



Anlagen zum stationären Behandlungsvertrag

- **Anlage 1 – Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)**

- **Anlage 2 – DRG-Entgelttarif 2017 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG**

- **Hausordnung**

Stand 01.07.2017



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen der Patientenaufnahme unseres Krankenhauses 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.

Anlage 1



Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

für

das Luisenhospital Aachen
des Evangelischen Krankenhausvereins zu Aachen von 1867 (Krankenhaussträger)

§ 1 Geltungsbereich

Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen dem Luisenhospital Aachen und den Patienten bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen.

§ 2 Rechtsverhältnis

(1) Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten sind privatrechtlicher Natur.

(2) Die AVB werden gemäß §§ 305 ff. BGB für Patienten wirksam, wenn diese

- jeweils ausdrücklich oder – wenn ein ausdrücklicher Hinweis wegen der Art des Vertragsschlusses nur unter unverhältnismäßigen Schwierigkeiten möglich ist – durch deutlich sichtbaren Aushang am Ort des Vertragsschlusses darauf hingewiesen wurden,
- von ihrem Inhalt in zumutbarer Weise, die auch eine für den Verwender der AVB erkennbare körperliche Behinderung der anderen Vertragspartei angemessen berücksichtigt, Kenntnis erlangen konnten,
- sich mit ihrer Geltung einverstanden erklärt haben.

§ 3 Umfang der Krankenhausleistungen

(1) Die vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen und die Wahlleistungen.

(2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind diejenigen 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 Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V),
- b) die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,
- c) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Absatz 3 SGB V,
- d) die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten, insbesondere die Aufgaben von Tumorzentren und geriatrischen Zentren sowie entsprechenden Schwerpunkten,
- e) die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1. S. 3 SGB V,
- f) das Entlassmanagement im Sinne des § 39 Absatz 1a SGB V.

(3) Nicht Gegenstand der allgemeinen Krankenhausleistungen sind

- a) die Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht.
- b) die Leistungen der Belegärzte, der Beleghebammen/-Entbindungspfleger,
- c) Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z.B. Prothesen, Unterarmstützkrücken, Krankenfahrstühle),
- c) die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung,
- d) Leistungen, die nach Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen,
- e) Dolmetscherkosten.

(4) Das Vertragsangebot des Krankenhauses erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, für die das Krankenhaus im Rahmen seiner medizinischen Zielsetzung personell und sachlich ausgestattet ist.

§ 4 Aufnahme, Verlegung, Entlassung

(1) Im Rahmen der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses wird aufgenommen, wer der vollstationären oder teilstationären Krankenhausbehandlung bedarf. Die Reihenfolge der Aufnahme richtet sich nach der Schwere und der Dringlichkeit des Krankheitsbildes.

(2) Wer wegen unmittelbarer Lebensgefahr oder der Gefahr einer bedrohlichen Verschlimmerung seiner Krankheit der sofortigen Behandlung bedarf (Notfall), wird – auch außerhalb der qualitativen oder quantitativen Leistungsfähigkeit des Krankenhauses – einstweilen aufgenommen, bis seine Verlegung in ein anderes geeignetes Krankenhaus gesichert ist.

(3) Eine Begleitperson wird aufgenommen, wenn dies nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes für die Behandlung des Patienten medizinisch notwendig und die Unterbringung im Krankenhaus möglich ist. Darüber hinaus kann auf Wunsch im Rahmen von Wahlleistungen eine Begleitperson aufgenommen werden, wenn ausreichende Unterbringungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, der Betriebsablauf nicht behindert wird und medizinische Gründe nicht entgegenstehen.

(4) Bei medizinischer Notwendigkeit (insbesondere in Notfällen), können Patienten in ein anderes Krankenhaus verlegt werden. Die Verlegung wird vorher – soweit möglich – mit dem Patienten abgestimmt.

Eine auf Wunsch des gesetzlich Krankenversicherten zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse erfolgende Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus ist gemäß § 60 SGB V von einer Einwilligung der gesetzlichen Krankenkasse abhängig, wenn die Verlegung nicht aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist. Verweigert die gesetzliche Krankenkasse ihre Einwilligung, erfolgt die Verlegung nur auf ausdrücklichen Wunsch und eigene Kosten des gesetzlich Krankenversicherten. Das Krankenhaus informiert den gesetzlich Krankenversicherten hierüber.

