

DRG-Entgelttarif 2026 der Klinikum Oldenburg (AöR)

Klinikum Oldenburg AöR, Rahel-Straus-Str. 10, 26133 Oldenburg **gültig ab dem 01.01.2026.**

(Umsetzung der Budgetvereinbarung 2025, des Pflegebudgets und des krankenhausindividuellen Ausbildungsbudgets und der Änderungen zum 01.01.2026)

Das Klinikum Oldenburg berechnet folgende Entgelte:

Entgelte in Anwendung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

1. Fallpauschalen (DRGs) gemäß § 17b KHG

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetzes) sowie des KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetzes) 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-301 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 landesweit gültige Basisfallwert für 2026 wurde vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung genehmigt. Für Aufnahmen ab dem 01.01.2026 gilt ein Zahl-Basisfallwert in Höhe von **4.563,13 €**

Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall. Zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen ist gemäß §6a Abs. 1 Satz 1 KHEntgG ein krankenhausindividuelles Pflegebudget zu vereinbaren. Die Abzahlung dieses Pflegebudgets erfolgt über tagesbezogene Pflegeentgelte. Der Gesamtbetrag ergibt sich durch Multiplikation des tagesbezogenen Pflegeentgeltes (Pflegebewertungsrelation) mit der Anzahl der Belegungstage (Verweildauer).

Der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert auf der **Basis des Pflegebudgets 2025** beträgt für die Aufnahmen ab dem 01.11.2025: **301,13 €.**

Beispiel:

aG-DRG	aG-DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt aG-DRG ohne Pflege
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor oder andere Kopfverletzungen und bestimmte Fraktur	0,541	4.563,13 €	2.468,65 €
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	4.563,13 €	13.757,84 €

Neben der DRG-Fallpauschale werden unter anderem noch tagesabhängig die Pflegeerlöse berechnet.

Hier am zweiten Beispiel der DRG **I04Z** dargestellt:

Ist-Verweildauer in Tagen: 17 Tage

Pflegeerlös Bewertungsrelation/ Tag: 0,8195

krankenhausindividueller Pflegeentgeltwert: **301,13 €**

aG-DRG 2026 (Rechnung):

DRG-Erlös + ([Bewertungsrelation Pflegeerlös * krankenhausindiv. Pflegeentgeltwert] * Anzahl der Belegungstage) = Gesamtsumme aus DRG- und Pflegeerlös

[das Produkt wird auf 2 Stellen nach dem Komma kaufmännisch gerundet und dann wird damit weitermultipliziert]
 13.757,84 € + ([0,8195 * 301,13 €] * 17) = **17.953,10 €**

Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorher-sagen. 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 Fallpauschalenvereinbarung 2026 (FPV 2026) vorgegeben.

2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gem. § 1 Abs. 2 und 3 sowie § 3 Abs. 1 und 2 FPV 2026

Der nach der oben beschriebenen DRG-Systematik zu ermittelnde Preis setzt voraus, dass DRG-spezifische Grenzen für die Verweildauer im Krankenhaus nicht über- oder unterschritten werden. Bei Über- oder Unterschreiten dieser Verweildauern werden gesetzlich vorgegebene Zu- oder Abschläge fällig. Die näheren Einzelheiten und das Berechnungsverfahren hierzu regelt die Verordnung 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-Fallpauschalen 2026 Anlage 2b), 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 (Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026) am 11.11.2025 geschlossen.

Die betreffenden Leistungen sind in den Regelungen zur speziellen sektorengleichen Vergütung 2026 aufgeführt, ebenso wie die jeweils anwendbare Hybrid-DRG, welche mit einem festen Eurobetrag vergütet wird. Durch eine postoperative Behandlung erhöht sich die Pauschale jeweils um 30 Euro.

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>mit</u> postoperativer Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte B) in Euro
G09N	Hybrid-DRG 2 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)	2.885,11 €	2.915,11 €
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)	2.711,39 €	2.741,39 €

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 Fall einer postoperativen Nachbehandlung kann eine um 30 Euro erhöhte Fallpauschale abgerechnet werden.

Ein Berechnung von Entgelten für vereinbarte Wahlleistungen bleibt unberührt.

4. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV 2026

Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) gemäß § 17b Abs. 1 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 zur FPV 2026 genannten Zusatzentgelte **krankenhausindividuelle** Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden.

