

**DRG-Entgelttarif (gemäß Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG))  
 und PEPP-Entgelttarif (gemäß Bundespflegesatzverordnung (BpflV))**

Stuttgart, 12.09.2025

**Im Klinikum Stuttgart werden ab dem 12. September 2025 folgende Entgelte berechnet:**

**1. Fallpauschalen (DRGs) gemäß 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 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 **4.517,37€** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel: (Basisfallwert hypothetisch)

DRG	DRG-Definition	Bewertungsrelation	x	Basisfallwert	= Erlös
<b>B79Z</b>	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	<b>0,539</b>	<b>X</b>	<b>4.000,00 €</b>	<b>= 2.156,00 €</b>
DRG	DRG-Definition	Bewertungsrelation	x	Basisfallwert	= Erlös
<b>I04Z</b>	Implantation, Wechsel o. Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk m. komplizierender Diagnose o. Arthrodesese ...	<b>2,997</b>	<b>X</b>	<b>4.000,00 €</b>	<b>= 11.988,00 €</b>

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.

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	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.

#### 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 zur FPV 2025 genannten Zusatzentgelte **krankenhausindividuelle Zusatzentgelte** nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden.

Können für die Leistungen nach Anlage 4 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 Klinikum Stuttgart berechnet Zusatzentgelte der beigefügten Anlagen:

- „Klinikum Stuttgart, Zusatzentgelte - Vereinbarung 2025“
- „Klinikum Stuttgart, Bluterentgelte - Vereinbarung 2025“

#### 5. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2025

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

##### Entgelte Tageskliniken:

Katharinenhospital: Hämatologie und internistische Onkologie **534,31 € je Belegungstag**

*zuzüglich eines Pflegeentgeltwertes*

Neurologische Klinik

**649,81 € je Belegungstag**

*zuzüglich eines Pflegeentgeltwertes*

Olgahospital/Frauenklinik: Onkologie

**831,59 € je Belegungstag**

Bad Cannstatt: Dermatologie und Phlebologie

**218,24 € je Belegungstag**

*zuzüglich eines Pflegeentgeltwertes*

**Besondere Einrichtung:** Palliativstation D6, Katharinenhospital

**398,79 € je Belegungstag**

*zuzüglich eines Pflegeentgeltwertes*

§6,2a\_ZE2 Implantation TSF-Ringfixateure, je Fixateur

**12.099,43 €**

<b>5. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2025</b>		- Fortsetzung-
<b>D23Z</b>	Implantation eines aktiven mechanischen Hörimplantates, <i>zuzüglich eines Pflegeentgeltwertes</i>	<b>15.498,80 € / Fall/ Normlie</b>
<b>D01A</b>	Kochleaimplantation, bilateral / BR 14,049 , <i>zuzüglich eines Pflegeentgeltwertes</i>	<b>58.768,66 € / Fall/Normlie</b>
<b>B61B</b>	Akute Erkrank. u. Verletz. d. Rückenmarks o. kompl. Eingriffe, <i>zuzüglich eines Pflegeentgeltwerte</i>	<b>684,18 € / Belegungstag</b>
<b>B76A</b>	Anfälle, > 1 Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie, <i>zuzüglich eines Pflegeentgeltwerte</i>	<b>632,45 € / Belegungstag</b>
<b>E76A</b>	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage, <i>zuzüglich eines Pflegeentgeltwerte</i>	<b>343,54 € / Belegungstag</b>
<b>K01Z</b>	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Frührehabilitation o. geriatrischer Frührehabilitativ Komplexbehandlung, <i>zuzüglich eines Pflegeentgeltwerte</i>	<b>343,22 € / Belegungstag</b>
<b>U41Z</b>	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrischpsychosomatische Therapie bei psychiatrischen Krankheiten und Störungen, <i>zuzüglich eines Pflegeentgeltwerte</i>	<b>313,45 € / Belegungstag</b>
<b>U42A</b>	Multimodale Schmerztherapie bei psychische Krankheiten und Störungen, Alter < 19 Jahre, <i>zuzüglich eines Pflegeentgeltwerte</i>	<b>407,60 € / Belegungstag</b>
<b>Y01Z</b>	Opera. Eingriffe o. Beatmung > 95 Stunden b. schweren Verbrennungen/ <i>zuzüglich eines Pflegeentgeltwerte</i>	<b>1139,55 € / Belegungstag</b>
<b>Y61Z</b>	Schwere Verbrennungen, <i>zuzüglich eines Pflegeentgeltwerte</i>	<b>1139,55 € / Belegungstag</b>
<b>740Z</b>	Bestimmte radiologische Diagnostik in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär, <i>zuzüglich eines Pflegeentgeltwerte</i>	<b>712,41 € / Belegungstag</b>
<b>748Z</b>	Bestimmte Behandlung ohne Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär, <i>zuzüglich eines Pflegeentgeltwerte</i>	<b>328,27 € / Belegungstag</b>

