

Allgemeine Vertragsbedingungen (AGB's) der Parkinson-Klinik Ortenau, Neurologisches Krankenhaus

§ 1 Geltungsbereich

Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen der Parkinson-Klinik Ortenau und den Patienten (§ 2 Nr. 5) bei vollstationären, vor- und nachstationären Krankenhausleistungen.

§ 2 Begriffsbestimmungen

Im Sinne der AVB sind

1. Krankenhausleistungen: ärztliche Leistungen, Pflege, Versorgung mit Arzneimitteln, Unterkunft, sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen.
2. Allgemeine Krankenhausleistungen: die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Erkrankung des Patienten für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch:
 - a) die während des Krankenhausaufenthaltes durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V),
 - b) die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,
 - c) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten.
3. Wahlleistungen sind die in § 6 Abs. 1 dieser AVB im einzelnen aufgeführten Leistungen des Krankenhauses.
4. Behandlungen: alle Leistungen, die dazu bestimmt sind, Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festzustellen, zu heilen oder zu lindern sowie die Untersuchungen zur Begutachtung.
5. Patienten: Personen, die Leistungen nach Nr. 4 in Anspruch nehmen.
6. Begleitpersonen: Personen, die zusammen mit einem Patienten aufgenommen sind, ohne selbst behandelt zu werden.
7. Kassenpatienten: Patienten, für die ein Sozialleistungsträger das Entgelt für die allgemeinen Krankenhausleistungen schuldet.
8. Heilfürsorgeberechtigte: Patienten, für die eine Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts aufgrund eines gesetzlichen Anspruchs auf freie Heilfürsorge das Entgelt für die Krankenhausleistungen schuldet.
9. Selbstzahler:
 - a) Patienten, die nicht Kassenpatienten oder Heilfürsorgeberechtigt sind,
 - b) Patienten, die als Kassenpatienten bzw. Heilfürsorgeberechtigte Leistungen in Anspruch nehmen, die nicht in eine Kostenübernahmeerklärung nach § 8 eingeschlossen sind.
10. Leistungen Dritter innerhalb der Krankenhausleistungen:
 - a) Leistungen von Konsiliarärzten: Leistungen von Ärzten und Zahnärzten, die unabhängig von einem Angestelltenverhältnis zum Krankenhaus vom Krankenhaus zur Beratung, Untersuchung oder Mitbehandlung hinzugezogen werden,
 - b) Leistungen fremder ärztlich geleiteter Einrichtungen,
 - c) Leistungen von sonstigen Personen, die in keinem Arbeitsverhältnis zum Krankenhaus stehen (z. B. niedergelassene Krankengymnasten).
11. Ambulante Leistungen des Krankenhauses: Ambulante ärztliche Leistungen (einschl. ärztliche Sachleistungen) und Krankenhaussachleistungen, die nicht von einem Krankenhausarzt im Rahmen seiner erlaubten Nebentätigkeit im eigenen Namen erbracht werden.

§ 3 Rechtsverhältnis

1. Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten sind privatrechtlicher Natur.
2. Die Allgemeinen Vertragsbedingungen werden für die Patienten wirksam, wenn diese jeweils ausdrücklich darauf hingewiesen wurden, von ihrem Inhalt in zumutbarer Weise Kenntnis erlangen konnten und sich mit ihrer Geltung einverstanden erklärt haben.

§ 4 Umfang der stationären Leistungen

1. Die stationäre Krankenhausleistung umfasst
 - a) die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 2 Nr. 2)
 - b) die Wahlleistungen (§ 6)
2. Das Vertragsangebot des Krankenhauses erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, für die das Krankenhaus nach seiner medizinischen Zielsetzung personell und sachlich ausgestattet ist.
3. Der Umfang der allgemeinen Krankenhausleistungen richtet sich allein nach Art und Schwere der Erkrankung.

2

4. Nicht Gegenstand der stationären Krankenhausleistungen sind
 - a) die Leistungen Dritter (§ 2 Nr. 2 b), sofern sie nicht (ausnahmsweise) in Erfüllung einer vom Krankenhaus geschuldeten Leistung tätig werden,
 - b) Hilfsmittel, die dem Kranken bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z. B. Prothesen, Krückstöcke, Krankenhausfahrstühle),
 - c) die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung.
5. Die Leistungspflicht des Krankenhauses beginnt mit der Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus und endet mit seiner Entlassung aus dem Krankenhaus.

