

DRG-Entgelttarif 2026 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG gültig ab 01. Januar 2026

Das Christliche Krankenhaus Quakenbrück gemeinnützige 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 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 4.563,13 € 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	0,541	4.563,13 €	2.468,65 €
DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
I04Z	Revision und Ersatz des Kniegelenks mit komplizierender Diagnose oder Arthrodeese	3,015	4.563,13 €	13.762,40 €

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 (FPV 2026) vorgegeben.

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 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 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: 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 postoperative 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 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 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 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 krankenhausindividuelle Zusatzentgelte:

ZE2026-01.03	9.000,00 €	ZE2026-189	Einzelkostenabrechnung
ZE2026-04.12	5.162,50 €	ZE2026-25.01	2.100,00 €
ZE2026-106	320,94 €	ZE2026-25.02	Einzelkostenabrechnung
ZE2026-110	414,62 €	ZE2026-54.02	890,40 €
ZE2026-112	4,35 €	ZE2026-54.16	800,00 €
ZE2026-121	70,05 €	ZE2026-54.17	800,00 €
ZE2026-122	2,44 €	ZE2026-54.23	2.300,00 €
ZE2026-123	27,50 €	ZE2026-61.04	24.600,00 €
ZE2026-13	2.100,00 €	ZE2026-61.05	24.150,00 €
ZE2026-141	26,57 €	ZE2026-61.06	24.150,00 €
ZE2026-143	95,56 €	ZE2026-62.01	21.000,00 €
ZE2026-145	65,99 €	ZE2026-67.01	1.120,25 €
ZE2026-148	365,70 €	ZE2026-154	71,40 €
ZE2026-149	136,85 €	ZE2026-213	2.201,50 €
ZE2026-151	66,99 €	ZE2026-212	1.487,50 €
ZE2026-163	49,05 €	ZE2026-03.01.01	7.419,41 €
ZE2026-164	14,30 €	ZE2026-03.01.02	8.125,43 €
ZE2026-169	1.166,50 €	ZE2026-03.01.04	14.166,17 €
ZE2026-175	5,91 €	ZE2026-03.01.05	14.872,19 €
ZE2026-176	11,17 €	ZE2026-03.01.06	16.276,89 €
ZE2026-188	Einzelkostenabrechnung	ZE2026-2127	22,74 €

5. 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 fall- bzw. tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

Leistungen 2026:

B11Z	441,88 € je Behandlungstag	G51Z	441,88 € je Behandlungstag
B43Z	441,88 € je Behandlungstag	I40Z	441,88 € je Behandlungstag
B49Z	315,63 € je Behandlungstag	I96Z	441,88 € je Behandlungstag
B61B	316,02 € je Behandlungstag	K01Z	441,88 € je Behandlungstag
B76A	374,54 € je Behandlungstag	K43Z	441,88 € je Behandlungstag
E76A	292,61 € je Behandlungstag	W01A	441,88 € je Behandlungstag
E41Z	441,88 € je Behandlungstag	W05Z	441,88 € je Behandlungstag
F29Z	441,88 € je Behandlungstag	W40Z	441,88 € je Behandlungstag
F45Z	441,88 € je Behandlungstag		

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 600,00 € abzurechnen. Können für die Leistungen nach Anlage 3b FPV 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 300,00 € abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2026 für Leistungen nach Anlage 3a FPV 2026 keine Entgelte vereinbart, sind auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jeden Belegungstag 450,00 € abzurechnen.

6. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gem. § 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 gem. § 6 Abs. 2a KHEntgG folgende gesonderte Zusatzentgelte vereinbart: - entfällt -

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:

- Testungen durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR	30,40 €
- Testungen mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2	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 €
- Testungen durch einen Nukleinsäurenachweis mittels Pooling-Verfahren (PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) bei Patientinnen oder Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2022:	
- bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als vier Proben und höchstens 10 Proben:	14,00 €
- bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 10 Proben und höchstens 20 Proben:	13,00 €
- bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 20 Proben und höchstens 30 Proben:	12,00 €

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

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag für Ausbildungskosten nach § 17a Abs. 6 KHG je voll- und teilstationärem Fall i.H.v. **81,35 €**
- 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.
- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall i.H.v. **247,05 €**
- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **60,00 € pro Tag**
- Zuschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG in Höhe von **0,00 %** 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
- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG in Höhe von **0,00 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.
- Fixkostendegressionsabschlag gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG in Höhe von **0,00 %** auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen.
- Abschlag wegen Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i Abs. 5 SGB V i.V.m. § 8 Abs. 4 KHEntgG i.H.v. **0,00%** auf die abgerechnete Höhe der

- DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG
- Zuschlag nach § 5 Abs. 3k KHEntgG zur Auszahlung des Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Höhe von **11,692 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG.
 - Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG i.V.m. § 136c Abs. 4 SGB V je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **33,61 €**
 - Zuschlag lt. § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG für die Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen je abgerechnetem vollstationären Fall **0,20 €**

9. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden 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. § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

Alemtuzumab 12mg	11.168,32 €
Aszitesbehandlung mittels einer vollimplantierbaren Pumpe – je Stück	23.000,00 €
Efgartigimod alfa je angefangene 400 mg	5.804,38 €
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße – Stent Länge bis 10 cm	2.100,00 €
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße – Stent Länge 10 – 15 cm	2.500,00 €
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße – Stent Länge 15 – 25 cm	3.200,00 €
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße – Stent Länge ab 25 cm	3.800,00 €
Esketamin, nasal je 28 mg	214,20 €
Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision – je Stent 10 cm	2.150,00 €
Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision – je Stent 15 cm	2.592,64 €
Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision – je Stent 5 cm	1.752,50 €
Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision – je Stent 25 cm	3.817,29 €
Icatibant – je 30 mg	344,70 €
Ofatumumab je 20 mg	1.245,20 €
Remdesivir je 1 mg	4,11 €
Thrombektomie an Lungengefäßen mittels Disc-Retriever-System	8.550,00 €
Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovas-kulären Behandlung peripherer Aneurysmen	8.500,00 €
Sensorunterstützte Aspirationsthorbektomie an Lungen- und tiefen Beingefäßen	7.200,00 €

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 krankenhaushausindividuellen 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.

