

**DRG - Entgelttarif für Krankenhäuser im
Anwendungsbereich des KHEntgG
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG**

Die Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz

**der Bethanien Krankenhaus Chemnitz
- Gemeinnützige GmbH -
berechnen ab dem 01. Januar 2009 folgende Entgelte:**

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 17b KHG

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 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 2009) und circa 28.000 Prozeduren (OPS Version 2009) 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 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

2.799,81 Euro

und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel :

DRG	DRG -Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
B79Z	Schädelfrakturen	0,586	€2.799,81	€ 1.640,69
DRG	DRG -Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
I04Z	Revision und Ersatz des Kniegelenks mit kompliz. Diagnose oder Arthrodeese	3,396	€2.799,81	€ 9.508,15

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 2009 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2009 (FPV 2009) 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 2009

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 FPV 2009.

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2009

Gem. § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG -Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (GKV-Spitzenverbände, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren, dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2009 werden die **bundesweiten Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2009 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2009 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 2009 aufgrund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenshausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2009 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2009 keine krankenhausesindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Betrag
ZE2008-08	Sonstige Dialyse (OPS: 8-853.80)	374,35 €
ZE2008-08	Sonstige Dialyse (OPS: 8-853.81)	748,70 €
ZE2008-08	Sonstige Dialyse (OPS: 8-853.82)	1.684,58 €
ZE2008-08	Sonstige Dialyse (OPS: 8-853.83)	3.181,98 €
ZE2008-08	Sonstige Dialyse (OPS: 8-853.84)	5.428,08 €
ZE2008-08	Sonstige Dialyse (OPS: 8-853.85)	7.861,36 €
ZE2008-25	Modulare Endoprothesen	3.629,66 €
ZE2008-52	Implantation oder Wechsel eines Interspinösen Spreizers (OPS: 5-839.b0)	936,25 €
ZE2008-52	Implantation oder Wechsel eines Interspinösen Spreizers (OPS: 5.839.b1)	1.872,50 €
ZE2008-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	1.126,38 €

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2009

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2009 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, hat das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart:

Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV

DRG	Bezeichnung	Betrag
B61Z	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks außer bei Transplantation	6.101,80 €
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen Muskel- Skelett-System und Bindegewebe	3.446,92 €

Können für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2009 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 2009 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 2009 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2009 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

5. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 7 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 gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Betrag
76196004	Fluoreszenzgesteuerte Resektionstechnik (HEXVIX)	530,00 €
76196471	Sorafenib (200 mg)	38,78 €
76196114	Sunitinib (50 mg tägl.)	212,30 €
76196536	Temsirolimus (25 mg wöchentl.)	1.067,43 €

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

Gem. § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte

a. vorstationäre Behandlung (pauschal)

Innere Medizin	€147,25
Allg. Chirurgie	€100,72
Urologie	€103,28
Orthopädie	€133,96

b. nachstationäre Behandlung (pauschal je Behandlung, max. 7 in 14 Tagen)

Innere Medizin	€53,69
Allg. Chirurgie	€17,90
Urologie	€41,93
Orthopädie	€20,96

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten (pauschal)

Computer-Tomographie-Geräte (CT) Preise siehe Anlage 1
Magnet-Resonanz-Geräte (MRT) Preise siehe Anlage 2

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.

7. Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen gemäß § 7 Ziffer 4 KHEntgG und sonstige Zu- und Abschläge

Gem. § 17a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen.

Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig: **86,78 €**

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

Zuschlag für die Aufnahme von Begleitpersonen (je Person, je Tag)
in Höhe von **45,00 €**

8. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG sowie Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Abs. 4 KHEntgG

Qualitätssicherungszuschlag pro DRG in Höhe von **1,27 €**
(Dieser Betrag ist von der Krankenkassen bzw. dem Selbstzahler zu entrichten)

9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

DRG -Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **1,03 €**

Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a SGB V und **für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses** nach § 91 SGB V i.V.m. § 139 c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall in Höhe von **0,85 €**

10. Zuschläge für besondere Tatbestände

Zuschlag zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen (§ 4 Abs. 13 KHEntgG) und für entstandene Mehrkosten infolge der Abschaffung des Arztes im Praktikum (§ 4 Abs. 14 KHEntgG)

in Höhe von **0,31 %**

auf die im Erlösbudget und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG enthaltenen Entgelte

11. Entgelte für sonstige Leistungen

Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.

