je Berechnungsstunde

e. Bereitstellung eines Mobiles Patiententelefon € 30,00 Kautions
€ 3,00 Tagespauschale

f. Kaufpreis eines Kopfhörers für den Fernseher: € 1,60

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt **am 01. Januar 2025** in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01. Dezember 2024 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen hierfür gerne Mitarbeiter des Zentralen Patientenmanagements 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. Auch beachten Sie bitte, dass Kosten für Wahlleistungen nur dann von Ihrer privaten Krankenversicherung gezahlt werden, wenn Sie dies mit Ihrer privaten Krankenversicherung vereinbart haben.