

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

Das Kreiskrankenhaus Weilburg
(mit den Standorten Weilburg & Weilmünster)

der Kreiskrankenhaus Weilburg gGmbH

berechnet ab dem **01.01.2026** folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 1 Satz 1 Ziff. 1 KHEntgG

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sowie des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über diagnoseorientierte Fallpauschalen (sog. Diagnosis Related Groups - DRG -) abgerechnet. Entsprechend der DRG-Systematik bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalls.

Die Zuweisung zu einer DRG erfolgt über verschiedene Parameter. Die wichtigsten sind hierbei die Hauptdiagnose sowie gegebenenfalls durchgeführte Prozeduren (Operationen, aufwändige diagnostische oder therapeutische Leistungen). Eventuell vorhandene Nebendiagnosen können zudem die Schweregradeinstufung beeinflussen. Für die Festlegung der Diagnosen beziehungsweise Prozeduren stehen Kataloge mit circa 13.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2026) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2026) zur Verfügung. Neben den bisher genannten können auch andere Faktoren wie z. B. das Alter oder die Entlassungsart Auswirkung auf die Zuweisung einer DRG haben.

Die genauen Definitionen der einzelnen DRG sind im jeweils aktuell gültigen DRG-Klassifikationssystem (DRG-Definitionshandbuch) festgelegt. Das DRG-Definitionshandbuch beschreibt die DRGs einerseits alphanumerisch, andererseits mittels textlicher 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 Landesbasisfallwert (Hessen) liegt bei **€ 4.563,60** und unterliegt jährlichen und ggf. auch unterjährigen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiele:

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
G23A	Appendektomie ...	0,927	€ 4.563,60	€ 4.230,46

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ...	3,179	€ 4.563,60	€ 14.507,68

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) 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 Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2026 (FPV 2026).

3. Hybrid-DRG gemäß § 115f SGB V

Gemäß § 115f Abs. 1 SGB V unterfallen die in einem Katalog festgelegten Leistungen einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG), unabhängig davon, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird.

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 Dünnd- und Dickdarm)	3.422,23	3.452,23
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 Falle einer postoperativen Nachbehandlung kann eine um 30 € erhöhte Fallpauschale berechnet werden.

Eine Berechnung von Entgelten für vereinbarte Wahlleistungen bleibt unberührt.

4. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2026

Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) gemäß § 17b Abs. 1 S. 7 KHG Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungs-komplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2026 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2026 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2026 genannten Zusatzentgelte **krankenhausindividuelle Zusatzentgelte** nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden.

Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 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.

Das berechnet u. a. folgende Zusatzentgelte:

ZE2026-09	Hämoperfusion u. Adsorption zur Entfernung	
	hydrophober Substanzen / OPS 8-821.30	€ 1.284,01
ZE2026-25	Modulare Endoprothesen (Schulter) / OPS 5-829.k*	€ 2.092,60
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral / OPS 6-002.p1	€ 38,78
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral / OPS 6-002.pa	€ 258,50
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral / OPS 6-002.pb	€ 305,50
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral / OPS 6-002.pc	€ 352,50
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral / OPS 6-002.ph	€ 705,00
ZE2026-125	Gabe von Voriconazol, parenteral / OPS 6-002.r*	€ 5,50
ZE2026-13	Adsorption zur Entfernung von Immunglobulinen	
	und/oder Immunkomplexe / OPS 8-821.42	€ 11.820,57
ZE2026-13	Adsorption zur Entfernung von Immunglobulinen	
	und/oder Immunkomplexe / OPS 8-821.43	€ 789,53
ZE2026-123	Gabe von Caspofungin, parenteral / OPS 6-002.p*	€ 0,47
ZE2026-151	Gabe von Rituximab, intravenös je mg / OPS 6-001.h*	€ 1,25
ZE2026-190	Längerfristige Beatmungsentwöhnung / OPS 8-718.80	€ 104,49
ZE2026-190	Längerfristige Beatmungsentwöhnung / OPS 8-718.81	€ 261,92
ZE2026-190	Längerfristige Beatmungsentwöhnung / OPS 8-718.82	€ 541,15
ZE2026-190	Längerfristige Beatmungsentwöhnung / OPS 8-718.83	€ 1.156,43
ZE2026-190	Längerfristige Beatmungsentwöhnung / OPS 8-718.84	€ 2.312,86
ZE2026-190	Längerfristige Beatmungsentwöhnung / OPS 8-718.85	€ 4.520,59
ZE2026-190	Längerfristige Beatmungsentwöhnung / OPS 8-718.86	€ 6.833,45
ZE2026-213	Gabe von Andexanet alfa, parenteral / OPS 6-00c.0	€ 8,96