Eine Erläuterung zu den krankenhausindividuellen Zusatzentgelten und Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB's) erhalten Sie gerne auf Anfrage.

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.

5. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2026

Für die Vergütung von Leistungen, die noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausindividuellen Entgelte vereinbart:

Leistungen nach Anlage 3a FPV 2026 – tagesbezogen

aG-DRG	Bezeichnung	aG-DRG-Bereich	Pflegeerlös Bewertungsrelation/ Tag nach akt. Katalog	Pflegeerlös/ Tag (PBR * PEW)	Gesamt-Entgelthöhe pro Tag
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt.	429,34 €	1,2358	372,14€	801,48 €
B76A	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie	535,57 €	1,0296	310,04 €	845,61 €
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	274,35 €	0,8367	251,96 €	526,31 €
Y01Z	Operative Eingriffe bei schweren Verbrennungen oder Beatmung > 95 Stunden bei Verbrennungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte bei Verbrennungen	1.000,00 €	3,8121	301,13 €	2.147,94 €

Leistungen nach Anlage 3a FPV 2026 – fallbezogen*

aG-DRG	Bezeichnung	aG-DRG-Bereich	Pflegeerlös Bewertungsrelation/ Tag nach akt. Katalog	Pflegeerlös/ Tag (PBR * PEW)
A04A	Knochenmarktransplantation, Stammzelltransfusion, allogene, mit zweiter Knochenmarktransplantation/ Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt	88.186,40 €	1,0000	301,13 €
A15A	Knochenmarktransplantation, Stammzelltransfusion, autogene, mit zweiter Knochenmarktransplantation/ Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt	32.206,58 €	1,0000	301,13 €
D23Z	Implantation eines aktiven mechanischen Hörimplantates	16.302,51 €	0,6592	198,50 €
K01Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Frührehabilitation oder geriatrische frührehabilitativer Komplexbehandlung	11.468,47 €	0,7051	212,33 €
U01Z	Geschlechtsumwandelnde Operation	4.438,13 €	0,7726	232,65 €
Z42Z	Stammzellentnahme bei Fremdspender	4.779,82 €	1,0540	317,39 €
Z43Z	Knochenmarkentnahme bei Fremdspender	Abrechnung auf Basis der tats. entstandenen Kosten	1,4038	422,73 €

*Können für die Leistungen nach Anlage 3a in 2026 aufgrund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2026 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **600,00 €** abzurechnen.

Können für die Leistungen nach **Anlage 3b** FPV 2025 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.

Leistungen nach Anlage 3b FPV 2026 MDC 25 teilstationäre pädiatrische Diagnostik und Behandlung

aG-DRG	Bezeichnung	aG-DRG-Bereich	Pflegeerlös Bewertungsrelation/ Tag nach akt. Katalog	Pflegeerlös/ Tag (PBR * PEW)	Gesamt-Entgelthöhe pro Tag
740Z	Bestimmte radiologische Diagnostik in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär	721,41 €	0,6060	182,48 €	903,89 €
741Z	Bestimmte endoskopische Diagnostik in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär	687,03 €	0,6060	182,48 €	869,51 €
742Z	Knochenmark-Biopsie oder Liquordiagnostik in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär	658,42 €	0,6060	182,48 €	840,90 €
743Z	Bougierung und Dilatation des Ösophagus in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär	687,03 €	0,6060	182,48 €	869,51 €
744Z	Dilatation des Anus in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär	687,03 €	0,6060	182,48 €	869,51 €
746Z	Augenuntersuchung in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär	687,03 €	0,6060	182,48 €	869,51 €
748Z	Bestimmte Behandlung ohne Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär	493,95 €	0,6060	182,48 €	676,43 €
749Z	Beobachtung bei Vergiftung, Alter < 10 Jahre, teilstationär	439,06 €	0,6060	182,48 €	621,54 €

Gemäß § 7 Abs. 4 Satz 3 FPV 2026 werden für nicht vereinbarte Entgelte aus der Anlage 3b FPV 2026 je Belegungstag 300 Euro abgerechnet.

6. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß §7 FPV 2026
- Tagesbezogene sonstige Entgelte für teilstationäre Leistungen

Tageskliniken	Erlöse ohne Pflege	Pflegeerlöse	Gesamt
Dermatologische Tagesklinik (TK-DERMA)	281,41 €	3,01 €	284,42 €
Dermatologische Tagesklinik – Photopherese (TK-DER-PHOTO)	540,09 €	3,01 €	543,10 €
Onkologische Tagesklinik (TK-ONK)	419,90 €	150,57 €	570,47 €
Nephrologische Tagesklinik (TK-NEP)	250,74 €	173,00 €	423,74 €
AMASSIST (Tagesklinische Betreuung nach Implantation eines Herzunterstützungssystems)	50,00 €	Keine Abrechnung	50,00 €
Tagesklinik Pädiatrie - TK-PAE-TAGES	439,06 €	182,48 €	622,15 €

7. Tagesklinik Dialyse, teilstationäre aG-DRGs lt. Anlage 1 der FPV 2026

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation aG-DRG	Pflegebewertungsrelation/ Tag
L90B	Niereninsuffizienz, teilstat. >14 Jahre mit Peritonealdialyse	0,058	0,6684
L90C	Niereninsuffizienz, teilstat. >14 Jahre ohne Peritonealdialyse	0,049	0,4891

8. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUBs) – auf Anfrage

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 gem. § 6 Abs. 2 KHEntG die in der Anlage zum Entgelttarif aufgeführten Zusatzentgelte ab. Diese erhalten Sie auf Anfrage.

9. Präparate für die Behandlung von Blutern – gültig ab 01.05.2025

Die bei der Behandlung von angeborenen oder dauerhaft erworbenen Blutgerinnungsstörungen eingesetzten Blutgerinnungsfaktoren werden als Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen im Rahmen von Zusatzentgelten gesondert über die Zusatzentgelte ZE2026-97 extrabudgetär sowie ZE2026-137 (Gabe von rekombinanten aktiviertem Faktor VII, ZE2026-138 (Gabe von Fibrinogenkonzentrat) und ZE2026-139 (Gabe von Blutgerinnungsfaktoren) intrabudgetär vergütet.

Für die Höhe des Zusatzentgeltes gelten die in der auf Landesebene zwischen Niedersächsischer Krankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen geschlossenen Empfehlungsvereinbarung vereinbarten Preise.

		Zusatzentgelt ZE2026-97			
		Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren			
Zusatzentgelt	OPS	Faktorbezeichnung	Präparate	Einheiten je (angefangene IE)	Preis in €
ZE2026-97A	8-810.6*	Rekombinanter aktivierter Faktor VII	NovoSeven *1	1 mg (50kIE)	965,09 €
ZE2026-97AR	8-810.6*	Rekombinanter aktivierter Faktor VII	Cevenfacta	45 KIE	1.076,95 €
ZE2026-97B	8-810.7*	Plasmatischer Faktor VII	Immuseven VII	600	668,11 €
ZE2026-97C	8-810.8*	Rekombinanter Faktor VIII	Advate	250	186,53 €
			Afstyla	250	140,23 €
			Kovaltry	250	186,53 €
			Nuwiq	250	140,23 €
			Vihuma	250	140,23 €
			ReFacto	250	140,23 €
			NovoEight	250	140,23 €
			Obizur	500	1.765,00 €
			Elocta	250	140,23 €
			Adynovi	250	140,23 €
			Jivi (Damoctocog)	250	186,53 €
			Esperoct	500	324,94 €
			Altuvoc®	250	278,88 €
ZE2026-97D	8-810.9*	Plasmatischer Faktor VIII	Beriate	250	183,33 €
			Faktor VIII SDH Intersero	250	183,33 €
			Fanhdi	250	151,95 €
			Haemoctin SDH	250	183,30 €
			Octante	250	183,30 €
ZE2026-97E	8-810.a*	Rekombinanter Faktor IX	Benefix	250	259,75 €
			Rixubis	250	268,10 €
			Idelvion	250	420,40 €
			Alprolix	250	271,84 €
			Refixia	500	882,84 €
ZE2026-97F	8-810.b*	Plasmatischer Faktor IX	AlphaNine	500	425,43 €
			HaemoNine	500	533,80 €
			ImmuNine	600	580,40 €
			OctaNine F	500	489,15 €
	8-812.a*	Plasmatischer Faktor X	Coagadex	250	1.481,55 €
ZE2026-97G	8-810.c*	Prothrombin Komplex mit Faktor-VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität/Feiba	Feiba NF	500	881,43 €
ZE2026-97H	8-810.9* i. V .m. 8-810.d*	Plasmatischer Faktor VIII i.V.m. Von Willebrand-Faktor	Haemate P	250	289,35 €
			Wilate	500	546,46 €
			Willfact	1.000	1.173,26 €
			Voncento	500	527,71 €
			Veyvondi	650	1.088,78 €
ZE2026-97I	8-810.e*	Faktor XIII	Fibrogammin P	250	159,63 €
ZE2026-97J	8-810.j*	Fibrinogenkonzentrat	Haemocomplettan	1 g	436,87 €
			FibClot	1,5 g	871,08 €
			Fibryga	1 g	558,35 €
ZE2026-97L	8-812.9*	Humanes Protein C, parenteral	Ceprotrin	500	1.604,37 €
ZE2026-97K1	8-812.53	Transfusion von Plasma und		3500 bis unter 4500IE	845,13 €

