

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

Die Schloßpark-Klinik Charlottenburg

der Schlosspark-Klinik Charlottenburg GmbH

berechnet ab dem 01. Januar 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 **4.576,10 €** 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	€ 4.600,00	€ 2.488,60
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodeese oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	3,015	€ 4.600,00	€ 13.869,00

Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Diagnose(n) am Ende des stationären Aufenthaltes gestellt und welche diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Für das Jahr 2026 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2026 (Fallpauschalenvereinbarung 2026 – FPV 2026) vorgegeben.

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

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 mit Übernachtung erbracht wird.

Die betreffenden Leistungen sind in den Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 aufgeführt, ebenso wie die jeweils abzurechnende Hybrid-DRG, welche mit einem festen Eurobetrag vergütet wird.

Beispiel:

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 <u>ohne</u> postoperative Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte A) in Euro	Fallpauschale der Hybrid-DRG <u>zuzüglich</u> postoperativer Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte B) in Euro
G09M	Hybrid-DRG 1 der DRG G09Z (Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm)	3.492,10	3.522,10
G24N	Hybrid-DRG 1 der DRG G24B (Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC)	2.760,24	2.790,24

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 Zusatzentgeltekatalogen 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:

Zusatzentgelt nach § 6 KHEntgG	Bezeichnung	OPS-Kode	Preis in €
ZE2026-04	Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich; OPS 5-020.72	5-020.67, 5-020.71, 5-020.72/ 5-020.72	6.305,99
ZE2026-05	Distraktion am Gesichtsschädel; OPS 5-777.41	5-776.6, 5-776.7, 5776.9, 5-777.*1	1.450,00
ZE2026-25	Modulare Endoprothesen, Hüfte; OPS 5-829.k*	5-829.k Hüfte, 5.829.m	2.500,00
ZE2026-25	Modulare Endoprothesen, Knie; OPS 5-829.k*	5-829.k Knie, 5-829.m	3.300,00
ZE2026-25	Modulare Endoprothesen, Schulter; OPS 5-829.k	5-829.k Schulter, 5-829.m	1.265,13
ZE2026-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, Pankreasgang, je Prothese; OPS 5-526.e0 oder 5-526.f0 oder 5-529.g* oder 5-529.j* oder 5-529.n4 oder 5-529.p2	5-526.e0, 5-526.f0, 5-529.g*, 5-529.j*, 5-529.n4, 5-529.p2, 5-529.r3, 5-529.s2	750,00
ZE2026-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, Gallengänge, je Prothese; OPS 5-513.m0 oder 5-513.m1 oder 5-513.m2 oder 5-513.n0 oder 5-513.n1 oder 5-513.n2 oder 5-517.0* oder 5-517.1* oder 5-517.2* oder 5-517.3* oder 5-517.4* oder 5-517.5* oder 5-517.6* oder 5-517.7*	5-513.m*;5-513.n*;5-517.**	850,00
ZE2026-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, Ösophagus, je Prothese; 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	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	1.100,00
ZE2026-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, Magen, Darm und/oder Rektum, je Prothese; OPS 5-449.h* oder 5-469.k* oder 5-489.g0	5-449.h* oder 5-469.k* oder 5-489.g0 Gastrointestinaltrakt, Magen, Darm und/oder Rektum, je Prothese	585,61