§ 5 Aufnahme, Verlegung, Entlassung, Vertragsänderung

1. Im Rahmen der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses wird aufgenommen, wer der stationären oder teilstationären Behandlung bedarf. Die Reihenfolge der Aufnahme richtet sich nach der Schwere und der Dringlichkeit des Krankheitsfalles.
2. Wer wegen unmittelbarer Lebensgefahr oder der Gefahr einer bedrohlichen Verschlimmerung seiner Krankheit der sofortigen Behandlung bedarf (Notfall), wird auch - wenn die qualitative oder quantitative Leistungsfähigkeit des Krankenhauses gegeben ist – einstweilen aufgenommen, bis seine Aufnahme in ein anderes geeignetes Krankenhaus gesichert ist.
3. Patienten können in eine andere Abteilung oder ein anderes Krankenhaus verlegt werden, wenn dies notwendig ist. Die Verlegung in ein anderes Krankenhaus ist vorher mit dem Patienten abzustimmen.
4. Entlassen wird,
 - a) wer nach der Beurteilung des behandelnden Krankenhausarztes der stationären oder teilstationären Behandlung nicht mehr bedarf,
 - b) wer die Entlassung ausdrücklich wünscht.Besteht der Benutzer entgegen ärztlichem Rat auf seiner Entlassung oder verlässt er eigenmächtig das Krankenhaus, haftet das Krankenhaus für die Folgen nicht.
5. Der Behandlungsvertrag erlischt am Entlasstag zur Entlasszeit.
6. Aus organisatorischen Gründen ist das Krankenzimmer am Entlasstag vom Patienten bis 9.00 Uhr zu räumen.
7. Begleitpersonen können in die Klinik mit aufgenommen, wenn die Mitaufnahme aus medizinischen Gründen für den Patienten notwendig ist. An diese Voraussetzungen werden nach dem Gesetz strenge Anforderungen gestellt, die der behandelnde Arzt zu beachten und deren Einhaltung er gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen hat.
Für die Aufnahme von Begleitpersonen steht in der Klinik ein Zimmer bereit, d.h. das Zimmerkontingent ist sehr beschränkt. Angehörige, die sich während der Behandlungsdauer der Patienten in deren Nähe aufhalten wollen, können jedoch auch das Gästehaus der Klinik gegen Entgelt in Anspruch nehmen. Informationen dazu erhalten Sie an der Pforte der Klinik.

§ 6 Wahlleistungen

1. Zwischen dem Krankenhaus und dem Benutzer oder dem Zahlungspflichtigen können im Rahmen der Möglichkeiten des Krankenhauses und nach näherer Maßgabe des Tarifs für stationäre und teilstationäre Leistungen – soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden – die folgenden gesondert berechenbaren Wahlleistungen vereinbart werden:
 - a) die ärztlichen Leistungen** aller an der Behandlung beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden,
 - b) Wahlleistung Unterkunft**
 - 1-Bett-Zimmer
 - 2-Bett-Zimmer
2. Gesondert berechenbare ärztliche Leistungen i. S. des Abs. 1 Buchstabe a), auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, erbringt der leitende Arzt der Fachabteilung des Instituts des Krankenhauses persönlich oder ein unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung tätiger nachgeordneter Arzt der Fachabteilung des Instituts. Im Verhinderungsfalle übernehmen die Aufgabe des leitenden Arztes seine Stellvertreter.
3. Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren. (§17 Krankenhausentgeltgesetz)
4. Das Krankenhaus kann Patienten, die früher gegen ärztliche oder pflegerische Anordnungen oder die Hausordnung verstoßen oder die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht bzw. erheblich verspätet gezahlt haben, Wahlleistungen versagen.

5. Das Krankenhaus kann Wahlleistungen sofort einstellen, wenn dies für die Erfüllung der allgemeinen Krankenhausleistungen für andere Patienten erforderlich wird; im Übrigen kann die Vereinbarung von beiden Teilen ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.

§ 7 Entgelt

Das Entgelt für die Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und dem DRG-Entgelttarif in der jeweils gültigen Fassung, der Bestandteil dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen ist. Der DRG-Entgelttarif enthält eine Beschreibung der Krankenhausleistungen, die Höhe der Entgelte für die Krankenhausleistungen sowie Einzelheiten der Berechnung der Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz.