		Zusatzentgelt ZE2026-97			
		Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren			
Zusatzentgelt	OPS	Faktorbezeichnung	Präparate	Einheiten je (angefangene IE)	Preis in €
ZE2026-97K2	8-812.54	anderen Plasmaproteinen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex		4500 bis unter 5500IE	1.066,72 €
ZE2026-97K3	8-812.55			5500 bis unter 6500IE	1.287,42 €
ZE2026-97K4	8-812.56			6500 bis unter 7500IE	1.508,12 €
ZE2026-97K5	8-812.57			7500 bis unter 8500IE	1.728,82 €
ZE2026-97K6	8-812.58			8500 bis unter 9500IE	1.949,52 €
ZE2026-97K7	8-812.59			9500 bis unter 10500IE	2.170,22 €
ZE2026-97K8	8-812.5a			10500 bis unter 15500IE	2.685,18 €
ZE2026-97K9	8-812.5b			15500 bis unter 20500IE	3.788,68 €
ZE2026-97K10	8-812.5c			20500 bis unter 25500IE	4.892,18 €
ZE2026-97K11	8-812.5d			25500 bis unter 30500IE	5.995,68 €
ZE2026-97K13	8-812.5f			30500IE bis unter 40.500IE	7.283,10 €
ZE2026-97K14	8-812.5g			40.500IE bis unter 50.500IE	9.490,10 €
ZE2026-97K15	8-812.5h			50.500IE bis unter 60.500IE	11.697,10 €
ZE2026-97K16	8-812.5j			60.500IE bis unter 80.500IE	14.455,85 €
ZE2026-97K17	8-812.5k			80.500IE bis unter 100.500IE	18.869,85 €
ZE2026-97K18	8-812.5m			100.500IE bis unter 120.500IE	23.283,85 €
ZE2026-97K19	8-812.5n			120.500IE bis unter 140.500IE	27.697,85 €
ZE2026-97K20	8-812.5p			140.500IE bis unter 160.500IE	32.111,85 €
ZE2026-97K21	8-812.5q			160.500IE bis unter 200.500IE	37.629,35 €
ZE2026-97K22	8-812.5r			200.500IE oder mehr	46.457,35 €

¹⁾ Grundsätzlich gilt für die Abrechnung des Präparates NovoSeven ein Preis von 965,09 € /50 KIE. Die Firma novo nordisk gewährt ihren Großkunden eine Rückvergütung auf den Gesamt-Netto-Umsatz. Dieser beträgt bei einem Gesamt-Netto-Umsatz von >100.000 Euro 0,5 % und von >1.000.000 Euro 1 %. Sofern ein Krankenhaus den Gesamt-Netto-Umsatz erreicht, erfolgt eine Berücksichtigung der Rückvergütung zu Gunsten der Kostenträger im nächstmöglichen Budgetzeitraum über die Erlösausgleiche. Dabei hat das Krankenhaus im Rahmen der nächstmöglichen Budgetverhandlung unaufgefordert geeignete Nachweise über die erzielten Gesamt-Netto-Umsätze beizubringen.

