

im Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Die Theresienkrankenhaus und Diako gGmbH - Diako berechnet ab **01.01.2026** folgende Entgelte:

## 1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 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 textlichen Definitionen. Ergänzend finden sich hier auch Tabellen von zugehörigen Diagnosen oder Prozeduren.

Jede 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 4.517,37 € und unterliegt jährlichen Veränderungen.** Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel:

| DRG  | DRG-Definition                   | Relativgewicht | Basisfallwert | Erlös      |
|------|----------------------------------|----------------|---------------|------------|
| F17B | Wechsel eines Herzschrittmachers | 0,761          | € 4.517,37    | € 3.437,72 |

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 (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 Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung) vom 19. Dezember 2023 aufgeführt. Die jeweils anwendbare Hybrid-DRG wird mit einem festen Eurobetrag vergütet, der ebenfalls in der Rechtsverordnung aufgeführt ist.

Beispiel:

Leistungsbereich Bestimmte Hernieneingriffe

| OPS-Kode | OPS-Text   |
|----------|--|
| 5-530.00 | Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit hoher Bruchsack-unterbindung 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 |
|------------|--|--|--|
| G09N       | Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm | 2.885,11   | 2.915,11   |
| G24N       | 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   |

## 4. Tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 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 krankenhausesindividuellen 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. Dieser wurde in Höhe von **250,70 €** vereinbart.

Beispiel:

-DRG F17B (Hauptabteilung) - Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammer- oder Zweikammersystem, Alter > 15 Jahre  
- Abrechenbare Belegungstage: 3

**5. 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, 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 €** 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 Krankenhaus berechnet für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2026 genannten Zusatzentgelte folgende Preise:

| ZE 2026    | Bezeichnung  | OPS-Kode 2026              | OPS-Text   | Entgelthöhe in EUR |
|------------|--|----------------------------|--|--------------------|
| ZE2026-123 | Gabe von Caspofungin, parenteral                       | 6-002.p*                   | Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral je mg   | 0,50               |
| ZE2026-25  | Modulare Endoprothesen Knie                            | 5-829.k*                   | Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz | 1.700,00           |
| ZE2026-25  | Modulare Endoprothesen Schulter                        | 5-829.k*                   | Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz | 986,49             |
| ZE2026-54  | Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt | 5-449.h3                   | Andere Operationen am Magen: Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese   | 771,20             |
| ZE2026-54  | Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt | 5-429.j1                   | Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, eine Prothese ohne Antirefluxventil                                     | 435,45             |
| ZE2026-54  | Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt | 5-469.k3                   | Andere Operationen am Darm: Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese  | 500,00             |
| ZE2026-54  | Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt | 5-513.m0                   | Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden ungedeckten Stents: 1 Stent  | 521,09             |
| ZE2026-54  | Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt | 5-513.m1                   | Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden ungedeckten Stents: 2 Stents   | 933,25             |
| ZE2026-54  | Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt | 5-513.n0                   | Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden gecoverten Stent-Prothesen: 1 Stent-Prothese   | 618,67             |
| ZE2026-54  | Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt | 5-526.e0                   | Endoskopische Operationen am Pankreasgang: Einlegen einer Prothese: Selbstexpandierend   | 792,74             |
| ZE2026-54  | Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt | 5-529.n4<br>i.V.m. 5-549.a | Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang: Transgastrale Drainage einer Pankreaszyste: Endoskopisch mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents                                | 4.194,40           |
| ZE2026-54  | Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt | 5-529.r3<br>i.V.m. 5-549.a | Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang: Transduodenale Drainage einer Pankreaszyste: Endoskopisch mit Einlegen eines selbstexpandierenden Stents                               | 4.194,40           |

**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 folgendes Zusatzentgelt 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 €**

**7. 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 gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. **tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte** vereinbart:

- a. **DRG B49Z** Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson **€ 253,46 / Behandlungstag**
- b. **DRG B61B** Bestimmte Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks außer bei Transplantation **€ 132,57 / Behandlungstag**
- c. **DRG U01Z** Genitalorganumwandelnde Operation **€ 494,02 / Behandlungstag**

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 €** 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 €** 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.

**8. Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen gem. § 17a KHG**

Gem. § 17a KHG berechnet das Krankenhaus einen landesweit einheitlichen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen. Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig **330,46 €**.