§ 8 Abrechnung des Entgeltes bei Kassenpatienten bzw. Heilfürsorgeberechtigten

1. Soweit ein öffentlich-rechtlicher Kostenträger (z. B. Krankenkassen usw.) nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften zur Zahlung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet ist, rechnet das Krankenhaus seine Entgelte unmittelbar mit diesem ab. Auf Verlangen des Krankenhauses legt der Patient eine Kostenübernahmeerklärung seines Kostenträgers vor, die alle Leistungen umfasst, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung im Krankenhaus notwendig sind.
2. Liegt bei Kassenpatienten oder Heilfürsorgeberechtigten keine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialversicherungsträgers oder sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgers vor, sind Kassenpatienten bzw. Heilfürsorgeberechtigte als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgeltes für die Leistungen verpflichtet (§ 9).
3. Das Krankenhaus weist Kassenpatienten bzw. Heilfürsorgeberechtigte jeweils darauf hin, dass diese bei Fehlen einer Kostenübernahmeerklärung, die die nach dem Pflegekostentarif zu entrichtenden Entgelte nicht deckt, den nicht gedeckten Betrag selbst zu tragen haben.
4. Kassenpatienten sind nach Maßgabe des § 39 Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 61 SGBV verpflichtet, von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage zehn Euro je Kalendertag an das Krankenhaus zu zahlen, das diesen Betrag an die Krankenkasse weiterleitet.

§ 9 Abrechnung des Entgelts bei Selbstzahlern

1. Patienten,
 - die nicht Kassenpatienten oder Heilfürsorgeberechtigte sind oder
 - die als Kassenpatienten bzw. Heilfürsorgeberechtigte Leistungen in Anspruch nehmen, die nicht in eine Kostenübernahmeerklärung nach § 8 eingeschlossen sind,sind als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgeltes für die Leistungen verpflichtet. Selbstzahler der allgemeinen Krankenhausleistungen müssen vor Behandlungsantritt eine Anzahlung von 3.500,00 € leisten. Die Vorauszahlung kann in bar, per Scheck oder EC-Card an der Kasse in der Buchhaltung entrichtet werden. Ebenso ist auch möglich, Vorauszahlungen per Überweisung zu tätigen und zwar auf das Konto Nr. 52390 bei der Sparkasse Wolfach (BLZ 664 527 76).
2. Während des stationären oder teilstationären Krankenhausaufenthaltes können Zwischenrechnungen erteilt werden. Nach Beendigung der Behandlung wird eine Schlussrechnung erstellt.
3. Die Nachberechnung von Leistungen, die in der Schlussrechnung nicht enthalten sind und die Berichtigung von Fehlern bleiben vorbehalten.
4. **Der Rechnungsbetrag wird mit Zugang der Rechnung fällig. Zahlungsverzug tritt nach § 286 Abs. 3 BGB spätestens ein, wenn nicht innerhalb von 30 Tagen nach Fälligkeit und Zugang der Rechnung der Rechnungsbetrag bezahlt wird.**
5. Bei Zahlungsverzug ist die Parkinson-Klinik berechtigt, sämtliche zur zweckmäßigen Rechnungsverfolgung notwendigen Kosten sowie Verzugszinsen zu verlangen.
6. Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.

§ 10 Teilzahlungen

1. Für Krankenhausaufenthalte, die voraussichtlich länger als eine Woche dauern, können vom Patienten angemessene Teilzahlungen verlangt werden.
2. Soweit Kostenübernahmeerklärungen von Sozialleistungsträgern, sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern vorliegen, können Teilzahlungen für die durch die Kostenübernahmeerklärung gedeckten Leistungen nur von diesen verlangt werden.

§ 11 Beurlaubung

Während der stationären oder teilstationären Behandlung werden Patienten nur aus zwingenden Gründen und nur mit Zustimmung des Leitenden Abteilungsarztes beurlaubt.

§ 12 Ärztliche Eingriffe

1. Eingriffe in die körperliche und geistig-seelische Unversehrtheit des Patienten werden nur nach seiner Aufklärung über die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und nach seiner Einwilligung vorgenommen.
2. Ist der Patient außerstande, die Einwilligung zu erklären, so wird der Eingriff ohne Einwilligung vorgenommen, wenn dieser nach der Überzeugung des zuständigen Krankenhausarztes zur Abwendung einer drohenden Lebensgefahr oder wegen einer unmittelbar drohenden schwerwiegenden Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes unverzüglich erforderlich ist.
3. Absatz 2 gilt sinngemäß, wenn bei einem beschränkt geschäftsfähigen oder geschäftsunfähigen Patienten der gesetzliche Vertreter nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar ist oder seine dem Eingriff entgegenstehende Willenserklärung im Hinblick auf § 323 c StGB unbeachtlich ist.

§ 13 Aufzeichnungen und Daten

1. Krankengeschichten, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen sind Eigentum des Krankenhauses.
2. Patienten haben keinen Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen (Abs. 1).
3. Das Recht des Patienten oder eines von ihm Beauftragten auf Einsicht in Aufzeichnungen, ggf. auf Überlassung von Kopien auf seine Kosten und die Auskunftspflicht des behandelnden Krankenhausarztes bleiben unberührt.
4. Die Verarbeitung der Daten einschließlich ihrer Weitergabe erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses.

