



ALB FILS KLINIKUM GmbH
DRG-Entgelttarif zum 01.06.2026
und Information des Patienten
gemäß § 8 KHEntgG

Klinikstandort:

Eichertstr. 3, 73035 Göppingen

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 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 **4.618,98 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel:

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor oder andere Kopfverletzungen und bestimmte Fraktur	0,541	4.618,98 €	2.498,87 €
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	3,015	4.618,98 €	13.926,23 €

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 mit Übernachtung 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 Euro	Fallpauschale der Hybrid-DRG zuzüglich 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.

Eine Berechnung von Entgelten für vereinbarte Wahlleistungen bleibt unberührt.

4. 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 KHEntG vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder

den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntG abgerechnet werden. Die vereinbarten Zusatzentgelte sind der **Anlage 1** zu diesem Entgelttarif zu entnehmen.

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 KHEntG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

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 KHEntG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2026:

Nr.	Bezeichnung	Entgelt in €	Einheit
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	324,25 €	je Tag
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	284,96 €	je Tag
U01Z	Genitalorganumwandelnde Operation	619,17 €	je 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 KHEntG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

6. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 6 KHEntG

Für die Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und bundeseinheitlich festgelegten Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können und die nicht gem. § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntG zeitlich befristete fallbezogene Entgelte gem. Anlage 2 zu diesem Entgelttarif ab.

7. Zusatzentgelt für Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gem. der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG

Für Kosten, die dem Krankenhaus für Testungen auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 bei voll- oder teilstationärer Krankenhausbehandlung entstehen, rechnet das Krankenhaus gem. der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG gesondert folgende Zusatzentgelte ab:

- Testungen durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR, PoC-PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik: 30,40 €
- Testungen mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2: 19,00 €
- Testungen mittels Antigen-Test zur patientennahen Anwendung durch Dritte zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (PoC-Antigentest): 11,50 €

8. Tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 7 Abs. 1 Ziff. 6a KHEntgG

Das Krankenhaus vereinbart mit den Krankenkassen ein Pflegebudget zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten, die dem Krankenhaus entstehen. Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt nach § 6a Abs. 4 KHEntgG über einen krankenhaushausindividuellen Pflegeentgeltwert, welcher berechnet wird, indem das vereinbarte Pflegebudget dividiert wird durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr.

544,35 €

9. Zu- und Abschläge

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Gemäß §§ 17 a Abs. 6 bzw. 9 KHG und 33 Abs. 3 PflBG berechnet das Krankenhaus einen kombinierten Ausbildungszuschlag zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen je voll- und teilstationärem Fall
in Höhe von **330,46 €**
- Zuschlag für die Aufnahme von medizinisch notwendigen Begleitpersonen bzw. Pflegekraft
in Höhe von **60,00 €** pro Tag
(Die Kosten werden i.d.R. von der Krankenkasse übernommen). Dieser Zuschlag betrifft nur die Fälle der medizinisch notwendigen Aufnahme von Begleitpersonen und ist von der wahlweisen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson nach Ziff. 19.c. zu unterscheiden.
- Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG je vollstationären Fall
in Höhe von **18,17 €**
- Zuschlag für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG je vollstationären Fall
in Höhe von **0,84 €**
- 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 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. 2c KHEntgG zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern
in Höhe von **20,64 €**
- Zuschlag nach § 5 Abs. 3d KHEntgG für implantatbezogene Maßnahmen nach § 2 Nr. 4 Implantateregistergesetz
in Höhe von **18,24 €**
- 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 €**
- Zuschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG
in Höhe von **0,08 %**
auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG
- Zuschlag für Sofort-Transformationskosten nach § 8 Abs 11 Satz 1 KHEntgG
in Höhe von **3,25 %**

des Rechnungsbetrages bei Patientinnen und Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung.