Kann der krankenhaushausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Abs. 4 KHEntgG aufgrund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2026 noch nicht berechnet werden, sind gemäß § 15 Abs. 2a S. 1 und 2 KHEntgG (i.d.F.d. MDK-RefG) für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 6a KHEntgG die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG mit **211,21 €** zu multiplizieren. Für krankenhaushausindividuelle voll- und teilstationäre Entgelte gemäß § 6 KHEntgG, für die in dem Pflegeerlöskatalog Bewertungsrelationen ausgewiesen sind, ist bis zum Wirksamwerden der Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2026 abweichend von § 15 Abs. 2 S. 3 KHEntgG die bisher geltende Entgelthöhe abzurechnen, die um die Höhe der nach Satz 1 ermittelten tagesbezogenen Pflegeentgelte zu mindern ist.

11. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG sowie Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Abs. 4 KHEntgG

Qualitätssicherungszuschlag je DRG **0,84 €**

12. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG in Höhe von **1,59 €** je DRG
- Zuschlag für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB und die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a SGB V in Höhe von **3,12 €** je DRG

13. Telematikzuschlag nach § 377 Abs. 1 SGB V

- Zuschlag zum Ausgleich der den Krankenhäusern entstehenden Kosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattung in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie der Betriebskosten des laufenden Betriebs der Telematikinfrastruktur (Telematikzuschlag) nach § 377 Abs. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **8,97 €**

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

Gem. § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind:

Fachabteilung	a. vorstationäre Behandlung	b. nachstationäre Behandlung
Medizinische Klinik	147,25 Euro je Fall	53,69 Euro je Behandlungstag
Diabetologie	147,25 Euro je Fall	53,69 Euro je Behandlungstag
Chirurgische Klinik	100,72 Euro je Fall	17,90 Euro je Behandlungstag
Neurologie	114,02 Euro je Fall	40,90 Euro je Behandlungstag
Gynäkologie/Geburtshilfe	119,13 Euro je Fall	22,50 Euro je Behandlungstag
Psychiatrie / Psychotherapie	125,78 Euro je Fall	37,84 Euro je Behandlungstag
Psychosomatik / Psychother. Medizin	99,19 Euro je Fall	47,55 Euro je Behandlungstag

Darüber hinaus werden im Rahmen der vor- und nachstationären Behandlung **Untersuchungen mit medizinisch-technischen Großgeräten** in Rechnung gestellt. Eine Preisliste erhalten Sie auf Wunsch bei der Aufnahme.

Gem. § 8 Abs. 2 S. 3 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.

15. Entgelte für sonstige Leistungen

- Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung
- Abgaben von Hilfsmitteln, die dem Kranken mitgegeben werden (z.B. Gehhilfen, Krankenträume etc.)
- Heilmittelabgaben, die über die allgemeine Krankenhausleistung hinausgehend erwünscht wird
- Leichenschau (Obduktion) ggf. einschließlich klinischer Sektion und die Ausstellung einer Todesbescheinigung.
Entgelt für die Punkte 1-4: Erstattung des tatsächlichen Aufwandes
- Weitere Leistungen aufgrund besonderer Vereinbarungen. Es gilt das vereinbarte Entgelt.

16. Zuzahlungen

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten

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 (§ 39 Abs. 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit € 10,- 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.

17. Wiederaufnahme und Rückverlegung

18. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 11 sind nicht abgegolten:

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

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

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

b. Unterbringung in einem 1- bzw. 2-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer mit eigener Sanitärzone (Wahlleistungsstation)	90,64 €
Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer mit eigener Sanitärzone (Chirurgische Klinik, Medizinische Klinik, Neurologie)	81,85 €
Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer mit eigener Sanitärzone (Gynäkologie und Geburtshilfe)	51,29 €
Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer ohne eigene Sanitärzone (Chirurgische Klinik, Medizinische Klinik, Neurologie)	77,88 €
Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer mit eigener Sanitärzone und Sonderausstattung (Chirurgische Klinik, Medizinische Klinik, Neurologie)	40,79 €
Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer mit eigener Sanitärzone und Sonderausstattung (Gynäkologie und Geburtshilfe)	19,36 €
Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer ohne eigene Sanitärzone, mit Sonderausstattung (Chirurgische Klinik, Medizinische Klinik, Neurologie)	37,60 €
Unterbringung im Familienzimmer (nur Geburtshilfe)	90,00 €
Gestellung einer Sonderwache (als Wahlleistung gewünscht)	(Erstattung des tats. Aufwands)
Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson (ohne medizinische Indikation)	60,00 €
Bereitstellung eines HiMed Cockpits am Bett (Telefon, Fernsehen, Internet) incl. MwSt. Tagespauschale	3,00 €

Inkrafttreten

¹ Die Höhe des Zuschlages von 60,00 € ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 S. 4 KHG geregelt. Dieser Zuschlag betrifft im Übrigen nur die Fälle der medizinisch notwendigen Aufnahme von Begleitpersonen und ist von der wahlweisen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson zu unterscheiden.