ZE2026-62	Mikroaxial-Blutpumpe; OPS 8-839.46-8-839.47	Impella CP 8-839.46; 8-839.47	19.635,00
ZE2026-108	Implantation einer Irisprothese; OPS 5-137.6	5-137.6	3.156,50
ZE2026-108	Implantation einer Irisprothese; OPS 5-137.6 - Sonstige	5-137.6	500,00
ZE2026-110	Gabe von Tocilizumab, subkutan; OPS 6-005.n1	6-005.n1	838,64
ZE2026-110	Gabe von Tocilizumab, subkutan; OPS 6-005.n2	6-005.n2	1.257,96
ZE2026-110	Gabe von Tocilizumab, subkutan; OPS 6-005.n3	6-005.n3	1.677,28
ZE2026-110	Gabe von Tocilizumab, subkutan; OPS 6-005.n4	6-005.n4	2.096,60
ZE2026-110	Gabe von Tocilizumab, subkutan; OPS 6-005.n5	6-005.n5	2.515,92
ZE2026-110	Gabe von Tocilizumab, subkutan; OPS 6-005.n6	6-005.n6	2.935,24
ZE2026-110	Gabe von Tocilizumab, subkutan; OPS 6-005.n7	6-005.n7	3.354,56
ZE2026-110	Gabe von Tocilizumab, subkutan; OPS 6-005.n8	6-005.n8	3.773,88
ZE2026-110	Gabe von Tocilizumab, subkutan; OPS 6-005.n9	6-005.n9	4.193,20
ZE2026-110	Gabe von Tocilizumab, subkutan; OPS 6-005.na	6-005.na	4.612,52
ZE2026-110	Gabe von Tocilizumab, subkutan; OPS 6-005.nb	6-005.nb	5.031,84
ZE2026-110	Gabe von Tocilizumab, subkutan; OPS 6-005.nc	6-005.nc	5.451,16
ZE2026-110	Gabe von Tocilizumab, subkutan; OPS 6-005.nd	6-005.nd	5.870,48
ZE2026-121	Gabe von Etanercept, parenteral; OPS 6-002.b2	6-002.b2	244,46
ZE2026-121	Gabe von Etanercept, parenteral; OPS 6-002.b3	6-002.b3	318,09
ZE2026-121	Gabe von Etanercept, parenteral; OPS 6-002.b4	6-002.b4	391,72
ZE2026-121	Gabe von Etanercept, parenteral; OPS 6-002.b5	6-002.b5	489,89
ZE2026-121	Gabe von Etanercept, parenteral; OPS 6-002.b6	6-002.b6	637,16
ZE2026-121	Gabe von Etanercept, parenteral; OPS 6-002.b7	6-002.b7	784,42
ZE2026-121	Gabe von Etanercept, parenteral; OPS 6-002.b8	6-002.b8	931,68
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.p1	6-002.p1	37,13
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.p2	6-002.p2	56,25
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.p3	6-002.p3	78,75
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.p4	6-002.p4	101,25
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.p5	6-002.p5	123,75
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.p6	6-002.p6	146,25
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.p7	6-002.p7	168,75
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.p8	6-002.p8	191,25
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.p9	6-002.p9	213,75

ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pa	6-002.pa	247,50
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pb	6-002.pb	292,50
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pc	6-002.pc	337,50
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pd	6-002.pd	382,50
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pe	6-002.pe	427,50
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pf	6-002.pf	495,00
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pg	6-002.pg	585,00
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.ph	6-002.ph	675,00
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pj	6-002.pj	810,00
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pk	6-002.pk	990,00
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pm	6-002.pm	1.170,00
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pn	6-002.pn	1.440,00
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pp	6-002.pp	1.800,00
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pq	6-002.pq	2.160,00
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pr	6-002.pr	2.520,00
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.ps	6-002.ps	2.880,00
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pt	6-002.pt	3.240,00
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pu	6-002.pu	3.600,00
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral; OPS 6-002.pv	6-002.pv	3.960,00
ZE2026-124	Gabe von Voriconazol, oral; OPS 6-002.52	6-002.52	18,85
ZE2026-124	Gabe von Voriconazol, oral; OPS 6-002.53	6-002.53	25,51
ZE2026-124	Gabe von Voriconazol, oral; OPS 6-002.54	6-002.54	34,39
ZE2026-124	Gabe von Voriconazol, oral; OPS 6-002.55	6-002.55	47,71
ZE2026-124	Gabe von Voriconazol, oral; OPS 6-002.56	6-002.56	61,03
ZE2026-124	Gabe von Voriconazol, oral; OPS 6-002.57	6-002.57	81,01
ZE2026-124	Gabe von Voriconazol, oral; OPS 6-002.58	6-002.58	114,31
ZE2026-124	Gabe von Voriconazol, oral; OPS 6-002.59	6-002.59	147,61
ZE2026-124	Gabe von Voriconazol, oral; OPS 6-002.5a	6-002.5a	180,91
ZE2026-124	Gabe von Voriconazol, oral; OPS 6-002.5c	6-002.5c	214,21
ZE2026-124	Gabe von Voriconazol, oral; OPS 6-002.5d	6-002.5d	247,51
ZE2026-124	Gabe von Voriconazol, oral; OPS 6-002.5e	6-002.5e	280,81
ZE2026-124	Gabe von Voriconazol, oral; OPS 6-002.5f	6-002.5f	314,11

