

DRG-Entgelttarif

für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Das Klinikum Neumarkt berechnet ab Aufnahmedatum **01. Mai 2026** folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRG) 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 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2026) und 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 gültige Basisfallwert unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Derzeit gültiger Basisfallwert	4.562,26 €
--------------------------------	------------

Beispiel

DRG	DRG – Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	0,541	4.562,26 €	2.468,18 €
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse	3,015	4.562,26 €	13.755,21 €

Die Pflegepersonalkosten werden über ein tagesbezogenes Pflegeentgelt finanziert (s. Pkt. 8).

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 (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 Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für das Jahr 2026 (FPV 2026).

DRG-Entgelttarif

3. Hybrid-DRG gem. § 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 Hernien-Eingriffe

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	Bewertung ohne postop. Nachbehandlung	Bewertung mit postop. Nachbehandlung
G09M	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)	3.422,23 €	3.452,23 €
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)	2.711,39 €	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 €** erhöhte Fallpauschale berechnet werden.

Eine Berechnung von Entgelten für vereinbarte Wahlleistungen bleibt unberührt.

4. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2026

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

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2026 genannten Zusatzentgelte krankenhausespezifische Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRGFallpauschalen 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 krankenhausespezifischen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen (§ 5 Abs. 2 FPV 2026). Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2026 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2026 keine krankenhausespezifischen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.



DRG-Entgelttarif

Das Krankenhaus berechnet folgende krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte:

ZE	Bezeichnung	Preis	Einheit
ZE-01A	Beckenimplantat, OPS 5-785.2d	999,00 €	
ZE-01C	Beckenimplantat, OPS 5-785.4d	1.080,00 €	
ZE-04	Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich	4.771,39 €	
ZE-09	Hämoperfusion und Adsorption, OPS 8-821.30-32	1.285,00 €	
ZE-13	Adsorption zur Entfernung von Immunglobulinen und/oder Immunkomplexen, OPS 8-821.40-43	2.351,38 €	
ZE-25K	Modulare Endoprothesen: Knie	2.500,00 €	
ZE-25H	Modulare Endoprothesen: Hüfte	1.645,07 €	
ZE-25S	Modulare Endoprothesen: Schulter	1.850,00 €	
ZE-54B	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-429.j1	920,00 €	
ZE-54V	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-429.jc	920,00 €	
ZE-54D	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-429.j4	1.380,00 €	
ZE-54G	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-449.h*	920,00 €	
ZE-54H	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-469.k*	920,00 €	
ZE-54I	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-489.g0	920,00 €	
ZE-54A	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-429.j0	920,00 €	
ZE-54AA1	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-513.m0	825,00 €	
ZE-54AA2	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-513.m1	1.380,00 €	
ZE-54AA3	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-513.m2	1.945,00 €	
ZE-54BB1	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-513.n0	920,00 €	
ZE-54BB2	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-513.n1	1.945,00 €	
ZE-54BB3	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-513.n2	2.800,00 €	
ZE-54CC2	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-517.01	920,00 €	
ZE-54CC3	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-517.02	920,00 €	
ZE-54CC4	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-517.03	920,00 €	
ZE-54CC24	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-517.43	920,00 €	
ZE-54DDD	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-529.n4	920,00 €	
ZE-54EEE	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-529.p2	920,00 €	
ZE-54EEF	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-54a.0 AXIO	1.576,95 €	
ZE-54CC9	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-517.13	1.380,00 €	
ZE-54Q	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-526.e0	920,00 €	
ZE-54R	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-526.f0	920,00 €	
ZE-56	Gabe von Bosentan, oral, OPS 6-002.f*	10,70 €	je 125 mg Tabl.
ZE-58	Gabe von Alpha-1-Proteinaseinhibitor human, paraenteral, OPS 8-812.0*	0,42 €	je mg
ZE-61F	Neurostimulator, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar, OPS 5-039.e2	25.000,00 €	
ZE-61G	Neurostimulator, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar, OPS 5-039.f2	24.000,00 €	
ZE-61K	Neurostimulator, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar, OPS 5-039.n2	24.000,00 €	
ZE-61M	Neurostimulator, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar, OPS 5-059.cc	25.000,00 €	
ZE-61O	Neurostimulator, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar, OPS 5-059.dc	24.000,00 €	
ZE-62	Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge mehr als 2,5 l, OPS 8-839.46	20.780,00 €	
ZE-67A	Implantation Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal, OPS 8-840.04	1.690,00 €	
ZE-67B	Implantation Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal, OPS 8-840.14	3.380,00 €	
ZE-67C	Implantation Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal, OPS 8-840.24	5.070,00 €	
ZE-67EE	Implantation Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal, OPS 8-849.04	1.690,00 €	
ZE-77	Gabe von Lenalidomid, oral, OPS 6-003.g*	5,82 €	je mg
ZE-82-1	Peritonealdialyse kontinuierlich (APD): bis 24 Std., OPS 8-857.20	175,00 €	
ZE-82-2	Peritonealdialyse kontinuierlich (APD): mehr als 24 bis 72 Std., OPS 8-857.21	345,00 €	
ZE-82-3	Peritonealdialyse kontinuierlich (APD): mehr als 72 bis 144 Std., OPS 8-857.22	775,00 €	
ZE-82-4	Peritonealdialyse kontinuierlich (APD): mehr als 144 bis 264 Std., OPS 8-857.23	1.455,00 €	
ZE-82-5	Peritonealdialyse kontinuierlich (APD): mehr als 264 bis 432 Std., OPS 8-857.24	2.475,00 €	
ZE-82-7	Peritonealdialyse kontinuierlich (APD): mehr als 432 bis 600 Std., OPS 8-857.26	3.660,00 €	
ZE-84	Gabe von Ambrisentan, oral, OPS 6-004.2*	2,24 €	je mg