§ 14 Hausordnung

Das Krankenhaus hat eine Hausordnung erlassen, die zu beachten ist und die Bestandteil dieser allgemeinen Vertragsbedingungen ist.

§ 15 Eingebrachte Sachen

1. In das Krankenhaus sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden. Der Patient darf im Krankenhaus nur die üblichen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände in seiner Obhut behalten.
2. Für die Aufbewahrung von Geld und Wertsachen können Sie bei der Unterbringung im Dreibettzimmer einen Safe mieten (siehe hierzu Vertrag „Wahlleistung Unterkunft“)
3. Bei handlungsunfähig eingelieferten Personen werden Geld und Wertsachen in Gegenwart eines Zeugen festgestellt und der Verwaltung zur Verwahrung übergeben.
4. Zurückgelassene Sachen gehen in das Eigentum des Krankenhauses über, wenn sie nicht innerhalb von zwölf Wochen nach Aufforderung abgeholt werden.
5. Im Fall des Abs. 4 wird in der Aufforderung ausdrücklich darauf verwiesen, dass auf den Herausgabeanspruch verzichtet wird mit der Folge, dass die zurückgelassenen Sachen nach Ablauf der Frist in das Eigentum des Krankenhauses übergehen.
6. Abs. 4 gilt nicht für Nachlassgegenstände sowie für Geld und Wertsachen, die von der Verwaltung verwahrt werden. Die Aufbewahrung, Herausgabe und Verwertung dieser Sachen erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen.

§ 16 Haftungsbeschränkung

1. Für eingebrachte Sachen, die in der Obhut des Patienten bleiben und für Fahrzeuge des Patienten, die auf dem Krankenhausgrundstück oder auf einem vom Krankenhaus bereitgestellten Parkplatz abgestellt sind, haftet der Krankenhausträger nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit; das gleiche gilt bei Verlust von Geld und Wertsachen, die nicht der Verwaltung zur Verwahrung übergeben wurden.
2. Haftungsansprüche wegen Verlustes oder Beschädigung von Geld und Wertsachen, die durch die Verwaltung verwahrt wurden sowie für Nachlassgegenstände, die sich in der Verwahrung der Verwaltung befunden haben, müssen innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Erlangung der Kenntnis von dem Verlust oder der Beschädigung schriftlich geltend gemacht werden; die Frist beginnt frühestens mit der Entlassung des Patienten.

§ 17 Zahlungsort

Der Zahlungspflichtige hat seine Schuld auf seine Gefahr und seine Kosten in Wolfach zu erfüllen.

§ 18 Gerichtsstand

Gerichtsstand für Rechtsstreitigkeiten ist Wolfach.

§ 19 Inkrafttreten

Diese AVB treten am 1. Januar 2009 in Kraft. Gleichzeitig werden die AVB vom 1. September 2005 aufgehoben.

§ 20 Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen des Behandlungsvertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen vereinbaren die Vertragsparteien eine Ersatzregelung, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der Vorgaben des Behandlungsvertrages am nächsten kommen.

DRG-Entgelttarif (gültig ab 01. Jan. 2016)

und Unterrichtung des Patienten gem. § 8 Abs. 8 Krankenhausentgeltgesetz (KEntgG)

I. Allgemeines

Das Krankenhaus berechnet

- a) **Fallpauschalen** (§ 7 KEntgG, vgl. dazu Abschnitt II),
- b) **Entgelte für Wahlleistungen** (gesondert berechenbare Leistungen i. S. § 17 KEntgG außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen, vgl. dazu Abschnitt III),
- c) **Entgelte für sonstige Leistungen** (vgl. dazu Abschnitte IV und V).

II. Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

Das Krankenhaus berechnet die allgemeinen Krankenhausleistungen wie folgt:

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 nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalles.

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-GM Version 2015) und ca. 30.000 Prozeduren (OPS Version 2015) zur Verfügung. Neben den bisher genannten Faktoren können auch noch andere Faktoren, wie z. B. das Alter oder die Entlassungsart Auswirkung auf die Zuweisung zu 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 ab dem 01.01.2016 gültige Basisfallwert liegt bei 3.226,64 € und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

6

Beispiel:

| DRG | DRG-Definition | Relativgewicht | Basisfallwert | Entgelt |
|------|---|----------------|---------------|------------|
| B67A | Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung | 1,567 | 3.226,64 € | 5.049,69 € |

| DRG | DRG-Definition | Relativgewicht | Basisfallwert | Entgelt |
|------|---|----------------|---------------|------------|
| B67B | Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung | 1,071 | 3.226,64 € | 3.455,73 € |

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. Für das Jahr 2016 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2016 (FPV 2016) vorgegeben.

