Klinikum Main-Spessart

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

Das Klinikum Main-Spessart berechnet ab 01.01.2026 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 **4.562,26 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

NEXUS / CURATOR - Lenkungsinformation unter Dok.-Nr. 76104 | Version 11 vom 27.02.2026 | Gültig bis: 27.02.2028 | Seite 1 von 11

Beispiel (Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor oder andere Kopfverletzungen und bestimmte Fraktur	0,539	€ 4.000,00	€ 2.156,00
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	2,997	€ 4.000,00	€ 11.988,00

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 Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung) aufgeführt. Die jeweils anwendbare Hybrid-DRG wird mit einem festen Eurobetrag vergütet, der ebenfalls in der Rechtsverordnung aufgeführt ist. 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.

NEXUS / CURATOR - Lenkungsinformation unter Dok.-Nr. 76104 | Version 11 vom 27.02.2026 | Gültig bis: 27.02.2028 | Seite 2 von 11

Beispiel:

Leistungsbereich Bestimmte Hernieneingriffe

OPS-Kode	OPS-Text
5-530.00	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion
5-530.01	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Hydrozelenwandresektion

Hybrid-DRG	Bezeichnung	Fallpauschale der Hybrid-DRG ohne postoperative Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte A) in Euro	Fallpauschale der Hybrid-DRG zuzüglich postoperativer Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte B) in Euro
G09N	Hybrid-DRG der DRG G09Z (Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm)	2.885,11 €	2.915,11 €
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)	2.711,39 €	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 30,00 € 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

NEXUS / CURATOR - Lenkungsinformation unter Dok.-Nr. 76104 | Version 11 vom 27.02.2026 | Gültig bis: 27.02.2028 | Seite 3 von 11

§ 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:

Entgelt	Bezeichnung	Entgelthöhe
ZE20JJ-25-1	Modulare Endoprothesen, Hüfte; OPS 5-829.k*	1.650,00 €
ZE20JJ-25-2	Modulare Endoprothesen, Knie; OPS 5-829.k*	2.300,00 €
ZE20JJ-25-3	Modulare Endoprothesen, Schulter; OPS 5-829.k oder 5-829.m	1.680,00 €
ZE20JJ-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; 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* oder 5-529.n4 oder 5-529.p2 oder 5-529.r3 oder 5-529.s2	860,00 €
ZE20JJ-62	Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge bis 2,5l; OPS 8-839.46 oder 8-839.47	18.500,00 €
ZE20JJ-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	Kostenerstattung
ZE20JJ-103	Gabe von Rituximab, subkutan, je 1400 mg Fertigspritze; OPS 6-001.j*	2.646,00 €
ZE20JJ-111	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral, je mg; OPS 6-005.d*	2,62 €
ZE20JJ-113	Gabe von Cabazitaxel, parenteral, je mg; OPS 6-006.1*	7,91 €
ZE20JJ-115	Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Molekulargenetische Identifikation und Herstellung von patientenspezifischen Markern; OPS 1-991.0	2.100,00 €
ZE20JJ-120	Gabe von Pemetrexed, parenteral, je mg; OPS 6-001.c*	0,10 €
ZE20JJ-123	Gabe von Caspofungin, parenteral, je mg; OPS 6-002.p*	0,55 €
ZE20JJ-124	Gabe von Voriconazol, oral, je 200mg Tablette; OPS 6-002.5*	1,30 €
ZE20JJ-137	Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII OPS: 8-810.6*	Kostenerstattung ab Schwellenwert 20.000,00€
ZE20JJ-138	Gabe von Fibrinogenkonzentrat OPS: 8-810.j*	Kostenerstattung ab Schwellenwert 2.500,00€
ZE20JJ-139	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren OPS: 8-810.7* oder 8-810.8* oder 8-810.9* oder 8-810.a* oder 8-810.b*	Kostenerstattung ab Schwellenwert 6.000,00€

NEXUS / CURATOR - Lenkungsinformation unter Dok.-Nr. 76104 | Version 11 vom 27.02.2026 | Gültig bis: 27.02.2028 | Seite 4 von 11