DRG-Entgelttarif

ZE	Bezeichnung	Preis	Einheit
ZE-85	Gabe von Temsirolimus, parenteral, OPS 6-004.e*	41,29 €	je mg
ZE-91	Gabe von Dasatinib, oral, OPS 6-004.3*	0,43 €	je mg
ZE-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	Ist-Aufwand €	
ZE-107-1	Koronarstent: medikamentenfreisetzend, bioresorbierbar, OPS 8-83d.00	975,00 €	
ZE-107-2	Koronarstent: medikamentenfreisetzend, bioresorbierbar, OPS 8-83d.01	1.950,00 €	
ZE-107-3	Koronarstent: medikamentenfreisetzend, bioresorbierbar, OPS 8-83d.02	1.950,00 €	
ZE-111	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral, OPS 6-005.d*	2,62 €	je mg
ZE-112	Gabe von Abirateronacetat, oral, je mg; OPS 6-006.2*	0,12 €	je mg
ZE-113	Gabe von Cabazitaxel, parenteral, OPS 6-006.1*	17,85 €	je mg
ZE-120	Gabe von Pemetrexed, parenteral, OPS 6-001.c*	0,08 €	je mg
ZE-122	Gabe von Imatinib, oral, OPS 6-001.g*	0,01 €	je mg
ZE-123	Gabe von Caspofungin, parenteral, OPS 6-002.p*	0,55 €	je mg
ZE-124	Gabe von Voriconazol, oral, je 200 mg Tablette, OPS 6-002.5*	12,28 €	je 200 mg Tabl.
ZE-125	Gabe von Voriconazol, parenteral, OPS 6-002.r*	116,32 €	je 200 mg
ZE-130	Gabe von Belimumab, parenteral, OPS 6-006.6*	1,29 €	je mg
ZE-133	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch internen Palliativdienst; OPS 8-98h.0*	543,00 €	
ZE-137	Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII	Ist-Aufwand €	
ZE-138	Gabe von Fibrinogenkonzentrat	Ist-Aufwand €	
ZE-139	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	Ist-Aufwand €	
ZE-141	Gabe von Enzalutamid, oral; OPS 6-007.63	0,66 €	je mg
ZE-142	Gabe von Aflibercept, intravenös, OPS 6-007.3*	3,57 €	je mg
ZE-144	Gabe von Obinutuzumab, parenteral, OPS 6-007.j*	2,52 €	je mg
ZE-145	Gabe von Ibrutinib, oral, OPS 6-007.e*	0,47 €	je mg
ZE-146	Gabe von Ramuzirumab, parenteral, OPS 6-007.m*	4,05 €	je mg
ZE-147	Gabe von Bortezomib, parenteral, OPS 6-001.9*	17,00 €	je mg
ZE-148	Gabe von Adalimumab, parenteral, OPS 6-001.d*	444,50 €	je 40 o. 80 mg
ZE-149	Gabe von Infliximab, parenteral, OPS 6-001.e*	3,83 €	je mg
ZE-151	Gabe von Rituximab, intravenös, OPS 6-001.h*	3,32 €	je mg
ZE-153	Gabe von Trastuzumab, intravenös, OPS 6-001.k*	4,99 €	je mg
ZE-154	Gabe von Anidulafungin, parenteral, OPS 6-003.k*	3,74 €	je mg
