

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

Das Klinikum Wetzlar-Braunfels (Krankenhaus)

der Lahn-Dill-Kliniken GmbH (Krankenhausträger)

berechnet ab dem 01.01.2025 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 4.386,25 € und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Erstellt/ Bearbeitet	Fachliche/ Inhaltliche Prüfung	Fachliche/ Inhaltliche Freigabe	Version: 01
D. Bastian/ Erlösmanagement / 12.02.2025	S. Mitho / Erlösmanagement / 13.02.2025	M. Schulz / Leitung Erlösmanagement / 13.02.2025	
Vertraulichkeit: öffentlich	F_DRG-Entgelttarif_20250101_KWB © Lahn-Dill-Kliniken GmbH		Seite 1 von 14

Beispiel:

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor oder andere Kopfverletzungen und bestimmte Fraktur	0,539	€ 4386,25	€ 2.364,19
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	2,997	€ 4386,25	€ 13.145,59

Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Diagnose(n) am Ende des stationären Aufenthaltes gestellt und welche diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Für das Jahr 2025 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der 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.

Erstellt/ Bearbeitet	Fachliche/ Inhaltliche Prüfung	Fachliche/ Inhaltliche Freigabe	Version: 01
D. Bastian/ Erlösmanagement / 12.02.2025	S. Mitho / Erlösmanagement / 13.02.2025	M. Schulz / Leitung Erlösmanagement / 13.02.2025	
Vertraulichkeit: öffentlich	F_DRG-Entgelttarif_20250101_KWB © Lahn-Dill-Kliniken GmbH		Seite 2 von 14

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 Herniengriffe

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 zuzüglich 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.

Erstellt/ Bearbeitet	Fachliche/ Inhaltliche Prüfung	Fachliche/ Inhaltliche Freigabe	Version: 01
D. Bastian/ Erlösmanagement / 12.02.2025	S. Mitho / Erlösmanagement / 13.02.2025	M. Schulz / Leitung Erlösmanagement / 13.02.2025	
Vertraulichkeit: öffentlich	F_DRG-Entgelttarif_20250101_KWB © Lahn-Dill-Kliniken GmbH		Seite 3 von 14

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.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

LDK Kürzel	Leistungsbezeichnung 2025	Preis 01.01.2025
ZE202501M	alloplastischer Knochenersatz: Metallischer Knochenersatz: Becken, OPS 5-785.4d	9.546,28 €
ZE202509A	Extrakorporale Adsorption niedrig- und mittelmolekularer, hydrophober Substanzen (inkl. Zytokin-Adsorption), OPS 8-821.3*	1.140,75 €
ZE202525H0	Modulare Endoprothesen; OPS 5-829.k0 (Hüfte)	1.484,24 €
ZE202525H	Modulare Endoprothesen; OPS 5-829.k1 (Hüfte)	1.734,30 €
ZE202525K	Modulare Endoprothesen; OPS 5-829.k1 (Knie)	2.224,84 €
ZE202525S	Modulare Endoprothesen; OPS 5-829.k1 (Schulter)	1.624,20 €
ZE202525H2	Modulare Endoprothesen; OPS 5-829.k2 (Hüfte)	2.076,05 €
ZE202525K2	Modulare Endoprothesen; OPS 5-829.k2 (Knie)	2.513,98 €
ZE202525H3	Modulare Endoprothesen; OPS 5-829.k3 (Hüfte)	2.110,32 €
ZE202525H4	Modulare Endoprothesen; OPS 5-829.k4 (Hüfte), OPS	2.383,95 €
ZE202534	Granulozytenkonzentraten, je Konzentrat, OPS 8-802.6*	743,00 €
ZE202554B	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-429.j1	890,10 €
ZE202554H	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-469.k*	807,12 €
ZE202554D62	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-513.n0	765,99 €
ZE202556	Bosentan, oral, je 62,5 mg, OPS 6-002.f*	4,38 €
ZE202562A	Mikroaxial-Blutpumpe, Impella 2.5, Fördermenge bis 2,5l, OPS 8-839.46	11.500,00 €

