Akademisches Lehrkrankenhaus der
Universitätsmedizin Magdeburg

STÄDTISCHES KLINIKUM DESSAU

DRG – Entgelttarif

für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG
und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG
Stand: 01.10.2026

Das Städtische Klinikum Dessau (SKD) berechnet ab dem 01.10.2026 folgende Entgelte:

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

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

Die Zuweisung zu einer DRG erfolgt über verschiedene Parameter. Die wichtigsten sind hierbei die Hauptdiagnose sowie gegebenenfalls durchgeführte Prozeduren (Operationen, aufwändige diagnostische und therapeutische Leistungen). Eventuell vorhandene Nebendiagnosen können zudem die Schweregrad-einstufung beeinflussen. Für die Festlegung der Diagnosen bzw. Prozeduren stehen Kataloge mit ca. 13.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2026) und ca. 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 **4.562,06 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel:

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	0,541	4.614,86 €	2.496,64
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese	3,015	4.614,86 €	13.913,80

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 Aufenthalts gestellt und welche diagnostischen bzw. 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 (Fallpauschalenvereinbarung 2026– FPV 2026) vorgegeben.

2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gem. § 1 Abs. 2 und 3 sowie § 3 Abs. 1 und 2 FPV 2026

Der nach der oben beschriebenen DRG-Systematik zu ermittelnde Preis setzt voraus, dass DRG-spezifische Grenzen für die Verweildauer im Krankenhaus nicht über- oder unterschritten werden. Bei Über- oder Unterschreiten dieser Verweildauern werden gesetzlich vorgegebene Zu- oder Abschläge fällig. Die näheren Einzelheiten und das Berechnungsverfahren hierzu regelt die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2026 (FPV 2026).

3. Hybrid-DRG gemäß § 115b

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.

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 Dünn- und Dickdarm)	2.885,11	2.915,11
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)	2.711,39	2.741,39

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

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

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

Eine Berechnung von Entgelten für vereinbarte Wahlleistungen bleibt unberührt.

4. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen 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 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 SKD berechnet folgende Zusatzentgelte:

DRG-Nr.	OPS	Bezeichnung	Entgelthöhe
ZE2026-25	5-829.k*	Modulare Endoprothesen	1.819,23 €
ZE2026-82	8-857.2*	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)	ab 96,36 €
ZE2026-123	6-002.p*	Gabe von Caspofungin, parenteral	ab 24,52 €

5. Sonstige Entgelte für Leistungen, gem. § 7 FPV 2026

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

DRG-Nr.	Bezeichnung	Entgelthöhe
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks	211,77 €
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	273,03 €

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.

6. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 3 KHEntgG

entfällt

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

Das SKD berechnet gem. § 17 Abs. 1 Satz 4 und 6 KHG folgende Zu-/Abschläge:

• Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von pro Tag	**60,00 €**
• Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall	**2,39 €**
• Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von	**212,92 €**
• Zuschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG	**0,34 %**

• Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8a KHEntgG wegen fehlender Einschätzung des Beatmungsstatus auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG, maximal jedoch 2.000,00 Euro	**16 %**
• Abschlag nach § 9 Abs. 1 a Nr. 8b KHEntgG wegen fehlender Anschluss-verordnung zur Beatmungsentwöhnung in Höhe von	**280,00 €**

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. § 137 c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das SKD gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

Bezeichnung	**OPS**	**Entgelthöhe**
NUB – Bioaktive Coils	8-836.m0 i.v.m. 8-83b.31	263,12 €

9. Tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 17 Abs. 1 Ziff. 6a KHEntgG

Das Krankenhaus vereinbart mit den Krankenkassen ein Pflegebudget zur Finanzierung der Pflegepersonal-kosten, die dem Krankenhaus entstehen. Die Abzahlung des Pflegebudets 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. Der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert beträgt ab 01.09.2026 – **240,47 €.**

Beispiel:

DRG	**DRG- Definition**	**Pflegeerlös/ Bewertungsrelation pro Tag**	**Pflegeentgeltwert**	**Entgelt pro Tag**
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	1,2804	240,47 €	307,90 €
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese	0,8195	240,47 €	197,07 €

10. Qualitätssicherungszuschläge nach § 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG

• In Höhe von	**0,84 €**

11. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

• DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden Krankenhausfall:	**1,59 €**
• Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a i.V.m. § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139 c SGB V jeden abzurechnenden Krankenhausfall:	**3,12 €**

12. Weitere Zu- und Abschläge

• Zuschlag Notfallversorgung	**26,62 €**
• Zuschlag klinische Obduktionen gem. § 5 Abs. 3b KHEntgG	**0,83 €**
• Telematikzuschlag nach § 377 Abs. 1 SGB V – Zuschlag zum Ausgleich der den Krankenhäusern entstehenden Kosten der erforderlichen erst-maligen Ausstattung in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungs-phase der Telematikinfrastruktur sowie der Betriebskosten des laufenden Betriebs der Telematikinfrastruktur (Telematikzuschlag) nach § 377 Abs. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und nachstationären Krankenhausfall in Höhe von	**6,96 €**
• Zuschlag Sofort-Transformationskosten gemäß § 8 Abs. 11 Satz 1 KHEntgG	**3,25 %**
• Zuschlag geburtshilfliche Versorgung in Krankenhäusern gemäß § 5 Abs. 2b und 2c KHEntgG	**9,32 €**

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

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

a) vorstationäre Behandlung

Innere Medizin	147,25 €
Pädiatrie	94,08 €
allgemeine Chirurgie	100,72 €
Orthopädie und Unfallchirurgie	133,96 €
Neurochirurgie	48,57 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13 €
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	78,74 €
Augenheilkunde	68,51 €
Neurologie	114,02 €
Nuklearmedizin	162,08 €
Strahlenheilkunde	186,62 €
Urologie	103,28 €
Intensivmedizin	104,30 €

b) nachstationäre Behandlung

Innere Medizin	53,69 €
Pädiatrie	37,84 €
allgemeine Chirurgie	17,90 €
Orthopädie und Unfallchirurgie	20,96 €
Neurochirurgie	21,99 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22,50 €
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	37,84 €
Augenheilkunde	38,86 €
Neurologie	40,90 €
Nuklearmedizin	123,22 €
Strahlenheilkunde	330,29 €
Urologie	41,93 €
Intensivmedizin	36,81 €

c) Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

- Computer-Tomographie-Geräte (CT):
- Magnet-Resonanz-Geräte (MR):

(Diese Zuschläge sind von der erbrachten Leistung abhängig und können in der Abt. Patientenverwaltung erfragt werden.)

Gem. § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG ist eine vorstationäre Behandlung neben einer DRG nicht gesondert abrechenbar. Eine nachstationäre Behandlung kann zusätzlich zur DRG berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der DRG übersteigt.

14. Entgelte für sonstige Leistungen

entfällt

15. Zuzahlungen

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten

Als Eigenbeteiligung zieht das SKD 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 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom SKD nach § 43 b Abs. 3 SGB V im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen eingezogen.

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. Belegärzte, Beleghebammen

Mit den Entgelten nach Nr. 1 bis 11 sind nicht abgegolten:

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

2. die Leistungen von Beleghebammen.

Diese Leistungen werden vom Belegarzt bzw. der Beleghebamme gesondert berechnet.

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 über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen entnehmen.

19. Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.10.2026 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif/ Pflegekostentarif vom 01.09.2026 aufgehoben.

Dessau-Roßlau, 01.10.2026

gez. Bjoern T. Saft
Kaufmännischer Direktor und
1.Betriebsleiter