(5) Entlassen wird,

- a) wer nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes der Krankenhausbehandlung nicht mehr bedarf oder
- b) die Entlassung ausdrücklich wünscht.

Besteht der Patient entgegen ärztlichem Rat auf seine Entlassung oder verlässt er eigenmächtig das Krankenhaus, haftet das Krankenhaus für die entstehenden Folgen nicht.

(6) Eine Begleitperson wird entlassen, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 nicht mehr gegeben sind.

§ 5

Vor- und nachstationäre Behandlung

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisung) Patienten in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

- a) die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung),
- b) im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

(2) Die vorstationäre Krankenhausbehandlung, die drei Behandlungstage innerhalb von fünf Kalendertagen vor Beginn der stationären Behandlung nicht überschreiten darf, wird beendet,

- a) mit Aufnahme des Patienten zur vollstationären Behandlung,
- b) wenn sich herausstellt, dass eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nicht oder erst außerhalb des vorstationären Zeitrahmens notwendig ist,

- c) wenn der Patient die Beendigung ausdrücklich wünscht oder die Behandlung abbricht.

In den Fällen b) und c) endet auch der Behandlungsvertrag.

(3) Die nachstationäre Krankenhausbehandlung, die sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Kalendertagen, bei Organübertragungen drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung, nicht überschreiten darf, wird beendet,

- a) wenn der Behandlungserfolg nach Entscheidung des Krankenhausarztes gesichert oder gefestigt ist, oder
- b) wenn der Patient die Beendigung ausdrücklich wünscht oder die Behandlung abbricht.

Gleichzeitig endet auch der Behandlungsvertrag.

Die Frist von 14 Kalendertagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen.

(4) Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrages durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet und ist nicht Gegenstand der Krankenhausleistungen.

(5) Das Krankenhaus unterrichtet den einweisenden Arzt unverzüglich über die vor- und nachstationäre Behandlung des Patienten sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis.

§ 6 Entgelt

Das Entgelt für die Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und dem Pflegekostentarif bzw. DRG-Entgelttarif oder PEPP-Entgelttarif in der jeweils gültigen Fassung, der Bestandteil dieser AVB ist (Anlage).

§ 7 Abrechnung des Entgelts bei gesetzlich Krankenversicherten und Heilfürsorgeberechtigten

(1) Soweit ein öffentlich-rechtlicher Kostenträger (z.B. Krankenkassen etc.) 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) Gesetzlich Krankenversicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage nach Maßgabe des § 39 Abs. 4 SGB V eine Zuzahlung, die vom

Krankenhaus an die Krankenkasse weitergeleitet wird. Nähere Einzelheiten ergeben sich aus dem Pflegekostentarif/DRG-Entgelttarif/PEPP-Entgelttarif.

(3) Gesetzlich Krankenversicherte, bei denen eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 SGB V durchgeführt wird und die erklären, über die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen sowie die von den Krankenkassen dafür zu zahlenden Entgelte unterrichtet werden zu wollen, erhalten innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung eine derartige schriftliche Information, sofern sie bzw. ihre gesetzlichen Vertreter bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung dies ausdrücklich gegenüber der Krankenhausverwaltung erklären.

§ 8

Abrechnung des Entgelts bei Selbstzahlern

(1) Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (z.B. Krankenkasse). In diesem Fall ist der Patient dem Krankenhaus gegenüber Selbstzahler.

(2) Selbstzahler sind zur Entrichtung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet. Sofern der Patient als Versicherter einer privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch macht, werden Rechnungen unmittelbar gegenüber dem privaten Krankenversicherungsunternehmen erteilt. Voraussetzung für eine solche Direktabrechnung ist, dass der Versicherte schriftlich seine Einwilligung, die jederzeit widerrufen werden kann, erklärt, dass die Daten nach § 301 SGB V im Wege des elektronischen Datenaustausches an das private Krankenversicherungsunternehmen übermittelt werden.

(3) Für Krankenhausleistungen können Zwischenrechnungen erteilt werden. Nach Beendigung der Behandlung wird eine Schlussrechnung erstellt.

(4) Die Nachberechnung von Leistungen, die in der Schlussrechnung nicht enthalten sind, und die Berichtigung von Fehlern bleiben vorbehalten.

(5) Der Rechnungsbetrag wird mit Zugang der Rechnung fällig.

(6) Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz pro Jahr (§ 288 Abs. 1 BGB) berechnet werden; darüber hinaus können Mahngebühren berechnet werden, es sei denn, der Patient weist nach, dass kein oder ein wesentlich geringerer Schaden entstanden ist.