Erstellt/ Bearbeitet	Fachliche/ Inhaltliche Prüfung	Fachliche/ Inhaltliche Freigabe	Version: 01
D. Bastian/ Erlösmanagement / 12.02.2025	S. Mitho / Erlösmanagement / 13.02.2025	M. Schulz / Leitung Erlösmanagement / 13.02.2025	
Vertraulichkeit: öffentlich	F_DRG-Entgelttarif_20250101_KWB © Lahn-Dill-Kliniken GmbH		Seite 4 von 14

ZE202562B	Mikroaxial-Blutpumpe, Impella CP mit Smart Assist, Fördermenge über 2,5l, OPS 8-839.46	18.525,00 €
ZE202563	Dibotermin alfa, Implantation am Knochen, je mg, OPS 6-003.4*	273,55 €
ZE202567	Stent(graft)-Prothese, OPS 8-840.04	706,85 €
ZE202574	Sunitinib, oral je mg, OPS 6-003.a*	0,21 €
ZE202577	Lenalidomid, oral je mg, OPS 6-003.g*	0,09 €
ZE202584	Ambrisentan, oral, je mg, OPS 6-004.2*	2,40 €
ZE202585	Temsirolimus, parenteral, je mg, OPS 6-004.e*	39,47 €
ZE202591	Dasatinib, oral je mg, OPS 6-004.3*	0,21 €
ZE2025103	Rituximab, subkutan, je 1400 mg, OPS 6-001.j*	2.450,00 €
ZE2025104	Trastuzumab, subkutan, je 600 mg, OPS 6-001.m*	2.065,92 €
ZE2025106	Abatacept, subkutan, je mg, OPS 6-003.t*	2,56 €
E2025110	Tocilizumab, subkutan, je 162 mg, OPS 6-005.n*	395,28 €
ZE2025111	Nab-Paclitaxel, parenteral, je mg, OPS 6-005.d*	2,24 €
ZE2025112	Abirateron, oral, je mg, OPS 6-006.2*	0,12 €
ZE2025113	Cabazitaxel, parenteral je mg, OPS 6-006.1*	4,66 €
ZE2025120	Pemetrexed, parenteral, je mg, OPS 6-001.c*	0,08 €
ZE2025121	Etanercept, parenteral, je mg, OPS 6-002.b*	3,31 €
ZE2025122	Imatinib, oral, je mg, OPS 6-001.g*	0,01 €
ZE2025123	Caspofungin, parenteral, je mg, OPS 6-002.p*	0,50 €
ZE2025124	Voriconazol, oral, je g, OPS 6-002.5*	6,10 €
ZE2025125	Voriconazol, parenteral je g, OPS 6-002.r*	22,48 €
ZE2025140	Brentuximabvedotin, parenteral, je mg, OPS 6-006.b*	64,48 €
ZE2025141	Enzalutamid, oral, je mg, OPS 6-007.6*	0,68 €
ZE2025142	Aflibercept, intravenös, je mg, OPS 6-007.3*	3,57 €
ZE2025143	Eltrombopag, oral, je mg, OPS 6-006.0*	1,78 €
ZE2025144	Obinutuzumab, parenteral, je 1000 mg, OPS 6-007.j*	2.465,79 €
ZE2025145	Ibrutinib, oral, je mg, OPS 6-007.e*	0,47 €
ZE2025146	Ramucirumab, parenteral, je mg, OPS 6-007.m*	4,05 €
ZE2025147	Bortezomib, parenteral, je mg, OPS 6-001.9*	69,06 €
ZE2025148	Adalimumab, parenteral, je mg, OPS 6-001.d*	3,21 €
ZE2025149	Infliximab, parenteral, je mg, OPS 6-001.e*	1,17 €
ZE2025150	Busulfan, parenteral, je mg, OPS 6-002.d*	2,16 €
ZE2025151	Rituximab, intravenös, je mg, OPS 6-001.h*	0,65 €
ZE2025153	Trastuzumab, intravenös, je mg, OPS 6-001.k*	0,91 €
ZE2025154	Anidulafungin, parenteral, je mg, OPS 6-003.k*	0,44 €
ZE2025157	Pixantron, parenteral, je mg, OPS 6-006.e*	15,39 €
ZE2025158	Pertuzumab, parenteral, je mg, OPS 6-007.9*	6,29 €
ZE2025161	Nivolumab, je mg, OPS 6-008.m*	11,68 €
ZE2025162	Carfilzomib, parenteral, je mg, OPS 6-008.9*	16,96 €
ZE2025163	Macitentan, oral, je mg, OPS 6-007.h*	6,14 €
ZE2025164	Riociguat, oral, je mg, OPS 6-008.0*	16,67 €
ZE2025167	Isavuconazol, oral je mg, OPS 6-008.h*	0,61 €
ZE2025169	Liposomaales irinotecan, parenteral je mg, OPS 6-009.e*	21,30 €
ZE2025170	Bevacizumab, parenteral je mg, OPS 6-002.9*	0,85 €
ZE2025171	Clofarabin, parenteral je mg/ml, OPS 6-003.j*	50,58 €
ZE2025172	Posaconazol, oral, Suspension je mg/ml, OPS 6-007.0*	0,12 €
ZE2025173	Posaconazol, oral, Tabletten je mg, OPS 6-007.p*	0,12 €
ZE2025175	Filgrastim, parenteral je Mio IE, OPS 6-002.1*	0,19 €
ZE2025177	Pegfilgrastim, parenteral je mg, OPS 6-002.7*	12,82 €
ZE2025178	Lipegfilgrastim, parenteral je mg, OPS 6-007.7*	23,80 €
ZE2025180	Azacitidin, parenteral je mg, OPS 6-005.0*	0,77 €
ZE2025182	Vedolizumab, parenteral je mg, OPS 6-008.5*	5,39 €
ZE2025183	Elotuzumab, parenteral je 300 mg, OPS 6-009.d*	1.070,57 €
ZE2025189H	Stent-Prothese an der Aorta, mit Öffnung, je Stent, OPS 5-38a.c1	13.500,00 €

