

DRG-Entgelttarif

DRG-Entgelttarif für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des Krankenhaus-Entgeltgesetzes (KHEntgG) gültig ab 01. Januar 2026 und Unterrichtung des Patienten nach § 8 KHEntgG

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

Beispiel:

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen	0,539	4.517,37 €	2.434,86 €
I04Z	Ersatz des Kniegelenks	2,997	4.517,37 €	13.538,56 €

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 Fallpauschalenvereinbarung 2026 (FPV 2026) vorgegeben.

2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gem. § 1 Abs. 2 und 3 sowie und § 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 den Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 aufgeführt, ebenso wie die jeweils abzurechnende 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 <u>ohne</u> postoperative Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte A) in Euro	Fallpauschale der Hybrid-DRG <u>zuzüglich</u> postoperativer Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte B) in Euro
G09M	Hybrid-DRG 1 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)	3.422,23	3.452,23
G24N	Hybrid-DRG 1 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 Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2026

Gem. § 17 b Abs. 1 S. 7 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 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 krankenhausesindividuellen 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:

Zusatzentgelt nach § 6 KHEntgG	OPS-Kode	Entgelthöhe in €	Bezeichnung	OPS-Text
ZE2023-25H	5-829.k*	1.500,00	Modulare Endoprothesen	Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz
ZE2023-25K	5-829.k*	1.700,00	Modulare Endoprothesen	Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz
ZE2023-123.01	6-002.p0	25,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 35 mg bis unter 65 mg
ZE2023-123.02	6-002.p1	41,25	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 65 mg bis unter 100 mg
ZE2023-123.03	6-002.p2	62,50	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 100 mg bis unter 150 mg
ZE2023-123.04	6-002.p3	87,50	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 150 mg bis unter 200 mg
ZE2023-123.05	6-002.p4	112,50	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 200 mg bis unter 250 mg
ZE2023-123.06	6-002.p5	137,50	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 250 mg bis unter 300 mg
ZE2023-123.07	6-002.p6	162,50	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 300 mg bis unter 350 mg
ZE2023-123.08	6-002.p7	187,50	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 350 mg bis unter 400 mg
ZE2023-123.09	6-002.p8	212,50	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 400 mg bis unter 450 mg
ZE2023-123.10	6-002.p9	237,50	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 450 mg bis unter 500 mg
ZE2023-123.11	6-002.pa	275,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 500 mg bis unter 600 mg
ZE2023-123.12	6-002.pb	325,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 600 mg bis unter 700 mg

ZE2023-123.13	6-002.pc	375,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 700 mg bis unter 800 mg
ZE2023-123.14	6-002.pd	425,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 800 mg bis unter 900 mg
ZE2023-123.15	6-002.pe	475,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 900 mg bis unter 1.000 mg
ZE2023-123.16	6-002.pf	550,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 1.000 mg bis unter 1.200 mg
ZE2023-123.17	6-002.pg	650,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 1.200 mg bis unter 1.400 mg
ZE2023-123.18	6-002.ph	750,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 1.400 mg bis unter 1.600 mg
ZE2023-123.19	6-002.pj	900,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 1.600 mg bis unter 2.000 mg
ZE2023-123.20	6-002.pk	1.100,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 2.000 mg bis unter 2.400 mg
ZE2023-123.21	6-002.pm	1.300,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 2.400 mg bis unter 2.800 mg
ZE2023-123.22	6-002.pn	1.600,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 2.800 mg bis unter 3.600 mg
ZE2023-123.23	6-002.pp	2.000,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 3.600 mg bis unter 4.400 mg
ZE2023-123.24	6-002.pq	2.400,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 4.400 mg bis unter 5.200 mg
ZE2023-123.25	6-002.pr	2.800,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 5.200 mg bis unter 6.000 mg
ZE2023-123.26	6-002.ps	3.200,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 6.000 mg bis unter 6.800 mg
ZE2023-123.27	6-002.pt	3.600,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 6.800 mg bis unter 7.600 mg
ZE2023-123.28	6-002.pu	4.000,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 7.600 mg bis unter 8.400 mg
ZE2023-123.29	6-002.pv	4.400,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 8.400 mg oder mehr
ZE2023-148.01	6-001.d0	40,25	Gabe von Adalimumab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 10 mg bis unter 25 mg
ZE2023-148.02	6-001.d1	74,75	Gabe von Adalimumab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 25 mg bis unter 40 mg

