

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

Die Klinik Rotes Kreuz und die Klinik Maingau vom Roten Kreuz des Frankfurter Rotkreuz-Kliniken e.V. berechnen **ab dem 01.03.2026** 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 abzurechnende Zahl-Landesbasisfallwert Hessen beträgt aktuell **€ 4.563,60**. 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	0,541	4.563,60 €	2.468,90 €
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprotetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	3,015	4.563,60 €	13.759,25 €

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.

**Das Krankenhaus kann eine angemessene Vorauszahlung verlangen (Krankenhausentgeltgesetz § 8, Abs. 7, Satz 1), wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird. Von selbstzahlenden Patienten wird eine Vorkasse in Höhe der vermutlich zu ermittelnden DRG erhoben. Ist eine DRG-Ermittlung nicht möglich, werden 1.000,00 € Vorkasse erhoben.**

## **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. 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 **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:

E 3.2 Aufstellung der Zusatzentgelte (Anlage 4 i.V.m. 6 ) * ohne ZE -97 (Bluter)					
Entgeltart	OPS	vereinbartes Entgelt	vereinbarer Zahlbetrag	vereinbartes Entgelt nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums	Entgeltschlüssel gem. § 301 SGB V*
ZE2025-77	6-003.g*	18,35 €		18,35 €	76096542
ZE2025-80	6-003.1*	1,88 €		1,88 €	76096531
ZE2025-91	6-004.3*	0,23 €		0,23 €	76096767
ZE2025-104	6-001.m*	3,65 €		3,65 €	76097366
ZE2025-111	6-005.d*	2,24 €		2,24 €	76091110
ZE2025-112	6-006.2*	0,12 €		0,12 €	76091120
ZE2025-113	6-006.1*	8,59 €		8,59 €	76091130
ZE2025-120	6-001.c*	0,10 €		0,10 €	76097554
ZE2025-122	6-001.g*	0,02 €		0,02 €	76097555
ZE2025-123	6-002.p*	0,57 €		0,57 €	76097482
ZE2025-125	6-002.r*	0,04 €		0,04 €	76097556
ZE2025-140	6-006.b*	64,48 €		64,48 €	76097822
ZE2025-141	6-007.6*	0,66 €		0,66 €	76097859
ZE2025-142	6-007.3*	4,07 €		4,07 €	76097786
ZE2025-143	6-006.0*	2,25 €		2,25 €	76097860
ZE2025-144	6-007.j*	2,52 €		2,52 €	76097823
ZE2025-145	6-007.e*	0,47 €		0,47 €	76097824
ZE2025-146	6-007.m*	404,60 €		404,60 €	76097762
ZE2025-146	6-007.m*	2.023,00 €		2.023,00 €	76097763
ZE2025-147	6-001.9*	17,41 €		17,41 €	76097707
ZE2025-149	6-001.e*	1,74 €		1,74 €	76097702
ZE2025-151	6-001.h*	1,69 €		1,69 €	76097674
ZE2025-153	6-001.k*	2,40 €		2,40 €	76098062
ZE2025-154	6-003.k*	0,77 €		0,77 €	76098073
ZE2025-156	6-007.k*	1,00 €		1,00 €	76098074
ZE2025-158	6-007.9*	6,29 €		6,29 €	76098076
ZE2025-161	6-008.m*	12,05 €		12,05 €	76098177
ZE2025-162	6-008.9*	19,86 €		19,86 €	76098287
ZE2025-167	6-008.h*	0,62 €		0,62 €	76098222
ZE2025-169	6-009.e*	26,21 €		26,21 €	76098147
ZE2025-170	6-002.9*	1,46 €		1,46 €	76098120
ZE2025-175	6-002.1*	0,22 €		0,22 €	76098176
ZE2025-177	6-002.7*	13,07 €		13,07 €	76091770
ZE2025-180	6-005.0*	1,85 €		1,85 €	76091800
ZE2025-183	6-009.d*	3,64 €		3,64 €	76098292
ZE2025-200	6-009.q*	4,40 €		4,40 €	76098411
ZE2025-201	6-009.r*	3,18 €		3,18 €	76098412
ZE2025-203	6-00b.7*	3,98 €		3,98 €	76098408
ZE2025-205	6-00c.c*	73,67 €		73,67 €	76098410
ZE2025-208	6-004.a*	698,62 €		698,62 €	76098501
ZE2025-213	6-00c.0	11,07 €		11,07 €	76098473
ZE2025-218	6-00c.3*	14,05 €		14,05 €	76092180
ZE2025-01	5-785.2d	835,28 €		835,28 €	7600001A
ZE2025-01	5-785.3d	931,31 €		931,31 €	7600001B
ZE2025-25 Knie	5-829.k0 Knie	1.921,00 €		1.921,00 €	76097713
ZE2025-25 Schulter	5-829.m Schulter	1.347,37 €		1.347,37 €	76096911
ZE2025-25 Schulter	5-829.k0 Schulter	1.300,00 €		1.300,00 €	76097730
ZE2025-25 Schulter	5-829.k1 Schulter	1.595,60 €		1.595,60 €	76097731
ZE2025-25 Knie	5-829.k1 Knie	3.100,00 €		3.100,00 €	76097714
ZE2025-25 Knie	5-829.k2 Knie	2.714,66 €		2.714,66 €	76097715
ZE2025-25 Knie	5-829.k3 Knie	4.354,46 €		2.863,69 €	76097716
ZE2025-25 Knie	5-829.k4 Knie	2.801,39 €		2.801,39 €	76097717
ZE2025-25 Ellenbogen	5-829.k1 Ellenbogen	2.853,74 €		2.853,74 €	76097719
ZE2025-25 Schulter	5-829.k2 Schulter	1.310,49 €		1.310,49 €	76097732
ZE2025-25 Schulter	5-829.k3 Schulter	1.571,59 €		1.571,59 €	76097733
ZE2025-25 Schulter	5-829.k4 Schulter	1.571,59 €		1.571,59 €	76097734
ZE2025-25 Hüfte	5-829.k0 Hüfte	2.508,44 €		2.508,44 €	76097708
ZE2025-25 Hüfte	5-829.m Hüfte	2.714,66 €		2.714,66 €	76096913
ZE2025-25 Knie	5-829.m Knie	2.500,00 €		2.500,00 €	76096915
ZE2025-136	5-339.8*	1.171,72 €		1.171,72 €	76091360
ZE2025-61	5-039.e2	23.654,25 €		23.654,25 €	7609061F
ZE2025-61	5-039.n2	22.500,00 €		22.500,00 €	7609061k
ZE2025-62	8-839.46	19.220,77 €		19.220,77 €	76098213
ZE2025-25 Hüfte	5-829.k1 Hüfte	2.000,00 €		2.000,00 €	76097709
ZE2025-25 Hüfte	5-829.k2 Hüfte	2.650,00 €		2.650,00 €	76097710
ZE2025-25 Hüfte	5-829.k3 Hüfte	2.401,43 €		2.401,43 €	76097711
ZE2025-107	8-83d.0*	1.992,54 €		1.992,54 €	76091070
ZE2025-56	6-002.f*	0,07 €		0,07 €	76096250
ZE2025-164	6-008.0*	8,51 €		8,51 €	76098101
ZE2025-224	6.00e.n*	3,04 €		3,04 €	76098668

