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

Die RoMed Klinik Wasserburg am Inn berechnet **ab 01.10.2026** 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 **4.615,06 €** 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

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:

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)	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 Zusatzentgeltekatalogen gemäß § 5 FPV 2026

Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) gemäß § 17b Abs. 1 S. 7 KHG Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2026 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2026 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2026 genannten Zusatzentgelte **krankenhausindividuelle Zusatzentgelte** nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden.

Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

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

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

Zusatzentgelt nach § 6 KHEntgG	Entgelthöhe
ZE2026-106 Gabe von Abatacept, subkutan, je 125 mg Fertigspritze; OPS 6-003.t*	433,25 €
ZE2026-112 Gabe von Abirateronacetat, oral, je mg; OPS 6-006.2*	0,12 €
ZE2026-148 Gabe von Adalimumab, parenteral, je mg; OPS 6-001.d*	2,05 €
ZE2026-142 Gabe von Aflibercept, intravenös, je mg; OPS 6-007.3*	3,57 €
ZE2026-202 Gabe von Aldesleukin, parenteral, je 1 Mio. IE; OPS 6-001.8*	20,16 €
ZE2026-58 Gabe von Alpha-1-Proteinaseninhibitor human, parenteral, je mg; OPS 8-812.0*	0,39 €
ZE2026-84 Gabe von Ambrisentan, oral, bei Verabreichung einer 5 mg Tablette, je mg; OPS 6-004.2*	2,90 €
ZE2026-84 Gabe von Ambrisentan, oral, bei Verabreichung einer 10 mg Tablette, je mg; OPS 6-004.2*	1,52 €
ZE2026-154 Gabe von Anidulafungin, parenteral, je mg; OPS 6-003.k*	0,33 €
ZE2026-180 Gabe von Azacytidin, parenteral, je 1 mg; OPS 6-005.0*	0,77 €
ZE2026-130 Gabe von Belimumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-006.6*	1,29 €
ZE2026-170 Gabe von Bevacizumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-002.9*	0,85 €
ZE2026-159 Gabe von Blinatumomab, parenteral, je µg; OPS 6-008.7*	65,68 €
ZE2026-147 Gabe von Bortezomib, parenteral, je mg; OPS 6-001.9*	16,67 €
ZE2026-56-1 Bosentan, eine Tablette zu 62,5 oder 125 mg	14,51 €
ZE2026-140 Gabe von Brentuximabvedotin, parenteral, je mg; OPS 6-006.b*	64,48 €
ZE2026-150 Gabe von Busulfan, parenteral, je mg; OPS 6-002.d*	1,56 €
ZE2026-113 Gabe von Cabazitaxel, parenteral, je mg; OPS 6-006.1*	7,91 €
ZE2026-162 Gabe von Carfilzomib, parenteral, je mg; OPS 6-008.9*	17,48 €
ZE2026-123 Gabe von Caspofungin, parenteral, je mg; OPS 6-002.p*	0,55 €
ZE2026-171 Gabe von Clofarabin, parenteral, je mg; OPS 6-003.j*	50,58 €
ZE2026-200 Gabe von Daratumumab, intravenös, je 1 mg; OPS 6-009.q*	4,39 €
ZE2026-201 Gabe von Daratumumab, subkutan, je 1 mg; OPS 6-009.r*	3,17 €
ZE2026-91 Gabe von Dasatinib, oral, je 1 mg, bei Verwendung Originalprodukt bei chronischer myeloischer Leukämie (CML); OPS 6-004.3*	2,10 €
ZE2026-131 Gabe von Defibrotid, parenteral, je mg; OPS 6-005.k*	2,53 €
ZE2026-63 Gabe von Dibotermin alfa, Implantation am Knochen, je 1 mg bei Verwendung einer 12 mg Durchstechflasche; OPS 6-003.4*	310,09 €
ZE2026-191 Gabe von Dinutuximab beta, parenteral, je 1 mg; OPS 6-009.b*	511,70 €
ZE2026-203 Gabe von Durvalumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-00b.7*	3,98 €
ZE2026-183 Gabe von Elotuzumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-009.d*	3,64 €
ZE2026-143 Gabe von Eltrombopag, oral, je mg; OPS 6-006.0*	2,14 €
ZE2026-141 Gabe von Enzalutamid, oral, je mg; OPS 6-007.6*	0,66 €
ZE2026-121 Gabe von Etanercept, parenteral, je mg; OPS 6-002.b*	4,03 €
ZE2026-175 Gabe von Filgrastim, parenteral, je 1 Mio. IE; OPS 6-002.1*	0,20 €
ZE2026-204 Gabe von Gemtuzumab ozogamicin, parenteral, je 1 mg; OPS 6-00b.a*	1.606,50 €
ZE2026-69 Gabe von Hämin, parenteral, je mg; OPS 6-004.1*	3,55 €
ZE2026-145 Gabe von Ibrutinib, oral, je mg; OPS 6-007.e*	0,47 €
ZE2026-122 Gabe von Imatinib, oral, je mg; OPS 6-001.g*	0,01 €
ZE2026-149 Gabe von Infliximab, parenteral, je mg; OPS 6-001.e*	0,89 €
ZE2026-166 Gabe von Isavuconazol, parenteral, je mg; OPS 6-008.g*	2,26 €
ZE2026-167 Gabe von Isavuconazol, oral, je mg; OPS 6-008.h*	0,62 €

