

DRG-Entgelttarif **2026** für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Die LA-Regio Kliniken gKU als Träger der

Klinik Landshut-Achdorf, Achdorfer Weg 3, 84036 Landshut
berechnet ab dem **01.01.2026** folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gemäß § 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 grundsätzlich 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 4.562,26 €

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
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor oder andere Kopfverletzungen und bestimmte Fraktur	0,541	€ 4.562,26	€ 2.468,18
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	€ 4.562,26	€ 13.755,21

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 – FPV 2026).

2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gemäß § 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

Dienstanweisung	ID 3345	109/01.2026	Gültig bis 13.01.2028	Seite 1 von 16
Dokumente/10 Zentrale Unterstützer/Betriebswirtschaft				

DRG-Entgelttarif Landshut



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 der Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung) vom 19. Dezember 2025 aufgeführt. Die jeweils anwendbare Hybrid-DRG wird mit einem festen Eurobetrag vergütet, der ebenfalls in der Rechtsverordnung aufgeführt ist.

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 postoperativer Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte A) in Euro	Fallpauschale der Hybrid-DRG zzgl. 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)	2.227,33 €	2.257,33 €
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)	2.000,81 €	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 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.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

ZE2026-03-0A	ECMO und PECLA; OPS 8-852.00	6.355,00 €
ZE2026-03-0B	ECMO und PECLA; OPS 8-852.01	6.750,00 €
ZE2026-03-0C	ECMO und PECLA; OPS 8-852.03	6.990,00 €
ZE2026-03-0D	ECMO und PECLA; OPS 8-852.04	7.194,05 €

Dienstanweisung	ID 3345	109/01.2026	Gültig bis 13.01.2028	Seite 2 von 16
Dokumente/10 Zentrale Unterstützer/Betriebswirtschaft				

DRG-Entgelttarif Landshut



LA-Regio Kliniken

ZE2026-03-0E	ECMO und PECLA; OPS 8-852.05	7.539,15 €
ZE2026-03-0F	ECMO und PECLA; OPS 8-852.06	8.056,80 €
ZE2026-03-0G	ECMO und PECLA; OPS 8-852.07	8.574,45 €
ZE2026-03-0H	ECMO und PECLA; OPS 8-852.08	9.264,65 €
ZE2026-03-0I	ECMO und PECLA; OPS 8-852.09	9.954,85 €
ZE2026-03-0K	ECMO und PECLA; OPS 8-852.0b	10.817,60 €
ZE2026-03-0L	ECMO und PECLA; OPS 8-852.0c	12.198,00 €
ZE2026-03-0M	ECMO und PECLA; OPS 8-852.0d	13.578,40 €
ZE2026-03-0O	ECMO und PECLA; OPS 8-852.0f	14.268,60 €
ZE2026-09-A	Hämoperfusion; OPS 8-821.30	1.200,00 €
ZE2026-09-B	Hämoperfusion; OPS 8-821.31	919,00 €
ZE2026-09-C	Hämoperfusion; OPS 8-821.32	919,00 €
ZE2026-25E	Modulare Endoprothesen, Hüfte; OPS 5-829.k*	1.360,72 €
ZE2026-25F	Modulare Endoprothesen, Hüfte; OPS 5-829.m	1.360,72 €
ZE2026-25G	Modulare Endoprothesen, Knie; OPS 5-829.k*	2.350,00 €
ZE2026-25H	Modulare Endoprothesen, Knie; OPS 5-829.m	2.350,00 €
ZE2026-25I	Modulare Endoprothesen, Schulter; OPS 5-829.k*	1.800,00 €
ZE2026-25J	Modulare Endoprothesen, Schulter; OPS 5-829.m	1.800,00 €
ZE2026-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.n4	887,57 €
ZE2026-54A	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.j0	887,57 €
ZE2026-54AA	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-513.m2	2.662,70 €
ZE2026-54AB	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-513.n2	2.662,70 €
ZE2026-54AC	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-517.4*	887,57 €
ZE2026-54AD	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-517.5*	1.775,13 €
ZE2026-54AF	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-517.0*	887,57 €
ZE2026-54B	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.j1	887,57 €
ZE2026-54C	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.j3	1.775,13 €
ZE2026-54D	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.j4	1.775,13 €
ZE2026-54E	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.p2	887,57 €
ZE2026-54F	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.ja	2.662,70 €
ZE2026-54G	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-449.h*	887,57 €
ZE2026-54H	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-469.k*	887,57 €
ZE2026-54I	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-489.g0	887,57 €
ZE2026-54J	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-513.m0	887,57 €
ZE2026-54K	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-513.m1	1.775,13 €
ZE2026-54L	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-513.n0	887,57 €
ZE2026-54M	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-513.n1	1.775,13 €
ZE2026-54N	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.j9	2.662,70 €
ZE2026-54O	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.s2	887,57 €
ZE2026-54P	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.r3	887,57 €
ZE2026-54Q	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-526.e0	887,57 €
ZE2026-54R	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-526.f0	887,57 €
ZE2026-54S	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.g*	887,57 €
ZE2026-54T	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.j*	887,57 €
ZE2026-54U	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.jb	887,57 €

