1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 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 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 Basisfallwert liegt bei **4.658,78 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativ-gewicht	Basisfall-wert	Erlös
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 Arthrodese oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder peripro-thetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	3,015	4.600,00	13.869,00€

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 (Fallpauschalenvereinbarung 2026 – FPV2026) 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.

Die betreffenden Leistungen sind in den Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung 2026 aufgeführt, ebenso wie die jeweils abzurechnende 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 postoperative Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte B) in Euro**
G09M	Hybrid-DRG1 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 €
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 €

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 Leistungsbringer 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 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.

Die Klinikum Mittelbaden gGmbH berechnet folgende Zusatzentgelte nach Anlage 4 i.V.m. Anlage 6 der FPV 2026:

Zusatzentgelt	OPS	Bezeichnung	Betrag
Klinikum Mittelbaden Baden-Baden Bühl			
ZE2026-2402	5-649.50	Andere Penisprothesen	1.434,32 €
ZE2026-25_H2	5-829.k2	Modulare Endoprothese Hüfte 5-829.k2	2.512,82 €
ZE2026-25_H3	5-829.k3	Modulare Endoprothese Hüfte 5-829.k3	1.828,67 €
ZE2026-25_H4	5-829.k0	Modulare Endoprothese Hüfte 5-829.k0	1.576,95 €
ZE2026-25_K1	5-829.k1	Modulare Endoprothese Knie 5-829.k1	1.828,67 €
ZE2026-25_K2	5-829.k2	Modulare Endoprothese Knie 5-829.k2	2.512,82 €
ZE2026-25_K4	5-829.k4	Modulare Endoprothese Knie 5-829.k4	1.943,29 €
ZE2026-5401	5-429.j1	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	570,39 €
ZE2026-5402	5-513.n0		782,78 €
ZE2026-5403	5-513.m0		501,95 €

