

Krankenhaus St. Joseph-Stift GmbH Bremen,  
Schwachhauser Heerstraße 54, 28209 Bremen

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

Das Krankenhaus St. Joseph-Stift GmbH Bremen berechnet folgende Entgelte:

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

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG, des KHEntgG in der jeweils gültigen Fassung, der jährlichen Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV 2026) sowie den jährlichen Budgetvereinbarungen. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über diagnoseorientierte Fallpauschalen (sog. Diagnosis Related Groups – DRG –) abgerechnet. Entsprechend der DRG-Systematik bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalls.

Die Zuweisung zu einer DRG erfolgt über verschiedene Parameter. Die wichtigsten sind hierbei die Hauptdiagnose sowie gegebenenfalls durchgeführte Prozeduren (Operationen, aufwändige diagnostische oder therapeutische Leistungen). Eventuell vorhandene Nebendiagnosen können zudem die Schweregradeinstufung beeinflussen. Für die Festlegung der Diagnosen beziehungsweise Prozeduren stehen Kataloge mit circa 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 textlicher 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 **4.577,83 €** 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
<b>B79Z</b>	<b>Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor</b>	<b>0,541</b>	<b>€ 4.000,00</b>	<b>€ 2.164,00</b>
<b>I04Z</b>	<b>Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodes</b>	<b>3,015</b>	<b>€ 4.000,00</b>	<b>€ 12.060,00</b>

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 DRG-Entgeltkatalogverordnung 2026 (DRG-EKV 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 Krankenhäuser für das Jahr 2026 (FPV 2026).

**3. Hybrid-DRG gemäß § 115f SGB V**

Gemäß § 115f Abs. 1 SGB V unterfallen die in einem Katalog festgelegten Leistungen einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG), unabhängig davon, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird. 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 11.11.2025 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.

Beispiel:

Leistungsbereich Bestimmte Hernieneingriffe

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

Hybrid-DRG	Bezeichnung	Fallpauschale der Hybrid-DRG ohne postoperative Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte A) in Euro	Fallpauschale der Hybrid-DRG zuzüglich postoperativer Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte B) in Euro
G09N	Hybrid-DRG der DRG G09Z (Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dün- und Dickdarm)	2.942,93	2.972,93
G24N	Hybrid-DRG der DRG G24B (Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC)	2.760,24	2.030,81

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 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 DRG-EKV 2026 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der DRG-EKV 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 DRG-EKV 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 DRG-EKV 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:

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Menge/Dosierung	Abrechnungs-Schlüssel	Betrag
ZE2026-09	Hämoperfusion "CytoSorb"-Therapie	pro Cytosorb-Filter	7600009C	1.136,73
ZE2026-103	Gabe von Rituximab	subkutan pro 1400 mg angebrochen	76097292	2.553,74
ZE2026-104	Gabe von Trastuzumab	subkutan pro 600mg angebrochen	76097293	2.400,00
ZE2026-106	Gabe von Abatacept, subkutan	125mg/1 ml Fertigspritze, angebrochen	76097295	350,00
ZE2026-108	Implantation einer Irisprothese	pro Prothese	76091080	3.100,00
ZE2026-110	Gabe von Tocilizumab	subkutan pro 162mg angebrochen	76097392	448,00
ZE2026-111	Gabe nab-Paclitaxel	parenteral pro 100 mg angebrochen	76097362	333,01
ZE2026-112	Gabe von Abirateron	oral pro 500mg angebrochen	76098027	2,00
ZE2026-113	Gabe von Cabazitaxel	parenteral pro 60mg angebrochen	76097382	1.105,61
ZE2026-120a	Gabe von Pemetrexed	parenteral pro 100mg angebrochen	76097888	21,37
ZE2026-120b	Gabe von Pemetrexed	parenteral pro 1000mg angebrochen	76098689	1.048,04
ZE2026-121	Gabe von Etanercept	parenteral pro 50 mg angebrochen	76097511	196,80
ZE2026-122	Gabe von Imatinib	oral pro 100 mg	76097473	0,63
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin	parenteral pro 50 mg angebrochen	76097477	44,00
ZE2026-124	Gabe von Voriconazol	oral pro 50 mg	76097544	1,25
ZE2026-125	Gabe von Voriconazol	parenteral pro 200 mg angebrochen	76097480	7,20
ZE2026-13.01	Immunadsorption mit nicht regenerierbarer Säule	pro Säule	76000130	1.649,00
ZE2026-140	Gabe von Brentuximab Vedotin	parenteral pro 50mg angebrochen	76097894	3.224,16
ZE2026-141	Gabe von Enzalutamid	oral pro 40mg	76097626	26,57
ZE2026-142	Gabe von Aflibercept	intravenös pro 100mg angebrochen	76097805	357,00
ZE2026-143	Gabe von Eltrombopag	oral pro 25mg	76097761	51,50
ZE2026-144	Gabe von Obinutuzumab	parenteral pro 1000mg angebrochen	76097896	2.516,11
ZE2026-145	Gabe von Ibrutinib	oral pro 140mg	76097627	66,06
ZE2026-146	Gabe von Ramucirumab	parenteral pro 100mg angebrochen	76097898	404,60
ZE2026-147	Gabe von Bortezomib	parenteral pro 3,5mg angebrochen	76097946	85,00