Kühlzellennutzung (Verstorbene) nach 48 Stund., zzgl. 19% MWSt **13,00€**

Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung **18,00 €**

Hilfsmittel:..... **Erstattung des tatsächlichen Aufwandes**

Akteneinsicht je Akte **1,50 €**

Anwaltliche Aktenabforderung pauschal **26,00 €**
zzgl. Kopiegebühren nach Kopieanzahl

Ausstellung von Urkunden oder Zweitschriften **1,00 €**

Kopie-Gebühren A 4, A 5 **0,25 €**

Kopie-Gebühren A 3 **0,50 €**

Versand von Röntgenfilmen, - CD' s, einschl. Versandmaterial **2,60 €**

Abforderungen für Arbeitsunfallpatienten durch Berufsgenossenschaften:
.....**nach der für die BG geltenden Gebührenordnung**

Abforderung von Abschriften/Kopien durch das Amt für Familie und
Soziales (Gesetz über Entschädigung von Zeugen- und Sachver-
ständigen ZSEG § 8) je Seite zzgl. Porto **0,50 €**

12. 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 10,00 € je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die entsprechende Mitgliedskrankenkasse abgeführt.

b. Zusatzklausel für Krankenhäuser in den neuen Bundesländern und im Ostteil Berlins:

Im Rahmen des Krankenhausinvestitionsprogramms gemäß Art. 14 Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) berechnet das Krankenhaus gegenüber den Benutzern des Krankenhauses bzw. deren Kostenträgern einen Investitionszuschlag in Höhe von 5,62 € für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes, bei

Fallpauschalen für die entsprechenden Belegungstage. Bei teilstationärer Behandlung wird der Zuschlag auch für den Entlassungstag berechnet.

13. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2009 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2009 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV zusammengefasst und abgerechnet.

14. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 11 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. Entbindungshelfern.

Diese Leistungen werden von den Belegarzt bzw. der Hebamme/dem Entbindungspfleger gesondert berechnet.

15. Entgelte für Wahlleistungen

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

a. Ärztliche Leistungen:

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit das Krankenhaus selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.

Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung. Nach § 6 a Abs. 1 GOÄ erfolgt bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen/privatärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25 %; bei Leistungen und Zuschlägen von Belegärzten und anderen niedergelassenen

Ärzten um 15 %. Das Arzthonorar wird in einer gesonderten Rechnung geltend gemacht.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, von nachfolgend aufgeführten Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtungen persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts (§ 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2 S. 3 GOÄ/GOZ) erbracht:

Fachabteilung	Wahlarzt	Vertretung
Anästhesie- u. Intensivtherapie	ChA Dr. med. Wolf	OA Dr. med. Kirseck
Allgem.-u. Visceral-Chirurgie	ChÄ Dr. med. Burchert	OÄ Dr. med. Keller
Allg. Innere Medizin	ChA Dr. med. Hrdlicka	OÄ Dr. med. Kopischke
Rheumatologie	ChA Dr. med. Hrdlicka	Dr. med. Lorenz
		Dr. med. Häckel
		Dr. med. Roch
Orthopädie	ChÄ Dr. med. Seyfert	OA Dr. med. Fischer
Traumatologie	ChÄ Dr. med. Seyfert	ltd. OA Dr. med. Rascher
Urologie	ChA Prof. Dr. med. Fahlenkamp	OÄ Dr. med. Sämman

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

b. Unterbringung in einem 1- oder 2-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung: (Preis je Berechnungstag)

	Altbau*	Neubau*
Unterbringung im 1-Bett-Zimmer mit Sanitärzone	69,19 €	-
Unterbringung im 1-Bett-Zimmer ohne Sanitärzone	64,94 €	-
Unterbringung im 1-Bettzimmer	-	66,61 €
Unterbringung im 2-Bett-Zimmer mit Sanitärzone	32,01 €	-
Unterbringung im 2-Bett-Zimmer ohne Sanitärzone	28,88 €	-
Unterbringung im 2-Bettzimmer	-	30,55 €

Dieser Preis beinhaltet folgende Elemente:
 die Verpflegung für Wahlleistungspatienten
 ein Wäscheset (2 Handtücher, 2 Waschlappen und ein Badetuch)

Die Gesamtkosten für die Unterbringung werden aus den Kosten pro Berechnungstag gebildet. Berechnungstag in diesem Sinne ist der Tag der Aufnahme zuzüglich jedes weiteren Aufenthaltstages. Der Tag der Entlassung bzw. Verlegung wird bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

- *Altbau: Stationen 2, 3, 4, 5, 6*, 7
- *Neubau: Stationen 9, 10, 11, 12
- *Station 6: Bei Doppelnutzung der Sanitärzone von zwei Patientenzimmer erfolgt die Abrechnung als Zimmer ohne Sanitärzone

c. Unterbringung einer Begleitperson (nicht medizinisch notwendig) nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson je Tag	31,00 €
--	----------------