Die Bezeichnung der Entgeltarten kann aufgrund abweichender Abrechnungs- und/oder Genehmigungszeiträume variieren. **Maßgeblich ist die geltende vereinbarte Entgelthöhe lt. dieser Anlage.**

#### 4. 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:

	Bezeichnung	Entgeltschlüssel	Entgelthöhe
E76A	Tuberkulose mit äußerst schweren CC	8500E76A	€ 276,90

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.

#### 5. 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. Als Anschlussregelung zur Hybrid-DRG-Verordnung vom 19.12.2023 wurde durch die Selbstverwaltungspartner die Vereinbarung zu der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) gemäß § 115f SGB V für das Jahr 2026 (Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung) am 18.12.2024 abgeschlossen.

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.

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.

Die Entgelte sind der beigefügten **Anlage 2** zu entnehmen.

## **6. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 3 KHEntgG**

Für folgende Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2a KHEntgG folgende gesonderte Zusatzentgelte vereinbart:

**(entfällt zur Zeit)**

### **6a. 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 01.08.2022:
  - bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als vier Proben und höchstens 10 Proben:  

14,00 €.
  - 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:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall

**in Höhe von 195,75 €**

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall

**in Höhe von 29,01 EUR**

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

- **Zu- oder Abschlag** für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG

**in Höhe von 1,01 %**

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 \_\_\_\_ % **(entfällt zur Zeit)**

auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen.

