DRG-Entgelttarif für das Bezirksklinikum Obermain im Anwendungsbereich des KHEntgG

und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG für das Bezirksklinikum Obermain, Kutzenberg, 96250 Ebensfeld

Das Bezirksklinikum Obermain (Vorstand Eva Gill) berechnet ab dem 01.01.2026 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 der Fachrichtungen für Lungen- und Bronchialheilkunde und Rheumatologie 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 (ICD-10-GM für die Diagnosen und OPS für die Prozeduren) 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 gültige Basisfallwert für das Krankenhaus liegt ab **01.01.2026 bei 4.562,26 Euro** (Landesbasisfallwert Bayern).

Der Basisfallwert unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall. Beispiel (Relativgewicht und Basisfallwert hypothetisch):

DRG 2026	Bezeichnung	Relativ-gewicht	Basis-fallwert €	Erlös €
E71D	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag od. ohne äußerst schwere CC, ohne Ösophagusproth., ohne Stufenbiopsie, ohne Chemoth. od. ohne endoskop. Biop. am Respir.-Trakt, ohne Bronchoskopie mit starrem Instr., ohne perkut. Biopsie am Respir.-Trakt	0,573	4.562,26	2.614,17
E02B	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 9 Jahre, mit mäßig aufwendigem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane oder mehr als ein Belegungstag mit bestimmtem Eingriff an Larynx oder Trachea oder mit äußerst schweren CC	1,772	4.562,26	8.084,32

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 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. Zusatzentgelte nach dem Zusatzentgeltkatalog 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.

a) Bundeseinheitliche Zusatzentgelte

Werden bundesweit durch den Zusatzentgeltkatalog nach Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2026 vorgegeben.

b) Krankenhausindividuelle Zusatzentgelte

Die Klinik berechnet krankenhausindividuelle Entgelte nach Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2026, die zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden:

Ab **01.10.2025**

ZE 2026-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	Kostenerstattung
ZE 2026-56	Gabe von Bosentan, oral je Tablette zu 62,5 mg oder je 125 mg (OPS 6-002.f*)	10,70 €
ZE 2026-58	Gabe von Alpha-1Proteinaseninhibitor human parenteral, je mg (OPS 8-812.0*)	0,39 €
ZE 2026-84	Gabe von Ambrisentan, oral 5 mg Tablette, je 5 mg (OPS 6-004.2*)	10,23 €
ZE 2026-84	Gabe von Ambrisentan, oral 10 mg Tablette, je 10 mg (OPS 6-004.2*)	10,23 €
ZE 2026-106	Gabe von Abatacept, subkutan, je 125 mg Fertigspritze (OPS 6-003.t*)	433,25 €
ZE 2026-110	Gabe von Tocilizumab, subkutan, je Fertigspritze 162 mg (OPS 6-005.n*)	485,81 €
ZE 2026-120	Gabe von Pemetrexed, parenteral, je angef. Durchstechflasche a 100 mg (OPS 6-001.c*)	8,00 €
ZE 2026-121	Gabe von Etanercept, parenteral, je mg (OPS 6-002.b*)	4,03 €
ZE 2026-122	Gabe von Imatinib, oral, je 100 mg Tablette (OPS 6-001.g*)	1,00 €
ZE 2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral, je mg (OPS 6-002.p*)	0,52 €
ZE 2026-124	Gabe von Voriconazol, oral, je 200 mg Tablette (OPS 6-002.5*)	1,17 €
ZE 2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral, je 200 mg Tablette (OPS 6-002.r*)	5,66 €
ZE 2026-130	Gabe von Belimumab, parenteral, je mg (OPS 6-006.6*)	1,29 €
ZE 2026-146	Gabe v. Ramucirumab, parenteral, je angef. Durchstechflasche à100mg (OPS6-007.m*)	404,60 €
ZE 2026-148	Gabe von Adalimumab, parenteral, je mg (OPS 6-001.d*)	2,05 €
ZE 2026-149	Gabe von Infliximab, parenteral, je mg (OPS 6-001.e*)	0,89 €
ZE 2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös, je 100 mg (OPS 6-001.h*)	54,00 €
ZE 2025-161	Gabe von Nivolumab, parenteral, je 40 mg (OPS 6-008.m*)	481,97 €
ZE 2026-163	Gabe von Macitentan, oral, je 10 mg Tablette (OPS 6-007.h)	50,60 €
ZE 2026-164	Gabe von Riociguat, oral, je 0,5-2,5 mg Filmtablette (OPS 6-008.0*)	16,67 €
ZE 2026-177	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral, je 6 mg (OPS 6-002.7*)	85,68 €