ZE-161	Gabe von Nivolumab, parenteral, OPS 6-008.m*	11,99 €	je mg
ZE-169	Gabe von Liposomalem Irinotecan, parenteral, je 1 mg; OPS 6-009.e*	27,13 €	je mg
ZE-170	Gabe von Bevacizumab, parenteral, OPS 6-002.9*	2,89 €	je mg
ZE-173	Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten, OPS 6-007.p*	0,13 €	je mg
ZE-175	Gabe von Filgrastim, parenteral, OPS 6-002.1*	2,77 €	je 1 Mio. IE
ZE-177	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral, OPS 6-002.7*	795,00 €	je 6 mg
ZE-182	Gabe von Vedolizumab, parenteral, OPS 6-008.5*	2.313,72 €	je 300 mg
ZE-194	Gabe von Ustekinumab, intravenös, OPS 6-005.p*	43,02 €	je mg
ZE-201	Gabe von Daratumumab, subkutan, OPS 6-009.r*	3,18 €	je mg
ZE-203	Gabe von Durvalumab, parenteral, OPS 6-00b.7*	3,98 €	je mg
ZE-211	Gabe von Tocilizumab, intravenös; OPS 6-005.m*	2,96 €	je mg
ZE-212	Gabe von Idarucizumab, parenteral; OPS 6-008.f	1.487,50 €	je 2,5 mg
ZE-213	Gabe von Andexanet alfa, parenteral; OPS 6-00c.0	11,01 €	je mg
ZE-214	Gabe von Letemovir, oral, OPS 6-00b.c*	0,73 €	je mg
ZE-215	Gabe von Letemovir, parenteral, OPS 6-00b.d*	0,73 €	je mg
ZE-216	Gabe von Avelumab, parenteral; OPS 6-00a.20	3,88 €	je mg
ZE-217	Gabe von Apalutamid, oral, OPS 6-00c.1*	0,38 €	je mg
ZE-219	Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII bei postpartaler Blutung; OPS 8-810.6 *	885,47 €	

DRG-Entgelttarif

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 gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart:

Leistungen der Anlage 3a und 3b der FPV 2026:

DRG B61B Verletzung des Rückenmarks	553,04 € je Tag*
DRG E76A Tuberkulose mehr als 14 Belegungstage	320,68 € je Tag *
DRG B49Z Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson	363,04 € je Tag *

Teilstationäre Leistungen nach § 6 Abs. 1 S.1 KHEntgG:

Teilstationäre Schmerztherapie	389,34 € je Tag *
Teilstationäre Akutgeriatrie	295,08 € je Tag *

* Der Entlassungs- oder Verlegungstag, der nicht zugleich Aufnahme- und Entlassungstag ist, wird nur bei tagesbezogenen Entgelten für teilstationäre Behandlung nach § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG abgerechnet. Die Pflegepersonalkosten werden über ein tagesbezogenes Pflegeentgelt finanziert (s. Pkt. 8).