Unterbringung (ohne Verpflegung) einer Begleitperson je Tag	25,00 €
Verpflegung einer Begleitperson je Tag	6,00 €
Unterbringung und ggf. Verpflegung eines Säuglings unter einem Jahr bei stationärer Behandlung der Mutter bzw. des Vaters je Tag	5,00 €

d. Weitere Wahlleistungen nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung

Aufenthalt nach ambulanter OP pro Nacht	80,00 €
Bereitstellung einer Fernsprechkarte, Grundgebühr je Nutzungstag	1,80 €
Telefongebühren je Gesprächseinheit	0,10 €
Gebühr pro FAX	0,30 €

Rundfunk und Fernsehen kostenlos in Verbindung mit der Fernsprechkarte

e. Höhe der Vorauszahlung für Wahlleistungen

siehe Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB) § 9

Inkrafttreten

Dieser DRG - Entgelttarif tritt am 1. Januar 2009 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG - Entgelttarif vom 01. September 2008 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter der Verwaltung unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung.

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in das DRG - Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie in 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.

Unterrichtung des Patienten

Gemäß § 305 Abs. 2 SGB V hat jeder Patient das Recht über eine Patientenquittung Kenntnis von seiner an die Krankenkasse gestellte Rechnung zu erhalten. Dieser Wunsch muss spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung geäußert werden. Die Patientenquittung wird innerhalb von vier Wochen nach Äußerung des Wunsches dem Patienten kostenlos zur Verfügung gestellt.

Anlagen: Patienteninformation bei wahlärztlichen Leistungen
Preise MRT/CT bei vor- und nachstationärer Behandlung



Patienteninformation bei wahlärztlichen Leistungen **Anlage zur Wahlleistungsvereinbarung**

Wichtige Informationen vor der Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind im Begriff, eine sogenannte Wahlleistungsvereinbarung über die gesonderte Berechnung ärztlicher Leistungen zu unterzeichnen. Hierfür schreibt § 17 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) vor, dass jeder Patient vor Abschluss der Vereinbarung über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im Einzelnen zu unterrichten ist. Dieser Verpflichtung möchten wir hiermit nachkommen:

Die zwischen dem Krankenhaus und Ihnen vereinbarten gesondert berechenbaren Wahlleistungen werden im Rahmen der personellen und sächlichen Möglichkeiten des Krankenhauses erbracht, soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden.

Das Krankenhaus kann den Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung bei Patienten, welche die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht bzw. trotz Fälligkeit verspätet gezahlt haben, ablehnen.

Das Krankenhaus kann die Erbringung von Wahlleistungen sofort vorübergehend einstellen, soweit und solange dies für die Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber anderen Patienten erforderlich wird; aus wichtigem Grund kann die Vereinbarung von beiden Teilen ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.

Sofern Wahlleistungen vereinbart worden sind, können seitens des Krankenhauses sowohl angemessene Vorauszahlungen als auch angemessene Abschlagszahlungen verlangt werden.

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit das Krankenhaus selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtungen persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts (§ 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2 S. 3 GOÄ/GOZ) erbracht.

1. Die das KHEntgG unterscheiden zwischen allgemeinen Krankenhausleistungen und Wahlleistungen.

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 **vom Patienten zu bezahlen**.

2. Für sogenannte **wahlärztliche Leistungen** bedeutet dies, dass Sie sich damit die persönliche Zuwendung und besondere fachliche Qualifikation und Erfahrung der liquidationsberechtigten Ärzte des Krankenhauses einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses hinzukaufen.

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

3. Im Einzelnen richtet sich die konkrete Abrechnung nach den Regeln der **amtlichen Gebührenordnung für Ärzte / Gebührenordnung für Zahnärzte (GOÄ/GOZ)**. 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 der 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 derzeit gültige Punktwert liegt gemäß § 5 Abs. 1 GOÄ bei 5,82873 Cent.

Aus der Multiplikation von Punktzahlen und Punktwert ergibt sich der Preis für diese Leistung, welcher in einer Spalte 4 der GOÄ ausgewiesen ist.