Erstellt/ Bearbeitet	Fachliche/ Inhaltliche Prüfung	Fachliche/ Inhaltliche Freigabe	Version: 01
D. Bastian/ Erlösmanagement / 12.02.2025	S. Mitho / Erlösmanagement / 13.02.2025	M. Schulz / Leitung Erlösmanagement / 13.02.2025	
Vertraulichkeit: öffentlich	F_DRG-Entgelttarif_20250101_KWB © Lahn-Dill-Kliniken GmbH		Seite 5 von 14

ZE2025189A	Stent-Prothese an der Aorta, mit Öffnung, je Stent, OPS 5-38a.7b	7.629,10 €
ZE2025194	Ustekinumab, intravenös je mg, OPS 6-005.p*	39,04 €
ZE2025195	Ustekinumab, subkutan je mg, OPS 6-005.q*	39,04 €
ZE2025200	Daratumumab, intravenös je mg, OPS 6-009.q*	4,23 €
ZE2025201	Daratumumab, subkutan je mg, OPS 6-009.r*	3,14 €
ZE2025203	Durvalumab, parenteral je 500 mg, OPS 6-00b.7*	2.048,29 €
ZE2025205	Polatuzumab vedotin, parenteral je mg, OPS 6-00c.c*	73,67 €
ZE2025206	Natalizumab, parenteral je mg, OPS 6-003.f*	1.581,17 €
ZE2025207	Itraconazol, parenteral je 400 mg, OPS 6-002.c*	131,64 €
ZE2025208	Trabectedin, parenteral je 0,25 mg, OPS 6-004.a*	576,99 €
ZE2025209	Plerixafor, parenteral je 2,5 mg, OPS 6-005.e*	680,66 €
ZE2025210	Eculizumab, parenteral je 300 mg, OPS 6-003.h*	3.753,12 €
ZE2025221	Atezolizumab, parenteral je mg, OPS 6-00a.1*	3,11 €
ZE2025222	Ocrelizumab, parenteral je mg, OPS 6-00a.e*	20,03 €