DRG-Entgelttarif Landshut



LA-Regio Kliniken

ZE2026-54V	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.jc	887,57 €
ZE2026-54W	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.jd	1.775,13 €
ZE2026-54X	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.je	1.775,13 €
ZE2026-54Y	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.jf	2.662,70 €
ZE2026-54Z	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.jg	2.662,70 €
ZE2026-54AH	ZE2024-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.n4 in Verbindung mit OPS 5-549.a	1.250,00 €
ZE2026-54AI	ZE2024-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.r3 in Verbindung mit OPS 5-549.a	1.250,00 €
ZE2026-56A	Gabe von Bosentan, oral, je Tablette zu 32 mg; OPS 6-002.f*	104,84 €
ZE2026-56B	Gabe von Bosentan, eine Tablette zu 62,5 oder 125 mg	10,70 €
ZE2026-58	Gabe von Alpha-1-Proteinaseinhibitor human, parenteral, je mg; OPS 8-812.0*	0,42 €
ZE2026-62A	Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge bis 2,5 l; OPS 8-839.46	11.154,69 €
ZE2026-62B	Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge mehr als 2,5 l; OPS 8-839.46	16.223,61 €
ZE2026-62C	Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge mehr als 2,5 l; OPS 8-839.47; Mikroaxial-Blutpumpe RP Set (für die rechte Herzkammer; OPS 8.839.47)	22.500,00 €
ZE2026-62D	Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge mehr als 2,5 l, inklusive Assistenzsystem; OPS 8-839.46	20.150,00 €
ZE2026-63A	Gabe von Diboterminal alfa, Implantation am Knochen, je 1 mg bei Verwendung einer 12 mg Durchstechflasche; OPS 6-003.4*	292,54 €
ZE2026-67	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal; OPS 8-840.*4 oder 8-841.*4 oder 8-843.*4 oder 8-849.*4 oder 8-84a.*4 oder 8-84b.*4	1.690,06 €
ZE2026-74	Gabe von Sunitinib, oral, pro 1 mg; OPS 6-003.a*	0,20 €
ZE2026-75	Gabe von Sorafenib, oral, pro 1 mg; OPS 6-003.b*	0,02 €
ZE2026-77	Gabe von Lenalidomid, oral pro 1 mg; OPS 6-003.g*	0,22 €
ZE2026-84A	Gabe von Ambrisentan, oral, bei Verabreichung einer 5 mg Tablette, je mg; OPS 6-004.2*	2,60 €
ZE2026-84B	Gabe von Ambrisentan, oral, bei Verabreichung einer 10 mg Tablette, je mg; OPS 6-004.2*	1,52 €
ZE2026-85	Gabe von Temsirolimus, parenteral, je 1 mg; OPS 6-004.e*	39,32 €
ZE2026-91E	Gabe von Dasatinib, oral, je mg oral bei Abgabe einer 140 mg Tablette; OPS 6-004.3*	0,20 €
ZE2026-91F	Gabe von Dasatinib, oral, je mg bei Gabe der 50 bzw. 100 mg Tablette; OPS 6-004.3*	0,30 €
ZE2026-103	Gabe von Rituximab, subkutan, je mg; OPS 6-001.j*	1,95 €
ZE2026-104	Gabe von Trastuzumab, subkutan je mg; OPS 6-001.m*	3,64 €
ZE2026-106	Gabe von Abatacept, subkutan; je mg; OPS 6-003.t*	3,15 €
ZE2026-111	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral je mg; OPS 6-005.d*	2,24 €
ZE2026-112	Gabe von Abirateronacetat, oral je mg; OPS 6-006.2*	0,07 €
ZE2026-113	Gabe von Cabazitaxel, parenteral je mg; OPS 6-006.1*	7,91 €
ZE2026-120	Gabe von Pemetrexed, parenteral, je 1 mg; OPS 6-001.c*	0,05 €
ZE2026-121	Gabe von Etanercept, parenteral je mg; OPS 6-002.b*	4,20 €
ZE2026-122	Gabe von Imatinib, oral, je 1 mg; OPS 6-001.g*	0,01 €
ZE2026-123A	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.p1	45,38 €
ZE2026-123B	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.p2	68,75 €
ZE2026-123C	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.p3	96,25 €
ZE2026-123D	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.p4	123,75 €
ZE2026-123E	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.p5	151,25 €
ZE2026-123F	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.p6	178,75 €
ZE2026-123G	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.p7	206,25 €
ZE2026-123H	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.p8	233,75 €
ZE2026-123I	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.p9	261,25 €
ZE2026-123J	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pa	302,50 €