ZE2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral; OPS 6-002.r2	6-002.r2	29,00
ZE2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral; OPS 6-002.r3	6-002.r3	40,60
ZE2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral; OPS 6-002.r4	6-002.r4	52,20
ZE2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral; OPS 6-002.r5	6-002.r5	63,80
ZE2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral; OPS 6-002.r6	6-002.r6	81,20
ZE2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral; OPS 6-002.r7	6-002.r7	104,40
ZE2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral; OPS 6-002.r8	6-002.r8	127,60
ZE2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral; OPS 6-002.r9	6-002.r9	150,80
ZE2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral; OPS 6-002.ra	6-002.ra	174,00
ZE2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral; OPS 6-002.rb	6-002.rb	197,20
ZE2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral; OPS 6-002.rc	6-002.rc	232,00
ZE2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral; OPS 6-002.rd	6-002.rd	278,40
ZE2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral; OPS 6-002.re	6-002.re	324,80
ZE2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral; OPS 6-002.rf	6-002.rf	371,20
ZE2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral; OPS 6-002.rg	6-002.rg	440,80
ZE2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral; OPS 6-002.rh	6-002.rh	533,60
ZE2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral; OPS 6-002.rj	6-002.rj	626,40
ZE2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral; OPS 6-002.rk	6-002.rk	719,20
ZE2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral; OPS 6-002.rm	6-002.rm	858,40
ZE2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral; OPS 6-002.rn	6-002.rn	1.044,00
ZE2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral; OPS 6-002.rp	6-002.rp	1.229,60
ZE2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral; OPS 6-002.rq	6-002.rq	1.415,20
ZE2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral; OPS 6-002.rr	6-002.rr	1.693,60
ZE2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral; OPS 6-002.rs	6-002.rs	2.064,80
ZE2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral; OPS 6-002.rt	6-002.rt	2.436,00
ZE2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral; OPS 6-002.ru	6-002.ru	2.807,20
ZE2026-148	Gabe von Adalimumab, parenteral; OPS 6-001.d2	6-001.d2	71,40
ZE2026-148	Gabe von Adalimumab, parenteral; OPS 6-001.d3	6-001.d3	142,80
ZE2026-148	Gabe von Adalimumab, parenteral; OPS 6-001.d4	6-001.d4	214,20
ZE2026-148	Gabe von Adalimumab, parenteral; OPS 6-001.d5	6-001.d5	285,60
ZE2026-148	Gabe von Adalimumab, parenteral; OPS 6-001.d6	6-001.d6	357,00
ZE2026-148	Gabe von Adalimumab, parenteral; OPS 6-001.d7	6-001.d7	428,40

