

DRG-Entgelttarif 3|1|2026

Gültig ab 1. Januar 2026

Diesen DRG-Entgelttarif können Sie unter www.stadtklinik-werdohl.de einsehen!

Vergütungsverzeichnis für die Stadtklinik Werdohl über die allgemeinen Krankenhausleistungen.

I. Allgemeines

1. Das Krankenhaus berechnet
 - a) Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 1 KHEntgG
 - b) Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. mittleren Verweildauer der DRG gem. § 1 Abs. 2 & 3 sowie § 3 Abs. 1 & 2 FPV (Fallpauschalenverordnung)
 - c) Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV
 - d) Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV
 - e) Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gem. § 115a SGB V
 - f) Gesamtzuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen
 - g) Qualitätssicherungszuschlag nach § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG sowie Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Abs. 4 KHEntgG
 - h) einen DRG-Systemzuschlag nach § 17 Abs. 5 KHG
 - i) Entgelte für Wahlleistungen
 - j) Entgelte für sonstige Leistungen
 - k) Zuzahlungen

II. Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

Das Krankenhaus berechnet die allgemeinen Krankenhausleistungen wie folgt:

1.1 Basisfallwert	4.561,87 €
1.1.1 Pflegeentgeltwert	229,93 €

2. Abteilungen	<i>vorstationäre Fallpauschale</i>	<i>nachstationäre Tagespauschale</i>
Allgemeine Chirurgie	100,72 €	17,90 €
Innere Medizin	147,25 €	53,69 €
Geriartrie	100,72 €	17,90 €

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

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 bzw. Prozeduren stehen Kataloge mit ca. 13.000 Diagnosen und ca. 30.000 Prozeduren zur Verfügung.

Neben den bisher genannten können auch andere Faktoren wie z. B. das Alter oder die Entlassungsart Auswirkungen auf die Zuweisung einer DRG haben.

Die genauen Definitionen der einzelnen DRGs sind im jeweils aktuell gültigen DRG-Klassifikationssystem

DRG-Definitionsbandbuch) festgelegt. Das DRG-Definitionsbandbuch beschreibt die DRGs einerseits alphanumerisch, andererseits mittels textlichen Definitionen. Ergänzend finden Sie 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 (s.o.). Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall. 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 bzw. therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden.

Beispiel (Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor oder andere Kopfverletzungen und bestimmte Fraktur	0,541	€ 4.600,00	€ 2.488,60
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	3,015	€ 4.600,00	€ 13.869,00

Der zu ermittelnde Preis setzt voraus, dass DRG-spezifische Grenzen für die Verweildauer nicht über- oder unterschritten werden. Bei Über- oder Unterschreiten dieser Verweildauern werden gesetzlich vorgegebene Zu- und Abschläge fällig. Die näheren Einzelheiten und Berechnungsverfahren regelt die Fallpauschalenverordnung (FPV).

3. Hybrid-DRG gem. § 115f SGB V

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

Die betreffenden Leistungen sind in den Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 aufgeführt, ebenso wie die jeweils abzurechnende Hybrid-DRG, welche mit einem festen Eurobetrag vergütet wird.

Beispiel:

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
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)	3.492,10	3.522,10
G24N	Hybrid-DRG 1 der DRG G24B (Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC)	2.760,24	2.790,24

Die Leistungen beginnen nach Abschluss der Indikationsstellung und der Überprüfung der Operationsfähigkeit mit der Einleitung der Maßnahmen zur Operationsplanung und -vorbereitung und enden mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung.

Für die gesamte Dauer der erbrachten Leistungen ist die Fallpauschale unabhängig von der Anzahl der beteiligten Leistungserbringer nur einmal berechnungsfähig.

Im Falle einer postoperativen Nachbehandlung kann eine um **30,00 €** erhöhte Fallpauschale berechnet werden.

Eine Berechnung von Entgelten für vereinbarte Wahlleistungen bleibt unberührt.

4. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV

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 (GKV-Spitzenverbände, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) gem. § 17b Abs. 1 S. 7 KHG Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Bundeseinheitliche Zusatzentgelte werden durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der jeweils gültigen FPV vorgegeben. Daneben können die in der Anlage 4 in Verbindung mit der Anlage 6 zur FPV genannten Zusatzentgelte krankenhaushaus-individuelle 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 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhaushaus-individuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

5. Bei vor- und nachstationärer Behandlung zusätzlich zu berechnenden Leistungen (Durchführung mit medizinisch-technischen Großgeräten; Leistungen nach den DKG-NT I - Ziffern)

