

## **DRG-Entgelttarif 2024**

im Anwendungsbereich des KHEntgG  
und Unterrichtung von PatientInnen gemäß § 8 KHEntgG

für die Betriebsstätten  
der Oberschwabenklinik gGmbH

- |  |                 |
|--|-----------------|
| → St. Elisabethen-Klinikum, Ravensburg | Tel. 0751/87-0  |
| → Westallgäu-Klinikum, Wangen          | Tel. 07522/96-0 |

**gültig ab 01. August 2024**

Das Krankenhaus (die Betriebsstätte) berechnet

- Fallpauschalen (DRGs) (§ 17b KHG; vgl. dazu Abschnitt I)
- Zusatzentgelte und Zuschläge (§ 17b KHG; vgl. dazu Abschnitt I)
- Entgelte für Wahlleistungen (§ 17 KHEntgG; vgl. dazu Abschnitt II)
- Entgelte für sonstige Leistungen (vgl. dazu Abschnitte III - VIII)

## I. Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

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

Das Entgelt für die allgemeinen vollstationären Krankenhausleistungen 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 2024) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2024) 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 **4.219,76 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich bisher der Preis für den Behandlungsfall (siehe Berechnungsbeispiel unten).

Folgendes Berechnungsbeispiel zeigt exemplarisch für die **DRG H07B**, wie sich der Krankenhauserlös für einen stationären Behandlungsfall **bis 31.07.2024 bzw. ab 01.08.2024** zusammensetzt.

DRG	H07B	
DRG-Definition	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation	
<b>Gültigkeit</b>	<i>bis 07/2024</i>	<i>ab 08/2024</i>
Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	1,641	1,641
Landesbasisfallwert Ba-Wü	4.219,76 €	4.219,76 €
<b>DRG-Erlös</b>	<b>6.924,63 €</b>	<b>6.924,63 €</b>
Pflegeentgeltwert	466,48 €	226,54 €
Pflegeerlös-Bewertungsrelation/Tag	0,8544	0,8544
Pflegeerlös pro Tag	398,56 €	193,56 €
Mittlere Verweildauer (in Tagen)	9,1	9,1
<b>Pflegeerlös</b>	<b>3.626,90 €</b>	<b>1.761,40 €</b>
<b>Gesamterlös</b>	<b>10.551,53 €</b>	<b>8.686,03 €</b>

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 Behandlungs-geschehens konkret erbracht werden. Für das Jahr 2024 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2024 (Fallpauschalenvereinbarung 2024 – FPV 2024).

Den jeweils gültigen DRG-Katalog können Sie auf Wunsch in der Patientenverwaltung bzw. am Empfang einsehen.

### 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 2024

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 2024 (FPV 2024).

### 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 Bruchsackunterbindung und Teilresektion
5-530.01	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Hydrozelenwandresektion

Hybrid-DRG	Bezeichnung	Bewertung
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	2.021,82 €
G24N	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	1.965,05 €

Die Leistung beginnt mit den Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung und endet mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung, jeweils in der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird. Mit der Hybrid-DRG sind alle im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten entstandenen Aufwände abgegolten. **Eine Abrechnung von weiteren Entgelten gemäß den nachfolgenden Ziffern in Verbindung mit der Hybrid-DRG ist somit ausgeschlossen.** Eine Berechnung von Entgelten für vereinbarte Wahlleistungen bleibt unberührt.

Die Abrechnung einer Hybrid-DRG erfolgt unabhängig von der Anzahl der beteiligten Leistungserbringer nur einmalig.

#### 4) Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV 2024

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 2024 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2024 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2024 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 2024 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 2024 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2024 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Die Oberschwabenklinik hat in den einzelnen Krankenhäusern bestimmte Zusatzentgelte vereinbart. Einzelheiten dazu finden Sie im Entgeltkatalog, der in der Patientenaufnahme bzw. am Empfang zur Einsicht ausliegt.

#### 5) Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2024

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. tagesbezogenen** krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

##### Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2024

- **B61B** – Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks

St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg	398,53 € zzgl. Pflegeerlös/Tag
-------------------------------------	--------------------------------

- **U41Z** – Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen

St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg	246,16 € zzgl. Pflegeerlös/Tag
-------------------------------------	--------------------------------

##### Leistungen besonderer Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 S. 10 KHG

- **Tagesbezogenes Entgelt Palliativstation**

St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg	309,48 € zzgl. Pflegeerlös/Tag
-------------------------------------	--------------------------------

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2024 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 2024 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 2024 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2024 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

