

**Akademische Lehrkrankenhäuser**  
der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt

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

Die Hochtaunus-Kliniken

Standorte: 61352 Bad Homburg - Zeppelinstr. 20  
61250 Usingen - Weilburger Str. 48

Krankenhausträger: Gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung  
Gesellschafter: Hochtaunuskreis

berechnen 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 (Krankenhausfinanzierungsgesetz) sowie des KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz) in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über diagnoseorientierte Fallpauschalen (sog. Diagnosis Related Groups, kurz: 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 **4.563,60 EUR** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativ-gewicht	Basis-fallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor oder andere Kopfverletzungen u. bestimmte Fraktur	0,541	4.600,00 €	2.488,60 €
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	3,015	4.600,00 €	13.869,00 €

Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Diagnose(n) am Ende des stationären Aufenthaltes gestellt und welche diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Für das Jahr 2026 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2026 (Fallpauschalenvereinbarung 2026 – kurz 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 § 115 f 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 den Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 aufgeführt, ebenso wie die jeweils abzurechnende Hybrid-DRG, welche mit einem festen Eurobetrag vergütet wird.

Beispiel:

<b>OPS-Kode</b>	<b>OPS-Text</b>
5-530.00	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchfortenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion
5-530.01	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchfortenverschluss: Mit Hydrozelenwandresektion

<b>Hybrid-DRG</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Fallpauschale der Hybrid-DRG ohne postoperative Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte A) in Euro</b>	<b>Fallpauschale der Hybrid-DRG zuzüglich postoperativer Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte B) in Euro</b>
G09M	Hybrid-DRG der DRG G09Z (Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dünnd- und Dickdarm)	3.492,10 €	3.522,10 €
G24N	Hybrid-DRG der DRG G24B (Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren od. 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 Euro erhöhte Fallpauschale berechnet werden. Eine Berechnung von Entgelten für 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, Verband der Privaten Krankenversicherung 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 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 EUR** 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 EUR** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

- (a) Bundeseinheitliche Zusatzentgelte: Gemäß der Fallpauschalenverordnung.
- (b) Krankenhausindividuelle Zusatzentgelte: Gemäß nachfolgender Übersicht.

Entgeltart	OPS-Code	Vereinbartes Entgelt	Entgeltschlüssel
Bezeichnung	Operationen- u. Prozedurenschlüssel	Euro	Gem. § 301 SGB V
ZE2024-05	5-777.41	1.509,32	76000508
ZE2024-09	8-821.30	1.310,25	7600009C
ZE2024-25AA	5-829.k1	2.323,94	76097731
ZE2024-25AB	5-829.k1	1.356,64	76097714
ZE2024-25AC	5-829.k1	832,06	76097719
ZE2024-25B	5-829.k2	964,03	76097721
ZE2024-25O	5-829.k4	3.062,88	76097717
ZE2024-54B	5-429.j1	826,34	7609054B
ZE2024-54C	5-429.jc	826,34	7609054V
ZE2024-54D	5-449.h3	894,52	76000908
ZE2024-54X	5-449.h3, 5-512.03, 5-549.a	4.280,00	76098072
ZE2024-54E	5-469.k3	826,34	76000913
ZE2024-54Y	5-469.k3, 5-512.13, 5-549.a	4.280,00	76098071
ZE2024-54N	5-489.g0	844,12	7609054I
ZE2024-54F	5-513.m0	745,19	76000D59
ZE2024-54G	5-513.m1	1.300,60	76000D60
ZE2024-54H	5-513.n0	770,43	76000D62
ZE2024-54R	5-529.n4	4.280,00	7609954D
ZE2024-54W	5-529.r3, 5-549.a	4.227,30	76097875
ZE2024-62B	8-839.46	18.202,68	76098139
ZE2024-77A	6-003.g0	4,50	76000C41
ZE2024-111	6-005.d0	504,00	76090DH0
ZE2024-120A	6-001.c1	53,55	76090DN1
ZE2024-120B	6-001.c2	60,69	76090DN2
ZE2024-123A	6-002.p1	39,17	76090DOB