ZE2026-127 Gabe von L-Asparaginase aus Erwinia chrysanthemi [Erwinase], parenteral, je IE; OPS 6-003.r*	0,11 €
ZE2026-77-31 Gabe von Lenalidomid, oral, pro 1 mg; OPS 6-003.g*	0,15 €
ZE2026-176 Gabe von Lenograstim, parenteral, je 1 Mio. IE; OPS 6-002.2*	0,32 €
ZE2026-214 Gabe von Letermovir, oral, je 1 mg; OPS 6-00b.c*	0,73 €
ZE2026-215 Gabe von Letermovir, parenteral, je 1 mg; OPS 6-00b.d*	0,73 €
ZE2026-178 Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral, je 1 mg; OPS 6-007.7*	23,80 €
ZE2026-169 Gabe von Liposomalem Irinotecan, parenteral, je 1 mg; OPS 6-009.e*	23,13 €
ZE2026-163 Gabe von Macitentan, oral, je mg; OPS 6-007.h*	4,90 €
ZE2026-196 Gabe von Micafungin, parenteral, je 1 mg; OPS 6-004.5*	0,63 €
ZE2026-192 Gabe von Midostaurin, oral, je 1 mg; OPS 6-00a.b*	5,52 €
ZE2026-101 Gabe von Mifamurtid, parenteral, je mg	972,86 €
ZE2026-111 Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral, je mg; OPS 6-005.d*	2,24 €
ZE2026-79-29 Gabe von Nelarabin, parenteral, je mg; OPS 6-003.e*	1,94 €
ZE2026-128 Gabe von nicht pegylierter Asparaginase, parenteral, je 10.000 IE; OPS 6-003.n*	296,33 €
ZE2026-161 Gabe von Nivolumab, parenteral, je mg; OPS 6-008.m*	12,04 €
ZE2026-165 Gabe von Nusinersen, intrathekal, je 12 mg; OPS 6-00a.d	77.350,00 €
ZE2026-144 Gabe von Obinutuzumab, parenteral, je mg; OPS 6-007.j*	2,52 €
ZE2026-177 Gabe von Pegfilgrastim, parenteral, je 1 mg; OPS 6-002.7*	12,82 €
ZE2026-129 Gabe von pegylierter Asparaginase, parenteral, je IE; OPS 6-003.p*	0,68 €
ZE2026-120 Gabe von Pemetrexed, parenteral, je mg; OPS 6-001.c*	0,08 €
ZE2026-158 Gabe von Pertuzumab, parenteral, je mg; OPS 6-007.9*	6,29 €
ZE2026-157 Gabe von Pixantron, parenteral, je mg; OPS 6-006.e*	15,39 €
ZE2026-205 Gabe von Polatuzumab vedotin, parenteral, je 1 mg; OPS 6-00c.c*	73,67 €
ZE2026-156 Gabe von Posaconazol, parenteral, je mg; OPS 6-007.k*	0,96 €
ZE2026-172 Gabe von Posaconazol, oral, Suspension, je mg; OPS 6-007.0*	0,12 €
ZE2026-173 Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten, je 1 mg; OPS 6-007.p*	0,12 €
ZE2026-146 Gabe von Ramucirumab, parenteral, je mg; OPS 6-007.m*	4,05 €
ZE2026-219 Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII bei postpartaler Blutung; OPS 8-810.67 oder 8-810.68 oder 8-810.69 oder 8-810.6a oder 8-810.6b oder 8-810.6c oder 8-810.6d oder 8-810.6e oder 8-810.6f oder 8-810.6g oder 8-810.6h oder 8-810.6j oder 8-810.6k oder 8-810.6m oder 8-810.6n oder 8-810.6p oder 8-810.6q oder 8-810.6r oder 8-810.6s oder 8-810.6u oder 8-810.6v oder 8-810.6w oder 8-810.6z	885,47 €
ZE2026-164 Gabe von Riociguat, oral, je 0,5 - 2,5 mg Filmtablette; OPS 6-008.0*	16,67 €
ZE2026-103 Gabe von Rituximab, subkutan, je 1400 mg Fertigspritze; OPS 6-001.j*	3.325,47 €
ZE2026-151 Gabe von Rituximab, intravenös, je mg; OPS 6-001.h*	0,58 €
ZE2026-75 Gabe von Sorafenib, oral, je mg; OPS 6-003.b*	0,02 €
ZE2026-74 Gabe von Sunitinib, oral, je mg; OPS 6-003.a*	0,30 €
ZE2026-85 Gabe von Temsirolimus, parenteral, je 1 mg; OPS 6-004.e*	41,29 €
ZE2026-132 Gabe von Thiotepa, parenteral, je mg; OPS 6-007.n*	3,51 €
ZE2026-110 Gabe von Tocilizumab, subkutan, je Fertigspritze 162 mg; OPS 6-005.n*	514,47 €
ZE2026-104 Gabe von Trastuzumab, subkutan, je 600 mg Durchstechflasche; OPS 6-001.m*	2.286,73 €
ZE2026-153 Gabe von Trastuzumab, intravenös, je mg; OPS 6-001.k*	1,06 €
ZE2026-194 Gabe von Ustekinumab, intravenös, je 1 mg; OPS 6-005.p*	43,02 €
ZE2026-195 Gabe von Ustekinumab, subkutan, je 45 mg oder 90 mg; OPS 6-005.q*	5.593,15 €
ZE2026-182 Gabe von Vedolizumab, parenteral, je 300 mg; OPS 6-008.5*	2.313,72 €
ZE2026-182 Gabe von Vedolizumab, parenteral, je 108 mg; OPS 6-008.5*	578,44 €
ZE2026-124 Gabe von Voriconazol, oral, je 200 mg Tablette; OPS 6-002.5*	1,17 €
ZE2026-125 Gabe von Voriconazol, parenteral, je 200 mg; OPS 6-002.r*	5,66 €
ZE2026-01 Beckenimplantate; OPS 5-785.2d oder 5-785.3d oder 5-785.4d oder 5-785.5d	3.333,53 €
ZE2026-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.00	6.157,96 €
ZE2026-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.01	6.610,17 €
ZE2026-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.03	7.286,60 €
ZE2026-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.04	8.587,31 €
ZE2026-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.05	9.316,94 €
ZE2026-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.06	9.980,81 €
ZE2026-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.07	10.988,77 €
ZE2026-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.08	12.298,70 €
ZE2026-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.09	13.516,91 €
ZE2026-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.0b	15.141,12 €
ZE2026-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.0c	17.297,64 €
ZE2026-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.0d	18.876,99 €
ZE2026-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.0e	20.843,61 €
ZE2026-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.30	5.547,26 €
ZE2026-04 Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich; OPS 5-020.65 oder 5-020.66 oder 5-020.67 oder 5-020.68 oder 5-020.6b oder 5-020.6c oder 5-020.6d oder 5-020.6e oder 5-020.71 oder 5-020.72 oder 5-020.74 oder 5-020.75 oder 5-774.71 oder 5-774.72 oder 5-775.71 oder 5-775.72	4.578,41 €
ZE2026-05 Distraktion am Gesichtsschädel; OPS 5-776.6 oder 5-776.7 oder 5-776.9 oder 5-777.*1	1.598,93 €
ZE2026-09 Hämoperfusion und Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen; OPS 8-821.2	1.081,81 €
ZE2026-09 Hämoperfusion und Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen; OPS 8-856	633,27 €
ZE2026-13 Immunadsorption; OPS 8-821.0	2.059,00 €
ZE2026-15 Zellapherese; OPS 8-823 oder 8-825.*	621,35 €
ZE2026-22 IABP; OPS 5-376.00 oder 8-839.0	818,26 €

