

für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Das Klinikum Neumarkt berechnet ab Aufnahmedatum **01. Mai 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 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2025) und 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 **4.487,41 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel

DRG	DRG – Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	0,513	4.487,41 €	2.302,04 €
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen	3,116	4.487,41 €	13.982,77 €

Die Pflegepersonalkosten werden über ein tagesbezogenes Pflegeentgelt finanziert (s. Pkt. 8).

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 (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 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 gem. § 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	Bewertung ohne postop. Nachbehandlung	Bewertung mit postop. Nachbehandlung
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	2.227,33 €	2.257,33 €
G24N	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

Gem. § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (GKV-Spitzenverbände, 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 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.

Zusatzentgelte für Blutgerinnungsstörungen werden nach den Vorgaben der Anlage 7 zur FPV 2025 abgerechnet.

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 (§ 5 Abs. 2 FPV 2025). 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 folgende krankenhaushausindividuelle Zusatzentgelte:

ZE	Bezeichnung	Preis	Einheit
ZE-01A	Beckenimplantat, OPS 5-785.2d	981,00 €	
ZE-01C	Beckenimplantat, OPS 5-785.4d	1.050,00 €	
ZE-09	Hämoperfusion und Adsorption, OPS 8-821.30-32	1.152,00 €	
ZE-13	Adsorption zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen, OPS 8-821.40-43	2.330,00 €	
ZE-25K	Modulare Endoprothesen: Knie	2.500,00 €	
ZE-25H	Modulare Endoprothesen: Hüfte	1.630,00 €	
ZE-25S	Modulare Endoprothesen: Schulter	1.850,00 €	
ZE-54B	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-429.j1	920,00 €	
ZE-54V	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-429.jc	920,00 €	
ZE-54D	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-429.j4	1.840,00 €	
ZE-54G	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-449.h*	920,00 €	
ZE-54H	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-469.k*	920,00 €	
ZE-54I	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-489.g0	920,00 €	
ZE-54A	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-429.j0	920,00 €	
ZE-54AA1	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-513.m0	790,00 €	
ZE-54AA2	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-513.m1	1.420,00 €	
ZE-54AA3	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-513.m2	1.945,00 €	
ZE-54BB1	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-513.n0	920,00 €	
ZE-54BB2	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-513.n1	1.945,00 €	
ZE-54BB3	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-513.n2	2.760,00 €	
ZE-54CC2	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-517.01	920,00 €	
ZE-54CC3	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-517.02	920,00 €	
ZE-54CC4	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-517.03	920,00 €	
ZE-54CC24	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-517.43	920,00 €	
ZE-54DDD	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-529.n4	920,00 €	
ZE-54EEE	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-529.p2	920,00 €	
ZE-54EEF	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-549.a AXIO	1.576,95 €	
ZE-54CC9	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-517.13	1.840,00 €	
ZE-54Q	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-526.e0	920,00 €	
ZE-54R	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-526.f0	920,00 €	
ZE-58	Gabe von Alpha-1-Proteinaseinhibitor human, paraenteral, OPS 8-812.0*	0,39 €	je mg
ZE-61F	Neurostimulator, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar, OPS 5-039.e2	25.000,00 €	
ZE-61G	Neurostimulator, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar, OPS 5-039.f2	24.000,00 €	
ZE-61K	Neurostimulator, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar, OPS 5-039.n2	24.000,00 €	
ZE-61M	Neurostimulator, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar, OPS 5-059.cc	25.000,00 €	
ZE-61O	Neurostimulator, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar, OPS 5-059.dc	24.000,00 €	
ZE-62	Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge mehr als 2,5 l, OPS 8-839.46	19.900,00 €	
ZE-67A	Implantation Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal, OPS 8-840.04	1.580,00 €	
ZE-67B	Implantation Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal, OPS 8-840.14	3.160,00 €	
ZE-67EE	Implantation Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal, OPS 8-849.04	1.580,00 €	
ZE-77	Gabe von Lenalidomid, oral, OPS 6-003.g*	16,96 €	je mg
ZE-82-1	Peritonealdialyse kontinuierlich (APD): bis 24 Std., OPS 8-857.20	175,00 €	
ZE-82-2	Peritonealdialyse kontinuierlich (APD): mehr als 24 bis 72 Std., OPS 8-857.21	345,00 €	
ZE-82-3	Peritonealdialyse kontinuierlich (APD): mehr als 72 bis 144 Std., OPS 8-857.22	775,00 €	
ZE-82-4	Peritonealdialyse kontinuierlich (APD): mehr als 144 bis 264 Std., OPS 8-857.23	1.455,00 €	
ZE-82-5	Peritonealdialyse kontinuierlich (APD): mehr als 264 bis 432 Std., OPS 8-857.24	2.475,00 €	
ZE-82-7	Peritonealdialyse kontinuierlich (APD): mehr als 432 bis 600 Std., OPS 8-857.26	3.660,00 €	
ZE-85	Gabe von Temsirolimus, parenteral, OPS 6-004.e*	41,29 €	je mg
ZE-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	Ist-Aufwand €	
ZE-107-1	Koronarstent: medikamentenfreisetzend, bioresorbierbar, OPS 8-83d.00	975,00 €	
ZE-107-2	Koronarstent: medikamentenfreisetzend, bioresorbierbar, OPS 8-83d.01	1.950,00 €	
ZE-107-3	Koronarstent: medikamentenfreisetzend, bioresorbierbar, OPS 8-83d.02	1.950,00 €	
ZE-111	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral, OPS 6-005.d*	3,93 €	je mg
ZE-112	Gabe von Abirateronacetat, oral, je mg; OPS 6-006.2*	0,12 €	je mg
ZE-113	Gabe von Cabazitaxel, parenteral, OPS 6-006.1*	7,91 €	je mg