ZE2024-123B	6-002.p2	64,26	76090DOC
ZE2024-123C	6-002.p3	83,09	76090DOD
ZE2024-123D	6-002.p4	106,83	76090DOE
ZE2024-123E	6-002.p5	130,57	76090DOF
ZE2024-123G	6-002.p7	178,05	76090DOH
ZE2024-123H	6-002.p8	201,79	76090DOI
ZE2024-123I	6-002.p9	225,53	76090DOJ
ZE2024-123J	6-002.pa	261,14	76090DOK
ZE2024-123K	6-002.pb	308,62	76090DOL
ZE2024-123L	6-002.pc	356,10	76090DOM
ZE2024-123M	6-002.pd	403,58	76090DON
ZE2024-123N	6-002.pe	451,06	76090DOO
ZE2024-138	<b>8-810.j*</b>	529,86	76097660
ZE2024-145	6-007.e0	822,50	76090E67
ZE2024-147A	6-001.90	33,34	76090E7B
ZE2024-147D	6-001.93	83,35	76090E7E
ZE2024-151E	6-001.h4	347,54	76090E9A
ZE2024-151F	6-001.h5	401,09	76090E9B
ZE2024-151G	6-001.h6	454,64	76090E9C
ZE2024-170	6-002.98	730,96	76090ELW
ZE2024-172	6-007.05	257,30	76090EN5
ZE2024-173C	6-007.p3	81,19	76090ENQ
ZE2024-173D	6-007.p4	108,27	76090ENR
ZE2024-173K	6-007.pb	392,53	76090ENY
ZE2024-175D	6-002.13	53,01	76090EOJ
ZE2024-175F	6-002.15	89,22	76090EOL
ZE2024-177A	6-002.72	115,38	76090EPK
ZE2024-177B	6-002.73	192,30	76090EPL
ZE2024-177C	6-002.74	269,22	76090EPM
ZE2024-177D	6-002.75	346,14	76090EPN
ZE2024-180B	6-005.01	136,24	76090EQE
ZE2024-180C	6-005.02	175,24	76090EQF
ZE2024-180E	6-005.04	273,00	76090EQH
ZE2024-180G	6-005.06	428,93	76090EQJ
ZE2024-180H	6-005.07	545,90	76090EQK
ZE2024-190Z	8-718.90	236,54	76090EU4
ZE2024-190A	8-718.91	602,17	76090EU5
ZE2024-190B	8-718.92	1.281,85	76090EU6
ZE2024-190C	8-718.93	2.539,76	76090EU7
ZE2024-213	6-00c.0	2.201,50	76098491
ZE2024-214	6-00b.c8	2.628,00	76090F6A

Gem. Genehmigungsbescheid - Hessisches Landesamt für Gesundheit und Pflege vom 23.09.2025 u. Antrag v. 07.08.2025.

## 5. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2026

Für die Vergütung von Leistungen, die noch nicht von DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart: **Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2026**

- **Entgelt B49Z - Zahlbetrag 296,85 EUR** (Entgeltschlüssel: 8500B49Z)
- **Entgelt E76A - Zahlbetrag 282,65 EUR** (Entgeltschlüssel: 8500E76A)
- **Entgelt B61B – Zahlbetrag 371,40 EUR** (Entgeltschlüssel: 8500B61B)

Gem. Genehmigungsbescheid - Hessisches Landesamt für Gesundheit und Pflege vom 23.09.25 u. Antrag v. 07.08.25.

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 EUR** 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 EUR** 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 EUR** abzurechnen.

Zu den o. g. Entgelten wird der Pflegeentgeltwert berechnet (siehe Pkt. 8 des vorliegenden Entgelttarifs).