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.

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 KHEntG 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 01.07.2022: **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 €**
- PCR-Testungen mittels Pooling-Verfahren
  - Für Testungen im Pool mit insgesamt mehr als vier Proben und höchstens 10 Proben: **14,00 €**
  - Für Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 10 Proben und höchstens 20 Proben: **13,00 €**
  - Für Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 20 Proben und höchstens 30 Proben: **12,00 €**

## 7. Zu- und Abschläge gemäß KHEntgG

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a je voll- und teilstationärem Fall: **291,98 €**
- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1a Nr. 7 KHG (ohne besondere med. Begründung bis zum vollendeten 9. Lebensjahr), pro Tag, in Höhe von **60,00 €**
- Zuschlag wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG je vollstationärem Fall in Höhe von **14,93 €**
- Zuschlag für Zentren/Schwerpunkte nach § 5 Abs. 3 KHEntgG<sup>1</sup> in Höhe von **0,26 %**
- Hygienezuschlag **0,38 %**
- Zu- und Abschläge für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG **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 vollstationärem Fall **0,20 €**
- Zuschlag nach § 4a Abs. 4 KHEntgG zur Auszahlung des Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Höhe von **12,02 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr.1 KHEntgG
- Zuschlag Förderung geburtshilfliche Versorgung nach §5 Abs. 2b, 2c KHEntgG **9,11 €**
- Zuschlag teilstationär Förderung geburtshilfliche Versorgung nach §5 Abs. 2b, 2c KHEntgG **9,11 €**
- Zuschlag Erlösausgleiche **3,56 %**

## 8. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 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 gem. § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab. => siehe beigefügte Anlage - „*Klinikum Stuttgart, NUB-Vereinbarung 2025*“

## 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 krankenhaushausindividuellen 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 seit 01.08.25 gültige **Pflegeentgeltwert** liegt bei **430 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen.

Beispiel: (fiktiver Pflegeentgeltwert)

DRG	<b>DRG-Definition</b>	(Bewertungsrelation/Tag x Pflegeentgeltwert) x Belegungstage = Pflegeerlös
<b>B79Z</b>	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	<b>(1,3849 X 328 €) X 4 Tage = 1.816,98 €</b>
DRG	<b>DRG-Definition</b>	(Bewertungsrelation/Tag x Pflegeentgeltwert) x Belegungstage = Pflegeerlös
<b>I04Z</b>	Implantation, Wechsel o. Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk m. kompl. Diag.	<b>(0,8271 X 328 €) X 16 Tage = 4.340,62 €</b>

## 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

- nach DRG abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **10,48 €**
- nach PEPP abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **11,27 €**

## 12. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gem. § 115 a 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:

<b>Fachabteilung</b>	<b>vorstat. fallbezogene Pauschale</b>	<b>nachstat. tagesbezogene Pauschale</b>
• Allgemeine Chirurgie	100,72 €	17,90 €
• Allgemeine Psychiatrie	125,78 €	37,84 €
• Augenheilkunde	68,51 €	38,86 €
• Dermatologie	75,67 €	23,01 €
• Endokrinologie	310,87 €	44,48 €
• Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13 €	22,50 €
• Gastroenterologie	164,64 €	63,91 €
• Geburtshilfe	119,13 €	28,12 €
• Gefäßchirurgie	134,47 €	23,01 €
• Geriatrie	72,09 €	30,68 €
• Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	78,74 €	37,84 €
• Hämatologie und int. Onkologie	75,67 €	46,02 €
• Herzchirurgie	126,29 €	23,01 €
• Innere Medizin	147,25 €	53,69 €
• Intensivmedizin	104,30 €	36,81 €
• Kardiologie	156,97 €	61,36 €
• Kinderchirurgie	61,36 €	24,54 €
• Kinderkardiologie	111,46 €	27,10 €
• Kinder- und Jugendpsychiatrie	50,11 €	20,45 €
• Pneumologie	219,34 €	66,47 €
• Rheumatologie	128,85 €	54,20 €
• Pädiatrie	94,08 €	37,87 €
• Plastische Chirurgie	95,10 €	18,41 €
• Thoraxchirurgie	121,18 €	45,50 €
• Lungen- und Bronchialheilkunde	111,46 €	48,06 €
• Neonatologie	51,64 €	23,01 €
• Nephrologie	140,61 €	67,49 €
• Neurochirurgie	48,57 €	21,99 €
• Neurologie	114,02 €	40,90 €
• Nuklearmedizin	162,08 €	123,22 €
• Orthopädie	133,96 €	20,96 €
• Psychosomatik/Psychotherapie	99,19 €	47,55 €
• Strahlenheilkunde	186,62 €	330,29 €
• Unfallchirurgie	82,32 €	21,47 €
• Urologie	103,28 €	41,93 €
• Zahn- und Kieferheilkunde	64,42 €	23,52 €
• Sonstige Fachabteilung	91,52 €	24,54 €

### Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Computergesteuerte Tomographie - Kopfbereich, ggf. einschl. d. kranio-zervikalen Übergangs	81,81 €
Computergesteuerte Tomographie - Hals- und Thoraxbereich	94,08 €
Computergesteuerte Tomographie - Abdominalbereich	106,35 €
Computergesteuerte Tomographie des Skeletts	77,72 €
Computergesteuerte Tomographie - Zwischenwirbelräume der HWS, BWS, LWS	77,72 €
Ergänzende computergesteuerte Tomographie mit min. einer zusätzlichen Serie	20,45 €
Zuschlag für computergesteuerte Analyse- einschl. 3D-Rekonstruktion	32,72 €
Computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlung oder interventionellen Maßnahmen	40,90 €
Bestimmung d. Mineralgehalts mit quantitativer CT oder quantitativer digitaler Röntgentechnik	12,27 €
Positronen-Emissions-Tomographie (PET) - ggf. in mehreren Ebenen	245,42 €
Positronen-Emissions-Tomographie (PET) mit quantifizierender Auswertung	306,78 €
Magnetresonanztomographie (MRT) im Bereich des Kopfes - ggf. einschl. des Halses	179,97 €

MRT im Bereich der Wirbelsäule, in zwei Projektionen	171,79 €
MRT im Bereich des Thorax - ggf. einschließlich des Halses, Thoraxorgane, Aorta	175,88 €
MRT im Bereich des Abdomens und/oder des Beckens	179,97 €
MRT der Mamma(e)	163,61 €
MRT eines od. mehrerer Gelenke od. Abschnitte von Extremitäten	98,17 €
MRT einer od. mehrerer Extremitäten mit min. zwei großen Gelenken	163,61 €
Ergänzende Serien zu den Nr. 5700 bis 5730	40,90 €
Zuschlag. zu den Nr. 5700 bis 5730 für Positionswechsel od. Spulenwechsel	40,90 €
Zuschlag. für computergesteuerte Analyse	32,72 €
Höchstwert für die Leistungen nach den Nr. 5700 - 5730	245,42 €
Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nr. 5831 bis 5837	61,36 €
Zuschlag. zu der Nr. 5831 bei Anwendung eines Simulators u. Anfertigung e. Körperschnittszeichnung	20,45 €
Zuschlag. zu der Nr. 5831 bei individueller Berechnung d. Dosisverteilung, je Bestrahlungsserie	81,81 €
Bestrahlung mittels Telekobaltgerät mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern	29,65 €
Zuschlag. zu d. Nr. 5734 b. Bestrahlung mit Großfeld, mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern	5,11 €
Bestrahlung mittels Beschleuniger mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern	40,90 €
Zuschlag. zu d. Nr. 5736 b. Bestrahlung mit Großfeld, mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern	5,11 €

