

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

**Das St. Nikolaus-Stiftshospital,  
der St. Nikolaus-Stiftshospital GmbH, Andernach  
(Krankenhausträger)  
berechnet ab dem 01.02.2026 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 4.680,62€ 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 Arthrodesse oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	3,015	€ 4.600,00	€ 13.869,00
------	---	-------	------------	-------------

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

(Fallpauschalenvereinbarung 2026 – FPV 2026) vorgegeben.

**2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gemäß § 1 Abs. 2 und 3 sowie § 3 Abs. 1 und 2 FPV 2026**

Der nach der oben beschriebenen DRG-Systematik zu ermittelnde Preis setzt voraus, dass DRG-spezifische Grenzen für die Verweildauer im Krankenhaus nicht über- oder unterschritten werden. Bei Über- oder Unterschreiten dieser Verweildauern werden gesetzlich vorgegebene Zu- oder Abschläge fällig. Die näheren Einzelheiten und das Berechnungsverfahren hierzu regelt die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2026 (FPV 2026).

**3. Hybrid-DRG gemäß § 115f SGB V**

Gemäß § 115f Abs. 1 SGB V unterfallen die in einem Katalog festgelegten Leistungen einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG), unabhängig davon, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird.

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

Beispiel:

**Leistungsbereich Bestimmte Hernieneingriffe**

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

5-530.01	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchfortenverschluss: 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 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 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

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 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 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2026 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2026 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

Zusatzentgelte für Dialysen

Zusatzentgelte für ECMO

Zusatzentgelte für Medikamente-freisetzende Stents oder Ballons in den Koronargefäßen

Zusatzentgelte für Chemotherapie

Zusatzentgelte für Blutersatzstoffe

Zusatzentgelte für Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Zusatzentgelte für spezialisierte Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Zusatzentgelte für Modulare Endoprothesen

Zusatzentgelte für hochaufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung

Zusatzentgelte für selbstexpandierende Prothesen im Gastrointestinaltrakt

Zusatzentgelte für erhöhten Pflegeaufwand

## **5. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2026**

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

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

Anlage 3a:

DRG B61B: 157,55 € / Tag

DRG E76A: 191,46 € / Tag

Anlage 3b: entfällt.

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

Onkologische Tagesklinik 332,84€ / Tag

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

entfällt

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. 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: entfällt.

#### **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:

in Höhe von 30,40 €

- 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:

in Höhe von 11,50 €

## **8. Zu- und Abschläge bzw. Abzüge**

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

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

in Höhe von - 96,44 €

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

in Höhe von 155,88 €

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

in Höhe von 60,00 € / Tag

- Zuschlag zur Sicherstellung einer zusätzlichen Finanzierung von Krankenhausstandorten in ländlichen Versorgungslagen gemäß § 5 Abs. 2a KHEntgG je abgerechneten voll- und teilstationären Fall, entfällt.

- Zuschlag für Zentren/Schwerpunkte nach § 5 Abs. 3 KHEntgG

entfällt

- Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG in Höhe von 0 € (entfällt) bzw. Zuschlag wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG

in Höhe von 89,32 € je vollstationärem Fall.

- Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG

in Höhe von - 0,58 %

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

entfällt

- Fixkostendegressionsabschlag gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG

in Höhe von \_\_\_\_ %

auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen

entfällt

- 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

entfällt

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

in Höhe von 0,84 €

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

entfällt

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

entfällt

- Zuschlag für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG je abgerechneten vollstationären Fall

in Höhe von 0,20 €

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

in Höhe von \_\_\_\_ €

entfällt

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

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 ... €

entfällt

- Abschlag nach § 5 Abs. 3e KHEntgG wegen unzureichendem Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 341 Abs. 7 Satz 1 SGB V

in Höhe von 1%,

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

entfällt

- Zuschlag nach § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 3 der Corona-Mehrkosten Vereinbarung

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

entfällt

- Abschlag nach § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 4 der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung

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

entfällt

- 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

entfällt

- 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 €

entfällt

- Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8b KHEntgG wegen fehlender Anschlussverordnung zur Beatmungsentwöhnung

in Höhe von einmalig 280,- €

entfällt

- 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 vom 01.03.2026 bis zum 31.12.2026

in Höhe von 10,01 €

- 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, entfällt.

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

in Höhe von - 3,00 %

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

in Höhe von 1%,

des Rechnungsbetrages für jeden voll- oder teilstationären Fall

entfällt

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

in Höhe von 3,25 %,

des Rechnungsbetrages für jeden voll- oder teilstationären Fall.