Für die intrabudgetäre Abrechnung der Gerinnungspräparate gelten die Schwellenwerte aus dem Vorjahr weiter und zwar für das ZE2026-137 "Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII" 20.000 €, ZE2026-138 "Gabe von Fibrinogenkonzentrat" 2.500 € und ZE2025-39 "Gabe von Blutgerinnungsfaktoren" 6.000 €. Ab Überschreitung dieses Schwellenwertes ist der gesamte für die Behandlung des Patienten angefallene Betrag des jeweiligen Zusatzentgeltes abzurechnen.

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

Gem. § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgenden Tabellen 1 und 2 aufgeführten Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind.

Tabelle 1: Fachabteilungsbezogene Vergütungspauschalen

Lfd.-Nr.	Fachabteilung/ Universitätsklinik	Vergütung in EURO	
		vorstationär (pro Fall)	nachstationär (pro Behandlungstag)
1.	Innere Medizin	147,25 €	53,69 €
2.	Universitätsklinik für Kardiologie	156,97 €	61,36 €
3.	Universitätsklinik für Gastroenterologie	164,64 €	63,91 €
4.	Universitätsklinik für Hämatologie und internistische Onkologie	75,67 €	46,02 €
5.	Universitätsklinik für Pädiatrie	94,08 €	37,84 €
6.	Neonatologie	51,64 €	23,01 €
7.	Kinder- und Jugendpsychiatrie	50,11 €	20,45 €
8.	Kinderchirurgie	61,36 €	24,54 €
9.	Universitätsklinik für Allgemein-und Viszeralchirurgie	100,72 €	17,90 €
10.	Universitätsklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie	82,32 €	21,47 €
11.	Universitätsklinik für Herzchirurgie	126,29 €	23,01 €
12.	Universitätsklinik für Urologie	103,28 €	41,93 €
13.	Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13 €	22,50 €
14.	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	78,74 €	37,84 €
15.	Mund-, Kiefer- u. Gesichtschirurgie	64,42 €	23,52 €
16.	Universitätsklinik für Dermatologie und Allergologie	75,67 €	23,01 €

Tabelle 2: Leistungen mit med.-techn. Großgeräten bei vor- und nachstationärer Behandlung

Großgeräte	Leistungen nach DKG-NT I - Ziffern	Vergütung in EURO
Computer-Tomograph (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 €
Linksherzkatheter-Meßplatz (LHK)		
	627	61,36 €
	628	32,72 €
	629	81,81 €
	5315	89,99 €
	5316, 5325	122,71 €
	5317, 5326	16,36 €
	5318	24,54 €
	5324	98,17 €
	5327	40,90 €
	5328	49,08 €

Großgeräte	Leistungen nach DKG-NT I - Ziffern	Vergütung in EURO
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 €

Bitte auch den Zusatz zu den Sachkosten beachten:

Diese Preise enthalten die Sachkosten. Ausgenommen sind die Leistungen nach Maßgabe des § 5 der Allgemeinen Tarifbestimmungen des DKG-NT I (z.B. Kontrastmittel). Diese Leistungen werden nach dem Einstandspreis vergütet.

Gem. § 8 Abs. 2 Nr. 4 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. 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:

- Testungen durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.05.2023: 30,40 €,
- Testungen mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.07.2021: 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: 11,50 €.

12. Zu- und Abschläge, die in Rechnung gestellt werden (VS = vollstationär; TS = teilstationär)

Bezeichnung	Entgelt-schlüssel	Betrag	Berechnungs-grundlage	Rechts-grundlage
Qualitätssicherung, Zu- und Abschlag für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung „SQS“	46003000	0,84 €	je vollstationärem Fall	§ 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG i.V.m. §§ 136, 136b SGB V
DRG-Systemzuschlag inkl. Kalkulationsanteil (InEK) „DRGV“	VS: 48000001 TS: 48000002	1,59 €	je vollstationärem (VS) und teilstationärem (TS) Fall	§ 17b Abs. 5 S. 1 Nr. 1 KHG
GBA / IQWIG / IQTIG, allgemeiner Systemzuschlag „AQS“	VS: 47100001 TS: 47100000	3,12 €	je vollstationärem (VS) und teilstationärem (TS) Fall	§ 91 Abs. 3 i.V.m. §§ 139c, 137a SGB V
Begleitperson „BGLMED“	75100003	60,00 €	je Berechnungstag	§ 17b Abs. 1a Nr. 7 KHG
Geschwisterkind	75100005	60,00 €	je Berechnungstag	§ 1 Abs. 5 S. 9