- Zuschlag für Abschlagszahlungen nach § 6a der *Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser*

in Höhe von \_\_\_\_ % **(entfällt zur Zeit)**

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.

- Zuschlag für Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG

in Höhe von \_\_\_\_ % **(entfällt zur Zeit)**

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2a KHEntgG.

- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG

**in Höhe von 0,42 %**

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.

- Zu- und Abschläge für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG

**in Höhe von 0,84 €**

- Abschlag wegen Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i Abs. 5 SGB V i.V.m. § 8 Abs. 4 KHEntgG

**in Höhe von -0,24 %**

- Zuschlag für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen nach § 17b Abs. 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 Implantatregistergesetz

**in Höhe von 18,24 €**

- Zuschlag nach § 5 Abs. 3g S. 1 KHEntgG für jeden voll- und jeden teilstationären Fall, für den es im Rahmen der Krankenhausbehandlung entstandene Daten auf der elektronischen Patientenakte speichert

**in Höhe von 1,43 €**

- Abschlag nach § 9 Abs. 1a 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. 1a Nr. 8b KHEntgG wegen fehlender Anschlussverordnung

zur Beatmungsentwöhnung

**in Höhe von einmalig 280 €**

- 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 den Ausgleich eines aufgrund des Corona-Virus entstandenen Erlösanstiegs (gem. § 5 Corona-Ausgleichsvereinbarung 2021)

**in Höhe von -2,96 %**

- Zuschlag wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG (Basisnotfallversorgung) je vollstationärem Fall

**in Höhe von 1,96 €**

#### **8. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 7 Abs. 1 Ziff. 6 KHEntgG**

Für die Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und bundeseinheitlich festgelegten Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können und die nicht gemäß § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

**Siehe Anlage 1, letzte Seite.**

#### **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 krankenhausespezifischen 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.

Pflegeentgeltwert ab Aufnahme 01.03.2026: **341,86 €**

## 10. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

**in Höhe von 1,59 €**

- Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V bzw. des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

**in Höhe von 3,12 €**

## 11. Telematikzuschlag nach § 377 Abs. 1 SGB V

- Zuschlag zum Ausgleich der den Krankenhäusern entstehenden Kosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattung in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie der Betriebskosten des laufenden Betriebs der Telematikinfrastruktur (Telematikzuschlag) nach § 377 Abs. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

**in Höhe von 8,70 €**

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

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

### a. vorstationäre Behandlung, u.a.:

Innere Medizin, ggf. zusätzlich Großgerätepauschalen	€ 147,25
Allgemeine Chirurgie, ggf. zusätzlich Großgerätepauschalen	€ 100,72
Gynäkologie, ggf. zusätzlich Großgerätepauschalen	€ 119,13
Orthopädie, ggf. zusätzlich Großgerätepauschalen	€ 133,96

### b. nachstationäre Behandlung

### c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten, u.a.:

- Computer-Tomographie-Geräte (CT)
- Magnet-Resonanz-Geräte (MR)
- Linksherzkatheter-Messplätze (LHM)

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.

### 13. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet der liquidationsberechtigte Arzt gemäß gesetzlicher Regelungen.

### 14. Zuzahlungen

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

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

#### **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.

### 15. Wiederaufnahme und Rückverlegung

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

## 16. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

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

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

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

## 17. Entgelte für Wahlleistungen

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

### a) Ärztliche Leistungen

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären Behandlung 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 Abs. 1 GOÄ erfolgt bei vollstationären 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 vom Krankenhaus berechnet werden, vom nachfolgend 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 (§ 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2 S. 3 GOÄ) erbracht: eine „**Liste liquidationsberechtigte Ärzte**“ ist gesondert als Anlage erhältlich.