ZE	Bezeichnung	Preis	Einheit
ZE-120	Gabe von Pemetrexed, parenteral, OPS 6-001.c*	0,08 €	je mg
ZE-122	Gabe von Imatinib, oral, OPS 6-001.g*	0,01 €	je mg
ZE-123	Gabe von Caspofungin, parenteral, OPS 6-002.p*	0,55 €	je mg
ZE-124	Gabe von Voriconazol, oral, je 200 mg Tablette, OPS 6-002.5*	1,60 €	je 200 mg Tabl.
ZE-125	Gabe von Voriconazol, parenteral, OPS 6-002.r*	6,00 €	je 200 mg
ZE-130	Gabe von Belimumab, parenteral, OPS 6-006.6*	1,29 €	je mg
ZE-133	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch internen Palliativdienst; OPS 8-98h.0*	499,50 €	
ZE-137	Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII	Ist-Aufwand €	
ZE-138	Gabe von Fibrinogenkonzentrat	Ist-Aufwand €	
ZE-139	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	Ist-Aufwand €	
ZE-141	Gabe von Enzalutamid, oral; OPS 6-007.63	0,66 €	je mg
ZE-144	Gabe von Obinutuzumab, parenteral, OPS 6-007.j*	2,52 €	je mg
ZE-146	Gabe von Ramuzirumab, parenteral, OPS 6-007.m*	4,05 €	je mg
ZE-148	Gabe von Adalimumab, parenteral, OPS 6-001.d*	444,50 €	je 40 o. 80 mg
ZE-149	Gabe von Infliximab, parenteral, OPS 6-001.e*	0,89 €	je mg
ZE-151	Gabe von Rituximab, intravenös, OPS 6-001.h*	0,58 €	je mg
ZE-153	Gabe von Trastuzumab, intravenös, OPS 6-001.k*	1,06 €	je mg
ZE-154	Gabe von Anidulafungin, parenteral, OPS 6-003.k*	0,55 €	je mg
ZE-161	Gabe von Nivolumab, parenteral, OPS 6-008.m*	11,82 €	je mg
ZE-169	Gabe von Liposomalem Irinotecan, parenteral, je 1 mg; OPS 6-009.e*	25,62 €	je mg
ZE-170	Gabe von Bevacizumab, parenteral, OPS 6-002.9*	0,85 €	je mg
ZE-173	Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten, OPS 6-007.p*	0,15 €	je mg
ZE-175	Gabe von Filgrastim, parenteral, OPS 6-002.1*	0,20 €	je 1 Mio. IE
ZE-177	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral, OPS 6-002.7*	880,48 €	je 6 mg
ZE-182	Gabe von Vedolizumab, parenteral, OPS 6-008.5*	2.329,34 €	je 300 mg
ZE-194	Gabe von Ustekinumab, intravenös, OPS 6-005.p*	43,02 €	je mg
ZE-203	Gabe von Durvalumab, parenteral, OPS 6-00b.7*	4,10 €	je mg
ZE-211	Gabe von Tocilizumab, intravenös; OPS 6-005.m*	3,29 €	je mg
ZE-212	Gabe von Idarucizumab, parenteral; OPS 6-008.f	1.487,50 €	je 2,5 mg
ZE-213	Gabe von Andexanet alfa, parenteral; OPS 6-00c.0	11,01 €	je mg
ZE-216	Gabe von Avelumab, parenteral; OPS 6-00a.20	3,88 €	je mg
ZE-219	Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII bei postpartaler Blutung; OPS 8-810.6 *	885,47 €	

