



OBERSCHWABENKLINIK

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. Februar 2020

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. 14.000 Diagnosen (ICD 10-SGB-V Version 2020) und ca. 37.000 Prozeduren (OPS-301 Version 2020) 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 (Bewertungsrelation) 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 **3.672,40 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen.

Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich bisher der Preis für den Behandlungsfall (siehe Berechnungsbeispiel weiter unten).

Änderungen zum 01.01.2020

Ab dem **01.01.2020** werden die Pflegepersonalkosten eines Krankenhauses aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert und parallel zu den DRG-Fallpauschalen über ein krankenhausindividuelles Pflegebudget nach dem Selbstkostendeckungsprinzip finanziert. Die Ausgestaltung des neuen Finanzierungsrahmens ab 2020 war durch die gesetzlichen Änderungen im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) notwendig geworden und stellt die nachhaltigste Veränderung im DRG-System seit seiner Einführung dar. Der Fallpauschalen-Katalog und erstmalig der Pflegeerlöskatalog für das Jahr 2020 sowie die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen wurden vereinbart.

Die DRGs ohne Pflegepersonalkosten heißen nun **aG-DRG** („a“ steht für ausgegliedert). Nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten wird das G-DRG-System jetzt als **aG-DRG-System** bezeichnet.

Der Pflegeerlöskatalog wird über eine separate Spalte in Anlage 1 und 3 zur Fallpauschalenvereinbarung (FPV) umgesetzt. Die Anlagen 1 Teil a, Teil b, Teil c und soweit vorhanden Teil d und e werden eine 'Bewertungsrelation Pflegeerlös/Tag' ausweisen. Dafür wird der neue Entgeltbereich '74 – Entgelt für Pflegeerlös/Tag' etabliert.

Den Anlagen 3a (unbewertete vollstationäre DRG) und 3b (unbewertete teilstationäre DRG) werden vom InEK (sofern möglich) ebenfalls Relativgewichte für den Pflegeerlös zugeordnet. Dafür wird der neue Entgeltbereich '84 – Pflegeanteil für tages- oder fallbezogenes Entgelt nach §7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG' etabliert. Bei Fallpauschalen, für die in Anlage 3a bzw. 3b keine Bewertungsrelation Pflegeerlös/Tag ausgewiesen wird, ist eine Bewertungsrelation Pflege/Tag in Höhe von **1,0** zu verwenden.

Ab dem 01.01.2020 wird in den DRG-Abrechnungsparametern für die Berechnung der Pflegeerlöse ein gesetzlich festgelegter Pflegeentgeltwert von **146,55 Euro** hinterlegt. Dieser einheitliche Pflegeentgeltwert gilt bis zur Festlegung eines krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwertes in 2020.

Folgendes Berechnungsbeispiel zeigt exemplarisch für die DRG H07B, wie sich der Krankenhauserlös sich bis zum 31.12.2019 und ab dem 01.01.2020 zusammensetzt.

DRG	H07B (bis <u>31.12.2019</u>)	H07B (ab <u>01.01.2020</u>)	
DRG-Definition	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation	
Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	1,873	1,580	
Landesbasisfallwert Baden-Württemberg	(2019) 3.539,12 €	(gültig bis 01/2020) 3.539,12 €	(gültig ab 02/2020) 3.672,40 €
DRG-Erlös	6.427,04 €	5.591,81 €	5.802,39 €
Pflegeentgeltwert		146,55	146,55 €
Pflegeerlös-Bewertungsrelation/Tag		0,8637	0,8637
Pflegeerlös pro Tag		126,58	126,58
Mittlere Verweildauer (in Tagen)	9,2	8,9	8,9
Pflegeerlös		1.126,56 €	1.126,56 €
Gesamterlös	6.427,04 €	6.718,37 €	6.928,95 €

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 2020**

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 2020 (FPV 2020).

3) **Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV 2020**

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 2020 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2020 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2020 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 2020 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 2020 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2020 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.