ZE2026-149	Gabe von Infliximab	parenteral pro 100mg angebroschen	76097901	99,40
ZE2026-151	Gabe von Rituximab	intravenös pro 1mg angebroschen	76097674	1,86
ZE2026-153	Gabe von Trastuzumab	intravenös pro 150mg angebroschen	76098088	194,34
ZE2026-154	Gabe von Anidulafungin	parenteral pro 100mg angebroschen	76098047	60,00
ZE2026-156	Gabe von Posaconazol	parenteral pro 300mg angebroschen	76098055	403,90
ZE2026-158	Gabe von Pertuzumab	parenteral pro 420mg angebroschen	76098056	2.642,54
ZE2026-162	Gabe von Carfilzomib	parenteral pro 10mg angebroschen	76098067	174,79
ZE2026-166	Gabe von Isavuconazol	parenteral pro 200mg angebroschen	76098142	452,20
ZE2026-167	Gabe von Isavuconazol	oral pro 100mg angebroschen	76098143	61,64
ZE2026-169	Gabe von Liposomalem Irinotecan	parenteral pro 43mg angebroschen	76098166	1.024,41
ZE2026-170	Gabe von Bevacizumab	parenteral pro 100mg angebroschen	76098171	91,86
ZE2026-171	Gabe von Clofarabin	parenteral pro 20mg angebroschen	76098172	589,05
ZE2026-172	Gabe von Posaconazol	oral, Suspension pro 4200mg angebroschen	76098297	431,39
ZE2026-173	Gabe von Posaconazol	oral, Tabletten pro 100mg angebroschen	76098240	12,50
ZE2026-175a	Gabe von Filgrastim	parenteral pro 30 Mio.IE. angebroschen	76098232	6,00
ZE2026-175b	Gabe von Filgrastim	parenteral pro 48 Mio.IE. angebroschen	76098141	9,60
ZE2026-176	Gabe von Lenograstim	parenteral pro 34 Mio IE, angebroschen	76098144	11,90
ZE2026-177	Gabe von Pegfilgrastim	parenteral pro 6mg angebroschen	76098149	120,00
ZE2026-178	Gabe von Lipegfilgrastim	parenteral pro 6mg angebroschen	76098145	142,80
ZE2026-180	Gabe von Azacitidin	parenteral pro 100mg angebroschen	76098302	112,13
ZE2026-182a	Gabe von Vedolizumab	parenteral pro 300mg Injektionsflasche angebroschen	76098304	2.294,50
ZE2026-182b	Gabe von Vedolizumab	parenteral pro 108mg Fertigspritze angebroschen	76098276	573,63
ZE2026-183	Gabe von Elotuzumab	parenteral pro 100mg angebroschen	76098421	364,14
ZE2026-187a	Neurostimulatoren zur Hypoglossusnerv-Stimulation mit System aura6000		7609187A	22.108,25
ZE2026-187b	Neurostimulatoren zur Hypoglossusnerv-Stimulation mit System Genio®		7609187B	22.108,25
ZE2026-192	Gabe von Midostaurin	oral pro 25mg	76098345	124,54
ZE2026-194a	Gabe von Ustekinumab	Stelara intravenös pro 130mg angebroschen	76098600	5.134,00
ZE2026-194b	Gabe von Ustekinumab	Generikum intravenös pro 130mg angebroschen	76098348	892,50
ZE2026-195	Gabe von Ustekinumab, subkutan, Stelara®	pro 45 mg oder 90 mg FSP	76098601	5.134,00
ZE2026-195	Gabe von Ustekinumab, subkutan, Biosimilar	pro 45 mg oder 90 mg FSP	76098352	892,50
ZE2026-195a	Gabe von Ustekinumab	Stelara subkutan pro 45mg angebroschen	76098683	5.134,00
ZE2026-195b	Gabe von Ustekinumab	Generikum subkutan pro 45mg angebroschen	76098452	892,50
ZE2026-195c	Gabe von Ustekinumab	Stelara subkutan pro 90mg angebroschen	76098691	5.134,00
ZE2026-195d	Gabe von Ustekinumab	Generikum subkutan pro 90mg angebroschen	76098451	892,50
ZE2026-196	Gabe von Micafungin	parenteral pro 50mg angebroschen	76098356	60,53
ZE2026-200	Gabe von Daratumumab	pro 100mg intravenös angebroschen	76098428	440,30
ZE2026-201	Gabe von Daratumumab	pro 1800 mg subkutan angebroschen	76098413	5.723,90
ZE2026-202	Gabe von Aldesleukin	parenteral pro 18 Mio IE angebroschen	76098430	862,75
ZE2026-203	Durvalumab	pro 120mg angebroschen	76098431	477,09
ZE2026-205	Polatuzumab Vedotin	pro 30mg angebroschen	76098435	1.547,00
ZE2026-208	Gabe von Trabectedin, parenteral	pro 0,25mg angebroschen	76098500	525,81