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 Krankenhaus-individuelle Entgelte vereinbart:

- z.B. Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2026

DRG <u>A90A</u> (Teilstat. geriatr. Komplexbeh., umfassende Bhdl.)	€ 204,15
DRG <u>B11Z</u> (Frühreha. mit bestimmter OR-Prozedur)	€ 455,53
DRG <u>B43Z</u> (Frühreha. bei Krankheiten u. Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage)	€ 455,53
DRG <u>B49Z</u> (Multimodale Komplexbeh. bei Morbus Parkinson)	€ 312,83
DRG <u>B61B</u> (Best. akute Erkrankungen u. Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt)	€ 259,05
DRG <u>B76A</u> (Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie)	€ 222,82

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine Krankenhaus-individuellen 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 Krankenhaus-individuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **€ 300,00** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2026 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2026 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **€ 450,00** abzurechnen.

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

Für folgende Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2a KHEntgG folgende gesonderte Zusatzentgelte vereinbart:

Leistung

Zusatzentgelt

– entfällt –

7. 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 folgendes Zusatzentgelt ab:

- Testungen durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR, PoC-PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.05.2023:

€ 30,40

- Labordiagnostik mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 15.10.2020:

€ 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

- Testungen durch einen Nukleinsäurenachweis mittels Pooling-Verfahren (PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) bei Patientinnen oder Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.05.2023:

- bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als vier Proben und höchstens 10 Proben:

€ 14,00

- bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 10 Proben und höchstens 20 Proben:

€ 13,00

- bei Testungen im Pool mit insgesamt mehr als 20 Proben und höchstens 30 Proben:

€ 12,00

8. Zu- und Abschläge bzw. Abzüge

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- einen **Zuschlag** zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von € 0,00

- einen **Zuschlag** zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PfIBG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **€ 195,75**
- einen **Zuschlag** für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **€ 60,00** pro Tag
- einen **Zuschlag** wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG in Höhe von **€ 0,00** je vollstationärem Fall
- einen **Abschlag** für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG
 - in Höhe von **0,00 %**

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

- einen **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**
- einen **Zuschlag** für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG
 - in Höhe von **€ 0,84** je vollstationärem Fall
- einen **Zuschlag** für klinische Sektionen nach § 5 Abs. 3b KHEntgG je voll- und teilstationärem Fall
 - in Höhe von **€ 0,00**

- einen **Zuschlag** nach § 4a Abs. 4 KHEntgG zur Auszahlung des Erlös volumens 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.

- einen **Zuschlag** nach § 5 Abs. 3g S. 1 KHEntgG für jeden voll- und teilstationären Fall, für den es im Rahmen der Krankenhausbehandlung entstandene Daten auf der elektronischen Patientenakte speichert
 - in Höhe von **€ 5,00**

- einen Zuschlag nach § 5 Abs. 3d KHEntgG für implantatbezogene Maßnahmen nach § 2 Nr. 4 Implantatregistergesetz
 - in Höhe von **€ 18,24**

- einen 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.

9. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 7 Abs. 1 Ziff. 6 KHEntgG

Für die Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und bundeseinheitlich festgelegten Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können und die nicht gemäß § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

- entfällt -

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

Das Krankenhaus vereinbart mit den Krankenkassen ein Pflegebudget zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten, die dem Krankenhaus entstehen. Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt nach § 6a Abs. 4 KHEntgG über einen 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.

Der aktuell tagesbezogen zur Abrechnung kommende krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert beträgt **€ 324,89** je vollstationärem Fall.

Für die Abrechnung ist das tagesbezogene Pflegeentgelt nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 6a KHEntgG mit den Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG zu multiplizieren.