ZE 2026-194	Gabe von Ustekinumab, intravenös je 130 mg (OPS 6-005.p*)	2.796,57 €
ZE 2026-195	Gabe von Ustekinumab, subkutan, je 45/90 mg (OPS 6-005.q*)	5.593,15 €
ZE 2026-203	Gabe von Durvalumab, parenteral, je mg (OPS 6-00b.7*)	3,98 €
ZE 2026-211	Gabe von Tocilizumab, intravenös, je mg (OPS 6-005.m*)	2,62 €
ZE 2026-212	Gabe von Idarucizumab, parenteral, je 2,5 mg	1.487,50 €
ZE 2026-213	Gabe von Andexanet alfa, parenteral, je 200 mg (OPS 6-00c.0)	2.021,50 €
ZE 2026-137, -138, -139	Transfusion von Plasmabestandteilen u. gentechnisch hergest. Plasmaproteinen	Kostenerstattung

Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden bzw. wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2026 für diese Leistungen keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind jeweils 600,00 Euro abzurechnen.

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 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 KHEntG mit den zuständigen Kostenträgern folgendes tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelt vereinbart:

DRG	Partition	Bezeichnung	Tagesbezogene Entgelte ab **01.01.2026**
E76A	M	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	342,99 €
E76A	M	Pflegeerlös: Bewertungsrelation (BWR) /Tag 2026 = 0.8367 (0,8367*294,78 €)	249,15 €

Pflegeerlös – siehe Absatz 8. Tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 7 Abs. 1 Ziff. 6a KHEntgG**.**

Das Krankenhaus hat gem. §6 Abs. 1 KHEntG mit den zuständigen Kostenträgern folgendes fallbezogenes krankenhausindividuelles Entgelt vereinbart: *Derzeit keine*.

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2026 auf Grund fehlender Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 600,00 Euro abzurechnen. Für Leistungen nach Anlage 3b FPV 2026 sind 300,00 € für jeden Belegungstag abzurechnen. Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2026 für Leistungen nach Anlage 3a FPV 2026 keine Entgelte vereinbart, sind auf Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag 450,00 Euro abzurechnen.

5. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 7 Ziff. 6 KHEntgG

Für die Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und bundeseinheitlich festgelegten Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können und die nicht gem. § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG erstmals für das Kalenderjahr 2016 mit den zuständigen Kostenträgern folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte vereinbart: ab 01.10.2025

Abemaciclib, je Tablette	36,30 €	Everolimus bei Neoplasi, je mg	1,79 €	Risankizumab, je mg bei Fertigspritze 150 mg	4.176,42 €
Anifrolumab, je 300 mg	989,31 €	Fenfluarmin, je 132 mg	480,21 €	Risankizumab, je 180/360/600mg	2.599,80 €
Avacopan, je 10 mg	34,64 €	Glecaprevir-Pibrentasvir, 40/100 mg	172,65 €	Ruxolitinib je 10/15/20mg	67,55 €
Benralizumab, je 30 mg Fertigspritze	2.474,38 €	Golimumab, je 50 mg	871,71 €	Ruxolitinib je 5 mg	33,77 €
Bimekizumab, je160mg Fertigspritze	1.191,71 €	Guselkumab, je 100 mg	2.566,44 €	Sarilumab, je 150/200 mg	672,94 €
Bosutinib, je 100 mg Tablette	14,42 €	Inclisiran, je mg	8,30 €	Secukinumab, je 75 mg	320,74 €
Brigatinib, je mg	1,13 €	Ixekizumab, je 80 mg	1.272,00 €	Selexipag, je Tbl.	50,53 €
Brodalumab, je 210 mg	662,83 €	Lanadelumab, je mg	69,54 €	Selpercatinib, je mg	0,41 €
Brodalumab, je mg	3,16 €	Ledipasvir-Sofosbuvir	517,95 €	Sofosbuvir, je 150/200/400 mg	495,55 €
Cabozantinib, je 20/40/60 mg	157,73 €	Lorlatinib, je mg	1,73 €	Sofosbuvir-Velpatasvir je Tbl.	344,64 €
Canakinumab, je 150 mg	13.576,50 €	Mepolizumab, je mg	11,89 €	Sofosbuvir-Velpatasvir-Voxialprevir	692,64 €
Ceritinib, je 150 mg	58,50 €	Nimatrelvier-Ritonavir, je 150/100mg	35,70 €	Sotrovimab, je mg	4,52 €
Certolizumab, je 200 mg	435,86 €	Ofatumumab, je mg	62,26 €	Tildrakizumab, je 100/200 mg	3.023,46 €
Crizotinib, je 200 mg	69,50 €	Olaparib, je mg	0,27 €	Tixagevimab-Cilgavimab 150 mg	886,88 €
Dabrafenib, je 50 mg Kapsel	31,15 €	Osimertinib, je 40 mg o. 80 mg Tbl.	184,55 €	Tremelimumab, je mg	66,89 €
Dupilumab, je 200mg/300mg	623,10 €	Palbociclib je 75/100/125 mg	84,48 €	Trifluridin-Tipiracil, je 15 mg/6,14 mg	39,30 €
Elbasvir-Grazoprevir, je Tbl.	298,52 €	Remdesivir, je mg	4,11 €	Zanamivir, intravenös je 200 mg	160,00 €