- Abschlag für Zentren/Schwerpunkte nach § 5 Abs. 3 KHEntgG
in Höhe von **-1,00 %**
- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG
in Höhe von **0,30 %**
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 wegen Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i Abs. 5 SGB V i.V.m. § 8 Abs. 4 KHEntgG
in Höhe von **-0,03 %**

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 **8,70 €**

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

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

<u>Fachabteilung</u>	<u>vorstationär</u>	<u>nachstationär</u>
Innere Medizin	147,25 €	53,69 €
Kardiologie	156,97 €	61,36 €
Gastroenterologie	164,64 €	63,91 €
Pneumologie	219,34 €	66,47 €
Pädiatrie	94,08 €	37,84 €
Allgemeine Chirurgie	100,72 €	17,90 €
Unfallchirurgie	82,32 €	21,47 €
Gefäßchirurgie	134,47 €	23,01 €
Thoraxchirurgie	121,18 €	45,50 €
Urologie	103,28 €	41,93 €
Orthopädie	133,96 €	20,96 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13 €	22,50 €
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	78,74 €	37,84 €
Augenheilkunde	68,51 €	38,86 €
Strahlenheilkunde	186,62 €	330,29 €
Zahn- und Kieferheilkunde	64,42 €	23,52 €
Intensivmedizin	104,30 €	36,81 €
Endokrinologie	310,87 €	44,48 €
Sonstige Fachabteilung	91,52 €	24,54 €

<u>Großgeräte – vor-/nachstationär</u>	<u>DKG-NT Ziffer</u>	<u>Pauschale</u>
Computer-Tomographie-Gerät (CT):	5369	122,71 €
	5370, 5375	81,81 €
	5371	94,08 €
	5372	106,35 €
	5373, 5374	77,72 €
	5376	20,45 €
	5377	32,72 €
	5378	40,90 €
	5380	12,27 €
Magnet-Resonanz-Gerät (MR):	5700, 5720	179,97 €
	5705	171,79 €
	5715	175,88 €
	5721, 5730	163,61 €
	5729	98,17 €
	5731, 5732	40,90 €
	5733	32,72 €
	5735	245,42 €
Hochvolttherapie-Geräte:	5831	61,36 €
	5832	20,45 €
	5833	81,81 €
	5836	40,90 €
	5837	5,11 €
Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET):	5488	245,42 €
	5489	306,78 €

Die bei diesen Untersuchungen applizierten Kontrastmittel werden zusätzlich nach dem Einstandspreis des Krankenhauses abgerechnet.

Gem. § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 KHEntG 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

- Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung Arbeitsunfallverletzter /Berufserkrankter berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt je Behandlungstag
110,00 €
Daneben berechnet der liquidationsberechtigte Arzt sein Honorar für die gutachterliche Tätigkeit, zusätzlich werden die Aufwendungen für Ablichtungen und Kopien, Schreibgebühren sowie Porto- und Versandkosten nach dem JVEG erhoben.
- Für die Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung mit Ausnahme der Ziffer 15.1 berechnet das Krankenhaus die Entgelte nach der FPV 2026 und der DRG-EKV 2026.
Daneben berechnet der liquidationsberechtigte Arzt sein Honorar für die gutachterliche Tätigkeit, zusätzlich werden die Aufwendungen für Ablichtungen und Kopien, Schreibgebühren sowie Porto- und Versandkosten nach dem JVEG erhoben.
- Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus ein Entgelt
in Höhe von **140,00 €**
- Für die Nutzung der Leichenkühlzelle berechnet das Krankenhaus ein Entgelt pro Kalendertag (Berechnung ab dem zweiten Arbeitstag nach dem Tod)
in Höhe von **40,00 €**
- Für die Stellung einer Sonderwache wird der tatsächlich Aufwand (Stunden) berechnet, der Stundensatz beträgt
25,00 €
- Die Abrechnung von Leistungen der physikalischen Therapie für privat versicherte Patienten (Selbstzahler) erfolgt nach Haustarif. Dieser Tarif ist Anlage des Behandlungsvertrages.
- Nimmt der Benutzer vom Krankenhaus angebotene Leistungen (z.B. Verpflegung) nicht oder nicht voll in Anspruch, tritt keine Minderung des Entgeltes ein.

8. Nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören z.B. auch:
- a) Krankentransporte bei Aufnahme, Entlassung, Verlegung, (soweit Krankenhausfahrten, insbesondere Verlegungsfahrten nicht von der Kasse getragen werden, sind diese vom Patienten zu tragen), Beurlaubung, Behandlung interkurrenter (nicht im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt) Erkrankungen u.ä.,
 - b) Hilfsmittel, die dem Patienten nach Entlassung mitgegeben werden, insbesondere Prothesen, Gehstöcke, Krankenfahrräder, Thrombosestrümpfe u.ä.