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 krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart:

5.1 Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2025

- a) A90A (Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung)

167,91€ pro Behandlungstag

- b) A90B (Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung)

130,14 € pro Behandlungstag

- c) B61B (Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks):

201,12 € pro Behandlungstag

- d) E76A (Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage):

232,92 € pro Behandlungstag

- e) K01Z (Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen)

235,23 € pro Behandlungstag

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

Erstellt/ Bearbeitet	Fachliche/ Inhaltliche Prüfung	Fachliche/ Inhaltliche Freigabe	Version: 01
D. Bastian/ Erlösmanagement / 12.02.2025	S. Mitho / Erlösmanagement / 13.02.2025	M. Schulz / Leitung Erlösmanagement / 13.02.2025	
Vertraulichkeit: öffentlich	F_DRG-Entgelttarif_20250101_KWB © Lahn-Dill-Kliniken GmbH		Seite 6 von 14

krankenhausindividuellen 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. Zusatzentgelt für Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gemäß der 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 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:

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:

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:

11,50 €.

7. Zu- und Abschläge bzw. Abzüge

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall

in Höhe von **16,54 €**

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall

in Höhe von **184,39 €**

Erstellt/ Bearbeitet	Fachliche/ Inhaltliche Prüfung	Fachliche/ Inhaltliche Freigabe	Version: 01
D. Bastian/ Erlösmanagement / 12.02.2025	S. Mitho / Erlösmanagement / 13.02.2025	M. Schulz / Leitung Erlösmanagement / 13.02.2025	
Vertraulichkeit: öffentlich	F_DRG-Entgelttarif_20250101_KWB © Lahn-Dill-Kliniken GmbH		Seite 7 von 14

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1a Nr. 7 KHG
in Höhe von **60,00 €** pro Tag
- Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG
in Höhe von **28,37 €**
- Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG
in Höhe von **60,00 €**
- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG
in Höhe von **0,45 %**
auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 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.
- Zu- und Abschläge für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG
in Höhe von **0,86 €**
- Zuschlag für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG je abgerechneten vollstationären Fall
in Höhe von **0,20 €**
- Zuschlag für klinische Sektionen nach § 5 Abs. 3b KHEntgG je voll- und teilstationären Fall
in Höhe von **1,20 €**

Erstellt/ Bearbeitet	Fachliche/ Inhaltliche Prüfung	Fachliche/ Inhaltliche Freigabe	Version: 01
D. Bastian/ Erlösmanagement / 12.02.2025	S. Mitho / Erlösmanagement / 13.02.2025	M. Schulz / Leitung Erlösmanagement / 13.02.2025	
Vertraulichkeit: öffentlich	F_DRG-Entgelttarif_20250101_KWB © Lahn-Dill-Kliniken GmbH		Seite 8 von 14

- Zuschlag nach § 5 Abs. 3d KHEntgG für implantatbezogene Maßnahmen nach § 2 Nr. 4 Implantateregistergesetz

in Höhe von **34,14 €**

- Zuschlag nach § 4 Abs. 8a KHEntgG zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf

in Höhe von **0,08 %**

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 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.

- Zuschlag nach § 5 Abs. 3k KHEntgG zur Auszahlung des Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen

in Höhe von **12,022 %**

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG.