ZE2026-209	Gabe von Plerixafor, parenteral	pro 24mg angebrochen	76098616	6.498,30
ZE2026-211	Gabe von Tocilizumab, intravenös	pro 80mg angebrochen	76098502	227,75
ZE2026-212	Gabe von Idarucizumab, parenteral	je 1mg angebrochen	76098471	0,60
ZE2026-213	Gabe von Andexanet alfa, parenteral	pro 200mg angebrochen	76098491	2.201,50
ZE2026-216	Gabe von Avelumab, parenteral	pro 200mg angebrochen	76098509	775,08
ZE2026-217	Gabe von Apalutamid oral	oral pro 60mg	76098510	21,30
ZE2026-218	Gabe von Cemiplimab, parenteral	pro 350mg angebrochen	76098497	4.139,59
ZE2026-221	Gabe von Atezolizumab, subkutan	pro 1200mg, angebrochen	76092210	3.952,99
ZE2026-222	Gabe von Ocrelizumab, subkutan	pro 920mg, angebrochen	76098646	12.197,50
ZE2026-224	Gabe von Isatuximab, parenteral	pro 100mg angebrochen	76098647	303,68
ZE2026-231	Ravulizumab	pro 300mg angebrochen	76199173	4.426,56
ZE2026-232	Trastuzumab deruxtecan	pro 100mg angebrochen	76199542	1.417,05
ZE2026-233	Enfortumab vedotin	pro 10mg angebrochen	7619901H	257,90
ZE2026-234	Sacituzumab govitecan	pro 200mg, angebrochen	76199553	1.038,87
ZE2026-235	Darolutamid	pro 300mg angebrochen	76199362	30,07
ZE2026-236	Tafasitamab	pro 200mg angebrochen	76199547	605,36
ZE2026-237	Dostarlimab	pro 500mg angebrochen	76199478	2.814,23
ZE2026-238	Glofitamab	pro 2,5mg angebrochen	7619904R	1.085,77
ZE2026-239	Tebentafusp	pro 100µg angebrochen	7619901J	11.781,00
ZE2026-241	Gabe von Nivolumab	intravenös	76098057	479,63
ZE2026-242	Gabe von Nivolumab	subkutan	76098057	479,63
ZE2026-40a	Naturheilkundliche Komplexbehandlung 14-20 Tage bzw. 10-13 Tage mit mindestens 1.680 Behandlungsminuten		7600040A	1.055,53
ZE2026-40b	Naturheilkundliche Komplexbehandlung mindestens 21 Tage bzw. mindestens 14 Tage mit mindestens 2.520 Behandlungsminuten		7600040B	1.579,03
ZE2026-54a	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	pro Prothese	76090540	750,00
ZE2026-54b	EUS-geführtes elektrokautergestütztes System zur Anastomosenanlage zu Gallenwegen/-blase und Drainage von Pankreaspseudozysten (z.B. "Hot AXIOS™ Stent)	pro Stent	76098233	Einzel- abrechnung
ZE2026-58	Gabe von Alpha-1- Proteinaseinhibitor human	pro 1mg, angebrochen	76096614	0,38
ZE2026-71a	Radiorezeptorthherapie mit DOTA- konjugierten Somatostatinanaloga 1 bis 4 GBq	je 1 GBq angebrochen	76098741	875,70
ZE2026-71b	Radiorezeptorthherapie mit DOTA- konjugierten Somatostatinanaloga >4 GBq	je 1 GBq angebrochen	76098742	663,34
ZE2026-74	Gabe von Sunitinib	oral pro 12,5mg	76096454	2,54
ZE2026-75	Gabe von Sorafenib	oral pro 200mg	76096455	2,84
ZE2026-77a	Lenalidomid	oral pro 2,5mg	76097350	2,22
ZE2026-77b	Lenalidomid	oral pro 5mg	76096467	2,22
ZE2026-77c	Lenalidomid	oral pro 7,5mg	76097351	2,22
ZE2026-77d	Lenalidomid	oral pro 10mg	76096468	2,22
ZE2026-77e	Lenalidomid	oral pro 15mg	76096469	2,22
ZE2026-77f	Lenalidomid	oral pro 20mg	76097352	2,22
ZE2026-77g	Lenalidomid	oral pro 25mg	76096470	2,22
ZE2026-85	Gabe von Temsirolimus	parenteral pro 30mg angebrochen	76097883	1.195,42
ZE2026-91	Gabe von Dasatinib	oral pro 20mg, 50mg oder 70mg angebrochen	76090910	14,13