DRG-Entgelttarif Landshut



LA-Regio Kliniken

ZE2026-123K	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pb	357,50 €
ZE2026-123L	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pc	412,50 €
ZE2026-123M	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pd	467,50 €
ZE2026-123N	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pe	522,50 €
ZE2026-123O	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pf	605,00 €
ZE2026-123P	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pg	715,00 €
ZE2026-123Q	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.ph	825,00 €
ZE2026-123R	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pj	990,00 €
ZE2026-123S	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pk	1.210,00 €
ZE2026-123T	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pm	1.430,00 €
ZE2026-123U	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pn	1.760,00 €
ZE2026-123V	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pp	2.200,00 €
ZE2026-123W	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pq	2.640,00 €
ZE2026-123X	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pr	3.080,00 €
ZE2026-123Y	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.ps	3.520,00 €
ZE2026-123Z	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pt	3.960,00 €
ZE2026-123AA	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pu	4.400,00 €
ZE2026-123AB	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pv	4.620,00 €
ZE2026-124A	Gabe von Voriconazol, oral je 200mg Tablette; OPS 6-002.5*	1,28 €
ZE2026-125A	Gabe von Voriconazol, parenteral je 200mg; OPS 6-002.r*	5,95 €
ZE2026-127A	Gabe von L-Asparaginase aus Erwinia chrysanthemi [Erwinase], parenteral, je IE; OPS 6-003.r*	0,11 €
ZE2026-128	Gabe von nicht pegylierter Asparaginase, parenteral, je 1.000 IE; OPS 6-003.n*	29,63 €
ZE2026-132	Gabe von Thiotepa, parenteral; je mg; OPS 6-007.n*	3,51 €
ZE2026-133A	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst; OPS 8-98h.00	235,00 €
ZE2026-133B	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst; OPS 8-98h.01	327,00 €
ZE2026-133C	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst; OPS 8-98h.02	410,67 €
ZE2026-133D	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst; OPS 8-98h.03	572,20 €
ZE2026-133E	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst; OPS 8-98h.04	780,00 €
ZE2026-133F	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst; OPS 8-98h.05	871,00 €
ZE2026-133G	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst; OPS 8-98h.06	1.038,10 €
ZE2026-133H	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst; OPS 8-98h.07	1.275,00 €
ZE2026-133I	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst; OPS 8-98h.08	1.480,00 €
ZE2026-133J	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst; OPS 8-98h.09	1.495,00 €
ZE2026-133K	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst; OPS 8-98h.0a	1.500,00 €
ZE2026-133L	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst; OPS 8-98h.0b	1.518,00 €
ZE2026-140	Gabe von Brentuximabvedotin, parenteral, je mg; OPS 6-006.b*	64,48 €
ZE2026-141A	Gabe von Enzalutamid, oral; OPS 6-007.60	475,20 €
ZE2026-141B	Gabe von Enzalutamid, oral; OPS 6-007.61	792,00 €
ZE2026-141C	Gabe von Enzalutamid, oral; OPS 6-007.62	1.108,80 €
ZE2026-141D	Gabe von Enzalutamid, oral; OPS 6-007.63	1.425,60 €
ZE2026-141E	Gabe von Enzalutamid, oral; OPS 6-007.64	1.742,40 €
ZE2026-141F	Gabe von Enzalutamid, oral; OPS 6-007.65	2.059,20 €

DRG-Entgelttarif Landshut



LA-Regio Kliniken

ZE2026-141G	Gabe von Enzalutamid, oral; OPS 6-007.66	2.376,00 €
ZE2026-141H	Gabe von Enzalutamid, oral; OPS 6-007.67	2.692,80 €
ZE2026-141I	Gabe von Enzalutamid, oral; OPS 6-007.68	3.009,60 €
ZE2026-141J	Gabe von Enzalutamid, oral; OPS 6-007.69	3.326,40 €
ZE2026-141K	Gabe von Enzalutamid, oral; OPS 6-007.6a	3.643,20 €
ZE2026-141L	Gabe von Enzalutamid, oral; OPS 6-007.6b	3.960,00 €
ZE2026-141M	Gabe von Enzalutamid, oral; OPS 6-007.6c	4.276,80 €
ZE2026-141N	Gabe von Enzalutamid, oral; OPS 6-007.6d	4.593,60 €
ZE2026-141O	Gabe von Enzalutamid, oral; OPS 6-007.6e	4.910,40 €
ZE2026-141P	Gabe von Enzalutamid, oral; OPS 6-007.6f	5.227,20 €
ZE2026-141Q	Gabe von Enzalutamid, oral; OPS 6-007.6g	5.385,60 €
ZE2026-142	Gabe von Aflibercept, intravenös, je mg; OPS 6-007.3*	3,57 €
ZE2026-143	Gabe von Eltrombopag, oral, je mg; OPS 6-006.0*	2,14 €
ZE2026-144	Gabe von Obinutuzumab, parenteral je mg; OPS 6-007.j*	2,52 €
ZE2026-145	Gabe von Ibrutinib, oral je mg; OPS 6-007.e*	0,47 €
ZE2026-146	Gabe von Ramucirumab, parenteral je mg; OPS 6-007m*	4,05 €
ZE2026-147	Gabe von Bortezomib, parenteral; OPS 6-001.9*	16,30 €
ZE2026-148A	Gabe von Adalimumab, parenteral; OPS 6-001.d2	66,60 €
ZE2026-148B	Gabe von Adalimumab, parenteral; OPS 6-001.d3	111,00 €
ZE2026-148C	Gabe von Adalimumab, parenteral; OPS 6-001.d4	155,40 €
ZE2026-148D	Gabe von Adalimumab, parenteral; OPS 6-001.d5	199,80 €
ZE2026-148E	Gabe von Adalimumab, parenteral; OPS 6-001.d6	244,20 €
ZE2026-148F	Gabe von Adalimumab, parenteral; OPS 6-001.d7	288,60 €
ZE2026-148G	Gabe von Adalimumab, parenteral; OPS 6-001.d8	333,00 €
ZE2026-148H	Gabe von Adalimumab, parenteral; OPS 6-001.d9	377,40 €
ZE2026-148I	Gabe von Adalimumab, parenteral; OPS 6-001.da	421,80 €
ZE2026-148J	Gabe von Adalimumab, parenteral; OPS 6-001.db	466,20 €
ZE2026-148K	Gabe von Adalimumab, parenteral; OPS 6-001.dc	488,40 €
ZE2026-149	Gabe von Infliximab, parenteral, je mg; OPS 6-001.e*	0,83 €
ZE2026-150	Gabe von Busulfan, parenteral je mg; OPS 6-002.d*	1,56 €
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös je mg; OPS 6-001.h*	0,54 €
ZE2026-153A	Gabe von Trastuzumab, intravenös; OPS 6-001.k0	132,30 €
ZE2026-153B	Gabe von Trastuzumab, intravenös; OPS 6-001.k1	185,50 €
ZE2026-153C	Gabe von Trastuzumab, intravenös; OPS 6-001.k2	238,50 €
ZE2026-153D	Gabe von Trastuzumab, intravenös; OPS 6-001.k3	291,50 €
ZE2026-153E	Gabe von Trastuzumab, intravenös; OPS 6-001.k4	344,50 €
ZE2026-153F	Gabe von Trastuzumab, intravenös; OPS 6-001.k5	397,50 €
ZE2026-153G	Gabe von Trastuzumab, intravenös; OPS 6-001.k6	450,50 €
ZE2026-153H	Gabe von Trastuzumab, intravenös; OPS 6-001.k7	503,50 €
ZE2026-153I	Gabe von Trastuzumab, intravenös; OPS 6-001.k8	583,00 €
ZE2026-153J	Gabe von Trastuzumab, intravenös; OPS 6-001.k9	689,00 €
ZE2026-153K	Gabe von Trastuzumab, intravenös; OPS 6-001.ka	795,00 €
ZE2026-153L	Gabe von Trastuzumab, intravenös; OPS 6-001.kb	901,00 €
ZE2026-153M	Gabe von Trastuzumab, intravenös; OPS 6-001.kc	1.007,00 €
ZE2026-153N	Gabe von Trastuzumab, intravenös; OPS 6-001.kd	1.166,00 €

