ARBERLAND Kliniken
Gesundheit ganz nah.
ARBERLANDKlinik Zwiesel
Patientenmanagement

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

Die **ARBERLANDKlinik Zwiesel** berechnet **ab dem 01.11.2026** folgende Entgelte:

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

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen der Klinik richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie des KHEntgG in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Klinikleistungen 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 Frakturen	0,5341	4.600,00 €	2.488,60 €

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
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 in der Klinik 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 <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**
G09N	Hybrid-DRG 1 der DRG G09Z (Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm)	3.492,10	3.522,10
G24N	Hybrid-DRG 1 der DRG G24B (Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC)	2.760,24	2.790,24

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 gem. § 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 **klinikindividuelle 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 klinikindividuellen 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 klinikindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Die Klinik berechnet folgende Zusatzentgelte:

a) ZE-2026-09 Hämoperfusion und Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen in Höhe von **1.172,00 €**
b) ZE-2026-25 Modulare Endoprothesen in Höhe von **2.214,00 €**
c) ZE-2026-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt in Höhe von **875,00 €**
d) ZE-2026-56 Gabe von Bosentan, oral, je Tablette zu 62,5 oder 125 mg in Höhe von **8,88 €**
e) ZE-2026-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren bzw. Gabe von Blutgerinnungsfaktoren
f) ZE-2026-123 Gabe von Caspofungin, parenteral je mg in Höhe von **0,52 €**
g) ZE-2026-124 Gabe von Voriconazol, oral je 200 mg Tablette in Höhe von **1,17 €**
h) ZE-2026-125 Gabe von Voriconazol, parenteral je 200 mg in Höhe von **5,66 €**
i) ZE-2026-137 Behandlung von Blutern bzw. Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII
j) ZE-2026-138 Behandlung von Blutern bzw. Gabe von Fibrinogenkonzentrat
k) ZE-2026-139 Behandlung von Blutern bzw. Gabe von Blutgerinnungsfaktoren
l) ZE-2026-143 Gabe von Eltrombopag, oral, je mg in Höhe von **0,12 €**
m) ZE-2026-149 Gabe von Infliximab, parenteral je mg in Höhe von **0,89 €**
n) ZE-2026-154 Gabe von Anidulafungin, parenteral je mg in Höhe von **0,54 €**
o) ZE-2026-163 Gabe von Macitentan, oral, je mg in Höhe von **4,90 €**
p) ZE-2026-167 Gabe von Isavuconazol, oral je mg in Höhe von **0,62 €**
q) ZE-2026-172 Gabe von Posaconazol, oral, Suspension je mg in Höhe von **0,02 €**
r) ZE-2026-175 Gabe von Filgastrim, parenteral je 1 Mio. IE in Höhe von **0,17 €**
s) ZE-2026-212 Gabe von Idarucizumab, parenteral je 2.500 mg in Höhe von **1.487,50 €**
t) ZE-2026-213 Gabe von Andexanet alfa, parenteral je 1 mg in Höhe von **10,85 €**
u) ZE-2026-219 Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII bei postpartaler Blutung in Höhe von **1.056,72 €**
v) ZE-2026-230 Gabe von Nirsevimab, parenteral 50 mg oder 100 mg in Höhe von **416,50 €**

5. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV 2026

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

Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2026
- B61B Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt in Höhe von **319,56 €** je Tag
- E76A Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage in Höhe von **241,70 €** je Tag

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine klinikindividuellen 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 klinikindividuellen 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 gem. § 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 die Klinik gem. § 6 Abs. 2a KHEntgG folgende gesonderte Zusatzentgelte vereinbart: -.-

7. Zusatzentgelte für Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gemäß der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG

Für Kosten, die der Klinik für Testungen von Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in die Klinik aufgenommen wurden, auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 entstehen, rechnet die Klinik auf Grund der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG gesondert folgende Zusatzentgelt ab:

- Testung durch Nukleinsäurennachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR, PoC-PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.05.2023: **0,00 €**

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

- Testung mittels Antigen-Test zur patientennahen Anwendung durch Dritte zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (PoC-Antigentest) bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2021: **0,00 €**