Bezeichnung	Entgelt-schlüssel	Betrag	Berechnungs-grundlage	Rechts-grundlage
<u>„BGLGSK“</u>				FPV i.V. m. Klarstellung Nr. 9 zur FPV
<u>Mitaufnahme einer Pflegekraft</u>	75100004	60,00 €	je Berechnungstag	§ 17b Abs. 1a Nr. 7 KHG
<u>Abschlag für Erlösausgleiche „ERLOES“</u>	Abschlag: 47200011	entfällt	in % auf die abgerechnete Höhe der DRG, der Zusatzentgelte und sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2a KHEntgG, voll- und teilstationär	§ 5 Abs. 4 KHEntgG
<u>Zuschlag besondere Aufgaben (Schwerpunkte und Zentren) „ZENTRUM“</u>	47100007	19,80 €	je vollstationärem (VS) und teilstationärem (TS) Fall	§ 5 Abs. 3 KHEntgG
<u>Landesweiter Ausbildungszuschlag 1 (KHG) „AUSBZU“</u>	75103002	81,35 €	je vollstationärem (VS) und teilstationärem (TS) Fall	§ 17a Abs. 5 S. 1 Nr. 2 KHG
<u>Landesweiter Ausbildungszuschlag 2 (PflBG) „AUSBZU2“</u>	75103003	247,05 €	je vollstationärem (VS) und teilstationärem (TS) Fall	§ 33 Abs. 2 PflBG
<u>Sicherstellungszuschlag</u>	75100001 (bei Festbetrag) 75200002 (bei Basisfallwert)	entfällt		§ 5 Abs. 2 KHEntgG, § 17b Abs. 1a Nr. 6 KHG
<u>Sicherstellungszuschlag</u>	47100032	entfällt		§ 5 Abs. 2a KHEntgG
<u>Fixkostendegressionsabschlag</u>	47200026	entfällt		§ 4 Abs. 2a KHEntgG
<u>Zuschlag Mehrkosten G-BA zur Erfüllung der Mindestanforderungen für die Struktur- und Prozessqualität „MINDEST“</u>	47100022	entfällt		§ 5 Abs. 3c KHEntgG
<u>Zuschlag klinische Sektionen (Obduktionen)</u>	47100023	entfällt		§ 5 Abs. 3b KHEntgG
<u>Zuschlag für Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen (üFMS-B) „CIRS“</u>	47100026	0,20 €	je vollstationärem (VS) Fall	§ 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG
<u>Telematik-Zuschlag „TELE“</u>	VS: 47100009 TS: 47100013	16,56 €	je vollstationärem (VS) und teilstationärem (TS) Fall	§ 377 Abs. 1 SGB V
<u>Zu- / Abschlag besondere Einrichtungen bei Eingliederung ins G-DRG-System (Erlösbudget)</u>	Zuschlag: 47100015 Abschlag: 47200015	0,00 €		§ 4 Abs. 7 KHEntgG
<u>Zuschlag zur Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf „ZUSPFB“</u>	47100028	entfällt	in % auf die abgerechnete Höhe der DRG, der Zusatzentgelte und sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2a KHEntgG, voll- und teilstationär	§ 4 Abs. 8a KHEntgG

