

DRG-Entgelttarif 2026 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Das Krankenhaus
Christophorus-Kliniken GmbH
Coesfeld, Dülmen, Nottuln
Südwall 22, 48653 Coesfeld

berechnet ab dem 01.01.2026 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 2026) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2026) 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 4.561,87 € und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor oder andere Kopfverletzungen und bestimmte Fraktur	0,5341	€ 4.600,00	€ 2.488,00
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	3,015	€ 4.600,00	€ 13.869,00

Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Diagnose(n) am Ende des stationären Aufenthaltes gestellt und welche diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Für das Jahr 2026 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2026 (Fallpauschalenvereinbarung 2026 – FPV 2026) 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 2026

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 2026 (FPV 2026).

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.

Die betreffenden Leistungen sind in der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung 2026 aufgeführt, ebenso wie die jeweils anwendbare Hybrid-DRG, welche mit einem festen Eurobetrag vergütet wird.

Beispiel:

Leistungsbereich Bestimmte Hernieneingriffe

OPS-Kode	OPS-Text
5-530.00	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion
5-530.01	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Hydrozelenwandresektion

Hybrid-DRG	Bezeichnung	Fallpauschale der Hybrid-DRG ohne postoperative Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte A) in Euro	Fallpauschale der Hybrid-DRG 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)	2.885,11	2.915,11
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)	2.711,39	2.741,39

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 Zusatzentgeltekatalogen gemäß § 5 FPV 2026

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 2026 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2026 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2026 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 2026 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 2026 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2026 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:

- siehe Anlage I.4 (E3.2)

5. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2026

Für die Vergütung von Leistungen, die noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

- siehe Anlage I.4 (E3.3)

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2026 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 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **300,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2026 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2026 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

6. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 3 KHEntgG

Für folgende Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2a KHEntgG folgende gesonderte Zusatzentgelte vereinbart:

- keine Leistung vereinbart

7. 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 €

8. 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 99,69 €.

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

in Höhe von 219,85 €.

- Zu- und Abschläge für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG

in Höhe von 0,84 € je vollstationärem Fall.

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1a Nr. 7 KHG

in Höhe von 60,00 € pro Tag.

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

in Höhe von 19,87 € je vollstationärem Fall.

- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG

in Höhe von 0,01 %

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

in Höhe von 11,692 %

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

- Zuschlag für Speicherung von Daten und Erstbefüllung auf der elektronischen Patientenakte gemäß § 5 Abs. 3g Satz 1 und 2 KHEntgG je abgerechneten voll- und teilstationären Fall

in Höhe von 0,62 €.

- Zuschlag für Sofort-Transformationskosten nach § 8 Abs. 7 Satz 1 BpflV

in Höhe von 3,25%

des Rechnungsbetrages bei Patientinnen und Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung.

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

in Höhe von 34,24 Euro.

- Abschlag bei fehlender Datenübermittlung an das Implantateregister Deutschland nach § 23a IRegBV pro Implantat

in Höhe von 100,00 Euro.

9. 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:

- siehe Anlage I.4 (E3.2)

10. 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.

rankenhausindividueller Pflegeentgeltwert	310,01 €
---	----------

11. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

in Höhe von 1,59 €

- 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 3,12 €

12. 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 4,85 €

13. 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:

Fachabteilung	vorstationäre Behandlung	nachstationäre Behandlung
Medizinische Klinik 1 und 4	147,25 €	53,69 €
Medizinische Klinik 2	156,97 €	61,36 €
Medizinische Klinik 3	147,25 €	53,69 €
Geriatrie	72,09 €	30,68 €
Chirurgische Klinik 1	100,72 €	17,90 €
Chirurgische Klinik 2	82,32 €	21,47 €
Gynäkologie	119,13 €	22,50 €
Geburtshilfe	119,13 €	28,12 €
Kinderheilkunde u. Jugendmedizin	94,08 €	37,84 €
Neonatalogie	51,64 €	23,01 €
Neurologie	114,02 €	40,90 €

Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| - Computer-Tomographie-Geräte (CT): | gemäß aktueller Preisvereinbarung |
| - Magnet-Resonanz-Geräte (MR): | gemäß aktueller Preisvereinbarung |
| - Linksherzkatheter-Messplätze (LHM): | gemäß aktueller Preisvereinbarung |
| - Hochvolttherapie-Geräte: | gemäß aktueller Preisvereinbarung |

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.

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.
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus 76,00 €.

15. 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.

16. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2026 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2026 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2026 zusammengefasst und abgerechnet.

17. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 12 sind nicht abgegolten:

1. die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses;

2. die Leistungen von Beleghebammen bzw. Entbindungspflegern.

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

18. 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 01.01.2026 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif vom 01.11.2025 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie die zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen.

Insgesamt kann die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Dies gilt insbesondere für Selbstzahler. Prüfen Sie bitte, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung versichert sind.