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/Ausstellung einer Todesbescheinigung** rechnet das Krankenhaus die **GOÄ-Ziffer 101 unter Berücksichtigung der Dauer der Leichenschau gemäß dem jeweils gültigen GOÄ-Katalog** ab. Zusätzlich entstehen unter Umständen Kosten für die Liegezeit von Verstorbenen in den Kühlboxen der Pathologie. Diese belaufen sich auf 59,50 € (inkl. MwSt)/ Nacht bzw. 29,75 € (inkl. MwSt)/ Nacht an Wochenenden und an Feiertagen) und ab dem 6. Tag auf 83,30 € (inkl. MwSt)/Nacht.

### 14. 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.

## 15. PEPP-Entgelttarif 2025 - Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Abs. 5 BPfIV

Die Entgelte für die allgemeinen vollstationären, stationsäquivalenten und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie der BPfIV in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über mit Bewertungsrelationen bewertete pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) anhand des PEPP-Entgeltkataloges abgerechnet.

### 15.1. Pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) gemäß § 7 S. 1 Nr. 1 BPfIV i.V.m. § 1 Absatz 1 PEPPV 2025

Jedem PEPP ist mindestens eine tagesbezogene Bewertungsrelation hinterlegt, deren Höhe sich aus den unterschiedlichen Vergütungsklassen des PEPP-Entgeltkataloges ergibt. Die Bewertungsrelationen können im Rahmen der Systempflege jährlich variieren. Die für die Berechnung des PEPP jeweils maßgebliche Vergütungsklasse ergibt sich aus der jeweiligen Verweildauer des Patienten im Krankenhaus. Der Bewertungsrelation ist ein in Euro ausgedrückter Basisentgeltwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet. Der derzeit gültige Basisentgeltwert liegt bei 351,01 € und unterliegt ebenfalls jährlichen Veränderungen.

Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 1a oder Anlage 2a bzw. Anlage 5 der PEPPV 2025 jeweils mit dem Basisentgeltwert multipliziert und das Ergebnis kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet wird. Für die Rechnungsstellung wird die Anzahl der Berechnungstage je Entgelt addiert und mit dem ermittelten Entgeltbetrag multipliziert. Berechnungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts inklusive des Verlegungs- oder Entlassungstages aus dem Krankenhaus; wird ein Patient am gleichen Tag aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahmetag und zählt als ein Berechnungstag.

Anlage 1a		PEPP-Version 2025	
PEPP-Entgeltkatalog			
Bewertungsrelationen bei vollstationärer Versorgung			
PEPP	Bezeichnung	Anzahl Berechnungstage / Vergütungsklasse	Bewertungsrelation je Tag
1	2	3	4
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität	1	1,4433
		2	1,3119
		3	1,2954
		4	1,2798
		5	1,2642
		6	1,2485
		7	1,2329
		8	1,2173
		9	1,2017
		10	1,1860
		11	1,1704
		12	1,1548
		13	1,1392
		14	1,1235
		15	1,1079
		16	1,0923
		17	1,0767
		18	1,0610

Anhand des nachfolgenden Beispiels bemisst sich die konkrete Entgelthöhe für die **PEPP PA04A** bei einem **Basisentgeltwert von 351,01 €** und einer **Verweildauer von 12 Berechnungstagen** wie folgt:

PEPP	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Basisentgeltwert	Entgelt
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität	1,1548	351,01 €	12 x 405,35 <b>= 4.864,20 €</b>

Bei einer **Verweildauer von z.B. 29 Berechnungstagen** ist die tatsächliche Verweildauer länger als die letzte im Katalog ausgewiesene Vergütungsklasse. Damit ist für die Abrechnung die Bewertungsrelation der letzten Vergütungsklasse heranzuziehen. Dies würde zu folgendem Entgelt führen:

PEPP	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Basisentgeltwert	Entgelt
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität	1,0610	351,01 €	29 x 372,42 <b>=10.800,18 €</b>

Welche PEPP bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es insbesondere 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 mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte durch die Anlagen 1a und 2a bzw. die Anlage 5 der PEPP-Vereinbarung 2025 (PEPPV 2025) vorgegeben.