8. Zu- und Abschläge bzw. Abzüge

Die Klinik berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **77,08 €**
- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationären Fall in Höhe von **108,70 €**
- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen nach §17b Abs. 1a Nr. 7 KHG in Höhe von **60,00 €** pro Tag[1]
- Zuschlag zur Sicherstellung einer zusätzlichen Finanzierung von Krankenhausstandorten in ländlichen Versorgungslagen gemäß §5 Abs. 2a KHEntgG je abgerechneten voll- und teilstationären Fall in Höhe von **108,32 €**

- Zuschlag wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach §9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG in Höhe von **24,35 €** je vollstationären Fall
- Abschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG in Höhe von **1,28 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG
- Fixkostendegressionsabschlag gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG in Höhe von **0,00 %** auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen[2]
- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Klinikhygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG in Höhe von **0,00%** 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
- Zuschläge für die Beteiligung der Klinik an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG in Höhe von **0,84 €**
- Des Weiteren wird bei der Schlaganfallbehandlung ein Qualitätssicherungszuschlag in Höhe von derzeit **3,10 €** in Rechnung gestellt
- Zuschlag für die Tempis-Schlaganfallbehandlung in Höhe von **191,30 €** je Fall
- Abschlag wegen Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i Abs. 5 SGB V i.V.m. § 8 Abs. 4 KHEntgG in Höhe von **0,00%**
- Abschlag wegen Nichteinhaltung der Personalvorgaben in der Pflege nach § 137k Abs. 4 SGB V
- Zuschlag für die Beteiligung ganzer Kliniken oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen (üFMS) nach § 17b Absatz 1a Nr. 4 KHG je abgerechneten vollstationären Fall in Höhe von **0,20 €**
- 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 teilstationären Fall, für den es im Rahmen der Krankenhausbehandlung entstandene Daten auf der elektronischen Patientenakte speichert in Höhe von **0,00 €**
- 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 **0,00 %** des Rechnungsbetrages für jeden voll- und teilstationären Fall, mit Ausnahme der Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 4
- Abschlag nach § 9 Abs. 1 a Nr. 8a KHEntgG wegen fehlender Einschätzung des Beatmungsstatus in Höhe von **16%** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG**,** maximal jedoch **2.000,00 €**
- Abschlag nach § 9 Abs. 1 a Nr. 8b KHEntgG wegen fehlender Anschlussverordnung zur Beatmungsentwöhnung in Höhe von einmalig **280,00 €**
- 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 Kliniken in Höhe von **24,35 €**
- 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
- Abschlag für Versäumnisse bei der Übersendung von Budgetunterlagen nach § 11 Abs. 4 KHEntgG in Höhe von **0 %** des Rechnungsbetrages für jeden voll- oder teilstationären Fall
- Zuschlag für Sofort-Transformationskosten nach § 8 Abs 11 Satz 1 KHEntgG in Höhe von % des Rechnungsbetrages bei Patientinnen und Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung

9. Entgelte für neue Untersuchungs-/Behandlungsmethoden gem. § 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 die Klinik gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

a) Gabe von Certolizumab, je 1 mg in Höhe von	**2,22 €**
b) Gabe von Remdesivir, je 1 mg in Höhe von	**4,11 €**
c) Gabe von Everolimus bei Neoplasie, je 1 mg in Höhe von	**1,29 €**
d) Gabe von Tafamidis, je 20 mg in Höhe von	**421,46 €**
e) Gabe von Nirmatrelvir-Ritonavir, je 1 mg in Höhe von	**0,24 €**
f) Gabe von Trametinib, je 0,5 mg in Höhe von	**34,87 €**
g) Gabe von Ruxolitinib, je 10,15 oder 20 mg in Höhe von	**67,55 €**
h) Gabe von Pazopanib, je 1 mg in Höhe von	**0,13 €**
i) Gabe von Palbociclib, je 75, 100 oder 125 mg in Höhe von	**72,23 €**
j) Gabe von Osimertinib, je 40 oder 80 mg in Höhe von	**187,06 €**
k) Gabe von Olaparib, je 1 mg bei Gabe der 100 oder 150 mg Tablette in Höhe von	**0,27 €**
l) Gabe von Caplacizumab, je 1 mg in Höhe von	**425,77 €**
m) Gabe von Rezafungin, je 1 mg in Höhe von	**12,47 €**
n) Gabe von Ixekizumab, je 1 mg in Höhe von	**15,90 €**
o) Gabe von Tafamidis, je 61 mg in Höhe von	**358,24 €**
p) Gabe von Ruxolitinib, je 5 mg in Höhe von	**33,70 €**