ZE2026-5404	5-529.n4		1.510,00 €
ZE2026-5405	5-469.k3		756,41 €
ZE2026-5412	5-513.n1		1.524,96 €
ZE2026-5415	5-517.43		853,33 €
ZE2026-5601	6-002.f*	Gabe von Bosentan, oral je mg	0,07 €
ZE2026-8402	6-004.2*	Gabe von Ambrisentan, oral je mg	2,14 €
ZE2026-9707	8-812.5*	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren je Einheit	0,23 €
ZE2026-10601	6-003.t*	Gabe von Abatacept, subkutan je mg	3,05 €
ZE2026-11101	6-005.d*	Gabe von Paclitaxel (albumin-gebunden), parenteral, je mg	2,39 €
ZE2026-11201	6-006.2*	Gabe von Abirateron, oral je mg	0,02 €
ZE2026-12001	6-001.c*	Gabe von Pemetrexed, parenteral, je mg	0,07 €
ZE2026-12201	6-001.g*	Gabe von Imatinib, oral je mg	0,01 €
ZE2026-12401	6-002.5*	Gabe von Voriconazol, oral je **g**	8,39 €
ZE2026-12502	6-002.r*	Gabe von Voriconazol, parenteral je **g**	27,00 €
ZE2026-13001	6-006.6*	Gabe von Belimumab, parenteral je mg	1,29 €
ZE2026-13501	1-944.10	Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Neugeborenen und Säuglingen mit weiteren Maßnahmen - Mit Chromosomenanalyse (Zytogenetische Diagnostik)	2.478,61 €
ZE2026-13502	1-944.20	Basisdiagnostik bei unklarem Symptom-komplex bei Neugebornen und Säuglingen mit weiteren Maßnahmen - Mit Chromosomenanalyse (Zytogenetische Diagnostik)	389,45 €
ZE2026-14001	6-006.b*	Gabe von Brentuximab Vedotin, parenteral je mg	64,65 €
ZE2026-14101	6-007.6*	Gabe von Enzalutamid, oral je mg	0,66 €
ZE2026-14301	6-006.0*	Gabe von Eltrombopag, oral je mg	2,09 €
ZE2026-14401	6-007.j*	Gabe von Obinutuzumab, parenteral, je mg	2,52 €
ZE2026-14601	6-007.m*	Gabe von Ramucirumab, parenteral, je mg	3,81 €
ZE2026-14701	6-001.9*	Gabe von Bortezomib, parenteral je mg	16,67 €
ZE2026-14801	6-001.d*	Gabe von Adalimumab, parenteral, je mg	2,05 €
ZE2026-14901	6-001.e*	Gabe von Infliximab, parenteral je mg	0,90 €
ZE2026-15101	6-001.h*	Gabe von Rituximab, intravenös, je mg	0,58 €
ZE2026-15202	1-945.1	Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik - Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit mit Durchführung von mindestens einer spezifisch protokollierten Fallkonferenz	976,77 €
ZE2026-15301	6-001.k*	Gabe von Trastuzumab, intravenös je mg	0,91 €
ZE2026-15401	6-003.k*	Gabe von Anidulafungin, parenteral, je mg	0,49 €
ZE2026-16301	6-007.h*	Gabe von Macitentan, oral, je mg	5,52 €
ZE2026-16401	6-008.0*	Gabe von Riociguat, oral, je mg	10,92 €
ZE2026-16701	6-008.h*	Gabe von Isavuconazol, oral, je mg	0,59 €
ZE2026-16902	6-009.e*	Gabe von Liposomalem Irinotecan, parenteral je mg	27,13 €
ZE2026-17001	6-002.9*	Gabe von Bevacizumab, parenteral je mg	0,80 €
ZE2026-17301	6-007.p*	Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten, je mg	0,05 €
ZE2026-17501	6-002.1*	Gabe von Filgrastim, parenteral je Einheit	0,20 €
ZE2026-17701	6-002.7*	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral je mg	14,28 €
ZE2026-17802	6-007.7*	Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral je mg	27,20 €
ZE2026-18009	6-005.0*	Gabe von Azacytidin, parenteral je mg	0,70 €
ZE2026-20002	6-009.q*	Gabe von Daratumumab, intravenös je mg	4,29 €
ZE2026-20102	6-009.r*	Gabe von Daratumumab, subkutan je mg	3,10 €
ZE2026-20302	6-00b.7*	Gabe von Durvalumab, parenteral je mg	3,98 €