Spezifische Sachkosten für die Versorgung von Hämophilie-Patienten werden auf der Grundlage der Anlage 6 zur FPV 2026 in Verbindung mit den Regelungen der Budgetvereinbarung 2026 für das Krankenhaus gegen Einzelkostennachweis berechnet:

ZE2026-97	Entsprechend dem patientenbezogenen nachgewiesenen Sachkostenaufwand
ZE2026-137	Ab einem Schwellenwert von 20.000 Euro entsprechend dem nachgewiesenen Sachkostenaufwand
ZE2026-138	Ab einem Schwellenwert von 2.500 Euro entsprechend dem nachgewiesenen Sachkostenaufwand
ZE2026-139	Ab einem Schwellenwert von 6.000 Euro entsprechend dem nachgewiesenen Sachkostenaufwand

**5. Zusatzentgelt für Testung auf Infektionen 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 vom 01.01. – 14.04.2026 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 – 14.04.2026:

**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 - 14.04 2026:

**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 – 14.04.2026:

**11,50 €.**

Testungen durch einen Nukleinsäurenachweis mittels Pooling-Verfahren (PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) bei Patientinnen oder Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.05.2023 – 14.04.2026:

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 und höchstens 30 Proben:

**12,00 €.**

**6. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV 2025**

Für Leistungen, die noch nicht mit DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten vergütet werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart. Das Entgelt wird für jeden Behandlungstag (Behandlungsnacht), auch den Entlassungstag, berechnet.

Entgelt	Bemerkungen	Abrechnungsschlüssel	Betrag
Tagesklinik Geriatrie		8500A90A	138,03 €
Pflegeentgelt Tagesklinik Geriatrie		8400A90A	84,45 €
Tagesklinik Onkologie/Innere Medizin	ohne Chemotherapie	85000012	79,96 €
Pflegeentgelt Onkologie/ Innere Medizin	ohne Chemotherapie	84000012	158,04 €

Tagesklinik Onkologie/Innere Medizin	mit Chemotherapie	85000013	401,46 €
Pflegeentgelt Tagesklinik Innere Medizin	mit Chemotherapie	84000013	158,04 €
DRG B61B (Rückenmarksschädigung)	vollstationäre Behandlung	8500B61B	192,86 €
Pflegeentgelt DRG B61B	vollstationäre Behandlung	8400B61B	390,61 €
DRG U01Z	vollstationäre Behandlung	8500U01Z	798,50 €
Pflegeentgelt DRG U01Z	vollstationäre Behandlung	8400U01Z	244,20 €
Schlaflabor 1 Nacht	2 Tage á 175 €	85000002	175,00 €
Schlaflabor 2 Nächte	3 Tage á 233 €	85000005	233,00 €
Schlaflabor 3 Nächte	4 Tage á 262 €	85000020	262,00 €

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.

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.