ZE2023-148.03	6-001.d2	138,00	Gabe von Adalimumab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 40 mg bis unter 80 mg
ZE2023-148.04	6-001.d3	230,00	Gabe von Adalimumab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 80 mg bis unter 120 mg
ZE2023-148.05	6-001.d4	322,00	Gabe von Adalimumab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 120 mg bis unter 160 mg
ZE2023-148.06	6-001.d5	414,00	Gabe von Adalimumab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 160 mg bis unter 200 mg
ZE2023-148.07	6-001.d6	506,00	Gabe von Adalimumab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 200 mg bis unter 240 mg
ZE2023-148.08	6-001.d7	598,00	Gabe von Adalimumab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 240 mg bis unter 280 mg
ZE2023-148.09	6-001.d8	690,00	Gabe von Adalimumab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 280 mg bis unter 320 mg
ZE2023-148.10	6-001.d9	782,00	Gabe von Adalimumab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 320 mg bis unter 360 mg
ZE2023-148.11	6-001.da	874,00	Gabe von Adalimumab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 360 mg bis unter 400 mg
ZE2023-148.12	6-001.db	966,00	Gabe von Adalimumab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 400 mg bis unter 440 mg
ZE2023-148.13	6-001.dc	1.058,00	Gabe von Adalimumab, parenteral	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral: 440 mg oder mehr
ZE2023-151.01	6-001.h0	158,00	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 150 mg bis unter 250 mg
ZE2023-151.02	6-001.h1	237,00	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 250 mg bis unter 350 mg
ZE2023-151.03	6-001.h2	316,00	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 350 mg bis unter 450 mg
ZE2023-151.04	6-001.h3	395,00	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 450 mg bis unter 550 mg
ZE2023-151.05	6-001.h4	474,00	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 550 mg bis unter 650 mg
ZE2023-151.06	6-001.h5	553,00	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 650 mg bis unter 750 mg
ZE2023-151.07	6-001.h6	632,00	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 750 mg bis unter 850 mg
ZE2023-151.08	6-001.h7	711,00	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 850 mg bis unter 950 mg

ZE2023-151.09	6-001.h8	790,00	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 950 mg bis unter 1.050 mg
ZE2023-151.10	6-001.h9	908,50	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 1.050 mg bis unter 1.250 mg
ZE2023-151.11	6-001.ha	1.066,50	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 1.250 mg bis unter 1.450 mg
ZE2023-151.12	6-001.hb	1.224,50	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 1.450 mg bis unter 1.650 mg
ZE2023-151.13	6-001.hc	1.382,50	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 1.650 mg bis unter 1.850 mg
ZE2023-151.14	6-001.hd	1.540,50	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 1.850 mg bis unter 2.050 mg
ZE2023-151.15	6-001.he	1.777,50	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 2.050 mg bis unter 2.450 mg
ZE2023-151.16	6-001.hf	2.093,50	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 2.450 mg bis unter 2.850 mg
ZE2023-151.17	6-001.hg	2.409,50	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 2.850 mg bis unter 3.250 mg
ZE2023-151.18	6-001.hh	2.725,50	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 3.250 mg bis unter 3.650 mg
ZE2023-151.19	6-001.hk	3.041,50	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 3.650 mg bis unter 4.050 mg
ZE2023-151.20	6-001.hm	3.357,50	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 4.050 mg bis unter 4.450 mg
ZE2023-151.21	6-001.hn	3.831,50	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 4.450 mg bis unter 5.250 mg
ZE2023-151.22	6-001.hp	4.463,50	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 5.250 mg bis unter 6.050 mg
ZE2023-151.23	6-001.hq	5.095,50	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 6.050 mg bis unter 6.850 mg
ZE2023-151.24	6-001.hr	5.727,50	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 6.850 mg bis unter 7.650 mg
ZE2023-151.25	6-001.hs	6.359,50	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 7.650 mg bis unter 8.450 mg
ZE2023-151.26	6-001.ht	6.991,50	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 8.450 mg bis unter 9.250 mg
ZE2023-151.27	6-001.hu	7.623,50	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 9.250 mg bis unter 10.050 mg

ZE2023-151.28	6-001.hv	8.255,50	Gabe von Rituximab, intravenös	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 10.050 mg oder mehr
---------------	----------	----------	--------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

5. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2026

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2026 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 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen 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. 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 gemäß §137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

NUB	Bezeichnung	Anzahl	Einheit	Entgelt je Einheit	Entgeltartenschlüssel
NUB2024-54	Secukinumab	750	mg	4,82 €	76198325
NUB2024-120	Sarilumab	200	mg	3,29 €	76198856
NUB2024-138	Anifrolumab	600	mg	3,23 €	76199699

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

Gem. § 115 a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind:

vorstationäre Behandlung

Medizinische Klinik	147,25 €
Chirurgische Klinik	100,72 €
Orthopädische Klinik/Gelenkzentrum	100,72 €

Gem. § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 4 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.