2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gem. § 1 Abs. 2 und 3 sowie § 3 Abs. 1 und 2 FPV 2014

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 das Jahr 2016 (FPV 2016).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2016

Gem. § 17 b Abs. 1 S. 12 KHG 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) Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2016 werden die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2014 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2016 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.

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2016

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2016 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, hat die Parkinson-Klinik gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgendes tagesbezogene krankenhausespezifische Entgelt vereinbart:

Leistungen für die multimodale Komplexbehandlung (DRG B49Z) = 340,00 €

Mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet.

Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses im Einzelfall nach Abschla Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch (§ 2 Abs. 2 KHEntgG)

- a) die während des Krankenhausaufenthaltes durchgeführten Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten i. S. des Sozialgesetzbuches V.
- b) die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,
- c) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson.

5. Zu- und Abschläge gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 4 KHEntgG

Gemäß § 17a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten.

Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig: **98,38 €**

Ferner berechnet das Krankenhaus gem. § 17 Abs. 1 S. 4 und 6 KHG folgende Zuschläge / Abschläge:

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **45,00 €** pro Tag.
- Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 4 Abs. 6 KHEntgG in Höhe von **50,00 €** (nicht bei der Abrechnung der DRG B49Z).
- Versorgungszuschlag ab 01.01.2016 gemäß § 8 Abs. 10 KHEntgG in Höhe von **0,80 %** vom DRG.

6. Qualitätssicherungszuschlag nach § 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG

1,20 €/Fall

7. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17 b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **1,15 €**.
- 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 für jeden abzurechnenden Krankenhausfall in Höhe von **1,63 €**.

8. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gem. § 115a SGB V

Gem. § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind:

- a) vorstationäre Behandlung
114,02 €/Fall
- b) nachstationäre Behandlung
40,90 €/Behandlungstag

9. Zuzahlungen

- a) Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten:
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 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** eingezogen.

10. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2014 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2016 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2016 zusammengefasst und abgerechnet.

Für die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen (§ 6 AVB) werden gesondert berechnet (§ 17 KEntgG):

1. **Ärztliche Leistungen** aller an der Behandlung beteiligten Fachabteilungen und Institute, der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen.
- a) Die ärztlichen Leistungen werden von den liquidationsberechtigten Ärzten gesondert berechnet. Für die Berechnung der Wahlleistung „Arzt“ finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und des Krankenhausentgeltgesetzes Anwendung.

Liquidationsberechtigte Ärzte sind:

Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Jost, Chefarzt,
(ständiger ärztl. Vertreter: Herr Dr. Jiri Koschel)

Nach § 6a der GOÄ erfolgt eine Minderung der Gebühren um 25 %.

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

2. Wahlleistung Unterkunft

a) **im 1-Bett-Zimmer**

| | Zuschlag je Berechnungstag |
|---|---------------------------------------|
| | ab 01.01.2016 |
| Unterbringung im Erweiterungsbau | 120,51 € |
| Unterbringung im sanierten Einbettzimmer Nr. 2011 im Nusserbau | 120,51 € |
| Unterbringung im Altbau (übrige Einbettzimmer) | 105,43 € |

b) **im 2-Bett-Zimmer**

| | Zuschlag je Berechnungstag |
|---|---------------------------------------|
| | ab 01.01.2016 |
| Unterbringung im Erweiterungsbau und im Altbau | 60,76 € |

3. Sonstige entgeltliche Leistungen im Dreibettzimmer

| | | |
|---------------|---|---|
| Safe | = | 0,50 € / Tag |
| Farbfernseher | = | Gebühren siehe Liste in der Patientenaufnahme |
| Telefon | = | Flatrate 2,00 € / Tag inkl. Gebühren für Telefonate innerhalb Deutschlands (auch Mobilfunkanrufe) |

IV. Entgelte für Begutachtungen

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnet das Krankenhaus Entgelte nach I.
2. Daneben
 - berechnet der liquidationsberechtigte Arzt sein Honorar,
 - werden Schreibgebühren für das Gutachten erhoben, je angefangene Seite 3,50 € je erforderliche Durchschlagseite 0,17 € (GOÄ Ziffern 95 und 96),
 - werden Porto- und Versandkosten berechnet.

V. Entgelte für sonstige Leistungen

Nach GOÄ Ziffer 100 berechnet das Krankenhaus für Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung 33,51 €.

VI. Inkrafttreten

Dieser Pflegekostentarif tritt am 01.01.2016 in Kraft.