- Zuschlag nach § 5a Abs. 1 KHWiSichV i.V.m. § 7 Abs. 1 der Corona-Ausgleichsvereinbarung 2022 oder Abschlag nach § 5a Abs. 1 KHWiSichV i.V.m. § 7 Abs. 2 Corona-Ausgleichsvereinbarung 2022

in Höhe von **3,05 %**

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 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.

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:

Erstellt/ Bearbeitet	Fachliche/ Inhaltliche Prüfung	Fachliche/ Inhaltliche Freigabe	Version: 01
D. Bastian/ Erlösmanagement / 12.02.2025	S. Mitho / Erlösmanagement / 13.02.2025	M. Schulz / Leitung Erlösmanagement / 13.02.2025	
Vertraulichkeit: öffentlich	F_DRG-Entgelttarif_20250101_KWB © Lahn-Dill-Kliniken GmbH		Seite 9 von 14

LDK Kürzel	Leistungsbezeichnung	Preis 01.01.2025
NUB2025-01	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 25 bis unter 50 mm; OPS 8-842.* in Verbindung mit OPS 8-83b.e1	1.562,60 €
NUB2025-02	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 50 bis unter 100 mm; OPS 8-842.* in Verbindung mit OPS 8-83b.e1	1.776,60 €
NUB2025-03	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 100 bis unter 150 mm; OPS 8-842.* in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f1	1.990,60 €
NUB2025-04	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 150 bis unter 200 mm; OPS 8-842.* in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f2	2.434,65 €
NUB2025-04B	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 200 bis unter 250 mm; OPS 8-842.* in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f3	2.947,82 €
NUB2025-05	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 250 mm und mehr; OPS 8-842.* in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f4	3.670,50 €
NUB2025-06	Remdesivir, je mg, 6-00f.p*	4,11 €
NUB2025-07	Tixagevimab-Cilgavimab, je 150 mg / 150 mg, 6-00k.9	2.368,10 €
NUB2025-08	Bezlotoxumab, je mg, 6-00b.1	2,81 €
NUB2025-09	Palbociclib, je mg, 6-009.j	0,89 €
NUB2025-10	Trastuzumab-Deruxtecan, je mg, 6-00f.j	14,34 €
NUB2025-12	Eribulin, je mg, 6-006.5	436,22 €
NUB2025-13	Idelalisib, je mg, 6-007.f	0,48 €
NUB2025-14	Icatibant je 30 mg, 6-005.4	157,08 €
NUB2025-16	Nirmatrelvir / Ritonavir je 150 / 100 mg, 6-00k.0	1.071,00 €
NUB2025-18	Sacituzumab Govitecan je 200 mg	1.162,63 €
NUB2025-19	Enfortumab Vedotin je 20 mg, 6-00f.8	538,75 €
NUB2025-20	Enfortumab Vedotin je 30 mg, 6-00e.d	808,12 €
NUB2025-21	Mosunetuzumab je mg, 6-00j.c	244,02 €
NUB2025-22	Talquetamab je mg, 6-00k.6	171,63 €
NUB2025-23	Epcoritamab je 4 mg, 6-00m.4	670,16 €
NUB2025-26	Trastuzumab-Emtansin, je mg, 6-007.d	18,09 €
NUB2025-27	Everolimus bei Neoplasie, je mg, 6-005.8	1,76 €
NUB2025-28	Pazopanib, oral, je mg, 6-005.a	0,21 €
NUB2025-32	Ruxolitinib, je mg, 6-009.4	3,38 €
NUB2025-33	Pomalidomid, je mg, 6-007.a	104,61 €
NUB2025-36	Cobimetinib, je mg, 6-008.c	4,44 €
NUB2025-37	Alectinib, je mg, 6-00a.0	0,17 €
NUB2025-38	Ixazomib, je mg, 6-00a.9	515,67 €
NUB2025-39	Teduglutid, parenteral, je mg, 6-008.4	145,49 €
NUB2025-40	Elbasvir-Grazoprevir, je 50 mg / 100 mg, 6-009.c	298,52 €
NUB2025-41	Niraparib, je mg, 6-00a.c	0,68 €
NUB2025-44	Axitinib, je mg, 6-006.g	6,93 €
NUB2025-47	Trifluridin-Tipiracil, je 20 mg / 8,19 mg, 6-009.n	49,43 €
NUB2025-49	Siltuximab, je mg, 6-008.1	5,98 €
NUB2025-50	Liposomales Cytarabin-Daunorubicin, je 100 mg / 44 mg, 6-00b.6	6.128,50 €
NUB2025-53	Streptozocin, je mg, 6-00b.h	0,77 €
NUB2025-54	Endovaskuläre Implantation/Reparatur einer Stent-Prothese mittels eines Endo-Staplers, 5-98c.4	3.750,72 €
NUB2025-58	Certolizumab, je mg, 6-005.7	2,26 €
NUB2025-60	Olaparib, je mg, 6-009.0	0,21 €
NUB2025-61	Cabozantinib je mg, 6-008.8	2,63 €

