

DRG-ENTGELTTARIF 2026

für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG Unterrichtung der Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Die Diabetes-Klinik Bad Mergentheim GmbH & Co. KG berechnet ab 1. September 2026 folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gemäß § 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 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 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 (Rg) bewertet, welches im Rahmen der DRG-Systempflege jährlich variieren kann. Diesem Relativgewicht ist ein in Euro ausgedrückter Basisfallwert (LBfW) zugeordnet. Der derzeit gültige Landesbasisfallwert (LBfW) liegt bei 4.658,78 € und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall. 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. Für die Abrechnung der ab dem 1. September 2026 geltenden tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 6a Abs. 4 KHEntgG sind die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit 234,62 € zu multiplizieren.

Beispiel (Relativgewicht und Basisfallwert hypothetisch):

DRG	Bezeichnung	RG bei Haupt- abteilung 2026	Pflege- erlös RG 2026	LBfW	Pflege- entgelt- wert
F21E	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff	0,912	0,7561	4.658,78 €	234,62 €
F27A	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit äußerst schweren CC oder Gefäßeingriff oder bestimmter Amputation oder komplexer Arthrodese des Fußes oder komplexem Hauteingriff oder Ringfixateur	2,453	0,7836	4.658,78 €	234,62 €
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne äußerst schwere CC, ohne Gefäßeingriff, ohne bestimmte Amputation, ohne komplexe Arthrodese des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, ohne Ringfixateur, mit mäßig komplexem Eingriff	1,776	0,6982	4.658,78 €	234,62 €
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	1,802	1,6765	4.658,78 €	234,62 €
K60B	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	1,079	1,1504	4.658,78 €	234,62 €

K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag	0,794	0,7544	4.658,78 €	234,62 €
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose	0,576	0,6764	4.658,78 €	234,62 €

CC = Komplikationen/Komorbiditäten

2. 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 2026

Der nach der zuvor 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 Verweildauer werden gesetzlich vorgegebene Zu- oder Abschläge fällig. Die näheren Einzelheiten und das Berechnungsverfahren hierzu regelt die Verordnung zum Fallpauschalensystem 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 Eingriffe am Fuß

Leistungsbereich	Hybrid-DRG	Bezeichnung der Hybrid-DRG	Fallpauschale der Hybrid-DRG ohne postoperative Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte A)	Fallpauschale der Hybrid-DRG zuzüglich postoperativer Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte B)
Eingriffe am Fuß	I20N	Hybrid-DRG der DRG I20E (Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritiden oder Diabetes mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre)	2.085,14 €	2.115,14 €

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

Gemäß § 17 b Abs. 1 S. 7 KHG 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) 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.

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. Zu- und Abschläge gemäß § 7 Abs. 1 Ziff. 4 KHEntgG

Gemäß § 17 a KHG berechnet das Krankenhaus einen landeseinheitlichen Ausbildungszuschlag je voll- und teilstationären Fall zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen in Höhe von 330,46 €. Dieser setzt sich zusammen aus dem Ausbildungszuschlag nach § 17 a Abs. 6 bzw. 9 KHG (111,41 €) sowie dem Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 Satz 1 PflBG (219,05 €).

Ferner berechnet das Krankenhaus gemäß § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG für die Aufnahme von medizinisch notwendigen Begleitpersonen oder Mitaufnahme einer Pflegekraft einen Zuschlag in Höhe von 60,00 € je Berechnungstag für Unterkunft und Verpflegung.

6. Qualitätssicherungszu- und Abschläge nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

Entsprechend § 21 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über Maßnahmen der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) werden die beschlossenen Qualitätssicherungsmaßnahmen über einen Zuschlag je vollstationärem Krankenhausfall i. H. v. 0,84 € finanziert. Dieser dient der Finanzierung der internen Dokumentation im Krankenhaus. Der Zuschlag verbleibt dem Krankenhaus.

7. Abschlag Infektiologie-Förderprogramm gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG

Zur Finanzierung von Mehrkosten für Maßnahmen zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes im Sinne des § 4 Abs. 9 KHEntgG wird ein Abschlag von 0,15 % berechnet.

8. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

Das Krankenhaus berechnet einen DRG-Systemzuschlag in Höhe von 1,59 € auf Grundlage des § 17 b Abs. 5 Satz 7 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall.

Zur Finanzierung des gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V i.V.m. § 139 c SGB V, des fachlich unabhängigen, rechtsfähigen wissenschaftlichen Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a SGB V und des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz nach § 137a SGB V berechnet das Krankenhaus einen Systemzuschlag in Höhe von 3,12 € je voll- und teilstationärem Krankenhausfall.