## 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**

nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung und Verfügbarkeit:

Station	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
<b><u>Klinik Maingau</u></b> 1B, 2B, 3B	Separates WC; separate Dusche; kostenloses WLAN; Sanitärartikel; Wahl- und Zusatzverpflegung; Zusatzgetränke; auf Wunsch tgl. Handtuch- und Bettwäschewechsel.	ab 01.01.2026: <b>78,87 EUR</b>
<b><u>Klinik Rotes Kreuz</u></b> E, 1A, 2A, 3A, 4A	Separates WC; separate Dusche; kostenloses WLAN; Sanitärartikel; Wahl- und Zusatzverpflegung; Zusatzgetränke; auf Wunsch tgl. Handtuch- und Bettwäschewechsel.	ab 01.01.2026: <b>101,61 EUR</b>
2D, 3D, 4D	Moderner ausgestattete Zimmer mit separatem WC und separater Dusche; kostenloses WLAN; Sanitärartikel; Wahl- und Zusatzverpflegung; Zusatzgetränke; auf Wunsch tgl. Handtuch- und Bettwäschewechsel.	ab 01.01.2026: <b>117,94 EUR</b>
Zimmersafe	Kaution	25,00 €

Unterbringung in einem **2-Bett-Zimmer**

nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung und Verfügbarkeit:

Station	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
<b><u>Klinik Maingau</u></b> 1B, 2B, 3B	Separates WC; separate Dusche; kostenloses WLAN; Sanitärartikel; Wahl- und Zusatzverpflegung; Zusatzgetränke; auf Wunsch tgl. Handtuch- und Bettwäschewechsel.	ab 01.01.2026: <b>33,93 EUR</b>
<b><u>Klinik Rotes Kreuz</u></b> E, 1A, 2A, 3A, 4A	Separates WC; separate Dusche; kostenloses WLAN; Sanitärartikel; Wahl- und Zusatzverpflegung; Zusatzgetränke; auf Wunsch tgl. Handtuch- und Bettwäschewechsel.	ab 01.01.2026: <b>62,09 EUR</b>
2D, 3D, 4D	Moderner ausgestattete Zimmer mit separatem WC und separater Dusche; kostenloses WLAN; Sanitärartikel; Wahl- und Zusatzverpflegung; Zusatzgetränke; auf Wunsch tgl. Handtuch- und Bettwäschewechsel.	ab 01.01.2026: <b>71,40 EUR</b>
Zimmersafe	Kaution	25,00 €

### **Allgemeine Hinweise:**

- Die Stellung eines Ein- oder Zweibettzimmers ist abhängig von der Verfügbarkeit und kann nicht garantiert werden.
- Auch ein Mehrbettzimmer entspricht dem vertraglichen Einbettzimmer, wenn es zur alleinigen Nutzung bereitgestellt wird.
- Die zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten vereinbarten gesondert berechenbaren Wahlleistungen werden im Rahmen der personellen und sächlichen Möglichkeiten des Krankenhauses erbracht, soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden.
- Die Wahlleistungsvereinbarung erstreckt sich über den gesamten Behandlungsfall, auch wenn dieser unterbrochen wird.
- Das Krankenhaus kann den Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung bei Patienten, welche die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht, beziehungsweise trotz Fälligkeit verspätet gezahlt haben, ablehnen.
- Das Krankenhaus kann die Erbringung von Wahlleistungen sofort vorübergehend einstellen, soweit und solange dies für die Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber anderen Patienten erforderlich wird; im Übrigen kann die Vereinbarung vom Patienten an jedem Tag zum Ende des folgenden Tages gekündigt werden; aus wichtigem Grund kann die Vereinbarung von beiden Teilen ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.
- Sofern Wahlleistungen vereinbart worden sind, können seitens des Krankenhauses sowohl angemessene Vorauszahlungen als auch angemessene Abschlagszahlungen verlangt werden.

### **WICHTIG:**

Für die Inanspruchnahme der oben genannten Wahlleistungen besteht kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz. Bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen ist der Patient oder die Begleitperson als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgeltes verpflichtet. Prüfen Sie bitte, ob Ihre private Krankenversicherung/ Beihilfe oder Ihre gesetzliche Krankenversicherung über einen besonderen Wahltarif nach § 53 SGB V, etc. diese Kosten deckt.

### **c) Unterbringung/Verpflegung einer medizinisch nicht notwendigen Begleitperson:**

**€ 55,00/Tag** (zzgl. Ust.).

### **Unterbringung/Verpflegung einer medizinisch nicht notwendigen Begleitperson von Kindern:**

**€ 55,00/Tag** (zzgl. Ust.).

## Inkrafttreten

**Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.03.2026 in Kraft. Gleichzeitig wird der vorherige DRG-Entgelttarif aufgehoben. Änderungen, die aufgrund gesetzlicher Regelungen und/oder Vereinbarungen der jeweiligen Vertragsparteien, auch rückwirkend, entstehen, bleiben vorbehalten.**

### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Leistungsabrechnung oder der Patientenaufnahme hierfür gerne zur Verfügung.