## 7. Zu- und Abschläge gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 4 KHEntgG

Gemäß § 17a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen. Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig:

- **je teil- und vollstationärem Fall** **123,14 €**

Gemäß § 33 Abs. 3 PflBGKHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen. Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig:

**je teil- und vollstationärem Fall** **202,24 €**

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

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **60,00 €** pro Tag (nicht am Verlegungs- oder Entlassungstag), **Überlieger 2025/2026 60,00 € pro Tag.**
- Zuschlag wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG in Höhe von **0,00 €** je vollstationärem Fall
- Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG in Höhe von **0,00%** 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 Sofort-Transformationskosten gemäß § 8 Abs. 11 Satz 1 KHEntgG in Höhe von **3,25%** je ab 01.11.2025 aufgenommenen voll- und teilstationären Fall.
- Abschlag für Mehrleistungen gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG in Höhe von **0,00 €** pro Relativgewicht (Bewertungsrelation) der abgerechneten DRG-Fallpauschale
- Fixkostendegressionsabschlag gemäß § 4 Abs. 2b KHEntgG in Höhe von **0,00 €** auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen
- Zuschlag für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen nach § 17 Abs. 1a Nr. 4 je abgerechneten vollstationären Fall in Höhe von **0,20 €**
- Zuschlag nach § 5 Abs. 3g KHEntgG für Speicherung von Daten auf der elektronischen Patientenakte für jeden voll- und teilstationären Fall in Höhe von **0 €**

- Zuschlag nach § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten aufgrund der Behandlung von SARS-CoV -2 für jeden voll- und teilstationären Fall bis zum 31.12.2021 in Höhe von **0,00 €**
- Zuschlag nach § 4 Abs. 10 KHEntgG zur Finanzierung bei Personalkosten bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hebammen in Höhe von **0,00%**.
- Abschlag für den Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösanstiegs (prozentual, Coronaausgleichsvereinbarung in Höhe von **0,00%**).
- Abschlag nach § 5 Abs. 3e KHEntgG wegen unzureichendem Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 341 Abs. 7 Satz 1 SGB V **in Höhe von 1%** des Rechnungsbetrags (SJB: 0%), mit Ausnahme der Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG, für jeden voll- und teilstationären Fall.
- Zuschlag für Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG in Höhe von **0,00%** 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 nach § 4a Abs. 4 KHEntgG zur Auszahlung des Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Höhe von **11,692 % (Überlieger 2025/2026 12,022%)** 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 Krankenhäusern in Höhe von **7,92 €**.
- Zuschlag nach § 5 Abs. 3d KHEntgG für implantatbezogene Maßnahmen nach § 2 Nr. 4 Implantatregistergesetz in Höhe von **18,24 €**
- Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8a KHEntgG wegen fehlender Einschätzung des Beatmungsstatus **in Höhe von 16%** (SJB: 0%) 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
- Zuschlag nach § 5a Abs. 1 KHWiSichV i.V.m. § 7 Abs. 1 der Corona-Ausgleichsvereinbarung 2022 oder Abschlag nach § 5a Abs. 1 KHWiSichV i.V.m. § 7 Abs. 2 Corona-Ausgleichsvereinbarung 2022 in Höhe von **0,00 €**.
- Abschlag für Versäumnisse bei der Übersendung von Budgetunterlagen nach § 11 Abs. 4 KHEntgG **in Höhe von 1%** (SJB: 0%) des Rechnungsbetrages für jeden voll- oder teilstationären Fall.

## **8. Hygienezuschlag gem. § 4 Abs. 11 KHEntgG**

Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gem. § 4 Abs. 11 KHEntgG in Höhe von **0,00 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen sowie auf die Zusatzentgelte gem. § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2 KHEntgG.