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 folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

Leistungen der Anlage 3a und 3b der FPV 2025

- DRG B61B Verletzung des Rückenmarks **525,65 € je Tag ***
- DRG E76A Tuberkulose mehr als 14 Belegungstage **304,80 € je Tag ***
- DRG B49Z Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson **345,06 € je Tag ***

Teilstationäre Leistungen nach § 6 Abs. 1 S.1 KHEntgG

- Teilstationäre Schmerztherapie **370,06 € je Tag ***
- Teilstationäre Akutgeriatrie **280,47 € je Tag ***

* Der Entlassungs- oder Verlegungstag, der nicht zugleich Aufnahme- und Tag ist, wird nur bei tagesbezogenen Entgelten für teilstationäre Behandlung nach § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG abgerechnet. Die Pflegepersonalkosten werden über ein tagesbezogenes Pflegeentgelt finanziert (s. Pkt. 8).

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2025 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen 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 krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **300,00 €** abzurechnen (§ 7 Abs. 4 FPV 2025).

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 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 durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR:	30,40 €
-Testungen mittels laborbasiertem Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des SARS-CoV-2:	19,00 €

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

	Preis
Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten gem. § 17a KGH je voll- und teilstationärem Fall	52,01 € je Fall
Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten mit Einführung der generalistischen Pflegeausbildung gem. § 33 Abs. 3 S. 1 PflBG je voll- und teilstationärem Fall	126,76 € je Fall
Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen gem. § 17b Abs. 1a KHG. Dieser Zuschlag betrifft im Übrigen nur die Fälle der medizinisch notwendigen Aufnahme von Begleitpersonen und ist von der wahlweisen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson nach Ziff. 16 c zu unterscheiden.	60,00 € pro Tag
Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gem. § 4 Abs. 9 KHEntgG auf die abgerechnete Höhe der DRG Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gem. § 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	0,40 %
Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung gem. § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG je vollstationärer Fall	29,62 €
Telematikzuschlag zum Ausgleich der den Krankenhäusern entstehenden Kosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattung in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie der Betriebskosten des laufenden Betriebs der Telematikinfrastruktur nach § 377 Abs. 1 und 2 SGB V je voll- und teilstationärem Fall	1,71 €
Zuschlag Fehlermeldesystem gem. § 17 Abs. 1a Nr. 4 KHG je vollstationärer Fall	0,20 €
Zuschlag nach § 4a Abs. 4 KHEntgG zur Auszahlung des Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG.	12,022 %
Zuschlag für die Implantateregistermeldevergütung gem. § 9 Abs. 1a Nr. 7 KHEntgG	34,24 €

8. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 6 KHEntG

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 gem. § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