Gleichzeitig können Sie 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 daher bitte vor der Inanspruchnahme von Leistungen, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung und/oder Wahlleistungen versichert sind.

# Anlage 1

NUB 2025 Ifd. InEK N	Zusatzentgelt nach § 6 KHEntgG	Status 2025	Einheit	Entgelt-schlüssel	Vereinbarung 2025 Entgelthö	Bemerkungen
21	Abemaciclib	1	50 mg	76199085	36,30 €	Preis pro Tablette
21	Abemaciclib	1	100 mg	76199086	36,30 €	Preis pro Tablette
21	Abemaciclib	1	150 mg	76199087	36,30 €	Preis pro Tablette
22	Acalabrutinib	1	100 mg	76199374	99,09 €	Preis pro Kapsel oder Tablette
37	Alectinib	1	150mg	76198792	25,66 €	Preis pro Kapsel
156	Amivantamab	1	350 mg	76199550	1.737,40 €	Konzentrat
92	Asciminib	1	40 mg	76199614	85,23 €	Preis pro Tablette
40	Avatrombopag	1	20 mg	76199450	71,59 €	Preis pro Tablette
33	Brigatinib	1	30 mg	76199024	34,41 €	Preis pro Tablette
33	Brigatinib	1	90mg/180mg	76198983	103,23 €	Preis pro Tablette
14	Caplacizumab	1	10 mg Inj.Lsg.	76198964	4.257,69 €	10mg Inj.Lsg.
43	Crizotinib	1	200 mg	76197676	69,50 €	Preis pro Kapsel
43	Crizotinib	1	250 mg	76197666	86,87 €	Preis pro Kapsel
23	Dabrafenib	1	75 mg	76197780	46,72 €	Preis pro Tablette
90	Ixekizumab	1	80 mg	76198795	1.272,39 €	je 80 mg Pen/Fertigspritze
51	Niraparib	1	100 mg	76198787	68,16 €	Preis pro Kapsel
8	Osimertinib	1	80 mg	76199045	184,55 €	Preis pro Tablette
1	Remdesivir	1	100 mg	76199569	410,55 €	pro 100 mg Durchstechflasche
5	Rezafungin	1	200 mg	761990A3	2.900,03 €	Lösung
3	Ruxolitinib	1	5 mg	76198307	33,77 €	Preis pro Tablette
3	Ruxolitinib	1	1 0mg, 15 mg oder 20 mg	76198278	67,55 €	Preis pro Tablette
113	Selinexor	1	20 mg	76199587	317,63 €	Preis pro Tablette
77	Sutimlimab	1	50 mg/ml 1100 mg	7619902K	1.131,51 €	pro 50 mg/ml 1100 mg Lösung
39	Tafasitamab	1	200 mg	76199547	605,36 €	Lösung
31	Trametinib	1	0,5 mg	76198237	34,87 €	Preis pro Tablette
31	Trametinib	1	2mg	76198251	139,48 €	Preis pro Tablette
48	Vemurafenib	1	240 mg	76197587	24,90 €	Preis pro Tablette
116	Endovaskuläre Anlage eines inneren AV-Shunts mittels magnetgeführter Hochfrequenzenergie	1	je Shunt	76198543	4.460,20 €	pro Implantat
112	Externes Stabilisierungsgerüst bei Anastomose eines AV-Shunts im Rahmen der Shuntchirurgie	1	je Implantat	76198538	1.573,20 €	pro Implantat
134	Perkutan-transluminale Einlage eines Vorhofseptumimplantates zur Behandlung von Herzinsuffizienz	1	je Implantat	76199201	12.416,38 €	pro Implantat
170	Perkutan-transluminale Implantation eines interatrialen Shunts zur Behandlung von Herzinsuffizienz mit erhaltener oder reduzierter linksventrikulären Ejektionsfraktion	1	je Implantat	76199435	23.500,00 €	pro Implantat
99	Strömungsreduzierendes Drahtgeflecht im Koronarsinus zur Behandlung der therapierefraktären Angina pectoris	1	je Implantat	76199269	6.196,73 €	pro Implantat
304	Ereignisrekorder, implantierbar gemeinsam mit Ablation	1 bzw. 2	je Implantat	76197473	2.541,26 €	pro Implantat Status 1: ausschließlich bei Fällen in der DRG F50A, die auch ohne Implantation eines Ereignisrekorders dort eingruppiert würden. Bei allen anderen Fällen Status 2
310	Selbstexpandierendes, bioresorbierbares, Mometasonfuroat freisetzendes Implantat für Nasennebenhöhlen (Siebbein-, Stirnhöhlen) zur Reduktion postoperativer Komplikationen.	1 bzw. 2	je Implantat	76199267	822,56 €	pro Implantat - das NUB-Zusatzentgelt kann nur bei beidseitigem Eingriff geltend gemacht werden