9. Telematikzuschlag

Zur Finanzierung der dem Krankenhaus durch die Einführung der Telematikinfrastruktur entstehenden Kosten gemäß § 291a Abs. 7a SGB V erhält das Krankenhaus einen Zuschlag in Höhe von 0,24 € je vollstationärem Fall.

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

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

- a) vorstationäre Behandlungspauschale von 147,25 €
- b) nachstationäre Behandlungspauschale von 53,69 €

11. Zuschlag zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin

Zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin wird ein Zuschlag nach § 4a Abs. 4 KHEntgG in Höhe von 11,692 % berechnet.

12. Zuschlag zum Ausgleich der Sofort-Transformationskosten

Gemäß § 8 Abs. 11 Satz 1 KHEntgG wird für gesetzliche versicherte Patienten ein Rechnungszuschlag in Höhe von 3,25 % berechnet.

13. Digitalisierungsabschlag

Aufgrund nicht vollständiger Bereitstellung und Nutzung der digitalen Dienste gem. § 19 Abs. 1 S. 1 Nr. 2-6 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung wird ein Zahl-Abschlag in Höhe von 0,78 % berechnet.

14. Abschlag für Ausgleich

Gem. § 5 Abs. 4 KHEntgG wird ein Zahl-Abschlag in Höhe von 2,89 % je vollstationärem Fall berechnet.

15. Entgelte für sonstige Leistungen

Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnet das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.

Heil- und Hilfsmittel wie Insulindosiergeräte (Pen), Insulinpumpen, Blutzuckermessgeräte, Prothesen, orthopädische Schuhe oder Einlagen (u. a.) sind in den DRG-Entgelten nicht enthalten. Sie werden gemäß § 16 (1) im Vertrag nach § 112 SGB V bei medizinischer Notwendigkeit vom Krankenhaus gesondert rezeptiert.

Patienten mit diabetischem Fußsyndrom erhalten für die gesamte Verweildauer einen Krankenfahrrstuhl ohne Gebühr.

Die Zimmer sind mit Farbfernsehern ausgestattet. Die Nutzung ist kostenfrei. Für den Kauf eines Kopfhörers berechnen wir 2,50 €. Private Fernseher dürfen nicht aufgestellt werden.

16. Zuzahlungen

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus von 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 10,00 € je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V).

Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 c Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** bei den Patienten eingefordert.

17. 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.

18. Hinweise

Die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) und die Hausordnung können über den jeweiligen QR-Code abgerufen werden (siehe Tür im Patientenzimmer). Alle Unterlagen sind im Pflegestützpunkt sowie an der Anmeldung einsehbar und stehen auf unserer Internetseite. Sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen unsere Mitarbeiter an der Anmeldung gern zur Verfügung. Gleichzeitig können Sie auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie den 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.

19. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntgG). Bitte prüfen Sie, ob die private Krankenversicherung/Beihilfe oder gesetzliche Krankenversicherung über einen besonderen Wahltarif nach § 53 SGB V etc. diese Kosten deckt. Bitte klären Sie ebenfalls vorab, ob wir mit Ihrer Versicherung direkt abrechnen können (sogenannte Abtretungs-Erklärung). Selbstzahler erhalten von uns die Möglichkeit, ihre Rechnungen zunächst bei ihrem Leistungsträger einzureichen. Der Rechnungsbetrag wird erst 30 Tage nach Rechnungsstellung fällig.

Die Chefarztbehandlung (W-CA) wird nach GOÄ (aktuelle Fassung) gesondert berechnet und ist zahlbar nach Erhalt.

ClinicCard und Card für Privatversicherte werden akzeptiert.

W-CA Chefarztbehandlung
Behandlung durch den Chefarzt unter gesonderter Verrechnung aller ärztlichen Leistungen nach GOÄ.
Diese Leistung ist grundsätzlich nur in Verbindung mit der Wahlleistung W-EZ möglich.
W-EZ Einzelzimmer
Unterbringung im Einzelzimmer mit Bad und WC, Fernseher, Zimmersafe (gegen Kautions)
39,74 € pro Tag

W-AP Appartement
Unterbringung im Appartement (1 ½ Räume) mit Bad und WC, Fernseher, Zimmersafe (gegen Kautions)
40,59 € pro Tag

Inkrafttreten: Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 1. September 2026 in Kraft.

Diabetes-Klinik Bad Mergentheim

Theodor-Klotzbücher-Straße 12 97980 Bad Mergentheim

Telefon: 07931 594-0 Telefax: 07931 594-108

info@diabetes-zentrum.de www.diabetes-zentrum.de

Gender-Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet.