Entgelttarif im Anwendungsbereich des KHEntgG und der BPflV
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG und § 8 BPflV

Die DRK Kliniken Berlin | Köpenick berechnen ab dem **01. November 2026** folgende Entgelte:

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

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie des KHEntgG in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über diagnoseorientierte Fallpauschalen (s.g. 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 zu einer DRG haben.

Die genauen Definitionen der einzelnen DRG sind im jeweils aktuell gültigen DRG-Klassifikationssystem (DRG-Definitionshandbuch) festgelegt. Das DRG-Definitionshandbuch beschreibt die DRG 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** beträgt **€ 4.615,91** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Relativgewicht und Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	*	Basisfallwert	=	Entgelt
I05C	Großer Gelenksersatz -	1,676	*	€ 4.615,91	=	€ 7.736,27
I03A	Hüftgelenksersatz mit Begleiterkrankungen	5,820	*	€ 4.615,91	=	€ 26.864,60

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.

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 ermittelndem 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 gem. § 5 FPV 2026

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

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 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.

4. 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 krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert, welcher berechnet wird, indem das vereinbarte Pflegebudget dividiert wird durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr.

Kann der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 KHEntgG aufgrund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2026 noch nicht berechnet werden, 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 § 17b Abs. 4 S. 5 KHG mit **414,65 €** zu multiplizieren.

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

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

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 600,00 € abzurechnen. Können für die Leistungen nach Anlage 3b FPV 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 300,00 € abzurechnen.

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

Gem. § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen Entgelte. Eine Auflistung der einzelnen Entgelte liegt im Aufnahmebüro zur Einsicht bereit. Hierbei wird beachtet, dass gem. § 8 Abs. 2 Nr. 3 KHEntgG eine vorstationäre Behandlung neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar 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.

7. Zu- und Abschläge

-	Qualitätssicherungszuschlag gem. § 17b Abs. 1 KHG und § 137 SGB V	**pro Fall**	**0,84€**
-	Ausbildungszuschlag gem. § 17a Abs. 5 KHG	**pro Fall**	**122,51€**
-	Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 PflBG	**pro Fall**	**189,02€**
-	Zuschlag für die Teilnahme an übergreifenden Fehlermeldesystemen gem. § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG	**pro Fall**	**0,20€**
-	Zuschlag nach § 4a Abs. 4 KHEntgG zur Auszahlung des Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen	**auf DRG-Fallpauschale**	**+11,692%**
-	Zuschlag Implantateregistermeldevergütung § 17b Absatz 1a Nummer 9 KHG	**pro Fall**	**18,24€**
-	Zuschlag nach § 5 Abs. 2b KHEntgG Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern	**pro Fall**	**11,94€**
-	Zuschlag nach § 3 ff. NotStuVV für die Teilnahme an der Notfallversorgung	**pro Fall**	**+198,82€**
-	Telematik Zuschlag teilstationär/vollstationär gem. §377 SGBV	**pro Fall**	**+41,26€**
-	Zuschlag für klinische Sektionen gemäß § 5 Abs. 3b KHEntgG	**pro Fall**	**+3,6€**
-	Abschlag Mehrleistungen (Fixkostendegression) nach §4 Abs. 2a KHEntgG	**pro Fall**	**-60,24€**

- Abschlag für den Erlösausgleich gem. § 5 Abs. 4 KHEntgG **pro Fall -11,87%**
- Zuschlag zur Befüllung der elektronischen Patientenakte §5 Abs. 3g KHEntgG **pro Fall 15,96€**

8. DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG

Zur Finanzierung der Entwicklung und Pflege des in Deutschland einzuführenden pauschalierenden Entgeltsystems für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) berechnet das Krankenhaus einen **DRG-Systemzuschlag in Höhe von € 1,59** sowie einen **GemBA-Systemzuschlag in Höhe von € 3,12** je voll- und teilstationärem Krankenhausfall. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die in § 17 b KHG benannten Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene abgeführt.

9. Entgelte für sonstige Leistungen

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

- Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung (Firma Pathomed)

10. Zuzahlungen

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten

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

11. Wiederaufnahme und Rückverlegung

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

12. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 5 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.

13. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntgG):

a. Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer / 2-Bett-Zimmer:
Komfortstation
im 1-Bett-Zimmer: € 190,00 je Berechnungstag
im 2-Bett-Zimmer: € 90,00 je Berechnungstag

Unterbringung im Familienzimmer der Frauenklinik € 95,00 je Berechnungstag

b. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson (nicht Familienzimmer) € 118,74 je Berechnungstag
(nur möglich, wenn Patient/Patientin den 1-Bett-Zimmer-Tarif gewählt hat)

Unterbringung und Verpflegung einer (med. notwendigen) Begleitperson € 60,00 je Berechnungstag

Dieser Zuschlag betrifft nur die Fälle, bei denen die Mitaufnahme einer Begleitperson zwingend medizinisch notwendig ist. Die Höhe des Zuschlages von 60,00 € ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1, Satz 4 KHG geregelt.

c. Mitaufnahme eines Kleinkindes im Rahmen der ambulanten Haushaltshilfe: € 26,00 je Berechnungstag

d. Gestellung einer Sonderwache € 45,00 je Berechnungsstunde

e. Bereitstellung eines Telefons
Mobiles Patiententelefon € 30,00 Kaution
€ 3,00 Tagespauschale

f. Kaufpreis eines Kopfhörers für den Fernseher: € **2,50**

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt **am 01. November 2026** in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01. September 2026 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen hierfür gerne Mitarbeiter des Zentralen Patientenmanagements zur Verfügung. Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie die zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen.

Insgesamt kann die Vergütung der allgemeinen 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. Auch beachten Sie bitte, dass Kosten für Wahlleistungen nur dann von Ihrer privaten Krankenversicherung gezahlt werden, wenn Sie dies mit Ihrer privaten Krankenversicherung vereinbart haben.