

Geltungsbereich:

Version:
gültig ab:

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

Die Lausitz Klinik Forst GmbH berechnet ab dem 15.04.2026 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 **4.563,87 €** 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	0,541	€ 4.600,00	€ 2.488,60
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	3,015	€ 4.600,00	€ 13.869,00

erstellt:	geprüft:	freigegeben:	Seite 1 von 16

Geltungsbereich:

Version:
gültig ab:

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 mit Übernachtung 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:

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
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)	3.492,10	3.522,10
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)	2.760,24	2.790,24

erstellt:	geprüft:	freigegeben:	Seite 2 von 16

Geltungsbereich:

Version:
gültig ab:

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

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.

erstellt:	geprüft:	freigegeben:	Seite 3 von 16

Geltungsbereich:

Version:
gültig ab:

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte :

Entgeltbezeichnung	OPS	Entgelt in EUR 01.01.-31.12.2024
ZE2024-77*	6-003.g*	3,04
ZE2024-91-4	6-004.33	204,00
ZE2024-91-5	6-004.34	276,00
ZE2024-91-6	6-004.35	348,00
ZE2024-91-7	6-004.36	420,00
ZE2024-91-8	6-004.37	492,00
ZE2024-91-9	6-004.38	600,00
ZE2024-91-10	6-004.39	744,00
ZE2024-91-11	6-004.3a	888,00
ZE2024-91-12	6-004.3b	1.032,00
ZE2024-91-13	6-004.3c	1.176,00
ZE2024-91-14	6-004.3d	1.320,00

erstellt:	geprüft:	freigegeben:	Seite 4 von 16

Geltungsbereich:

Version:
gültig ab:

Entgeltbezeichnung	OPS	Entgelt in EUR 01.01.-31.12.2024
ZE2024-91-15	6-004.3e	1.464,00
ZE2024-91-16	6-004.3f	1.680,00
ZE2024-91-17	6-004.3g	1.968,00
ZE2024-91-18	6-004.3h	2.112,00
ZE2024-112*	6-006.2*	1,93
ZE2024-113.*	6-006.1*	300,00
ZE2024-121*	6-002.b*	108,96
ZE2024-123.00	6-002.p0	23,44
ZE2024-123.01	6-002.p1	38,68
ZE2024-123.02	6-002.p2	58,60
ZE2024-123.03	6-002.p3	82,04
ZE2024-123.04	6-002.p4	105,48
ZE2024-123.05	6-002.p5	128,92
ZE2024-123.06	6-002.p6	152,36
ZE2024-123.07	6-002.p7	175,80
ZE2024-123.08	6-002.p8	199,24
ZE2024-123.09	6-002.p9	222,68
ZE2024-123.10	6-002.pa	257,84
ZE2024-123.11	6-002.pb	304,72
ZE2024-123.12	6-002.pc	351,60
ZE2024-123.13	6-002.pd	398,48
ZE2024-123.14	6-002.pe	445,36
ZE2024-123.15	6-002.pf	515,68
ZE2024-123.16	6-002.pg	609,44
ZE2024-123.17	6-002.ph	703,20
ZE2024-123.18	6-002.pj	843,84
ZE2024-123.19	6-002.pk	1.031,36
ZE2024-123.20	6-002.pm	1.218,88
ZE2024-123.21	6-002.pn	1.500,16
ZE2024-123.22	6-002.po	1.875,20
ZE2024-123.23	6-002.pp	2.250,24
ZE2024-123.24	6-002.pr	2.625,28
ZE2024-123.25	6-002.ps	3.000,32
ZE2024-123.26	6-002.pt	3.375,36
ZE2024-123.27	6-002.pu	3.750,40
ZE2024-123.28	6-002.pv	3.937,92
ZE2024-163.02	6-007.h2	318,79
ZE2024-163.03	6-007.h3	416,88
ZE2024-163.04	6-007.h4	514,97
ZE2024-163.05	6-007.h5	613,06

erstellt:

geprüft:

freigegeben:

Seite 5 von 16

Geltungsbereich:

Version:
gültig ab:

Entgeltbezeichnung	OPS	Entgelt in EUR 01.01.-31.12.2024
ZE2024-163.06	6-007.h6	711,15
ZE2024-163.07	6-007.h7	858,29
ZE2024-163.08	6-007.h8	1.054,47
ZE2024-163.09	6-007.h9	1.250,65
ZE2024-163.10	6-007.ha	1.446,83
ZE2024-163.11	6-007.hb	1.643,01
ZE2024-163.12	6-007.hc	1.839,19
ZE2024-163.13	6-007.hd	2.133,46
ZE2024-163.14	6-007.he	2.525,82
ZE2024-163.15	6-007.hf	2.918,18
ZE2024-163.16	6-007.hg	3.310,54
ZE2024-163.17	6-007.hh	3.702,90
ZE2024-163.18	6-007.hj	4.095,26
ZE2024-163.19	6-007.hk	4.315,96
ZE2024-212*	6-008.f	1.487,50
ZE2024-213*	6-00c.0	2.201,50

Abrechnung folgender Bluterentgelte ZE2026-97, ZE2025-137/ 138/ 139:

Fibrogammin	250 i. E. (ME)	110,07 € (Preis je ME)
Haemocomplettan	1 Gramm (ME)	309,40 € (Preis je ME)
Beriplex	250 i. E. (ME)	55,04 € (Preis je ME)

Abrechnung der restlichen Bluterentgelte ZE2026-97, ZE2026-137, ZE2026-138 und ZE2026-139 erfolgt nach §5 KHEntgG.