(7) Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.

§ 9

Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen

(1) Soweit das Krankenhaus nicht auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) abrechnet, kann es für Krankenhausaufenthalte, die voraussichtlich länger als eine Woche dauern, angemessene Vorauszahlungen verlangen. Soweit Kostenübernahmeerklärungen von Sozialleistungsträgern, sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern oder privaten Krankenversicherungen vorliegen, können

Vorauszahlungen nur von diesen verlangt werden (§ 14 Abs. 4 Bundespflegesatzverordnung – BPfIV – a. F. oder § 8 Abs. 5 BPfIV – n. F.).

(2) Soweit das Krankenhaus auf der Grundlage von DRG nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abrechnet, kann es für Krankenhausaufenthalte eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird.

(3) Ab dem achten Tag des Krankenhausaufenthalts kann das Krankenhaus eine angemessene Abschlagszahlung verlangen, deren Höhe sich an den bisher erbrachten Leistungen in Verbindung mit der Höhe der voraussichtlich zu zahlenden Entgelte orientiert (§ 8 Abs. 7 Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG).

§ 10 Beurlaubung

Beurlaubungen sind mit einer stationären Krankenhausbehandlung in der Regel nicht vereinbar. Während einer stationären Behandlung werden Patienten daher nur aus zwingenden Gründen und nur mit Zustimmung des Leitenden Abteilungsarztes beurlaubt.

§ 11 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, wird der Eingriff ohne eine ausdrückliche Einwilligung vorgenommen, wenn dieser nach der Überzeugung des zuständigen Krankenhausarztes zur Abwendung einer drohenden Lebensgefahr oder wegen einer unmittelbar drohenden schwerwiegenden Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes des Patienten unverzüglich erforderlich ist.

(3) Absatz 2 gilt entsprechend, wenn bei einem beschränkt geschäftsfähigen oder geschäftsunfähigen Patienten ein zur Vertretung Berechtigter (z.B. die Eltern als gesetzliche Vertreter, ein Vormund, ein Betreuer oder ein rechtsgeschäftlich Bevollmächtigter) nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar ist oder seine dem Eingriff entgegenstehende Willenserklärung im Hinblick auf § 323 c StGB unbeachtlich ist.

§ 12 Obduktion

(1) Eine Obduktion kann vorgenommen werden, wenn

- a) der Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat, oder
- b) der erreichbare nächste Angehörige (Abs. 3) des Verstorbenen, bei gleichrangigen Angehörigen einer von ihnen, eingewilligt und dem Krankenhausarzt ein entgegenstehender Wille des Verstorbenen nicht bekannt geworden ist.

(2) Von der Obduktion ist abzusehen bei Verstorbenen, die einer die Obduktion ablehnenden Gemeinschaft angehören, sofern nicht der Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat.

(3) Nächste Angehörige im Sinne des Absatzes 1 sind in der Rangfolge ihrer Aufzählung

- der Ehegatte bzw. eingetragene Lebenspartner,
- die volljährigen Kinder (und Adoptivkinder),
- die Eltern (bei Adoption die Adoptiveltern) oder, sofern der Verstorbene zur Todeszeit minderjährig war und die Sorge für seine Person zu dieser Zeit nur einem Elternteil, einem Vormund oder einem Pfleger zustand, dieser Sorgeinhaber,
- die volljährigen Geschwister,
- die Großeltern.

Bei mehreren gleichrangigen Angehörigen genügt es, wenn einer von ihnen beteiligt wird und eine Entscheidung trifft. Ist ein vorrangiger Angehöriger innerhalb angemessener Zeit nicht erreichbar, genügt die Beteiligung und Entscheidung des nächsterreichbaren nachrangigen Angehörigen. Dem nächsten Angehörigen steht eine volljährige Person gleich, die dem Verstorbenen bis zu seinem Tode in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe gestanden hat; sie tritt neben den nächsten Angehörigen. Hatte der Verstorbene die Entscheidung über eine Obduktion einer bestimmten Person übertragen, tritt diese an die Stelle des nächsten Angehörigen.

(4) Die Absätze 1 bis 3 finden keine Anwendung bei einer Obduktion, die aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung von der zuständigen Behörde angeordnet ist.

(5) § 12 findet insgesamt keine Anwendung auf die Spende und Entnahme von Organen und Geweben zum Zwecke der Übertragung auf andere Menschen. Hierfür sind ausschließlich die Regelungen des Transplantationsgesetzes maßgeblich.