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. 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. Wahlärztliche Leistungen

Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung und der Patienteninformation über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen entnehmen.

b. Medizinische Wahlleistungen

Psychologische und psychoonkologische Dienste und Patientenbetreuung. Im Einzelnen richtet sich die konkrete Abrechnung nach den Regeln der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Daneben werden die Gebühren gem. § 6a GOÄ um 25% gemindert.

c. Unterbringung

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. Bei dieser Wahlleistung bezahlt der Patient/Antragsteller selbst den tariflichen Zuschlag an das Krankenhaus.

1. Unterbringung in einem Komfort-1-Bett-Zimmer auf der Komfortstation, ohne Begleitperson	199,00 €
2. Unterbringung in einem Komfort-2-Bett-Zimmer auf der Komfortstation, ohne Begleitperson	95,00 €
3. Unterbringung in einem regulären 1-Bett-Zimmer mit Wahlleistungsservice, ohne Begleitperson	150,00 €
4. Unterbringung in einem regulären 2-Bett-Zimmer mit Wahlleistungsservice, ohne Begleitperson	65,00 €
5. Reservierung für einen Zeitraum von maximal vier Tagen	
für ein Komfort-1-Bett-Zimmer auf der Komfortstation	149,25 €
für ein reguläres 1-Bett-Zimmer	112,50 €
6. Unterbringung einer Begleitperson im gleichen Zimmer inkl. Vollverpflegung mit Zusatzspeisekarte	50,00 €

nur in Kombination mit dem gewählten Zimmertyp aus den Ziffern c.1 oder c.3

ALB FILS KLINIKUM GmbH Eichertstraße 3 73035 Göppingen IK-Nr. 260810589	Vorsitzender des Aufsichtsrats: Landrat Markus Möller Med. Geschäftsführer (Vors.): Dr. med. Ingo Hüttner Kfm. Geschäftsführer: Wolfgang Schmid	Sitz: Göppingen Registergericht: Ulm HRB 720485 St.-Nr. 63089/09893	Tel.: 07161.64-0 Fax: 07161.64-1019 info@af-k.de www.alb-fils-klinikum.de	Kreissparkasse Göppingen BLZ 610 500 00, Kto.Nr. 17 IBAN: DE 15 6105 0000 0000 0000 17 SWIFT-BIC: GOPS DE 6 G
ID: D15559	Version: 8	Sich.Klass: 3_AFK	Seite 8 von 15	

7.	Unterbringung einer Begleitperson bei Entbindung im Familienzimmer ohne Wahlleistungsservice	95,00 €
8.	Unterbringung einer Begleitperson im gleichen Zimmer bei palliativmedizinischer Betreuung	60,00 €
	bei Patienten in der Kinderklinik, ohne med. Indikation	60,00 €
9.	Wahlleistung bei ambulanter Operation oder bei medizinisch nicht notwendiger Verlängerung des stationären Aufenthaltes auf Wunsch ohne weitere medizinisch-pflegerische Betreuung	95,00 €
	mit weiterer medizinisch-pflegerische Betreuung, kein Pflegegrad oder bis Pflegegrad 2	150,00 €
	mit weiterer medizinisch-pflegerische Betreuung, ab Pflegegrad 3	200,00 €

d. Privatärztlichen Behandlung

(jeweils inkl. gesetzlicher MWSt., sofern steuerpflichtig)

1.	Akupunktur	22,00 €
2.	Ersttrimester-Screening ein Kind	200,00 €
	Zwillinge	300,00 €
	Drillings	400,00 €
3.	Fehlbildungsdiagnostik (zwischen der 20. und 24. Schwangerschaftswoche ohne med. Indikation)	255,00 €
4.	Ambulante Sterilisation	730,00 €
5.	Sterilisation in Verbindung mit einem anderen operativen Eingriff – weiterer Zugang (ambulant oder stationär) beidseitig	450,00 €
	einseitig	350,00 €
6.	Sterilisation in Verbindung mit einem anderen operativen Eingriff – gleicher Zugang (ambulant)	220,00 €
7.	Sterilisation in Verbindung mit einem anderen operativen Eingriff, in dem der Bauchraum bereits geöffnet ist (stationär) beidseitig	220,00 €
	einseitig	140,00 €
8.	Intra-Uterin-Pessar (IUP) Einlage mit Lagekontrolle durch Ultraschall	60,00 €
	Neuanlage in Narkose	350,00 €
	Entfernung in Narkose	340,00 €
9.	Entfernung eines Hormonimplantates in Verbindung mit einem anderen operativen Eingriff (ambulant)	20,00 €
10.	Adhäsionsprophylaxe mittel Barrieremethode (Hyalobarrier Gel Endo) (ambulant oder stationär)	240,00 €
11.	Schwangerschaftsabbruch gem. § 218 a Abs. 1 StGB Die Leistungen für den Abbruch werden privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit dem 1,8-fachen des Gebührensatzes berechnet (alle an der Behandlung beteiligten Ärzte stellen ihre Leistungen in Rechnung z. B. Gynäkologe, Anästhesist, Laborarzt etc.)	
12.	Ausstellung des Europäischen Notfallausweises	47,00 €
13.	Laboruntersuchung für den Europäischen Notfallausweis je Untersuchung	24,00 €
14.	Endovenöse Lasertherapie, ein Bein (Radiofrequenzablation)	1.950,00 €
15.	Endovenöse Lasertherapie, beide Bein (Radiofrequenzablation)	2.950,00 €
16.	Kostenvoranschlag (im Falle einer sich anschließenden Behandlung wird die Gebühr für den Kostenvoranschlag bei der Rechnungsstellung verrechnet)	100,00 €