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. tages-bezogene krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart:

- z.B. Leistungen nach Anlage 3a und 3b DRG-EKV 2026

A90A teilstat.geriatriische Komplexbehandlung umfassend **175,60 €**

- z.B. unbewertete teilstationäre Leistungen, die nicht in Anlage 3b DRG-EKV 2026 aufgeführt sind

- z.B. Leistungen besonderer Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 S. 10 KHG

erstellt:	geprüft:	freigegeben:	Seite 6 von 16

Geltungsbereich:

Version:
gültig ab:

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:

<u>Leistung</u>	<u>Zusatzentgelt</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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:

0,00 €.
- Labordiagnostik mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 15.10.2020:

0,00 €.
- 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:

0,00 €.
- Testungen durch einen Nukleinsäurenachweis mittels Pooling-Verfahren (PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) bei Patientinnen oder Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.05.2023:

erstellt:	geprüft:	freigegeben:	Seite 7 von 16

Geltungsbereich:

Version:
gültig ab:

- bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als vier Proben und höchstens 10 Proben: 0,00 €.
- bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 10 Proben und höchstens 20 Proben: 0,00 €.
- bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 20 Proben: 0,00 €.

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 **-171,47 €**
- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PfIBG je voll- und teilstationärem Fall
in Höhe von **183,16 €**
- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1a Nr. 7 KHG in Höhe
von **60,00 €** pro Tag
- Sicherstellungszuschlag gemäß § 5 Abs. 2 KHEntgG

- Zuschlag zur Sicherstellung einer zusätzlichen Finanzierung von Krankenhausstandorten in ländlichen Versorgungslagen gemäß § 5 Abs. 2a KHEntgG je abgerechneten voll- und teilstationären Fall
in Höhe von ... €
- Zuschlag für Zentren/Schwerpunkte nach § 5 Abs. 3 KHEntgG

- Zuschlag wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG
in Höhe von **97,90 €**
je vollstationärem Fall.
- Zuschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG
in Höhe von **2,08 %**

erstellt:	geprüft:	freigegeben:	Seite 8 von 16

Geltungsbereich:

Version:
gültig ab:

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG

- Zu- oder Abschlag bei Eingliederung von besonderen Einrichtungen in das DRG-Vergütungssystem gemäß § 4 Abs. 7 KHEntgG

in Höhe von ... %

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG

- Fixkostendegressionsabschlag gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG

in Höhe von ... %

auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen.

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

in Höhe von ____ %

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.

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

Zuschlag in Höhe von **0,84 €**

- Abschlag wegen Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i Abs. 5 SGB V i.V.m. § 8 Abs. 4 KHEntgG

- Abschlag wegen Nichteinhaltung der Personalvorgaben in der Pflege nach § 137k Abs. 4 SGB V

- 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 ... €

- Zuschlag für klinische Sektionen nach § 5 Abs. 3b KHEntgG je voll- und teilstationären Fall

in Höhe von ...€

erstellt:	geprüft:	freigegeben:	Seite 9 von 16

Geltungsbereich:

Version:
gültig ab:

- Zuschlag nach § 5 Abs. 3d KHEntgG für implantatbezogene Maßnahmen nach § 2 Nr. 4 Implantatregistergesetz
in Höhe von 18,24 €
- Zuschlag nach § 5 Abs. 3g S. 1 KHEntgG für jeden voll- und jeden teilstationären Fall, für den es im Rahmen der Krankenhausbehandlung entstandene Daten auf der elektronischen Patientenakte speichert
in Höhe von €
- Abschlag nach § 5 Abs. 3e KHEntgG wegen unzureichendem Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 341 Abs. 7 Satz 1 SGB V
in Höhe von%

des Rechnungsbetrags, mit Ausnahme der Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG, für jeden voll- und teilstationären Fall,

- Abschlag nach § 5 Abs. 3h KHEntgG wegen fehlender Bereitstellung der in § 19 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 bis 6 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung aufgezählten digitalen Dienste
in Höhe von ...%

des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall, mit Ausnahme der Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4.

- Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8a KHEntgG wegen fehlender Einschätzung des Beatmungsstatus
in Höhe von 16 %

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG, maximal jedoch 2.000,00 €.

- Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8b KHEntgG wegen fehlender Anschlussverordnung zur Beatmungsentwöhnung
in Höhe von einmalig 280 €
- 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 nach § 5 Abs. 2c KHEntgG zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern
in Höhe von ... €

erstellt:	geprüft:	freigegeben:	Seite 10 von 16

Geltungsbereich:

Version:
gültig ab:

- Abzug für nicht anfallende Übernachtungskosten in der tagesstationären Behandlung nach § 115e Abs. 3 SGB V
in Höhe von 0,04 Bewertungsrelationen je betreffender Nacht,
maximal jedoch 30 % der Entgelte für den Aufenthalt insgesamt

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

in Höhe von ... €

- Abschlag für Versäumnisse bei der Übersendung von Budgetunterlagen nach § 11 Abs. 4 KHEntgG

in Höhe von ...%

des Rechnungsbetrages für jeden voll- oder teilstationären Fall.

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

in Höhe von **3,25%**

des Rechnungsbetrages bei Patientinnen und Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung

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:

erstellt:	geprüft:	freigegeben:	Seite 11 von 16

Geltungsbereich:

Version:
gültig ab:

NUB 2026 Bezeichnung für die Abrechnung	OPS 2026	Bezeichnung laut OPS- Katalog	Hersteller- bezeichnung	Abrechnungseinheit	Entgelt je Abr.einheit
NU26-F1	6-005.8	Everolimus	Afinitor	je 1 mg	1,80
NU26-F2	6-005.a	Pazopanib	Votrient	je 200mg Tbl	42,56
NU26-F3	6-006.g	Axitinib	Inlyta	je 1mg	9,70
NU26-F4	6-008.j	Lenvatinib	Lenvima od. Kispplx	je 4 mg oder 10 mg Kapsel	41,34
NU26-F5.1	6-009.4 + 7- 660.15	Ruxolitinib	Jakavi	je 5 mg Tbl	33,77
NU26-F5.2	6-009.4 + 7- 660.16	Ruxolitinib	Jakavi	je 10 oder 15 oder 20 mg Tbl	67,55
NU26-F6.1	6-008.8 +7- 660.85	Cabozantinib	Cabometyx	je Tagesdosis 20/40/60mg	76,07
NU26-F6.2	6-008.8 +7- 660.86	Cabozantinib	Cometriq	je Tagesdosis 140/100/60mg	152,07
NU26-F10*	6-00a.j	Tivozanib	Fotiva	je Kapsel	181,39
NU26-F11	6-00f.p...	Remdesivir	Veklury	je 100 mg	410,55
NU26-F14	6-00k.0	Nirmatrelvir- Retonavir	Paxlovid	je Kombi-Gabe 2x 150mg/ 1x100mg Paxlovid (400mg)	107,10
NU26-F20	6-00m.5	Erdafitinib	Balversa	je 3 oder 4 oder 5 mg	-
NU26-F21**	6-00a.c	Niraparib	Zejula	je 100 mg Kapsel	68,16
NU26-F22	6-00j.d	Niraparib- Abirateronacetat	Akeega	je 50/100mg oder 100/500mg Niraparib/Abirateronacetat	113,37
NU26-F23	6-009.0	Olaparib	Lynparza	je 50 mg Kapsel	13,60
NU26-F24	6-00m.e	Rezafungin	Rezzayo	je 200 mg	2.494,03
NU26-F25	6-005.4	Icatibant	Firazyr	je 30 mg	0,00

erstellt:	geprüft:	freigegeben:	Seite 12 von 16

Geltungsbereich:

Version:
gültig ab:

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 krankenhausesindividuellen Pflegeentgeltwert, welcher berechnet wird, indem das vereinbarte Pflegebudget dividiert wird durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr.

88,13 €

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 **30,17 €**

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:

a. vorstationäre Behandlung

Innere Medizin	147,25 €
Pneumologie	219,34 €
Geriatric	72,09 €
Chirurgie	100,72 €
Unfallchirurgie	82,32 €
Plastische Chirurgie	95,10 €
Urologie	103,28 €

erstellt:	geprüft:	freigegeben:	Seite 13 von 16

Geltungsbereich:

Version:
gültig ab:

b. nachstationäre Behandlung

Innere Medizin	53,69 €
Pneumologie	66,47 €
Geriatric	30,68 €
Chirurgie	17,90 €
Unfallchirurgie	21,47 €
Plastische Chirurgie	18,41 €
Urologie	41,93 €

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

- Computer-Tomographie-Geräte (CT): _____
- Magnet-Resonanz-Geräte (MR): _____
- Linksherzkatheter-Messplätze (LHM): _____
- Hochvolttherapie-Geräte: _____
- Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET): _____

Gemäß § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 KHEntG 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 ... €.

5. 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

erstellt:	geprüft:	freigegeben:	Seite 14 von 16

Geltungsbereich:

Version:
gültig ab:

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 15.04.2026 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif/ Pflegekostentarif vom 01.02.2026 aufgehoben.

erstellt:	geprüft:	freigegeben:	Seite 15 von 16

Geltungsbereich:

Version:
gültig ab:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Gleichzeitig können Sie 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.

erstellt:	geprüft:	freigegeben:	Seite 16 von 16