§ 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. Abweichende gesetzliche Regelungen bleiben unberührt.

(3) Das Recht des Patienten oder eines von ihm Beauftragten auf Einsicht in die Aufzeichnungen, auf Überlassung von Kopien – auch in Form von elektronischen Abschriften – 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

Der Patient hat die vom Krankenhaus erlassene Hausordnung zu beachten.

§ 15 Eingebrachte Sachen

- (1) In das Krankenhaus sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden.
- (2) Geld und Wertsachen werden bei der Verwaltung in für das Krankenhaus zumutbarer Weise verwahrt.
- (3) Bei handlungsunfähig eingelieferten Patienten 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 12 Wochen nach Aufforderung abgeholt werden.
- (5) Im Fall des Absatzes 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) Absatz 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 den Verlust oder die Beschädigung von eingebrachten Sachen, die in der Obhut des Patienten bleiben, oder von Fahrzeugen 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 Aachen zu erfüllen.

§ 18 Inkrafttreten

Diese AVB treten am 01.07.2017 in Kraft. Gleichzeitig werden die AVB vom 01.05.2009 aufgehoben.

Anlagen: - DRG-Entgelttarif

Anlage 2



DRG-Entgelttarif 2017 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

**Das Luisenhospital Aachen
des Evangelischen Krankenhausvereins zu Aachen von 1867
(Krankenhausträger)**

berechnet/n ab dem **01.01.2017** folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gemäß § 7 Abs. 1 S. 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 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 2017) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2017) 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 3.355,00 € und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	0,678	3.355,00 €	2.274,69 €
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse	3,348	3.355,00 €	11.232,54 €

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 2017 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2017 (FPV 2017) vorgegeben.

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 2017

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 2017 (FPV 2017).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2017

Gemäß § 17b Abs. 1 S. 7 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 2017 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2017 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2017 genannten Zusatzentgelte **krankenhausindividuelle Zusatzentgelte** nach § 6 Abs. 1 KHEntG vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntG abgerechnet werden.

Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2017 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 2017 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2017 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

ZE	Bezeichnung	Betrag
ZE01.01	Hämodialyse, intermittierend, Alter > 14 Jahre	227,58 €
ZE02	Hämodiafiltration, intermittierend	231,66 €
ZE30.03	Gabe von Prothrombinkomplex, parenteral 4.500 IE bis unter 5.500 IE	1.000,63 €
ZE30.05	Gabe von Prothrombinkomplex, parenteral 6.500 IE bis unter 7.500 IE	1.416,79 €
ZE30.07	Gabe von Prothrombinkomplex, parenteral 8.500 IE bis unter 9.500 IE	1.836,13 €
ZE49.04	Gabe von Bortezomib, parenteral 4,5 mg bis unter 5,5 mg	2.091,79 €
ZE60.01	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	1.218,01 €
ZE60.02	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	1.547,06 €
ZE60.03	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage	2.442,24 €
ZE66.03	Gabe von Adalimumab, parenteral 40 mg bis unter 80 mg	819,68 €
ZE66.04	Gabe von Adalimumab, parenteral 80 mg bis unter 120 mg	1.639,36 €
ZE68.05	Gabe von Infliximab, parenteral 300 mg bis unter 400 mg	1.867,67 €
ZE68.07	Gabe von Infliximab, parenteral 500 mg bis unter 600 mg	3.100,77 €
ZE70.03	Gabe von C1-Esteraseinhibitor, parenteral 1.500 Einheiten bis unter 2.000 Einheiten	2.194,29 €
ZE71.04	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral 12 mg bis unter 18 mg	1.496,69 €
ZE93.04	Gabe von Humanimmunglobulin, polyvalent, parenteral 15 g bis unter 25 g	629,51 €
ZE106.01	Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisationen Anzahl der Metallspiralen: 1 Metallspirale	91,20 €
ZE107.03	Gabe von Erythrozytenkonzentraten 16 TE bis unter 24 TE	1.541,43 €
ZE107.04	Gabe von Erythrozytenkonzentraten 24 TE bis unter 32 TE	2.202,05 €
ZE108.01	Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten 1 patientenbezogenes Thrombozytenkonzentrat	438,51 €