Coesfeld, den 01.01.2026

Christophorus Kliniken GmbH

Die Geschäftsführung

Ermittlung der Ausgleichsbeträge in Folge der Weitererhebung bisher geltender Entgelte nach § 15 Abs. 3 KHEntgG und Entgeltschlüssel für E3.2-Entgelte (inkl. NUB)
(Aufstellung der Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG)

Entgelt nach § 6 KHEntgG	Bezeichnung	Entgelt nach § 6 (2a)	OPS	Entgeltschlüssel	Entgelthöhe ab 01.04.2025
1	2	3	3a	4	

ZE2024-01	Beckenimplantate: Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Metallischer Knochenersatz: Becken	-	5-785.4d	7600001C	4.010,31
ZE2024-09	Hämoperfusion [Vollblut-Adsorption]: Hämoperfusion [Vollblut-Adsorption]: Selektiv, zur Entfernung hydrophober Substanzen (niedrig- und/oder mittelmolekular)	-	8-821.30	7600009C	650,32
ZE2024-25	Modulare Endoprothesen, Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-) Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz	-	5-829.k*	7600025C	2.471,99
ZE2024-25	Modulare Endoprothesen: Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation von oder (Teil-)Wechsel in ein patientenindividuell hergestelltes Implantat bei knöcherner Defektsituation oder angeborener oder erworbener Deformität	-	5-829.m	7600025B	3.570,56
ZE2024-36	Versorgung von Schwerstbehinderten: Zusatzentgelt für Krankenhäuser, bei denen insbesondere wegen einer räumlichen Nähe zu entsprechenden Einrichtungen oder einer Spezialisierung eine Häufung von schwerstbehinderten Patienten auftritt. Vergütung des mit den DRG-Fallpauschalen nicht abgedeckten, wesentlichen zusätzlichen Aufwands, insbesondere im Pflegedienst	-	0	76000360	528,50
ZE2024-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	-	alle	76090540	890,46
ZE2024-62B	Mikroaxial-Blutpumpe: Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Implantation oder Entfernung einer transvasal platzierten axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung: Implantation einer linksventrikulären axialen Pumpe	-	8-839.46	76098139	19.635,00
ZE2024-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren: Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter aktivierter Faktor VII, NovoSeven je 50 KIE	-	8-810.6*	7609097A	885,47
ZE2024-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren: Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor VII, Immuseven VII je 600 IE	-	8-810.7*	7609097B	630,89
ZE2024-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren: Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor VIII, Faktor VIII SDH Intersero je 250 IE	-	8-810.9*	76096833	183,33
ZE2024-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren: Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Faktor XIII, Fibrogammin P je 250 IE	-	8-810.e*	7609097I	150,74
ZE2024-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren: Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat, Haemocomplettan je 1 g	-	8-810.j*	7609097J	407,42
ZE2024-111	Gabe von Paclitaxel, als an Albumin gebundene Nanopartikel, parenteral: Applikation von Medikamenten, Liste 5: Paclitaxel, als an Albumin gebundene Nanopartikel, parenteral je mg	-	6-005.d*	76097399	2,07
ZE2024-120	Gabe von Pemetrexed, parenteral: Applikation von Medikamenten, Liste 1: Pemetrexed, parenteral je mg	-	6-001.c*	76097554	0,13
ZE2024-123	Gabe von Caspofungin, parenteral: Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral je mg	-	6-002.p*	76097482	0,50
ZE2024-124	Gabe von Voriconazol, oral: Applikation von Medikamenten, Liste 2: Voriconazol, oral je mg	-	6-002.5*	76097484	0,01
ZE2024-125	Gabe von Voriconazol, parenteral: Applikation von Medikamenten, Liste 2: Voriconazol, parenteral je mg	-	6-002.r*	76097556	0,03

Ermittlung der Ausgleichsbeträge in Folge der Weitererhebung bisher geltender Entgelte nach § 15 Abs. 3 KHEntgG und Entgeltschlüssel für E3.2-Entgelte (inkl. NUB)
(Aufstellung der Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG)

