

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

Das Alexianer ST. Gertrauden-Krankenhaus berechnet ab dem 01.01.2026 folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRG's) gem. § 17b KHG

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) sowie des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) in der jeweils gültigen Fassung.

Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über diagnoseorientierte Fallpauschalen (sog. Diagnosis Related Groups - DRG -) abgerechnet. Entsprechend der DRG-Systematik bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalls. Die Zuweisung zu einer DRG erfolgt über verschiedene Parameter. Die wichtigsten sind hierbei die Hauptdiagnose sowie gegebenenfalls durchgeführte Prozeduren (Operationen, aufwändige diagnostische oder therapeutische Leistungen). Eventuell vorhandene Nebendiagnosen können zudem die Schweregradeinstufung beeinflussen. Für die Festlegung der Diagnosen beziehungsweise Prozeduren stehen Kataloge mit circa 13.500 Diagnosen und circa 27.500 Prozeduren 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 DRG's sind im jeweils aktuell gültigen DRG-Klassifikationssystem (DRG-Definitionshand-buch) festgelegt. Das DRG-Definitions-handbuch beschreibt die DRG's 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** beträgt **€ 4.576,10** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall. Welche DRG bei einem entsprechenden 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.

Beispiel:

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Tarif
C06A	Komplexe Eingriffe bei Glaukom mit erhöhtem Aufwand Pflegeerlös/Tag	0,984	€ 4.576,10	€ 4.502,88
		0,719	€ 250,00	€ 179,75
I28A	DRG-Definition Andere Eingriffe am Bindegewebe Pflegeerlös/Tag	2,103	€ 4.576,10	€ 9.623,54
		1,281	€ 250,00	€ 320,25

2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gem. § 1 und 2 KFPV

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 Verordnung zum Fallpauschalsystem für Krankenhäuser (KFPV).

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

Gem. § 8 Abs. 2 Nr. 4 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.

Gem. § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte

Vor- und nachstationäre Pauschalen

Vorstationäre Behandlung Neurochirurgie	pro Fall	NCH	48,57 €
Nachstationäre Behandlung Neurochirurgie	pro B.tag	NCH	21,99 €
Vorstationäre Behandlung Allgemeine Chirurgie	pro Fall	ACH	100,72 €
Nachstationäre Behandlung Allg. Chirurgie	pro B.tag	ACH	17,90 €
Vorstationäre Behandlung Unfallchirurgie	pro Fall	UCH	82,32 €
Nachstationäre Behandlung Unfallchirurgie	pro B.tag	UCU	21,47 €
Vorstationäre Behdlg. Innere Medizin - Kardio.	pro Fall	IK	156,97 €
Nachstationäre Behdlg. Innere M - Kardiologie	pro B.tag	IK	61,36 €
Vorstationäre Behdlg. Innere Medizin - Gastro.	pro Fall	IG	164,64 €
Nachstationäre Behdlg. Innere Medizin – Gastro.	pro B.tag	IG	63,91 €
Vorstationäre Behdlg. Frauenheilkunde	pro Fall	GYN/EB	119,13 €
Nachstationäre Behdlg. Frauenheilkunde	pro B.tag	GYN/EB	22,50 €
Vorstationäre Behdlg. Hals-, Nasen-, Ohrenheilk.	pro Fall	HNO	78,74 €
Nachstationäre Behdlg. Hals-, Nasen-, Ohrenheilk.	pro B.tag	HNO	37,84 €
Vorstationäre Behandlung Gefäßchirurgie	pro Fall	GCH	134,47 €
Nachstationäre Behandlung Gefäßchirurgie	pro B.tag	GCH	23,01 €
Vorstationäre Behandlung Augenheilkunde	pro Fall	AU	68,51 €
Nachstationäre Behandlung Augenheilkunde	pro B.tag	AU	38,86 €