Ziffer	Computer-Tomographie (CT) - Leistungen	Betrag
5370	CT im Kopfbereich - ggf. einschließlich des kraniozervikalen Übergangs	81,81 €
5371	CT im Hals- und/oder Thoraxbereich	94,08 €
5372	CT im Abdominalbereich	106,35 €
5373	CT des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare)	77,72 €
5374	CT der Zwischenwirbelräume im Bereich der Hals-, Brust- und/oder Lendenwirbelsäule	77,72 €
5369	Höchstwert der Ziffern 5370-5374	122,71 €
5375	CT der Aorta in ihrer gesamten Länge	81,81 €
5376	Ergänzende CT(s) mit mindestens einer zusätzlichen Serie - zusätzl. zu Nr. 5370-5375	20,45 €
5377	Zuschlag für computergesteuerte Analyse, einschl. 3D-Rekonstruktion	32,72 €
5378	CT zur Bestrahlungsplanerstellung oder zu intervent. Maßnahmen	40,90 €
5380	Mineralgehaltsbestimmung (Osteodensitometrie) von repräsentat. Skeletteilen	12,27 €

Gem. § 8 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG ist eine vorstationäre Behandlung neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Eine nachstationäre Behandlung kann zusätzlich zu einer DRG berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der DRG übersteigt.

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

- DRG Systemzuschlag	1,59 €
- Zuschlag für externe Qualitätssicherung	0,84 €
- Systemzuschlag für GBA und IQWIG	3,12 €
- Zuschlag für Kosten der Ausbildungsstätten	99,69 €
- Ausbildungszuschlag gem. § 33 Abs. 3 PflBG	219,85 €
- Zuschlag für die Aufnahme von med. notwendigen Begleitpersonen*	60,00 €
- Fehlermeldesystemzuschlag – CIRS	0,20 €
- Zuschlag wegen Nichtteilnahme an der gestuften Notfallversorgung	54,22 €
- Telematikzuschlag gem. § 377 SGB V	0,00 €
- Erlöszuschlag gm. § 5 Abs. 4 KHEntgG	0,00 %
- Abschlag bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (§ 137i Abs. 5 SGB V)	-0,06 %
- Kinder und Jugendliche (§ 4a KHEntgG)	11,692 %

* bzw. Mitaufnahme eine Pflegekraft nach § 11 Abs. 3 SGB V

6. Sonstige Entgelte für die Leistungen gem. § 7 FPV

- Fallbezogene sonstige Entgelte nach Anlage 3a und 3b FPV
- unbewertete teilstationäre Leistungen, die nicht in Anlage 3b aufgeführt sind
- Leistungen besonderer Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 S. 10 KHG

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **600,00 €** abzurechnen. Können für Leistungen nach Anlage 3b FPV auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **300,00 €** abzurechnen. Wurden in der Budgetvereinbarung für Leistungen nach Anlage 3a FPV keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

7. Zusatzentgelte für Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gem. 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 Virus 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) ab dem 01.08.2021: **11,50 €**

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

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

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

Das Krankenhaus vereinbart mit den Krankenkassen das Pflegebudget zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten, die dem Krankenhaus entstehen. Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt nach § 6 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 Verhandlungsjahr.

III. Entgelte für Wahlleistungen

1.	Unterbringung im 1- Bett -Zimmer Komfort	pro Berechnungstag	192,00 €
1.1	Freihaltung im 1-Bett-Zimmer –Komfort (max. 4 Tage)	pro Berechnungstag	144,00 €
1.2	Unterbringung 2-Bett-Zimmer Komfort	pro Berechnungstag	93,00 €
2.	Unterbringung 1-Bett-Zimmer	pro Berechnungstag	162,00 €
2.1	Freihaltung 1-Bett-Zimmer (max. 4 Tage)	pro Berechnungstag	121,50 €
3.	Unterbringung im 2-Bett-Zimmer	pro Berechnungstag	83,00 €
4.	Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson in der Komfort	pro Berechnungstag	200,00 €
5.	Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson in der Klinik	pro Berechnungstag	185,00 €
6.	Wahlleistungen Telefon und Fernsehen	Grundgebühr/Tag	0,50 €
6.1	Telefon:	je Einheit	0,10 €
6.2	Fernsehen: allg. Gebühr/Tag bis zu sowie (bei Bedarf) für einen Kopfhörer		2,80 € 2,50 €
	Weitere Informationen befinden sich in einer Sonderbeilage.		
7.	WLAN-Gebühren	Ticket	6,00 €

IV. 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.
Das Krankenhaus berechnet weiterhin für
2. Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung, Dauer 20 – 40 min. **202,94 €**
- 2.1 Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung, Dauer 41 min. und mehr **314,90 €**
3. Nutzung der Kühlzelle ab dem 3. Tag der Aufbewahrung (+ MwSt) je Tag **50,00 €**
4. Kreditkartengebühr: **2,35% vom Zahlbetrag**
5. Hilfsmittel den entstandenen Aufwand.

V. Wiederaufnahme und Rückverlegung

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

VI. Zuzahlungen

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an - innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage - eine Zuzahlung ein (§ 39 Abs. 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit **10,00 €** je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V **im Auftrag** der gesetzlichen Krankenkassen beim Patienten eingefordert.

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.

VII. Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 1. Januar 2026 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 1. Juli 2025 aufgehoben.