

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

Das Diakonie Klinikum Neunkirchen gGmbH berechnet ab dem 01.04.2026 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 **4.599,55 €** 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 Arthrodese 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 Zusatzentgeltkatalogen 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	OPS-Code	Betrag in Euro
ZE2026-25	5-829.k*, 5-829.m*, je Prothese	2.250,00
ZE2026-54	5-429.j*, je Prothese, Ösophagus	845,00
ZE2026-54	5-513.m*, 5-513.n*, je Prothese, Gallengang	845,00
ZE2026-67	8-840.*4; 8-841.*4; 8-843.*4; 8-849.*4; 8-84a.*4; 8-84b.*4 je Prothese	893,95
ZE2026-97	8-810.*; 8-812.*	extrabudgetär
ZE2026-111	6-005.D*, je mg	2,71
ZE2026-113	6-006.1*, je mg	17,85
ZE2026-120	6-001.C*, je mg	1,62
ZE2026-123	6-002.P*, je mg	0,70
ZE2026-125	6-002.R*, je mg	0,04
ZE2026-142	6-007.3*, je mg	3,57
ZE2026-145	6-007.e*, je mg	0,48
ZE2026-148	6-001.D*, je mg	2,05
ZE2026-151	6-001.H*, je mg	1,27
ZE2026-153	6-001.k*, je mg	1,42

ZE2026-158	6-007.9*, je mg	6,29
ZE2026-169	6-009.e*, je mg	26,75
ZE2026-170	6-002.9*, je mg	1,60
ZE2026-175	6-002.1*, je 1 Mio. I.E.	0,19
ZE2026-206	6-003.f*, je mg	8,06
ZE2026-212	6-008.f, je mg	0,60
ZE2026-222	6-00A.Q* je mg	12,50

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 krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

E76A	Tuberkulose > 14 Belegungstage zzgl. BWR x Pflegeentgeltwert pro Tag	295,08 € / pro Tag
B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson Zzgl. BWR x Pflegeentgeltwert pro Tag	285,39 € / pro Tag
B61B	Akute Erkrankungen u. Verletzungen des Rückenmarks >13 Belegungstage zzgl. BWR x Pflegeentgeltwert pro Tag	282,95 € / pro Tag

sonstige teilstationäre Leistungen nach § 6 Abs. 1 S. 1 KHEntgG

Teilstationäre Leistungen (ONKOLOGIE):

437,97 € / pro Tag

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 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:

Nicht vereinbart

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

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

7.1 Qualitätssicherungszuschlag nach §136 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Verbindung mit § 17b Abs. 1a Nr. 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

Für die Beteiligung der Krankenhäuser an der Qualitätssicherung wird ein Zuschlag in Höhe von **0,84 €** für alle vollstationären Fälle berechnet.

7.2. Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gem. §§ 91 und 139c SGB V

Der Gemeinsame Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin werden seit dem 01.04.2004 über einen Zuschlag in Höhe von **3,12 €** für alle voll- und teilstationären Fälle finanziert. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene abgeführt

7.3. DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG

Zur Finanzierung der Entwicklung und Pflege des in Deutschland eingeführten pauschalierten Entgeltsystem für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen wird ein Zuschlag von **1,59 €** berechnet. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene abgeführt.

7.4. Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütung gem. § 7 Abs. 1 Ziffer 4 KHEntgG

Zur Finanzierung der Ausbildungsstätten werden:

- a) Ausbildungszuschlag nach § 17b KHG Abs. 1a KHG in Höhe von **189,77€**
- b) Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs.3 Pflegeberugesetz PflBG in Höhe von **276,66€** für jeweils jeden voll- und teilstationärem Fall berechnet.

7.5. Hygieneförderprogramm nach § 4 Abs. 9 KHEntgG

Zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes erhebt das Krankenhaus einen Zuschlag in Höhe von **0,32 %** auf DRG-, Zusatz- und tagesklinische Entgelte sowie auf Entgelte nach § 6 Abs. 2a KHEntgG.

7.6. Zuschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG

Zuschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG 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 in Höhe von **0,27%**.

7.7. Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2b KHEntgG Nicht vereinbart.

7.8. Zuschlag für die Teilnahme an übergreifenden Fehlermeldesystemen (üFMS-B)

Für die Teilnahme berechnet das Krankenhaus **0,20 €** pro vollstationären Fall.