#### 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/Patienten mit <b>Aufn.datum ab dem 01.05.2023</b>	30,40 €
Labordiagnostik mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit <b>Aufnahmedatum ab dem 15.10.2020</b>	19,00 €
Testung mittels Antigen-Test zur patientennahen Anwendung durch Dritte zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (PoC-Antigentest) bei Patientinnen/Patienten mit <b>Aufn.datum ab dem 01.08.2021</b>	11,50 €
Testungen durch einen Nukleinsäurenachweis mittels Pooling-Verfahren (PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) bei Patientinnen oder Patienten mit <b>Aufnahmedatum ab dem 01.05.2023</b> :	
• 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 20 Proben:	12,00 €

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

Die Oberschwabenklinik gGmbH berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **45,00 € pro Tag**
- Kombiniertes landesweites Ausbildungszuschlag je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **260,85 €**. Dieser setzt sich zusammen aus dem Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 bzw. 9 KHG (**60,87 €**) sowie dem Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 Satz 1 PflBG (**199,98 €**)
- Zuschlag für Schwerpunkt und Zentren nach § 5 Abs. 3 KHEntgG in Höhe von
 

St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg für den geriatrischen und den onkologischen Schwerpunkt	0,35 %
--	--------
- Zu- oder Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG in Höhe von
 

St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg	12,25 €
Westallgäu-Klinikum Wangen	8,02 €
- Abschlag für den Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgangs nach § 21 Abs. 10 KHG in Höhe von
 

St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg	-0,36 %
Westallgäu-Klinikum Wangen	-1,69 %

 auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 1 und 2 KHEntgG) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.
- Zuschlag für Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG
 

St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg	0,01 %
-------------------------------------	--------

 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 zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG in Höhe von
 

St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg	0,03 %
Westallgäu-Klinikum Wangen	0,09 %

 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
- Zuschlag nach § 5 Abs. 2c KHEntgG zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern je abgerechneten vollstationären Fall in Höhe von
 

St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg	17,45 €
Westallgäu-Klinikum Wangen	17,55 €
- Zuschlag für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG in Höhe von **0,93 €**
- 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 €**
- Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8a KHEntgG wegen fehlender Einschätzung des Beatmungsstatus in Höhe von **16%** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG, **maximal jedoch 2.000,00 €**
- Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8b KHEntgG wegen fehlender Anschlussverordnung zur Beatmungsentwöhnung in Höhe von **einmalig 280 €**
- Zuschlag nach § 4a Absatz 4 KHEntgG zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin in Höhe von
 

St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg	11,500 %
Westallgäu-Klinikum Wangen	11,500 %

 auf die im auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog bewerteten Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 KHEntgG
- Abzug für nicht anfallende Übernachtungskosten in der tagesstationären Behandlung nach § 115e Abs. 3 SGB V in Höhe von **0,04** Bewertungsrelationen je betreffender Nacht, **maximal jedoch 30%** der Entgelte für den Aufenthalt insgesamt
- Abschlag für Versäumnisse bei der Übersendung von Budgetunterlagen nach § 11 Abs. 4 KHEntgG in Höhe von **1%** des Rechnungsbetrages für jeden voll- oder teilstationären Fall

**8) Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) 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. § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnen das St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg sowie das Westallgäu-Klinikum Wangen gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab.

Einzelheiten dazu finden Sie im Entgeltkatalog, der in der Patientenaufnahme bzw. am Empfang zur Einsicht ausliegt.

**9) 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 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.

St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg	226,54 €
Westallgäu-Klinikum Wangen	224,28 €

**10) Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben**

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **1,43 €**
- 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 **2,94 €**.

**11) 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

St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg	14,51 €
Westallgäu-Klinikum Wangen	36,25 €

**12) Entgelte für vor- u. nachstationäre Behandlungen gem. § 115a SGB V**

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

Gemäß § 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.

Einzelheiten dazu finden Sie im Entgeltkatalog, der in der Patientenaufnahme bzw. am Empfang zur Einsicht ausliegt.

**13) Wiederaufnahme und Rückverlegung**

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2024 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2024 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2024 zusammengefasst und abgerechnet.

**Einen Katalog sämtlicher Entgelte (DRGs, Zusatzentgelte, sonstige Entgelte, Entgelte für NUB) sowie der vor- und nachstationären Pauschalen können Sie auf Wunsch in der Patientenverwaltung bzw. am Empfang einsehen.**

**II. Entgelte für Wahlleistungen**

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen (§ 6 AVB) werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntgG). Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung und der Patienteninformation über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen entnehmen.

