

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

Die Gemeinnützige Krankenhausgesellschaft des Landkreises Bamberg mbH berechnet ab dem **01.05.2026** 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 **4.562,26 €** 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	€ 4.600,00	€ 2.488,60
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Frakturen 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).

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 erbracht wird. Als Anschlussregelung zur Hybrid-DRG-Verordnung vom 19.12.2023 wurde durch die Selbstverwaltungspartner die Vereinbarung zu der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) gemäß § 115f SGB V für das Jahr 2026 (Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung) am 18.12.2024 abgeschlossen.

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 <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 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 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 **krankenspezifische 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 krankenspezifischen 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 krankenhausespezifischen 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:

ZE 2026-09	Hämoperfusion (Vollblut-Adsorption); (OPS 8-821.3*)	1.081,81 €
ZE 2026-25	Modulare Endoprothese (OPS 5-829.k* oder 5-829.m)	2.045,00 €
ZE 2026-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt (OPS 5-429.j0 oder 5-429.j1 oder 5-429.j3 oder 5-429.j4 oder 5-429.j9)	850,24 €
ZE 2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral, je mg; (OPS 6-002.p*)	0,55 €
ZE 2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral, je mg; (OPS 6-002.r*)	5,66 €
ZE 2026-133	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst; (OPS 8-98h.0*)	600,00 €
ZE 2026-149	Gabe von Infliximab, parenteral, je mg; (OPS 6-001.e*)	0,89 €
ZE 2026-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	Kostenerstattung
ZE 2026-137	Gabe von rekombinantem Faktor VII	Kostenerstattung
ZE 2026-138	Gabe von Fibrinogenkonzentrat	Kostenerstattung
ZE 2026-139	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	Kostenerstattung

5. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 6 Abs. 2 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:

NUB2026-01	Remdesivir, je 1mg	4,11 €
NUB2026-02	Icatibant, je mg	23,47 €
NUB2026-03	Nirmatrelvir-Ritonavir, je 1mg	0,27 €

6. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2026

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

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 **60,97 € (Ausbildungszuschlag §301: 75109002)** berechnet.
- Zuschlag für die **generalisierte Pflegeausbildung** (§301: 75109003) nach dem Pflegeberufegesetz gem. § 33 Abs. 3 S. 1 PflBG je voll- und teilstationären Fall in Höhe von **108,70 €**.
- Zuschlag für die **medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen** nach § 17b Abs. 1a Nr. 7 KHG in Höhe von **60,00 €** pro Tag.
- Zuschlag für die **Teilnahme an der Notfallversorgung** (§301: 47100027). gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG je abgerechnetem vollstationärem Fall in Höhe von **30,80 €**.
- **Telematikzuschlag** (§301:47100009) nach § 377 Abs. 1 und 2 SGB V. Der Zuschlag wird in Höhe von **8,57 €** je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung der Telematikinfrastruktur erhoben.
- Zuschlag für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen (**üFMS-Zuschlag** §301: 47100026) nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG je abgerechneten vollstationären Fall in Höhe von **0,20 €**.
- Zuschlag nach § 5 Abs. 3d KHEntgG für implantatbezogene Maßnahmen nach § 2 Nr. 4 **Implantateregistergesetz** (§301:47100049) 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** (§301: 47100009) speichert in Höhe von **0,91 €**.

- Zuschlag **Sofort-Transformationskosten** nach § 8 Abs. 11 Satz 1 KHEntgG für alle voll- und teilstationären Krankenhausbehandlungen gesetzlich Versicherter in Höhe von **3,25%** auf die Entgelte gemäß Nachtrag zur § 301-Vereinbarung vom 24.09.2025.

Abschläge gemäß B-BEP-Abschlagsvereinbarung:

- Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8a KHEntgG wegen **fehlender Einschätzung des Beatmungsstatus** in Höhe von **16%** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG, **maximal jedoch 2.000,00 €**.
- Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8b KHEntgG wegen **fehlender Anschlussverordnung zur Beatmungsentwöhnung** in Höhe von einmalig **280 €**.

8. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG

- | | |
|--|---------------|
| - Zuschlag für externe Qualitätssicherung (§301: 46009000),
je vollstationärem Fall: | 0,84 € |
| - Qualitätssicherung Schlaganfall (§301: 46009002): | 3,10 € |

9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- **DRG-Systemzuschlag** nach § 17b Abs. 5 KHG (§301:48000001) 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 (§301: 47100001) für jeden abzurechnenden Krankenhausfall in Höhe von: **3,12 €**

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 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.

Für die Abrechnung ab **01.01.2026** wird der **Pflegeentgeltwert** mit den Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG mit **236,14 €** multipliziert.

11. 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

Innere Medizin allgemein	147,25 €	fallbezogene Pauschale
Allgemeine Chirurgie	100,72 €	fallbezogene Pauschale

b. Nachstationäre Behandlung

Innere Medizin allgemein	53,69 €	je Behandlungstag
Allgemeine Chirurgie	17,90 €	je Behandlungstag

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

- Computer-Tomographie-Geräte (CT):
Leistungen (Pauschalen) nach der Gemeinsamen Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115 a Abs. 3 SGB V zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassenverbänden (Stand:11.07.1994):

5369	Höchstwert f. Leistungen nach Nr. 5370-5374	122,71 €
5370	CT im Kopfbereich ggf. einschl. der kraniozerv. Überg.	81,81 €
5371	CT im Hals- und/oder Thoraxbereich	94,08 €
5372	CT im Abdominalbereich	106,35 €
5373	CT des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten o. Gelenke)	77,72 €
5374	CT der Zwischenwirbelr. Hals-, Brust- u./o. Lendenws.	77,72 €
5375	CT der Aorta	81,81€
5376	Ergänzende CT mit mind. 1 zus. Serie b. High-Res.Techn	20,45 €
5377	Zuschl. f. computergest. Analyse einschl. 3D-Rekon	32,72 €
5378	CT zur Bestrahlungsplanung	40,90 €
5380	Bestimmung des Mineralgehalts (Osteodensitometr.)	12,27 €

- Magnet-Resonanz-Geräte (MR):
Leistungen (Pauschalen) nach der Gemeinsamen Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115 a Abs. 3 SGB V zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassenverbänden (Stand: 11.07.1994):

5700	MRT im Bereich Kopf/Hals	179,97 €
5705	MRT der Wirbelsäule	171,79 €
5715	MRT im Bereich des Thorax ggfs. einschl. Hals/Thoraxo.	175,88 €
5720	MRT im Bereich des Abdomens u./o. Beckens	179,97 €
5721	MRT der Mamma(e)	163,61 €
5729	MRT eines oder mehrerer Gelenke o. Abschn. Von Extr.	98,17 €
5730	MRT einer oder mehrerer Extremität(en)	163,61 €
5731	Erg. Serie(n) zu Nrn. 5700-5730	40,90 €
5732	Zuschl. zu 5700-5730 f. Posit.-u./o. Spulenwechsel	40,90 €
5733	Zuschl. f. computergest. Analyse z. B. Kinetik, 3D-Rek.	32,72 €
5735	Höchstwert für Leistungen nach 5700-5730	245,42 €

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.

12. 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. Kostenvoranschlag für ausländische Patienten **30,00 €**
3. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus folgende Entgelte gemäß GOÄ:
 - Dauer der Leichenschau 20 Minuten: **110,51 €**
 - Dauer der Leichenschau 10 Minuten: **66,31 €**
4. Für die Entnahme eines Herzschrittmachers bei einem Toten berechnet das Krankenhaus **45,00 €**.
5. **Kopierkosten: 0,50 €** pro A4-Kopie, 1,00 € pro A3-Kopie, Arbeitszeit **45,00 €/pro Stunde** zzgl. der geltenden Versandkosten der Deutschen Post AG
6. Röntgen-, CT- oder MRT-Bilder auf CD-Rom pauschal **5,47 €** gemäß DKG-NT Nr. 9794
7. **Ärztliche Atteste** werden nach Aufwand gesondert berechnet.

