

Entgelttarif und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

für die Betriebsstätten
der Oberschwabenklinik gGmbH

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

gültig ab 01. Juni 2018

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 2018) und ca. 30.000 Prozeduren (OPS-301 Version 2018) 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 3.453,17 € 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	1,816	€ 3.453,17	€ 6.270,96
I03A	Hüftgelenkersatz mit komplizierender Diagnose	5,879	€ 3.453,17	€ 20.301,19

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.

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 2018**

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 2018 (FPV 2018).

3.) **Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV 2018**

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 2018 werden die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2018 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2018 genannten Zusatzentgelte krankenhausespezifische 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 2018 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausespezifischen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2018 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2018 keine krankenhausespezifischen 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.

4.) **Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2018**

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 krankenhausespezifische Entgelte vereinbart:

Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2018

B61B Bestimmte akute Erkrankungen u. Verletzungen des Rückenmarks

St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg	555,99 €
-------------------------------------	----------

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

St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg	289,68 €
-------------------------------------	----------

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2018 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausespezifischen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 600,00 € abzurechnen.

Können für die Leistungen nach Anlage 3b FPV 2018 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 300,00 € abzurechnen.

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

Tagesbezogenes Entgelt Palliativstation

St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg	507,07 €
-------------------------------------	----------

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

Die Oberschwabenklinik berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **113,99 €**.
- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **45,00 €** pro Tag.

- Zuschlag für Schwerpunkt und Zentren in Höhe von

St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg für den geriatrischen und den onkologischen Schwerpunkt	0,56 %
--	--------

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

St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg	0,04 %
Westallgäu-Klinikum Wangen	0,10 %
Krankenhaus Bad Waldsee	0,06 %

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 Finanzierung von Mehrkosten, die durch Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung entstehen nach § 5 Abs. 3c KHEntgG in Höhe von

St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg	0,17 %
-------------------------------------	--------

- Pflegezuschlag bei sämtlichen ab dem 01.01.2017 aufgenommenen Patientinnen oder Patienten, die zur vollstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden gemäß § 8 Abs. 10 KHEntgG je vollstationärem Fall in Höhe von

St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg	26,22 €
Westallgäu-Klinikum Wangen	20,36 €
Krankenhaus Bad Waldsee	19,70 €

- Zuschlag für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG in Höhe von 1,32 €.

- 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 €

6.) **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. § 137c 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.

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

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von 1,31 €.
- 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 1,70 €.

8.) **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.

Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2018 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2018 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2018 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
St. Elisabethen-Klinikum, Ravensburg		
Kategorie A (Premiumstation A51)	€ 87,87	€ 44,08
Kategorie B	€ 60,60	€ 20,22
Komfortleistungen in den Wahlleistungszimmern: Premiumverpflegung, Kaffee & Kuchen, Safe, Besucherecke, Telefon (Grundgebühr frei), TV, Tageszeitung		
Zusätzliche Komfortleistungen in der Premiumstation: Siehe beigefügten Informationsflyer		
Westallgäu-Klinikum, Wangen		
Kategorie A	€ 72,98	€ 33,80
Kategorie B	€ 58,07	€ 22,86
Krankenhaus Bad Waldsee		
Kategorie A	€ 107,17	€ 67,53
Kategorie B	€ 102,54	€ 67,08
Komfortleistungen in den Wahlleistungszimmern: Premiumverpflegung, Kaffee & Kuchen, Safe, Besucherecke, Zusatzartikel Sanitär, Telefon (Grundgebühr frei), TV, Tageszeitung		

- 3.) Unterbringung von Begleitpersonen

St. Elisabethen-Klinikum, Ravensburg	
im Patientenzimmer, Familienzimmer der Geburtshilfe oder Gastzimmer inkl. Verpflegung	€ 85,00
Im Patientenzimmer der Kinder- und Jugendheilkunde (Beistellbett) inkl. Verpflegung	€ 45,00
Westallgäu-Klinikum, 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: kostenlos
- 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 in-

nerhalb 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 2018** in Kraft. Gleichzeitig wird der Entgelttarif vom 1. Februar 2018 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.