**9. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 6 KHEntgG (NUB)**

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	Menge/Dosierung	Abrechnungs-Schlüssel	Betrag
1	Remdesivir	pro 100mg angebrochen	76199569	410,55
2	Nirmatrelvir-Ritonavir	pro 150/100 mg, angebrochen	7619902A	35,70
3	Ruxolitinib, oral	pro 5mg angebrochen	76198243	33,77
4	Olaparib	pro 50mg angebrochen	76198254	13,60
5	Rezafungin	pro 200mg, angebrochen	761990A3	2.494,03
7	Everolimus bei Neoplasie oder tuberöser Sklerose	pro angebrochene 2,5 mg, Tbl.	76197806	3,38
8	Osimertinib	pro 40 oder 80mg Tbl., angebrochen	76198844	184,55
11	Cabozantinib	pro 20mg angebrochen	76198519	157,73
13	Nilotinib	pro 50mg angebrochen	76197663	10,17
14	Caplacizumab	pro 10mg angebrochen	76198964	4.257,69
15	Axitinib	pro 1mg angebrochen	76197656	9,70
16	Lenvatinib	pro 4mg LENVIMA EISAI angebrochen (SD-Ca)	76199040	37,06
17	Pazopanib	pro 200mg angebrochen	76196563	34,61
20	Golimumab	pro 50mg angebrochen	76197070	848,73
21	Abemaciclib	pro 50 / 100 / 150mg angebrochen	76199061	36,30
22	Acalabrutinib	pro 100mg angebrochen	76199374	99,05
23	Dabrafenib	je 1 mg	76197848	0,62
25	Sotrovimab	pro 500mg angebrochen	76199606	2.380,00
30	Ribociclib	pro 200mg angebrochen	76198785	34,87
31	Trametinib	pro 0,5mg angebrochen	76198237	34,87
32	Pomalidomid	pro 1mg angebrochen	76197805	160,93
33	Brigatinib	pro 90mg angebrochen	76198983	101,50
33b	Brigatinib	pro 30mg angebrochen	76199024	33,83
34	Alemtuzumab	pro 12mg angebrochen	76197797	11.185,65
35	Ixazomib	pro 2,3 / 3 / 4mg, pro Tbl., angebrochen	76198595	2.062,67
36	Tremelimumab	pro 25mg angebrochen	7619903W	1.672,14
37	Alectinib	pro 150mg angebrochen	76198792	25,66
40	Avatrombopag	pro 20mg angebrochen	76199450	71,59
41	Icatibant	pro 30mg angebrochen	76196974	361,68
42	Temozolomid, intravenös	pro 100mg angebrochen	76197153	336,89
43	Crizotinib	pro 250mg, angebrochen	76197666	86,87
45	Risankizumab	pro 150mg angebrochen	76199226	4.176,42
47	Trifluridin-Tipiracil	pro 15mg + 6,14mg angebrochen	76198514	39,30
48	Vemurafenib	pro 240mg angebrochen	76197587	24,90
51	Niraparib	pro 100mg angebrochen	76198787	68,16
52	Lorlatinib	pro 25mg angebrochen	76199171	43,30
55	Sotorasib	pro 120mg angebrochen	76199548	19,27
58	Streptozocin	pro 1000mg angebrochen	76199208	791,36
59	Zanubrutinib	pro 80mg angebrochen	76199541	43,86
60	Encorafenib	pro 75mg angebrochen	76199376	35,70
63	Mosunetuzumab	pro 1mg angebrochen	7619901L	249,00
64	Ofatumumab	pro 20mg angebrochen	76199593	1.225,00
66	Bosutinib	pro 100mg angebrochen	76197819	21,95
67	Entrectinib	pro 100mg angebrochen	76199355	30,27
70	Selpercatinib	pro 40mg angebrochen	76199451	16,22
71	Mepolizumab	pro 40 mg, angebrochen	7619905M	475,63
72	Talquetamab	pro 3mg angebrochen	7619907H	239,19
73	Ceritinib	pro 150mg angebrochen	76198252	58,76
74	Idelalisib	pro 100mg oder 150mg angebrochen	76198100	72,45
75	Luspatercept	pro 25mg angebrochen	76199351	887,28
77	Sutimlimab	pro 1.100mg angebrochen	7619902K	1.108,88
79	Azacitidin oral	pro 200mg oder 300 mg angebrochen	76199552	1.217,86