ZE2026-148	Gabe von Adalimumab, parenteral; OPS 6-001.d8	6-001.d8	499,80
ZE2026-148	Gabe von Adalimumab, parenteral; OPS 6-001.d9	6-001.d9	571,20
ZE2026-148	Gabe von Adalimumab, parenteral; OPS 6-001.da	6-001.da	642,60
ZE2026-148	Gabe von Adalimumab, parenteral; OPS 6-001.db	6-001.db	714,00
ZE2026-148	Gabe von Adalimumab, parenteral; OPS 6-001.dc	6-001.dc	785,40
ZE2026-149	Gabe von Infliximab, parenteral; OPS 6-001.e1	6-001.e1	116,53
ZE2026-149	Gabe von Infliximab, parenteral; OPS 6-001.e2	6-001.e2	163,14
ZE2026-149	Gabe von Infliximab, parenteral; OPS 6-001.e3	6-001.e3	233,05
ZE2026-149	Gabe von Infliximab, parenteral; OPS 6-001.e4	6-001.e4	326,27
ZE2026-149	Gabe von Infliximab, parenteral; OPS 6-001.e5	6-001.e5	419,49
ZE2026-149	Gabe von Infliximab, parenteral; OPS 6-001.e6	6-001.e6	512,71
ZE2026-149	Gabe von Infliximab, parenteral; OPS 6-001.e7	6-001.e7	605,93
ZE2026-149	Gabe von Infliximab, parenteral; OPS 6-001.e8	6-001.e8	699,15
ZE2026-149	Gabe von Infliximab, parenteral; OPS 6-001.e9	6-001.e9	792,37
ZE2026-149	Gabe von Infliximab, parenteral; OPS 6-001.ea	6-001.ea	885,59
ZE2026-149	Gabe von Infliximab, parenteral; OPS 6-001.eb	6-001.eb	1.025,42
ZE2026-149	Gabe von Infliximab, parenteral; OPS 6-001.ec	6-001.ec	1.211,86
ZE2026-149	Gabe von Infliximab, parenteral; OPS 6-001.ed	6-001.ed	1.398,30
ZE2026-149	Gabe von Infliximab, parenteral; OPS 6-001.ee	6-001.ee	1.584,74
ZE2026-149	Gabe von Infliximab, parenteral; OPS 6-001.ef	6-001.ef	1.771,18
ZE2026-149	Gabe von Infliximab, parenteral; OPS 6-001.eg	6-001.eg	1.957,62
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.h0	6-001.h0	120,00
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.h1	6-001.h1	180,00
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.h2	6-001.h2	240,00
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.h3	6-001.h3	300,00
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.h4	6-001.h4	360,00
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.h5	6-001.h5	420,00
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.h6	6-001.h6	480,00
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.h7	6-001.h7	540,00
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.h8	6-001.h8	600,00
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.h9	6-001.h9	690,00
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.ha	6-001.ha	810,00

ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.hb	6-001.hb	930,00
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.hc	6-001.hc	1.050,00
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.hd	6-001.hd	1.170,00
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.he	6-001.he	1.350,00
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.hf	6-001.hf	1.590,00
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.hg	6-001.hg	1.830,00
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.hh	6-001.hh	2.070,00
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.hk	6-001.hk	2.310,00
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.hm	6-001.hm	2.550,00
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.hn	6-001.hn	2.910,00
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.hp	6-001.hp	3.390,00
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.hq	6-001.hq	3.870,00
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.hr	6-001.hr	4.350,00
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.hs	6-001.hs	4.830,00
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.ht	6-001.ht	5.310,00
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.hu	6-001.hu	5.790,00
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös; OPS 6-001.hv	6-001.hv	6.270,00
ZE2026-175	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.10	6-002.10	18,00
ZE2026-175	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.11	6-002.11	29,00
ZE2026-175	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.12	6-002.12	40,00
ZE2026-175	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.13	6-002.13	54,00
ZE2026-175	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.14	6-002.14	72,00
ZE2026-175	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.15	6-002.15	90,00
ZE2026-175	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.16	6-002.16	108,00
ZE2026-175	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.17	6-002.17	126,00
ZE2026-175	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.18	6-002.18	144,00
ZE2026-175	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.19	6-002.19	162,00
ZE2026-175	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.1a	6-002.1a	180,00
ZE2026-175	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.1b	6-002.1b	207,00
ZE2026-175	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.1c	6-002.1c	243,00
ZE2026-175	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.1d	6-002.1d	279,00
ZE2026-175	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.1e	6-002.1e	315,00