### 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:

<u>Name:</u>	<u>Menge:</u>	<u>Preis:</u>
Gabe v. Alectinib	je 150mg	21,56 €
Gabe v. Eribulin	je 0,88mg	130,00 €
Gabe v. Nirmatrelvir_Ritonavor ( Paxlovid)	je 150mg/Tablette od. 100mg Ritonavir	30,00 €
Gabe v. Osimertinib	je mg	2,31 €
Gabe v. Remdisivir	je mg	3,45 €
Gabe v. Ruxolitinib (oral)	je 5mg	28,38 €
Gabe v. Ruxolitinib (oral)	je 10mg	67,55 €
Gabe v. Ruxolitinib (oral)	je 15mg	67,55 €
Gabe v. Ruxolitinib (oral)	je 20mg	67,55 €
Gabe v. Sacituzumap	je mg	5,04 €
Gabe v. Streptozocin	je mg	0,71 €
Gabe v. Traszumap deruxtecan	je mg	12,05 €
Gabe v. Traszumap emtansin, parenteral	je 100mg	1.573,84 €
Ruxolitinib , oral 5mg-20mg	je 5mg,	28,38 €
Ruxolitinib , oral 5mg-20mg	je 10mg,	56,76 €
Ruxolitinib , oral 5mg-20mg	je 15mg,	56,76 €
Ruxolitinib , oral 5mg-20mg	je 20mg,	56,76 €
Guselkumap,parenteral	je 100mg	2.195,21 €
Rezfungin, parenteral	je 200mg	2.437,00 €
Risankizumab, parenteral	je 1mg bei Gabe 150mg Fertigspritze	22,84 €
Risankizumab, parenteral	je 1 mg bei Gabe 360mg Fertigspritze	6,38 €
Risankizumab, parenteral	je 1mg bei Gabe 600mg Konzentrat für Infusion	3,67 €
Teduglutid	je mg	145,49 €
Palbociclip, oral	je 75mg	43,96 €
Palbociclip, oral	je 100mg	43,96 €
Palbociclip, oral	je 125mg	43,96 €
Thrombektomie an Lungengefäßen (Disc-Retriever-System)	je System	7.704,00 €

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

Das Krankenhaus vereinbart mit den Krankenkassen ein Pflegebudget zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten, die dem Krankenhaus entstehen. Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt nach § 6a Abs. 4 KHEntgG über einen

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

in Höhe von 404,06 € / Berechnungstag

### **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, entfällt

in Höhe von 31,59 €

### **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€
Gastroenterologie	164,64€
Kardiologie	156,97€
Allgemeinchirurgie	100,72€

Unfallchirurgie	82,32€
Gynäkologie	119,13€

### **b. nachstationäre Behandlung**

Innere Medizin	53,60€
Allgemeinchirurgie	17,90€
Unfallchirurgie	21,47€
Gynäkologie	22,50€
Geburtshilfe	28,12€

### **c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten**

- Computer-Tomographie-Geräte (CT):
- Magnet-Resonanz-Geräte (MR):
- Linksherzkatheter-Messplätze (LHM):

Gemäß § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 KHEntgG ist eine **vorstationäre Behandlung** neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Eine **nachstationäre Behandlung** kann zusätzlich zur Fallpauschale (DRG) berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale (DRG) übersteigt.

## **14. Entgelte für sonstige Leistungen**

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

in Höhe von 110,15 €

3. Für die Bereitstellung der Prosektur berechnet das Krankenhaus

in Höhe von 20 € / Tag

## **15. Zuzahlungen**

### **Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 4 SGB V**

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beträgt derzeit 10,00 € je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

### **Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten für Übergangspflege nach § 39e Abs. 2 SGB V, entfällt.**

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der Übergangspflege nach § 39e SGB V – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beträgt derzeit 10,00 € je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 1 SGB V beim Patienten geltend gemacht. Dabei sind bereits geleistete Zuzahlungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung anzurechnen.

## **16. Wiederaufnahme und Rückverlegung**

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 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.

## **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. Entbindungspflegerinnen.

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.

Bereitstellung Fernsehgerät:	2,50 € je Tag
Berechnung des Fernsprechapparates:	1,50 € je Tag + 0,10 € je Einheit

### **Inkrafttreten**

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.02.2026 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG Entgelttarif / Pflegekostentarif vom 01.11.2025 aufgehoben.

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

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

Fr. Hecker 02632- 404- 5427

Fr. Scherer 02632- 404- 5718

Fr. Laux 02632- 404- 5431

Fr. Bach 02632- 404- 5436

Fr. Mack 02632- 404- 5436

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.