## 15.2. Ergänzende Tagesentgelte gem. § 6 PEPPV 2025

Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a PEPPV 2025 oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BpflV können bundeseinheitliche ergänzende Tagesentgelte nach der Anlage 5 PEPPV 2025 abgerechnet werden.

Die ergänzenden Tagesentgelte sind, wie die PEPP, mit Bewertungsrelationen hinterlegt:

Anlage 5			PEPP-Version 2025			
<b>PEPP-Entgeltkatalog</b>						
<b>Katalog ergänzender Tagesentgelte</b>						
ET	Bezeichnung	ET <sub>0</sub>	OPS Version 2025		Bewertungs- s- relation / Tag	
			OPS-Kode	OPS-Text		
1	2	3	4	5	6	
ET01	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen		9-640.0	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung		
			ET01.04	9-640.06	Mehr als 6 bis zu 12 Stunden pro Tag	1,1894
			ET01.05	9-640.07	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	2,0314
			ET01.06	9-640.08	Mehr als 18 Stunden pro Tag	2,9088
ET02 <sup>11</sup>	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit mindestens 3 Merkmalen		ET02.03	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	0,1969
			ET02.04	9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	0,2148
			ET02.05	9-61b	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen	0,2377
ET04	Intensive Betreuung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen		9-693.0	Intensive Betreuung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen		
			ET04.01	9-693.03	Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	0,5918
			ET04.02	9-693.04	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	0,7200
			ET04.03	9-693.05	Mehr als 18 Stunden pro Tag	1,2873
ET05	Einzelbetreuung bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen		9-693.1	Einzelbetreuung bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen		
			ET05.01	9-693.13	Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	1,1613
			ET05.02	9-693.14	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	1,6965
			ET05.03	9-693.15	Mehr als 18 Stunden pro Tag	2,9226

**Fußnote:**

<sup>11</sup> Abrechenbar ist jeder Tag mit Gültigkeit eines OPS-Kodes gemäß Spalte 4, an dem der Patient stationär behandelt wird. Vollständige Tage der Abwesenheit während der Gültigkeitsdauer eines OPS-Kodes gemäß Spalte 4 sind nicht abrechenbar.

Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 5 der PEPPV 2025 jeweils mit dem Basisentgeltwert multipliziert und das Ergebnis kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet wird. Für die Rechnungsstellung wird die Anzahl der Berechnungstage je Entgelt addiert und mit dem ermittelten Entgeltbetrag multipliziert

## 15.3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 PEPPV 2025

Gemäß § 17d Abs. 2 KHG können, soweit dies zur Ergänzung der Entgelte in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, die Vertragsparteien auf Bundesebene Zusatzentgelte und deren Höhe vereinbaren. Für das Jahr 2025 werden die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte nach § 5 Abs. 1 PEPPV 2025 in Verbindung mit der Anlage 3 PEPPV 2025 vorgegeben. Daneben können nach § 5 Abs. 2 PEPPV 2025 für die in Anlage 4 PEPPV 2025 benannten, mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog nicht bewerteten Leistungen krankenhausespezifische Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 BpflV vereinbart werden. Zusatzentgelte können zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a und 6a oder den Entgelten nach den Anlagen 1b, 2b und 6b PEPPV 2025 oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BpflV abgerechnet werden. Können für die Leistungen nach Anlage 4 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2025 noch keine krankenhausespezifischen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600 Euro abzurechnen. Wurden für Leistungen nach Anlage 4 im Jahr 2025 keine Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für jedes Zusatzentgelt 600 Euro abzurechnen.

**15.4.1. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 8 PEPPV 2025 STÄB EWP**

Für Leistungen, die mit den bewerteten Entgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können, haben die Vertragsparteien grundsätzlich die Möglichkeit sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 BPflV zu vereinbaren. Die krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte ergeben sich für den Vereinbarungszeitraum 2025 aus den Anlagen 1b und 2b PEPPV 2025.

Können für die Leistungen nach **Anlage 1b** PEPPV 2025 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2025 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden vollstationären Berechnungstag **250 Euro** abzurechnen.