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **600,00 €** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 3b** FPV 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **300,00 €** abzurechnen (§ 7 Abs. 4 FPV 2026).

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 Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gem. 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 folgendes Zusatzentgelt ab:

Zusatzentgelt	Preis
Testungen durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR, PoC-PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik	30,40 €
Testungen mittels laborbasiertem Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des SARS-CoV-2	19,00 €
Testungen mittels Antigen-Test zur patientennahen Anwendung durch Dritte zum direkten Erregernachweis des SARS-CoV-2 (PoC-Antigentest)	11,50 €

7. Zu- und Abschläge

Zuschlag	Preis
Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KGH je voll- und teilstationärem Fall	60,97 €
Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall	108,70 €
Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen gem. § 17b Abs. 1a Nr. 7 KHG je Tag	60,00 €
Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung gem. § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG je vollstationärer Fall	31,25 €

DRG-Entgelttarif

Zuschlag für die Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen nach § 17 Abs. 1a Nr. 4 KHG je vollstationärer Fall	0,20 €
Zuschlag nach § 5 Abs. 3k KHEntgG zur Auszahlung des Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG.	11,692 %
Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gem. § 4 Abs. 9 KHEntgG auf die abgerechnete Höhe der DRG Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gem. § 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	0,01 %
Zuschlag nach § 5 Abs. 3d KHEntgG für implantatbezogene Maßnahmen nach § 2 Nr. 4 Implantatregistergesetz	18,24 €
Zuschlag für Sofort-Transformationskosten nach § 8 Abs. 11 Satz 1 KHEntgG bei gesetzlich Versicherten auf voll- und teilstationäre Fälle	3,25 %
Zuschlag STENO-Schlaganfallbehandlung	222,33 €
QS-Schlaganfallbehandlung (STENO)	3,10 €
Zuschlag für die externe Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG	0,84 €

8. Entgelte für neue Untersuchungs- und 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 gem. § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

NUB	Bezeichnung	Preis	Einheit
NUB-2A	Beschichteter Stent mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße bis unter 50 mm	1.869,10 €	je Stent
NUB-2B	Beschichteter Stent mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße 50 bis unter 100 mm	2.286,00 €	je Stent
NUB-2C	Beschichteter Stent mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße 100 bis unter 150 mm, OPS 8-83b.f1	2.744,95 €	je Stent
NUB-2D	Beschichteter Stent mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße 150 bis unter 200 mm, OPS 8-83b.f2	3.914,00 €	je Stent
NUB-2E	Beschichteter Stent mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße 200 bis unter 250 mm, OPS 8-83b.f3	3.914,00 €	je Stent
NUB-2F	Beschichteter Stent mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße mehr als 250 mm, OPS 8-83b.f4	3.914,00 €	je Stent
NUB-2H	Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision, 25 bis unter 50 mm	1.843,70 €	je Stent
NUB-2I	Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision, 50 bis unter 100 mm	2.375,00 €	je Stent
NUB-2J	Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision, 100 bis unter 150 mm, OPS 8-83b.f1	2.744,95 €	je Stent
NUB-2K	Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision, 150 bis unter 200 mm, OPS 8-83b.f2	3.914,00 €	je Stent
NUB-2L	Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision, 200 bis unter 250 mm, OPS 8-83b.f3	3.914,00 €	je Stent
NUB-2M	Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision, mehr als 250 mm, OPS 8-83b.f4	3.914,00 €	je Stent
NUB-47	Aszitesbehandlung mittels vollimplantierbarer Pumpe, OPS 5-549.6	24.102,00 €	
NUB-49	Endovaskuläre Anlage eines inneren AV-Shunts mittels magnetgeführter Hochfrequenzenergie, OPS 5-392.* / 8-83c.c*	5.500,00 €	
NUB-74	Thrombektomie an Lungengefäßen mittels Disc-Retriever-System, OPS 8-838.n0	8.800,00 €	