## 6. 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:

- Testung 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 EUR**
- 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 EUR**
- 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 01.08.2021: **11,50 EUR**

## 7. Zu- und Abschläge bzw. Abzüge

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- **Zuschlag** zur Finanzierung von **Ausbildungskosten nach § 17 a KHG** je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von: **28,97 EUR**
- **Zuschlag** zur Finanzierung von **Ausbildungskosten nach § 33 PfIBG** (Pflegeberufegesetz) je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von: **195,75 EUR**
- **Zuschlag** für die medizinisch notwendige Aufnahme von **Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1a Nr. 7 KHG** in Höhe von **60,00 € pro Tag<sup>1</sup>**
- **Zuschlag** für **Erlösausgleiche/ Verrechnungen** gem. § 5 Abs. 4 KHEntgG i. H. von **2,00 %** 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 (**bis 31.12.2025**)
- **Zuschlag** zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der **Krankenhaushygiene** gem. § 4 Abs. 9 KHEntgG in Höhe von **0,18 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gem. § 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.

- **Zuschlag** für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur **Qualitätssicherung** nach § 17 b Abs. 1a Nr. 4 KHG in Höhe von **0,84 EUR** je vollstationärem Fall.
- **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 EUR**
- **Zuschläge** nach § 5 Abs. 3 d KHEntgG für implantatbezogene Maßnahmen nach § 2 Nr. 4 Implantateregistergesetz:
  - (1) Brustimplantate: 34,24 EUR (1.7.24 bis 31.12.25); 18,24 EUR (1.1.-31.12.26).
  - (2) Hüft- u. Knieendoprothesen: 34,24 € (1.1.25 bis 31.12.25); 18,24 EUR (1.1.-31.12.26).
  - (3) Aortenklappen: 34,24 € (1.1.25 bis 31.12.25); 18,24 EUR (1.1.-31.12.26).
- **Zuschlag** nach § 5 Abs. 3g S. 1 KHEntgG für jeden voll- und jeden teilstationären Fall, für den es im Rahmen der Krankenhausbehandlung entstandene Daten auf der **elektronischen Patientenakte** speichert in Höhe von **5,00 €**
- **Abschlag** nach § 9 Abs. 1a Nr. 8a KHEntgG wegen fehlender Einschätzung des **Beatmungsstatus** in Höhe von **16 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gem. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG, **maximal jedoch 2.000,00 EUR**.
- **Abschlag** nach § 9 Abs. 1a Nr. 8b KHEntgG wegen fehlender **Anschlussverordnung zur Beatmungsentwöhnung** in Höhe von einmalig **280,00 EUR**.
- **Zuschlag** nach § 5 Abs. 3k 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.
- **Zuschlag** zur **Förderung der geburtshilflichen Versorgung** nach § 5 Abs. 2b und 2c KHEntgG in Höhe von **10,05 EUR** je voll- und teilstationärem Fall (**01.05. bis 31.12.2025**)
- **Zuschlag** für **Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf** nach § 4 Abs. 8a KHEntgG in Höhe von **0,08 % (bis 31.12.25)** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2a KHEntgG.
- **Zuschlag** für die **Teilnahme an der Notfallversorgung** gem. § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG in Höhe von: **112,00 EUR je vollstationärem Fall (ab 1.1.26: 28,00 EUR)**.
- **Zuschlag** für **Sofort-Transformationskosten** gemäß § 8 Abs. 11 Satz 1 KHEntgG in Höhe von **3,25 Prozent (01.11.2025 bis 31.10.2026)** des Rechnungsbetrages bei Patientinnen und Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung.

## 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 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.

Zur Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 6a KHEntgG sind die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG mit dem **krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert** in Höhe von

- 492,58 EUR, gültig vom 01.10. bis 31.12.2024,
- 228,40 EUR, gültig vom 01.01. bis 31.01.2025,
- 350,14 EUR, gültig vom 01.02. bis 31.05.2025,
- 376,72 EUR, gültig vom 01.06. bis 31.07.2025,
- 278,75 EUR, gültig vom 01.08. bis 30.09.2025,
- 333,68 EUR, gültig vom 01.10. bis 31.12.2025 bzw.
- 264,02 EUR, gültig ab 01.01.2026

zu multiplizieren.