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

Gem. § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte

a) vorstationäre Behandlung		**b) nachstationäre Behandlung**	
• Lungen- u. Bronchialheilkunde	111,46 €	• Lungen- u. Bronchialheilkunde	48,06 €
• Rheumatologie	128,85 €	• Rheumatologie	54,20 €

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.

7. Zu- und Abschläge

Das Krankenhaus berechnet folgende Zu-/Abschläge:

1. Ausbildungszuschlag - landesweit gem. § 17 a KHG ab 01.01.2026 = 60,97 € je voll-/teilst. Krankenhausfall
2. Zuschlag für die med. Mitaufnahme einer Begleitperson gem. § 17b Abs. 1 Satz 4 u. 6 KHG ab 01.01.2025 von 60,00 € pro Tag
3. Qualitätssicherungszuschlag gem. § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG ab 01.01.2026 von 0,84 € je Fall
4. DRG-Systemzuschlag gem. § 17b Abs. 5 KHG in Höhe ab 01.01.2026 von 1,59 € je voll-/teilst. Krankenhausfall
5. G-BA-Systemzuschlag gem. § 91 SGB V i.V. § 139c Abs. 1 SGB V ab 01.01.2026 in Höhe von 3,12 € je voll-/teilst. Krankenhausfall
6. Hygienezuschlag - Infektionsförderprogramm gem. § 4 Abs. 9 KHEntgG ab 01.01.2026 = 0,01 % auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen (incl. der Zu- und Abschläge gem. § 1 und § 3 FPV 2026) und die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG
7. Ausbildungszuschlag gem. § 33 PflBG für Aufnahmen ab 01.01.2026 in Höhe von 108,70 € je voll-/teilstationären Krankenhausfall
8. Zuschlag für Sofort-Transformationskosten für Aufnahmen ab 01.11.2025 nach § 8 Abs. 11 Satz 1 KHEntgG in Höhe von 3,25 % des Rechnungsbetrages bei Patientinnen und Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Zu- und Abschläge sind nicht abschließend festgelegt

7.a Zusatzentgelte 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:

- PCR-Test ab dem 01.05.2023 = 30,40 €
- PoC Antigen-Test (Schnelltest) ab dem 01.08.2021 = 11,50 €

8. Tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 7 Abs. 1 Ziff. 6a KHEntgG
Das Krankenhaus hat mit den Krankenkassen ein Pflegebudget zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten, die dem Krankenhaus entstehen, vereinbart. Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt nach § 6a Abs. 4 KHEntgG über einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert, welcher berechnet wird, indem das vereinbarte Pflegebudget dividiert wird durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr.
Es wurde ein Pflegeentgeltwert ab 01.01.2026 in Höhe von **294,78 Euro** vereinbart.
Beispiel für die Berechnung des Pflegeentgeltes – bei einer Behandlungsdauer von 10 Tagen