ZE2026-175	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.1f	6-002.1f	351,00
ZE2026-175	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.1g	6-002.1g	387,00
ZE2026-175	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.1h	6-002.1h	423,00
ZE2026-175	Gabe von Filgrastim, parenteral; OPS 6-002.1j	6-002.1j	613,80
ZE2026-189	Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung "5-38a.7b; 5-38a.7c; 5-38a.7d; 5-38a.8c; 5-38a.8d; 5-38a.8e; 5-38a.8f; 5-38a.c1; 5-38a.c2; 5-38a.c3"	"5-38a.7b; 5-38a.7c; 5-38a.7d; 5-38a.8c; 5-38a.8d; 5-38a.8e; 5-38a.8f; 5-38a.c1; 5-38a.c2; 5-38a.c3"	Anlage 9 zur VB, Aus- schluss EA

5. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2026

Für die Vergütung von Leistungen, die noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausespezifische Entgelte vereinbart:

- z.B. Leistungen nach Anlage 3a und 3b DRG-EKV-2026

Entgelt nach § 6 KHEntgG	Bezeichnung	Entgelt-höhe in €	Bewertungsrela- tion/Tag (nach Pflege- erlöskatalog oder ver- einbarte Bewertungsre- lation)
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verlet- zungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	393,69	1,2358

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausespezifischen 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 krankenhausespezifischen 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:

Derzeit werden vom Krankenhaus keine entsprechenden Entgelte erhoben.

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:

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:

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:

11,50 €.

8. Zu- und Abschläge gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 4 KHEntgG

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

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

in Höhe von 122,51 €

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

in Höhe von 189,02 €

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen

in Höhe von 60,00 € pro Tag.

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

in Höhe von €

je vollstationärem Fall. Der Zuschlag **entfällt**.

- Zuschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 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. Der Zuschlag **entfällt**.

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

in Höhe von %

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. Der Zuschlag **entfällt**.

- Zu- und Abschläge für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG - Qualitätssicherungszuschlag gem. § 136 SGB V i.V.m. § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG für jeden vollstationären Fall

in Höhe von 0,84 €

- 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 nach § 4a Abs. 4 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 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:

Bezeichnung	OPS 2025	Preis
Avacopan (10mg) Kapsel	6-00e.4	34,64
Benralizumab 30mg FSP oder PEN		2.474,38
Bimekizumab 160mg/Pen	6-00e.7	1.132,13
Rezafungin 200mg	6-00m.e	2.900,03
Mepolizumab 100mg/Pen	6-00j.a	1.189,08
Remdesivir (100mg)	6-00f.p0, 6-00f.p1, 6-00f.p2, 6-00f.p3, 6-00f.p4, 6-00f.p5, 6-00f.p6, 6-00f.p7, 6-00f.p8, 6-00f.p9, 6-00f.pa	410,55
Golimumab (100mg)	6-005.2	1.659,59
Golimumab (50mg)	6-005.2	871,71
Alemtuzumab (12mg)	6-001.0*, 8-547.0	11.800,96
Secukinumab (75mg)	6-009.5	320,74
Certolizumab (je 200 mg Pen)	6-005.7	435,86
Ixekizumab (80mg) 1 FSP oder Pen	6-00a.a	1.272,38
Canakinumab (150mg) Flasche	6-006.7	105,27
Guselkumab (100mg)	6-00a.7	2.566,45
Zanamivir (200mg), intravenös	6-00c.n	173,59
Flow Diverter mit thrombogenitätsreduzierter Beschichtung in der zerebralen Aneurysmatherapie	8-84b.00, 8-84b.20, 8-84b.30, 8-84b.40, 8-84b.50, 8-84b.60 in Verbindung mit 8-83b.e3	16.050,00
Flow Diverter in der zerebralen Aneurysmatherapie	8-84b.00, 8-84b.20, 8-84b.30, 8-84b.40, 8-84b.50, 8-84b.60	10.000,00
intraaneurysmale FlowDiverter für intrakranielle Aneurysmen	8-83c.8	11.800,00

