OBERSCHWABENKLINIK

DRG-Entgelttarif 2026

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. November 2026

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)

Oberschwabenklinik gGmbH Ravensburg · Postfach 2160 · 88191 Ravensburg
www.oberschwabenklinik.de · E-Mail: info@oberschwabenklinik.de
Geschäftsführer: Dr. med. Jan-Ove Faust
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Harald Sievers · Amtsgericht Ulm · HRB 55 1792
Bankverbindungen: Kreissparkasse Ravensburg, IBAN: DE78 65050110 0048009991, BIC: SOLADES1RVB

VIER LÄNDER REGION BODENSEE

I. Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

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 grundsätzlich 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 textlicher 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 **4.658,78 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Folgendes Berechnungsbeispiel zeigt exemplarisch für die **DRG H07B**, wie sich der Krankenhauserlös für einen stationären Behandlungsfall **bis 30.09.2026 bzw. ab 01.10.2026** zusammensetzt.

DRG	**H07B**	
DRG-Definition	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation	
Gültigkeit	*bis 09/2026*	*ab 10/2026*
Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	1,656	1,656
Landesbasisfallwert Ba-Wü	4.658,78 €	4.658,78 €
DRG-Erlös	**7.714,94 €**	**7.714,94 €**
Pflegeentgeltwert	431,83 €	341,93 €
Pflegeerlös-Bewertungsrelation/Tag	0,8428	0,8428
Pflegeerlös pro Tag	363,95 €	288,18 €
Mittlere Verweildauer (in Tagen)	8,3	8,3
Pflegeerlös	**3.020,79 €**	**2.391,89 €**
Gesamterlös	**10.735,73 €**	**10.106,83 €**

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.

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 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 mit Übernachtung erbracht wird.

Die betreffenden Leistungen sind in den Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 aufgeführt, ebenso wie die jeweils abzurechnende Hybrid-DRG, welche mit einem festen Eurobetrag vergütet wird.

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 ohne postoperative Nachbehandlung im Krankenhaus**	**Bewertung zuzüglich postoperative Nachbehandlung im Krankenhaus**
G09M	Hybrid-DRG 1 der DRG G09Z (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)	3.422,23 €	3.452,23 €
G24N	Hybrid-DRG 1 der DRG G24B (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 €

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 Fall-pauschale berechnet werden.

Eine Berechnung von Entgelten für vereinbarte Wahlleistungen bleibt unberührt.

4) Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 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 Anl. 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.

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 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. tagesbezogenen** krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2026

DRG	Bezeichnung DRG	Preis* EK Ravensburg	Preis* KH Wangen
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks	456,36 €	456,36 €
U41Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen	281,87 €	
740Z	Bestimmte radiologische Diagnostik in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär	531,62 €	
741Z	Bestimmte endoskopische Diagnostik in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär	531,62 €	
742Z	Knochenmark-Biopsie oder Liquordiagnostik in Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär	509,98 €	
748Z	Bestimmte Behandlung ohne Sedierung oder Anästhesie, Alter < 18 Jahre, teilstationär	327,88 €	
749Z	Beobachtung bei Vergiftung, Alter < 10 Jahre, teilstationär	219,34 €	

** tagesbezogener Preis zzgl. Pflegeerlös/Tag*

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

- **Tagesbezogenes Entgelt Palliativstation**

St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg	354,38 € zzgl. Pflegeerlös/Tag

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

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

Die Oberschwabenklinik gGmbH berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Kombinierter landesweiter Ausbildungszuschlag je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **330,46 €.** Dieser setzt sich zusammen aus dem Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 bzw. 9 KHG (**111,41 €**) sowie dem Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 Satz 1 PflBG (**219,05 €**).

- Zuschlag für medizinisch notwendige Aufnahmen von Begleitpersonen gem. § 17b Abs. 1a Nr. 7 KHG in Höhe von **60,00 €/ Tag**.

- Zuschlag für Schwerpunkt und Zentren nach § 5 Abs. 3 KHEntgG in Höhe von

St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg für den geriatrischen und den onkologischen Schwerpunkt	0,38 %

- Zuschlag zur finanz. Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gem. § 4 Abs. 9 KHEntgG in Höhe von

St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg	0,05 %
Westallgäu-Klinikum Wangen	0,05 %

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	19,01 €
Westallgäu-Klinikum Wangen	21,63 €

- Zuschlag für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG in Höhe von

St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg	28,01 €
Westallgäu-Klinikum Wangen	15,35 €

  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 für die Beteiligung an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG in Höhe von **0,84 €**.
- 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 €**.
- Zuschlag gem. § 5 Abs. 3d KHEntgG für implantatbez. Maßnahmen (§ 2 Nr. 4 Implantateregistergesetz) in Höhe von **18,24 €**.
- Abschlag gem. § 35 Abs. 1 IRegG bei fehlender Datenübermittlung an das Implantateregister Deutschland in Höhe von **100,00 €**.
- Abschlag gem. § 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 gem. § 9 Abs. 1a Nr. 8b KHEntgG wg. fehlender Anschlussverordn. zur Beatmungsentwöhnung i. H. v. **einmalig 280 €**.
- 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.
- 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.

7) 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.

8) 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 krankenhausindividuellen 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	341,93 €
Westallgäu-Klinikum Wangen	326,36 €

9) Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

10) 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	2,58 €
Westallgäu-Klinikum Wangen	4,28 €

11) 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.

12) 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.

13) **Entgelte für sonstige Leistungen**

Gemäß des Qualitätsvertrags nach § 110a SGB V für den Leistungsbereich Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung (ME) berechnet das St. Elisabethen-Klinikum bei den relevanten Fällen folgende Entgelte:

Leistung	Leistungserbringung	Preis
Aufklärung der Patienten, Einverständniserklärung, Erstscreening, Datenerhebung und Datenübermittlung an das IQTIG	01.10.26 – 31.03.27	70,00 €
Schulung von Personal, Screening nach NRS-2002, Risikobewertung, Assessment	01.04.27 – 31.12.28	330,00 €

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 einse-

II. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet. 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
St. Elisabethen-Klinikum, Ravensburg		
Kategorie A (Premiumstation A51)	106,98 €	61,07 €
Kategorie B	69,28 €	28,01 €
Komfortleistungen in den Wahlleistungszimmern Premiumverpflegung, Kaffee & Kuchen, Safe, Besucherecke, Telefon, TV, Tageszeitung		
Westallgäu-Klinikum, Wangen		
Kategorie A	87,54 €	46,83 €
Kategorie B	65,59 €	30,38 €
Komfortleistungen in den Wahlleistungszimmern Premiumverpflegung, Kaffee & Kuchen, Safe, Besucherecke, Zusatzartikel Sanitär, Telefon, TV, Tageszeitung		

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

St. Elisabethen-Klinikum, Ravensburg	
im Patientenzimmer, Familienzimmer der Geburtshilfe oder Gastzimmer inkl. Verpflegung	85,00 €
Im Patientenzimmer der Kinder- und Jugendheilkunde (Beistellbett) inkl. Verpflegung	60,00 €
Westallgäu-Klinikum, Wangen	
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 angebotene Leistungen (z. B. Verpflegung) nicht oder nicht voll in Anspruch, tritt **keine** Minderung der Entgelte 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 Kühlzellengebühr 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).

Der Betrag wird vom Krankenhaus gem. § 43c Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzl. Krankenkassen** beim Patienten 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).

Der Betrag wird vom Krankenhaus gem. § 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 zum **01. November 2026** in Kraft. Gleichzeitig wird der Entgelttarif vom **01. Oktober 2026** 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.