**9. Zuschlag für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 4 KHEntgG**

Für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag von **60,00 €** pro Belegungstag. Dieser Zuschlag betrifft im Übrigen nur die Fälle der medizinisch notwendigen Aufnahme von Begleitpersonen und ist von der wahlweisen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson nach Ziffer 17 c. zu unterscheiden.

### 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 gem. § 137 c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

| NUB   | Bezeichnung | OPS-Kode 2026 | OPS-Text | Entgelthöhe in EUR |
|-------|-------------|---------------|----------|--------------------|
| keine |             |               |          |                    |

### 11. Qualitätssicherungszuschläge und Qualitätssicherungsabschläge nach § 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG

Für Maßnahmen der Qualitätssicherung wird gemäß § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG ein Zuschlag nach Maßgabe der Vereinbarung zwischen der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) und den Verbänden der Krankenkassen im Land erhoben. Dieser beträgt für jede abgerechnete DRG **0,84 €**. Wird die Verpflichtung zur Qualitätssicherung nicht eingehalten, sind gemäß § 8 Abs. 4 KHEntgG Vergütungsabschläge vorzunehmen.

### 12. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- a) DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **1,59 €**
- b) 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 €**

### 13. Weitere Zu- und Abschläge für besondere Tatbestände

- a) Zuschlag 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.
- b) Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG in Höhe von **0,15 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 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.
- c) Zuschlag für Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG in Höhe von **0,00 %** 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.
- d) Fixkostendegressionsabschlag gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG in Höhe von **0,00 %** auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen.
- e) Zuschlag wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG in Höhe von **11,22 €** je vollstationärem Fall.
- f) Zuschlag für die Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der elektronischen Gesundheitskarte (Telematikzuschlag) nach § 291a Abs. 7a S. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **7,96 €**
- g) 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 €**
- h) Zuschlag zur Förderung der geburtsstillischen Versorgung gem. § 5 Abs. 2b, 2c KHEntgG je abgerechneten vollstationären Fall in Höhe von **0,00 €**
- i) Abschlag wegen Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i Abs. 5 SGB V i.V.m. § 8 Abs. 4 KHEntgG in Höhe von **0,00 %** 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
- j) Zuschlag nach § 5 Abs. 3k KHEntgG zur Auszahlung des Erlösvolumens 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.
- k) Zuschlag nach § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 3 der Corona-Mehrkostenvereinbarung in Höhe von **0,00 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 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.
- l) 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

### 14. 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 bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind:

#### a. vorstationäre Behandlung

| Fachrichtung:   | Vorstationäre Pauschale in € / Fall |
|-----------------|-------------------------------------|
| Innere          | 147,25                              |
| Chirurgie       | 100,72                              |
| Frauenheilkunde | 119,13                              |
| Urologie        | 103,28                              |
| Neurologie      | 114,02                              |

#### b. nachstationäre Behandlung

| Fachrichtung:   | Nachstationäre Pauschale in € / Tag |
|-----------------|-------------------------------------|
| Innere          | 53,69                               |
| Chirurgie       | 17,90                               |
| Frauenheilkunde | 22,50                               |
| Urologie        | 41,93                               |
| Neurologie      | 40,90                               |

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.

### 15. 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 €**.

### 16. Zuzahlungen gemäß § 39 SGB V – 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 10,00 € je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V)**. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V im Auftrage der gesetzlichen Krankenkassen eingezogen.

### 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. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

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. -entbindungspflegern.

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

## 19. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntgG):

### 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 (§ 115a 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 Abs. 1 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 Krankenhauses oder eine der im Folgenden genannten **externen Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt** tätig wird.

- **ABT Gesellschaft für Ärztliche Abrechnung mbH Trier, Zurmaier Str. 9-11, 54292 Trier, Tel. 0651 / 97546-0**
- **Unimed Chefärzte-Abrechnungs-Service GmbH, Auf der Heide 17, 66687 Wadern-Noswendel, Tel. 06871 / 9000-0**
- **PVS/Südwest, C8,9, 68159 Mannheim, Tel. 0621 /164-0**
- **PAS Dr. Hammerl GmbH&Co.KG, Privatärztlicher-Abrechnungs-Service, 86720 Nördlingen, Gewerbestraße 21, Tel. 09081 / 2926-0**

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) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs.2 Satz 3 GOÄ/GOZ) erbracht. Für den Fall der unvorhergesehenen Verhinderung des Wahlarztes, werden dessen Aufgaben durch seinen nachfolgend genannten ständigen ärztlichen Vertreter übernommen.