ZE2026-25 Modulare Endoprothesen, Knie; OPS 5-829.k oder 5-829.m	2.275,69 €
ZE2026-25 Modulare Endoprothesen, Hüfte; OPS 5-829.k oder 5-829.m	1.468,94 €
ZE2026-25 Modulare Endoprothesen, Schulter; OPS 5-829.k oder 5-829.m	1.601,22 €
ZE2026-41 Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems; OPS 8-977	1.243,81 €
ZE2026-49 Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) in Kombination mit Peritonektomie und ggf. mit Multiviszeralresektion oder hypertherme intrathorakale Chemotherapie (HITOC) in Kombination mit Pleurektomie und ggf. mit Tumorreduktion	4.127,00 €
ZE2026-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, je Prothese; OPS 5-429.j0 oder 5-429.j1 oder 5-429.j3 oder 5-429.j4 oder 5-429.j9 oder 5-429.ja oder 5-429.jb oder 5-429.jc oder 5-429.jd oder 5-429.je oder 5-429.jf oder 5-429.jg oder 5-449.h* oder 5-469.k* oder 5-489.g0 oder 5-513.m* oder 5-513.n* oder 5-517.** oder 5-526.e0 oder 5-526.f0 oder 5-529.g* oder 5-529.j*	814,33 €
ZE2026-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, je Prothese; OPS 5-529.n4 oder 5-529.p2 oder 5-529.r3 oder 5-529.s2	1.203,16 €
ZE2026-61 Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar; OPS 5-039.e2	23.095,87 €
ZE2026-61 Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar; OPS 5-039.n2	21.792,41 €
ZE2026-62 Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge bis 4,3 l; OPS 8-839.46	19.262,95 €
ZE2026-62 Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge bis zu 5,5 Liter/Minute; OPS 8-839.46	33.000,00 €
ZE2026-67 Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal; OPS 8-840.*4	1.166,73 €
ZE2026-67 Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal; OPS 8-841.*4	1.472,41 €
ZE2026-67 Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal; OPS 8-843.*4	1.326,51 €
ZE2026-67 Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal; OPS 8-849.*4	2.236,36 €
ZE2026-67 Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal; OPS 8-84a.*4	4.440,62 €
ZE2026-67 Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal; OPS 8-84b.*4	5.380,25 €
ZE2026-86 Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen; OPS 5-039.g	10.367,00 €
ZE2026-86 Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen; OPS 5-039.h	10.320,67 €
ZE2026-86 Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen; OPS 5-039.p	10.506,00 €
ZE2026-88 Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen; OPS 1-942.1	1.053,00 €
ZE2026-88 Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen; OPS 1-942.2	1.678,00 €
ZE2026-88 Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen; OPS 1-942.3	2.058,00 €
ZE2026-109 Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran; OPS 8-854.8	919,57 €
ZE2026-152 Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik; OPS 1-945.0	933,98 €
ZE2026-152 Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik; OPS 1-945.1	1.300,07 €
ZE2026-187 Neurostimulatoren zur Hypoglossusnerv-Stimulation; OPS 5-059.c7	22.500,00 €
ZE2026-187 Neurostimulatoren zur Hypoglossusnerv-Stimulation; OPS 5-059.d7	17.243,00 €
ZE2026-188 Patientenindividuell hergestellte Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Öffnung; OPS 5-38a.70 in Verbindung mit OPS 5-38a.w0	12.300,00 €
ZE2026-188 Patientenindividuell hergestellte Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Öffnung; OPS 5-38a.80 in Verbindung mit OPS 5-38a.w0	17.400,00 €
ZE2026-188 Patientenindividuell hergestellte Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Öffnung; OPS 5-38a.c0 in Verbindung mit OPS 5-38a.w0	11.100,00 €
ZE2026-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.7b	24.065,00 €
ZE2026-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.7c	24.065,00 €
ZE2026-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.7d	26.750,00 €
ZE2026-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.8c	24.065,00 €
ZE2026-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.8d	24.065,00 €
ZE2026-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.8e	26.750,00 €
ZE2026-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.8f	29.500,00 €
ZE2026-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.c1	24.065,00 €
ZE2026-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.c2	24.065,00 €
ZE2026-189 Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.c3	26.750,00 €
ZE2026-213 Gabe von Andexanet alfa, parenteral, je 1 mg; OPS 6-00c.0	11,01 €
ZE2026-217 Gabe von Apalutamid, oral, je 1 mg; OPS 6-00c.1*	0,38 €
ZE2026-216 Gabe von Avelumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-00a.2*	3,88 €
ZE2026-218 Gabe von Cemiplimab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-00c.3*	11,84 €
ZE2026-212 Gabe von Idarucizumab, parenteral, je 2500 mg; OPS 6-008.f	1.487,50 €
ZE2026-210 Gabe von Eculizumab, parenteral; OPS 6-003.h*	16,78 €
ZE2026-208 Gabe von Trabectedin, parenteral, je 1 mg; OPS 6-004.a*	2.522,80 €
ZE2026-211 Gabe von Tocilizumab, intravenös, je 1 mg; OPS 6-005.m*	2,62 €
ZE2026-209 Gabe von Plerixafor, parenteral; OPS 6-005.e*	281,06 €
ZE2026-206 Gabe von Natalizumab, parenteral; OPS 6-003.f*	5,52 €
ZE2026-137 Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII Für die Zusatzentgelte gelten neben den Abrechnungsbestimmungen des KHEntgG und der FPV 2024 die Definitionen und Abrechnungsbestimmungen der Anlagen 4, 6 und 7 der FPV 2024. Die abgerechneten Kosten sind auf Anforderung der Krankenkasse zu belegen.	
ZE2026-138 Gabe von Fibrinogenkonzentrat Vergütet werden die dem Krankenhaus entstandenen Kosten für die verabreichten Blutgerinnungsfaktoren. Für die Zusatzentgelte gelten neben den Abrechnungsbestimmungen des KHEntgG und der FPV 2024 die Definitionen und Abrechnungsbestimmungen der Anlagen 4, 6 und 7 der FPV 2024. Die abgerechneten Kosten sind auf Anforderung der Krankenkasse zu belegen	

