DRG-Entgelttarif 2026
für die Klinikum Würzburg Mitte gGmbH
Stand 01.11.2026

Die Klinikum Würzburg Mitte gGmbH (Missioklinik / Juliusspital) berechnet 01.11.2026 folgende Entgelte:

1.Fallpauschalen gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 1 KHEntgG

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

Welche DRG bei einem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Diagnose(n) (ICD-10-GM Version 2026) am Ende des stationären Aufenthaltes gestellt und welche diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Leistungen (OPS-301 Version 2026) im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Weitere Faktoren wie z.B. das Alter oder die Entlassart können ebenso die Höhe des Entgelts beeinflussen.
Für das Jahr 2026 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 FPV 2026 vorgegeben.

Die DRG-Fallpauschalenhöhe errechnet sich aus der Multiplikation von:
- Relativgewicht, welches im Rahmen der DRG-Systempflege jährlich variieren kann.
  (vgl. dazu Vereinbarung zum Fallpauschalensystem; gesetzlicher Katalog)
- und landesweitem Basisfallwert (Bayern), der jährlichen Anpassungen unterliegt.

Der ab 01.10.2026 gültige landesweite Basisfallwert für Bayern beträgt 4.615,06 €

z.B. DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen	0,539	4.615,06 €	2.487,52 €

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 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 der Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung) 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 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. 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 durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr dividiert wird.

Entgeltschlüssel nach Vereinbarung § 301 Abs. 3 SGB V
Folgender **Pflegeentgeltwert** wird für voll- und teilstationäre Aufnahmen ab 01.08.2026 zugrunde gelegt: 443,18 €.

5. 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.

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.

Entgelt	Bezeichnung	Entgelthöhe
ZE20XX-01	Beckenimplantate; OPS 5-785.4d	3.600,00 €
ZE20XX-03	ECMO und PECLA; OPS 8-852.0* oder 8-852.2* oder 8-852.3*	4.640,78 €
ZE20XX-09	Hämoperfusion; OPS 8-821.30, 8-821.31 oder 8-821.32	1.250,00 €
ZE20XX-13	Immunadsorption; OPS 8-821.4*	2.125,00 €
ZE20XX-22	IABP; OPS 8-839.0	842,03 €
ZE20XX-25	Modulare Endoprothesen, Hüfte; OPS 5-829.k oder 5-829.m	1.700,00 €
ZE20XX-25	Modulare Endoprothesen, Knie; OPS 5-829.k oder 5-829.m	2.450,00 €
ZE20XX-25	Modulare Endoprothesen, Schulter; OPS 5-829.k oder 5-829.m	2.100,00 €
ZE20XX-49	Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) in Kombination mit Peritonektomie und ggf. mit Multiviszeralresektion oder hypertherme intrathorakale Chemotherapie (HITOC) in Kombination mit Pleurektomie und ggf. mit Tumorreduktion	4.200,00 €
ZE20XX-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.j0 oder 5-429.j1 oder 5-429.j3 oder 5-429.j4 oder 5-429.j9 oder 5-429.ja oder 5-429.jb oder 5-429.jc oder 5-429.jd oder 5-429.je oder 5-429.jf oder 5-429.jg oder 5-449.h* oder 5-469.k* oder 5-489.g0 oder 5-513.m* oder 5-513.n* oder 5-517.** oder 5-526.e0 oder 5-526.f0 oder 5-529.g* oder 5-529.j* oder 5-529.n4 oder 5-529.p2 oder 5-529.r3 oder 5-529.s2	950,00 €
ZE20XX-56-1	Bosentan, eine Tablette zu 62,5 oder 125 mg	10,70 €
ZE20XX-62	Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge mehr als 2,5 l, inklusive Assistenzsystem; OPS 8-839.46	19.275,00 €
ZE20XX-69	Gabe von Hämin, parenteral, je mg; OPS 6-004.1*	3,49 €
ZE20XX-74	Gabe von Sunitinib, oral, je mg; OPS 6-003.a*	0,20 €
ZE20XX-75	Gabe von Sorafenib, oral, je mg Tablette; OPS 6-003.b*	0,02 €
ZE20XX-77	Gabe von Lenalidomid, oral, je 2,5 mg Kapsel; OPS 6-003.g*	0,60 €
ZE20XX-77-26	Gabe von Lenalidomid, oral, pro 5 mg; OPS 6-003.g*	0,70 €
ZE20XX-77	Gabe von Lenalidomid, oral, je 7,5 mg Tablette; OPS 6-003.g*	1,43 €
ZE20XX-77-27	Gabe von Lenalidomid, oral, pro 10 mg; OPS 6-003.g*	1,60 €
ZE20XX-77-28	Gabe von Lenalidomid, oral, pro 15 mg; OPS 6-003.g*	2,21 €
ZE20XX-77	Gabe von Lenalidomid, oral, je 20 mg Tablette; OPS 6-003.g*	2,66 €
ZE20XX-77-29	Gabe von Lenalidomid, oral, pro 25 mg; OPS 6-003.g*	2,66 €
ZE20XX-79-29	Gabe von Nelarabin, parenteral, je mg; OPS 6-003.e*	1,94 €
ZE20XX-84	Gabe von Ambrisentan, oral, je Tablette (5mg); OPS 6-004.2*	1,87 €
ZE20XX-84	Gabe von Ambrisentan, oral, bei Verabreichung einer 10 mg Tablette, je mg; OPS 6-004.2*	0,92 €
ZE20XX-85	Gabe von Temsirolimus, parenteral, je 1 mg; OPS 6-004.e*	41,29 €
ZE20XX-88	Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen; OPS 1-942.1 oder 1-942.2 oder 1-942.3	1.289,46 €
ZE20XX-91	Gabe von Dasatinib, oral, je mg; OPS 6-004.3*	0,20 €
ZE25XX-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	Kostenerstattung
ZE20XX-106	Gabe von Abatacept, subkutan, je 125 mg Fertigspritze; OPS 6-003.t*	433,25 €
ZE20XX-110	Gabe von Tocilizumab, subkutan, je Fertigspritze 162 mg; OPS 6-005.n*	410,86 €
ZE20XX-111	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral, je mg; OPS 6-005.d*	2,02 €
ZE20XX-112	Gabe von Abirateronacetat, oral, je mg; OPS 6-006.2*	0,01 €
ZE20XX-113	Gabe von Cabazitaxel, parenteral, je mg; OPS 6-006.1*	5,06 €
ZE20XX-120	Gabe von Pemetrexed, parenteral; OPS 6-001.c*	0,08 €
ZE20XX-121	Gabe von Etanercept, parenteral, je mg; OPS 6-002.b*	3,99 €
ZE20XX-122	Gabe von Imatinib, oral, je mg; OPS 6-001.g*	0,01 €
ZE20XX-123	Gabe von Caspofungin, parenteral, je mg; OPS 6-002.p*	0,50 €

Entgelt	Bezeichnung	Entgelthöhe
ZE20XX-124	Gabe von Voriconazol, oral, je 200 mg Tablette; OPS 6-002.5*	1,17 €
ZE20XX-125	Gabe von Voriconazol, parenteral, je 200 mg; OPS 6-002.r*	5,66 €
ZE20XX-130	Gabe von Belimumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-006.6*	1,29 €
ZE20XX-135	Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Neugeborenen und Säuglingen mit erweiterter molekulargenetischer Diagnostik; OPS 1-944.10	2.028,79 €
ZE20XX-135	Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Neugeborenen und Säuglingen mit Chromosomenanalyse (Zytogenetische Diagnostik); OPS 1-944.20	540,00 €
ZE20XX-135	Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Neugeborenen und Säuglingen mit erweiterter molekulargenetischer Diagnostik und Chromosomenanalyse (Zytogenetische Diagnostik); OPS 1-944.30	2.550,00 €
ZE20XX-136	Einlegen von endobronchialen Nitinolspiralen; OPS 5-339.8*	1.200,00 €
ZE20XX-137	Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII OPS: 8-810.6*	Kostenerstattung
ZE20XX-138	Gabe von Fibrinogenkonzentrat OPS: 8-810.j*	Kostenerstattung
ZE20XX-139	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren OPS: 8-810.7* oder 8-810.8* oder 8-810.9* oder 8-810.a* oder 8-810.b*	Kostenerstattung
ZE20XX-140	Gabe von Brentuximabvedotin, parenteral, je mg; OPS 6-006.b*	64,48 €
ZE20XX-141	Gabe von Enzalutamid, oral, je mg; OPS 6-007.6*	0,66 €
ZE20XX-142	Gabe von Aflibercept, intravenös, je mg; OPS 6-007.3*	3,57 €
ZE20XX-143	Gabe von Eltrombopag, oral, je 1 mg; OPS 6-006.0*	0,12 €
ZE25XX-144	Gabe von Obinutuzumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-007.j*	2,52 €
ZE20XX-145	Gabe von Ibrutinib, oral, je 1 mg; OPS 6-007.e*	0,47 €
ZE20XX-146	Gabe von Ramucirumab, parenteral, je mg; OPS 6-007.m*	4,05 €
ZE20XX-147	Gabe von Bortezomib, parenteral, je 3,5 mg Ampulle; OPS 6-001.9*	34,73 €
ZE20XX-148	Gabe von Adalimumab, parenteral, je mg; OPS 6-001.d*	1,11 €
ZE20XX-149	Gabe von Infliximab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-001.e*	0,77 €
ZE20XX-151	Gabe von Rituximab, intravenös, je mg; OPS 6-001.h*	0,54 €
ZE20XX-152	Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik; OPS 1-945.0	1.050,00 €
ZE20XX-152	Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik; OPS 1-945.1	1.450,00 €
ZE20XX-153	Gabe von Trastuzumab, intravenös, je mg; OPS 6-001.k*	0,63 €
ZE20XX-154	Gabe von Anidulafungin, parenteral, je 1 mg; OPS 6-003.k*	0,33 €
ZE20XX-156	Gabe von Posaconazol, parenteral, je 1 mg; OPS 6-007.k*	1,49 €
ZE20XX-158	Gabe von Pertuzumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-007.9*	5,92 €
ZE20XX-159	Gabe von Blinatumomab, parenteral, je 1 µg; OPS 6-008.7*	65,68 €
ZE20XX-162	Gabe von Carfilzomib, parenteral, je mg; OPS 6-008.9*	17,48 €
ZE20XX-163	Gabe von Macitentan, oral, je 1 mg; OPS 6-007.h*	4,90 €
ZE20XX-164	Gabe von Riociguat, oral, je 0,5 - 2,5 mg Filmtablette; OPS 6-008.0*	16,67 €
ZE20XX-166	Gabe von Isavuconazol, parenteral, je 1 mg; OPS 6-008.g*	2,16 €
ZE20XX-167	Gabe von Isavuconazol, oral, je 1 mg; OPS 6-008.h*	0,59 €
ZE20XX-169	Gabe von Liposomalem Irinotecan, parenteral, je 1 mg; OPS 6-009.e*	28,68 €
ZE25XX-170	Gabe von Bevacizumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-002.9*	0,47 €
ZE20XX-172	Gabe von Posaconazol, oral, Suspension, je mg; OPS 6-007.0*	0,02 €
ZE20XX-173	Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten, je 1 mg; OPS 6-007.p*	0,03 €
ZE20XX-175	Gabe von Filgrastim, parenteral, je 1 Mio. IE; OPS 6-002.1*	0,12 €
ZE20XX-177	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral, je 6 mg; OPS 6-002.7*	65,52 €
ZE20XX-178	Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral, je 1 mg; OPS 6-007.7*	21,40 €

Entgelt	Bezeichnung	Entgelthöhe
ZE20XX-180	Gabe von Azacytidin, parenteral, je 1 mg; OPS 6-005.0*	0,39 €
ZE20XX-182	Gabe von Vedolizumab, parenteral, je 300 mg; OPS 6-008.5*	2.294,50 €
ZE20XX-192	Gabe von Midostaurin, oral, je 1 mg, OPS 6-00a.b*	4,98 €
ZE20XX-194	Gabe von Ustekinumab, intravenös, je 1 mg; OPS 6-005.p*	21,10 €
ZE20XX-195	Gabe von Ustekinumab, subkutan, je 45 mg oder 90 mg; OPS 6-005.q*	2.796,56 €
ZE20XX-200	Gabe von Daratumumab, intravenös, je 1 mg, OPS 6-009.q*	4,30 €
ZE20XX-201	Gabe von Daratumumab, subkutan, je 1 mg; OPS 6-009.r*	3,10 €
ZE20XX-203	Gabe von Durvalumab, parenteral, je 1 mg, OPS 6-00b.7*	3,93 €
ZE20XX-204	Gabe von Gemtuzumab ozogamicin, parenteral, je 1 mg, OPS 6-00b.a	1.606,50 €
ZE20XX-205	Gabe von Polatuzumab vedotin, parenteral, je 1 mg; OPS 6-00c.c*	51,57 €
ZE20XX-206	Gabe von Natalizumab, parenteral, je 300 mg; OPS 6-003.f*	2.115,00 €
ZE20XX-208	Gabe von Trabectedin, parenteral, je 1 mg; OPS 6-004.a*	1.190,00 €
ZE20XX-211	Gabe von Tocilizumab, intravenös; OPS 6-005.m*	2,02 €
ZE20XX-212	Gabe von Idarucizumab, parenteral, je 2500 mg; OPS 6-008.f	1.487,50 €
ZE20XX-213	Gabe von Andexanet alfa, parenteral, je 1 mg; OPS 6-00c.0	11,01 €
ZE20XX-216	Gabe von Avelumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-00a.2*	3,88 €
ZE20XX-217	Gabe von Apalutamid, oral, je 1 mg; OPS 6-00c.1*	0,38 €
ZE20XX-218	Gabe von Cemiplimab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-00c.3*	11,83 €
ZE20XX-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	885,47 €
ZE20XX-223	Gabe von Inotuzumab ozogamicin, parenteral, je 1 mg; OPS 6-00a.8*	11.305,00 €
ZE20XX-230	Gabe von Nirsevimab, parenteral, 50 mg oder 100 mg, Alter < 1 Jahr; OPS 6-00m.9	416,50 €
ZE20XX-231	Gabe von Ravulizumab, parenteral; OPS 6-00c.d*	14,48 €
ZE20XX-232	Gabe von Darolutamid, oral; OPS 6-00.8*	0,10 €
ZE20XX-234	Gabe von Dostarlimab, parenteral; OPS 6-00e.a*	5,63 €
ZE20XX-235	Gabe von Enfortumab vedotin, parenteral; OPS 6-00e.d*	25,79 €
ZE20XX-236	Gabe von Sacituzumab govitecan, parenteral; OPS 6-00f.8*	5,19 €
ZE20XX-238	Gabe von Trastuzumab deruxtecan, parenteral; OPS 6-00f.j*	14,17 €
ZE20XX-241	Gabe von Nivolumab, intravenös; OPS 6-008.n*	11,99 €
ZE20XX-242	Gabe von Nivolumab, subkutan; OPS 6-008.p*	4,80 €

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.

6. 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 Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

DRG	Bezeichnung	**Entgelthöhe**
A43Z	Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom	428,34 €
B11Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur	480,44 €
B43Z	Frührehabilitation bei Krankheiten u. Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage	445,00 €
B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson	357,25 €
B61B	Best. akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	369,57 €
B76A	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie	375,29 €
E41Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	374,33 €
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	295,66 €
F29Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur, außer kardiothorakale Eingriffe	428,77 €
F45Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	394,67 €
G51Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	399,58 €
I40Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	356,93 €
I96Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 20 Tage	428,77 €
K01Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Früh-rehabilitation oder geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung	351,76 €
K43Z	Frührehabilitation bei endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	409,34 €
U01Z	Genitalorganumwandelnde Operation	631,15 €
W01A	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, mit Frührehabilitation	475,74 €
W05Z	Frührehabilitation bei Polytrauma mit OR-Prozedur	426,97 €
W40Z	Frührehabilitation bei Polytrauma	426,97 €
PSPALL	Besondere Einrichtung Palliativmedizin	340,86 €

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhaus-individuellen 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.

7. Neue Untersuchungs- u. Behandlungsmethoden (NUBs) 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 Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

Entgelt - Bezeichnung	Entgelthöhe pro Einheit
Abemaciclib, je Tablette	34,73 €
Alectinib, je 1 mg	0,17 €
Alemtuzumab, bei Multipler Sklerose, je 1 mg; OPS 6-001.0*	979,86 €
Amivantamab, je 1 mg	3,26 €
Amivantamab, je 1 mg, bei Verwendung der 350 mg Durchstechflasche Infusionslösung; OPS 6-00e.0	4,96 €
Anifrolumab, je 1 mg	2,06 €
Aszitesbehandlung mittels einer vollimplantierbaren Pumpe	23.173,00 €
Avacopan, je 1 mg	3,32 €
Axitinib, je 5 mg	48,49 €
Axitinib, je 7 mg	67,89 €
Bosutinib, je 1 mg	0,14 €
Brolucizumab, intravitreal, je 6 mg Fertigspritze	834,49 €
Bulevirtid, je 1 mg	95,85 €
Cabozantinib, je 20 / 40 / 60 mg Tablette; OPS 6-008.8	157,73 €
Canakinumab, je mg	86,53 €
Capivasertib, je 160 oder 200mg Tablette	98,59 €
Caplacizumab, je 1 mg	425,77 €
Catumaxomab, je µg	83,30 €
Ceritinib, je 1 mg	0,39 €
Certolizumab, je 1 mg	2,18 €
Cladribin, oral, je 1 mg	192,18 €
Crizotinib, je 1 mg	0,35 €
Dabrafenib, je 1 mg	0,62 €
Dupilumab, je 200 mg oder 300 mg Injektionslösung; OPS 6-00a.5	619,53 €
Efgartigimod alfa, je 1 mg subkutan; OPS 6-00j.0	14,33 €
Efgartigimod alfa, je 1 mg intravenös; OPS 6-00j.0	17,91 €
Elbasvir-Grazoprevir, je Tablette	298,52 €
Encorafenib, je 1 mg; OPS 6-00b.9	0,47 €
Herstellung eines Schlauchmagens (Sleeve resection), endoskopisch, je Eingriff	2.094,00 €
Eribulin, je 0,88 mg	345,48 €
Everolimus bei Neoplasie, je 1 mg; OPS 6-005.8	1,48 €
Fedratinib, je 1 mg	0,30 €
Givosiran, je 1 mg	205,52 €
Glecaprevir-Pibrentasvir, je 100 mg/40 mg Filmtablette	172,65 €

Golimumab, je 1 mg	16,12 €
Guselkumab, je 1 mg	25,43 €
Icatibant, je 1 mg	12,86 €
Inclisiran, je 1 mg	8,30 €
Inebilizumab, je 1 mg, OPS 6-00e.m	176,24 €
Ixekizumab, je 1 mg	15,90 €
Ledipasvir-Sofosbuvir, je 33,75 mg/150 mg oder/ 200 mg Granulat oder je 45 mg / 200 mg oder 90 mg / 400 mg Filmtablette; OPS 6-007.g	517,95 €
Lenvatinib, je 1 mg bei Gabe der 10 mg Hartkapsel, Indikation: Schilddrüse und Leber; OPS 6-008.j	4,82 €
Lenvatinib, je mg bei Gabe der 10 mg Hartkapsel, Indikation: Niere; OPS 6-008.j	4,13 €
Lenvatinib, je mg bei Gabe der 4 mg Hartkapsel, Indikation: Schilddrüse und Leber; OPS 6-008.j	9,27 €
Lenvatinib, je mg bei Gabe der 4 mg Hartkapsel, Indikation: Niere; OPS 6-008.j	10,34 €
Lorlatinib, je 1 mg	1,67 €
Lurbinectedin, je mg bei 2 mg	1.924,46 €
Lurbinectedin, je mg bei 4 mg	1.673,44 €
Maribavir, je 1 mg	1,13 €
Mepolizumab, je 1 mg	11,89 €
Nilotinib, je 1 mg	0,20 €
Niraparib, je 1 mg	0,68 €
Nirmatrelvir-Ritonavir, je 1 mg	0,27 €
Ofatumumab, je 1 mg	62,26 €
Olaparib, je mg bei Gabe der 100 mg oder 150 mg Tablette; OPS 6-009.0	0,27 €
Osimertinib, je 40 mg oder 80 mg Tablette	184,55 €
Palbociclib, je 75 mg oder je 100 mg oder je 125 mg Tablette; OPS 6-099.j	72,23 €
Patisiran, je 1 mg	336,22 €
Pazopanib, je 1 mg	0,23 €
Ponatinib, bei Verwendung einer 45mg Tablette, je mg	4,77 €
Ponatinib, bei Vewendung einer 15 mg oder 30 mg Tablette, je mg; OPS 6-007.b	7,16 €
Remdesivir, je 1 mg	4,11 €
Ribociclib, je 1 mg	0,26 €
Risankizumab, je 1 mg	4,20 €
Rucaparib, je mg	0,10 €
Ruxolitinib, je 5 mg Tablette	33,77 €
Ruxolitinib, je 10, 15 oder 20 mg Tablette	67,55 €
Rozanolixizumab, je 1 mg	29,72 €
Sarilumab, je 150 mg oder 200 mg	672,94 €
Secukinumab, je 1 mg	4,28 €
Selexipag, je Tablette	50,53 €
Serplulimab, je 1 mg	13,09 €
Sofosbuvir, je 150 mg, 200 mg oder 400 mg Tablette; OPS 6-008.3	495,55 €
Sofosbuvir-Velpatasvir, je Tablette	344,64 €

Sofosbuvir-Velpatasvir-Voxilaprevir, je 1 mg	1,15 €
Sotatercept, je 1 mg	Einzelkostenübernahme
Sotorasib, je 1 mg	0,16 €
Streptozotocin, je g	773,50 €
Sutimlimab, je 1 mg	1,01 €
Tafamidis, je 20 mg	421,46 €
Tafamidis, je 61 mg; OPS 6-006.9	358,24 €
Tarlatamab, parenteral, je 1 mg	1.530,66 €
Teduglutid, je mg bei Gabe an Kinder <= 18 Jahre	290,98 €
Teduglutid, je mg, bei Erwachsenen	145,49 €
Temozolomid, intravenös, je 1 mg	3,49 €
Thrombektomie an Lungengefäßen mittels Disc-Retriever-System	8.488,00 €
Tislelizumab, je 1 mg	17,17 €
Tivozanib, je 890 µg oder 1340 µg; OPS-6-00a.j	181,39 €
Trametinib, je 0,5 mg	34,87 €
Trastuzumab-Emtansin, je mg	18,27 €
Tremelimumab, je 1 mg	66,88 €
Treprostinil, pro 1 mg je 20 mg Konzentration; OPS 6-004.b	159,82 €
Treprostinil, pro 1 mg je 100 mg Konzentration; OPS 6-004.b	112,45 €
Treprostinil, pro 1 mg je 200 mg Konzentration; OPS 6-004.b	94,04 €
Treprostinil, Generikum, je 1 mg; OPS 6-004.b	116,70 €
Trifluridin-Tipiracil, je mg; OPS 6-009.n	1,84 €
Tucatinib, je 1 mg	0,38 €
Vutrisiran, je 1 mg	3.098,59 €
Zilucoplan, je 16,6 mg Fsp	606,55 €
Zilucoplan, je 23 mg Fsp	682,93 €
Zilucoplan, je 32,4 mg Fsp	795,12 €
Zolbetuximab, je 1 mg	4,94 €
Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation	2.600,00 €

8. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gem. § 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:

Vorstationäre Leistungen (fallbezogene Pauschale)

Allgemeinchirurgie	100,72 €
Thoraxchirurgie	121,18 €
Unfallchirurgie	82,32 €
Frauenheilkunde	119,13 €
Geburtshilfe	119,13 €
Kinderheilkunde	94,08 €
Pneumologie	219,34 €
Intensivmedizin	104,30 €
Pädiatrie	94,08 €
Urologie	103,28 €
Kardiologie	156,97 €
Gastroenterologie	164,64 €
Neurologie	114,02 €
Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Erwachsenen für den/die erste Behandlungstag/-nacht	407,00 €
Für jeden/jede weiteren/weitere Behandlungstag/-nacht innerhalb von 5 Kalendertagen	244,00 €

Nachstationäre Leistungen (tagesbezogene Pauschale)

Allgemeinchirurgie	17,90 €
Thoraxchirurgie	45,50 €
Unfallchirurgie	21,47 €
Frauenheilkunde	22,50 €
Geburtshilfe	22,50 €
Kinderheilkunde	37,84 €
Pneumologie	66,47 €
Pädiatrie	37,84 €
Urologie	41,93 €
Kardiologie	61,36 €
Gastroenterologie	63,91 €
Neurologie	40,90 €

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

9. Zuschläge und Abschläge

9.1 Zuschlag für die externe Qualitätssicherung in Bayern für das Jahr 2026 beträgt pro Krankenhausaufenthalt 0,84 € vgl. §17b Abs. 1 Satz 5 KHG sowie § 8 Abs. 4 KHEntgG.

9.2 DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG beträgt im Jahr 2026 pro Krankenhausaufenthalt 1,59 €.

9.3 Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss n. § 91 SGB V und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin n. § 139a SGB V beträgt im Jahr 2026 pro Krankenhausaufenthalt 3,12 €.

9.4 Zuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von 60,00 € pro Tag.

9.5 Ausbildungszuschlag nach § 17a KHG in Höhe von 71,25 €

9.6 Ausbildungszuschlag gem. § 33 Abs. 3 S. 1 PflBG in Höhe von 108,70 €

9.7 Zuschlag für jeden zu dokumentierenden Krankenhausaufenthalt im Rahmen des Qualitätssicherungsprojekts Schlaganfallbehandlung in Bayern für 2026 in Höhe von 3,10 €.

9.8 Zuschlag für die telemedizinische Versorgung im Schlaganfallnetzwerk TRANSIT nach § 5 Abs. 1 bis 3 KHEntgG in Höhe von 237,25 € für jede Schlaganfallbehandlung.

9.9 Zuschlag für die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen (§17b Abs. 1a Nr. 4 KHG) 0,20€.

9.10 Zuschlag zur Sicherung der Kinder- und Jugendmedizin nach § 4a KHEntgG:
Folgender Zuschlag wird für die vollstationäre und teilstationäre Aufnahmen mit Alter über 28 Tagen und unter 16 Jahren ab dem 01.01.2026 als v. Hundert Wert erhoben: 11,692%

9.11 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 €.

9.12 Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8b KHEntgG wegen fehlender Anschlussverordnung zur Beatmungsentwöhnung in Höhe von einmalig 280 €.

9.13 Zuschlag nach § 17b Absatz 1a Nummer 9 KHG Implantateregistermeldevergütung
Implantattyp: Hüft- und Knieendoprothesen
Höhe des Zuschlags vom 01.01.2026 bis zum 31.12.2026: 18,24 Euro

9.14 Zuschlag zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes nach § 4 Abs. 9 KHEntgG
Folgender Zuschlag wird für Aufnahmen ab dem 01.01.2026 bis zu einer Neuvereinbarung als v. Hundert Wert erhoben: 0,01%

9.15 Telematikzuschlag nach § 377 Abs. 1 und 2 SGB V:
Folgender Zuschlag wird für voll- und teilstationäre Aufnahmen ab dem 01.08.2026 erhoben: 7,98 €

9.16 Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung in Höhe von 26,81 € nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG
Der Zuschlag wird für vollstationäre Aufnahmen in der Zeit ab dem 01.08.2026 erhoben.

9.17 Zuschlag geburtshilfliche Versorgung je Aufenthalt ab Aufnahmen ab dem 01.08.2025: 34,03€

9.18 Zuschlag nach §5 Abs. 4 KHEntgG. Der Zuschlag wird für Aufnahmen ab dem 01.08.2026 als v. Hundert Wert erhoben: 1,80%

9.19 Speichern von Daten in einer ePa nach § 341 SGB V. Folgender Zuschlag wird für voll- und teilstationäre Aufnahmen ab dem 01.08.2026 erhoben: 6,30 €

9.20 Fixkostendegressionsabschlag gem. § 4 Abs. 2a KHEntgG. Der Abschlag wird je CM für Aufnahmen ab dem 01.08.2026 erhoben: -33,73 €

10. Entgelte für sonstige Leistungen

Das Krankenhaus berechnet für:

10.1 Hilfsmittel, wie z. B. Prothesen und Gehstöcke, den tatsächlichen Aufwand

10.2	Leichenschau gemäß Ziffer 101 GOÄ		99,46 €
	Leichenhausgebühr	-1. Tag	51,00 €
		- jeder weitere Tag	77,00 €

11. Entgelte für ambulante Leistungen

Das Krankenhaus rechnet ab:

11.1 In den Ambulanzen der Chefärzte die Leistungen nach der GOÄ in der jeweiligen Fassung.

11.2 In der Ambulanz des Krankenhauses die Leistungen nach dem Tarif der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG.- NT) nach GOÄ in der jeweiligen Fassung.

11.3 Ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe auf Grundlage des im Jahr 2026 geltenden EBM bzw. bei selbstzahlenden Patienten auf Grundlage der GOÄ.

12. Zuzahlungen

Das Krankenhaus zieht für gesetzlich versicherte Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zur Weiterleitung an die Krankenkassen von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beläuft sich auf 10 € je Kalendertag und wird vom Krankenhaus an die entsprechende Mitgliedskrankenkasse abgeführt. Lt. § 39 Abs. 4 SGB V wird vom Krankenhaus die Zuzahlungsrechnung gestellt.