Bezeichnung	Entgelt-schlüssel	Betrag	Berechnungs-grundlage	Rechts-grundlage
Infektiologieförderprogramm „HYG“	47100020	0,42 %	in % auf die abgerechnete Höhe der DRG, der Zusatzentgelte und sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2a KHEntgG, voll- und teilstationär	§ 4 Abs. 9 KHEntgG
Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung „ZUSNOT“	47100027	19,87 €	je vollstationärem Fall	Bundesvereinbarung gem. § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG i.V.m. § 136c Abs. 4 SGB V
Zuschlag Speicherung und Erstbefüllung der ePA	47100035	0,14 €	Je Krankenhausfall (voll- und teilstationär)	§ 5 Abs. 3g KHEntgG
Abschlag für die fehlende Ersteinschätzung Beatmungsstatus nach § 39 Abs. 1 Satz 6 SGB V	47200040	16% des abgerechneten Entgeltes nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG (aG-DRG), maximal 2.000 €		§ 5 Abs. 3f KHEntgG i.V.m. § 9 Abs. 1a Nr. 8 KHEntgG
<i>Zuschlag Förderung der Geburtshilfe „GEB“</i>	<i>47100046</i>	<i>0,00 €</i>	<i>Je Krankenhausfall (voll- und teilstationär)</i>	<i>§ 5 Absatz 2b Satz 2 KHEntgG</i>
Zuschlag über die zusätzliche Finanzierung zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Alter >28 Tage und < 16 Jahre) „KIZU“	47100045	11,692%	in % auf die abgerechnete Höhe der DRG bei Kindern und Jugendlichen im Alter von >28 Tagen und < 16 Jahren (voll- und teilstationär)	§ 4a Abs. 2 KHEntgG
Implantateregisterzuschlag nach § 17b Absatz 1a Nummer 9 KHG	47100049	18,24 €	Je Krankenhausfall (voll- und teilstationär)	§ 17b Absatz 1a Nummer 9 KHG
Zuschlag für Sofort-Transformationskosten	47100053	3,25 %	Auf den Rechnungsbetrag bei voll- und teilstationär behandelten in der GKV versicherten Patientinnen und Patienten	§ 8 Abs. 11 Satz 1 KHEntgG

13. Entgelte für sonstige Leistungen

Das Klinikum Oldenburg berechnet gesondert die nachstehenden Leistungen:

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnet das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
2. Für Hilfsmittel, die nicht als Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen gelten, verlangt das Krankenhaus als Entgelt die tatsächlich entstandenen Aufwendungen. In der Regel sind dies solche Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z. B. Prothesen, Gehhilfen, Krankenfahrstühle etc.).
3. Zahnprothetische Versorgung
4. Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung (siehe Kostenaufstellung)

Ziffer	Leistung	Gebühr
101 (GOÄ)	Eingehende Untersuchung eines Toten und Ausstellen einer vollständigen Todesbescheinigung	165,77 €
F (GOÄ)	Zuschlag zur Leistung in der Zeit von 20 bis 22 und 6 bis 8 Uhr	15,15 €
G (GOÄ)	Zuschlag zur Leistung in der Zeit von 22 bis 6 Uhr	26,23 €
H (GOÄ)	Zuschlag zur Leistung an Samstagen, Sonn- und Feiertagen	19,82 €
9905 (DKGNT)	Kosten für die Nutzung der Leichenhalle pro Tag	8,07 €
9906 (DKGNT)	Kosten der Kühlzelle im Krankenhaus pro Tag	11,73 €

14. Gesetzliche Zuzahlungen

a) Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten **ab Vollendung des 18. Lebensjahres** 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 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V im Auftrage der gesetzlichen Krankenkassen eingezogen, wenn dieses nichts anderes verfügt hat.

	alte und neue Bundesländer	
	EURO pro Kalendertag	EURO Höchstbetrag pro Kalenderjahr
	10,00 €	280,00 €

Sollten Sie den Höchstbetrag während des Kalenderjahres bereits in unserem oder einem anderen Krankenhaus gezahlt haben, wird um Mitteilung gebeten.

Bei Verlegung in ein anderes Krankenhaus ist für den Verlegungstag der entsprechende Betrag vom aufnehmenden Krankenhaus einzuziehen.

b) Die Zuzahlungspflicht besteht nicht:

- bei Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
- bei teilstationärer Krankenhauspflege
- bei einer Entbindung: Sofern die Aufnahme zur Entbindung erfolgte, sind die Aufenthaltstage vor und nach der Entbindung zuzahlungsfrei.

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 Patienteneinweisung über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen entnehmen.

16. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson – medizinisch nicht erforderlich

Begleitperson (medizinisch nicht notwendig) inkl. 19% Umsatzsteuer.

Unterbringung im Kranken- / im Elternzimmer inkl. Verpflegung **71,40 €**

Nicht eingenommene Mahlzeiten werden nicht erstattet.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2026 in Kraft. Gleichzeitig wird der Entgelttarif vom 01.11.2025 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die MitarbeiterInnen der Abteilung Patientenverwaltung unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung.

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie die dazugehörigen 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.