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

Die Klinik vereinbart mit den Krankenkassen ein Pflegebudget zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten, die der Klinik entstehen. Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt nach § 6a Abs. 4 KHEntgG über einen klinikindividuellen 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 vereinbarte Pflegeentgeltwert beträgt für voll- und teilstationäre Aufnahmen **331,48 €.**

11. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Klinikfall 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 Klinikfall in Höhe von **3,12 €**[3]

12. Telematikzuschlag nach § 377 Abs. 1 SGB V

- Zuschlag zum Ausgleich der den Kliniken 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 Klinikfall in Höhe von **0,46 €**

13. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gem. § 115 a SGB V

Gemäß § 115a SGB V berechnet die Klinik für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind:

a) vorstationäre Behandlung pro Fall	**147,25 € Innere Medizin**
	100,72 € Chirurgie
	119,13 € Gynäkologie
b) nachstationäre Behandlung pro Behandlungstag	**53,69 € Innere Medizin**
	17,90 € Chirurgie

c) Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

- Computer-Tomographie-Gerät (CT) – Kopfbereich	81,81 €
- Computer-Tomographie-Gerät (CT) – Hals-und Thoraxbereich	94,08 €
- Computer-Tomographie-Gerät (CT) – Abdominalbereich	106,35 €
- Computer-Tomographie-Gerät (CT) – Skelett (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke)	77,72 €
- Computer-Tomographie-Gerät (CT) – Zwischenwirbelräume im Bereich Hals-, Brust- und/oder Lendenwirbelsäule	77,72 €
- Computer-Tomographie-Gerät (CT) – Aorta in ihrer gesamten Länge	81,81 €
- Magnet-Resonanz-Geräte (MR) – Kopf-/Abdomen-/Beckenbereich	179,97 €
- Magnet-Resonanz-Geräte (MR) – Wirbelsäulenbereich	171,79 €
- Magnet-Resonanz-Geräte (MR) – Thorax und/oderAorta	175,88 €
- Magnet-Resonanz-Geräte (MR) – Mamma bzw. Gelenke	163,61 €
- Magnet-Resonanz-Geräte (MR) – Gelenke bzw. Extremitäten	98,17 €
- Magnet-Resonanz-Geräte (MR) – ergänzende Serien/Zuschlag	40,90 €
- Magnet-Resonanz-Geräte (MR) – Zuschlag	32,72 €
- Magnet-Resonanz-Geräte (MR) – Höchstwert	245,42 €

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 berechnet die Klinik sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.

2. Hilfsmittel	**Erstattung des tatsächlichen Aufwands**
3. Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung	**36,00 €**
4. Benutzung Leichenkühlzellen	**36,00 €, ab dem 4. Werktag nochmalig 36,00 €**
5. Multimediapauschale (TV, Radio, W-LAN)	**a) Gebühr täglich 1,00 €;** inkl. kostenloser Kopfhörer **b) Ermäßigung ab dem 15. Tag auf täglich 0,50 €** **c) Abrechnung über EDV-Chipkarte;** Kartenpfand 9,00 €
6. Telefon **und** Multimediapauschale (Paket)	**a) Grundgebühr täglich 2,00 €;** Gespräche ins deutsche Festnetz sind gebührenfrei, inkl. kostenloser Kopfhörer **b) Ermäßigung ab dem 15. Tag auf täglich 1,50 €** **c) 0,25 € je Einheit für Mobilfunkgespräche** **d) Abrechnung über EDV-Chipkarte;** Kartenpfand 9,00 €

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

Als Eigenbeteiligung zieht die Klinik vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Klinikbehandlung 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 von der Klinik nach § 43c Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

16. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2026 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2026 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2026 zusammengefasst und abgerechnet.

17. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 - 12 sind nicht abgegolten:

1. die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb der Klinik;
2. die Leistungen von Beleghebammen bzw. Entbindungspflegern.