17. Abschlagszahlung

Nach § 8 Abs. 7 KHEntgG kann das Krankenhaus angemessene Vorauszahlungen verlangen. Grundsätzlich erwarten wir von Patienten, die in unserem Hause stationär behandelt werden und bei keiner deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und keine gültige Krankenversichertenkarte vorlegen können, eine Vorausleistung in Form einer Abschlagszahlung. Die Höhe des Betrags richtet sich nach der danach zu erwartenden DRG Fallpauschale.

18. Private Krankenversicherung

Das Krankenhaus nimmt am elektronischen Datenaustausch und der direkten Abrechnung mit den zugelassenen privaten Krankenversicherungsunternehmen teil. Mit der Einwilligung des privat versicherten Patienten ist für die allgemeinen Krankenhausleistungen und die Wahlleistung Unterkunft im jeweils tariflich versicherten Leistungsumfang eine Direktabrechnung möglich. Die wahlärztlichen Leistungen (Chefarzt-Behandlung), nicht tariflich abgesicherte Leistungen sowie der ggf. von der Beihilfe zu tragende Anteil sind mit dem Patienten als Selbstzahler abzurechnen.

19. Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.06.2026 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.04.2026 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der stationären Abrechnung 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.

Göppingen, den 01.06.2026

ALB FILS KLINIKUM GmbH



Elena Mayer

Geschäftsbereich 2 – Finanzen und Controlling

Teamleitung zentrale Patientenaufnahme und stationäre Abrechnung

ALB FILS KLINIKUM GmbH - Anlage 1 zum DRG-Entgelttarif 01.06.2026 (E3.2 Entgelte)				
Zusatz-entgelt	OPS-Kode	OPS-Text	Entgelthöhe	Einheit
ZE2026-01	5-785.2d	Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Keramischer Knochenersatz: Becken	1.504,09 €	je Einzelleistung
ZE2026-04	5-775.72	Plastische Rekonstruktion und Augmentation der Mandibula: Durch alloplastische Implantate: Mit computerassistent vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat], großer oder komplexer Defekt	4.000,00 €	je Einzelleistung
ZE2026-05	5-777.31	Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: In der Le-Fort-I-Ebene in einem Stück: Mit Distraction	1.192,90 €	je Einzelleistung
	5-777.41	Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: In der Le-Fort-I-Ebene in zwei Stücken: Mit Distraction	1.192,90 €	je Einzelleistung
	5-776.6	Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes: Verlagerung des Unterkiefers durch Distraction mit Kontinuitätsdurchtrennung im aufsteigenden Mandibulaast	1.192,90 €	je Einzelleistung
	5-776.7	Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes: Verlagerung der Mandibula durch Distraction nach Osteotomie im horizontalen Mandibulaast	1.192,90 €	je Einzelleistung
ZE2026-09	8-821.30	Hämo-perfusion [Vollblut-Adsorption]: Selektiv, zur Entfernung hydrophober Substanzen (niedrig- und/oder mittelmolekular)	1.134,89 €	je Einzelleistung
ZE2026-25	5-829.k*	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz: Schaftkomponente ohne eine dem Knochendefekt entsprechende Länge und Dicke	1.763,41 €	je Einzelleistung, Knie
	5-829.k*	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz: Pfannenkomponente	1.555,95 €	je Einzelleistung, Hüfte
	5-829.k*	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz: Pfannenkomponente	1.023,29 €	je Einzelleistung, Schulter
ZE2026-46	8-812.4	Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, parenteral (Pferd)	3,00 €	je Einzelleistung
ZE2026-54	5-513.n0	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden gecoverten Stent-Prothesen: 1 Stent-Prothese	811,98 €	je Einzelleistung
	5-526.e0	Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Einlegen einer Prothese: Selbstexpandierend	792,74 €	je Einzelleistung