7.9. Zuschlag für zusätzliches Pflegepersonal nach § 4 Abs. 8 Satz 5 KHEntgG wird nicht mehr erhoben

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

Für die Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG wird ein Zuschlag von **13,99 €** pro vollstationären Fall berechnet

7.11. Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen/ Pflegekraft

Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson oder Pflegekraft mit medizinischer Begründung in Höhe von **60,00 € pro Tag**

7.12 Zuschlag für das Pflegestellen-Förderprogramm nach § 4 Abs. 8 KHEntgG Nicht vereinbart.

7.13. Zuschlag für Coronabedingte Mehrkosten nach § 5 Abs. 3i KHEntgG wird nicht mehr erhoben

7.14. Zusatzentgelt für Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 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 in Höhe von **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 in Höhe von **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 in Höhe von **11,50 €**

7.15. Zuschlag für die Versorgung von Kindern und Jugendliche (§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. Die Erhebung erfolgt ab 01.02.2023, rückwirkend zum 01.01.2023 (Aufnahmedatum).

7.16 Telematikzuschlag (§291a Abs. 7a SGB V und §377 SGB V)

Der Zuschlag wird zur Finanzierung der bei den Krankenhäusern entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten im Rahmen der Einführung und des Betriebes der Telematikinfrastruktur erhoben. Er beträgt **8,34 €** je voll- und teilstationärem Fall.

7.17. Zuschlag für die Meldung an das Implantatregister nach §17 b Absatz 2 KHG

Für die Meldung an das Implantatregister nach §17 b Absatz 2 KHG je Fall und pro registriertem Implantat von:

Brustimplantate	18,24 Euro
Hüft- und Knieendoprothesen	18,24 Euro
Aortenklappen	18,24 Euro

7.18. Zuschlag Sofort-Transformationskosten gemäß § 8 Abs. 11 Satz 1 KHEntgG

Berechnet wird der **Zuschlag Sofort-Transformationskosten** in Höhe von 3,25% gemäß § 8 Abs. 11 Satz 1 KHEntgG für Aufnahmen vom 01.11.2025 bis zum 31.10.2026 bei gesetzlich versicherten Patienten bei voll- und teilstationären somatischen & psychiatrischen Fällen auf den gesamten Rechnungsbetrag.

8. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUBs) 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:

NUB	OPS-Code	Einheit	Betrag
NUB2026-003	8-83b.e1	je Stent	1.611,70 €
NUB2026-003	8-83b.e1 + 8-83b.f1	je Stent	1.611,70 €
NUB2026-003	8-83b.e1 + 8-83b.f2	je Stent	2.477,48 €
NUB2026-003	8-83b.e1 + 8-83b.f3	je Stent	3.719,60 €
NUB2026-003	8-83b.e1 + 8-83b.f4	je Stent	3.719,60 €
NUB2026-042	8-83b.e1 + 8-83b.f1, 8-842.02, 8-842.03, 8-842.0e	je Endoprothese	1.637,60 €
NUB2026-228	5-059.ce	je Implantation	7.000,00 €
NUB2026-228	5-059.de, 5-5059.g5	je Implantation	6.500,00 €

9. 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 krankenhausesindividuellen

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 **in Höhe von 251,71 € pro Tag/je BWR.**

10. 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

Chirurgie	100,72 €
Innere Medizin	147,25 €
Urologie	103,28 €
Neurologie	114,02 €

b. nachstationäre Behandlung

Chirurgie	17,90 €
Innere Medizin	53,69 €
Urologie	41,93 €
Neurologie	40,90 €

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

(pauschal nach § 115a Abs. 3 SGB V)

Computer Tomographie-Geräte (CT)		Magnet Resonanz-Geräte (MRT)		Linksherz-Katheter-Messplätze (LHM)		Hochvolt-Therapie-Geräte		Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET)	
Leistungen nach DKG-NT I - Ziffern	Pauschale gem. § 3 €	Leistungen nach DKG-NT I - Ziffern	Pauschale gem. § 3 €	Leistungen nach DKG-NT I - Ziffern	Pauschale gem. § 3 €	Leistungen nach DKG-NT I - Ziffern	Pauschale gem. § 3 €	Leistungen nach DKG-NT I - Ziffern	Pauschale gem. § 3 €
5369	122,71	5700, 5720	179,97	627	61,36	5831	61,36	5488	245,42
5370, 5375	81,81	5705	171,79	628	32,72	5832	20,45	5489	306,78
5371	94,08	5715	175,88	629	81,81	5833	81,81		
5372	106,35	5721, 5730	163,61	5315	89,99	5834	29,65		
5373, 5374	77,72	5729	98,17	5316, 5325	122,71	5835, 5837	5,11		
5376	20,45	5731, 5732	40,90	5317, 5326	16,36	5836	40,90		
5377	32,72	5733	32,72	5318	24,54				
5378	40,90	5735	245,42	5324	98,17				
5380	12,27			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 Grenzverweildauer der Fallpauschale (DRG) übersteigt.