DRG 2026	Bezeichnung	Pflegeerlös Bewertungs-relation (BWR) /Tag	Pflege-entgelt pro Tag lt. BWR	Entgelthöhe
E71D	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag od. ohne äußerst schwere CC, ohne Ösophagusproth., ohne Stufenbiopsie, ohne Chemoth. od. ohne endoskop. Biop. am Respir.-Trakt, ohne Bronchoskopie mit starrem Instr., ohne perkut. Biopsie am Respir.-Trakt	0,9217	271,70	10 x 271,70 € **= 2.717,00€**
E02B	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 9 Jahre, mit mäßig aufwendigem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane oder mehr als ein Belegungstag mit bestimmtem Eingriff an Larynx oder Trachea oder mit äußerst schweren CC	0,8412	247,97	10 x 247,97 € **= 2.479,70 €**

9. Entgelte für sonstige Leistungen
1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung, berechnet das Krankenhaus die Entgelte nach 1.-8 des Entgelttarifes. Daneben berechnet der liquidationsberechtigte Arzt sein Honorar, werden Schreibgebühren für das Gutachten erhoben, werden Porto und Versandkosten berechnet.
2. Leichenschau gem. GOÄ Ziffern 100 und 101 (60%) 165,77 Euro
3. Nutzungsentgelt für die Kühlzelle (Sterbefall) in Höhe von 41,65 Euro (inkl. 19% MwSt.) pro Tag.

10. Zuzahlungen
Das Krankenhaus zieht entsprechend der gesetzlichen Vorschriften eine Zuzahlung ein.

11. Entgelte für Wahlleistungen
Die außerhalb der allg. Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen (§ 6 AVB) werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntgG):
a) **Ärztliche Leistungen** aller an der Behandlung beteiligten Fachabteilungen und Institute, der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen. Die ärztlichen Leistungen der Fachabteilungen/der ärztlich geleiteten Einrichtungen für

1. Psychiatrie/Psychotherapie, Psychosomatik	2. Lungen- und Bronchialheilkunde	3. Rheumatologie
4. Kinder- und Jugendpsychiatrie		

werden von liquidationsberechtigten Ärzten gesondert berechnet. Für die Berechnung der Wahlleistung "ärztliche Leistung" finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte GOÄ in der jeweils gültigen Fassung Anwendung. Liquidationsberechtigt sind:

1. CA Dr. med. Nedal Al-Khatib	2. CA. Dr. med. Saleh Al Hamoud	3. Ltd. OA Dr. med. D. Günthel
4. N.N.	5. Dr. med. Jens Fritzsche	6. Dr. med. Volker Waltz

Nach § 6 a GOÄ erfolgt bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen/privatärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25 %. Die ärztl. Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztl. geleiteten Einrichtungen werden von diesen nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.
b) **Wahlleistung gesonderte Unterkunft je Berechnungstag ab 01.07.2025**

Fachrichtung	1-Bettzimmer	Platzfreihaltegebühr im 1-Bettzimmer
Lungen-/Bronchialheilkunde	31,14 €	23,36 €
Rheumatologie	31,14 €	23,36 €
Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson		60,00 €

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 der Reservierung / des Freihaltens, in welcher das Zimmer nicht anderweitig belegt wird, berechnet das Krankenhaus den um 25 % geminderten Zimmerpreis.

12. Wiederaufnahmeregelung nach § 2 FPV 2026 und Rückverlegungsregelung gem. § 3 Abs. 3 FPV 2026
Gem. der o.a. Wiederaufnahme- und Rückverlegungsregelungen werden Krankenhausaufenthalte zusammengeführt und nur eine DRG abgerechnet.

13. Inkrafttreten
Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2026 in Kraft. Gleichzeitig wird der Entgelttarif vom 01.11.2025 aufgehoben. Für die Fachbereiche Allgemeine Psychiatrie/ Psychotherapie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie des Bezirksklinikums Obermain und für die Tagekliniken des Bezirksklinikum Obermain in Coburg und Kronach gilt der PEPP-Entgelttarif vom 05.01.2026.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen folgende Mitarbeiter unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung: Herr B. Gehringer, Verw.-Fachwirt, Leiter Patientenadministration, Tel. (09547) 81-2207, Fr. Müller, Tel. -2213, Hr. Seelmann, Tel. -2305, Frau Schneiderbanger, Tel. -2355, Fr. Seiermann, Tel. -2925, Fr. Adelberg, Tel. -2255. 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.

Ebensfeld, 05.01.2026

Thomas Krosse
Standortleiter