**Anlage 1 ist gültig bis: unbefristet bis zur NUB Genehmigung 2026**  
**Anlage 2**

<b>Hybrid-DRG</b>	<b>Text-Hybrid-DRG</b>	<b>Fallpauschale der Hybrid-DRG ohne postoperative Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte A) in Euro</b>	<b>Fallpauschale der Hybrid-DRG zuzüglich postoperativer Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte B) in Euro</b>
E02M	Hybrid-DRG der DRG E02D (Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 Jahre, mehr als 1 BT, ohne bestimmten Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwendigen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne endoskop. Lungenvolumenred., ohne anderen mäßig kompl. Eingriff)	2.011,30	2.041,30
F01M	Hybrid-DRG der DRG F01C (Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator oder intrakardialer Pulsgenerator, ohne komplizierende Faktoren oder Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie)	10.067,56	10.097,56
F01N	Hybrid-DRG der DRG F01E (Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation oder aufwendige Sondenentfernung, ohne Implantation eines Drucksensors in Pulmonalarterie, ohne Implantation eines intrakardialen Pulsgenerators, Alter > 17 Jahre)	7.484,31	7.514,31
F01O	Hybrid-DRG der DRG F01F (Impl. Kardioverter / Defibrillator (AICD), Einkammer-Stimulation, ohne zusätzl. Herz- od. Gefäßeingriff, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne äuß. schw. CC, ohne aufw. Sondenentf., ohne Impl. Drucksens. in Pulmonalart., ohne Impl. Pulsgen., Alter > 17 J.)	6.163,41	6.193,41
F02M	Hybrid-DRG der DRG F02A (Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Dreikammer-Stimulation)	6.489,52	6.519,52
F02N	Hybrid-DRG der DRG F02B (Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Einkammer-Stimulation)	5.088,25	5.118,25
F19M	Hybrid-DRG der DRG F19B (Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Ablation über A.	4.877,78	4.907,78

	renalis oder komplexe Rekanalisation von Koronargefäßen)		
F24M	Hybrid-DRG der DRG F24B (Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC)	3.702,33	3.732,33
F49M	Hybrid-DRG 1 der DRG F49D (Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne schwere CC bei BT > 1, mit kardialem Mapping oder best. andere kardiologische Diagnostik oder best. komplexer Diagnose)	2.727,96	2.757,96
F49N	Hybrid-DRG 2 der DRG F49D (Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne schwere CC bei BT > 1, mit kardialem Mapping oder best. andere kardiologische Diagnostik oder best. komplexer Diagnose)	2.504,25	2.534,25
F49O	Hybrid-DRG 1 der DRG F49E (Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr)	2.615,59	2.645,59
F49P	Hybrid-DRG 2 der DRG F49E (Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr.)	2.047,45	2.077,45
F49Q	Hybrid-DRG 1 der DRG F49F (Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, ohne best. Eingr.)	1.927,53	1.957,53
F49R	Hybrid-DRG 2 der DRG F49F (Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, ohne best. Eingr.)	1.144,01	1.174,01
F50M	Hybrid-DRG der DRG F50A (Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen oder Implantation eines Ereig-	7.406,84	7.436,84

