Anlage 1

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

Die Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH als Krankenhausträger mit den Betriebsstätten in Brunsbüttel und in Heide (nachfolgend Krankenhaus genannt) 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

4.561,00 €

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	0,523	€ 4.000,00	€ 2.092,00
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	3,076	€ 4.000,00	€ 12.304,00

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).

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. 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 DRG-EKV 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 2025 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 DRG-EKV 2024 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:

- Die Zusatzentgelte sind in der Anlage E3.2 der Entgeltvereinbarung 2025 festgehalten und in der Abteilung für Erlössicherung einsehbar.

4. 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:

- Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2026 sind mit den entsprechenden Preisen in der Entgeltvereinbarung 2025 der Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH als Anlage E 3.1 und E 3.3 (G-DRG) dargestellt und in der Abteilung für Erlössicherung einsehbar.

- Unbewertete teilstationäre Leistungen, die nicht in Anlage 3b FPV 2026 aufgeführt sind sind mit den entsprechenden Preisen in der Entgeltvereinbarung 2025 der Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH als Anlage E 3.1 und E 3.3 dargestellt und in der Abteilung für Erlössicherung einsehbar.

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 2025 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.

5. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gemäß §7 Abs.1 S.1 Ziff. 3 KHEntgG

- entfällt -

6. 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 01.07.2023:

  30,40 €

- 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 €

7. Zu- und Abschläge bzw. Abzüge

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

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

  in Höhe von **103,58 €**

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

  in Höhe von **153,85 €**

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen

  in Höhe von **60,00 €** pro Tag

- Zuschlag zur Sicherstellung einer zusätzlichen Finanzierung von Krankenhausstandorten in ländlichen Versorgungslagen gemäß §5 Abs. 2a KHEntgG je abgerechneten voll- und teilstationären Fall

  - entfällt derzeit -

- Zuschlag für Zentren/Schwerpunkte nach §5 Abs. 3 KHEntgG

  - entfällt derzeit -

- Zuschlag wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach §9 Abs.1a Nr. 5 KHEntgG in Höhe von **28,73 €** je vollstationärem Fall.

- Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche gemäß §5 Abs. 4 KHEntgG

  - entfällt derzeit -

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

- Fixkostendegressionsabschlag gemäß §4 Abs. 2a KHEntgG

  in Höhe von **13,92 € * Bewertungsrelation der jeweiligen Fallpauschale**

  auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen.

- Zuschlag für Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach §4 Abs. 8a KHEntgG

  - entfällt derzeit -

  auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte nach §7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach §6 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2a KHEntgG.

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

  - entfällt derzeit -

  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.

- Zu- und Abschläge für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach §17b Abs. 1a Nr. 4 KHG

  - Zuschlag Qualitätssicherung §8 Abs. 4 KHEntgG und §§135a und 136 SGBV

    in Höhe von **0,84 €**

- Abschlag wegen Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach §137i Abs. 5 SGB V i.V.m. § 8 Abs. 4 KHEntgG

  - entfällt derzeit -

- 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 für klinische Sektionen nach §5 Abs. 3b KHEntgG je voll- und teilstationären Fall

  - entfällt derzeit -

- Zuschlag nach § 5 Abs. 3d KHEntgG für implantatbezogene Maßnahmen nach §2 Nr. 4 Implantateregistergesetz

in Höhe von 18,24 €

- Zuschlag nach §5 Abs. 3g S. 1 KHEntgG für jeden voll- und jeden teilstationären Fall, für den es im Rahmen der Krankenhausbehandlung entstandene Daten auf der elektronischen Patientenakte speichert

in Höhe von 3,34 €

- Abschlag nach § 5 Abs. 3e KHEntgG wegen unzureichendem Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 341 Abs. 7 Satz 1 SGB V

in Höhe von **0%**

des Rechnungsbetrags, mit Ausnahme der Zu- und Abschläge nach §7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG, für jeden voll- und teilstationären Fall,

- Zuschlag nach §4 Abs. 10 KHEntgG zur Finanzierung bei Personalkosten bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hebammen

in Höhe von 0%

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.