	5-429.j1	Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, eine Prothese ohne Antirefluxventil	562,89 €	je Einzelleistung
	5-513.m0	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden ungecoverten Stents: 1 Stent	484,04 €	je Einzelleistung
	5-513.n1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden gecoverten Stent-Prothesen: 2 Stent-Prothesen	1.565,56 €	je Einzelleistung
	5-529.n4	Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang: Transgastrale Drainage einer Pankreaszyste: Endoskopisch mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents	822,31 €	je Einzelleistung
	5-529.r3	Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang: Transduodenale Drainage einer Pankreaszyste: Endoskopisch mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents	607,50 €	je Einzelleistung
	5-529.n4 i.V.m. 5-549.a	Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang: Transduodenale Drainage einer Pankreaszyste: Endoskopisch mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents	3.839,00 €	je Einzelleistung
	5-529.p2	Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang: Transduodenale Drainage einer Pankreaszyste: Endoskopisch mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents	1.510,00 €	je Einzelleistung
	5-529.p2 i.V.m. 5-549.a	Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang: Transduodenale Drainage einer Pankreaszyste: Endoskopisch mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents	3.839,00 €	je Einzelleistung
	5-529.r3 i.V.m. 5-549.a	Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang: Transduodenale Drainage einer Pankreaszyste: Endoskopisch mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents	3.839,00 €	je Einzelleistung
	5-529.s2	Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang: Transduodenale Drainage einer Pankreaszyste: Endoskopisch mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents	639,15 €	je Einzelleistung
	5-529.s2 i.V.m. 5-549.a	Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang: Transduodenale Drainage einer Pankreaszyste: Endoskopisch mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents	3.839,00 €	je Einzelleistung
ZE2026-56	6-002.f*	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Bosentan, oral	0,03 €	je mg
ZE2026-61	5-039.f2	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar	24.675,13 €	je Einzelleistung
ZE2026-62	8-839.46	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Implantation oder Entfernung einer transvasal platzierten axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung: Implantation einer linksventrikulären axialen Pumpe	19.635,00 €	je Einzelleistung

ZE2026-63	6-003.4*	Applikation von Medikamenten, Liste 3: Diboterminal alfa, Implantation am Knochen	305,68 €	je mg
ZE2026-74	6-003.a*	Applikation von Medikamenten, Liste 3: Sunitinib, oral	0,20 €	je mg
ZE2026-77	6-003.g*	Applikation von Medikamenten, Liste 3: Lenalidomid, oral	0,14 €	je mg
ZE2026-111	6-005.d*	Applikation von Medikamenten, Liste 5: Paclitaxel, als an Albumin gebundene Nanopartikel, parenteral	2,39 €	je mg
ZE2026-112	6-006.2*	Applikation von Medikamenten, Liste 6: Abirateron, oral	0,02 €	je mg
ZE2026-120	6-001.c*	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Pemetrexed, parenteral	0,07 €	je mg
ZE2026-121	6-002.b*	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Etanercept, parenteral	3,40 €	je mg
ZE2026-123	6-002.p*	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral	0,50 €	je mg
ZE2026-124	6-002.5*	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Voriconazol, oral je g	8,39 €	je g
ZE2026-130	6-006.6*	Applikation von Medikamenten, Liste 6: Belimumab, parenteral	1,29 €	je mg
ZE2026-138	8-810.j*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat	0,31 €	je mg
ZE2026-140	6-006.b*	Applikation von Medikamenten, Liste 6: Brentuximab vedotin, parenteral	64,48 €	je mg
ZE2026-141	6-007.6*	Applikation von Medikamenten, Liste 7: Enzalutamid, oral	0,66 €	je mg
ZE2026-142	6-007.3*	Applikation von Medikamenten, Liste 7: Aflibercept, intravenös	3,54 €	je mg
ZE2026-143	6-006.0*	Applikation von Medikamenten, Liste 6: Eltrombopag, oral	2,09 €	je mg
ZE2026-144	6-007.j*	Applikation von Medikamenten, Liste 7: Obinutuzumab, parenteral	2,52 €	je mg
ZE2026-145	6-007.e*	Applikation von Medikamenten, Liste 7: Ibrutinib, oral	0,47 €	je mg
ZE2026-146	6-007.m*	Applikation von Medikamenten, Liste 7: Ramucirumab, parenteral	3,81 €	je mg
ZE2026-147	6-001.9*	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Bortezomib, parenteral	16,67 €	je mg
ZE2026-148	6-001.d*	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Adalimumab, parenteral	2,05 €	je mg
ZE2026-149	6-001.e*	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Infliximab, parenteral	0,90 €	je mg
ZE2026-151	6-001.h*	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös	0,58 €	je mg
ZE2026-154	6-003.k*	Applikation von Medikamenten, Liste 3: Anidulafungin, parenteral	0,33 €	je mg
ZE2026-156	6-007.k*	Applikation von Medikamenten, Liste 7: Posaconazol, parenteral	1,36 €	je mg
ZE2026-162	6-008.9*	Applikation von Medikamenten, Liste 8: Carfilzomib, parenteral	16,96 €	je mg
ZE2026-164	6-008.0*	Applikation von Medikamenten, Liste 8: Riociguat, oral	10,92 €	je mg
ZE2026-167	6-008.h*	Applikation von Medikamenten, Liste 8: Isavuconazol, oral	0,59 €	je mg