ZE2026-20502	6-00c.c*	Gabe von Polatuzumab Vedotin, parenteral je mg	73,67 €
ZE2026-21101	6-005.m*	Gabe von Tocilizumab, intravenös je mg	2,80 €
ZE2026-21202	6-008.f	Gabe von Idarucizumab, parenteral je mg	0,60 €
ZE2026-21301	6-00c.0	Gabe von Andexanet alfa, parenteral je mg	10,89 €
ZE2026-21801	6-00c.3*	Gabe von Cemiplimab, parenteral je mg	11,84 €
ZE2026-230	6-00m.9	Gabe von Nirsevimab, parenteral, 50 mg o der 100 mg, Alter < 1 Jahr	416,50 €
ZE2026-23101	6-00c.d*	Gabe von Ravilizumab je mg (NUB 017)	14,76 €
ZE2026-23201	6-00d.8*	Gabe von Darolutamid, oral, je mg (NUB 077)	0,10 €
ZE2026-23401	6-00e.a*	Gabe von Dostarlimab, parenteral, je mg (NUB 063)	8,69 €
ZE2026-23501	6-00e.d*	Gabe von Enfortumab vedotin, parenteral, je mg (NUB 057)	25,79 €
ZE2026-23601	6-00f.8*	Gabe von Sacituzumab govitecan, parenteral, je mg (NUB 055)	5,19 €
ZE2026-23701	6-00f.f*	Gabe von Tafasitamab, parenteral, je mg (NUB 050)	3,02 €
ZE2026-23801	6-00f.j*	Gabe von Trastuzumab deruxtecan, parenteral je mg (NUB 044)	14,17 €
ZE2026-23901	6-00j.4*	Gabe von Glofitamab, parenteral, je mg (NUB 064)	434,31 €
ZE2026-24101	6-008.n*	Gabe von Nivolumab, intravenös, je mg	11,68 €
ZE2026-24201	6-008.p*	Gabe von Nivolumab, subkutan, je mg	11,68 €
Klinikum Mittelbaden Rastatt-Forbach			
ZE2026-0101	5-785.4d	Beckenimplantate	2.143,06 €
ZE2026-25_H1	5-829.k*	Modulare Endoprothesen Hüfte 5-829.k*	1.576,95 €
ZE2026-25_K4	5-829.k1	Modulare Endoprothese Knie 5-829.k1	1.828,67 €
ZE2026-25_K2	5-829.k2	Modulare Endoprothese Knie 5-829.k2	2.512,82 €
ZE2026-25_K3	5-829.k3	Modulare Endoprothese Knie 5-829.k3	1.828,67 €
ZE2026-25_S2	5-829.k3	Modulare Endoprothese Schulter 5-829.k3	1.127,67 €
ZE2026-5001	5-38a.a	Implantation einer (Hybrid)-Prothese an der Aorta	2.515,00 €
ZE2026-5416	5-513.m*	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	501,95 €
ZE2026-6201	8-839.46	Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge bis 2,5 l	15.855,02 €
ZE2026-6702	8-840.04	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal	651,93 €
ZE2026-9708	8-810.e*	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren - 8-810.E* (Preis je Einheit)	0,41 €
ZE2026-12201	6-001.g*	Gabe von Imatinib, oral je mg	0,01 €
ZE2026-14101	6-007.6*	Gabe von Enzalutamid, oral je mg	0,66 €
ZE2026-14901	6-001.e*	Gabe von Infliximab, parenteral je mg	0,90 €
ZE2026-15101	6-001.h*	Gabe von Rituximab, intravenös je mg	0,58 €
ZE2026-15401	6-003.k*	Gabe von Anidulafungin, parenteral je mg	0,49 €
ZE2026-17501	6-002.1*	Gabe von Filgrastim, parenteral je mg	0,20 €
ZE2026-18901	5-38a.7c	Stent-Prothesen an der Aorta, mit 2 Öffnungen	17.230,71 €
ZE2026-18902	5-38a.7d	Stent-Prothesen an der Aorta, mit 3 oder mehr Öffnungen	20.955,48 €
ZE2026-21202	6-008.f*	Gabe von Idarucizumab, parenteral je mg	0,60 €
ZE2026-21301	6-00c.0	Gabe von Andexanet alfa, parenteral je mg	10,89 €
ZE2026-23101	6-00c.d*	Gabe von Ravulizumab, parenteral, je mg (NUB 017)	14,76 €
ZE2026-23201	6-00d.8*	Gabe von Darolutamid, oral, je mg (NUB 077)	0,10 €

5. 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:

Leistungen gemäß Anlage 3a FPV 2026:

G-DRG	Bezeichnung	Betrag je Tag
Klinikum Mittelbaden Baden-Baden Bühl		
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr al 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	164,46 €

Leistungen gemäß Anlage 3b FPV 2026:

G-DRG	Bezeichnung	
Klinikum Mittelbaden Baden-Baden Bühl		
740Z	Bestimmte radiologische Diagnostik in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär	475,21 €
741Z	Bestimmte endoskopische Diagnostik in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär	462,90 €
748Z	Bestimmte Behandlung ohne Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär	310,71 €
749Z	Beobachtung bei Vergiftung, Alter < 10 Jahre, teilstationär	259,94 €

Leistungen besonderer Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 S. 10 KHG:

Klinikum Mittelbaden Baden-Baden Bühl Standort Bühl		
BE Palliativ	Tagessatz Besondere Einrichtung Palliativ	303,78 €

Hinweis BE Palliativ: Gem. § 8 Abs. 5 FPV 2026 gilt für die Berechnung des Pflegeerlöses die Bewertungsrelation 1,0 für jeden vollstationären Fall.

