

**Entgelttarif
und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG**

für die Betriebsstätten
der Oberschwabenklinik gGmbH

- | | |
|--|------------------|
| → Krankenhaus St. Elisabeth Ravensburg | Tel. 0751/87-0 |
| → Klinikum Westallgäu Krankenhaus Wangen | Tel. 07522/96-0 |
| → Krankenhaus Bad Waldsee | Tel. 07524/997-0 |

gültig ab 01. Juni 2017

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 bzw. Prozeduren stehen Kataloge mit ca. 13.000 Diagnosen (ICD 10-SGB-V Version 2017) und ca. 30.000 Prozeduren (OPS-301 Version 2017) 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 und 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 3.350,01 € und unterliegt jährlichen Veränderungen.

Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Berechnungsbeispiel

DRG	DRG-Definition	Rel.gew.	Basisfallwert	Erlös
H07B	Cholezystektomie	1,819	€ 3.350,01	€ 6.093,67
I03A	Hüftgelenkersatz mit komplizierender Diagnose	5,649	€ 3.350,01	€ 18.924,21

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 bzw. therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden.

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

Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittlere Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gem. § 1 FPV 2017

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- und Abschläge fällig. Die näheren Einzelheiten und das Berechnungsverfahren hierzu regelt die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV).

2.) **Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV 2017**

Gem. § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (GKV-Spitzenverbände, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2017 werden die **bundeseinheitlichen** Zusatzentgelte durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2017 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2017 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. Sofern das Krankenhaus diese Zusatzentgelte nicht vereinbart hat, werden sie mit € 600 je Fall abgerechnet.

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.

3.) **Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2017**

Für die Vergütung bestimmter Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2017 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, hat das Krankenhaus mit den zuständigen Kostenträgern feste Beträge je Belegungstag vereinbart. Die Oberschwabenklinik berechnet folgende Entgelte gem. Anlage 3:

B61BBestimmte akute Erkrankungen u. Verletzungen des Rückenmarks

Krankenhaus St. Elisabeth	545,09 €
Klinikum Westallgäu	545,09 €

E76A Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage

Krankenhaus St. Elisabeth	306,60 €
---------------------------	----------

U41ZSozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen

Krankenhaus St. Elisabeth	287,09 €
---------------------------	----------

Für die Vergütung weiterer Leistungen gem. Anlage 3 zur FPV 2017 hat das Krankenhaus derzeit mit den zuständigen Kostenträgern keine Entgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart. Gem. § 10 Abs. FPV 2017 sind daher in diesem Bereich für jeden Belegungstag € 600,00 abzurechnen.

4.) **Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 7 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 St. Elisabeth Ravensburg 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.

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

Gem. § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen bestimmte Pauschalen.

Gem. § 8 Abs. 2 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.

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

6.) **Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben**

Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG

Das Krankenhaus berechnet für die Dokumentation der Qualitätssicherung je Behandlungsfall einen Zuschlag in Höhe von 1,26 Euro.

DRG-Zuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG

Zur Finanzierung der Entwicklung und Pflege des in Deutschland einzuführenden pauschalierenden Entgeltsystems für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag von 1,30 Euro.

GBA-Zuschlag nach § 91 Abs. 2 i.V.m. § 139 c SGB V

Zur Finanzierung des gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag in Höhe von 1,49 Euro.

7.) **Sonstige Zu- und Abschläge**

Zuschlag für Schwerpunkte nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG

Für die besonderen Aufgaben von Schwerpunkten und Zentren für die stationäre Versorgung von Patienten nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG berechnet das Krankenhaus, sofern es über Schwerpunkte oder Zentren verfügt, gem. § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG einen prozentualen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen, der Zusatzentgelte und der sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG.

Krankenhaus St. Elisabeth für den geriatrischen und den onkologischen Schwerpunkt	0,56 %
--	--------

Zuschlag für Ausbildungsstätten

Zur Finanzierung der Ausbildungsstätten berechnet das Krankenhaus gemäß § 17a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 KHG einen landeseinheitlich festgelegten Zuschlag. Die Höhe des Zuschlags beträgt 106,50 Euro.

Medizinisch notwendige Begleitpersonen

Das Krankenhaus berechnet gem. der Vereinbarung nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG einen Zuschlag für die Aufnahme von medizinisch notwendigen Begleitpersonen in Höhe von 45,00 Euro je Belegungstag.

Zuschlag zur Förderung der Krankenhaushygiene

Das Krankenhaus berechnet gemäß § 4 Abs. 11 KHEntgG einen Zuschlag 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.