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Hebamme / dem Entbindungspfleger gesondert berechnet[4].

18. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Klinikleistungen 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.

a) Ärztliche Leistungen

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte der Klinik beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf **alle** an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte der Klinik, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb der Klinik. Dies gilt auch, soweit die Klinik selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.

Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung. Nach § 6a Abs. 1 GOÄ erfolgt bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen/privatärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25 %; bei Leistungen und Zuschlägen von Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten um 15 %. Das Arzthonorar wird in einer gesonderten Rechnung geltend gemacht.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie von der Klinik berechnet werden, vom in der Wahlleistungsvereinbarung aufgeführten Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtungen persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts (§ 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2 S. 3 GOÄ/GOZ) erbracht.

Die ärztlichen Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von diesen nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

b) 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.

- **Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer 90,00 €**

Leistungsbeschreibung

Im Rahmen Ihrer Wahlleistung „Unterkunft“ stehen Ihnen bei der Wahlleistung „1-Bett-Zimmer“ die unten aufgeführten Komfort-Elemente zur Verfügung. Bitte wenden Sie sich bei Fragen und Wünschen bzgl. der Komfortelemente an unser Pflegepersonal.

➢ Separates WC und separate Dusche im Zimmer
➢ Sonstige Sanitärausstattung (gefällige Beleuchtung, Stauräume, beheizter Handtuchhalter, Kosmetikspiegel)
➢ Zusatzartikel Sanitär (Bademantel, Hand- und Badetücher, Föhn, Dusch- und Waschsets, Waschlappen, Nagelpflegeset, Kosmetiktücher)
➢ Besucherecke mit Ledercouch und hochwertigem Beistelltisch
➢ geräumige, abschließbare Stauräume mit Kleiderbügeln und Kofferunterbringung
➢ Safe im Zimmer
➢ Kühlschrank im Zimmer
➢ ansprechende Einrichtung und Gestaltung des Krankenzimmers (Bilder, gefällige Beleuchtung, Leselampe)
➢ Farbfernsehgerät mit Fernbedienung, Multimediapauschale und Telefon zur kostenfreien Nutzung
➢ DVD-/CD-/Radiogerät inkl. Lautsprecheranlage mit Fernbedienung zur kostenfreien Benutzung
➢ Telefon im Zimmer
➢ Telefax- und Internet-Anschlussmöglichkeiten im Zimmer
➢ besondere Zimmergröße
➢ bevorzugte Lage des Zimmers, das gleichzeitig auch eine bessere pflegerische Betreuung ermöglicht, sowie schöner Ausblick auf die Stadt Zwiesel
➢ Wahl- und Zusatzverpflegung nach separater Speisekarte
➢ täglicher Hand- und Badetuchwechsel
➢ Bettwäschewechsel an jedem zweiten Tag und auf Wunsch
➢ Tageszeitung (Auswahl lokal und überregional) und Programmzeitschrift
➢ Erledigung der Aufnahmeformalitäten auf dem Zimmer
➢ persönlicher Service durch das Pflegepersonal
➢ Reinigung der Leibwäsche (beschränkt sich auf Kleidung, die üblich in der Klinik benötigt wird z.B. Schlafanzug)

- **Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer 55,00 €**

Leistungsbeschreibung

Im Rahmen Ihrer Wahlleistung „Unterkunft“ stehen Ihnen bei der Wahlleistung „2-Bett-Komfortzimmer“ die unten aufgeführten Komfort-Elemente zur Verfügung. Bitte wenden Sie sich bei Fragen und Wünschen bzgl. der Komfortelemente an unser Pflegepersonal.