DRG-Entgelttarif Landshut



LA-Regio Kliniken

ZE2026-153O	Gabe von Trastuzumab, intravenös; OPS 6-001.ke	1.378,00 €
ZE2026-153P	Gabe von Trastuzumab, intravenös; OPS 6-001.kf	1.590,00 €
ZE2026-153Q	Gabe von Trastuzumab, intravenös; OPS 6-001.kg	1.802,00 €
ZE2026-153R	Gabe von Trastuzumab, intravenös; OPS 6-001.kh	2.014,00 €
ZE2026-153S	Gabe von Trastuzumab, intravenös; OPS 6-001.kj	2.226,00 €
ZE2026-153T	Gabe von Trastuzumab, intravenös; OPS 6-001.kk	2.438,00 €
ZE2026-153U	Gabe von Trastuzumab, intravenös; OPS 6-001.km	2.544,00 €
ZE2026-154	Gabe von Anidulafungin, parenteral, je mg; OPS 6-003.k*	0,48 €
ZE2026-156	Gabe von Posaconazol, parenteral, je mg; OPS 6-007.k*	0,96 €
ZE2026-158	Gabe von Pertuzumab, parenteral, je mg; OPS 6-007.9*	6,29 €
ZE2026-159	Gabe von Blinatumomab, parenteral, je µg; OPS 6-008.7*	65,68 €
ZE2026-161	Gabe von Nivolumab, parenteral, je mg; OPS 6-008.m*	11,82 €
ZE2026-162	Gabe von Carfilzomib, parenteral, je mg; OPS 6-008.9*	17,48 €
ZE2026-163	Gabe von Macitentan, oral, je mg; OPS 6-007.h*	4,90 €
ZE2026-164A	Gabe von Riociguat, oral, je 0,5 - 2,5 mg Filmtablette; OPS 6-008.0*	17,66 €
ZE2026-166	Gabe von Isavuconazol, parenteral, je mg; OPS 6-008.g*	2,26 €
ZE2026-167	Gabe von Isavuconazol, oral, je mg; OPS 6-008.h*	0,62 €
ZE2026-169	Gabe von Liposomalem Irinotecan, parenteral, je 1 mg; OPS 6-009.e*	23,96 €
ZE2026-170	Gabe von Bevacizumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-002.9*	0,85 €
ZE2026-171	Gabe von Clofarabin, parenteral, je mg; OPS 6-003.j*	50,58 €
ZE2026-172	Gabe von Posaconazol, oral, Suspension, je mg; OPS 6-007.0*	0,12 €
ZE2026-173	Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten; je 1 mg OPS 6-007.p*	0,05 €
ZE2026-175A	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.13	60,00 €
ZE2026-175B	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.14	80,00 €
ZE2026-175C	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.15	100,00 €
ZE2026-175D	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.16	120,00 €
ZE2026-175E	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.17	140,00 €
ZE2026-175F	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.18	160,00 €
ZE2026-175G	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.19	180,00 €
ZE2026-175H	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.1a	200,00 €
ZE2026-175I	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.1b	230,00 €
ZE2026-175J	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.1c	270,00 €
ZE2026-175K	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.1d	310,00 €
ZE2026-175L	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.1e	350,00 €
ZE2026-175M	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.1f	390,00 €
ZE2026-175N	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.1g	430,00 €
ZE2026-175O	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.1h	470,00 €
ZE2026-175P	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.1j	490,00 €
ZE2026-176	Gabe von Lenograstim, parenteral, je 1 Mio. IE; OPS 6-002.2*	0,32 €
ZE2026-177	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral, je 1 mg; OPS 6-002.7*	12,82 €
ZE2026-178	Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral, je 1 mg; OPS 6-007.7*	23,80 €
ZE2026-180	Gabe von Azacytidin, parenteral; je mg; 6-005.0*	0,77 €
ZE2026-182A	Gabe von Vedolizumab, parenteral, je 108 mg; OPS 6-008.5*	573,63 €
ZE2026-182B	Gabe von Vedolizumab, parenteral, je 300 mg; OPS 6-008.5*	2.294,50 €
ZE2026-183	Gabe von Elotuzumab, parenteral, je mg; 6-009.d*	3,57 €



ZE2026-188	Patientenindividuell hergestellte Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Öffnung; OPS 5-38a.70 oder 5-38a.80 oder 5-38a.c0 in Verbindung mit OPS 5-38a.w	variabel
ZE2026-189A	Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.7b	20.000,00 €
ZE2026-189B	Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.7c	21.254,85 €
ZE2026-189C	Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.7d	22.856,64 €
ZE2026-189D	Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.8c	35.231,21 €
ZE2026-189E	Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.8d	35.806,85 €
ZE2026-189F	Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.8e	37.408,64 €
ZE2026-189G	Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.8f	39.010,43 €
ZE2026-189H	Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.c1	21.000,00 €
ZE2026-189I	Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.c2	21.755,98 €
ZE2026-189J	Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung; OPS 5-38a.c3	24.000,00 €
ZE2026-192	Gabe von Midostaurin, oral, je 1 mg; OPS 6-00a.b*	5,27 €
ZE2026-194	Gabe von Ustekinumab, intravenös; OPS 6-005.p*, je mg	21,51 €
ZE2026-195A	Gabe von Ustekinumab, subkutan, je 45 mg oder 90 mg; OPS 6-005.q*	2.796,56 €
ZE2026-200	Gabe von Daratumumab, intravenös, je 1 mg; OPS 6-009.q*	4,40 €
ZE2026-201	Gabe von Daratumumab, subkutan, je 1 mg; OPS 6-009.r*	3,18 €
ZE2026-203	Gabe von Durvalumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-00b.7*	3,98 €
ZE2026-204	Gabe von Gemtuzumab ozogamicin, parenteral, je 1 mg; OPS 6-00b.a*	1.606,50 €
ZE2026-205	Gabe von Polatuzumab vedotin, parenteral, je 1 mg; OPS 6-00c.c*	73,67 €
ZE2026-208	Gabe von Trabectedin, parenteral OPS 6-004.a* (gewandert von ZE117)	2.522,80 €
ZE2026-209	Gabe von Plerixafor, parenteral OPS 6-005.e* (gewandert von ZE143)	281,06 €
ZE2026-210	Gabe von Eculizumab, parenteral OPS 6-003.h* (gewandert von ZE154)	16,78 €
ZE2026-211	Gabe von Tocilizumab, intravenös; je mg OPS 6-005.m* (gewandert von ZE157)	2,62 €
ZE2026-212	Gabe von Idarucizumab je 2500 mg OPS 6-008.f (gewandert von NUB-IDAR2)	1.487,50 €
ZE2026-213	Gabe von Andexanet alfa, parental je mg; OPS 6-00c.0 (gewandert von NUB-AN-DEX200)	11,01 €
ZE2026-214	Gabe von Letemovir, oral, je mg OPS 6-00b.c*	0,73 €
ZE2026-215	Gabe von Letemovir, parental, je mg OPS 6-00b.d*	0,73 €
ZE2026-216	Gabe von Avelumab, parenteral, je mg OPS 6-00a.2*	3,88 €
ZE2026-217	Gabe von Apalutamid oral, je mg; OPS 6-00c.1* (gewandert von NUB-APAL)	0,38 €
ZE2026-218	Gabe von Cemiplimab, parenteral, je mg OPS 6-00c.3*	11,84 €
ZE2026-219	ZE2026-219 Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII bei postpartaler Blutung; OPS 8-810.67 oder 8-810.68 oder 8-810.69 oder 8-810.6a oder 8-810.6b oder 8-810.6c oder 8-810.6d oder 8-810.6e oder 8-810.6f oder 8-810.6g oder 8-810.6h oder 8-810.6j oder 8-810.6k oder 8-810.6m oder 8-810.6n oder 8-810.6p oder 8-810.6q oder 8-810.6r oder 8-810.6s oder 8-810.6u oder 8-810.6v oder 8-810.6w oder 8-810.6z	885,46 €
ZE2026-221	Gabe von Atezolizumab subkutan OPS 6-00a.n*	2,11 €
ZE2026-223	Gabe von Inotuzumab ozogamicin, parenteral, je 1 mg; OPS 6-00a.8*	11.305,00 €
ZE2026-224	Isatuximab, parental je 100 mg OPS 6-00e.n*	3,04 €
ZE2026-225	Gabe von Ivacaftor, oral; OPS 6-006.d	1,35 €
ZE2026-226	Gabe von Ivacaftor-Tezacaftor-Elexacaftor, oral; OPS 6-00d.e	0,78 €
ZE2026-227	Gabe von Lumacaftor-Ivacaftor, oral; OPS 6-008.k	0,32 €
ZE2026-228	Gabe von Tezacaftor-Ivacaftor, oral; OPS 6-00b.k	0,65 €
ZE2026-229	Gabe von Liposomalem Cytarabin-Daunorubicin, parenteral; OPS 6-00b.6	6.174,35 €

5. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2026

Dienstanweisung	ID 3345	109/01.2026	Gültig bis 13.01.2028	Seite 8 von 16
Dokumente/10 Zentrale Unterstützer/Betriebswirtschaft				

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:

B61B	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks	je Tag	364,73 €	
B61B	Pflegeentgelt 262,62 € x 1,2358 BWR	je Tag	324,55 €	gesamt 689,28 €
E76A	Tuberkulose (mehr als 14 Belegungstage)	je Tag	278,58 €	
E76A	Pflegeentgelt 262,62 € x 0,8367 BWR	je Tag	219,73 €	gesamt 498,31 €
Palliativ	Tagessatz Palliativstation	je Tag	289,99 €	
Palliativ	Pflegetarif 262,62 € x 1,0000 BWR	je Tag	262,62 €	gesamt 552,61 €

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 gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 3 KHEntgG

Für folgende Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2a KHEntgG folgende gesonderte Zusatzentgelte vereinbart:

7. 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:

- 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:

in Höhe von 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:

In Höhe von 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:

In Höhe von 11,50 €

8. Zu- und Abschläge bzw. Abzüge

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall

in Höhe von 60,97 €

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall

in Höhe von 108,70 €

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen

in Höhe von 60,00 € pro Tag

- Sicherstellungszuschlag gemäß § 5 Abs. 2 KHEntgG

in Höhe von 0,00 €

- Zuschlag zur Sicherstellung einer zusätzlichen Finanzierung von Krankenhausstandorten in ländlichen Versorgungslagen

Dienstanweisung	ID 3345	109/01.2026	Gültig bis 13.01.2028	Seite 9 von 16
Dokumente/10 Zentrale Unterstützer/Betriebswirtschaft				



gemäß § 5 Abs. 2a KHEntgG je abgerechneten voll- und teilstationären Fall

- Qualitätssicherungszuschlag Schlaganfallbehandlung

in Höhe von 3,10 €

- Zuschlag für Zentren/Schwerpunkte nach § 5 Abs. 3 KHEntgG

in Höhe von 0,00 €

- Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG

in Höhe von 0,00 €

bzw. Zuschlag wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG

in Höhe von 26,28 €

je vollstationärem Fall.

- Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG

in Höhe von 0,0 %

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

- Zu- oder Abschlag bei Eingliederung von besonderen Einrichtungen in das DRG-Vergütungssystem gemäß § 4 Abs. 7 KHEntgG

in Höhe von 0 %

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

- Fixkostendegressionsabschlag gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG

in Höhe von 0,00 €

auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen.

- Zuschlag für Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG

in Höhe von 0,0 %

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 zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG

in Höhe von 0,01 %

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.

- Zu- und Abschläge für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG

In Höhe von 0,84 €

- Abschlag wegen Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i Abs. 5 SGB V i.V.m. § 8 Abs. 4 KHEntgG

in Höhe von 0,00 €

- Abschlag wegen Nichteinhaltung der Personalvorgaben in der Pflege nach § 137k Abs. 4 SGB V

in Höhe von 0,00 €

- Zuschlag für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG je abgerechneten vollstationären Fall

in Höhe von 0,20 €

- Zuschlag für klinische Sektionen nach § 5 Abs. 3b KHEntgG je voll- und teilstationären Fall

in Höhe von 0,00 €

Dienstanweisung	ID 3345	109/01.2026	Gültig bis 13.01.2028	Seite 10 von 16
Dokumente/10 Zentrale Unterstützer/Betriebswirtschaft				

- Zuschlag nach § 5 Abs. 3d KHEntgG für implantatbezogene Maßnahmen nach § 2 Nr. 4 Implantateregistergesetz
in Höhe von 18,24 €
- Zuschlag nach § 5 Abs. 3g S. 1 KHEntgG für jeden voll- und jeden teilstationären Fall, für den es im Rahmen der Krankenhausbehandlung entstandene Daten auf der elektronischen Patientenakte speichert
in Höhe von 5,00 €
- Abschlag nach § 5 Abs. 3e KHEntgG wegen unzureichendem Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 341 Abs. 7 Satz 1 SGB V
in Höhe von 1,00 %
des Rechnungsbetrags, mit Ausnahme der Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG, für jeden voll- und teilstationären Fall,
- Zuschlag nach § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 3 der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung
in Höhe von 0,00 %
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
- Abschlag nach § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 4 der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung
in Höhe von 0 %
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.
- Abschlag nach § 5 Abs. 3h KHEntgG wegen fehlender Bereitstellung der in § 19 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 bis 6 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung aufgezählten digitalen Dienste
in Höhe von 0 %
des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall, mit Ausnahme der Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4.
- 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 280,00 €
- 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. 2c KHEntgG zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern
in Höhe von 0,00 €
- 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 1,00 %