NUB	Bezeichnung	Preis	Einheit
NUB-2A	Beschichteter Stent mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße bis unter 50 mm	1.840,00 €	je Stent
NUB-2B	Beschichteter Stent mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße 50 bis unter 100 mm	2.280,00 €	je Stent
NUB-2C	Beschichteter Stent mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße 100 bis unter 150 mm, OPS 8-83b.f1	2.720,00 €	je Stent
NUB-2D	Beschichteter Stent mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße 150 bis unter 200 mm, OPS 8-83b.f2	3.900,00 €	je Stent
NUB-2E	Beschichteter Stent mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße 200 bis unter 250 mm, OPS 8-83b.f3	3.900,00 €	je Stent
NUB-2F	Beschichteter Stent mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße mehr als 250 mm, OPS 8-83b.f4	3.900,00 €	je Stent
NUB-2H	Gecovertete Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision, 25 bis unter 50 mm	1.840,00 €	je Stent
NUB-2I	Gecovertete Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision, 50 bis unter 100 mm	2.280,00 €	je Stent
NUB-2J	Gecovertete Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision, 100 bis unter 150 mm, OPS 8-83b.f1	2.720,00 €	je Stent
NUB-2K	Gecovertete Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision, 150 bis unter 200 mm, OPS 8-83b.f2	3.900,00 €	je Stent
NUB-2L	Gecovertete Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision, 200 bis unter 250 mm, OPS 8-83b.f3	3.900,00 €	je Stent
NUB-2M	Gecovertete Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision, mehr als 250 mm, OPS 8-83b.f4	3.900,00 €	je Stent
NUB-15	Alemtuzumab, OPS 6-001.0*	994,91 €	je mg
NUB-16	Golimimumab, OPS 6-005.2	16,87 €	je mg
NUB-47	Aszitesbehandlung mittels vollimplantierbarer Pumpe, OPS 5-549.6	24.100,00 €	
NUB-49	Endovaskuläre Anlage eines inneren AV-Shunts mittels magnetgeführter Hochfrequenzenergie, OPS 5-392.* / 8-83c.c*	5.500,00 €	je Prothese
NUB-50	Bezlotoxumab, OPS 6-00b.1	2,81 €	je mg
NUB-57	Avatrombopag OPS 6-00e.5	3,58 €	je mg
NUB-62	Fostamatinib, OPS 6-00d.a	0,41 €	je mg
NUB-64	Ravulizumab, OPS 6-00c.d	15,88 €	je mg
NUB-66	Sutimlimab, OPS 6-004.k	1,25 €	je mg
NUB-68	Mirikizumab, OPS 6-00j.b		je mg
NUB-69	Rezafungin		je mg
NUB-70	Risankizumab, OPS 6-00c.e		je 150 mg Injektion
NUB-71	Risankizumab, OPS 6-00c.e		je 600 mg Infusion
NUB-72	Trastuzumab, deruxtecan, OPS 6-00f.j	22,80 €	je mg
NUB-73	Trifluridin-Tipiracil, OPS 6-009.n	1,75 €	je mg
NUB-74	Thrombektomie an Lungengefäßen mittels Disc-Retriever-System	8.800,00 €	
NUB-75	Externes Stabilisierungsgerüst bei Anastomose eines AV-Shunts im Rahmen der Shuntchirurgie, OPS 5-392.80	1.500,00 €	
NUB-76	Endovaskuläre Anlage einer peripheren AV-Fistel durch Gleichstrom, OPS 8-83c.d*	4.500,00 €	

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 krankenhausindividuellen 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.

Der tagesbezogene Pflegeentgeltwert beträgt aktuell: **293,31 €**.

10. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG

QS-Schlaganfallbehandlung (STENO)	3,10 €
Zuschlag für die externe Qualitätssicherung	0,86 €

11. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

DRG Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG je voll- u. teilstationärem Fall	1,73 €
Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a i.V.m. § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139 c SGB V bzw. des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall	3,17 €

12. Weitere Zu- und Abschläge

Zuschlag STENO-Schlaganfallbehandlung nach § 5 KHEntgG	222,33 €
--	-----------------

13. 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:

Fachrichtung	a) vorstationäre Behandlung je Fall	b) nachstationäre Behandlung je Tag
- Kardiologie	- 156,97 €	- 61,36 €
- Pneumologie	- 219,34 €	- 66,47 €
- KFH	- 140,61 €	- 67,49 €
- Gastroenterologie	- 164,64 €	- 63,91 €
- Allgemeine Chirurgie	- 100,72 €	- 17,90 €
- Gefäßchirurgie	- 134,47 €	- 23,01 €
- Unfallchirurgie	- 82,32 €	- 21,47 €
- Orthopädie	- 82,32 €	- 21,47 €
- Neurochirurgie	- 48,57 €	- 21,99 €
- Orthopädische Praxis	- 82,32 €	- 21,47 €
- Frauenheilkunde/Geburtshilfe	- 119,13 €	- 22,50 €
- Urologie	- 103,28 €	- 41,93 €
- Strahlenkunde	- 186,62 €	- 330,29 €
- Neurologie	- 114,02 €	- 40,90 €

Gem. gesonderter Vereinbarung nach § 115a Abs. 3 Satz 1 und 2 SGBV über die Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen zwischen der Bayerischen Krankenhausgesellschaft und den Verbänden der Krankenkassen gelten für das **Schlaflabor** folgende vorstationäre Tarife:

- 385,00 € für den/die ersten/erste Behandlungstag/-nacht
- 230,00 € für jeden/jede weiteren/weitere Behandlungstag/-nach innerhalb von fünf Kalendertagen.