Erstellt/ Bearbeitet	Fachliche/ Inhaltliche Prüfung	Fachliche/ Inhaltliche Freigabe	Version: 01
D. Bastian/ Erlösmanagement / 12.02.2025	S. Mitho / Erlösmanagement / 13.02.2025	M. Schulz / Leitung Erlösmanagement / 13.02.2025	
Vertraulichkeit: öffentlich	F_DRG-Entgelttarif_20250101_KWB © Lahn-Dill-Kliniken GmbH		Seite 10 von 14

NUB2025-63	Lenvatinib je mg, 6-008.j	4,16 €
NUB2025-65	Darolutamid je mg, 6-00d.8	0,11 €

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 **223,35 €**

10. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

in Höhe von **1,73 €**

- Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V bzw. des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von **3,17 €**

11. Telematikzuschlag nach § 377 Abs. 1 SGB V

- Zuschlag 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 (Telematikzuschlag) nach § 377 Abs. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von **1,30 €**

Erstellt/ Bearbeitet	Fachliche/ Inhaltliche Prüfung	Fachliche/ Inhaltliche Freigabe	Version: 01
D. Bastian/ Erlösmanagement / 12.02.2025	S. Mitho / Erlösmanagement / 13.02.2025	M. Schulz / Leitung Erlösmanagement / 13.02.2025	
Vertraulichkeit: öffentlich	F_DRG-Entgelttarif_20250101_KWB © Lahn-Dill-Kliniken GmbH		Seite 11 von 14

12. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 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

Allgemeine Chirurgie	100,72 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13 €
Gefäßchirurgie	134,47 €
Geriatric	72,09 €
Hämatologie	75,67 €
Medizinische Klinik I	147,25 €
Medizinische Klinik II	147,25 €
Medizinische Klinik III	147,25 €
Neurologie	114,02 €
Plastische Chirurgie	95,10 €
Strahlenheilkunde	186,62 €
Unfallchirurgie und Orthopädie	82,32 €
Urologie	103,28 €

b. nachstationäre Behandlung

Allgemeine Chirurgie	17,90 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22,50 €
Gefäßchirurgie	23,01 €
Geriatric	30,68 €
Medizinische Klinik I	53,69 €
Medizinische Klinik II	53,69 €
Medizinische Klinik III	53,69 €
Neurologie	40,90 €
Plastische Chirurgie	18,41 €
Strahlenheilkunde	330,29 €
Unfallchirurgie und Orthopädie	21,47 €
Urologie	41,93 €