Dienstanweisung	ID 3345	109/01.2026	Gültig bis 13.01.2028	Seite 11 von 16
Dokumente/10 Zentrale Unterstützer/Betriebswirtschaft				

des Rechnungsbetrages für jeden voll- oder teilstationären Fall.

- Zuschlag für Sofort-Transformationskosten nach § 8 Abs 11 Satz 1 KHEntgG

in Höhe von 3,25%

des Rechnungsbetrages bei Patientinnen und Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung

9. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 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

NUB-ABEM	Abernacilb, je Tablette	36,30 €
NUB-AXIT	Axitinib, je mg	9,70 €
NUB-BOSU	Bositinib, je mg	0,22 €
NUB-CAB1	Cabozantinib, je 20/40/60mg Tablette	157,73 €
NUB-CAPL	Caplacizumab, je mg	425,77 €
NUB-CRIZ	Crizotinib, je mg	0,35 €
NUB-DABR	Dabrafenib, je mg	0,62 €
NUB-B100	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 100 mm	2.100,00 €
NUB B150	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 150 mm	2.488,70 €
NUB-B250	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 250 mm	3.800,00 €
NUB-B020	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 29 bis 39 mm; OPS 8-842.* in Verbindung mit OPS 8-83b.e1	1.900,00 €
NUB-B050	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, 50 mm	1.750,00 €
NUB-B059	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, Prothesenlänge 59 mm; OPS 8-842.* in Verbindung mit OPS 8-83b.e1	2.250,00 €
NUB-ENDOS	Endovaskuläre Implantation/Reparatur einer Stent-Prothese mittels eines Endo-Staplers	4.939,67 €
NUB-ENFO	Enfortumab Vedotin, je 1 mg	25,79 €
NUB-ER	Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation, bei kardiologischer Ablation des Vorhofflimmerns	3.021,50 €
NUB-ERIB	Eribulin, je 0,88 mg	345,48 €
NUB-EV	Everolimus bei Neoplasie, je mg;	18,71 €
NUB-GE20	Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision, bis 2,5 - 5 cm; OPS 8-83b.e1 i.V.m. 8-842.02 oder 8-842.03;	1.961,05 €
NUBGE05	Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision, je Stent, 10 cm; OPS 8-842.03 oder 8-842.0e in Verbindung mit OPS 8-83b.e1	2.150,00 €
NUB-GE15	Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision, je Stent, 150 mm bis unter 200 mm; OPS 8-842.03 oder 8-842.0e in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f2	2.402,66 €
NUB-GE59	Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision, je Stent, 50 mm bis unter 100 mm	2.250,00 €
NUB-GE10	Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision; OPS 8-842.03 oder 8-842.0e in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f1	2.074,90 €
NUB-GO10	Golimumab, subkutane Gabe, je mg bei Verwendung einer 100 mg Fertigspritze; OPS 6-005.2	14,56 €
NUB-GO50	Golimumab, subkutane Gabe, je mg bei Verwendung einer 50 mg Fertigspritze; OPS 6-005.2	16,87 €
NUB-LEN10N	Lenvatinib, je mg bei Gabe der 10 mg Hartkapsel, Indikation: Niere; OPS 6-008.j	4,13 €
NUB-LEN10SL	Lenvatinib, je mg bei Gabe der 10 mg Hartkapsel, Indikation: Schilddrüse und Leber; OPS 6-008.j	4,82 €
NUB-LEN4N	Lenvatinib, je mg bei Gabe der 4 mg Hartkapsel, Indikation: Niere; OPS 6-008.j	10,34 €
NUB-LEN4SL	Lenvatinib, je mg bei Gabe der 4 mg Hartkapsel, Indikation: Schilddrüse und Leber; OPS 6-008.j	9,27 €

Dienstanweisung	ID 3345	109/01.2026	Gültig bis 13.01.2028	Seite 12 von 16
Dokumente/10 Zentrale Unterstützer/Betriebswirtschaft				