ZE2026-170	6-002.9*	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Bevacizumab, parenteral	0,80 €	je mg
ZE2026-173	6-007.p*	Applikation von Medikamenten, Liste 7: Posaconazol, oral, Tabletten	0,05 €	je mg
ZE2026-175	6-002.1*	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Filgrastim, parenteral	0,20 €	je mg
ZE2026-177	6-002.7*	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral	14,28 €	je mg
ZE2026-180	6-005.0*	Applikation von Medikamenten, Liste 5: Azacytidin, parenteral	0,70 €	je mg
ZE2026-182	6-008.5*	Applikation von Medikamenten, Liste 8: Vedolizumab, parenteral	7,33 €	je mg
ZE2026-183	6-009.d*	Applikation von Medikamenten, Liste 9: Elotuzumab, parenteral	3,53 €	je mg
ZE2026-189	5-38a.8f	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracoabdominalis: Stent-Prothese, mit 4 oder mehr Öffnungen	31.403,03 €	je Einzelleistung
	5-38a.8e	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracoabdominalis: Stent-Prothese, mit 3 Öffnungen	25.886,16 €	je Einzelleistung
ZE2026-194	6-005.p*	Applikation von Medikamenten, Liste 5: Ustekinumab, intravenös	40,93 €	je mg
ZE2026-201	6-009.r*	Applikation von Medikamenten, Liste 9: Daratumumab, subkutan	3,10 €	je mg
ZE2026-203	6-00b.7*	Applikation von Medikamenten, Liste 11: Durvalumab, parenteral	3,98 €	je mg
ZE2026-205	6-00c.c*	Applikation von Medikamenten, Liste 12: Polatuzumab vedotin, parenteral	51,57 €	je mg
ZE2026-208	6-004.a*	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Trabectedin, parenteral	2.373,34 €	je mg
ZE2026-210	6-003.h*	Applikation von Medikamenten, Liste 3: Eculizumab, parenteral	17,95 €	je mg
ZE2026-211	6-005.m*	Applikation von Medikamenten, Liste 5: Tocilizumab, intravenös	2,80 €	je mg
ZE2026-212	6-008.f	Idarucizumab, parenteral	0,60 €	je mg
ZE2026-213	6-00c.0	Andexanet alfa, parenteral	10,89 €	je mg
ZE2026-214	6-00b.c*	Letermovir, oral	0,72 €	je mg
ZE2026-217	6-00c.1*	Applikation von Medikamenten, Liste 12: Apalutamid, oral	0,35 €	je mg
ZE2026-221	6-00a.n*	Atezolizumab, subkutan	70% der Entgelthöhe des ZE172 aus dem FP-Katalog 2024	je Dosisklasse
ZE2026-222	6-00a.q*	Gabe von Ocrelizumab, subkutan	70% der Entgelthöhe des ZE173 aus dem FP-Katalog 2024	je Dosisklasse
ZE2026-223	6-00a.8*	Applikation von Medikamenten, Liste 10: Inotuzumab ozogamicin, parental	11,04 €	je mg
ZE2026-230	6-00m.9	Nirsevimab, parenteral, 50 mg oder 100 mg, Alter < 1 Jahr	416,50 €	je Dosisklasse
ZE2026-237	6-00f.f*	Applikation von Medikamenten, Liste 15: Tafasitamab, parenteral	3,02 €	je mg
ZE2026-241	6-008.n*	Applikation von Medikamenten, Liste 8: Nivolumab, intravenös	11,68 €	je mg
ZE2026-242	6-008.p*	Applikation von Medikamenten, Liste 8: Nivolumab, subkutan	11,68 €	je mg