Krankenhaus St. Elisabeth	0,07 %
Klinikum Westallgäu	0,10 %
Krankenhaus Bad Waldsee	0,10 %

Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2017 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2017 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2017 zusammengefasst und abgerechnet.

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 Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen.

2.) Unterbringung im 1- oder 2-Bett-Zimmer

Unterbringungskategorie	1-Bett-Zimmer	2-Bett-Zimmer
Krankenhaus St. Elisabeth		
Kategorie A (Premiumstation A51)	€ 86,84	€ 43,22
Kategorie B (Bettenhaus A außer Premium)	€ 60,16	€ 19,82
Kategorie C (Bettenhaus C)	€ 89,78	€ 45,21
Komfortleistungen in den Wahlleistungszimmern: Premiumverpflegung, Kaffee & Kuchen, Safe, Besucherecke, Telefon (Grundgebühr frei), TV und WLAN, Tageszeitung		
Zusätzliche Komfortleistungen in der Premiumstation: Siehe beigefügten Informationsflyer		
Klinikum Westallgäu Krankenhaus Wangen		
Kategorie A	€ 72,24	€ 33,14
Kategorie B	€ 57,62	€ 22,41
Krankenhaus Bad Waldsee		
Kategorie A	€ 106,39	€ 66,86
Kategorie B	€ 101,85	€ 66,42
Komfortleistungen in den Wahlleistungszimmern: Premiumverpflegung, Kaffee & Kuchen, Safe, Besucherecke, Zusatzartikel Sanitär, Telefon (Grundgebühr frei), TV und WLAN, Tageszeitung		

3.) Unterbringung von Begleitpersonen

Krankenhaus St. Elisabeth & St. Nikolaus nur gegen Vorkasse	
im Patientenzimmer bzw. im Familienzimmer der Geburtshilfe inkl. Verpflegung	€ 85,00
im Gastzimmer inkl. Frühstück	€ 35,00
St. Nikolaus im Eltern-Kind-Zimmer oder 1.OG/2.OG im Patientenzimmer (Klappliege)	€ 30,00 € 5,00
Verpflegung im Zimmer	€ 15,00
Klinikum Westallgäu Krankenhaus Wangen	
Unterbringung im Patientenzimmer inkl. Verpflegung	€ 72,00
Krankenhaus Bad Waldsee	
Unterbringung im Patientenzimmer inkl. Verpflegung	€ 45,00

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 oder die Begleitperson vom Krankenhaus gebotene Leistungen (z. B. Verpflegung) nicht oder nicht voll in Anspruch, tritt eine Minderung der Entgelte nicht ein.

- 4.) Bereitstellung eines Telefons:
Grundgebühr je Tag (einschl. Entlassungstag) je Tag € 2,00
zzgl. je Gebühreneinheit je € 0,07
- 5.) Bereitstellung eines Fernsehgerätes: je Tag € 2,00
ab dem 15. Tag: € 1,00
Gebühr für Kopfhörer: einmalig € 2,50

- 6.) Chipkarte für Telefon- und Fernsehanlagen:
Die Chipkarte regelt die Zugriffsberechtigung auf die Telefon- und Fernsehanlage. In allen Krankenhäusern beträgt das Pfand hierfür € 10,--; es wird bei Kartenrückgabe zurückerstattet. Verlust und Missbrauch gehen zu Lasten des Kartenbesitzers.
- 7.) WLAN: je Stunde € 1,00
je Tag € 6,00
je Woche € 20,00
- 8.) *Die nicht nach Tagen bemessenen Wahlleistungen werden auch für den Entlassungs- oder Verlegungstag berechnet.*

III. Belegärzte / Hebammen

Mit den Entgelten nach I. sind nicht abgegolten:

- 1.) Die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in den Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses;
- 2.) Die Leistungen der freiberuflichen Hebammen.

Die Leistungen werden von den Belegärzten bzw. den Hebammen 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 angef. Seite € 1,80
 - werden Porto- und Versandkosten berechnet.

V. Entgelte für sonstige Leistungen

Das Krankenhaus berechnet für Leichenschau / Ausstellung einer Todesbescheinigung € 40.

VI. Zuzahlungen

Das Krankenhaus zieht von gesetzlich versicherten Patienten zur Weiterleitung an die Krankenkassen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage eine Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beträgt zur Zeit:

€ 10,-- je Kalendertag.

Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die entsprechende Mitgliedskrankenkasse abgeführt.

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 am **01. Juni 2017** in Kraft. Gleichzeitig wird der Entgelttarif vom 1. Februar 2017 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 bitte, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung versichert sind.