

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

Der für Niedersachsen landesweit gültige Basisfallwert 2026 ist zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft vereinbart worden. Für alle ab dem 01.01.2026 aufgenommenen Patienten kommt der Zahl-Basisfallwert 2026 in einer Höhe von € 4.563,13 zur Anwendung. Da zum derzeitigen Zeitpunkt mit den örtlichen Krankenkassen lediglich die Entgeltvereinbarung des Jahres 2025 abgeschlossen werden konnte, werden neben den für 2026 gesetzlich vorgeschriebenen sowie auf Landesebene gültigen Zu- bzw. Abschläge auch ein Pflegeentgeltwert und krankenhausespezifische Zuschläge fortgeltend in der Abrechnung berücksichtigt. Das Vinzenzkrankenhaus Hannover in Trägerschaft des Elisabeth-Vinzenz-Verbands berechnet ab dem 01.05.2026 folgende Entgelte.

1. Fallpauschalen (DRGs) gemäß § 17b KHG

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 ca. 13.000 Diagnosen (ICD10-GM Version 2026) und ca. 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 ab 01.01.2026 liegt bei € 4.563,13. Er unterliegt jährlicher Veränderung. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Basisfallwert):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
I03B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse	2,735	€ 4.563,13	€ 12.480,16
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose	0,441	€ 4.563,13	€ 2.012,34

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. mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gem. § 1 Abs. 2 und 3 sowie § 3 Abs. 1 und 2 FPV 2026

Der nach der oben beschriebenen DRG-Systematik zu ermittelnde Preis setzt voraus, dass DRG-spezifische Grenzen für die Verweildauer im Krankenhaus nicht über- oder unterschritten werden. Bei Über- oder Unterschreiten dieser Verweildauern werden gesetzlich vorgegebene Zu- oder Abschläge fällig. Die näheren Einzelheiten und das Berechnungsverfahren hierzu regelt die FPV 2026.

3. Hybrid-DRG gemäß § 115f SGB V

Gemäß § 115f Abs. 1 SGB V unterfallen die in einem Katalog festgelegten Leistungen einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG), unabhängig davon, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird.

Die betreffenden Leistungen sind in der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung 2026 aufgeführt, ebenso wie die jeweils anwendbare 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 €	Fallpauschale der Hybrid DRG zuzüglich postoperativer Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte B) in €
G09M	Hybrid-DRG 1 der DRG G09Z (Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Hernientomien 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 komplexen 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 Maßnahme 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 Satz 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 der 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.

Können für die Leistungen nach Anlage 4 und 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 ab 01.01.2026 folgende Zusatzentgelte, die in der Anlage 4 mit Fußnote 4 versehen sind:

ZE 2026-25.01a	Modulare Endoprothese Knie	€ 2.155,00
ZE 2026-25.01b	Modulare Endoprothese Hüfte	€ 2.000,00
ZE 2026-25.01c	Modulare Endoprothese Schulter	€ 1.900,00
ZE 2026-54.01	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	€ 582,37
ZE 2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral je 1 mg	€ 0,55
ZE 2026-124	Gabe von Voriconazol, oral, je 1 g	€ 12,67
ZE 2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral je 1 g	€ 31,10
ZE 2026-145	Gabe von Ibrutinib, oral je 1mg	€ 0,47
ZE 2026-138	Gabe von Fibrinogenkonzentrat	€ 871,08
ZE 2026-139.01	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	€ 159,63

Das Krankenhaus berechnet ab 01.05.2026 folgende Zusatzentgelte, die in der Anlage 4 mit Fußnote 4 versehen sind:

NUB20JJ-1	Remdesivir, parenteral 100mg	€ 410,55
NUB20JJ-2	Nirmatrelvir-Ritonavir, oral 150/100mg	€ 35,70
NUB20JJ-4	Tixagevimab-Cilgavimab, parenteral 150/150mg	€ 886,88

Werden in Notfällen Bluter mit Blutgerinnungsfaktoren behandelt, gelten die in der auf Landesebene zwischen Niedersächsischer Krankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen geschlossenen Empfehlungsvereinbarung vereinbarten Preise als Zusatzentgelt ZE 2026-97 i.S. der Anlage 4 und 6 der FPV 2026.

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 gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern fall- bzw. tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte zu vereinbaren, was bisher für das Jahr 2026 nicht erfolgt ist.