ZE2026-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren Vergütet werden die dem Krankenhaus entstandenen Kosten für die verabreichten Blutgerinnungsfaktoren. Für die Zusatzentgelte gelten neben den Abrechnungsbestimmungen des KHEntgG und der FPV 2024 die Definitionen und Abrechnungsbestimmungen der Anlagen 4, 6 und 7 der FPV 2024. Die abgerechneten Kosten sind auf Anforderung der Krankenkasse zu belegen.
ZE2026-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren Vergütet werden die dem Krankenhaus entstandenen Kosten für die verabreichten Blutgerinnungsfaktoren. Für die Zusatzentgelte gelten neben den Abrechnungsbestimmungen des KHEntgG und der FPV 2024 die Definitionen und Abrechnungsbestimmungen der Anlagen 4, 6 und 7 der FPV 2024. Die abgerechneten Kosten sind auf Anforderung der Krankenkasse zu belegen.

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 DRG-EKV 2026

B61B	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks außer bei Transplantation	Abrechnung pro Tag	**€ 369,69**
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	Abrechnung pro Tag	**€ 357,53**
B76A	Anfälle, mehr als 1 Beleg.tag, mit komplexer Diagnostik und Therapie	Abrechnung pro Tag	**€ 280,63**

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** DRG-EKV 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** DRG-EKV 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** DRG-EKV 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:

Derzeit sind keine vereinbart.

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

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **60,97 €**

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **108,70 €**

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **60,00 €** pro Tag

- Zuschlag für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG in Höhe von **0,84 €**

- Zuschlag gem. § 4a KHEntgG § zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin **in Höhe von 11,692 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen, der Zusatzentgelte

und der sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 und 2a KHEntgG

- Zuschlag wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG in Höhe von **22,13 €** je vollstationärem Fall.

- Zuschlag für die Qualitätssicherung für Schlaganfallpatienten **in Höhe von 3,10 €**

- 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

8. 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 gem. § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG die in **Anhang 1** aufgeführten, zeitlich befristeten fallbezogenen Entgelte oder Zusatzentgelte in EURO ab.

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 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.

Der Pflegeentgeltwert beträgt: 358,49 €

10. 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 €

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 abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von 9,35 €

12. 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**
- Allgemeine Chirurgie	**€**	**100,72**
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe	**€**	**119,13**
- HNO (Belegabteilung)	**€**	**78,74**

b. nachstationäre Behandlung

- Innere Medizin	**€**	**53,69**
- Allgemeine Chirurgie	**€**	**17,90**
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe	**€**	**22,50**
- HNO (Belegabteilung)	**€**	**37,84**

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Zusätzlich zu den Pauschalen für vor- oder nachstationäre Behandlung mit medizinisch tech-nischen Großgeräten (Computer-Tomographie-Geräte – CT, Magnet-Resonanz-Geräte – MR, Linksherzkatheter-Messplätze – LMH, Hochvolttherapie-Geräte, Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte – PET) nach entsprechenden DKG-NT-Ziffern abgerechnet werden.

Gemäß § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 KHEntgG ist eine **vorstationäre Behandlung** neben einer Fall-pauschale (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 und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus **100,00 €,** sowie **90,00 €** für die Unterbringung bis zur Überführung.

14. 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.

15. 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.

16. 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.

17. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet. Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung und der Patienteninformation über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen entnehmen.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **01.10.2026** in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif vom 01.01.2026 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Gleichzeitig können Sie beim Medizincontrolling auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie die zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen. Alle relevanten Dokumente sowie weiterführende Informationen finden Sie auch auf der offiziellen Homepage des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) [www.g-drg.de]

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.