

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

Die **Klinik Vincentinum GmbH & Co. KG** berechnet ab dem **01.05.2026** folgende Entgelte:

### 1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 1 KHEntgG

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie des KHEntgG in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über diagnoseorientierte Fallpauschalen (sog. Diagnosis Related Groups - DRG) abgerechnet. Entsprechend der DRG-Systematik bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalls.

Die Zuweisung zu einer DRG erfolgt über verschiedene Parameter. Die wichtigsten sind hierbei die Hauptdiagnose sowie gegebenenfalls durchgeführte Prozeduren (Operationen, aufwändige diagnostische oder therapeutische Leistungen). Eventuell vorhandene Nebendiagnosen können zudem die Schweregradeinstufung beeinflussen. Für die Festlegung der Diagnosen beziehungsweise Prozeduren stehen Kataloge mit circa 14.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2026) und circa 34.000 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.

Beispiel (Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen	0,541	€ 4.562,26	€ 2.468,18
I04Z	Revision und Ersatz des Kniegelenks mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese	3,015	€ 4.562,26	€ 13.755,21

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 (FPV 2026) vorgegeben.

### 2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gem. § 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 FPV 2026.

### 3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2026

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

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur 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:

<b>ZE 2026-25</b>	Modulare Endoprothesen Knie	2.468,23 €
<b>ZE2026-63</b>	Gabe von Diboterminalfa, je 1 mg	292,50 €
<b>ZE2026-124</b>	Gabe von Voriconazol, oral, je 200 mg	1,17 €
<b>ZE2026-125</b>	Gabe von Voriconazol, parenteral, je 200 mg	5,90 €
<b>ZE2026-141</b>	Gabe von Enzalutamid, oral, je mg	0,66 €

<b>ZE2026-144</b>	Gabe von Obinutuzumab, parenteral, je mg	2,52 €
<b>ZE2026-147</b>	Gabe von Bortezomib, parenteral, je mg	8,50 €
<b>ZE2026-153</b>	Gabe von Trastuzumab, intravenös, je mg	1,10 €
<b>ZE2026-169</b>	Gabe von Liposomalem Irinotecan, parenteral, je mg	26,26 €
<b>ZE2026-170</b>	Gabe von Bevacizumab, parenteral, je mg	0,47 €

#### Zusatzentgelte für Neue Untersuchungen und Behandlungsmethoden (NUB)

<b>NUB2025-06&lt;100</b>	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, unter 100 mm	1.807,40 €
<b>NUB2025-06&lt;150</b>	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, 100 mm bis unter 150 mm	2.260,13 €
<b>NUB2025-06&lt;200</b>	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, 150 mm bis unter 200 mm	2.711,91 €
<b>NUB2025-06&gt;250</b>	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent, 250 mm oder mehr	3.863,93 €
<b>NUB2025-57</b>	Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision, je Prothese	2.207,73 €
<b>NUB2025-01</b>	Remdesivir, je mg	4,11 €
<b>NUB2025-24</b>	Tafamidis, je 61 mg	358,24 €

#### 4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2026

Für die Vergütung von Leistungen, die noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, kann das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern fall- bzw. tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbaren.

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 2020 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.

#### 5. Zu- und Abschläge gem. § 4, 5, 7 und 8 KHEntgG

Gemäß § 17 a KHG sowie § 33 PflBG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten. Der Ausbildungszuschlag nach § 17 a KHG beträgt gegenwärtig: **58,44 €**, der Ausbildungszuschlag für § 33 beträgt **108,70 €**.

Ferner berechnet das Krankenhaus gem. § 17 b Abs. 1 S. 4 und 6 KHG folgende Zuschläge / Abschläge:

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen, auch für die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Abs. 3 SGB V, in Höhe von **60,00 €** pro Tag<sup>1</sup>
- Zuschlag für das Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Absatz 9 KHEntgG in Höhe von **0,05 %**
- Zuschlag zur Förderung der Telematikinfrastruktur nach § 377 Abs. 1 und 2 SGB V in Höhe von **7,13 €**
- Zuschlag zur Sicherung der Kinder- und Jugendmedizin nach § 4a Abs. 4 KHEntgG in Höhe von **11,692 %** bei minderjährigen Patienten und Patientinnen
- Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2a KHEntgG in Höhe von **-117,15 €** je Casemix Punkt
- Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG in Höhe von **-0,35 %**
- Abschlag nach § 4 Abs. 1 PpUG Sanktions-Vereinbarung in Höhe von: **-0,05 %**

#### 6. Qualitätssicherungszu- und abschläge nach § 17 b Abs. 1a Nr. 4 KHG

Qualitätssicherungszuschlag „Akutversorgung Schlaganfallpatienten“:

Für das Kalenderjahr 2026 vereinbaren die BKG und die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände eine Dokumentationsvergütung in Höhe von **3,10 €**. Dies gilt für die in Bayern ab dem 01.05.2020 aufgenommenen Patienten mit den erbrachten Basis-DRGs B69 und B70.