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 aufgrund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **€ 300,00** abzurechnen

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

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

Gemäß § 17a KHG berechnet das Krankenhaus ab dem 01.04.2026 einen Zuschlag je voll- und teilstationären Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten und Ausbildungsvergütungen.

- **Ausbildungszuschlag** **€ 93,19 pro Behandlungsfall**

Gemäß § 33 Abs. 2 PflBG berechnet das Krankenhaus ab 01.01.2026 einen Zuschlag je voll- und teilstationären Fall zur Finanzierung des Pflegeausbildungsfonds Niedersachsen GmbH.

- **Ausbildungszuschlag PABF** **€ 247,05 pro Behandlungsfall**

Gemäß § 17 b Abs. 1a Nr. 7 KHG berechnet das Krankenhaus ab 01.01.2026 einen Zuschlag für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson oder Pflegekraft bei medizinischer Begründung

- **Zuschlag Begleitperson oder Pflegekraft bei medizinischer Begründung** **€ 60,00 pro Berechnungstag**

7. Qualitätssicherungszuschläge gemäß § 17 b Abs. 1 a Nr. 4 KHG

Der Zuschlag für die Maßnahmen der Qualitätssicherung in der stationären Versorgung auf der Grundlage des Vertrages und der Vergütungsvereinbarung gem. § 136, 136 b SGB V i.V.m. § 112 Abs. 2 Nr. 3 SGB V beträgt ab 01.01.2026

- Qualitätssicherungszuschlag € 0,84 pro Behandlungsfall

8. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

Der DRG-Systemzuschlag nach § 17 b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall beträgt ab 01.01.2026

- DRG-Systemzuschlag € 1,59 pro Behandlungsfall

Zuschlag zur Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses, des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und des Institutes für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen gemäß der §§ 91 Abs. 3 i.V.m. § 139 c; 139 a i.V.m. 139 c; 137 a Abs. 8 i.V.m. 139 c SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall beträgt ab 01.01.2026

- Zuschlag GBA / IQWIG / IQTIG € 3,12 pro Behandlungsfall

Gemäß § 8 Abs. 11 Satz 1 KHEntgG rechnen Krankenhäuser ab dem 01.11.2025 den sogenannten Rechnungszuschlag Sofort-Transformationskosten in Höhe von 3,25 % des Rechnungsbetrages für eine voll- oder teilstationäre Behandlung von GKV-Patienten im Krankenhaus ab.

- Zuschlag für Sofort-Transformationskosten 3,25 % des Rechnungsbetrages

9. Weitere Zu- und Abschläge

Gem. § 4 Abs. 9 Satz 1 KHEntgG berechnet das Krankenhaus ab 01.01.2026 einen Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung der Krankenhaushygiene.

- Hygienezuschlag 0,14 % (v.H.-Satz auf die abgerechneten DRG-Entgelte und Zusatzentgelte)

Gem. § 5 Abs. 3k KHEntgG berechnet das Krankenhaus ab 01.01.2026 einen Zuschlag zur Auszahlung des Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

- Zuschlag Förderung Kinder- u. Jugendmedizin 11,692 % (v.H.-Satz auf die abgerechneten DRG-Entgelte)

Gem. § 17 Abs. 1a Nr. 4 KHG berechnet das Krankenhaus ab 01.01.2026 nachfolgend aufgeführten Zuschlag für die Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen.

- Zuschlag für Fehlermeldesystem € 0,20 pro Behandlungsfall

Gem. § 377 Abs. 1 SGB V berechnet das Krankenhaus ab 01.05.2026 einen Zuschlag für die Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der elektronischen Gesundheitskarte (Telematikzuschlag).

- Telematik-Zuschlag € 5,32 pro Behandlungsfall

Auf Basis der Bundesvereinbarung gem. § 9 KHEntgG Abs. 1a Nr. 5 i.V.m § 136c Abs. 4 SGBV berechnet das Krankenhaus ab 01.05.2026 nachfolgend aufgeführten Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung bei jedem abzurechnenden vollstationären Krankenhausfall.

- Zuschlag Notfallversorgung € 23,81 pro Behandlungsfall

Auf Basis der Bundesvereinbarung gem. § 9 KHEntgG Abs. 1a Nr. 7 berechnet das Krankenhaus ab 01.01.2026 nachfolgend aufgeführten Zuschlag für die Teilnahme am Implantateregister bei jedem abzurechnenden vollstationären Krankenhausfall.