ALB FILS KLINIKUM GmbH - Anlage 2 zum DRG-Entgelttarif 01.06.2026 (E3.3 Entgelte)				
NUB	OPS-Kode	Entgelthöhe	Einheit	Bezeichnung
NUB-05_5cm	8-842.* i.V.m. 8-83b.e1 ohne Längen-OPS	1.602,00 €	je Einzelleistung	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße
NUB-05_10cm	8-842.* i.V.m. 8-83b.e1 ohne Längen-OPS	2.042,84 €	je Einzelleistung	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße
NUB-05_15cm	8-842.* i.V.m. 8-83b.e1 i.V.m. 8-83b.f1	2.500,21 €	je Einzelleistung	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße
NUB-05_25cm	8-842.* i.V.m. 8-83b.e1 i.V.m. 8-83b.f2 oder .f3	3.773,14 €	je Einzelleistung	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße
NUB-05_>25cm	8-842.* i.V.m. 8-83b.e1 i.V.m. 8-83b.f4	3.773,14 €	je Einzelleistung	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße
NUB-06	6-009.4	6,60 €	je mg	Ruxolitinib
NUB-07	6-009.0	0,27 €	je mg	Olaparib
NUB-08	6-005.8	1,26 €	je mg	Everolimus bei Neoplasie
NUB-09	6-00b.5	417,25 €	je mg	Caplacizumab, parenteral
NUB-10	6-00b.f	2,29 €	je mg	Osimertinib
NUB-13	6-008.8	2,58 €	je mg	Cabozantinib
NUB-20	6-004.6	0,19 €	je mg	Nilotinib
NUB-23	6-007.5	0,62 €	je mg	Dabrafenib
NUB-24	6-00b.0	0,22 €	je mg	Abemaciclib
NUB-25	6-005.4	8,93 €	je mg	Icatibant
NUB-26	6-00d.1	0,97 €	je mg	Acalabrutinib
NUB-31	6-007.a	104,35 €	je mg	Pomalidomid je mg bei Gabe der 4 mg Kapsel
NUB-32	6-009.7	67,40 €	je mg	Trametinib
NUB-37	6-009.n	1,64 €	je mg	Trifluridin-Tipiracil
NUB-39	6-00f.f*	2,98 €	je mg	Tafasitamab
NUB-47	6-006.9	5,98 €	je mg	Tafamidis
NUB-48	6-00b.h	0,78 €	je mg	Streptozocin
NUB-58	6-007.4	0,14 €	je mg	Bosutinib
NUB-199_01	5-775.72 / 5-773.a0 / 5-779.20 / 5-779.21	5.778,30 €	je Einzelleistung	Kiefergelenkendoprothese (Totalersatz)
NUB-199_02	5-773.a1	11.787,73 €	je Einzelleistung	Kiefergelenkendoprothese (Totalersatz)
NUB-291	5-392.31 / 5-399.x	1.835,60 €	je Einzelleistung	Implantation einer Gefäßprothese mit integriertem Stent im Rahmen von arteriovenöser Shunt- und Bypasschirurgie
NUB-292	5-98c.4	5.393,96 €	je Einzelleistung	Endovaskuläre Implantation/Reparatur einer Stent-Prothese mittels eines Endo-Staplers
NUB-293	8-836.m0 i.V.m. OPS 8-83b.35	765,48 €	je Einzelleistung	Volumencoils zur Aneurysmatherapie je Coil
NUB-295	8-84b.*	3.144,94 €	je Einzelleistung	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung peripherer Aneurysmen