13. 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 (§ 39 Abs. 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit 10,00 € je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 1 SGB V beim Patienten geltend gemacht. Dabei sind bereits geleistete Zuzahlungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung anzurechnen.

14. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in das selbe 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. 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:

Juraklinik Scheßlitz

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Innere Abteilung und Intensivmedizin	Renner Wanja	Dr. Jan Brändel
Akutgeriatrie	Dieter Höger	Dr. Tatjana Frisk
Allgemein- und Viszeralchirurgie	Michael Zachert	Yuri Hancharonak
Orthopädie- und Unfallchirurgie Sektion Endoprothetik Sektion Unfallchirurgie	Dr. Matthias Biedermann	Dr. Benoit Reuter Dr. Günther Wittmann
Anästhesie und chirurgische Intensivmedizin	Dr. Thomas Eberlein	Dr. Sven Klöhr

Steigerwaldklinik Burgebrach

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Innere Abteilung	Markus Hoffmann	Petra Düchtel-Kuhn
Kardiologie	Markus Hoffmann	Dr. Ireneusz Klosowski
Phlebologie	Christoph Rösch	Michael Zachert
Intensivmedizin	Dr. Oliver Kuckein	
Allgemein- und Viszeralchirurgie Sektion Orthopädie Sektion Unfallchirurgie Sektion Neurochirurgie/Unfallchirurgie	Michael Zachert	Andreas Rösch Dr. Franz Ertl Michael Stahl Dr. Steffen Amend
Anästhesie und chirurgische Intensivmedizin Sektion Endoprothetik	Dr. Thomas Eberlein	Dr. Graf Christian Dr. Peter Görlitz
Neurochirurgie	Dr. Stefan Köhler	Dr. Sabine Hüttmann Dr. Christopher Held

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.

Unterbringung in einem Privatzimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Juraklinik Scheßlitz	Komfortmerkmale	Preis pro Tag
Einbettzimmer Premium I	siehe Wahlleistungsflyer	143,49 €
Einbettzimmer Premium II	siehe Wahlleistungsflyer	123,14 €
Einbettzimmer eingestreut	siehe Wahlleistungsflyer	109,55 €
Zweibettzimmer eingestreut	siehe Wahlleistungsflyer	67,91 €

Steigerwaldklinik Burgebrach	Komfortmerkmale	Preis pro Tag
Einbettzimmer Premium	siehe Wahlleistungsflyer	116,57 €
Einbettzimmer eingestreut	siehe Wahlleistungsflyer	103,99 €
Einbettzimmer B5	siehe Wahlleistungsflyer	103,99 €
Einbettzimmer Rondell	siehe Wahlleistungsflyer	135,40 €
Einbettzimmer Rondell Suite	siehe Wahlleistungsflyer	141,68 €
Zweibettzimmer Premium	siehe Wahlleistungsflyer	81,48 €
Zweibettzimmer eingestreut	siehe Wahlleistungsflyer	67,91 €
Zweibettzimmer B5	siehe Wahlleistungsflyer	67,91 €
Zweibettzimmer Rondell	siehe Wahlleistungsflyer	88,28 €

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

Zuschlag für Einbettzimmer gilt ebenso für Zweibettzimmer, wenn die zweite Person die Begleitperson ist. Die ärztlichen Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von diesen nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

c) Sonstige Wahlleistungen

- „Hotelgast“ Aufnahme vor oder nach einer ambulanten Operation /dem stationären Aufenthalt: **100,00 € pro Tag**
- Begleitperson, die nicht medizinisch indiziert ist: **100,00 € pro Tag**
- Übergangspflege **255,00 € pro Tag**

Inkrafttreten

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

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Frau Nicole Hollik, Tel.: 09542 779-138

Die allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) und eine Information für die Privatabrechnung bei Patienten der Postbeamtenkrankenkasse, kann an der Information/stationäre Aufnahme eingesehen werden.

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.

Scheßlitz, den 30.04.2026

Nicole Hollik
Leitung Patientenmanagement