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. 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:

- Testungen durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR, PoC-PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem **01.07.2022** bis **30.04.2023** **37,80 €**
  ab dem **01.05.2023** bis **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** bis **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** bis **14.04.2026**
  11,50 €

7. Zu- und Abschläge bzw. Abzüge

Die Klinikum Mittelbaden gGmbH berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Der kombinierte landesweite Ausbildungszuschlag 2026 beträgt je voll- und teilstationärem Fall im Zeitraum vom 01.01.2026 bis 31.12.2026:

330,46 €.

Dieser setzt sich zusammen aus dem Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a Abs. 6 bzw. 9 KHG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von 111,41 € sowie dem Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 Abs. 3 Satz 1 PflBG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von 219,05 € pro Tag.

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen

in Höhe von **60,00 €** pro Tag[1]

- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG in Höhe von **0,30 %** (KMB Baden-Baden Bühl) bzw. **0,02 %** (KMB Rastatt-Forbach) 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.

- Zuschlag für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG je vollstationärem Fall in Höhe von **0,84 €.**

- Zuschlag für Schwerpunkte und Zentren in Höhe von **0,38 % (**KMB Baden-Baden Bühl) bzw. Zuschlag/Abschlag für KMB Rastatt-Forbach entfällt, auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen, der Zusatzentgelte und der sonstigen Entgelt nach § 2 Abs. 2 S. 2 Nr.4 KHEntgG.

- Zuschlag wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG in Höhe von **23,55 €** (KMB Baden-Baden-Bühl) bzw. Abschlag **10,66 €** (KMB Rastatt-Forbach) je vollstationärem Fall.

- Zuschlag gem. §5 Abs. 4 KHEntgG für Erlösausgleiche in Höhe von **0,65 %** (KMB Baden-Baden Bühl) bzw. Abschlag **0,39 %** (KMB Rastatt-Forbach) auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen sowie auf die sonstigen Entgelte nach §6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.

- Zuschlag nach §5 Abs. 3d KHEntgG für implantatbezogene Maßnahmen nach §2 Nr. 4 Implantatregistergesetz je vollstationärem Fall in Höhe von **18,24€**

- 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 €**.

- Zuschlag nach § 5 Abs. 3k KHEntgG zur Auszahlung des Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Höhe von **11,692 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG.

- Zuschlag nach § 5 Abs. 2b, 2c KHEntgG zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung (KMB Baden-Baden Bühl) in Zeitraum vom **01.06.2026 bis 31.12.2026** in Höhe von **29,42 €** je voll- und teilstationärem Fall für den Standort Baden-Baden.

- Abschlag wegen Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach §137i Abs. 5 SGB V i.V.m. §8 Abs. 4 KHEntgG in Höhe von **0,13 %** (KMB Baden-Baden Bühl) bzw. Zuschlag/Abschlag für KMB Rastatt-Forbach entfällt, auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen.

- Zuschlag nach § 8 Abs. 11 Satz 1 KHEntgG Sofort-Transformationskosten in Zeitraum vom **01.11.2025 bis 31.10.2026** in Höhe von **3,25 % €** je voll- und teilstationärem Fall bei Patientinnen und Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung.