8. 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 folgendes Zusatzentgelt ab:

- Testung durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR:
ab 01.05.2023: 30,40 €
- Testung mittels Labor-Antigen-Test zum Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2:
ab 15.10.2020: 19,00 €
- Testung mittels PoC-Antigen-Test zum Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2:
ab 01.08.2021: 11,50 €

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

9.1. Kombiniertes Zuschlag für Ausbildungsvergütung nach § 17a Abs.6 bzw.9 KHG und § 33 Abs.3 S.1 PflBG

Gemäß § 17 a KHG und § 33 Abs.2 S.1 PflBG berechnet das Krankenhaus einen kombinierten krankenhausesindividuellen Zuschlag je voll- und teilstationären Fall bei Aufnahme ab dem 01.01.2026 zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütung.

in Höhe von: 330,46 €.

**9.2. Zuschlag für Leistungen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG
Geriatrischer und onkologischer Schwerpunkt**

entfällt

9.3. Abschlag für Nicht-Teilnahme an der Notfallversorgung § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG

entfällt

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

entfällt

9.5. Zuschlag G-BA Mehrkosten gem. § 5 Abs. 3c KHEntgG

Entfällt

9.6. Krankenhaushygienezuschlag gem. § 4 Abs. 9 KHEntgG

Zur Finanzierung von Mehrkosten für Maßnahmen zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes im Sinne des § 4 Abs. 11 Satz 1 Nr. 1,2 und 3 KHEntgG wird gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 KHEntgG ein Zuschlag

in Höhe von 0,22 %

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.

9.7. Qualitätssicherungszuschlag nach § 17 b Abs. 1 a Nr. 4 KHEntgG

Nach § 17 b Abs. 1 Nr. 4 KHG sind für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage des § 137 SGB V Zuschläge zu vereinbaren. Dieser Zuschlag wird je vollstationärem Fall in Höhe von

0,84 € berechnet.

9.8. Qualitätszuschläge nach § 17 b Abs. 1a Nr. 4 KHG

Für die Teilnahme von Krankenhäusern an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen, die die Anforderungen der üFMS-B erfüllen, erhält das Krankenhaus nach Vereinbarung gemäß § 17 b Abs. 1a Nr. 4 KHG für Aufnahmen ab 01.10.2017 einen

Zuschlag von 0,20 € vollstationärem Fall.

9.9. Zuschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG

entfällt

9.10. Fixkostendegressionsabschlag gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG

entfällt

9.11. Abschlag nach § 7 Abs.1 der 2.Corona-Ausgleichsvereinbarung 2021

entfällt

9.12. Zuschlag nach § 5 Abs. 3d KHEntgG für implantatbezogene Maßnahmen nach § 2 Nr. 4 Implantatregistergesetz

Zuschlag je implantatbezogener Maßnahme mit einer im jeweiligen Fall erbrachten Leistung

in Höhe von 18,24 €.

9.13. Zuschlag für Sofort-Transformationskosten nach § 8 Abs. 11 Satz 1 KHEntgG

Das Haushaltsbegleitgesetz für 2025 sieht für die sogenannten Sofort-Transformationskosten einen Rechnungszuschlag

in Höhe von 3,25 %

auf den Rechnungsbetrag aller voll- und teilstationären DRG- (§ 8 Absatz 11 Satz 1 KHEntgG) sowie PEPP-Fälle (§ 8 Absatz 7 Satz 1 BPfIV) für den Zeitraum vom 01.11.2025 bis 31.10.2026 vor.

Dieser Zuschlag gilt ausschließlich für Fälle, in denen eine GKV Hauptkostenträger ist.

Er gilt zudem nicht für vor- und nachstationäre Behandlungen sowie Hybrid-DRG-Fälle.

10. Tagesbezogene Entgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 7 Abs.1 Ziff.6a KHEntgG

Für Aufnahmen ab 01.01.2026 rechnet das Krankenhaus einen Zahlpflegeentgeltwert inklusive der unterjährigen Zahlbetragsausgleiche in Höhe von

293,40 € je tagesbezogener Pflegebewertungsrelation ab.

11. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

in Höhe von 1,59 €

2.Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) nach § 139 a i.V.m. § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) nach § 91 i.V.m. § 139 c SGB V bzw. des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) nach § 137 a Abs. 8 i.V.m. § 139 c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall

in Höhe von 3,12 €.

12. Weitere Zuschläge und Abschläge

12.1. Zuschlag zur Abgeltung von Preis- und Mengensteigerung infolge des Coronavirus SARS-Cov-2 nach § 21 Abs.6 KHG

entfällt

12.2. Telematikzuschlag Zuschlag nach § 291a Abs.7a SGB V

Das Krankenhaus erhält einen 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) für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von 3,26 € je voll- und teilstationärem Fall.

12.3. Zuschlag nach § 4a Abs.4 KHEntgG

Zuschlag nach § 4a Abs. 4 KHEntgG zur Auszahlung des Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen

in Höhe von 11,692 %

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen.

12.4. Abschlag gem. Pflegepersonaluntergrenzen-Sanktionsvereinbarung 2021

entfällt

13. Sonstige Zuschläge

Das Krankenhaus berechnet gem. § 17 b Abs. 1 Satz 4 und 6 KHG folgenden Zuschlag:

Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen (incl. der Mitaufnahme von Pflegepersonal nach § 11 Abs. 3 SGB V) in Höhe von 60,00 € pro Tag¹.

¹ Die Höhe des Zuschlages von 60,00 € ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17 b Abs. 1, Satz 4 KHG geregelt. Dieser Zuschlag betrifft im Übrigen nur die Fälle der medizinisch notwendigen Aufnahme von Begleitpersonen und ist von der wahlweisen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson zu unterscheiden.

14. Entgelte für sonstige Leistungen

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

Im Todesfall entstehende Kosten werden wie folgt in Rechnung gestellt:

Leichenschau und Aufbahrung für 3 Tage: 130,00 € (zzgl. MwSt.)

Aufbahrung ab dem 4. Tag: 50,00 € je Tag (zzgl. MwSt.)

Tiefkühlung: 156,60 € je Tag (inkl. MwSt.)

15. Zuzahlungen

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein (§ 39 Abs. 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit **10,00 €** je Kalendertag. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

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 -11 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 der Wahlleistungen

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

a. Ärztliche Leistungen:

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit das Krankenhaus selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.

Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung. Nach § 6a GOÄ erfolgt bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen/privatärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25 %; bei Leistungen und Zuschlägen von Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten um 15 %. Das Arzthonorar wird in der Regel gesondert von den jeweils liquidationsberechtigten Krankenhausärzten geltend gemacht, sofern nicht die Verwaltung des Klinikums oder eine externe Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt tätig wird. Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom nachfolgend aufgeführten Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtungen persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts (§ 4 Abs.2 Satz 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ/GOZ) erbracht:

Die ärztlichen Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von diesen nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

b. Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Fachabteilung	Station	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Klinik für Rheumatologie	Wahlleistungsstation	Besondere Zimmergröße und -ausstattung, sowie Wahlverpflegung und Service	177,00 €
Klinik für Orthopädie			
Klinik für Unfallchirurgie			
Klinik für Innere Medizin			

Alle Zimmerleistungen sind zeitlich splittbar und können sich während des Aufenthalts ändern.

c. Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer mit Komfortelementen:

Fachabteilung	Station	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Klinik für Rheumatologie	Wahlleistungsstation	Besondere Zimmergröße und -ausstattung, sowie Wahlverpflegung und Service	83,00 €
Klinik für Orthopädie			
Klinik für Unfallchirurgie			
Klinik für Innere Medizin			

Alle Zimmerleistungen sind zeitlich splittbar und können sich während des Aufenthalts ändern.

d. Sonstige Leistungen

- Wahlleistung „Unterbringung einer Begleitperson ohne medizinische Notwendigkeit“ pro Tag 225,61 € (Anteil Unterkunft Patient/in 177,00 € und Anteil Unterkunft Begleitperson 35,20 € zzgl. 7 % Mehrwertsteuer und Anteil Verpflegung Getränke 3,92 € zzgl. 19% Mehrwertsteuer und Essen 5,88 € zzgl. 7 % Mehrwertsteuer)
- Bereitstellen eines Fernsprechapparates 1,50 € Tagespauschale bzw. Pauschale für 24 Stunden zuzüglich 0,15 € je Gebühreneinheit.
- Kopfhörer können für 2,00 € am I-Punkt erworben werden.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **01. Januar 2026** in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom **01. November 2025** aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Herr Jenett	☎ 07041 / 15-50120 und
Frau Günthner	☎ 07082 / 796-52633

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.