



Entgelttarif 2026

und Unterrichtung von PatientInnen gemäß § 8 KHEntgG

für die Betriebsstätten
der Oberschwabenklinik gGmbH

→• Geriatrische Rehabilitation am
St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg

Tel. 0751/87-0

gültig ab 01. Januar 2026

Das Krankenhaus (die Betriebsstätte) berechnet

- einen voll pauschalierten Vergütungssatz (§ 111, Abs. 1 SGB V, vgl. dazu Abschnitt I),
- Entgelte für Wahlleistungen (§ 17 KHEntgG; vgl. dazu Abschnitt II),
- Entgelte für sonstige Leistungen (vgl. dazu Abschnitte III - VI),

I. Entgelte für allgemeine Rehabilitationsleistungen

1) vollpauschalierter Vergütungssatz

Die Geriatrische Rehabilitation am St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg berechnet die allgemeinen Rehabilitationsleistungen über folgende vollpauschalierte Vergütungssätze:

Vergütungssatz	
bei vollstationären Leistungen	256,22 € - 261,71 €

Mit den voll pauschalierten Vergütungssätzen werden alle für die Versorgung der PatientInnen erforderlichen allgemeinen Leistungen vergütet.

Die vollstationären Vergütungssätze werden für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Aufenthaltes berechnet (Berechnungstag); der Entlassungs- oder Verlegungstag wird nicht berechnet.

II. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen (§ 6 AVB) werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntgG).

Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Sofern Sie gesetzlich krankenversichert sind, entstehen Ihnen für die Inanspruchnahme der **allgemeinen Krankenhausleistungen** außer den gesetzlichen Zuzahlungen keine gesonderten Kosten.

Wahlleistungen hingegen sind über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehende Sonderleistungen. Diese sind gesondert zu vereinbaren und zu berechnen (§ 17 KHEntgG) und von PatientInnen zu bezahlen.

1) Ärztliche Leistungen aller an der Behandlung beteiligten Fachabteilungen und Institute, der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen.

Für sogenannte **wahlärztliche Leistungen** bedeutet dies, dass Sie sich damit die persönliche Zuwendung und besondere fachliche Qualifikation und Erfahrung der liquidationsberechtigten Ärzte des Krankenhauses (i.d.R. ChefärztInnen oder OberärztInnen) hinzukaufen.

Selbstverständlich werden Ihnen auch ohne Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung alle medizinisch erforderlichen Leistungen zuteil, jedoch richtet sich dann die Person des behandelnden Arztes ausschließlich nach der medizinischen Notwendigkeit.

Die Wahl kann nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten ÄrztInnen des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a SGB V) berechtigt sind, einschließlich der von diesen ÄrztInnen veranlassten Leistungen von ÄrztInnen und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch sofern das Krankenhaus selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.

- a) Die ärztlichen Leistungen der Fachabteilungen/der ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von liquidationsberechtigten ÄrztlInnen gesondert berechnet. Für die Berechnung der Wahlleistung „ärztliche Leistung“ finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) Anwendung.

Diese Gebührenwerke weisen folgende Grundsystematik auf:

In einer ersten Spalte wird die abrechenbare Leistung mit einer Gebührenziffer versehen. Dieser Gebührenziffer ist in einer zweiten Spalte die verbale Beschreibung der abrechenbaren Leistungen zugeordnet. In einer dritten Spalte wird die Leistung mit einer Punktzahl bewertet. Dieser Punktzahl ist ein für die ganze GOÄ einheitlicher Punktwert zugeordnet, welcher in Cent ausgedrückt ist. Der ab 1.1.1996 gültige Punktwert liegt gemäß § 5 Abs. 1 GOÄ bei **5,82873 Cent**. Aus der Multiplikation von Punktzahl und Punktwert ergibt sich der Preis für diese Leistung, welcher in einer Spalte 4 der GOÄ ausgewiesen ist, beispielsweise:

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Punktzahl	Preis (Einfachsatz)
1	Beratung – auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €

Bei dem so festgelegten Preis handelt es sich um den sogenannten GOÄ-Einfachsatz. Dieser Einfachsatz kann sich durch Steigerungsfaktoren erhöhen. Diese berücksichtigen die Schwierigkeit und den Zeitaufwand der einzelnen Leistung oder die Schwierigkeit des Krankheitsfalles.

Innerhalb des normalen Gebührenrahmens gibt es Steigerungssätze zwischen dem Einfachen und dem 3,5-fachen des Gebührensatzes, bei technischen Leistungen zwischen dem Einfachen und dem 2,5-fachen des Gebührensatzes und bei Laborleistungen zwischen dem Einfachen und dem 1,3-fachen des Gebührensatzes. Der Mittelwert liegt für technische Leistungen bei 1,8, für Laborleistungen bei 1,15 und für alle anderen Leistungen bei 2,3.

Welche Gebührenpositionen bei Ihrem Krankheitsbild zur Abrechnung gelangen und welche Steigerungssätze angewandt werden, lässt sich nicht abstrakt vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Einzelleistungen konkret erbracht werden, welchen Schwierigkeitsgrad die Leistung besitzt und welchen Zeitaufwand sie erfordert.

Nach § 6 a GOÄ erfolgt eine Minderung der Gebühren um 25 % (bei BelegärztlInnen und anderen niedergelassenen ÄrztlInnen um 15%).

In den Sekretariaten der ChefärztlInnen können Sie Einsicht in die GOÄ nehmen.

- b) Die ärztlichen Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von diesen nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

Insgesamt kann die Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen eine erhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Es besteht aber die Möglichkeit, dass diese Kosten von Ihrer privaten Krankenversicherung oder Zusatzversicherung, Beihilfe, etc. übernommen werden. Bitte prüfen Sie ob und inwieweit dies zutrifft.

Liquidationsberechtige Ärzte im Heilig-Geist-Spital Ravensburg		
Fachabteilung	Liquidationsberechtigter Chefarzt/Belegarzt	Ständige Vertreter Ober-/Facharzt
Geriatrische Rehabilitation	Prof. Dr. med. Bengel	

2) Unterbringung im 1-Bett-Zimmer

Im Rahmen der Wahlleistung 1-Bett-Zimmer bietet die Oberschwabenklinik Komfortleistungen an, die im Preis bereits enthalten sind.

Komfortleistungen	1-Bett-Zimmer
Premiumverpflegung, Kaffee & Kuchen, Safe, Besucherecke, Telefon, TV, Tageszeitung	69,28 €

Die Entgelte für die Wahlleistung „Unterbringung“ werden für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Rehabilitationsaufenthalts berechnet (Berechnungstag); der Entlassungs- oder Verlegungstag wird nicht berechnet. Nimmt der Patient angebotene Leistungen (z. B. Verpflegung) nicht oder nicht voll in Anspruch, tritt eine Minderung der Entgelte nicht ein.

3) Unterbringung und Verpflegung einer nicht medizinisch notwendigen Begleitperson:

Je Berechnungstag	60,00 €
-------------------	----------------

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 Telefonanlagen:

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

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

III. Entgelte für sonstige Leistungen

Das Krankenhaus berechnet für Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung **40,00 €**.

IV. Zuzahlungen

Als Eigenbeteiligung zieht das Heilig-Geist-Spital 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,- € je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V).

Dieser Betrag wird vom Heilig-Geist-Spital nach § 43c Abs. 3 SGB V im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen beim Patienten eingefordert.

V. Inkrafttreten

Dieser Entgelttarif tritt am **01. Januar 2026** in Kraft. Gleichzeitig wird der Pflegekostentarif vom **01. Juli 2025** aufgehoben.