Beispiel:

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Punktwert	Preis (Einfachsatz), gerundet
1	Beratung	80	4,66 €

Bei dem so festgelegten Preis handelt es sich um den sogenannten GOÄ - Einfachsatz. Der Einfachsatz kann sich durch Steigerungsfaktoren erhöhen. Die Steigerungsfaktoren berücksichtigen die Schwierigkeit und den Zeitaufwand der einzelnen Leistung oder die Schwierigkeit des Krankheitsfalles. Innerhalb des normalen Gebührenrahmens gibt es Steigerungssätze bei technischen Leistungen zwischen dem Einfachen und dem 2,5 fachen, bei Laborleistungen zwischen dem Einfachen und dem 1,3 fachen und für alle anderen Leistungen zwischen dem Einfachen und dem 3,5 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 des Gebührensatzes. Alle Steigerungssätze über den Mittelwert sind zu begründen.

Die ermittelten Gebühren werden gemäß § 6a GOÄ um 25 % bzw. 15 % gemindert.

Welche Gebührenpositionen bei Ihrem Krankheitsbild zur Abrechnung gelangen und welche Steigerungssätze angewandt werden, lässt sich nicht exakt vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Einzelleistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden, welchen Schwierigkeitsgrad die Leistungen besitzen und welchen Zeitaufwand sie erfordern.

Für die Inanspruchnahme der oben genannten Wahlleistungen besteht kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz. Bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts verpflichtet. Prüfen Sie bitte, ob ihre private Krankenversicherung / Beihilfe etc. diese Kosten deckt.

Insgesamt kann die Vereinbarung wahlärztlicher Leistung eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Prüfen Sie bitte, ob Ihre private Krankenversicherung oder Beihilfe etc. diese Kosten deckt.

Sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die verantwortlichen Mitarbeiter unseres Hauses gern zur Verfügung und gewähren Ihnen auch jederzeit Einsicht in die GOÄ.

Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten bei vor- und nachstationärer Behandlung

Magnet- Resonanz- Geräte (MRT)

<u>Leistungen nach GOÄ –Ziffern</u>	<u>Pauschale gemäß § 3</u>
5700 MRT im Bereich des Kopfes ggf. einschl. des Halses in 2 Projektionen, davon mindestens eine Projektion unter Einschluss T2-gewichtiger Aufnahmen	179,97€
5705 MRT im Bereich der Wirbelsäule, in zwei Projektionen	171,79€
5715 MRT im Bereich des Thorax ggf. einschl. des Halses, der Thoraxorgane und/oder der Aorta in ihrer gesamten Länge	175,88€
5720 MRT im Bereich des Abdomens und/oder des Beckens	179,97€
5721 MRT im Bereich der Mamma(e)	163,61€
5729 MRT eines oder mehrerer Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten	98,17€
5730 MRT einer oder mehrerer Extremitäten mit Darstellung von mindestens zwei großen Gelenken oder Extremitäten	163,61€
5731 ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach 5700 bis 5730 (z.B. nach Kontrastmitteleinbringung, Darstellung von Arterien als MR- Angiographie)	40,90€
5732 Zuschlag zu den Leistungen nach 5700 bis 5730 für Positionswechsel und/oder Spulenwechsel	40,90€
5733 Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z.B. Kinetik, 3-D-Rekonstruktion)	32,72€
5735 Höchstwert für Leistungen nach 5700 bis 5730	245,42€

Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten bei vor- und nachstationärer Behandlung

Computer- Tomographie CT

<u>Leistungen nach GOÄ- Ziffern</u>	<u>Pauschale gemäß § 3</u>
5369 Höchstwert für Leistungen nach 5370 bis 5374	122,71€
5370 CT im Kopfbereich ggf. einschl. des kraniozervikalen Übergangs	81,81€
5371 CT im Hals- und/oder Thoraxbereich	94,08€
5372 CT im Abdominalbereich	106,35€
5373 CT des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten, Gelenke)	77,72€
5374 CT der Zwischenwirbelräume im Bereich der HWS, BWS, LWS ggf. einschl. Übergangsregionen	77,72€
5375 CT der Aorta in ihrer gesamten Länge	81,81€
5376 ergänzende CTs mit mindestens einer zusätzlichen Serie (z. B. Einsatz von Xenon, Einsatz von High- Resolution- Technik, bei zusätzlichen Kontrastmittelgaben) – zusätzlich zu den Leistungen nach 5370 bis 5375	20,45€
5377 Zuschlag für CT- Analyse einschl. speziell nachfolgender 3-D-Rekonstruktion	32,72€
5378 CT zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen	40,90€
5380 Bestimmung des Mineralgehaltes (Osteodensitometrie) von repräsentativen (auch mehreren) Skeletteilen mit quantitativer CT oder quantitativer digitaler Röntgentechnik	12,27€