## 9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- **DRG-Systemzuschlag** nach § 17 b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **1,59 EUR**.
- **Zuschlag** für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a i. V. m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i. V. m. § 139 c 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 EUR**.

## 10. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 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 fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

Zusatzentgelt (gem. § 6 KHEntgG)	Bezeichnung	OPS-Code	Dosierung	Entgelte (€)	Entgeltschlüssel (gem. §301 SGBV)
NUB2025-1a	Remdesivir	6-00f.p0	bis 100 mg	410,55 €	76199569
NUB2025-1b	Remdesivir	6-00f.p1	mehr als 100 mg bis 200 mg	821,10 €	7619907E
NUB2025-1c	Remdesivir	6-00f.p2	mehr als 200 mg bis 300 mg	1.231,65 €	7619907J
NUB2025-1d	Remdesivir	6-00f.p3	mehr als 300 mg bis 400 mg	1.642,20 €	7619907R
NUB2025-1e	Remdesivir	6-00f.p4	mehr als 400 mg bis 500 mg	2.052,75 €	7619907S
NUB2025-1f	Remdesivir	6-00f.p5	mehr als 500 mg bis 600 mg	2.463,30 €	7619907T
NUB2025-1g	Remdesivir	6-00f.p6	mehr als 600 mg bis 700 mg	2.873,85 €	7619907U
NUB2025-1h	Remdesivir	6-00f.p7	mehr als 700 mg bis 800 mg	3.284,40 €	7619907V
NUB2025-1i	Remdesivir	6-00f.p8	mehr als 800 mg bis 900 mg	3.694,95 €	7619907W
NUB2025-1j	Remdesivir	6-00f.p9	mehr als 900 mg bis 1000 mg	4.105,50 €	7619907X
NUB2025-1k	Remdesivir	6-00f.pa	mehr als 1000 mg bis 1100 mg	4.516,05 €	7619907Y
NUB2025-2	Nirmatrelvir-Ritonavir	6-00k.0	Paxlovid 150 mg + 100 mg	35,70 €	7619902A
NUB2025-3a	Ruxolitinib, oral	6-009.4	5 mg Tablette	33,77 €	76198243
NUB2025-3b	Ruxolitinib, oral	6-009.4	10 mg/15 mg/20 mg Tablette	67,55 €	76198278
NUB2025-8a	Osimertinib	6-00b.f	1 mg pro 40 mg Tablette	4,61 €	7619904U
NUB2025-8b	Osimertinib	6-00b.f	1 mg pro 80 mg Tablette	2,31 €	7619904V
NUB2025-9	Tixagevimab-Cilgavimab	6-00k.9	Tixagervimat 150 mg und Cilgarimab 150 mg	886,88 €	7619903O
NUB2025-11a	Cabozantinib	6-008.8	20mg/40mg/80 mg je Tablette	157,73 €	76198546
NUB2025-11b	Cabozantinib	6-008.8	60 mg je Tablette	157,73 €	76198521
NUB2025-12	Trastuzumab deruxtecan	6-00f.j	100 mg	1.417,05 €	76199542
NUB2025-15	Axitinib	6-006.g	1 mg	9,70 €	76197656
NUB2025-19	Thrombektomie an Lungengefäßen mittels Disc-Retriever-System	8-838.n0	Implantat	8.858,00 €	76199674
NUB2025-21	Abemaciclib	6-00b.0	je Tablette 50 mg/100 mg/150 mg	36,30 €	76198982
NUB2025-22	Acalabrutinib	6-00d.1	100 mg	99,09 €	76199374