Sarilumab (150mg/200mg)	6-00a.g	672,94
Ablösbare, ultraweiche Mikrocoils zur intrakraniellen Therapie von Gefäßmalformationen und Aneurysmen, je Coil	8-836.m0, 8-83b.3b	327,52
Risankizumab (150mg) FSP oder PEN	6-00c.e	4.053,38
Risankizumab (150mg) 600mg Fl.	6-00c.e	2.632,02
Brodalumab (210mg)	6-00a.3, 8-547.x	583,29
Tildrakizumab (100mg)	6-00b.m	2.751,35
Nirmatrelvir/Ritonavir Pack	6-00k.0	35,70
Thrombektomie an Lungengefäßen mittels Disc-Retriever-System	8-838.n0 in Verbindung mit 8-83b.8g oder 8-83b.8h oder 8-83b.8j	6.845,00
Endovaskuläre Implantation oder Reparatur einer Stentprothese mittels eines Gefäß-EndoStaplers	5-98c.4	4.963,49
Volumencoils zur intrakraniellen Aneurysmathherapie, jeder weitere Coil	8-836.m0, 8-83b.35	1.008,79
Großvolumige Metallspiralen [Volumencoils] für arterielle und venöse Embolisation im peripheren Gefäßsystem	8-83b.35 in Kombination mit den OPS 8-836.n* und der OPS 8-836.m* exklusive der OPS 8-836.m0 für den intrakraniellen Einsatz.	1.008,79
Überlange Coils, je Coil	8-836.m0 in Verbindung mit 8-83b.32 oder 8-83b.33	216,12
Bioaktive Coils zur Behandlung intrakranieller Aneurysmen und Gefäßmalformationen	8-836.m0 in Verbindung mit 8-83b.30, 8-83b.31, 8-83b.32 und 8-83b.39	243,23
Hydrogel-aktive Coils zur Behandlung intrakranieller Aneurysmen und Gefäßmalformationen.	8-836.m0 in Verbindung mit 8-83b.39	243,23
Therapie intrakranieller Vasospasmen durch kontrollierte, nicht okkulsive endovaskuläre Stentdilatation	8-83c.h0	8.750,00
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße; 100mm bis<150mm; je Stent	5-38a.x;8-83b.e1;8-842.0,1,2;;8-83b.f1	2.059,43
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße; 150mm bis<200mm, je Stent	5-38a.x;8-83b.e1;8-842.0,1,2;;8-83b.f2	2.503,48

Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße; 200mm bis<250mm, je Stent	5-38a.x;8-83b.e1;8-842.0,1,2,;8-83b.f3	3.739,33
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße; 250mm und mehr; je Stent	5-38a.x;8-83b.e1;8-842.0,1,2,;8-83b.f4	3.739,33
Hybridcoils zur intrakraniellen Aneurysmabehandlung	8-836.m0, 8-83b.3a	764,49

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 krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert, welcher berechnet wird, indem das vereinbarte Pflegebudget dividiert wird durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr. Der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert beträgt

260,91 Euro

11. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

in Höhe von 1,59 €

- Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V bzw. des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von 3,12 €

12. Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a S. 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.
 Der Zuschlag entfällt

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	je Fall
Innere Medizin	147,25 €
Chirurgie	100,72 €
Orthopädie/Unfallchirurgie	82,32 €
Augenheilkunde	68,51 €
Neurochirurgie	48,57 €
Neurologie	114,02 €
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	64,42 €

b. nachstationäre Behandlung	je Tag
Innere Medizin	53,69 €
Chirurgie	17,90 €
Orthopädie/Unfallchirurgie	21,47 €
Augenheilkunde	38,86 €
Neurochirurgie	21,99 €
Neurologie	40,90 €
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	23,52 €

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Computer-Tomographie-Geräte (CT):

Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern

Pauschale gem. § 3

5369	122,71 €
5370, 5375	81,81 €
5371	94,08 €
5372	106,35 €
5373, 5374	77,72 €
5376	20,45 €
5377	32,72 €
5378	40,90 €
5380	12,27 €