4) **Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2020**

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** krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2020

- **B61B** Bestimmte akute Erkrankungen u. Verletzungen des Rückenmarks

St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg	573,40 €
Westallgäu-Klinikum Wangen	573,40 €

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

St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg	298,75 €
-------------------------------------	----------

Leistungen besonderer Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 S. 10 KHG**- Tagesbezogenes Entgelt Palliativstation**

St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg	529,94 €
-------------------------------------	----------

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2020 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **600,00 €** abzurechnen.

Können für die Leistungen nach **Anlage 3b** FPV 2020 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **300,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2020 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2020 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

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

Die Oberschwabenklinik berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Kombiniertes landesweites Ausbildungszuschlag je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **167,97 €**. Dieser setzt sich zusammen aus dem Ausbildungszuschlag nach § 17 a Abs. 6 bzw. 9 KHG (134,25 EUR) sowie dem Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 Satz 1 PfIBG (33,72 EUR).

- 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	0,50 %
--	--------

- Zu- und 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	25,57 €
Westallgäu-Klinikum Wangen	14,67 €
Krankenhaus Bad Waldsee	-60,00 €

- Zuschlag zur Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf gemäß § 4 Abs. 8a KHEntgG in Höhe von

Westallgäu-Klinikum Wangen	0,01 %
Krankenhaus Bad Waldsee	0,03 %

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	0,05 %
Westallgäu-Klinikum Wangen	0,05 %
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	0,29 %
-------------------------------------	--------

- Zuschlag für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG in Höhe von **0,81 €**.
- 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) **Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a S. 1 SGB V**

- Zuschlag zur Finanzierung der dem Krankenhaus durch die Einführung der Telematik-Infrastruktur entstehenden Investitionskosten gem. § 291a Abs. 7a SGB V in Verbindung mit der entsprechenden Vereinbarung der Vertragsparteien auf der Bundesebene

St. Elisabethen-Klinikum Ravensburg	11,38 €
Westallgäu-Klinikum Wangen	14,02 €
Krankenhaus Bad Waldsee	24,45 €

7) **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, rechnen das Krankenhaus St. Elisabeth 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 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.

Aufgrund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 kann der krankenhausesindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Abs. 4 KHEntgG noch nicht berechnet werden. Gemäß § 15 Abs. 2a S. 1 und 2 KHEntgG wird bis zur Vereinbarung eines krankenhausesindividuellen Pflegebudgets für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 6a KHEntgG die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG ein einheitlicher Pflegeentgeltwert von **146,55 €** herangezogen.

9) **Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben**

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **1,66 €**.
- 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 **2,24 €**.

10) **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.

11) **Wiederaufnahme und Rückverlegung**

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2020 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2020 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2020 zusammengefasst und abgerechnet.

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.

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, A52)	89,92 €	45,95 €
Kategorie B	61,56 €	21,07 €
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	74,59 €	35,24 €
Kategorie B	58,07 €	22,86 €
Krankenhaus Bad Waldsee		
Kategorie A	108,86 €	68,99 €
Kategorie B	104,03 €	68,52 €
Komfortleistungen in den Wahlleistungszimmern: Premiumverpflegung, Kaffee & Kuchen, Safe, Besucherecke, Zusatzartikel Sanitär, Telefon (Grundgebühr frei), 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	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 2,00 €
zzgl. je Gebühreneinheit	je 0,07 €

5) **Bereitstellung eines Fernsehgerätes:**

Grundgebühr je Tag (einschl. Entlassungstag)	je 2,00 €
ab dem 15. Tag	je 1,00 €
Gebühr für Kopfhörer	einmalig 2,50 €

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

Die Chipkarte regelt die Zugriffsberechtigung auf die Telefon- und Fernseh-anlage. 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 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 angef. Seite 1,80 €)
 - ➔ werden Porto- und Versandkosten berechnet.

V. Entgelte für sonstige Leistungen

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

VI. Zuzahlungen

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 (§ 39 Abs. 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit

10,- € je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V).

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

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. Februar 2020** in Kraft. Gleichzeitig wird der Entgelttarif vom 01. Januar 2020 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.