Entgelt nach § 6 KHEntgG	Bezeichnung	Entgelt nach § 6 (2a)	OPS	Entgeltschlüssel	Entgelthöhe ab 01.04.2025
1	2	3	3a	4	
ZE2024-133	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst: Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst: Bis unter 2 Stunden	-	8-98h.00	76090DUT	104,00
ZE2024-133	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst: Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst: 2 bis unter 4 Stunden	-	8-98h.01	76090DUU	207,00
ZE2024-133	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst: Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst: 4 bis unter 6 Stunden	-	8-98h.02	76090DUV	344,00
ZE2024-133	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst: Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst: 6 bis unter 9 Stunden	-	8-98h.03	76090DUW	516,00
ZE2024-133	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst: Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst: 9 bis unter 12 Stunden	-	8-98h.04	76090DUX	723,00
ZE2024-141	Gabe von Enzalutamid, oral: Applikation von Medikamenten, Liste 7: Enzalutamid, oral je mg	-	6-007.6*	76097859	0,66
ZE2024-146	Gabe von Ramucirumab, parenteral: Applikation von Medikamenten, Liste 7: Ramucirumab, parenteral je mg	-	6-007.m*	76097821	4,05
ZE2024-147	Gabe von Bortezomib, parenteral: Applikation von Medikamenten, Liste 1: Bortezomib, parenteral je mg	-	6-001.9*	76097707	8,50
ZE2024-149	Gabe von Infliximab, parenteral: Applikation von Medikamenten, Liste 1: Infliximab, parenteral je mg	-	6-001.e*	76097702	0,89
ZE2024-151	Gabe von Rituximab, intravenös: Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös je mg	-	6-001.h*	76097674	0,95
ZE2024-152	Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik: Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit: Ohne weitere Maßnahmen	-	1-945.0	76090E9P	866,08
ZE2024-152	Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik: Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit: Mit Durchführung von mindestens einer spezifisch protokollierten Fallkonferenz	-	1-945.1	76090E9Q	1.088,34
ZE2024-153	Gabe von Trastuzumab, intravenös: Applikation von Medikamenten, Liste 1: Trastuzumab, intravenös je mg	-	6-001.k*	76098062	0,90
ZE2024-162	Gabe von Carfilzomib, parenteral: Applikation von Medikamenten, Liste 8: Carfilzomib, parenteral je mg	-	6-008.9*	76098080	17,48
ZE2024-170	Gabe von Bevacizumab, parenteral: Applikation von Medikamenten, Liste 2: Bevacizumab, parenteral je mg	-	6-002.9*	76098120	0,79
ZE2024-173	Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten: Applikation von Medikamenten, Liste 7: Posaconazol, oral, Tabletten je mg	-	6-007.p*	76098174	0,03
ZE2024-176	Gabe von Lenograstim, parenteral: Applikation von Medikamenten, Liste 2: Lenograstim, parenteral je 1 Mio. IE	-	6-002.2*	76098220	0,32
ZE2024-177	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral: Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral je mg	-	6-002.7*	76098177	12,87

Ermittlung der Ausgleichsbeträge in Folge der Weitererhebung bisher geltender Entgelte nach § 15 Abs. 3 KHEntgG
und Entgeltschlüssel für E3.2-Entgelte (inkl. NUB)
(Aufstellung der Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG)

Entgelt nach § 6 KHEntgG	Bezeichnung	Entgelt nach § 6 (2a)	OPS	Entgeltschlüssel	Entgelthöhe ab 01.04.2025
1	2	3	3a	4	
ZE2024-180	Gabe von Azacytidin, parenteral: Applikation von Medikamenten, Liste 5: Azacytidin, parenteral je mg	-	6-005.0*	76098287	0,38
ZE2024-182	Gabe von Vedolizumab, parenteral: Applikation von Medikamenten, Liste 8: Vedolizumab, parenteral je mg	-	6-008.5*	76091820	7,76
ZE2024-200	Gabe von Daratumumab, intravenös: Applikation von Medikamenten, Liste 9: Daratumumab, intravenös je mg	-	6-009.q*	76098411	4,30
ZE2024-203	Gabe von Durvalumab, parenteral: Applikation von Medikamenten, Liste 11: Durvalumab, parenteral je mg	-	6-00b.7*	76098408	4,10
ZE2024-211	Gabe von Tocilizumab, intravenös: Applikation von Medikamenten, Liste 5: Tocilizumab, intravenös je mg	-	6-005.m*	76098517	2,02
NUB	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße	-	8-83b.f1	76199158	2.400,00
NUB	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße	-	8-83b.f2	76199159	2.650,00

Für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind alle Fußnoten der vom InEK veröffentlichten Informationen nach § 6 Abs. 2 KHEntgG für 2024 zu beachten.

Christophorus Kliniken
Südwall 22 48653 Coesfeld

Ermittlung der Ausgleichsbeträge in Folge der Weitererhebung bisher geltender Entgelte nach § 15 Abs. 3 KHEntgG
und Entgeltschlüssel für E3.3-Entgelte
(Aufstellung der tagesbezogenen Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG)

Entgeltschlüssel	Entgelt nach § 6 Abs. 1 KHEntgG	Bezeichnung	Entgelthöhe je Tag ab 01.04.2025
1	2	3	
8500740Z	740Z_7	Bestimmte radiologische Diagnostik in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär	530,00
8500741Z	741Z_7	Bestimmte endoskopische Diagnostik in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär	469,39
8500A90A	A90A_7	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung	218,00
8500A90B	A90B_7	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung	176,03
8500B61B	B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	236,72
8500E76A	E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	246,24
8500K01Z	K01Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Frührehabilitation oder geriatrischer frührehabitativer Komplexbehandlung	280,60
8500U41Z	U41Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen	458,60

Christophorus Kliniken
Südwall 22 48653 Coesfeld

Ermittlung der Ausgleichsbeträge in Folge der Weitererhebung bisher geltender Entgelte nach § 15 Abs. 3 KHEntgG
und Entgeltschlüssel für E3.3-Entgelte
(Aufstellung der tagesbezogenen Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG)

Entgeltschlüssel	Entgelt nach § 6 Abs. 1 KHEntgG	Bezeichnung	Entgelthöhe je Tag ab 01.04.2025
1	2	3	