13. Wiederaufnahme und Rückverlegung

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

14. Entgelte für Wahlleistungen

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

14.1. Nichtärztliche Wahlleistungen

Unterkunft KWM Würzburg

Unterbringung im 1-Bett-Zimmer Premium (Station 32 Missioklinik & Stationen 11/21 Juliusspital)	pro Tag	195,00 €
Unterbringung im 2-Bett-Zimmer Premium (Station 32 Missioklinik & Stationen 11/21 Juliusspital)	pro Tag	96,00 €
Unterbringung im 1-Bett-Zimmer Komfort		164,00 €

(übrige Stationen Missioklinik & Juliusspital)	pro Tag	
Unterbringung im 2-Bett-Zimmer Komfort (übrige Stationen Missioklinik & Juliusspital)	pro Tag	86,00 €
Unterbringung und Verpflegung je Begleitperson auf der Palliativstation	pro Tag	60,00 €
Unterbringung und Verpflegung je Begleitperson soweit aus medizinischen Gründen nicht notwendig	pro Tag	60,00 €
Unterbringung im Familienzimmer Geburtshilfe Missioklinik Setzt sich zusammen aus: - Preis pro Berechnungstag für die Mutter (wie 1-Bett Zimmer) - Preis pro Berechnungstag für den Vater	pro Tag Gesamt:	224,00 € 164,00 € 60,00 €

14.2 Ärztliche Leistungen

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit das Krankenhaus selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.
Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung. Nach § 6a GOÄ erfolgt bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen/privatärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25%, bei Leistungen und Zuschlägen von Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten um 15%.

Das Arzthonorar wird in einer gesonderten Rechnung von den jeweils liquidationsberechtigten Krankenhausärzten geltend gemacht, sofern nicht eine externe Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt tätig wird.
Die gesondert berechenbaren Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtung persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts (§ 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ/GOZ) erbracht.
Die ärztlichen Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von diesem nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

Zum Zwecke der Abrechnung geht die vollständige Krankenakte an die Ärztliche Verrechnungsstelle über die PADLine GmbH und die Firma DATEV eG.
Die Mitarbeiter der Abrechnungsstelle unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Die ärztlichen Leistungen der Fachabteilungen Urologie, Pneumologie, Thoraxchirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Gastroenterologie, Radiologie, Laboratoriumsmedizin, Unfallchirurgie/Orthopädie und Wiederherstellungschirurgie, Kardiologie, Allgemeinchirurgie, Neurologie/Neurologische Frührehabilitation, Intensivmedizin, Anästhesie, Palliativmedizin, Spezielle neurologische Schmerztherapie sowie Wirbelsäulenchirurgie werden vom Krankenhaus nach der GOÄ in der jeweils gültigen Fassung berechnet. Die Leistungen werden über die hausinterne GOÄ-Abteilung abgerechnet.

Folgende ärztliche Leistungen werden über die Verrechnungsstelle Dr. Meindl und Partner abgerechnet:
- Klinik für Chirurgie - Schwerpunkt spezielle elektive Fußchirurgie
- Klinik für Chirurgie - Schwerpunkt spezielle elektive Schulterchirurgie
- Klinik für Chirurgie - Schwerpunkt Endoprothetik
- Klinik für Chirurgie - Schwerpunkt spezielle elektive Neurochirurgie
- Klinik für Chirurgie - Schwerpunkt spezielle orthopädische Schmerztherapie

Die Abrechnungsstelle der ärztlichen Leistungen am Standort Missioklinik für die Chefärztin der Pädiatrie, ist die Ärztliche Verrechnungsstelle Büdingen GmbH.

15. Belegärzte

Mit den Entgelten nach Nr. 1 sind nicht die ärztlichen Leistungen von Belegärzten der Belegabteilung, sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses abgegolten.

16. Entgelte für Begutachtung

Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnet das Krankenhaus Entgelte nach Nr. 1 und 2 des Entgelttarifes.

Daneben berechnet der liquidationsberechtigte Arzt sein Honorar;
- werden Einzelleistungen nach GOÄ abgerechnet;
- werden Schreibgebühren für das Gutachten erhoben;
- werden Porto-, Telefon- und Versandkosten berechnet.

17. Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.11.2026 in Kraft.
Gleichzeitig verliert der bisherige DRG-Entgelttarif vom 01.10.2026 seine Wirkung.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter unserer Patientenaufnahme oder 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.
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.

Würzburg, den 01.11.2026
Klinikum Würzburg Mitte gGmbH