Zusätzlich zu den Pauschalen für vor- oder nachstationäre Behandlung können Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten, (Computer-Tomographie-Geräte – CT, Magnet-Resonanz-Geräte – MR, Linksherzkatheter-Messplätze – LHM, Hochvolttherapie-Geräte, Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte – PET) nach entsprechenden DKG-NT-Ziffern abgerechnet werden.

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. 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, daneben werden Schreibgebühren, Porto- und Versandkosten berechnet.
2. Hilfsmittel (z.B. Krückstöcke) werden leihweise überlassen
3. Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung 120,00 €
4. Kostenpauschale für Kühlzelle 60,00 €

15. Zuzahlungen

- a. 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 € 10,00 je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.
- b. Für den kompletten Entbindungsaufenthalt entfällt die Zuzahlung.
- c. Die Zuzahlungspflicht gilt auch für gesetzlich versicherte Patienten im Rahmen einer Übergangspflege nach § 39e Abs. 2 SGB V. Dabei sind bereits geleistete Zuzahlungstage für vollstationäre Krankenhausbehandlung anzurechnen.

16. 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.

17. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 14 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. Leistungen von Beleghebammen bzw. Belegentbindungspflegern.

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Hebamme / dem Entbindungspfleger gesondert berechnet.

18. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden nach § 17 KHEntgG gesondert berechnet. Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweils gültigen Wahlleistungsvereinbarung entnehmen.

Ärztliche Leistungen (Wahlarzt):

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne Wahlärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten 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%. Die ärztlichen Leistungen werden von den Wahlärzten gesondert berechnet und vom Klinikum selbst bzw. über eine externe Abrechnungsstelle in Rechnung gestellt.

Die Behandlung wird vom Wahlarzt persönlich oder unter Aufsicht des Wahlarztes nach dessen fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung erbracht (§ 4 Abs. 2 GOÄ); im Fall der unvorhersehbaren Abwesenheit (Verhinderungsfall wie z.B. Erkrankung des Arztes, anderer Notfall) übernimmt die Aufgabe des Wahlarztes dessen ständiger ärztlicher Vertreter.

Im Fall der vorhersehbaren Abwesenheit (z.B. Urlaub) ist eine individuelle Vertretervereinbarung zu treffen.

Die Liste der Wahlärzte und der ständigen Vertreter entnehmen Sie bitte der aktuell gültigen Wahlleistungsvereinbarung.

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.

Art der Unterkunft für stationäre Behandlung	Preis pro Berechnungstag
Unterbringung im 1-Bett-Zimmer Station 3A, 4A	170,00 €
Unterbringung im 1-Bett-Zimmer Station 2C	150,00 €
Unterbringung im 1-Bett-Zimmer Station EJ	140,00 €
Unterbringung im 1-Bett-Zimmer Station 5A	100,00 €
Unterbringung im 2-Bett-Zimmer Station 3A, 4A	89,00 €
Unterbringung im 2-Bett-Zimmer Station 2C	68,00 €
Unterbringung im 2-Bett-Zimmer Station EJ	58,00 €
Unterbringung im 2-Bett-Zimmer Station 5A	40,00 €

Begleitperson

Für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson, welche aus medizinischen Gründen nicht erforderlich ist, werden berechnet:

- Übernachtung inkl. Beköstigung einer Begleitperson pauschal 60,00 € je Übernachtung inkl. MwSt.

Für nicht in Anspruch genommene Beköstigung erfolgt keine Rückerstattung.

Die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson von Kindern bis zur Vollendung des 9. Lebensjahres erfolgt kostenfrei.

Maßgebend ist der Aufnahmetag.

Telefon	kostenfrei
Radio/TV	kostenfrei
WLAN	kostenfrei

Bei selbstzahlenden Patienten und Wahlleistungspatienten bleibt es dem Klinikum Neumarkt vorbehalten, eine angemessene Vorauszahlung einzufordern.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01. Mai 2025 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01. Februar 2025 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Gleichzeitig können Sie auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie die zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen. Alle relevanten Informationen finden Sie auch auf der offiziellen Homepage des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) unter www.g-drg.de.

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.

Neumarkt i.d.OPf., 01.05.2025

Ihr Klinikum Neumarkt