- 1) Ärztliche Leistungen aller an der Behandlung beteiligten Fachabteilungen und Institute, der KonsiliarärztInnen und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen.**
- 2) Unterbringung im 1- oder 2-Bett-Zimmer**

Unterbringungskategorie	1-Bett-Zimmer	2-Bett-Zimmer
<b>St. Elisabethen-Klinikum, Ravensburg</b>		
Kategorie A (Premiumstation A51)	98,10 €	53,20 €
Kategorie B	65,26 €	24,40 €
<b>Komfortleistungen in den Wahlleistungszimmern</b> Premiumverpflegung, Kaffee & Kuchen, Safe, Besucherecke, Telefon, TV, Tageszeitung		
<b>Zusätzliche Komfortleistungen in der Premiumstation</b> siehe beigefügten Informationsflyer		
<b>Westallgäu-Klinikum, Wangen</b>		
Kategorie A	80,79 €	40,79 €
Kategorie B	61,67 €	26,46 €
<b>Komfortleistungen in den Wahlleistungszimmern</b> Premiumverpflegung, Kaffee & Kuchen, Safe, Besucherecke, Zusatzartikel Sanitär, Telefon, TV, Tageszeitung		

**3) Unterbringung von Begleitpersonen (nur gegen Vorkasse)**

<b>St. Elisabethen-Klinikum, Ravensburg</b>	
im Patientenzimmer, Familienzimmer der Geburtshilfe oder Gastzimmer inkl. Verpflegung	85,00 €
Im Patientenzimmer der Kinder- und Jugendheilkunde (Beistellbett) inkl. Verpflegung	45,00 €
<b>Westallgäu-Klinikum, Wangen</b>	
Unterbringung im Patientenzimmer inkl. Verpflegung	72,00 €

Die Entgelte für die Wahlleistungen „Unterbringung“ und „Begleitperson“ werden für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts berechnet (Berechnungstag); der Entlassungs- oder Verlegungstag wird nicht berechnet. Nimmt der Patient/die Patientin oder die Begleitperson vom Krankenhaus gebotene Leistungen (z. B. Verpflegung) nicht oder nicht voll in Anspruch, tritt eine Minderung der Entgelte nicht ein.

**4) Nutzung von Telefon- und Fernsehanlagen:**

Telefonieren ins deutsche Festnetz	0,07 €/Minute
Telefonieren ins Mobilnetz	0,30 €/Minute
Telefonieren ins Ausland	nicht möglich
TV-Nutzung (Telefonkarte muss gesteckt sein)	kostenfrei
Gebühr für Kopfhörer	einmalig 2,50 €

**5) Chipkarte für Telefon- und Fernsehanlagen:**

Die Chipkarte regelt die Zugriffsberechtigung auf die Telefon- und Fernsehanlage. In allen Krankenhäusern beträgt das Pfand hierfür **15,00 €**; es wird bei Kartenrückgabe zurückerstattet. Verlust und Missbrauch gehen zu Lasten des Kartenbesitzers.

**6) WLAN: kostenlos**

7) *Die nicht nach Tagen bemessenen Wahlleistungen werden auch für den Entlassungs- oder Verlegungstag berechnet.*

**III. Belegärzte / Hebammen**

Mit den Entgelten nach Ziffer I. 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.

**IV. Entgelte für Begutachtung**

- 1) Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnet das Krankenhaus die Entgelte nach Ziffer I.
- 2) Daneben
  - berechnet der liquidationsberechtigte Arzt sein Honorar
  - werden Schreibgebühren für das Gutachten erhoben (je angefangene Seite 1,80 €)
  - werden Porto- und Versandkosten berechnet.

**V. Entgelte für sonstige Leistungen**

Das Krankenhaus berechnet für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung **65,00 €**.

Zusätzlich berechnet das Krankenhaus für intern Verstorbene ab dem 4. Tag (Todestag und 2 Tage frei) und für extern Verstorbene ab dem 1. Tag eine Kühlzellegebühr in Höhe von **40,00 €/Tag**.

**VI. 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 derzeit

**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** bei den PatientInnen 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 derzeit

**10,00 € 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.

## **VII. Patientenquittung**

Gesetzlich Versicherte erhalten auf Wunsch eine Patientenquittung, in der die Krankenhausleistungen aufgeführt sind, sofern sie diese innerhalb von zwei Wochen nach Entlassung beantragen (gem. § 305 Abs. 2 SGB V).

## **VIII. Inkrafttreten**

Dieser Entgelttarif tritt rückwirkend zum **01. August 2024** in Kraft. Gleichzeitig wird der Entgelttarif vom **15. Mai 2024** aufgehoben.

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

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Patientenverwaltung bzw. des Empfangs hierfür 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 daher bitte, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung versichert sind.