81	Inclisiran	pro 284mg angebrochen	76199599	2.490,17
83	Zolbetuximab	pro 100mg angebrochen	761990HX	611,70
84	Certolizumab	pro 200mg angebrochen	76197418	434,29
85	Larotrectinib	pro 25mg angebrochen	76199263	23,24
86	Ivosidenib	pro 250mg angebrochen	7619903Y	217,42
87	Ponatinib	pro 15mg angebrochen	76197792	107,39
91	Tucatinib	pro 50mg angebrochen	76199545	18,76
92	Asciminib	pro 20mg angebrochen	76199720	85,23
93	Fedratinib	pro 100mg angebrochen	76199584	30,36
95	Cobimetinib	pro 20mg angebrochen	76198240	88,77
98	Fostamatinib	pro 100mg angebrochen	76199378	41,47
100	Elranatamab	pro 44mg angebrochen	7619909G	1.898,45
101	Tivozanib	pro 0,89mg angebrochen	76199247	181,39
102	Epcoritamab	pro 4mg angebrochen	7619909I	515,82
103	Pirtobrutinib	pro 100mg angebrochen	761990C7	195,00
104	Binimetinib	pro 15mg angebrochen	76199415	17,36
105	Fruquintinib	pro 1mg angebrochen	761990GJ	74,84
106	Loncastuximab tesirin	pro 10mg angebrochen	7619903X	7.408,12
108	Pemigatinib	pro 4,5mg, 9mg oder 13,5mg angebrochen	76199557	513,85
110	Erdafitinib	pro 3mg angebrochen	761990C0	228,06
117	Avapritinib	pro 25mg angebrochen	7619903Q	489,95
118	Tepotinib	pro 225mg angebrochen	76199546	63,22
119	Futibatinib	pro 4mg angebrochen	761990CF	82,14
120	Sarilumab	pro 150mg oder 200mg, angebrochen	76198799	672,94
123	Maribavir	pro 200mg angebrochen	7619902E	238,00
124	Mirikizumab	pro 100mg angebrochen	7619905I	454,58
125	Ripretinib	pro 50mg angebrochen	76199592	242,48
130	Emicizumab	pro 12mg	761990CB	567,63
131	Momelotinib	pro 100mg angebrochen	761990DY	148,61
133	Panobinostat	pro 10mg, 15mg oder 20mg Kps, angebrochen	76198276	744,14
135	Vandetanib	pro 100mg angebrochen	76198245	76,07
139	Selumetinib	pro 10mg angebrochen	76199624	86,70
141	Tislelizumab	pro 100mg angebrochen	761990H3	2.165,80
151	Ranibizumab, intravitreal	pro 1,65mg angebrochen	76198128	755,59
156	Amivantamab	pro 350mg angebrochen	76199550	1.699,52
164	Brolucizumab, intravitreal	pro 120mg angebrochen	76199447	834,49
168	Adagrasib	pro 200mg angebrochen	761990HF	Einzelkosten
189	Asfotase alfa	pro 18mg angebrochen	76198327	856,80
221	Endoskopisch-intratumorale Injektion von Phosphor-32-markierten Mikropartikeln unter Ultraschallsteuerung bei irrespektablen lokal fortgeschrittenen Pankreastumoren	pro System	76199726	27.370,00
234	Radioligandentherapie mit Actinium-225-PSMA-Liganden	pro 1 MBq angebrochen	761990KT	Antragsleistung
268	Boston-Keratoprothese	pro Prothese	76199219	2.370,00
276	Radioligandentherapie mit Actinium-225-, Blei-212, Terbium-161-oder Yttrium-90-PSMA-Liganden bei Prostatakarzinom	pro 1 GBq angebrochen	761990K5	Antragsleistung
310	Selbstexpandierendes, bioresorbierbares, Mometasonfuroat freisetzendes Nasennebenhöhlenimplantat	Preis für 2 Implantate	76198277	1.605,00
172a	Toripalimab	pro 240mg angebrochen	761990IW	Einzelkosten
172b	Toripalimab	pro 80mg angebrochen	761990KS	Einzelkosten

#### **10. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17 b Abs. 1a Nr. 4**

Zuschlag zur Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Zusatzentgelten  
**je vollstationärer DRG in Höhe von 0,84 €**

Mit diesem Zuschlag werden Maßnahmen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung auf der Grundlage von § 137 Abs. 5 SGB V finanziert.

#### **11. 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 §6 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.

Bis zur Vereinbarung mit den Krankenkassen sind gemäß §15 Abs. 2a S. 1 und 2 KHEntgG (i.d.F.d. MDK-RefG) für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach §7 Abs. 1 S. 1 Nr. 6a KHEntgG die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach §17 Abs. 4 S. 5 KHG mit **316,08€** zu multiplizieren.

Für krankenhausesindividuelle voll- und teilstationäre Entgelte gemäß §6 KHEntgG, für die in dem Pflegeerlöskatalog Bewertungsrelationen ausgewiesen sind, ist bis zum Wirksamwerden der Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2026 abweichend von §15 Abs. 2 S. 3 KHEntgG die bisher geltende Entgelthöhe abzurechnen, die um die Höhe der nach Satz 1 ermittelten tagesbezogenen Pflegeentgelte zu mindern ist.

#### **12. Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a S. 1 SGB V**

- Zuschlag für die Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der elektronischen Gesundheitskarte (Telematikzuschlag) nach § 291a Abs. 7a S. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

**in Höhe von 0,00 €**

#### **13. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben**

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

**in Höhe von 1,59€**

Dieser Zuschlag zur Finanzierung der Entwicklung und laufenden Pflege des in Deutschland eingeführten pauschalierenden Entgeltsystems auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) wird vom Krankenhaus an die in § 17b KHG benannten Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene abgeführt.