### Liquidationsberechtigte Ärzte der Theresienklinik und Diako gGmbH Standort Diako:

| Fachabteilung   | Chefarzt / Wahlarzt:  | Ständiger ärztlicher Vertreter                         |
|---|---|--|
| Innere Medizin  | Prof. Dr. med. Dieter Schilling                               | OA Dr. med. Christian Mairhofer                        |
| Innere Medizin<br>Funktionsbereich Endoskopie / Sonographie         | Prof. Dr. med. Dieter Schilling                               | OA Dr. med. Peter Becker                               |
| Innere Medizin<br>Funktionsbereich Manometrie / pH-Metrie           | Prof. Dr. med. Dieter Schilling                               | OÄ Dr. med. Petra Traber                               |
| Innere Medizin<br>Funktionsbereich Ernährungsmedizin / Diabetologie | Prof. Dr. med. Dieter Schilling                               | OÄ Dr. med. Valerie Anna Maria Kudis                   |
| Innere Medizin<br>Funktionsbereich Psychoonkologie                  | Prof. Dr. med. Dieter Schilling                               | OÄ Dr. med. Terese Zink                                |
| Innere Medizin<br>Sektion nichtinvasive Angiologie                  | Prof. Dr. med. Dieter Schilling                               | OA Dr. med. Eric Hsu                                   |
| Innere Medizin<br>Funktionsbereich Kardiologie                      | Prof. Dr. med. Dieter Schilling                               | OA Dr. med. Kaweh Zokai                                |
| Innere Medizin<br>Sektion Onkologie                                 | Prof. Dr. med. Manfred Hensel                                 | Prof. Dr. med. Dieter Schilling<br>Dr. med. Udo Hieber |
| Klinik für Geriatrie  | Priv. Doz. Dr. med. Matthias Schuler                          | OÄ Sheue-Ju Lin  |
| Klinik für Geriatrie / Palliativmedizin                             | Priv. Doz. Dr. med. Matthias Schuler                          | OÄ Dr. med. Terese Zink                                |
| Reha-Geriatrie  | Priv. Doz. Dr. med. Matthias Schuler                          | OÄ Dr. med. Manuela Mettlach                           |
| Zentrum für Alterstraumatologie                                     | Priv. Doz. Dr. med. Matthias Schuler<br>Dr. med. Henning Röhl | OÄ Dr. med. Imke Sebastian v. Reusner                  |
| Allgemein- und Visceralchirurgie                                    | PD Dr. med. Jörn Richard Magdeburg                            | OA Dr. med. Gerrit Art                                 |
| Adipositaschirurgie   | PD Dr. med. Jörn Richard Magdeburg                            | OA Andre Lindner                                       |
| Orthopädie und Unfallchirurgie                                      | Dr. med. Henning Röhl   | OA Dr. med. Sebastian Schmitt                          |
| Frauenheilkunde und Geburtshilfe                                    | Prof. Dr. Thalia Erbes  | OA Frank Hägele  |
| Anästhesiologie   | Prof. Dr. med. Thomas Lücke                                   | OA Dr. med. Alf Joachim                                |
| Intensivmedizin   | Prof. Dr. med. Thomas Lücke                                   | OA Dr. med. Christian Magin                            |
| Anästhesiologische Schmerztherapie                                  | Prof. Dr. med. Thomas Lücke                                   | OA Dr. med. Alexander Wagner                           |
| Neurologie  | Dr. med. Joachim Wolf   | OA Dr. med. Michael Martins dos Santos                 |
| Neurologie<br>Stroke Unit   | Dr. med. Joachim Wolf   | OA Dr. med. Michael Martins dos Santos                 |
| Physik. Therapie/ Ergotherapie/ Logopädie                           | Priv. Doz. Dr. med. Matthias Schuler                          |  |
| Labor   | Prof. Dr. med. Dieter Schilling                               |  |

|   |   |
|---|---|
| <b>b. Walleistung Unterkunft</b>                            |   |
| <b>Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer:</b>                | <b>€/ Tag</b>                                 |
| 1. mit Dusche und WC auf den Walleistungsstationen B6/B7    | <b>183,00 €</b>                               |
| 2. mit Dusche und WC auf den Stationen B1/B5                | <b>160,00 €</b>                               |
| 3. mit Dusche und WC restliches Akuthaus                    | <b>75,11 €</b>                                |
| <b>Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer:</b>                |   |
| 1. mit Dusche und WC auf den Walleistungsstationen B6/B7    | <b>90,00 €</b>                                |
| 2. mit Dusche und WC auf den Stationen B1/B5                | <b>85,00 €</b>                                |
| 3. mit Dusche und WC restliches Akuthaus                    | <b>41,48 €</b>                                |
| <b>c. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson</b> | <b>71,40 € je Berechnungstag</b>              |
| <b>e. Gestellung einer Sonderwache</b>                      | <b>Erstattung des tatsächlichen Aufwandes</b> |