11. 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**

12. 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 **€ 0,00**

13. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115a SGB V

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

a. vorstationäre Behandlung

Innere Medizin	Preis in EUR pro Behandlungstag	147,25
Chirurgie/Orthopädie	Preis in EUR pro Behandlungstag	100,72
Neurologie	Preis in EUR pro Behandlungstag	114,02

b. nachstationäre Behandlung

Innere Medizin	Preis in EUR pro Behandlungstag	53,69
Chirurgie/Orthopädie	Preis in EUR pro Behandlungstag	17,90
Neurologie	Preis in EUR pro Behandlungstag	40,90

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Über die oben genannten fachabteilungsbezogenen Vergütungspauschalen hinaus werden Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

- Computer-Tomographie-Geräte (CT)
- Magnet-Resonanz-Geräte (MR)

mit weiteren Pauschalen entsprechend der Vergütungsempfehlung nach §115a Abs. 3 SGB V 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.

14. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer **Begutachtung** berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
2. Für die Vornahme der **Leichenschau** und die **Ausstellung einer Todesbescheinigung** berechnet das Krankenhaus **€ 50,00**.

15. Zuzahlungen

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein (§ 39 Abs. 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit € 10,- 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.

Das Krankenhaus ist aufgrund gesetzlicher Vorschriften dazu verpflichtet, den Einzug von Zuzahlungsbeträgen für die Krankenkassen ggf. bis hin zur evtl. erforderlichen Mahnung, dem Mahnbescheid und der Zwangsvollstreckung zu betreiben. In diesem Zusammenhang muss das Krankenhaus hoheitliche Aufgaben wahrnehmen, z. B. den Erlass eines Leistungsbescheids. Durch diese Maßnahmen können dem Zahlungspflichtigen erhebliche Kosten und Unannehmlichkeiten entstehen; auf das Verfahren kann das Krankenhaus keinen Einfluss nehmen.

Das Krankenhaus empfiehlt zur Vermeidung dieser Maßnahmen daher dringend, den Eigenanteil bereits zum Zeitpunkt der Entlassung in der Patientenabmeldung oder am Empfang im Foyer zu entrichten oder dort die Genehmigung zum Bankeinzug zu erteilen; an diesen Stellen können auch zahlungsbefreende Unterlagen vorgelegt werden.

Teilweise verzichten Krankenkassen auf den Einzug von Zuzahlungsbeträgen durch das Krankenhaus und übernehmen dies selbst. Ob Ihre Krankenkasse dieses Verfahren praktiziert, erfahren Sie von unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Patientenaufnahme (s. u.) oder auch bei Ihrer Krankenkasse.

16. 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.

17. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 12 sind nicht abgegolten:

1. die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses;
2. die Leistungen von Beleghebammen bzw. Entbindungspflegern.

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Hebamme / dem Entbindungspfleger gesondert berechnet.

18. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet. Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung und der Patienteninformation über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen entnehmen.

a. Ärztliche Leistungen:

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit das Krankenhaus selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.

Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung. Nach § 6a GOÄ erfolgt bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen/privatärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25%; bei Leistungen und Zuschlägen von Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten um 15%. Das

Arzthonorar wird in der Regel gesondert von den jeweils liquidationsberechtigten Krankenhausärzten geltend gemacht, sofern nicht die Verwaltung des Klinikums oder eine externe Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt tätig wird.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom nachfolgend aufgeführten Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtungen persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts (§ 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ/GOZ) erbracht:

