

Pflegekostentarif (DRG) - Abtl. Innere Medizin (Sucht)

DRG-Entgelttarif für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung der Patient*innen gemäß § 8 Abs. 8 KHEntgG

Die **DGD Klinik Hohe Mark gGmbH** berechnet vom **01.01.2026 – 31.12.2026** folgende Entgelte:

I - 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 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 DRGs 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 liegt bei **4.563,60 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Relativgewicht und Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
V40Z	Qualifizierter Entzug	0,856	€ 4.563,60	€ 3.906,44
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne HIV- Krankheit	0,42	€ 4.563,60	€ 1.916,71

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 laufende Jahr werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2026 (FPV 2026) vorgegeben.

II - Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gemäß § 1 Abs. 2 und 3 sowie § 3 Abs. 1 und 2 FPV 2023

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 Berechnungsverfahren hierzu regelt die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2026 (FPV 2026).

III - Entgelte für sonstige Leistungen

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie die liquidationsberechtigte Ärztin / der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus eine Pauschale in Höhe von 30 €.

IV – Zuzahlungen / abzuführende Entgelte / Zuschläge

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

1. Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus von gesetzlich versicherten Patient*innen 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 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 3 SGB V im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen beim Patienten eingefordert. Der Zuzahlungsbetrag wird an die Krankenkassen abgeführt.
2. DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **1,59 €**
3. Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (G-BA-Systemzuschlag) nach § 139 a i. V. m. § 139 c 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 €**.
4. Zu- und Abschläge für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung (QS) nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG i.H.v. **0,84 €** je vollstationärem Fall.
5. Ab Januar 2021 ist die Finanzierung der Ausbildung in den Pflegeberufen neu geregelt. Neu ist auch der Fonds gem. § 33 Abs. 3 PflBG in Verbindung mit § 13 PflAFinV. Dieser Zuschlag wird von der „zuständigen Stelle“, d.h. in Hessen vom Regierungspräsidium Gießen verwaltet. Für das Jahr 2026 wurde ein Zuschlag in Höhe von **195,75 €** ermittelt.
6. Folgende Zuschläge gelten ab dem 01.01.2026: Zuschlag Telematik Infrastruktur § 377 Abs. 1 und 2 SBG V **310,34 €**.
7. Zuschlag für die Teilnahme an üFMS-3 gemäß § 176b Abs. 1a Nr. 4 KHG 0,20 € je vollstationärer Fall.
8. 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.

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

Der krankenhausesindividuelle Pflegeentgeltwert beträgt im Jahresdurchschnitt ab dem 01.01.2026 **266,91 €**.

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

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

- a) vorstationäre Behandlung: DRG Suchtmedizin 91,52 Euro**
b) nachstationäre Behandlung: entfällt

Gem. § 8 Abs. 2 S. 3 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.

VII - Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2023 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.

VIII – Entgelte für Wahlleistung Unterkunft (für privat Versicherte und Selbstzahler*innen)

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommene Wahlleistung Unterkunft wird gesondert berechnet (§ 22 BPfIV)

1. Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer

Haus bzw. Station	Preis pro Berechnungstag
Haus Feldberg	113,26 €
Haus Herzberg	113,26 €
Haus Taunus	105,14 €

IX – Inkrafttreten

Der Pflegekostentarif (DRG) - Abtl. Innere Medizin (Sucht) tritt mit auf Seite 1 genanntem Datum in Kraft.