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 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:

Leistung	Bezeichnung	OPS	Entgelthöhe je Einheit
	Klinikum Mittelbaden Baden-Baden Bühl		
NUB-046	Acalabrutinib, je mg	6-00d.1	0,99 €
NUB-020	Arsentrioxid je mg	6-005.5	42,05 €
NUB-024	Dabrafenib je mg	6-007.5	0,62 €
NUB-068	Epcoritamab je mg		126,38 €
NUB-076	Eribulin je ug	6-006.5	0,39 €

NUB-071	Everolimus bei Neoplasie je mg	6-005.8	1,26 €
NUB-078	Icatibant je mg	6-005.4	8,70 €
NUB-074	Lenvatinib je mg	6-008.j	4,49 €
NUB-082	Leqvio® 2025 / Inclisiran je mg	6-00e.k	8,70 €
NUB-065	Mosunetuzumab je mg	6-00j.c	246,83 €
NUB-073	Nilotinib je mg	6-004.6	0,22 €
NUB-007	Niraparib je mg	6-00a.c	0,68 €
NUB-085	Niraparib in Komb. mit Abirateron je mg	6-00j.d	0,19 €
NUB-052	Nirmatrelvir-Ritonavir je mg	6-00k.0	0,14 €
NUB-075	Pazopanib je mg	6-005.a	0,18 €
NUB-051	Remdesivir je mg	6-00f.p0	4,11 €
NUB-018	Ruxolitinib je mg	6-009.4	6,60 €
NUB-036	Tafamidis 61mg, je mg	6-006.9	5,88 €
NUB-037	Tafamidis-Meglumin, je mg	6-006.9	21,04 €
NUB-081	Talquetamab je mg	6-00k.6	79,73 €
NUB-079	Teclistamab je mg	6-00k.8	16,79 €
NUB-012	Temozolomid intravenös je mg	6-005.c	3,46 €
NUB-084	Tepotinib je mg	6-00f.g	0,28 €
NUB-059	Thrombektomie an Lungengefäßen mittels Disc-Retriever-System	8.838.n0	8.116,03 €
NUB-072	Trastuzumab Emtansin je mg	6-009.7	18,09 €
NUB-083	Tucatinib je mg	6-00f.k	0,38 €
NUB-080	Zanubrutinib je mg	6-00f.n	0,55 €
	Klinikum Mittelbaden Rastatt-Forbach		
NUB-039	Acalabrutinib je mg	6-00d.1	0,99 €
NUB-020	Arsentrioxid je mg	6-005.5	42,05 €
NUB-004A	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße Arterien Oberschenkel, je Stent bis unter 50 mm - VSX	8-83b.e1 i.V.m. 8-842.*s	1.602,00 €
NUB-004B	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße Arterien Oberschenkel, je Stent bis unter 100 mm - VSX	8-83b.e1 i.V.m. 8-842.*s	2.042,84 €
NUB-004C	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße Arterien Oberschenkel, je Stent bis unter 150 mm - VSX	8-83b.e1 i.V.m. 8-842.*s	2.500,21 €
NUB-004D	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße Arterien Oberschenkel, je Stent bis unter 250 mm - VSX	8-83b.e1 i.V.m. 8-842.*s	3.028,10 €
NUB-004E	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße andere Arterien abdominal und pelvin, je Stent 39 mm – VBX ballonexpandierend	8-83b.e1 i.V.m. 8-842.*q	1.876,96 €
NUB-004F	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße andere Arterien abdominal und pelvin, je Stent 59 mm – VBX ballonexpandierend	8-83b.e1 i.V.m. 8-842.*q	2.439,90 €
NUB-038	Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision, bis zu 5 cm	8-83b.e1 i.V.m.8-842.02 oder 8-842.03	1.602,00 €
NUB-086	Icatibant je mg	6-005.4	8,70 €
NUB-089	Inebilizumab je mg	6-00e.m	180,76 €
NUB-087	Leqvio® 2025 / Inclisiran	6-00e.k	8,70 €
NUB-016	Nilotinib je mg	6-004.6	0,22 €
NUB-052	Nirmatrelvir-Ritonavir je mg	6-00k.0	0,14 €
NUB-069	Ofatumumab je mg	6-006.4	62,26 €
NUB-051	Remdesivir je mg	6-00f.p0	4,11 €
NUB-018	Ruxolitinib je mg	6-009.4	6,60 €
NUB-036	Tafamidis 61 mg, je mg	6-006.9	5,88 €