- Zuschlag 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 i.V.m. § 139c SGB V) und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall

**in Höhe von 3,12 €**

Dieser Betrag wird an den Gemeinsamen Bundesausschuss weitergeleitet.

#### 14. 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:

Gem. § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 KHEntgG ist eine **vorstationäre Behandlung** neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Eine vorstationäre Behandlung wird daher nur abgerechnet, wenn die vorstationäre Diagnostik und Behandlung ergibt, dass eine nachfolgende stationäre Behandlung nicht mehr erforderlich ist. 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.

Fachabteilung	vorstationäres Entgelt pro Fall	nachstationäres Entgelt pro Fall
Innere Medizin	147,25 €	53,69 €
Chirurgie	100,72 €	17,90 €
Gynäkologie/Geburtshilfe	119,13 €	22,50 €
Hals/Nasen/Ohren (HNO)	78,74 €	37,84 €
Augenheilkunde	68,51 €	38,86 €
Geriatric	72,09 €	30,68 €

Neben einer vorstationären Pauschale werden bei Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten (z.B. MRT, CT, etc.) zusätzlich bundeseinheitliche Pauschalbeträge abgerechnet.

#### 15. 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

#### 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. Entgelte für sonstige Leistungen

##### 1. Begutachtungen

Krankenhaus St. Joseph-Stift GmbH Bremen

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

## 2. Todesbescheinigung

Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus **125 €**.

## 3. Abgabe von Hilfsmitteln

Für Hilfsmittel, die nicht als Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen gelten, verlangt das Krankenhaus als Entgelt die tatsächlich entstandenen Aufwendungen. In der Regel sind dies solche Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z.B. Prothesen, Gehhilfen, Krankenfahrstühle etc.).

## 4. Kopiekosten und Kosten der Bearbeitung privater Auskunftersuchen

Vollständige 1. Kopie der Patientenakte	unentgeltlich
Papierkopien nach Patientenrechtegesetz DIN A3 und DIN A4	
1. - 50. Seite	<b>0,50 Euro</b> je Seite
ab 51. Seite	<b>0,15 Euro</b> je Seite
DIN A2 und Sonderformate (z.B. Patientenkurven)	<b>2,50 Euro</b> je Seite
Kopie auf CD nach Patientenrechtegesetz	<b>25,00 Euro</b> je CD
Röntgenfilmkopien	
1. Kopie	<b>25,00 Euro</b>
ab 2. Kopie	<b>7,50 Euro</b>
Bearbeitung eines Auskunftsverlangens eines privaten Krankenversicherungsunternehmens oder einer Beihilfestelle oder individueller Patienten- wünsche (z.B. CTG, EKG, etc.)	
zusätzlich	<b>20,00 Euro</b>

## 18. 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 vor der Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen entnehmen.

Für Unterkünfte werden folgende Entgelte berechnet:

Unterbringung im 1-Bett-Komfortzimmer	<b>160,00 €</b>
Unterbringung im 2-Bett-Komfortzimmer	<b>80,00 €</b>
Differenz zwischen 1-Bett- und 2-Bett-Komfortzimmer	<b>80,00 €</b>
Unterbringung Wahlbegleitperson	<b>75,00 €</b>

Für Telefon- und TV-Nutzung werden folgende Entgelte berechnet:

Telefon-Anschluss: Grundgebühr (Tagespauschale)	<b>1,80 €</b>
Telefon-Anschluss: je Gebühreneinheit	<b>0,15 €</b>
Nutzung des TV-Gerätes im Patientenzimmer	<b>2,00 €</b>
Nutzung des TV-Gerätes im 2-Bett-Komfort-Zimmer oder 1-Bett-Komfort-Zimmer	frei

## Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 15.04.2026 in Kraft. Gleichzeitig wird der bisherige DRG-Entgelttarif aufgehoben.

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

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter der Leistungsabrechnung unseres Krankenhauses gerne zur Verfügung.

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in das DRG-Entgeltsystem mit den zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen.

Patienten, bei denen eine Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V durchgeführt wurde, erhalten eine schriftliche Information über die dafür von den Krankenkassen zu zahlende Entgelte, sofern sie oder ihre gesetzlichen Vertreter diesen Wunsch bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung ausdrücklich gegenüber der Krankenhausverwaltung erklären.

Für Selbstzahler kann die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Prüfen Sie daher bitte, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung versichert sind.