Können für die Leistungen nach **Anlage 2b** PEPPV 2025 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2025 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden teilstationären Berechnungstag **190 Euro** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 6b** auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2025 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag **200 Euro** abzurechnen.

Wurden für Leistungen nach den **Anlagen 1b und 2b** PEPPV 2025 im Jahr 2025 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für jeden vollstationären Berechnungstag **250 Euro** und für jeden teilstationären Berechnungstag **190 Euro** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende sonstige Entgelte:

Leistungsbezeichnung	9-701.0 (Arzt)	Entgelthöhe
p25QA80Z00	9-701.00	37,50 €
p25QA80Z01	9-701.01	75,00 €
p25QA80Z02	9-701.02	112,50 €
p25QA80Z03	9-701.03	150,00 €
p25QA80Z04	9-701.04	206,25 €
p25QA80Z05	9-701.05	281,25 €
p25QA80Z06	9-701.06	368,75 €
p25QA80Z07 EKS QKS	Fahrkostenpauschale	56,25 €
	<b>9-701.3 (Pflegefachpersonal)</b>	Entgelthöhe
p25QA80Z30	9-701.30	24,90 €
p25QA80Z31	9-701.31	49,80 €
p25QA80Z32	9-701.32	74,70 €
p25QA80Z33	9-701.33	99,60 €
p25QA80Z34	9-701.34	136,95 €
p25QA80Z35	9-701.35	186,75 €
p25QA80Z36	9-701.36	244,85 €
p25QA80Z37	Fahrkostenpauschale	37,35 €
	<b>9-701.1 (Psychologe)</b>	Entgelthöhe
p25QA80Z10	9-701.10	26,10 €
p25QA80Z11	9-701.11	52,20 €
p25QA80Z12	9-701.12	78,30 €
p25QA80Z13	9-701.13	104,40 €
p25QA80Z14	9-701.14	143,55 €
p25QA80Z15	9-701.15	195,75 €
p25QA80Z16	9-701.16	256,65 €
p25QA80Z17	Fahrkostenpauschale	39,15 €
	<b>9-701.2 (Spezialtherapeut und Sozialdienst)</b>	Entgelthöhe
p25QA80Z20	9-701.20	23,70 €
p25QA80Z21	9-701.21	47,40 €
p25QA80Z22	9-701.22	71,10 €
p25QA80Z23	9-701.23	94,80 €
p25QA80Z24	9-701.24	130,35 €
p25QA80Z25	9-701.25	177,75 €

**15.4.1. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 8 PEPPV 2025 STÄB EWP**

- Fortsetzung-

p25QA80Z26	9-701.26	233,05 €
p25QA80Z27	Fahrkostenpauschale	35,55 €
	<b>Berufsgruppe</b>	Ausfallquote
	Arzt	0,17 €
	Pflegepersonal	0,19 €
	Psychologe	0,16 €
	Spez.th + Soz.d.	0,16 €
Sachkosten- / Strukturpauschale (Basiskosten je Tag)		Entgelthöhe
p25QA80ZSK		143,67 €