DRG-Entgelttarif

NUB-86	Sensorunterstützte Aspirationsthorombektomie an Lungengefäßen, OPS 8-838.n0	17.447,00 €	
NUB-75	Externes Stabilisierungsgerüst bei Anastomose eines AV-Shunts im Rahmen der Shuntchirurgie, OPS 5-392.80	1.566,44 €	
NUB-76	Endovaskuläre Anlage einer peripheren AV-Fistel durch Gleichstrom, OPS 8-83c.d*	4.500,00 €	
NUB-79	Avacopan, OPS 6-00e.4	3,46 €	Je mg
NUB-57	Avatrombopag OPS 6-00e.5	3,58 €	je mg
NUB-78	Caplacizumab,, OPS 6-00b.5	425,77 €	je mg
NUB-62	Fostamatinib, OPS 6-00d.a	0,41 €	je mg
NUB-80	Fruquintinib	80,84 €	je mg
NUB-81	Futibatinib, OPS 6-00j.3	34,23 €	je mg
NUB-16	Golimumab, OPS 6-005.2	16,60 €	je mg
NUB-82	Iptacopan	3,25 €	je mg
NUB-68	Mirikizumab, OPS 6-00j.b	4,55 €	je mg
NUB-83	Nirmatrelvir-Ritonavir, OPS 6-00k.0	35,70 €	je 100/150 mg
NUB-64	Ravulizumab, OPS 6-00c.d	15,03 €	je mg
NUB-65	Remdesivir, OPS 6-00f.p*	4,11 €	je mg
NUB-70	Risankizumab, OPS 6-00c.e	4.176,42 €	je 150 mg Injektion
NUB-71	Risankizumab, OPS 6-00c.e	2.784,28 €	je 600 mg Infusion
NUB-66	Sutimlimab, OPS 6-004.k	1,01 €	je mg
NUB-84	Tislelizumab	21,66 €	je mg
NUB-72	Trastuzumab-Deruxtecan, OPS 6-00f.j	14,17 €	je mg
NUB-73	Trifluridin-Tipiracil, OPS 6-009.n	1,86 €	je mg
NUB-85	Zolbetuximab	6,23 €	je mg

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 krankenhausesindividuellen 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 tagesbezogene Pflegeentgeltwert beträgt aktuell	292,50 €
---	----------

10. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

DRG Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG je voll- u. teilstationärem Fall	1,59 €
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 bzw. des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstat. Krankenhausfall	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 je voll- und teilstationärem Fall	5,67 €
--	--------

DRG-Entgelttarif

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

Gem. § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind:

Fachrichtung	a) vorstationäre Behandlung je Fall	b) nachstationäre Behandlung je Tag
Kardiologie	156,97 €	61,36 €
Pneumologie	219,34 €	66,47 €
KFH	140,61 €	67,49 €
Gastroenterologie	164,64 €	63,91 €
Allgemeine Chirurgie	100,72 €	17,90 €
Gefäßchirurgie	134,47 €	23,01 €
Unfallchirurgie	82,32 €	21,47 €
Orthopädie	82,32 €	21,47 €
Neurochirurgie	48,57 €	21,99 €
Orthopädische Praxis	82,32 €	21,47 €
Frauenheilkunde/Geburtshilfe	119,13 €	22,50 €
Urologie	103,28 €	41,93 €
Strahlenkunde	186,62 €	330,29 €
Neurologie	114,02 €	40,90 €

Schlaflabor:

Gem. gesonderter Vereinbarung nach § 115a Abs. 3 Satz 1 und 2 SGBV über die Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen zwischen der Bayerischen Krankenhausgesellschaft und den Verbänden der Krankenkassen gelten für das **Schlaflabor** folgende vorstationären Tarife:

Für die erste Behandlungsnacht (incl. Behandlungstag)	407,00 €
Für jede weitere Behandlungsnacht (incl. Behandlungstag) innerhalb von fünf Kalendertagen	244,00 €

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

Gem. § 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.