- Zuschlag Implantateregisteraufwandsvergütung € 18,24 pro Behandlungsfall

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 § 6 a Abs. 4 KHEntgG über einen krankenhausesindividuellen Pflegeentgeltwert, welcher berechnet wird, indem das vereinbarte Pflegebudget dividiert wird durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17 b Abs. 4 S. 5 KHG ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr. Ab dem 01.05.2026 wird für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 KHG mit 282,55 Euro multipliziert.

- Pflegeentgeltwert für die Berechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte € 291,82

11. Entgelte für sonstige Leistungen

- a) Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
- b) Gemäß Vereinbarung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. wird **ab 01.11.2025** berechnet:

Zuschlag je Berechnungstag

- Unterbringung in einem Einbettzimmer (Station 12)	€ 210,00
- Unterbringung in einem Zweibettzimmer (Station 12)	€ 105,00
- Unterbringung in einem Einbettzimmer (außer Stationen 6 + 12)	€ 170,00
- Unterbringung in einem Zweibettzimmer (außer Stationen 6 + 12)	€ 89,00
- Unterbringung in einem Einbettzimmer (Station 6)	€ 100,00
- Komfortzuschlag (Station 6)	€ 40,00

Einzelheiten können Sie einem gesonderten Informationsblatt entnehmen, das Sie bei Bedarf in unserer Patientenaufnahme erhalten.

- c) Unterbringung einer Begleitperson als Wahlleistung (ohne medizinische Begründung)
- € 64,20 pro Berechnungstag (inkl. Mehrwertsteuer)
 - (nur - wenn ausreichend Unterbringungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen)
- d) Unterbringung in einem Familienzimmer Station 6 (d. h. mit Begleitperson)
- € 164,20 pro Berechnungstag (inkl. Mehrwertsteuer)
 - (nur - wenn ausreichend Unterbringungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen)

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

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

a) vorstationäre Behandlung – je Fall

Innere Medizin	€ 147,25
Chirurgie	€ 100,72
Urologie	€ 103,28
Gynäkologie	€ 119,13
Geburtshilfe	€ 119,13
HNO	€ 78,74

b) nachstationäre Behandlung – je Behandlungstag

Innere Medizin	€ 53,69
Chirurgie	€ 17,90
Urologie	€ 41,93
Gynäkologie	€ 22,50
Geburtshilfe	€ 28,12
HNO	€ 37,84

c) Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten bei vor- oder nachstationärer Behandlung

5370	CT im Kopfbereich	€ 81,81
5371	CT im Hals/Thoraxbereich	€ 94,08
5372	CT im Abdominalbereich	€ 106,35
5373	CT des Skeletts	€ 77,72
5374	CT der Zwischenwirbelräume	€ 77,72
5375	CT der Aorta	€ 81,81
5376	Ergänzende CTs zusätzlich zu 5370 – 5375	€ 20,45
5377	Zuschlag für computergesteuerte Analyse	€ 32,72
5378	CT zur Bestrahlungsplanung	€ 40,90
5380	Bestimmung des Mineralgehaltes von Skeletteilen	€ 12,27
5369	Höchstwert für die Leistungen nach den Nrn. 5370-5374	€ 122,71
5700	MRT, Kopfbereich	€ 179,97
5721	MRT, Mamma(e)	€ 163,61
5731	ergänzende Serien zu 5700 bis 5730	€ 40,90
5733	Zuschlag computergestützte Analyse	€ 32,72

Gem. § 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 Grenzverweildauer der Fallpauschale (DRG) übersteigt.

13. Zuzahlungen

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus Zuzahlungen vom gesetzlich krankenversicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an, innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Kalendertage ein (§ 39 Abs 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit € 10,00 je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 c Abs. 3 SGB V im Auftrag der gesetzlichen Krankenkasse eingezogen.

14. 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.

15. Belegärzte

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 10 sind nicht die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses abgegolten. Diese Leistungen werden vom Belegarzt gesondert berechnet.

16. 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.

17. Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **01.05.2026** in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom **01.01.2026** aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Zu weiteren Einzelheiten können Ihnen bei Bedarf entweder unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Patientenaufnahme oder der Patientenabrechnung Auskunft erteilen. Das schließt auch die Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem ein.

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.

Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (z. B.: Krankenkasse). In diesem Fall ist der Patient gegenüber dem Krankenhaus Selbstzahler.

Ihre Krankenhausleitung