	nisrekorders oder Alter < 16 Jahre oder best. angeb. Herzfehler oder mit kompl. Ablation, Alter < 18 Jahre)		
F50N	Hybrid-DRG der DRG F50B (Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne hochkomplexe Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne best. angeb. Herzfehler, mit komplexer Ablation, Alter > 17 Jahre)	5.068,89	5.098,89
F50O	Hybrid-DRG der DRG F50C (Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne hochkomplexe Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne best. angeb. Herzfehler, ohne komplexe Ablation, Alter > 15 Jahre)	3.599,30	3.629,30
F52M	Hybrid-DRG der DRG F52B (Perkutane Koronangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention)	3.164,57	3.194,57
F56M	Hybrid-DRG 1 der DRG F56B (Perkutane Koronangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie oder koronare Lithoplastie)	3.466,64	3.496,64
F56N	Hybrid-DRG 2 der DRG F56B (Perkutane Koronangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie oder koronare Lithoplastie)	3.014,91	3.044,91
F58M	Hybrid-DRG 1 der DRG F58B (Perkutane Koronangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC)	2.938,99	2.968,99
F58N	Hybrid-DRG 2 der DRG F58B (Perkutane Koronangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC)	2.309,52	2.339,52
F59M	Hybrid-DRG der DRGs F59B und F59C (Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit aufwendigem Eingriff oder Mehrfacheingriff oder bestimmter Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag)	5.366,75	5.396,75
F59N	Hybrid-DRG der DRG F59D (Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit bestimmtem Eingriff oder anderem Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag oder mit pAVK mit Gangrän, mehr als ein Belegungstag)	3.422,66	3.452,66

F59O	Hybrid-DRG der DRG F59E (Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwend. Gefäßinterv., mit best. anderen Eingriff oder best. Mehrfacheingriff oder PTA, mehr als ein Belegungstag, ohne aufwendigen oder bestimmten Eingr., Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag)	2.742,29	2.772,29
F59P	Hybrid-DRG der DRG F59F (Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, ohne aufwendigen, bestimmten oder bestimmten anderen Eingriff, ohne Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag)	2.087,96	2.117,96
F95M	Hybrid-DRG der DRG F95A (Interventioneller Septumverschluss oder Verschluss einer paravalvulären Leckage mit einem kardialen Okkluder, Alter < 18 Jahre oder Vorhofohrverschluss)	7.123,54	7.153,54
F95N	Hybrid-DRG der DRG F95B (Interventioneller Septumverschluss oder Verschluss einer paravalvulären Leckage mit einem kardialen Okkluder, Alter > 17 Jahre, ohne Vorhofohrverschluss)	5.443,60	5.473,60
G08M	Hybrid-DRG der DRG G08B (Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC)	3.087,62	3.117,62
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
G09N	Hybrid-DRG 2 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
G23M	Hybrid-DRG der DRG G23B (Appendektomie oder andere komplexe oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis oder Exzision erkranktes Gewebe Dickdarm ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung oder Endometriose am Darm)	2.867,87	2.897,87
G24M	Hybrid-DRG der DRG G24A (Eingriffe bei Hernien mit plastischer Rekonstruktion der Bauchwand oder bestimmte partielle Resektion des Dickdarmes)	3.639,27	3.669,27
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

G24O	Hybrid-DRG 2 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)	2.465,72	2.495,72
G24P	Hybrid-DRG 1 der DRG G24D (Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 17 Jahre)	2.435,37	2.465,37
G24Q	Hybrid-DRG 2 der DRG G24D (Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 17 Jahre)	2.082,60	2.112,60
G24R	Hybrid-DRG 3 der DRG G24D (Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 17 Jahre)	1.246,41	1.276,41
G26M	Hybrid-DRG der DRG G26A (Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter < 18 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder mit kleinem Eingriff am Rektum)	1.426,87	1.456,87
G26N	Hybrid-DRG der DRG G26B (Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 17 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne kleinen Eingriff am Rektum)	1.016,05	1.046,05
H08M	Hybrid-DRG der DRG H08C (Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand, Alter > 11 Jahre)	3.036,49	3.066,49
H41M	Hybrid-DRG der DRG H41D (Andere aufwendige ERCP oder bestimmter endoskopischer Eingriff ohne bestimmte BNB)	1.846,44	1.876,44
H41N	Hybrid-DRG der DRG H41F (Andere ERCP ohne bestimmte oder andere aufwendige ERCP, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte BNB oder bestimmte Pankreatitis)	1.479,81	1.509,81
I13M	Hybrid-DRG der DRG I13E (Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten od. bei Endoproth. am Knie m. kompl. Ingr. od. schw. Weichteilsch. od. Pseudarthrose od. best. Osteotom. od. best. Ingr. Knieproth. od. Epiphyseodese od. bei BNB od. Alter > 17 J. od. ohne äuß. schw. od. schw. CC)	3.359,68	3.389,68
I13N	Hybrid-DRG der DRG I13G (Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten ohne bestimmten anderen Eingriff an den Extremitäten, außer bei bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff bei Knochen- und Gelenkinfektion oder Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC)	3.091,04	3.121,04