13. Entgelte für sonstige Leistungen

Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt	nach Aufwand
Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung	120,00 €
Kostenpauschale für die Kühlzelle	60,00 €

14. Zuzahlungen für gesetzlich versicherte Patienten nach § 39 Abs. 4 und § 39e Abs. 2 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 (§ 39 Abs. 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit € 10,00 je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.
- Für einen Entbindungsaufenthalt entfällt die Zuzahlung.

DRG-Entgelttarif

- c. Die Zuzahlungspflicht gilt auch für gesetzlich versicherte Patienten im Rahmen einer Übergangspflege nach § 39e Abs. 2 SGB V. Dabei sind bereits geleistete Zuzahlungstage für vollstationäre Krankenhausbehandlung anzurechnen.

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 – 14 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. 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 nach § 17 KHEntG gesondert berechnet. Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweils gültigen Wahlleistungsvereinbarung entnehmen.

Ärztliche Leistungen (Wahlarzt):

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne Wahlärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, 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 des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit das Krankenhaus 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 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 %. Die ärztlichen Leistungen werden von den Wahlärzten gesondert berechnet und vom Klinikum selbst bzw. über eine externe Abrechnungsstelle in Rechnung gestellt.

Die Behandlung wird vom Wahlarzt persönlich oder unter Aufsicht des Wahlarztes nach dessen fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung erbracht (§ 4 Abs. 2 GOÄ); im Fall der unvorhersehbaren Abwesenheit (Verhinderungsfall wie z.B. Erkrankung des Arztes, anderer Notfall) übernimmt die Aufgabe des Wahlarztes dessen ständiger ärztlicher Vertreter.

Im Fall der vorhersehbaren Abwesenheit (z.B. Urlaub) ist eine individuelle Vertretervereinbarung zu treffen.

Die Liste der Wahlärzte und der ständigen Vertreter entnehmen Sie bitte der aktuell gültigen Wahlleistungsvereinbarung.

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.

Art der Unterkunft für stationäre Behandlung	Preis pro Berechnungstag
Unterbringung im 1-Bett-Zimmer Station 3A, 4A	175,00 €
Unterbringung im 1-Bett-Zimmer Station 2C Geburtshilfe	155,00 €
Unterbringung im 1-Bett-Zimmer Station EJ Geriatrie	145,00 €
Unterbringung im 1-Bett-Zimmer Station 5A	122,00 €

DRG-Entgelttarif

Unterbringung im 2-Bett-Zimmer Station 3A, 4A	91,00 €
Unterbringung im 2-Bett-Zimmer Station 2C Geburtshilfe	70,00 €
Unterbringung im 2-Bett-Zimmer Station EJ Geriatrie	60,00 €
Unterbringung im 2-Bett-Zimmer Station 5A	52,00 €

Begleitperson

Für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson, welche aus medizinischen Gründen nicht erforderlich ist, werden berechnet:

Übernachtung inkl. Beköstigung pauschal (incl. Ust.)	60,00 €
--	---------

Für nicht in Anspruch genommene Beköstigung erfolgt keine Rückerstattung.

Die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson von Kindern bis zur Vollendung des 9. Lebensjahres erfolgt kostenfrei. Maßgebend ist der Aufnahmetag.

Telefon	kostenfrei
Radio/TV	kostenfrei
WLAN	kostenfrei

Bei selbstzahlenden Patienten und Wahlleistungspatienten bleibt es dem Klinikum Neumarkt vorbehalten, eine angemessene Vorauszahlung einzufordern.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01. Mai 2026 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01. Januar 2026 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Gleichzeitig können Sie auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie die zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen. Alle relevanten Informationen finden Sie auch auf der offiziellen Homepage des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) unter 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.

Neumarkt i.d.OPf., 01.05.2026
Ihr Klinikum Neumarkt