Magnet-Resonanz-Geräte (MR):

Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern

Pauschale gem. § 3

5700, 5720	179,97 €
5705	171,79 €
5715	175,88 €
5721, 5730	163,61 €
5729	98,17 €
5731, 5732	40,90 €
5733	32,72 €
5735	245,42 €

Linksherzkatheter-Messplätze (LHM):

Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern

Pauschale gem. § 3

627	61,36 €
628	32,72 €
629	81,81 €
5315	89,99 €
5316,5325	122,71 €
5317,5326	16,36 €
5318	24,54 €
5324	98,17 €
5327	40,90 €
5328	49,08 €

Gemäß § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 KHEntgG ist eine **vorstationäre Behandlung** neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Eine **nachstationäre Behandlung** kann zusätzlich zur Fallpauschale (DRG) berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweil-dauer 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 Kinder, die im Rahmen des Verdachts auf ein angeborenes oder frühkindliches Glaukom (H40.0) einer gezielten spezialisierten Diagnostik in Sedierung bzw. Narkose bedürfen, berechnet die Klinik gemäß EBM 2009 einen Preis in Höhe von **204,97 €**. Diese Regelung gilt nur für die Behandlungsfälle, bei denen sich der Glaukomverdacht nicht bestätigt. Im Falle der Bestätigung der Verdachtsdiagnose Glaukom (Q15.0; H40.f) ist die durchgeführte Diagnostik Bestandteil der sich anschließenden Operation.
3. Das Krankenhaus berechnet ggf.:
 - Schreibgebühren für das Gutachten je angefangene Seite 3,50 € (gemäß GOÄ),
 - Kopiergebühren je Blatt 0,50 €,
 - Porto- und Versandkosten (ggf. nach dem DKG-NT I),
 - für Röntgenkopien (gemäß DKG-NT I)

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 veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses;
2. die Leistungen von Beleghebammen bzw. Entbindungspflegern.

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Hebamme / dem Entbindungspfleger gesondert berechnet.

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.

Fachabteilung	1-Bett-Zimmer Preis pro Berechnungstag (€)	2-Bett-Zimmer Preis pro Berechnungstag (€)
Abteilung 4	143,54	83,50
Abteilung 1a	131,99	76,04
Abteilungen 1f, 2g	136,30	77,54
Übrige	79,20	58,16

Für einen Zeitraum von maximal vier Tagen besteht die Möglichkeit der Reservierung bzw. des Freihaltens des gebuchten 1-Bett-Zimmers für den Fall, dass das Zimmer vorübergehend nicht genutzt werden kann. Während der Zeit der Reservierung/des Freihaltens, in welcher das Zimmer nicht anderweitig belegt wird, berechnet das Krankenhaus einen um 25 % geminderten Zimmerpreis.

a) Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson oder Pflegekraft

- mit medizinischer Notwendigkeit 60,00 € je Berechnungstag
(Kostenträger: Krankenkasse)
- ohne medizinische Notwendigkeit 90,00 € je Berechnungstag
(Kostenträger: Selbstzahler)

b) Bereitstellung eines Telefons

2,00 € je Berechnungstag

c) Nutzung Pay TV Sky

(Sky Cinema, Fußball Bundesliga und Sport 1)

2,50 € je Berechnungstag

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01. Januar 2026 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01. Dezember 2025 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen folgende Mitarbeiter unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung:

Petra Klückmann
Leiterin Finanz- und Rechnungswesen
Park-Klinik Weißensee/Schlosspark-Klinik

c/o Park-Klinik Weißensee GmbH, Schönstraße 80, 13086 Berlin
Telefon: 030/9628-4019
Telefax: 030/9628-4556
E-Mail: klueckmann@park-klinik.com

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

Insgesamt kann die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Dies gilt insbesondere für Selbstzahler. Prüfen Sie bitte, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung versichert sind.

Anmerkungen:

./.