**15.4.2. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 8 PEPPV 2025**
**STÄB KJP**

Leistung	Leistungsbezeichnung	9-801.0 (Arzt)	Entgelthöhe
p25QK80Z00	StäB KJP Therapiezeiten Arzt bis 30 Min./Tag	9-801.00	37,80 €
p25QK80Z01	StäB KJP Therapiezeiten Arzt >30 bis 60 Min./Tag	9-801.01	75,60 €
p25QK80Z02	StäB KJP Therapiezeiten Arzt >60 bis 90 Min./Tag	9-801.02	113,40 €
p25QK80Z03	StäB KJP Therapiezeiten Arzt >90 bis 120 Min./Tag	9-801.03	151,20 €
p25QK80Z04	StäB KJP Therapiezeiten Arzt >120 bis 180 Min./Tag	9-801.04	207,90 €
p25QK80Z05	StäB KJP Therapiezeiten Arzt >180 bis 240 Min./Tag	9-801.05	283,50 €
p25QK80Z06	StäB KJP Therapiezeiten Arzt >240 Min./Tag	9-801.06	371,70 €
p25QK80Z07	StäB KJP Fahrkostenpauschale Arzt Kontaktbezogen	Fahrkostenpauschale	56,70 €
		<b>9-801.3 (Pflegefachpersonal)</b>	Entgelthöhe
p25QK80Z30	StäB KJP Therapiezeiten Pflegefachperson bis 30 Min./Tag	9-801.30	25,20 €
p25QK80Z31	StäB KJP Therapiezeiten Pflegefachperson >30 bis 60 Min./Tag	9-801.31	50,40 €
p25QK80Z32	StäB KJP Therapiezeiten Pflegefachperson >60 bis 90 Min./Tag	9-801.32	75,60 €
p25QK80Z33	StäB KJP Therapiezeiten Pflegefachperson >90 bis 120 Min./Tag	9-801.33	100,80 €
p25QK80Z34	StäB KJP Therapiezeiten Pflegefachperson >120 bis 180 Min./Tag	9-801.34	138,60 €
p25QK80Z35	StäB KJP Therapiezeiten Pflegefachperson >180 bis 240 Min./Tag	9-801.35	189,00 €
p25QK80Z36	StäB KJP Therapiezeiten Pflegefachperson >240 Min./Tag	9-801.36	247,80 €

p25QK80Z37	StäB KJP Fahrkostenpauschale Pflegefachperson Kontaktbezogen	Fahrkostenpauschale	37,80 €
		<b>9-801.1 (Psychologe)</b>	Entgelthöhe
p25QK80Z10	StäB KJP Therapiezeiten Psychologe bis 30 Min./Tag	9-801.10	28,80 €
p25QK80Z11	StäB KJP Therapiezeiten Psychologe >30 bis 60 Min./Tag	9-801.11	57,60 €
p25QK80Z12	StäB KJP Therapiezeiten Psychologe >60 bis 90 Min./Tag	9-801.12	86,40 €
p25QK80Z13	StäB KJP Therapiezeiten Psychologe >90 bis 120 Min./Tag	9-801.13	115,20 €
p25QK80Z14	StäB KJP Therapiezeiten Psychologe >120 bis 180 Min./Tag	9-801.14	158,40 €
p25QK80Z15	StäB KJP Therapiezeiten Psychologe >180 bis 240 Min./Tag	9-801.15	216,00 €
p25QK80Z16	StäB KJP Therapiezeiten Psychologe >240 Min./Tag	9-801.16	283,20 €
p25QK80Z17	StäB KJP Fahrkostenpauschale Psychologe Kontaktbezogen	Fahrkostenpauschale	43,20 €
		<b>9-801.2 (Spezialtherapeut und Sozialdienst)</b>	Entgelthöhe
p25QK80Z20	StäB KJP Therapiezeiten Spezialtherapeut bis 30 Min./Tag	9-801.20	23,40 €
p25QK80Z21	StäB KJP Therapiezeiten Spezialtherapeut >30 bis 60 Min./Tag	9-801.21	46,80 €
p25QK80Z22	StäB KJP Therapiezeiten Spezialtherapeut >60 bis 90 Min./Tag	9-801.22	70,20 €
p25QK80Z23	StäB KJP Therapiezeiten Spezialtherapeut >90 bis 120 Min./Tag	9-801.23	93,60 €
p25QK80Z24	StäB KJP Therapiezeiten Spezialtherapeut >120 bis 180 Min./Tag	9-801.24	128,70 €
p25QK80Z25	StäB KJP Therapiezeiten Spezialtherapeut >180 bis 240 Min./Tag	9-801.25	175,50 €
p25QK80Z26	StäB KJP Therapiezeiten Spezialtherapeut >240 Min./Tag	9-801.26	230,10 €
p25QK80Z27	StäB KJP Fahrkostenpauschale Spezialtherapeut Kontaktbezogen	Fahrkostenpauschale	35,10 €
		<b>Berufsgruppe</b>	Ausfallquote
		Arzt	0,17 €
		Pflegepersonal	0,19 €
		Psychologe	0,21 €
		Spez.th + Soz.d.	0,18 €
			Entgelthöhe
p25QK80ZSK	StäB KJP Sachkosten-/Strukturpauschale für SGB	DH1K0P00	143,67 €