I20M	Hybrid-DRG der DRG I20D (Eingriffe am Fuß ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit Knochentransplantation oder schwerem Weichteilschaden oder bestimmtem Eingriff am Fuß oder Kalkaneusfraktur)	3.280,38	3.310,38
I20N	Hybrid-DRG der DRG I20E (Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritis oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre)	2.085,14	2.115,14
I20O	Hybrid-DRG der DRG I20F (Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre)	1.006,54	1.036,54
I21M	Hybrid-DRG der DRG I21Z (Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder bestimmte Eingriffe an der Klavikula)	3.184,11	3.214,11
I29M	Hybrid-DRG der DRG I29B (Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder best. Osteosynthesen an der Klavikula ohne kompliz. Diagnose, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen oder sonst. arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit bestimmten Eingriffen an der Schulter)	3.652,10	3.682,10
I31M	Hybrid-DRG der DRG I31B (Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand oder bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella, mit bestimmten komplexen Eingriffen am Unterarm)	3.895,04	3.925,04
I31N	Hybrid-DRG der DRG I31C (Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm ohne gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, ohne bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella, ohne bestimmte komplexe Eingriffe am Unterarm)	3.739,21	3.769,21
J09M	Hybrid-DRG der DRG J09B (Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre)	1.137,07	1.167,07
L06M	Hybrid-DRG der DRG L06C (Andere kleine Eingriffe an den Harnorganen, Alter > 15 Jahre)	2.353,00	2.383,00
L17M	Hybrid-DRG 1 der DRG L17B (Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, ohne bestimmte Eingriffe an der Urethra, Alter > 15 Jahre)	1.780,41	1.810,41

L17N	Hybrid-DRG 2 der DRG L17B (Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, ohne bestimmte Eingriffe an der Urethra, Alter > 15 Jahre)	1.258,81	1.288,81
L20M	Hybrid-DRG der DRG L20B (Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre oder Alter > 89 Jahre)	2.615,37	2.645,37
L20N	Hybrid-DRG der DRG L20C (Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter > 15 Jahre oder Alter < 90 Jahre)	1.777,25	1.807,25
M04M	Hybrid-DRG der DRG M04D (Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff oder Alter > 2 Jahre, ohne schwere CC oder ohne beidseitigen Hodenhochstand oder Alter > 13 Jahre)	1.418,84	1.448,84
M05M	Hybrid-DRG der DRG M05Z (Zirkumzision, andere Eingriffe am Penis oder großflächige Ablationen der Haut)	1.075,09	1.105,09
N05M	Hybrid-DRG der DRG N05B (Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder anderer Eingriff an der Harnblase oder Adhäsion, Alter > 15 Jahre)	2.453,35	2.483,35
N07M	Hybrid-DRG der DRG N07A (Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit bestimmtem Eingriff)	2.520,88	2.550,88
N21M	Hybrid-DRG der DRG N21A (Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne auß. schw. oder schw. CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder subtotale und andere Hysterektomie bei bösartiger Neubildung oder komplexe Myomenukleation, mit aufwendigem Eingriff)	3.999,29	4.029,29
N21N	Hybrid-DRG der DRG N21B (Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne auß. schw. oder schw. CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder subtotale und andere Hysterektomie bei bösartiger Neubildung oder komplexe Myomenukleation, ohne aufwendigen Eingriff)	3.688,78	3.718,78

N23M	Hybrid-DRG der DRG N23Z (Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation)	3.832,21	3.862,21
N25M	Hybrid-DRG der DRG N25Z (Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder andere kleine Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, Alter > 13 Jahre)	1.778,24	1.808,24
Q03M	Hybrid-DRG der DRG Q03B (Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter > 9 Jahre)	1.796,18	1.826,18
R11M	Hybrid-DRG der DRG R11C (Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC)	1.629,74	1.659,74
R14M	Hybrid-DRG der DRG R14Z (Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Therapie mit offenen Nukliden bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als ein Belegungstag)	1.574,93	1.604,93