4. Zuschläge / Abschläge

- Qualitätssicherungszuschläge** nach § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG sowie Qualitätssicherungs-abschläge nach § 8 Abs. 4 KHEntgG. Für DRG's werden verpflichtend gemäß § 137 SGB V Qualitätssicherungsmaßnahmen durchgeführt. Für DRG's wird ein Zuschlag in Höhe von **0,84 Euro** je voll- und teilstationärem Krankenhausfall berechnet.
- DRG-Systemzuschlag** nach § 17b Abs. 5 KHG
Zur Finanzierung der Entwicklung und Pflege des in Deutschland einzuführenden pauschalierenden Entgeltsystems für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) berechnet das Krankenhaus einen DRG-Systemzuschlag in Höhe von **1,59 Euro** je voll- und teilstationärem Krankenhausfall. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die in §17 b KHG benannten Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene abgeführt.
- Systemzuschlag** nach § 61 Abs. 2 SGB V i.V.m. §129 c SGB V
Für den Gemeinsamen Bundesausschuss (**GBA**) und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen wird ein Zuschlag in Höhe von **3,12 Euro** je voll- und teilstationärem Krankenhausfall berechnet.

- d. **Ausbildungszuschlag** nach § 7 Satz 1 Nr.4 KHEntgG i.V.m. § 17 a Abs. 5 KHG
 Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen, berechnet das Krankenhaus einen krankenhausindividuellen Zuschlag in Höhe von **122,51 €uro** je voll- und teilstationärem Krankenhausfall.
- e. **Ausbildungszuschlag** nach § 33 Abs. 3 PflGB
 Für die neue Ausbildung zur Pflegekraft gem. PflBG wird eine Ausbildungsfonds beim LAGESo errichtet. Zur Aufbringung des Finanzierungsbedarfs wird ein Zuschlag in Höhe von **189,02 €uro** je voll- und teilstationärem Krankenhausfall berechnet.
- f. **Vergütungszuschlag für die Beteiligung von Krankenhäusern an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen** nach § 17b Absatz 1a Nr.4 KHEntgG. Für jeden vollstationären Fall wird ein Zuschlag in Höhe von **00,20 €uro** berechnet.
- g. Zuschlag nach § 26 Abs. 2 KHG für die **Testung auf eine Infektion** durch einen Nukleinsäurenachweis des Coronaavirus SARS-Co-2 mittels PCR. Beträgt **30,40 €uro** bzw. **11,50 €uro** mittels poC-Antigentest.
- h. **Zuschlag für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen** (§4a KHEntgG) Auf bundeseinheitliche Fallpauschalen (voll- und teilstationär) wird ein Zuschlag in Höhe von **11,692 %** des betreffenden Erlöses erhoben. Der Zuschlag betrifft Patient*innen, die am Aufnahmetag älter als 28 Tage und jünger als 16 Jahre sind.
- i. **Zuschlag Sofort-Transformationskosten** gemäß § 11 Satz 1 KHEntgG
 Das Haushaltsbegleitgesetz 2025 sieht in eine Änderung des KHEntgG vor. So wird für gesetzlich Krankenversicherte im Zeitraum vom 1. November 2025 bis 31. Oktober 2026 ein Zuschlag für Sofort Transformationskosten in Höhe von **3,25 %** berechnet und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Der Zuschlag ist ausschließlich auf die Abrechnung gegenüber gesetzlichen Krankenkassen anwendbar

5. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltekatalogen gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG

Gem. § 17b Abs. 1 S. 12 KHG 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) 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 zur 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.

Zusatzentgelt	OPS-Kode	Bezeichnung	Entgelt
ZE2026-01	5-785.4d	Implantation von alloplastischem Knochenersatz	1.330,99 €
ZE2026-04	5-020.66	Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich	3.647,00 €
ZE2026-04	5-020.68	Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich	4.055,00 €
ZE2026-04	5-020.72	Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich	5.003,98 €
Zusatzentgelt	OPS-Kode	Bezeichnung	Entgelt
ZE2026-25	5-829.k*	Modulare Endoprothesen	2.100,00 €
ZE2026-25	5-829.k4	Modulare Endoprothesen	2.000,00 €
ZE2026-54	5-429.j1	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	950,00 €
ZE2026-54	5-449.h3	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	950,00 €
ZE2026-54	5-469.k3	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	1.000,00 €
ZE2026-54	5-513.m0	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	750,00 €
ZE2026-54	5-513-n0	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	750,00 €
ZE2026-54	5-529.p2	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	820,05 €

ZE2026-54	5-529.r3	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	739,50 €
ZE2026-54	5-529.g0	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	812,78 €
ZE2026-61	5-039.e2	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar	22.000,00 €
ZE2026-61	5-039.f2	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, wiederaufladbar	22.606,84 €
ZE2026-62	8-839.46	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße, Impella 2.5	10.500,00 €
ZE2026-62	8-839.46	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße, Impella CP mit SmartAssist	16.000,00 €
ZE2026-67	8-840.04	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal	703,22 €
ZE2026-67	8-849.14	Implantation zwei Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal	1.391,00 €
ZE2026-67	8-840.24	Implantation drei Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal	1.963,06 €
ZE2026-67	8-840.34	Implantation drei Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal	2.694,23 €
ZE2026-67	8-840.44	Implantation drei Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal	3.511,83 €
ZE2026-67	8-849.04	Implantation drei Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal	1819,98 €
ZE2026-67	8-84a.04	Implantation drei Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal	1391,00 €
ZE2026-67	8-84a.14	Implantation drei Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal	2.782,00 €
ZE2026-97	8-810.6*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter aktivierter Faktor VII	
ZE2026-97	8-810.7*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter aktivierter Faktor VII	
ZE2026-97	8-810.8*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter Faktor VIII	
ZE2026-97	8-810.9*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor VIII	
ZE2026-97	8-810.a*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter Faktor IX	
ZE2026-97	8-810.b*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor IX	
ZE2026-97	8-810.c*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: FEIBA - Prothrombinkomplex mit Faktor-VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität	
ZE2026-97	8-810.d*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Von-Willebrand-Faktor	
ZE2026-97	8-810.e*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Faktor XIII	
ZE2026-97	8-810.j*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat	
ZE2026-97	8-812.5*	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex 7)	
ZE2026-97	8-812.9*	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Humanes Protein C, parenteral	
ZE2026-97	8-812.a*	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor X	

* Die Leistungen aus dem Bereich des 2026-97 werden nach individuell verabreichten Einheiten berechnet.

Zusatzentgelt	OPS-Kode	Bezeichnung	Entgelt
ZE2026-112	6-606.28	Abirateronaceta, oral 18.000 bis unter 21.000 mg	3.497,73 €
ZE2026-123 Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral			
	6-002.p0	35 mg bis unter 65 mg	38,00 €
	6-002.p1	65 mg bis unter 100 mg	62,70 €
	6-002.p2	100 mg bis unter 150 mg	95,00 €
	6-002.p3	150 mg bis unter 200 mg	133,00 €
	6-002.p4	200 mg bis unter 250 mg	171,00 €
	6-002.p5	250 mg bis unter 300 mg	209,00 €
	6-002.p6	300 mg bis unter 350 mg	247,00 €
	6-002.p7	350 mg bis unter 400 mg	285,00 €