NUB2025-24	Tafamidis	6-006.9	je Weichkapsel 20 mg / 61 mg	421,46 €	7619902H
NUB2025-26	Enfortumab vedotin	6-00e.d	1 mg	25,79 €	7619900F
NUB2025-27	Sacituzumab govitecan	6-00f.8	200 mg	1.038,87 €	76199553
NUB2025-29a	Ravulizumab	6-00c.d	300 mg	4.329,60 €	76199173
NUB2025-29b	Ravulizumab	6-00c.d	1100 mg	15.875,21 €	76199464
NUB2025-32a	Pomalidomid	6-007.a	1 mg	367,51 €	76197805
NUB2025-32b	Pomalidomid	6-007.a	2 mg	384,49 €	76197808
NUB2025-32c	Pomalidomid	6-007.a	3 mg	407,13 €	76197817
NUB2025-32d	Pomalidomid	6-007.a	4mg	418,45 €	76197786
NUB2025-33a	Brigatinib	6-00b.3	30 mg	33,83 €	76199024
NUB2025-33b	Brigatinib	6-00b.3	90 mg	101,50 €	76198983
NUB2025-33c	Brigatinib	6-00b.3	180 mg	202,99 €	76199025
NUB2025-35	Ixazomib	6-00a.9	je Kapsel 2.3 mg/ 3 mg/4 mg	2.062,67 €	76198595
NUB2025-38	Darolutamid	6-00d.8	300 mg	30,07 €	76199362
NUB2025-39	Tafasitamab	6-00f.f	200 mg	605,36 €	76199547
NUB2025-40	Avatrombopag	6-00e.5	20 mg	71,59 €	76199450
NUB2025-46	Selexipag	6-009.k	Uptravi 200 µg/ 400 µg/ 600 µg/ 800 µg/ 1000 µg/ 1200 µg/ 1400 µg/ 1600 µg, pro Tablette	50,53 €	76199060
NUB2025-49a	Glofitamab	6-00j.4	2,5 mg	1.064,05 €	7619904R
NUB2025-49b	Glofitamab	6-00j.4	10 mg	4.256,21 €	7619904S
NUB2025-72a	Talquetamab	6-00k.6	Talvey 2 mg/mL, 3 mg, 1 St, Injektionslösung	239,19 €	7619907H
NUB2025-72b	Talquetamab	6-00k.6	Talvey 40 mg/mL, 40 mg, 1 St, Injektionslösung	3.189,20 €	7619907I
NUB2025-76a	Rucaparib	6-00c.g	200 mg	21,88 €	76199220
NUB2025-76b	Rucaparib	6-00c.g	250 mg	27,35 €	76199221
NUB2025-76c	Rucaparib	6-00c.g	300 mg	32,82 €	76199222
NUB2025-79	Azacitidin, oral	6-00e.6	200 mg / 300 mg	1.289,72 €	76199552
NUB2025-83	Zolbetuximab		100 mg	623,26 €	761990HX
NUB2025-89a	Glecaprevir-Pibrentasvir	6-00a.6	100 mg/40 mg Filmtablette	172,65 €	76198788
NUB2025-89b	Glecaprevir-Pibrentasvir	6-00a.6	50 mg/20 mg Granulat	102,00 €	76199604
NUB2025-92	Asciminib	6-00e.2	20 mg/40 mg	85,23 €	7619900B
NUB2025-99	Strömungsreduzierendes Drahtgeflecht im Koronarsinus	8-83d.5	Implantat	6.709,62 €	76199269
NUB2025-103	Pirtobrutinib		100 mg	201,88 €	761990C7
NUB2025-115	Glucarpidase	6-00e.g	1000 Einheiten	27.816,25 €	76199567
NUB2025-128	Inebilizumab	6-00e.m	100 mg	17.805,09 €	7619901B
NUB2025-131	Momelotinib		100 mg/150 mg/200 mg	190,25 €	761990B2
NUB2025-134	Perkutan-transluminale Einlage eines Vorhofseptumimplantates zur Behandlung von Herzinsuffizienz	8-837.b3	Implantat	12.169,02 €	76199201
NUB2025-141	Tislelizumab		100 mg	2.079,17 €	761990H3
NUB2025-163	Mirvetuximab soravtansin		5mg/ml	3.498,60 €	761990H1
NUB2025-190a	Treprostинil	6-004.b	1.0mg/MI 20ml, Inf, 1 St	4.283,00 €	76198906
NUB2025-190b	Treprostинil	6-004.b	2.5mg/MI 20ml, Inf, 1 St	7.904,58 €	76198636
NUB2025-190b	Treprostинil	6-004.b	5.0mg/MI 20ml, Inf, 1 St	13.230,42 €	76198552
NUB2025-190c	Treprostинil	6-004.b	10.0mg/MI 20ml, Inf, 1 St	22.130,43 €	76198561