- Abschlag nach §9 Abs. 1a Nr. 8b KHEntgG wegen fehlender Anschlussverordnung zur Beatmungsentwöhnung

- entfällt derzeit -

- 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 nach §5 Abs. 2b und c KHEntgG zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern

- entfällt derzeit -

- Abzug für nicht anfallende Übernachtungskosten in der tagesstationären Behandlung nach §115e Abs. 3 SGB V

- entfällt derzeit –

- Zuschlag nach §5a Abs. 1 KHWiSichV i.V.m. §7 Abs. 1 der Corona-Ausgleichsvereinbarung 2022 oder Abschlag nach §5a Abs. 1 KHWiSichV i.V.m. §7 Abs. 2 Corona-Ausgleichsvereinbarung 2022

  - entfällt derzeit -

- Abschlag für Versäumnisse bei der Übersendung von Budgetunterlagen nach § 11 Abs. 4 KHEntgG

  - entfällt derzeit -

  des Rechnungsbetrages für jeden voll- oder teilstationären Fall.

- Zuschlag Sofort-Transformationskosten nach §8 Abs. 11 KHEntgG

  in Höhe von 3,25 %

8. 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 zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte gemäß Entgeltvereinbarung 2025 ab:

- die entsprechenden Preisen sind in der Abteilung für Erlössicherung einsehbar

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 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.

Pflegeentgeltwert **268,71 €**

10. 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 €**

11. 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 **6,68 €**

12. 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

Fachrichung	je Behandlungsfall
a) Medizinische Klinik	147,25 €
b) Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	94,08 €
c) Chirurgische Klinik	100,72 €
d) Unfallchirurgische Klinik	82,32 €
e) Neurochirurgische Klinik	48,57 €
f) Frauenklinik	119,13 €
g) HNO	78,74 €
h) Urologie	103,28 €
i) Nuklearmedizin	162,08 €
j) Frührehabilitation	91,52 €
k) Geriatrie	72,09 €
l) Neurologie	114,02 €
m) Kardiologie	156,97 €
n) Neonatologie	51,64 €
o) Schmerzklinik	91,52 €
p) Pneumologie	219,34 €

b. nachstationäre Behandlung

Fachrichtung	je Behandlungsfall
a) Medizinische Klinik	53,69 €
b) Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	37,84 €
c) Chirurgische Klinik	17,90 €
d) Unfallchirurgische Klinik	21,47 €
e) Neurochirurgische Klinik	21,99 €
f) Frauenklinik	22,50 €
g) HNO	37,84 €
h) Urologie	41,93 €
i) Nuklearmedizin	123,22 €
j) Frührehabilitation	24,54 €

k) Geriatrie	30,68 €
l) Neurologie	40,90 €
m) Kardiologie	61,36 €
n) Neonatologie	23,01 €
o) Schmerzklinik	24,54 €
p) Pneumologie	66,47 €

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

a) Computer-Tomographie-Geräte (CT)
b) Magnet-Resonanz-Geräte (MR)
c) Linksherzkatheter-Messplätze (LHM)
d) Hochvolttherapie-Geräte
e) Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET)

Diese Leistungen werden nach dem Einstandspreis der Kliniken berechnet.

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.

13. 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 berechnet das Krankenhaus 110,51 €, ggf. zzgl.:
   - Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen i. H. v. 26,23 €.
   - Zuschlag für in der Zeit zwischen 20 bis 22 oder 6 bis 8 Uhr erbrachte Leistungen i. H. v. 15,15 €.
   - Zuschlag für an Samstagen, Sonn- und Feiertagen erbrachte Leistungen i. H. v. 19,82 €

14. 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.

15. 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.

16. 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.

17. 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.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2026 in Kraft. Gleichzeitig wird der letzte DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Frau **Kirsten von Feldmann** unter 0481/785-**1201**
Frau **Martje Ipsen** unter 0481/785-**1204**

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.