#### 7. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **1,59 €**.<sup>2</sup>

Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a i.V.m. § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139 c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall in Höhe von **3,12 €**.<sup>3</sup>

#### 8. Weitere Zu- und Abschläge, Tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 7 Abs. 1 Ziff. 6a KHEntgG

Zuschlag für die Meldung von Endoprothesen-Operationen an Hüfte und Knie an das Implantateregister Deutschland (IRD) nach § 17b Absatz 1a Nummer 9 KHG in Höhe von **18,24 €**

Zuschlag für Transformationskosten gemäß § 8 Abs. 11 Satz 1 KHEntgG in Höhe von **3,25 %** (gültig bis 31.10.2026)

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 ab dem 01.05.2026 **250,46 €**. Die Höhe des Pflegeentgelts ergibt sich aus Multiplikation des Pflegeentgeltwerts mit dem der DRG zugeordneten Relativgewicht Pflege.

## 9. Entgelte für sonstige Leistungen

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

## 10. Zuzahlungen: Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an - innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage - eine Zuzahlung ein (§ 39 Abs. 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit € 10,- je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

## 11. 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.

## 12. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 - 8 sind nicht abgegolten die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses; diese Leistungen werden von dem Belegarzt gesondert berechnet.<sup>4</sup>

## 13. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntgG). Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung entnehmen.

### a) Unterkunft

Die Gesamtkosten für die Unterbringung werden aus den Kosten pro Berechnungstag gebildet. Berechnungstag in diesem Sinne ist der Tag der Aufnahme zuzüglich jedes weiteren Aufenthaltstages. Der Tag der Entlassung bzw. Verlegung wird bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

### b) Sonstige Wahlleistungen

Die nachfolgenden Entgelte für „Sonstige Wahlleistungen“ werden, abweichend von der Wahlleistung „Unterkunft“ auch für den Entlassungs- oder Verlegungstag berechnet:

Bereitstellung von WLAN, TV und Kopfhörer

- Regelstation:
  - Nutzung für 1 Tag: WLAN 2,50 € WLAN und TV: 4,50 € (zusätzlich 2,50 € pro Kopfhörer)
  - Nutzung für 3 Tage: WLAN 6,00 € WLAN und TV: 10,00 € (zusätzlich 2,50 € pro Kopfhörer)
  - Nutzung für 7 Tage: WLAN 10,00 € WLAN und TV: 18,00 € (zusätzlich 2,50 € pro Kopfhörer)
  - Ab dem 8. Tag ist die weitere Nutzung von WLAN und TV kostenlos
- Auf Station 10 sowie bei Inanspruchnahme der Wahlleistungen 1- oder 2-Bett-Zimmer ist das Medienpaket inbegriffen.

Bereitstellung eines Tiefgaragenparkplatzes:

- Für stationäre Patienten Tagesmaximum **15,00 €** und Wochenmaximum (7 Tage) **75,00 €** (inkl. 19 % MwSt.)

## Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **01.05.2026** in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom **01.01.2026** aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

**Frau Döring Tel. 0821 / 3167 – 231**

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.

**Die Allgemeinen Vertragsbedingungen hängen in der Aufnahme allgemein zugänglich aus und sind zusätzlich in allen Aufnahmestellen erhältlich.**

### Anmerkungen:

<sup>1</sup> Der Zuschlag betrifft nur die Fälle der medizinisch notwendigen Aufnahme von Begleitpersonen und ist von der wahlweisen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson zu unterscheiden.

<sup>2</sup> Nach § 8 Abs. 9 KHEntgG sind der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG, der Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Abs. 3 S. 1 i.V.m. § 139c SGB V in der Rechnung als „Systemzuschlag“ zusammengefasst auszuweisen. Diese Vorgabe widerspricht jedoch den §§ 139c S. 2 und 291a Abs. 7a S. 1 SGB V, wonach die Zuschläge in der Rechnung gesondert auszuweisen sind. Aus diesem Grunde wurde die gesonderte Ausweisung dieser drei Zuschlagstatbestände beibehalten.

<sup>3</sup> Aufgrund eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21.12.2004 werden die Zuschläge für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a i.V.m. § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139 c SGB V gemeinsam erhoben und als **ein gemeinsamer** Zuschlag in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen.

<sup>4</sup> Nach § 121 Abs. 5 SGB V i.V.m. § 18 Abs. 3 KHEntgG können Krankenhäuser mit Belegbetten zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten auch Honorarverträge schließen. Die Leistungen des Belegarztes würden ihm in dieser Konstellation vom Krankenhaus vergütet werden.