Gem. Genehmigungsbescheid - Hessisches Landesamt für Gesundheit und Pflege vom 28.05.2025 u. Antrag v. 16.05.2025.

## 11. Zuschlag Telematik 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 **4,90 EUR**.

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

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

### a. Vorstationäre Behandlung

Fachabteilung	Entgelt (EUR)
Innere Medizin I (Kardiologie)	156,97
Innere Medizin II (Gastroenterologie)	164,64
Innere Medizin IV (Diabetologie, Endokrinologie)	147,25
Neurologie	114,02
Innere Medizin VI (Palliativmedizin)	147,25
Innere Medizin VII (Hämatologie u. Onkologie)	75,67
Chir. Klinik I (Allgemeine Chirurgie)	100,72
Chir. Klinik II (Unfallchirurgie)	82,32
Chir. Klinik III (Gefäßchirurgie)	134,47
Urologie	103,28
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	119,13
Geriatrie	72,09
Innere Medizin Usingen	147,25
Allgemeine Chirurgie Usingen	100,72

### b. Nachstationäre Behandlung

Fachabteilung	Entgelt (EUR)
Innere Medizin I (Kardiologie)	61,36
Innere Medizin II (Gastroenterologie)	63,91
Innere Medizin IV (Diabetologie, Endokrinologie)	53,69
Neurologie	40,90
Innere Medizin VI (Palliativmedizin)	53,69
Innere Medizin VII (Hämatologie u. Onkologie)	46,02
Chir. Klinik I (Allgemeine Chirurgie)	17,90
Chir. Klinik II (Unfallchirurgie)	21,47
Chir. Klinik III (Gefäßchirurgie)	23,01
Urologie	41,93
Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	22,50
Geriatrie	30,68
Innere Medizin Usingen	53,69
Allgemeine Chirurgie Usingen	17,90

### c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Computer-Tomographie-Geräte (CT)	
Leistungen nach den DKG-NT I - Ziffern	Pauschale gemäß § 3
5369	122,71 EUR
5370, 5375	81,81 EUR
5371	94,08 EUR
5372	106,35 EUR
5373, 5374	77,72 EUR
5376	20,45 EUR
5377	32,72 EUR
5378	40,90 EUR
5380	12,27 EUR

<b>Magnet-Resonanz-Geräte (MR)</b>	
<b>Leistungen nach den DKG-NT I - Ziffern</b>	<b>Pauschale gemäß § 3</b>
5700, 5720	179,97 EUR
5705	171,79 EUR
5715	175,88 EUR
5721, 5730	163,61 EUR
5729	98,17 EUR
5731, 5732	40,90 EUR
5733	32,72 EUR
5735	245,42 EUR

  

<b>Linksherzkatheter-Messplätze (LHM)</b>	
<b>Leistungen nach den DKG-NT I - Ziffern</b>	<b>Pauschale gemäß § 3</b>
627	61,36 EUR
628	32,72 EUR
629	81,81 EUR
5315	89,99 EUR
5316, 5325	122,71 EUR
5317, 5326	16,36 EUR
5318	24,54 EUR
5324	98,17 EUR
5327	40,90 EUR
5328	49,08 EUR

Gem. § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 KHEntgG ist eine **vorstationäre Behandlung** neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Eine **nachstationäre Behandlung** kann zusätzlich zur Fallpauschale (DRG) berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale (DRG) übersteigt.