DRG-Entgelttarif Landshut



LA-Regio Kliniken

NUB-LUS	Luspatercept, je 1 mg	35,49 €
NUB-MS	Magenschrittmacher	9.920,00 €
NUB-MIR100	Mirikizumab, je 1 mg bei Gabe der 100 mg Fertigspritze / Pen	4,55 €
NUB-MIR300	Mirikizumab, je 1 mg bei Gabe der 300 mg Infusionslösung	3,03 €
NUB-NILO	Nilotinib, 1 mg	0,25 €
NUB-NIRA	Niraparib, je 1mg	0,68 €
NUB-NIRMA	Nirmatrelvir-Ritonavir, je 1mg	0,27 €
NUB-OLAP	Olaparib, je mg	0,27 €
NUB-OSIM	Osimertinib, je 40 mg oder 80 mg Tablette	184,55 €
NUB-PA	Palbociclib, je 75 mg oder je 100 mg oder je 125 mg Tablette	84,48 €
NUB-PAZO	Pazopanib, je mg	0,23 €
NUB-PERK	Perkutane cavale Klappenstentimplantation	28.153,32 €
NUB -POM1	Pomalidomid, je 1 mg Hartkapsel	110,44 €
NUB -POM2	Pomalidomid, je 2 mg Hartkapsel	113,27 €
NUB -POM1	Pomalidomid, je 3 mg Hartkapsel	113,27 €
NUB -POM1	Pomalidomid, je 4 mg Hartkapsel	113,27 €
NUB-REM	Remdesivir, je 1 mg	4,11 €
NUB-REZA	Rezafungin, je 1mg	14,50 €
NUB-RIBO	Ribociclib, je mg	0,26 €
NUB-RIS150	Risankizumab intravenös je 1 mg bei Gabe 150mg Fertigspritze	27,84 €
NUB-RIS360	Risankizumab intravenös je 1 mg bei Gabe 360mg Fertigspritze	7,73 €
NUB-RIS	Risankizumab intravenös je mg	4,64 €
NUB-RUC	Rucaparib, je mg	0,14 €
NUB-RUXO5	Ruxolitinib, 5 mg Tablette	33,77 €
NUB-RUXO	Ruxolitinib, je 10, 15 oder 20 mg Tablette	67,55 €
NUB-SAC	Sacituzumab Govitecan, je 1 mg	5,81 €
NUB-SOTA	Sotatercept, je 1 mg	169,09 €
NUB-TAFAS	Tafasitamab, je 1 mg	3,03 €
NUB-TALA	Talazoparib, 1mg Kapsel	173,20 €
NUB-TEMO	Temozolomid, intravenös, je mg	3,49 €
NUB-TRAM	Trametinib, je 0,5 mg	34,87 €
NUB-TRAD	Trastuzumab Deruxtecan, je 1 mg	14,34 €
NUB-TRAS	Trastuzumab-Emtansin, je mg	18,27 €
NUB-TREO	Treosulfan, je mg	0,12 €
NUB-VEMU	Vemurafenib, je mg	0,10 €
NUB-ZANU	Zanubrutinib, je 80mg HKps.	44,31 €

10. 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 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.

11. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

Dienstanweisung	ID 3345	109/01.2026	Gültig bis 13.01.2028	Seite 13 von 16
Dokumente/10 Zentrale Unterstützer/Betriebswirtschaft				

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 €

12. Telematikzuschlag nach § 377 Abs. 1 SGB V

Zuschlag 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 (Telematikzuschlag) nach § 377 Abs. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von 6,04 €

13. 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

Innere Medizin	147,25 €
Chirurgie	100,72 €
Gynäkologie / Geburtshilfe	119,13 €
Schlaflabor - erste Behandlungsnacht	340,00 €
Schlaflabor – weitere Behandlungsnacht (binnen fünf Kalendertagen)	200,00 €

b. nachstationäre Behandlung

Innere Medizin	53,69 €
Chirurgie	17,90 €
Gynäkologie / Geburtshilfe	22,50 €

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Computer-Tomographie-Geräte (CT):

DKG-NT-Tarifnr.	Leistung	Pauschale in Euro
5369	Höchstwert	122,71
5370	Kopf	81,81
5371	Hals oder Thorax	94,08
5372	Abdomen	106,35
5373	Skelett	77,72
5374	Zwischenwirbelräume	77,72
5375	Aorta	81,81
5376	Ergänzende CT	20,45
5377	Zuschlag 3D-Rekonstruktion	32,72
5378	CT zur Bestrahlungsplanung	40,90
5380	Bestimmung Mineralgehalt	12,27

Magnet-Resonanz-Geräte (MR):

DKG-NT-Tarifnr.	Leistung	Pauschale in Euro
5700	Kopf	179,97
5705	Wirbelsäule	171,79
5715	Thorax	175,88
5720	Abdomen	179,97
5721	Mamma(e)	163,61
5729	Gelenke oder Extremitäten	98,17
5730	Mehrere Extremitäten	163,61
5731	Ergänzende Serie(n)	40,90
5732	Zuschlag für Positionswechsel und/oder Spulenwechsel	40,90
5733	Zuschlag für computergesteuerte Analyse	32,72
5735	Höchstwert für Leistungen nach den Nr. 5700 bis 5730	245,42

Gem. § 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.

14. 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.
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus 26,00€, für die Kühlzellenbenutzung pro Tag 45,00 €.

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. 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 veranlassenen 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.

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.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **01.01.2026** in Kraft. Gleichzeitig wird der bisher gültige DRG-Entgelttarif vom 01.11.2025 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen **die Mitarbeiter unsere Patientenverwaltung / Patientenabrechnung** hierfür gerne zur Verfügung.

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie die zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen.

Dienstanweisung	ID 3345	109/01.2026	Gültig bis 13.01.2028	Seite 15 von 16
Dokumente/10 Zentrale Unterstützer/Betriebswirtschaft				

DRG-Entgelttarif Landshut



LA-Regio Kliniken

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.