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Computer-Tomographie-Geräte (CT)		Pauschale
5369	Höchstwert für die CT-Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374	122,71 €
5370	CT Kopfbereich, ggf. einschl. cranio-cervikaler Übergang	81,81 €
5375	CT der Aorta in ihrer gesamten Länge	81,81 €
5371	CT im Hals- und/oder Thoraxbereich	94,08 €
5372	CT im Abdominalbereich	106,35 €
5373	CT des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare)	77,72 €
5374	CT der Zwischenwirbelräume im Bereich der HWS, BWS und/oder LWS, ggf. einschl. Übergangsregionen	77,72 €

Erstellt/ Bearbeitet	Fachliche/ Inhaltliche Prüfung	Fachliche/ Inhaltliche Freigabe	Version: 01
D. Bastian/ Erlösmanagement / 12.02.2025	S. Mitho / Erlösmanagement / 13.02.2025	M. Schulz / Leitung Erlösmanagement / 13.02.2025	
Vertraulichkeit: öffentlich	F_DRG-Entgelttarif_20250101_KWB © Lahn-Dill-Kliniken GmbH		Seite 12 von 14

5376	Ergänzende CT mit mind. einer zusätzl. Serie (z.B. bei Einsatz von Xenon, der High Resolutions-Technik, bei zusätzl. Kontrastmittelgaben) zusätzlich zu den Leistungen n den Nummern 5370 bis 5375	20,45 €
5377	Zuschlag für CT-Analyse einschl. speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion	32,72 €
5378	CT zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen	40,90 €
5380	Bestimmung des Mineralgehalts (Osteodensitometrie) von repräsentativen Skeletteilen	12,27 €

Magnet-Resonanz-Geräte (MRT)		Pauschale
5700	MR-Tomographie (MRT) im Bereich des Kopfes, ggf. einschl. des Halses	179,97 €
5720	MRT im Bereich des Abdomens und/oder des Beckens	179,97 €
5705	MRT im Bereich der Wirbelsäule	171,79 €
5715	MRT im Bereich des Thorax, ggf. einschl. des Halses, der Thoraxorgane und/oder der Aorta in ihrer ges. Länge	175,88 €
5721	MRT der Mamma(e)	163,61 €
5730	MRT eines oder mehrerer Extremität(en) mit Darstellung von mind. zwei großen Gelenken einer Extremität	163,61 €
5729	MRT eines oder mehrerer Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten	98,17 €
5731	Ergänzende Serie(n) zu den Leist nach den Nummern 5700 bis 5730 (z.B. nach Kontrastmitteleinbringung, Darstellung von Arterien als MR-Angiographie)	40,90 €
5732	Zuschlag zu den Leist nach der Nummern 5700 bis 5730 für Positions- und/oder Spulenwechsel	40,90 €
5733	Zuschlag für CT-gesteuerte Analyse (z.B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion)	32,72 €
	Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730	245,42 €

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.

13. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus **244,21 €**.

Erstellt/ Bearbeitet	Fachliche/ Inhaltliche Prüfung	Fachliche/ Inhaltliche Freigabe	Version: 01
D. Bastian/ Erlösmanagement / 12.02.2025	S. Mitho / Erlösmanagement / 13.02.2025	M. Schulz / Leitung Erlösmanagement / 13.02.2025	
Vertraulichkeit: öffentlich	F_DRG-Entgelttarif_20250101_KWB © Lahn-Dill-Kliniken GmbH		Seite 13 von 14

14. 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.

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. 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.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2025 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif vom 01.05.2024 aufgehoben.

Erstellt/ Bearbeitet	Fachliche/ Inhaltliche Prüfung	Fachliche/ Inhaltliche Freigabe	Version: 01
D. Bastian/ Erlösmanagement / 12.02.2025	S. Mitho / Erlösmanagement / 13.02.2025	M. Schulz / Leitung Erlösmanagement / 13.02.2025	
Vertraulichkeit: öffentlich	F_DRG-Entgelttarif_20250101_KWB © Lahn-Dill-Kliniken GmbH		Seite 14 von 14