➢ Separates WC und separate Dusche im Zimmer
➢ Sonstige Sanitärausstattung (gefällige Beleuchtung, Stauräume, beheizter Handtuchhalter, Kosmetikspiegel)
➢ Zusatzartikel Sanitär (Bademantel, Hand- und Badetücher, Föhn, Dusch- und Waschsets, Waschlappen, Nagelpflegeset, Kosmetiktücher)
➢ Besucherecke mit Beistelltisch und Sitzgelegenheiten
➢ geräumige, abschließbare Stauräume mit Kleiderbügeln und Kofferunterbringung
➢ Safe im Zimmer
➢ Kühlschrank im Zimmer
➢ ansprechende Einrichtung und Gestaltung des Krankenzimmers (Bilder, gefällige Beleuchtung, Leselampe)
➢ Farbfernsehgerät mit Fernbedienung, Multimediapauschale und Telefon zur kostenfreien Nutzung
➢ DVD-/CD-/Radiogerät inkl. Lautsprecheranlage mit Fernbedienung zur kostenfreien Benutzung
➢ Telefon im Zimmer
➢ Telefax- und Internet-Anschlussmöglichkeiten im Zimmer
➢ besondere Zimmergröße
➢ bevorzugte Lage des Zimmers, das gleichzeitig auch eine bessere pflegerische Betreuung ermöglicht, sowie schöner Ausblick auf die Stadt Zwiesel
➢ Wahl- und Zusatzverpflegung nach separater Speisekarte

➢ täglicher Hand- und Badetuchwechsel
➢ Bettwäschewechsel an jedem zweiten Tag und auf Wunsch
➢ Tageszeitung (Auswahl lokal und überregional) und Programmzeitschrift
➢ Erledigung der Aufnahmeformalitäten auf dem Zimmer
➢ persönlicher Service durch das Pflegepersonal
➢ Reinigung der Leibwäsche (beschränkt sich auf Kleidung, die üblich in der Klinik benötigt wird z.B. Schlafanzug)

Wir hoffen, dass durch die vorgenannten Komfortelemente Ihre Ansprüche als Wahlleistungs-patient/-patientin in unserer Klinik erfüllt werden können und wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserem Hause und vor allem gute Besserung.

Ergänzend zu den oben angegebenen Komfortelementen stehen wir Ihnen für zusätzliche Wünsche im Rahmen unserer Möglichkeiten selbstverständlich jederzeit gerne zur Verfügung.

c) Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson

Leistungsbeschreibung
Die Leistung Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson umfasst die Unterbringung im Patientenzimmer (Ausnahme Intensivstation) und die allgemeine Verpflegung (Frühstück, Mittag- und Abendessen). Wahlleistungen Unterkunft sind nicht enthalten und stehen ausschließlich unseren Patienten zur Verfügung.

- Bei Patienten, die bereits **ein 1-Bett-Zimmer** gewählt haben, wird die Begleitperson **kostenlos** in die Leistung mit integriert.
- Für Patienten **ab dem 18. Lebensjahr** und **ohne Wahlleistung 1-Bett-Zimmer** wird für die erwachsene Begleitperson ein Betrag von **75,00 €** täglich fällig.
- Bei nicht medizinisch notwendigen Begleitpersonen von Kindern **bis einschl. 14 Jahren** erfolgt die Unterbringung der Begleitperson (Mutter/Vater) **kostenlos**. **Ab dem 15. Lebensjahr und bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Patienten** wird für die Begleitperson ein Betrag in Höhe von **30,00 €** täglich berechnet.

d) Gestellung einer Sonderwache **Erstattung des tatsächlichen Aufwands**

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **01.11.2026** in Kraft.
Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.10.2026 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter der Patientenaufnahme und –abrechnung unserer Klinik 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 Klinikleistungen und der Wahlleistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Dies gilt insbesondere für Selbstzahler. Prüfen Sie bitte, ob Sie in vollem Umfang für eine Klinikbehandlung versichert sind.

Anmerkungen:

1 Die Höhe des Zuschlages von 60,00 € ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 S. 4 KHG geregelt. Dieser Zuschlag betrifft im Übrigen nur die Fälle der medizinisch notwendigen Aufnahme von Begleitpersonen und ist von der wahlweisen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson zu unterscheiden.

2 Der Mehrleistungsabschlag nach § 4 Abs. 2a KHEntgG läuft 2018 aus. Sein Volumen fällt nach § 4 Abs. 2b S. 7 KHEntgG jedoch in den Fixkostendegressionsabschlag hinein, sodass in der Rechnung nur noch dieser ausgewiesen wird.

3 Die Zuschläge für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V, des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V werden gemeinsam erhoben und als ein gemeinsamer Zuschlag in der Rechnung der Klinik ausgewiesen.

4 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 von der Klinik vergütet werden.