11. 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 die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung, sowie die Nutzung der Leichenkühlzelle berechnet das Krankenhaus folgende Leistungen:

Leistung	Euro Wert
1. Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung analog Ziffer 101 GOÄ	165,77 €
2. Kühlzellenbenutzung und Abholung des Verstorbenen innerhalb 24 Stunden	22,00 €
3. Kühlzellenbenutzung und Abholung des Verstorbenen innerhalb 2 bis 5 Tage	78,00 €
4. Kühlzellenbenutzung und Abholung des Verstorbenen ab dem 6 Tag (pro Tag 22,00 Euro bis Abholung + zusätzlich Leistung Nummer 3)	22,00 €

12. 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.

13. 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.

14. Belegärzte

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.

15. 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.

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 angestellten Ärzte des Krankenhauses, 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. Nach § 6a GOÄ erfolgt bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen/privatärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25%; bei Leistungen und Zuschlägen von Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten um 15%. Das Arzthonorar wird in einer gesonderten Rechnung geltend gemacht.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet 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:

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Innere Medizin	Dr. med. Mark Neufang	
Intensivmedizin		Dr. med. Jürgen Walle
Kardiologie		Dr. med. Jürgen Walle
Diabetologie		Dr. med. Jürgen Walle
allgemeine Gastroenterologie	Dr. med. Daniela Theis-Wieland	Dr. med. Markus Mock
spezielle Gastroenterologie	Dr. med. Daniela Theis-Wieland	Dr. med. Markus Mock
Anästhesie- u. Intensivpflege	Dr. med. univ. Márton Gyenge	Silke Hahmann
Unfallchirurgie und Orthopädie	Dr. med. Ralph Fischer	Dr. med. Michael Eybe
Unfallchirurgie BG	Dr. med. Michael Eybe	
Allgemein und Viszeralchirurgie	Dr. med. Ghassan Batikha	PD Dr. med. Thorsten Plusczyk
Neurologie	Dr. med. Volkmar Fischer	Dr. med. Andrea Teschner
Interventionelle Radiologie	Dr. med. Gholam Khangholi	N.N.
Pathologie	Christian Veith	Dr. med. Uwe Hübschen
Onkologie	Dr. med. Holger Klaproth	N.N.
Labormedizin	Dr. medic Omar Bay	N.N.
Orthopädie (Belegabteilung)	Dr. med. Oliver Steimer	

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

b. Unterkunft

Die Gesamtkosten für die Unterbringung werden aus den Kosten pro Berechnungstag gebildet. Berechnungstag in diesem Sinne ist der Tag der Aufnahme zuzüglich jedes weiteren Aufenthaltstages. Der Tag der Entlassung bzw. Verlegung wird bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Leistung	Einheit	Euro Wert
Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer Premium (Komfortstation /Station 8)	pro Berechnungstag	180,00 €
Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer Premium (Komfortstation /Station 8)	pro Berechnungstag	85,00 €
Reservierung 1-Bett-Zimmer (bis zu vier Tagen) Premium	pro Berechnungstag	135,00 €
Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer Komfort (alle außer Premium)	pro Berechnungstag	150,00 €
Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer Komfort (alle außer Premium)	pro Berechnungstag	70,00 €
Reservierung 1-Bett-Zimmer (bis zu vier Tagen) Komfort	pro Berechnungstag	112,50 €
Hotelleistung ambulantes Operieren	pro Berechnungstag	96,00 €
Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson/Pflegekraft Normalstation	pro Berechnungstag	60,00 €
Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson/Pflegekraft Premium	pro Berechnungstag	85,00 €
Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson/Pflegekraft Komfort (alle Stationen außer Premium)	pro Berechnungstag	70,00 €

16. Patientenquittung

Patienten, bei denen eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 SGB V (stationäre Behandlung) durchgeführt wird und die erklären, über die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen sowie die von den Krankenkassen dafür zu zahlenden Entgelte unterrichtet werden zu wollen, erhalten innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung eine derartige schriftliche Information, sofern sie bzw. ihre gesetzlichen Vertreter bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung dies ausdrücklich gegenüber der Krankenhausverwaltung erklären. Sollten Sie darüber hinaus Bescheinigungen, z. B. für die Abrechnung mit Ihrer Privatversicherung benötigen, berechnen wir hierfür pauschal **5,00 €**.

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

Im Rahmen der Übergangspflege berechnet das Klinikum für maximal 10 Tage direkt im Anschluss an einen stationären Aufenthalt **284,02 € 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 **313,01 € pro Tag** für Leistungen der medizinischen Rehabilitation, wenn diese im Klinikum erbracht werden.

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

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **01.04.2026** in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.01.2026 aufgehoben.

Neunkirchen, den 01.04.2026

Andrea Massone
Regionalgeschäftsführerin Kliniken Saarland

Christian Jungmann
Regionaldirektor Kliniken Saarland

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter unserer Klinik des Bereiches Kunden- und Kostenträgermanagement (Patientenaufnahme) hierfür gerne zur Verfügung.

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.