Hinweise der Selbstverwaltungspartner zur Abrechnung und Handhabung des DRG-Systemzuschlags 2026

Die folgenden Hinweise sollen die Abrechnung und Handhabung des DRG-Systemzuschlags im Jahr 2026 verdeutlichen. Dabei wird unterschieden zwischen dem Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung (Teil I) und dem Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (Teil II). Darüber hinaus erfolgen noch Hinweise zum Melde- und Abrechnungsverfahren an die InEK GmbH (Teil III).

Bei der Abrechnung des DRG-Systemzuschlags gilt der Grundsatz: Je abgerechneten voll- oder teilstationären Krankenhausfall ist ein DRG-Systemzuschlag in Rechnung zu stellen.

Teil I: Hinweise für Krankenhäuser im Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung (BPflV)

1 Abrechnung des DRG-Systemzuschlags bei teilstationären Fällen

Gemäß § 1 Absatz 5 PEPPV 2026 zählt bei der Abrechnung von tagesbezogenen teilstationären Entgelten jede Aufnahme als ein Fall. Das bedeutet jedoch nicht, dass je Tag immer ein Fall zu zählen ist. Für teilstationäre Behandlungen gelten auch die Vorgaben zur Wiederaufnahme nach § 2 PEPPV, wonach mehrere teilstationäre Behandlungen bei Erfüllung der dort genannten Voraussetzungen zu einem Fall zusammengefasst werden (siehe unter Ziffer 3).

Für jeden teilstationären Fall ist – auch bei Zusammenfassung der Aufenthaltsdaten zu einem Fall gemäß § 2 Absatz 1 PEPPV 2026 – ein DRG-Systemzuschlag abzurechnen.

2 Abrechnung des DRG-Systemzuschlags bei Patienten mit nur vorstationärer Behandlung oder bei Patienten, die im Rahmen der integrierten Versorgung gemäß § 140a SGB V behandelt werden

Gemäß § 17b Absatz 5 KHG ist der DRG-Systemzuschlag pro voll- oder teilstationären Krankenhausfall abzurechnen. Wird bei einem Patienten lediglich eine vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung erbracht oder erhält der Patient eine Behandlung im Rahmen der integrierten Versorgung gemäß § 140a SGB V, ist daher kein DRG-Systemzuschlag in Rechnung zu stellen.

3 Wiederaufnahme eines Patienten

Hat das Krankenhaus nach den Vorgaben des § 2 PEPPV 2026 im Falle der Wiederaufnahme oder Rückverlegung eine Zusammenfassung der Aufenthaltsdaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in ein PEPP vorzunehmen, werden gemäß § 1 Absatz 5 Satz 2 PEPPV 2026 die Aufenthalte zusammengefasst und insgesamt nur ein Fall für die zusammengefassten Aufenthalte gezählt. Der DRG-Systemzuschlag ist daher nur einmal je zusammengefassten Fall abzurechnen.

4 Abrechnung des DRG-Systemzuschlags gegenüber Patienten, die nicht im Rahmen des Budgets vergütet werden

Grundsätzlich ist der DRG-Systemzuschlag je voll- und teilstationären Krankenhausfall unabhängig vom Kostenträger in Rechnung zu stellen. Dementsprechend gilt dies auch gegenüber Patienten, die nicht im Rahmen des Budgets vergütet werden. Dazu gehören neben den mit dem Ziel der Krankenhausbehandlung nach Deutschland einreisenden Patienten auch Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (vergleiche § 3 Absatz 8 BPflV). Der DRG-Systemzuschlag ist unabhängig davon, ob das Krankenhaus von der Option des § 3 Absatz 8 BPflV Gebrauch gemacht hat, je Fall in Rechnung zu stellen.

5 Abrechnung des DRG-Systemzuschlags bei Privatpatienten mit Beihilfeanspruch

Für Privatpatienten mit Beihilfeanspruch werden häufig zwei Rechnungen gestellt. Unabhängig davon gilt auch hier der Grundsatz, dass der DRG-Systemzuschlag für jeden voll- und teilstationären Krankenhausfall und nicht je Rechnung erhoben wird. In der Praxis sollte eine entsprechende Aufteilung des DRG-Systemzuschlags nach dem Erstattungsanteil der Beihilfe und der privaten Krankenversicherung erfolgen.

6 Abrechnung des DRG-Systemzuschlags bei Krankenhäusern, die (nicht) dem Anwendungsbereich des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unterliegen

Gemäß § 17b Absatz 5 KHG ist der DRG-Systemzuschlag von den Krankenhäusern je voll- und teilstationären Krankenhausfall dem selbstzahlenden Patienten oder dem jeweiligen Kostenträger zusätzlich zu den tagesgleichen Pflegesätzen und den Fallpauschalen in Rechnung zu stellen. Damit ist der DRG-Systemzuschlag auch gegenüber Berufsgenossenschaften abzurechnen, wenn die Patienten in Krankenhäusern behandelt werden, die dem Krankenhausfinanzierungsgesetz unterliegen.

Zu dem Anwendungsbereich gehören gemäß § 3 KHG auch Bundeswehrkrankenhäuser und Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit nicht die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten trägt.

In den Krankenhäusern, die nicht in den Anwendungsbereich des Krankenhausfinanzierungsgesetzes fallen (zum Beispiel Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug), besteht keine Verpflichtung zur Abrechnung des DRG-Systemzuschlags.

7 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

Für Fälle mit stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung nach § 115d SGB V wird kein DRG-Systemzuschlag erhoben.

Teil II: Hinweise für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

1 Abrechnung des DRG-Systemzuschlags für Neugeborene

Für jedes Neugeborene, für das nach § 1 Absatz 5 FPV 2026 eine eigene DRG-Fallpauschale abgerechnet wird, ist auch ein DRG-Systemzuschlag abzurechnen.

Ist im Fallpauschalen-Katalog für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfand, eine Mindestverweildauer für die Fallpauschale vorgegeben und wird diese nicht erreicht, ist die Versorgung des Neugeborenen mit dem Entgelt für die Mutter abgegolten und nicht als eigenständiger Fall zu zählen (§ 1 Absatz 5 Satz 7 FPV 2026). Da hier für das Neugeborene weder eine DRG-Fallpauschale zur Abrechnung gelangt noch ein Fall zu zählen ist, kann auch kein DRG-Systemzuschlag in Rechnung gestellt werden.

2 Abrechnung des DRG-Systemzuschlags bei teilstationären Fällen

Teilstationäre Leistungen sind gemäß § 6 Absatz 1 FPV 2026 mit tagesbezogenen teilstationären Fallpauschalen oder mit Entgelten abzurechnen, die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG krankenhausindividuell vereinbart worden sind.

Bei der Abrechnung von tagesbezogenen teilstationären Fallpauschalen wird für jeden Patienten, der wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt wird, je Quartal ein Fall gezählt. Daher kann der DRG-Systemzuschlag auch bei den bewerteten teilstationären DRG Fallpauschalen L90B und L90C nur einmal je Quartal in Rechnung gestellt werden.

Für die Abrechnung von teilstationären Entgelten nach § 6 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG wird auf die Ausführungen unter Ziffer 8 verwiesen.

3 Abrechnung des DRG-Systemzuschlags bei Patienten mit nur vorstationärer Behandlung oder bei Patienten, die im Rahmen der integrierten Versorgung gemäß § 140a SGB V behandelt werden

Gemäß § 17b Absatz 5 KHG ist der DRG-Systemzuschlag pro voll- oder teilstationären Krankenhausfall abzurechnen. Wird bei einem Patienten lediglich eine vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung erbracht oder erhält der Patient eine Behandlung im Rahmen der integrierten Versorgung gemäß § 140a SGB V, ist daher kein DRG-Systemzuschlag in Rechnung zu stellen.

4 Abrechnung des DRG-Systemzuschlags bei nach § 115f SGB V vergüteten Leistungen (Hybrid-DRG)

Leistungen, die gemäß § 115f SGB V In Verbindung mit der Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V) als Hybrid-DRG abgerechnet werden, sind nicht den voll- oder teilstationären Krankenhausleistungen zuzurechnen. Folglich ist bei der Abrechnung von Hybrid-DRG auch kein DRG-Systemzuschlag zu erheben.

5 Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus

Hat das Krankenhaus nach den Vorgaben des § 2 Absatz 1 bis 3 FPV 2026 eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen, wird gemäß § 9 Absatz 1 Satz 3 FPV 2026 jeweils nur die Fallpauschale gezählt, die nach der Neueinstufung für die zusammengefassten Krankenhausaufenthalte abgerechnet wird. Der DRG-Systemzuschlag ist daher nur einmal je zusammengefassten Fall abzurechnen.

6 Verlegungen zwischen den Entgeltbereichen (DRG-Fallpauschalen, Bundespflegesatzverordnung oder besondere Einrichtungen) innerhalb eines Krankenhauses

Interne Verlegungen zwischen diesen Entgeltbereichen sind wie externe Verlegungen zu betrachten (vergleiche § 3 Absatz 4 FPV 2026), das heißt, es ist je Entgeltbereich ein DRG-Systemzuschlag abzurechnen. Dabei gilt für den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (DRG-Fallpauschalen, besondere Einrichtungen) die Fallzählung gemäß § 9 FPV 2026 und für den Entgeltbereich der Bundespflegesatzverordnung die Fallzählung nach der PEPPV 2026 (vergleiche Teil I).

7 Rückverlegungen

Liegt eine Rückverlegung im Sinne des § 3 Absatz 3 FPV 2026 vor, ist gemäß § 9 Absatz 1 Satz 3 FPV 2026 nur die Fallpauschale zu zählen, die nach der Neueinstufung für die zusammengefassten Krankenhausaufenthalte abgerechnet wird. Der DRG-Systemzuschlag wird daher nur einmal erhoben.

8 Abrechnung des DRG-Systemzuschlags bei Entgelten nach § 6 Absatz 1 KHEntgG

Gemäß § 9 Absatz 2 FPV 2026 sind Leistungen, für die Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG vereinbart werden, wie folgt zu zählen:

(1) Jedes fallbezogene Entgelt für eine voll- oder teilstationäre Leistung zählt als ein Fall. Daher ist auch für jedes fallbezogene Entgelt ein DRG-Systemzuschlag in Rechnung zu stellen.

(2) (a) Bei der Abrechnung von tagesbezogenen vollstationären Entgelten zählt jede Aufnahme als ein Fall.

(b) Bei der Abrechnung von tagesbezogenen teilstationären Entgelten wird für jeden Patienten, der wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt wird, je Quartal ein Fall gezählt.

9 Abrechnung des DRG-Systemzuschlags gegenüber Patienten, die nicht im Rahmen des Erlösbudgets vergütet werden

Grundsätzlich ist der DRG-Systemzuschlag je voll- und teilstationären Krankenhausfall unabhängig vom Kostenträger in Rechnung zu stellen. Dementsprechend gilt dies auch gegenüber Patienten, die nicht im Rahmen des Erlösbudgets vergütet werden. Dazu gehören neben den mit dem Ziel der Krankenhausbehandlung nach Deutschland einreisenden Patienten auch Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (vergleiche § 4 Absatz 4 KHEntgG).

Der DRG-Systemzuschlag ist unabhängig davon, ob das Krankenhaus von der Option des § 4 Absatz 4 KHEntgG Gebrauch gemacht hat, je Fall in Rechnung zu stellen.

10 Abrechnung des DRG-Systemzuschlags bei Privatpatienten mit Beihilfeanspruch

Für Privatpatienten mit Beihilfeanspruch werden häufig zwei Rechnungen gestellt. Unabhängig davon gilt auch hier der Grundsatz, dass der DRG-Systemzuschlag für jeden abzurechnenden Krankenhausfall und nicht je Rechnung erhoben wird. In der Praxis sollte eine entsprechende Aufteilung des DRG-Systemzuschlags nach dem Erstattungsanteil der Beihilfe und der privaten Krankenversicherung erfolgen.

11 Abrechnung des DRG-Systemzuschlags bei Krankenhäusern, die (nicht) dem Anwendungsbereich des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unterliegen

Gemäß § 17b Absatz 5 KHG ist der DRG-Systemzuschlag von den Krankenhäusern je voll- und teilstationären Krankenhausfall dem selbstzahlenden Patienten oder dem jeweiligen Kostenträger zusätzlich zu den tagesgleichen Pflegesätzen und den Fallpauschalen in Rechnung zu stellen. Damit ist der DRG-Systemzuschlag auch gegenüber Berufsgenossenschaften abzurechnen, wenn die Patienten in Krankenhäusern behandelt werden, die dem Krankenhausfinanzierungsgesetz unterliegen.

Zu dem Anwendungsbereich gehören gemäß § 3 KHG auch Bundeswehrkrankenhäuser und Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit nicht die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten trägt. Das Krankenhausentgeltgesetz gilt jedoch für Bundeswehrkrankenhäuser nur, soweit diese Zivilpatienten behandeln (§ 1 Absatz 2 Satz 1 KHEntgG). Danach ist der DRG-Systemzuschlag sowohl von Bundeswehrkrankenhäusern für behandelte Zivilpatienten in Rechnung zu stellen als auch von Krankenhäusern der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit nicht die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten der jeweiligen Behandlung trägt.

In den Krankenhäusern, die nicht in den Anwendungsbereich des Krankenhausfinanzierungsgesetzes fallen (zum Beispiel Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug), besteht keine Verpflichtung zur Abrechnung des DRG-Systemzuschlags.

Teil III: Hinweise zum Melde- und Abrechnungsverfahren an die InEK GmbH

1 Abgabe der Meldebögen mit Fristsetzung

Die Krankenhäuser melden die Ist-Fallzahlen des Jahres 2024 bis zum 15.03.2026 an das InEK. Für die Meldung ist das entsprechende Formular im InEK-Datenportal zu verwenden.

2 Korrekturverfahren in schriftlicher Form

Korrekturmeldungen sind in schriftlicher Form abzugeben. Die Korrekturmeldungen müssen die berichtigte Ist-Fallzahl des Jahres 2024 enthalten. Fallzahlberichtigungen sollen rechtzeitig vor dem Fälligkeitstermin bei der InEK GmbH eingehen. Für die Korrekturmeldung ist das entsprechende Formular im InEK-Datenportal zu verwenden.

3 Abrechnung des Systemzuschlags für Krankenhäuser mit Zulassung in 2026

Der zu überweisende Betrag ergibt sich vom Grundsatz her für das Jahr 2026 aus den Ist-Fallzahlen des abgelaufenen Geschäftsjahres (2024) gemäß § 2 Absatz 1 Nummer 1 und Nummer 2 der Vereinbarung nach § 17b Absatz 5 KHG zur Umsetzung des DRG-Systemzuschlags multipliziert mit dem Zuschlag gemäß § 5 Absatz 3 der Vereinbarung.

Krankenhäuser, die erst im Laufe des Jahres 2026 zur Krankenhausbehandlung nach § 108 SGB V zugelassen werden, überweisen erstmalig in 2027 den Systemzuschlag auf Basis der Ist-Fallzahlen des Eröffnungsjahres (vergleiche § 2 Absatz 2 Satz 3 der Vereinbarung).

4 Abrechnung des Systemzuschlags für Krankenhäuser mit Schließung in 2026

Die Krankenhäuser entrichten den DRG-Systemzuschlag auf Basis der Ist-Fallzahlen des Jahres 2024. Von dieser Regelung wird dann abgewichen, wenn Krankenhäuser wegen Betriebsschließung nur für einen unterjährigen Zeitraum in 2026 Zuschläge von den Kostenträgern vereinnahmt haben. Die Ist-Falldaten des Jahres 2024 werden dann anteilig entsprechend des Zeitraums der vereinnahmten Zuschläge in 2026 berechnet. Diese Regelung wird dann angewendet, wenn Krankenhäuser oder deren Träger eine anteilige Berechnung bzw. Erstattung beantragen (vergleiche § 2 Absatz 2 Satz 4 der Vereinbarung).

Bei der Berechnung wird der Zeitraum, in dem das Krankenhaus Zuschläge von den Kostenträgern bis zu seiner Schließung vereinnahmt hat, auf die Ist-Fallzahlen des Jahres 2024 anteilig umgelegt. Dabei werden volle Monate mit 30 Tagen angesetzt. Erfolgt die Schließung innerhalb eines laufenden Monats gilt die tagesbezogene kalendarische Zählweise.