#### 18. Aufnahmen von aus dem Ausland zur Behandlung einreisender ausländischer Staatsbürger

Für ausländische Staatsbürger, die zur Behandlung aus dem Ausland einreisen und die nicht dem deutschen oder EU-Sozialversicherungsrecht unterliegen, gilt als Basisfallwert der Betrag von 4.000,00 €. Zusätzlich wird eine Verwaltungsgebühr von 200,00 € pro Fall erhoben. Die Theresienkrankenhaus und Diako gGmbH Standort Diako behält sich zudem vor, Materialkosten (z.B. teure Implantate) gesondert zu berechnen, wenn diese mit dem DRG-Entgelt nicht abgedeckt sind.

#### Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2026 in Kraft.

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

sollten Sie Fragen zum DRG-Entgelttarif sowie zu Einzelheiten des DRG-Klassifikationssystems mit den dazugehörigen Kostengewichten und Abrechnungsregeln haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter der Patientenverwaltung unseres Krankenhauses unter den Telefonnummern **0621/8102-2233, -2234, -2235** hierfür gerne zur Verfügung. Gleichzeitig können Sie dort auch Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie die zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen.

**Insgesamt kann die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Walleistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Dies gilt insbesondere für Selbstzahler. Prüfen Sie bitte, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung versichert sind. Rechtsverbindliche Auskünfte über Klinikkosten und Tariffragen erteilt ausschließlich die Verwaltung der Theresienkrankenhaus und Diako gGmbH Standort Diako.**

Der DRG-Entgelttarif ist in der Patientenaufnahme erhältlich und hängt zudem in der Aufnahme sowie in der Ambulanz aus. Irrtum vorbehalten.

# Pflegekostentarif der Geriatrischen Rehabilitationsklinik Mannheim am Diako Mannheim

Ärztliche Leitung: Chefarzt Dr. Matthias Schuler

Telefon: 0621/ 8102-3701

Telefax (0621) 8102-3710

Das Krankenhaus berechnet die geriatrischen Rehabilitationsleistungen wie folgt:

|   | Fallpauschale | Pflegesatz stationäre Reha | Tagessatz ambulante Reha |
|---|---------------|----------------------------|--------------------------|
| <b>AOK, LKK</b>                             | -             | € 243,75                   | € 163,72                 |
| <b>Verband der Ersatzkassen (VdeK)</b>      | -             | € 249,65                   | € 170,65                 |
| <b>BKK, IKK</b>                             | -             | € 246,98                   | € 173,82                 |
| <b>DAK</b>                                  | -             | € 242,16                   | € 170,65                 |
| <b>Knappschaft</b>                          | -             | € 243,75                   | € 173,82                 |
| <b>Selbstzahler, Sonstige Krankenkassen</b> | -             | €249,65                    | € 173,82                 |

Die Fahrtkostenabrechnung erfolgt gem. den jeweilig gültigen Zusatzvereinbarungen. Für **Selbstzahler und sonstige Krankenkassen** werden folgende **Fahrtkosten** je einfache Fahrt berechnet:

|                    |         |
|--------------------|---------|
| Zone 1 (bis 5 km)  | € 14,85 |
| Zone 2 (bis 10 km) | € 23,92 |
| Zone 3 (bis 15 km) | € 30,52 |
| Zone 4 (bis 20 km) | € 32,99 |

## Wahlleistung Unterkunft

|                   | 1-Bett-Zimmer Komfort | 1-Bett-Zimmer Standard |
|-------------------|-----------------------|------------------------|
| <b>Station G0</b> | € 80,00               | € 50,00                |
| <b>Station G1</b> | € 80,00               | € 50,00                |
| <b>Station G2</b> | € 80,00               | € 50,00                |