ZE20JJ-141	Gabe von Enzalutamid, oral, je mg; OPS 6-007.6*	0,66 €
ZE20JJ-143	Gabe von Eltrombopag, oral; OPS 6-006.0*	2,18 €
ZE20JJ-144	Gabe von Obinutuzumab, parenteral, je mg; OPS 6-007.j*	2,52 €
ZE20JJ-146	Gabe von Ramucirumab, parenteral, je mg; OPS 6-007.m*	4,05 €
ZE20JJ-149	Gabe von Infliximab, parenteral, je mg; OPS 6-001.e*	1,01 €
ZE20JJ-151	Gabe von Rituximab, intravenös, je mg; OPS 6-001.h*	0,70 €
ZE20JJ-153	Gabe von Trastuzumab, intravenös, je mg; OPS 6-001.k*	1,06 €
ZE20JJ-154	Gabe von Anidulafungin, parenteral, je mg; OPS 6-003.k*	0,33 €
ZE20JJ-164	abe von Riociguat, oral, je 0,5 - 2,5 mg Filmtablette; OPS 6-008.0*	17,66 €
ZE20JJ-169	Gabe von Liposomalem Irinotecan, parenteral, je mg; OPS 6-009.e*	26,59 €
ZE20JJ-170	Gabe von Bevacizumab, parenteral, je mg; OPS 6-002.9*	0,60 €
ZE20JJ-173	Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten; OPS 6-007.p*	12,00 €
ZE20JJ-175	Gabe von Filgrastim, parenteral, je 1 Mio. IE; OPS 6-002.1*	0,21 €
ZE20JJ-177	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral, je mg; OPS 6-002.7*	12,82 €
ZE20JJ-180	Gabe von Azacytidin, parenteral, je mg; OPS 6-005.0*	0,77 €
ZE20JJ-198	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD): Molekulargenetische Identifikation von krankheitsspezifischen Markern	2.100,00 €
ZE20JJ-200	Gabe von Daratumumab, intravenös, je mg; OPS 6-009.q*	4,40 €
ZE20JJ-201	Gabe von Daratumumab, subkutan, je mg; OPS 6-009.r*	3,18 €
ZE20JJ-205	Gabe von Polatuzumab vedotin, parenteral, je mg; OPS 6-00c.c*	51,57 €
ZE20JJ-213	Gabe von Andexanet alfa, parenteral, je mg; OPS 6-00c.0	11,01 €
ZE20JJ-221	Gabe von Atezolizumab, subkutan, je mg; OPS 6-00a.n*	2,11 €

Das Krankenhaus berechnet folgende NUBs:

	Tremelimumab, je mg	66,89 €
	Avatrombopag, je mg	3,58 €
	Futibatinib, je 4 mg; OPS 6-00j.3	82,16 €
	Inebilizumab, je mg; OPS 6-00e.m	180,76 €
	Mosunetuzumab, je mg	249,00 €
	Nirmatrelvir-Ritonavir, je mg	0,27 €
	Remdesivir, je mg	4,11 €
	Rezafungin, je mg	12,47 €
	Streptozotocin, je g	863,11 €
	Sutimlimab, je mg	1,01 €
	Teduglutid, je mg	145,49 €
	Ublituximab, je mg	17,11 €
	Zolbetuximab, je mg	6,23 €
	Aszitesbehandlung mittels einer vollimplantierbaren Pumpe	23.186,96 €
	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent 250 mm oder mehr; OPS 8-842.*c oder 8-842.*s in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f4	3.658,39 €
	Implantation eines Magenschrittmachers, Aggregatwechsel	9.779,61 €
	Transkatheter-Implantation einer interatrialen Shunt-Vorrichtung für die Behandlung von Herzinsuffizienz; OPS 8-837.b3	15.440,38 €
	Endovaskuläre Implantation/Reparatur einer Stent-Prothese mittels eines Endo-Staplers; OPS 5-98c.4	4.759,92 €

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:

NEXUS / CURATOR - Lenkungsinformation unter Dok.-Nr. 76104 | Version 11 vom 27.02.2026 | Gültig bis: 27.02.2028 | Seite 5 von 11

DRG	Bezeichnung	Entgelthöhe
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	288,34 €
B61B	best. akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht weg-verlegt	344,02 €
B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson	324,14 €

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. 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:

  30,40 €

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

  19,00 €

- Testung mittels Antigen-Test zur patientennahen Anwendung durch Dritte zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (PoC-Antigentest) bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2021:

  11,50 €.

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

  - bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als vier Proben und höchstens 10 Proben:

    14,00 €.

NEXUS / CURATOR - Lenkungsinformation unter Dok.-Nr. 76104 | Version 11 vom 27.02.2026 | Gültig bis: 27.02.2028 | Seite 6 von 11

- bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 10 Proben und höchstens 20 Proben:

  13,00 €.

- bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 20 Proben:

  12,00 €.

7. Zu- und Abschläge bzw. Abzüge

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

7.1 Zuschlag für die externe Qualitätssicherung in Bayern für das Jahr 2026 beträgt pro Krankenhausaufenthalt 0,84 € vgl. §17b Abs. 1 Satz 5 KHG sowie § 8 Abs. 4 KHEntgG.

7.2 DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG beträgt im Jahr 2026 pro Krankenhausaufenthalt 1,59 €.

7.3 Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss n. § 91 SGB V und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin n. § 139a SGB V beträgt im Jahr 2026 pro Krankenhausaufenthalt 3,12€.

7.4 Zuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von 60,00 € pro Tag.

7.5 Ausbildungszuschlag nach § 17a KHG in Höhe von 60,97 € (gültig für Aufnahmen ab dem 01.01.2026).

7.6 Ausbildungszuschlag gem. § 33 Abs. 3 S. 1 PflBG in Höhe von 108,70 € (gültig für Aufnahmen ab dem 01.01.2026).

7.7 Zuschlag für jeden zu dokumentierenden Krankenhausaufenthalt im Rahmen des Qualitätssicherungsprojekts Schlaganfallbehandlung in Bayern für 2026 in Höhe von 3,10 €.

7.8 Zuschlag für die telemedizinische Versorgung im Schlaganfallnetzwerk TRANSIT nach § 5 Abs. 1 bis 3 KHEntgG in Höhe von 237,25 € für jede Schlaganfallbehandlung.

7.9 Zuschlag für die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen (§17b Abs. 1a Nr. 4 KHG) 0,20 €.

7.10 Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung in Höhe von 14,32 € nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG. Der Zuschlag wird für vollstationäre Aufnahmen in der Zeit ab 01.01.2026 erhoben.

7.11 Zuschlag zur Sicherung der Kinder- und Jugendmedizin nach § 4a KHEntgG:

NEXUS / CURATOR - Lenkungsinformation unter Dok.-Nr. 76104 | Version 11 vom 27.02.2026 | Gültig bis: 27.02.2028 | Seite 7 von 11

Folgender Zuschlag wird für die voll- und teilstationären Aufnahmen mit Alter über 28 Tagen und unter 16 Jahren ab dem 01.01.2026 als v. Hundert Wert erhoben: 11,692 %

7.12 Telematikzuschlag nach § 377 Abs. 1 und 2 SGB V:
Folgender Zuschlag wird für voll- und teilstationäre Aufnahmen ab dem 01.01.2026 erhoben: 7,53 €.

7.13 Sicherstellungszuschlag gemäß § 5 Abs. 2 KHEntgG:
Folgender Zuschlag wird für voll- und teilstationäre Aufnahmen ab dem 01.01.2026 erhoben: 46,79 €

7.14 Zuschlag nach § 17b Absatz 1a Nummer 9 KHG Implantateregistermeldevergütung Implantattyp: Hüft- und Knieendoprothesen
Höhe des Zuschlags vom 01.01.2026 bis zum 31.12.2026: 18,24 Euro

7.1 Zuschlag Sofort-Transformationskosten gemäß § 8 Abs. 11 Satz 1 KHEntgG:
Folgender Zuschlag wird für voll- und teilstationäre Aufnahmen ab dem 01.11.2025 als v. Hundert Wert erhoben: 3,25 %

8. 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.
Folgender Pflegeentgeltwert wird für vollstationäre Aufnahmen ab 01.01.2026 zugrunde gelegt: 382,94 €

9. 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:

Vorstationäre Leistungen (fallbezogene Pauschale)

Chirurgie	100,72 €
Innere Medizin	147,52 €
Neurologie	114,02 €
Gynäkologie	119,13 €

Nachstationäre Leistungen (tagesbezogene Pauschale)

NEXUS / CURATOR - Lenkungsinformation unter Dok.-Nr. 76104 | Version 11 vom 27.02.2026 | Gültig bis: 27.02.2028 | Seite 8 von 11

Chirurgie	19,70 €
Innere Medizin	53,69 €
Neurologie	40,90 €
Gynäkologie	22,50 €

Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

5720	Großgerät MRT vorstationär Abdomen und/ oder Becken	179,97 €
5733	Großgerät MRT Zuschlag vorstationär computergesteuerte Analyse (3D-Konstruktion)	32,72 €
5731	Großgerät MRT vorstationär ergänzende Serie(n)	40,90 €
5730	Großgerät MRT Extremitäten/ Darstellung mindestens zwei großer Gelenke	163,61 €
5729	Großgerät MRT vorstationär Gelenke/ Abschnitte von Extremitäten	98,17 €
5735	Großgerät MRT Höchstwert f. die Leistungen nach Nrn. 5700 - 5730	245,42 €
5700	Großgerät MRT vorstationär Kopfbereich ggf. mit Hals	179,97 €
5721	Großgerät MRT vorstationär Mamma(e)	163,61 €
5715	Großgerät MRT vorstationär Thorax/ ggf. Hals/ Thoraxorgane/ Aorta	175,88 €
5705	Großgerät MRT vorstationär Wirbelsäule in zwei Projektionen	171,79 €
5732	Großgerät MRT vorstationär Zuschlag Positionswechsel und/ oder Spulenwechsel	40,90 €

5372	Großgerät CT vorstationär im Abdominalbereich	106,35 €
5375	Großgerät CT vorstationär Aorta in gesamter Länge	81,81 €
5378	Großgerät CT vorstationär Bestrahlungsplanung oder interventionelle Maßnahmen	40,90 €
5377	Großgerät CT Zuschlag computergesteuerter Analyse/ anschließende 3D-Rekonstruktion	32,72 €
5376	Großgerat CT vorstationär mit mindestens einer zusätzlichen Serie	20,45 €
5371	Großgerät CT vorstationär Hals und/ oder Thoraxbereich	94,08 €
5369	Großgerät CT Höchstwert f. die Leistungen nach Nrn. 5370 bis 5374	122,71 €
5370	Großgerät CT vorstationär Kopfbereich - ggf. kraniozervikaler Übergang	81,81 €
5380	Großgerät CT vorstationär Bestimmung Mineralgehalt repräsentativer Skelettteile	12,27 €
5373	Großgerät CT vorstationär Skelett (Wirbelsäule/ Extremitäten/ Gelenke)	77,72 €
5374	Großgerät CT vorstationär Zwischenwirbelräume HWS/ BWS/ LWS/ ggf. Übergangsregionen	77,72 €

Gem. § 8 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG ist eine vorstationäre Behandlung neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Eine nachstationäre Behandlung kann zusätzlich zu einer Fallpauschale (DRG) berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale (DRG) übersteigt.

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.

10. Entgelte für sonstige Leistungen

NEXUS / CURATOR - Lenkungsinformation unter Dok.-Nr. 76104 | Version 11 vom 27.02.2026 | Gültig bis: 27.02.2028 | Seite 9 von 11

Leichenschau gemäß Ziffer 101 GOÄ	99,46 €
Leichenhausbenutzung	15,00 €
Kühlzelle (pro Tag)	30,00 €
Zuschlag F (20-22 Uhr oder 6-8 Uhr)	15,15€
Zuschlag G (22-6 Uhr)	26,23 €
Zuschlag H (Samstag, Sonntag oder Feiertag)	19,82 €

11. Zuzahlungen

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

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

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

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

12. 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.

13. 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.

NEXUS / CURATOR - Lenkungsinformation unter Dok.-Nr. 76104 | Version 11 vom 27.02.2026 | Gültig bis: 27.02.2028 | Seite 10 von 11

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Hebamme / dem Entbindungspfleger gesondert berechnet.

14. 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 01.01.2026 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 die Mitarbeiter unserer Patientenaufnahme oder Patientenabrechnung 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.

NEXUS / CURATOR - Lenkungsinformation unter Dok.-Nr. 76104 | Version 11 vom 27.02.2026 | Gültig bis: 27.02.2028 | Seite 11 von 11