	6-002.p8	400 mg bis unter 450 mg	323,00 €
	6-002.p9	450 mg bis unter 500 mg	361,00 €
	6-002.pa	500 mg bis unter 600 mg	418,00 €
	6-002.pb	600 mg bis unter 700 mg	494,00 €
	6-002.pc	700 mg bis unter 800 mg	570,00 €
	6-002.pd	800 mg bis unter 900 mg	646,00 €
	6-002.pe	900 mg bis unter 1.000 mg	722,00 €
	6-002.pf	1.000 mg bis unter 1.200 mg	836,00 €
	6-002.pg	1.200 mg bis unter 1.400 mg	988,00 €
	6-002.ph	1.400 mg bis unter 1.600 mg	1.140,00 €
	6-002.pj	1.600 mg bis unter 2.000 mg	1.368,00 €
	6-002.pk	2.000 mg bis unter 2.400 mg	1.672,00 €
	6-002.pm	2.400 mg bis unter 2.800 mg	1.976,00 €
	6-002.pn	2.800 mg bis unter 3.600 mg	2.432,00 €
	6-002.pp	3.600 mg bis unter 4.400 mg	3.040,00 €
	6-002.pq	4.400 mg bis unter 5.200 mg	3.648,00 €
	6-002.pr	5.200 mg bis unter 6.000 mg	4.256,00 €
	6-002.ps	6.000 mg bis unter 6.800 mg	4.864,00 €
	6-002.pt	6.800 mg bis unter 7.600 mg	5.472,00 €
	6-002.pu	7.600 mg bis unter 8.400 mg	6.080,00 €
	6-002.pv	8.400 mg und mehr	6.384,00 €
ZE2026-187	5-059.c7	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode	19.000,00 €
ZE2026-187	5-059.d7	Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode	19.000,00 €
ZE2026-189*	5-38a.7b	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracica: Stent-Prothese, mit 1 Öffnung	
ZE2026-189*	5-38a.7c	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracica: Stent-Prothese, mit 2 Öffnungen	
ZE2026-189*	5-38a.7d	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracica: Stent-Prothese, mit 3 oder mehr Öffnungen	
ZE2026-189*	5-38a.8c	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracoabdominalis: Stent-Prothese, mit 1 Öffnung	
ZE2026-189*	5-38a.8d	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracoabdominalis: Stent-Prothese, mit 2 Öffnungen	
ZE2026-189*	5-38a.8e	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracoabdominalis: Stent-Prothese, mit 3 Öffnungen	
ZE2026-189*	5-38a.8f	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracoabdominalis: Stent-Prothese, mit 4 oder mehr Öffnungen	
ZE2026-189*	5-38a.c1	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit 1 Öffnung	
ZE2026-189*	5-38a.c2	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit 2 Öffnungen	
ZE2026-189*	5-38a.c3	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit 3 oder mehr Öffnungen	

* Für Leistungen aus dem Bereich des 2026-189 (E3.2) ist im Vorfeld eine Kostenübernahmeverklärung vom Kostenträger unter Beibringung eines begründeten medizinischen Leistungsantrages und eines Kostenvoranschlages einzuholen.

Zusatzentgelt	OPS-Kode	Bezeichnung	Entgelt
NUB 1	8-83b.e1 + weiterer OPS aus	gecov. Stents m. bioakt. Oberfläche für periph. Gefäße -Länge 2,5 cm oder 5 cm, je Stent	1.619,87 €
	5-38a.x		
	8-842.0c		
	8-842.0q		
	8-842.0s		
	8-842.0x		

	8-842.1c		
	8-842.1q		
	8-842.1s		
	8-842.1x		
	8-83b.e1 + weiterer OPS aus	gecov. Stents m. bioakt. Oberfläche für periph. Gefäße - Länge bis 10 cm, je Stent	2.122,00 €
	8-842.2c		
	8-842.2q		
	8-842.2s		
	8-842.2x		
	8-842.3c		
	8-842.3q		
	8-842.3s		
	8-83b.e1 + weiterer OPS aus	gecov. Stents m. bioakt. Oberfläche für periph. Gefäße - Länge bis 15 cm, je Stent	2.523,00 €
	8-842.3x		
	8-842.4c		
	8-842.4q		
	8-842.4s		
	8-842.4x		
	8-83b.e1 + weiterer OPS aus	gecov. Stents m. bioakt. Oberfläche für periph. Gefäße - Länge bis 25 cm, je Stent	3.765,50 €
	8-842.5c		
	8-842.5q		
	8-842.5s		
	8-842.5x		
NUB 2	8-83b.e1 + 8-83b.f* + weiterer OPS aus	Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision - Länge 2,5 cm oder 5 cm, je Stent	1.503,36 €
	8-842.02		
	8-842.03		
	8-842.12		
	8-83b.e1 + 8-83b.f* + weiterer OPS aus	Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision - Länge bis 10 cm, je Stent	1.931,06 €
	8-842.13		
	8-842.22		
NUB 3	8-842.23		
	8-83b.e1 + 8-83b.f* + weiterer OPS aus	Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt- 15cm	2.375,11 €
	8-842.32		
	8-842.33		
NUB 3	5-38a.42	Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik	2.200,00 €
	5-38a.7e		

5-38a.7f			
5-38a.8g			
5-38a.8h			
5-38a.c4			
5-38a.c5			
NUB 4	5-98c.4	Endovaskuläre Implantation/Reparatur einer Stent-Prothese mittels eines Endostaplers, Heli-FX Aortic Securement System, EndoAnchor oder Endo-Staple-System	5.300,00 €
NUB 5	5-392.31	Implantation einer Gefäßprothese mit integriertem Stent im Rahmen von arteriovenöser Shunt- und Bypasschirurgie - je Prothese	1.731,79 €
NUB 6	8-83c.c*	Endovaskuläre Anlage eines Inneren AV-Shunts mittels magnetgeführter Hochfrequenzenergie - je Fall	4.000,00 €
NUB 7	5-392.8	Externes Stabilisierungsgerüst bei Anastomose eines AV-Shunts im Rahmen der Shuntchirurgie VasQ	1.500,00 €
NUB 9	5-222.9	Selbstexpandierendes, bioresorbierbares, Mometasonfuroat freisetzendes Nasennebenhöhlenimplantat PROPEL®	1.602,80 €
	5-223.8		

6. Zuzahlungen

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit **€ 10,00** je Kalendertag. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die entsprechende Mitgliedskrankenkasse abgeführt.

7. Tagesklinik

Tagesbezogene Entgelte Geriatrie

DRG A90A	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung	195,00
DRG A90B	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung	175,00

8. Übergangspflege im Krankenhaus (§ 39e SGB V)

Im Rahmen der Übergangspflege berechnet das Klinikum für maximal 10 Tage direkt im Anschluss an einen stationären Aufenthalt **239,39 €** pro Tag für Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege und für Pflegeleistungen nach dem SGB XI, wenn diese im Klinikum erbracht werden.

Im Rahmen der Übergangspflege berechnet das Klinikum für maximal 10 Tage direkt im Anschluss an einen stationären Aufenthalt **272,04 €** pro Tag für Leistungen der medizinischen Rehabilitation, wenn diese im Klinikum erbracht werden.

Zusatzentgelte, Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Blutgerinnungspräparate sind zusätzlich abrechenbar

9. Entgelte für Begutachtung

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnet das Krankenhaus die Entgelte gemäß Ziffer 1.
2. Daneben berechnet der liquidationsberechtigte Arzt sein Honorar.

10. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen (§ 6 AVB) werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntgG):

a. 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 Fachabteilungen und Institute, der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen, 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. Darauf entfallenden Zuschläge um 25%; bei Leistungen und Zuschlägen von Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten um 15%. Das Arzthonorar wird in der Regel gesondert von den jeweils liquidationsberechtigten Krankenhausärzten geltend gemacht, sofern nicht eine externe Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt tätig wird. Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden vom nachfolgend aufgeführten Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtungen persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts (§ 4 Abs.2 Satz 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs.2 Satz 3 GOÄ/GOZ) erbracht: Nach § 6a GOÄ erfolgt bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen/privatärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der

Fachabteilung	Liquidationsberechtigte Wahlärzte
Frauenheilkunde	Prof. Dr. med. Michael Abou-Dakn
Brustzentrum City	Dr. med. Ragna Völker
Allgemeine und Viscerale Chirurgie	Dr. med. Jonas Raakow
Unfallchirurgie- und Orthopädie	Dr. med. Dirk Engelmann Dr. med. Pouria Taheri
Gefäßchirurgie	Dr. med. Ioannis Thomas Passaloglou
Angiologie	Dr. med. Ralf Langhoff
Neurochirurgie	Prof. Dr. med. Jan Kaminsky
Innere Medizin- Kardiologie	Dr. med. Wolfgang Haist Dr. med. Christian Hausdorf
Innere Medizin- Gastroenterologie	Dr. med. Ivo van der Voort
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Prof. Dr. med Ingo Todt
Augenheilkunde	Prof. Dr. med. Joachim Wachtlin
Geriatrie	Dr. med. Christian Stofft
Labormedizin	Priv.-Doz. Dr. Dr. med. Kathrin Schlatterer-Krauter
Röntgen	Prof. Dr. med. Matthias Grothoff
Anästhesie und Intensivmedizin	Prof. Dr. med. Jörg Weimann Dr. med. Tilman Reinhart
Diabetologie	Dr. med. Carsten Giesche

Die ärztlichen Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von diesen nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

a) **Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer:**

Für die Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer, einschließlich umfassender zusätzlicher Komfortmerkmale (u. a. bevorzugte Lage, separates WC, separate Dusche, Wahlverpflegung, Zusatzverpflegung, Kühlschrank, Tageszeitung, Programmzeitschrift, Audioanlage, Bademantel, Fön, Dusch- und Waschsets, täglichem Hand- und Badetuchwechsel, häufigem Bettwäschechsel, besonderer Service) werden **je Tag € 107,38** berechnet.

b) **Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer:**

Für die Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer, einschließlich umfassender zusätzlicher Komfortmerkmale (u. a. Wahlverpflegung, Zusatzverpflegung, Tageszeitung, Programmzeitschrift, Audioanlage, Bademantel, Fön, Dusch- und Waschsets, täglichem Hand- und Badetuchwechsel, häufigem Bettwäschechsel, besonderer Service) werden **je Tag € 56,80** berechnet.

c) **Unterbringung einer nicht medizinischen Begleitperson**

Für die Unterbringung und Verpflegung einer nicht medizinischen Begleitperson werden **je Tag € 95,56** berechnet.

d) **Unterbringung einer medizinischen Begleitperson**

Für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson aus medizinischen Gründen werden **je Tag € 60,00** berechnet.

e) **Bereitstellung eines Telefons**

Für die Bereitstellung eines Telefons werden **pro Tag € 1,90** und je Gebühreneinheit **€ 0,12** berechnet.

f) **Bereitstellung eines Fernsehapparates**

Für die Bereitstellung eines Fernsehapparates werden **pro Tag € 2,00** berechnet.

g) **Gestellung einer Sonderwache**

Für die Gestellung einer Sonderwache wird der tatsächliche Aufwand berechnet

h) **Ausstellen eines Leichenschauabscheins**

Untersuchung eines Toten einschließlich Feststellung des Todes und Ausstellung des Leichenschauabschein berechnen wir **€ 66,31**

i) **Leichenaufbewahrung**

Ab dem 3. Werktag nach dem Sterbetag berechnen wir für die Lagerung **je Tag € 30,00**

11. Inkrafttreten

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

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter des Aufnahmebüros und der Leistungsabrechnung unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung. Sie erreichen das Aufnahmebüro täglich zwischen 06:30 und 15:00 Uhr unter der internen Telefonrufnummer (kostenfrei) 2466, die Leistungsabrechnung an Werktagen zwischen 08:00 und 15:30 Uhr unter der internen Telefonrufnummer (kostenfrei) 2570 und 2470.

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.

Wir wünschen Ihnen baldige Genesung!