### 13. 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 **75,00 EUR**. Für die Verbringung im pathologischen Institut werden ab dem vierten Tag **20,00 EUR** je Tag berechnet (Wochenende und Feiertage werden nicht gerechnet).

### 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 zurzeit 10,00 EUR je Kalendertag (§ 61 Satz 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 10,00 EUR 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 gem. § 2 FPV 2026 oder der Rückverlegung gem. § 3 Abs. 3 FPV 2026 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2026 zusammengefasst und abgerechnet.

## 16. Belegärzte, Beleghebammen, Belegentbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1-11 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. Belegentbindungspflegern.

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

## 17. 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.

Die Gesamtkosten für die Unterbringung werden aus den Kosten pro Belegungstag gebildet. Belegungstag in diesem Sinne ist der Tag der Aufnahme zuzüglich jedes weiteren Aufenthaltstages. Der Tag der Entlassung bzw. Verlegung wird bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Standort	Unterbringung	Entgeltschlüssel	Preis	Stationen*
Bad Homburg	Einbettzimmer Kategorie 1	5400005G	160,00	E3 (großes Zimmer)
	Einbettzimmer Kategorie 2	5400001G	150,00	E3
	Einbettzimmer Kategorie 3	5400002G	130,00	E1, E2Ost, E2West
	Einbettzimmer Kategorie 4	5400003G	110,00	P- und K-Stationen
	Zweibettzimmer Kategorie 2	5700001G	85,00	E3
	Zweibettzimmer Kategorie 3	5700002G	70,00	E1, E2Ost, E2West
	Zweibettzimmer Kategorie 4	5700003G	65,00	P- und K-Stationen
Usingen				
	Einbettzimmer Kategorie 4	5400001G	110,00	Alle Stationen
	Zweibettzimmer Kategorie 4	5700001G	65,00	Alle Stationen
Königstein				
	Einbettzimmer Kategorie 4	5400001G	110,00	Alle Stationen
	Zweibettzimmer Kategorie 4	5500001G	65,00	Alle Stationen

\* E = Bereich „Eiche“; P = Bereich „Pappel“; K = Bereich „Kastanie“

Kost u. Logis für eine **Begleitperson** soweit medizinisch nicht notwendig:  
**80,00 EUR** Zuschlag je Belegungstag.

Eine Beschreibung der einzelnen **Komfortmerkmale und des gebotenen Service** entnehmen Sie bitte dem jeweils aktuellen Wahlleistungsvertrag, der bei Inanspruchnahme vereinbart wird.

## **Allgemeiner Hinweis zur Wahlleistung Unterbringung:**

Werden zwischen Klinik und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (kurz: PKV) neue Zuschläge verhandelt, so werden diese, gem. entsprechender Vereinbarung, bei Patientinnen und Patienten, welche die Wahlleistung Unterkunft als Versicherungsleistung erhalten, auch rückwirkend abgerechnet.

## **Telefon, TV und Internet an den Standorten Bad Homburg und Usingen**

- (1) Grundgebühr pro Tag: 0,80 EUR
- (2) Preis pro Gebühreneinheit:
  - Anrufe ins deutsche Festnetz 0,20 EUR
  - Anrufe ins Handynet 0,40 EUR
  - Anrufe ins Ausland 0,80 EUR
- (3) Kaution 10,00 EUR pro Karte
- (4) TV und Internetzugang kostenfrei

## **Inkrafttreten**

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **01.01.2026** in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom **01.10.2025** aufgehoben.

## **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen u. Mitarbeiter der Stationären Abrechnung vor Ort 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.

- Die Geschäftsführung -

## **Anmerkungen:**

<sup>1</sup> Die Höhe des Zuschlages von 60,00 EUR ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17 b Abs. 1 S. 4 KHG geregelt. Dieser Zuschlag betrifft im Übrigen nur die Fälle der medizinisch notwendigen Aufnahme von Begleitpersonen und ist von der wahlweisen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson zu unterscheiden.