NUB-037	Tafamidis-Meglumin, je mg	6-006.9	21,04 €
NUB-088	Tepotinib je mg	6-00f.g	0,28 €
NUB-059	Thrombektomie an Lungengefäßen mittels Disc-Retriever-System	8-838.n0	8.116,03 €
NUB-070	Ublituximab je mg		17,11 €

9. Telematikabschlag nach § 377 Abs. 1 SGB V

Abschlag 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 (Telematikabschlag) nach § 377 Abs. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **5,77 €** (KMB Baden-Baden Bühl) bzw. **11,23 €** (KMB Rastatt-Forbach)

10. 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
Chirurgische Klinik 100,72 €
Medizinische Klinik 147,25 €
Gynäkologische Klinik 119,13 €
Klinik für Kinder und Jugendliche 94,08 €

b. nachstationäre Behandlung
Chirurgische Klinik 17,90 €
Medizinische Klinik 53,68 €
Gynäkologische Klinik 22,50 €
Klinik für Kinder und Jugendliche 37,84 €

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten
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.

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 § 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.

Pflegeentgeltwert für die Aufnahmen ab **01.11.2022** bis **30.04.2023**
- KMB Baden-Baden Bühl in Höhe von **328,86 €**
- KMB Rastatt-Forbach in Höhe von **340,17 €**

für jeden vollstationären Fall.

Pflegeentgeltwert für die Aufnahmen ab **01.05.2023 bis 30.09.2023**
- KMB Baden-Baden Bühl in Höhe von **183,87 €**
- KMB Rastatt-Forbach in Höhe von **171,73 €**
für jeden vollstationären Fall.

Pflegeentgeltwert für die Aufnahmen ab **01.10.2023 bis 31.12.2023**
- KMB Baden-Baden Bühl in Höhe von **311,16 €**
- KMB Rastatt-Forbach in Höhe von **346,74 €**
für jeden vollstationären Fall.

Pflegeentgeltwert für die Aufnahmen ab **01.01.2024 bis 29.02.2024**
- KMB Baden-Baden Bühl in Höhe von **183,87 €**
- KMB Rastatt-Forbach in Höhe von **171,73 €**
für jeden vollstationären Fall.

Pflegeentgeltwert für die Aufnahmen ab **01.03.2024 bis 31.07.2024**
- KMB Baden-Baden Bühl in Höhe von **200,56 €**
- KMB Rastatt-Forbach in Höhe von **224,58 €**
für jeden vollstationären Fall.

Pflegeentgeltwert für die Aufnahmen ab **01.08.2024 bis 31.12.2024**
- KMB Baden-Baden Bühl in Höhe von **450,54 €**
- KMB Rastatt-Forbach in Höhe von **541,63 €**
für jeden vollstationären Fall.

Pflegeentgeltwert für die Aufnahmen ab **01.01.2025 bis 30.09.2025**
- KMB Baden-Baden Bühl in Höhe von **233,04 €**
- KMB Rastatt-Forbach in Höhe von **251,45 €**
für jeden vollstationären Fall.

Pflegeentgeltwert für die Aufnahmen ab **01.10.2025 bis 28.02.2026**
- KMB Baden-Baden Bühl in Höhe von **242,49 €**
- KMB Rastatt-Forbach in Höhe von **282,41 €**
für jeden vollstationären Fall.

Pflegeentgeltwert für die Aufnahmen ab **01.03.2026 bis**
- KMB Baden-Baden Bühl in Höhe von **277,32 €**
- KMB Rastatt-Forbach in Höhe von **298,14 €**
für jeden vollstationären Fall.

12. 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 €**

13. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnet die Klinikum Mittelbaden gGmbH sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.

2. Für die Vornahme der Leichenschau (1. Leichenschau) und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet die Klinikum Mittelbaden gGmbH folgende Preise:

Leichenschaugebühren gemäß GOÄ-Ziffer 101 mind. 20 Minuten: 60 % von 165,77 €	→ 99,46 €
Leichenschaugebühren gemäß GOÄ-Ziffer 101 mind. 40 Minuten	→ 165,77 €
Zuschlag nach GOÄ- Ziffer 102 bei unbekannter Identität/besondere Todesumstände zusätzliche Dauer mind. 10 Min.	→ 27,63 €

Ebenfalls fallen folgende Unzeiten-Zuschläge an:

Zuschlag F: 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr	→ 15,15 €
Zuschlag G: zwischen 22 und 6 Uhr	→ 26,23 €
Zuschlag H: Samstag/Sonntag/Feiertag	→ 19,82 €

3. Für die Kühlzellenbenutzung werden **24,99 €*** pro Tag erhoben.

4. Für die Ausstellung von Bescheinigungen über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes und/oder festgestellter Diagnostik berechnet die Klinikum Mittelbaden gGmbH **7,50 €*** zzgl. Portogebühr**.

5. Die Klinikum Mittelbaden gGmbH ist berechtigt, als Auslagenersatz für Kopien **0,50 €***/Kopie in Rechnung zu stellen.

6. Die Patientendaten werden auf einem digitalen Speicherträger (CD-ROM) archiviert. Auf Wunsch des Patienten kann dieser gegen ein Entgelt von **17,50 €*** von der Klinikum Mittelbaden gGmbH erworben werden.

*Die Preise verstehen sich inkl. der aktuell gültigen Mehrwertsteuer.
**Die Preise verstehen sich exkl. der aktuell gültigen Mehrwertsteuer.

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 dieselbe Einrichtung der Klinikum Mittelbaden gGmbH 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 206 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.[4]

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 nachfolgend genannten Anlagen entnehmen.

a. Ärztliche Leistungen:
Siehe hierzu die **ANLAGEN „Wichtige Hinweise zu der Vereinbarung von wahlärztlichen Leistungen“ und „Unvorhersehbare Verhinderung des Wahlarztes“**

b. Wahlleistung 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.
Leistungsbeschreibung siehe hierzu **ANLAGE „Wahlleistung Unterkunft – Komfortelemente“**

c. Servicepauschale für nichtdeutschsprachige Patienten **180,00 €** (inkl. MwSt.) je Kalendertag

d. Bereitstellung eines Telefons inkl. MwSt:
Telefongrundgebühr: 2,00 €
Telefoneinheiten: 0,10 €

Inkrafttreten
Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **01.09.2026** in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom **01.06.2026** aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die zuständigen MitarbeiterInnen unserer Einrichtungen hierfür gerne zur Verfügung:

Stationäre Aufnahme Balg
Telefon 07221 91-2083

Stationäre Aufnahme Bühl
Telefon 07223 81-5206

Stationäre Aufnahme Rastatt
Telefon 07222 389-3132

Stationäre Abrechnung Baden-Baden Bühl
Telefon 07221 91-1926

Stationäre Abrechnung Rastatt-Forbach
Telefon 07222 389-3130

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.

Anmerkungen:

1
Die Höhe des Zuschlages von 60,00 € ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 S. 4 KHG geregelt. Dieser Zuschlag betrifft im Übrigen nur die Fälle der medizinisch notwendigen Aufnahme von Begleitpersonen und ist von der wahlweisen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson zu unterscheiden.

2
Maßgeblich dazu sind jedoch die Vorgaben nach § 9 Abs. 1a S. 1 KHEntgG durch die Vertragsparteien auf Bundesebene.

3
Die Zuschläge 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 Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V werden gemeinsam erhoben und als ein gemeinsamer Zuschlag in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen.

4
Nach § 121 Abs. 5 SGB V i.V.m. § 18 Abs. 3 KHEntgG können Krankenhäuser mit Belegbetten zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten auch Honorarverträge schließen. Die Leistungen des Belegarztes würden ihm in dieser Konstellation vom Krankenhaus vergütet werden.