### 15.5. 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. 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.

## 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.

### a. 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. Auf der Grundlage individueller Vereinbarungen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) gelten für die Wahlleistung Unterkunft an allen Standorten des Klinikums Stuttgart folgende einheitlichen Preise:

#### ➤ Unterbringung in einem Ein-Bettzimmer

Kat.	Standort und Station	Beschreibung	Entgelt
1	Katharinenhospital: Stationen D5	siehe Serviceinformation für unsere Wahlleistungspatienten	210,00 €
2	Katharinenhospital: Stationen F51, F52, G32	siehe Serviceinformation für unsere Wahlleistungspatienten	185,00 €
3	Katharinenhospital: Herzchirurgie, Haus H	siehe Serviceinformation für unsere Wahlleistungspatienten	140,00 €
4	Katharinenhospital: Station B7, I3 Frauenklinik: Stationen MA51, MB51 Krhs. Bad Cannstatt: Stationen H5, M26, M3A6, M3b7 ZSG: Stationen P3B, P3D	siehe Serviceinformation für unsere Wahlleistungspatienten	125,00 €
5	eingestreuete Betten - übrige Stationen	normale Ausstattung	100,00 €

#### ➤ Unterbringung in einem Zwei-Bettzimmer

	Standort und Station	Beschreibung	Entgelt
1	Katharinenhospital: Stationen D5	siehe Serviceinformation für unsere Wahlleistungspatienten	100,00 €
2	Katharinenhospital: Stationen F51, F52, G32	siehe Serviceinformation für unsere Wahlleistungspatienten	85,00 €
3	Katharinenhospital: Herzchirurgie, Haus H	siehe Serviceinformation für unsere Wahlleistungspatienten	65,00 €
4	Katharinenhospital: Station B7, I3 Frauenklinik: Stationen MA51, MB51 Krhs. Bad Cannstatt: Stationen H5, M26, M3A6, M3b7 ZSG: Stationen P3B, P3D	siehe Serviceinformation für unsere Wahlleistungspatienten	55,00 €
5	eingestreuete Betten - übrige Stationen	normale Ausstattung	45,00 €

Die Zuschläge für die Wahlleistungen „Ein- und Zwei-Bettzimmer“ entfallen während der Behandlungsdauer in einer Intensivüberwachungs- oder in einer Intensivbehandlungsstation von dem Tage ab, der auf den Verlegungstag folgt; sie werden im Falle der Rückverlegung von einer dieser Einheiten in ein als Wahlleistung zur Verfügung gestelltes Krankenzimmer von dem Tage der Verlegung ab wieder berechnet.

- b. Unterbringung einer nicht medizinisch notwendigen Begleitperson, Alter Patient ab 9 Jahre ohne Verpflegung:** **48,15 € (inkl. MwSt) je Tag**
- c. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Familienzimmer\*, Frauenklinik OH/FK Standort Mitte:** **29,00 € (inkl. MwSt) je Tag**  
\*(nur in Verbindung mit dem Ein-Bettzimmerzuschlag für die werdende Mutter)
- d. Pflegerische und ärztliche Weiterversorgung** im Anschluss an die medizinisch notwendige vollstationäre Behandlung bzw. Ambulante Operation: **360,00 € (inkl. MwSt) je Tag**
- e. Nutzung von TV und Internet:**  
 -> siehe Einleger Infomappe: „Patienteninformation kostenloses WLAN Klinikum Stuttgart“

**19. Inkrafttreten**

Dieser DRG- bzw. PEPP-Entgelttarif tritt **am 12.09.2025 in Kraft**. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelt-/Pflegekostentarif vom 01.08.2025 aufgehoben.

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

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

Vorwahl	Katharinenhospital	Bad Cannstatt	Olgahospital/Frauenklinik
<b>0711 / 278 -</b>	<b>32750</b>	<b>62100</b>	<b>72181</b>

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.

Für ihren Aufenthalt in unserem Hause wünschen wir Ihnen alles Gute, vor allem gute Besserung!

Ihr Klinikum Stuttgart

- Anlagen