Fachabteilung	Wahlarzt	ständige(r) ärztliche(r) Vertreter(in)
Chirurgie (Allgemein-/ Viszeralchirurgie, Proktologie)	Chefarzt PD Dr. med. Christian Kuntz	Ltd. Oberarzt Dr. med Dieter Stahl
Innere Medizin (Gastroenterologie)	Chefarzt Dr. med. Markus Hofmann	Chefarzt Dr. med. Michael Seng
Innere Medizin (Kardiologie)	Chefarzt Dr. med. Michael Seng	Chefarzt Dr. med. Markus Hofmann
Geriatrie	Chefarzt Gunter Reuling	Oberärztin Dr. Stefanie Schmetsdorf
Orthopädie/Unfallchirurgie	Chefarzt Jens Brade	Chefarzt Dr. med. Manuel Niermeier
Orthopädie/Unfallchirurgie (Schülerendoprothetik)	Chefarzt Dr. med. Manuel Niermeier	Chefarzt Jens Brade
Anästhesie / Intensivmedizin (Intensivstation, OP, Aufwachraum)	Chefarzt Dr. med. Tobias Löhr	Ltd. Oberarzt Dr. med. Carsten Fuchs
Lahn-Dill-Kliniken (diagnostische Radiologie)	Chefarzt PD Dr. med. Tobias Achenbach	Ltd. Oberärztin Julia Viola Heinrichs
Neurologie	Chefarzt PD Dr. med. Christoph Best	Philipp Lichti (Leitender Oberarzt Neurologie) Dr. med. Martin Buchkremer (Elektrophysiologie & Ultraschall), Dr. med. Veronika Haripyan (Stroke Unit & Notaufnahme), Michael Thanisch (Frührehabilitation), Dr. med. Anelia Todorova Rudolph (Schlaflabor)
Neurochirurgie	Prof. Dr. med. Johanna Quick-Weller	-

Die ärztlichen Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von diesen nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

b. Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

<u>Kategorie</u>	<u>Preis pro Berechnungstag in €</u>
Eins (I) – Weilburg -	36,34
Zwei (II) – Weilburg -	36,34
Eins (I) – Weilmünster -	170,00

c. Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

<u>Kategorie</u>	<u>Preis pro Berechnungstag in €</u>
Eins (I) – Weilburg -	0,00
Zwei (II) – Weilburg -	0,00
Eins (I) – Weilmünster -	85,00

Die Komfortmerkmale der jeweiligen Kategorie sind der entsprechenden Wahlleistungsvereinbarung bzw. dem dazugehörigen Flyer zu entnehmen.

d. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson

(nach individueller Vereinbarung)

e. Unterbringung und Pflege ohne Inanspruchnahme einer medizinischen Behandlungsleistung

(nach individueller Vereinbarung)

f. Gestellung einer Sonderwache (Sitzwache) € 46,00 je Berechnungstag

g. Bereitstellung eines Internet-Zugangs im Krankenzimmer mit nutzungsunabhängiger Abrechnung („Internet-flatrate“)

Ein solcher Zugang wird unentgeltlich zur Verfügung gestellt, eine Anmeldung ist nicht erforderlich. Er setzt voraus, dass das jeweilige Krankenzimmer sich im Versorgungsbereich des Krankenhaus-eigenen Funknetzes („W-LAN“) befindet und der therapeutische Erfolg und die Genesung durch diese Nutzung nicht beeinträchtigt werden. Die verfügbare Bandbreite unterliegt einem Bandbreitenmanagement; der Aufruf bestimmter Websites kann aus technischen und anderen Gründen unterdrückt sein. Ein Anspruch auf eine bestimmte Bandbreite besteht nicht. Der Nutzer versichert ausdrücklich, im Rahmen der Nutzung keine Rechtsverletzung zu begehen und den Betreiber des Netzwerks von allen Regressansprüchen Dritter zu eigenen Lasten freizustellen, wenn deren Verursachung in einer rechtswidrigen Nutzung des für ihn zur Verfügung gestellten Zugangs lag.

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

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **01.01.2026** in Kraft. Gleichzeitig werden alle vorangegangenen DRG-Entgelttarife / Pflegekostentarife aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

- ↳ Mitarbeiter der Patientenaufnahme: Foyer im Erdgeschoss, montags bis donnerstags zwischen 7:00 und 16:00 Uhr sowie freitags zwischen 7:00 und 13:00 Uhr, in Weilburg Hausapparate Tel.-Nr. 201 oder 366, in Weilmünster Hausapparate Tel.-Nr. 290 oder 9.
- ↳ Mitarbeiter des Pflegedienstes: Auf der Sie behandelnden Station; man vermittelt Ihnen, sofern keine sofortige Auskunft möglich sein sollte, Ihre zuständige Ansprechpartnerin bzw. Ihren zuständigen Ansprechpartner im Haus.
- ↳ Mitarbeiter am Empfang im Foyer: Auch hier wird man Ihnen nötigenfalls den für Sie zuständigen Ansprechpartner im Haus vermitteln.

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

Insgesamt können 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.

Weilburg, 01.01.2026



(Geschäftsführung)