ZE109.02	Gabe von Caspofungin, parenteral 65 mg bis unter 100 mg	483,60 €
ZE109.10	Gabe von Caspofungin, parenteral 450 mg bis unter 500 mg	3.164,09 €
ZE109.11	Gabe von Caspofungin, parenteral 500 mg bis unter 600 mg	3.616,10 €
ZE109.13	Gabe von Caspofungin, parenteral 700 mg bis unter 800 mg	4.972,14 €
ZE109.17	Gabe von Caspofungin, parenteral 1.200 mg bis unter 1.400 mg	8.588,23 €
ZE111.03	Gabe von Voriconazol, oral 2,50 g bis unter 3,50 g	564,36 €
ZE111.04	Gabe von Voriconazol, oral 3,50 g bis unter 4,50 g	763,54 €
ZE111.06	Gabe von Voriconazol, oral 6,50 g bis unter 8,50 g	1.427,49 €
ZE112.03	Gabe von Voriconazol, parenteral 0,8 g bis unter 1,2 g	577,81 €
ZE112.04	Gabe von Voriconazol, parenteral 1,2 g bis unter 1,6 g	818,10 €
ZE112.05	Gabe von Voriconazol, parenteral 1,6 g bis unter 2,0 g	1.095,13 €
ZE112.06	Gabe von Voriconazol, parenteral 2,0 g bis unter 2,4 g	1.340,06 €
ZE112.08	Gabe von Voriconazol, parenteral 3,2 g bis unter 4,0 g	2.209,00 €
ZE112.09	Gabe von Voriconazol, parenteral 4,0 g bis unter 4,8 g	2.718,77 €
ZE112.11	Gabe von Voriconazol, parenteral 5,6 g bis unter 6,4 g	3.738,30 €
ZE112.13	Gabe von Voriconazol, parenteral 7,2 g bis unter 8,8 g	4.927,76 €
ZE112.14	Gabe von Voriconazol, parenteral 8,8 g bis unter 10,4 g	5.947,30 €
ZE112.16	Gabe von Voriconazol, parenteral 12,0 g bis unter 13,6 g	7.986,37 €
ZE120.01	Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD) Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Bis 24 Stunden	324,05 €
ZE120.02	Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD) Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 24 bis 72 Stunden	777,72 €
ZE120.03	Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD) Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 72 bis 144 Stunden	1.480,91 €

ZE120.04	Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD) Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 144 bis 264 Stunden	2.786,83 €
ZE121.04	Hämodiafiltration, kontinuierlich Arteriovenös (CAVHDF): Mehr als 144 bis 264 Stunden	2.951,43 €
ZE126	Autogene / Autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation	3.126,73 €
ZE130.01	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 43 bis 71 Aufwandspunkte	1.091,70 €
ZE130.02	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 130 bis 158 Aufwandspunkte	2.235,91 €
ZE137.01	Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamente-freisetzender Ballon an anderen Gefäßen	305,58 €
ZE137.02	Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen	988,65 €
ZE138	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalssystem, mit Sondenimplantation	7.421,48 €
ZE139	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalssystem, ohne Sondenimplantation	6.248,23 €
ZE140	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation	11.759,67 €
ZE146.04	Gabe von Thrombozytenkonzentraten 5 Thrombozytenkonzentrate	1.258,00 €
ZE146.07	Gabe von Thrombozytenkonzentraten 10 bis unter 12 Thrombozytenkonzentrate	2.603,70 €
ZE147.02	Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten 2 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	746,83 €
ZE149.08	Gabe von Trastuzumab, intravenös 450 mg bis unter 500 mg	2.434,69 €

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2017

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 2017

Entgelt nach § 6 Abs.1 KHEntgG	Bezeichnung	Entgelt pro Tag
A90A	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung	196,00 €
A90B	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung	158,00 €
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	265,00 €
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	250,00 €
U01Z	Geschlechtsumwandelnde Operation	450,00 €

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2017 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 2017 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 2017 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2017 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

5. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 3 KHEntgG

Für folgende Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2a KHEntgG folgende gesonderte Zusatzentgelte vereinbart:

Es sind derzeit keine Zusatzentgelte vereinbart.

6. Zu- und Abschläge gemäß § 7 Abs. 1 S. 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: 96,46 €

Ferner berechnet das Krankenhaus gemäß § 17b Abs. 1a KHG folgende Zuschläge/Abschläge:

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen

in Höhe von 45,00 € pro Tag

7. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 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 gemäß § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

Es sind derzeit keine Entgelte vereinbart.

8. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG

- Qualitätssicherungszuschlag
in Höhe von 0,99 €

9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von 1,30 €

- 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 Krankenhausfall

in Höhe von 1,49 €

10. Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a S. 1 SGB V

- Zuschlag für die Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der elektronischen Gesundheitskarte (Telematikzuschlag) nach § 291a Abs. 7a S. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von ___ €

Es ist derzeit kein Zuschlag vereinbart.

11. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115a SGB V

Gemäß § 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

Fachabteilung	Betrag
Innere Medizin	147,52 €
Allgemeine Chirurgie	100,72 €
Gefäßchirurgie	134,47 €
Plastische Chirurgie	95,10 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13 €
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	78,74 €
Augenheilkunde	68,51 €
Sonstige Fachabteilung	91,52 €

b. Nachstationäre Behandlung

Fachabteilung	Betrag
Innere Medizin	53,69 €
Allgemeine Chirurgie	17,90 €
Gefäßchirurgie	23,01 €
Plastische Chirurgie	18,41 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22,50 €
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	37,84 €
Augenheilkunde	38,86 €
Sonstige Fachabteilung	24,54 €

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

- Computer-Tomographie-Geräte (CT):

DKG-NT Ziffern	Bedeutung	Pauschale
5396	Höchstwert für die Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374	122,71 €
5370	Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich- gegebenenfalls einschließlich des kraniozervikalen Übergangs-	81,81 €
5375	Computergesteuerte Tomographie der Aorta in ihrer gesamten Länge. Die Leistungen nach Nummer 5375 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5371 und 5372 nicht berechnungsfähig.	81,81 €
5371	Computergesteuerte Tomographie im Hals- und/ oder Thoraxbereich	94,08 €
5372	Computergesteuerte Tomographie im Abdominalbereich	106,35 €
5373	Computergesteuerte Tomographie des Skletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare)	77,72 €

5374	Computergesteuerte Tomographie der Zwischenwirbelräume im Bereich der Hals-, Brust- und/oder Lendenwirbelsäule - gegebenenfalls einschließlich der Übergangsregionen-	77,72 €
5376	Ergänzende computergesteuerte Tomographie(n) mit mindestens einer zusätzlichen Serie (z. B. bei Einsatz von Xenon, bei Einsatz der High-Resolution-Technik, bei zusätzlichen Kontrastmittelgaben)- zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5375-	20,45 €
5377	Zuschlag für computergesteuerte Analyse- einschließlich speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion-. Der Zuschlag nach Nummer 5377 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.	32,72 €
5378	Computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen. Neben oder anstelle der computergesteuerten Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen sind die Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5376 nicht berechnungsfähig.	40,90 €
5380	Bestimmung des Mineralsgehalts (Osteodensitometrie) von repräsentativen (auch mehreren) Skletteilen mit quantitativer Computertomographie oder quantitativer digitaler Röntgentechnik.	12,27 €

- Magnet-Resonanz-Geräte (MR):

DKG-NT Ziffern	Bedeutung	Pauschale
5700	Magnetresonanztomographie im Bereich des Kopfes-gegebenenfalls einschließlich des Halses-, in zwei Projektionen, davon mindestens eine Projektion unter Einschluß T2-gewichteter Aufnahmen	179,97 €
5720	Magnetresonanztomographie im Bereich des Abdomens und/oder des Beckens.	179,97 €
5705	Magnetresonanztomographie im Bereich der Wirbelsäule, in zwei Projektionen.	171,79 €
5715	Magnetresonanztomographie im Bereich des Thorax-gegebenenfalls einschließlich des Halses-, der Thoraxorgane und/oder der Aorta in ihrer gesamten Länge.	175,88 €
5721	Magnetresonanztomographie der Mamma(e)	163,61 €
5730	Magnetresonanztomographie einer oder mehrerer Extremität(en) mit Darstellung von mindestens zwei großen Gelenken einer Extremität Neben der Leistung nach der Nummer 5729 nicht berechnungsfähig.	163,61 €

5729	Magnetresonanztomographie eines oder mehrerer Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten	98,17 €
5731	Ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 (z. B. nach Kontrastmitteleinbringung, Darstellung von Arterien als MR- Angiographie)	40,90 €
5732	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 für Positionswechsel und/oder Spulenwechsel. Der Zuschlag nach Nummer 5732 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.	40,90 €
5733	Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z. B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion). Der Zuschlag nach Nummer 5733 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.	32,72 €
5735	Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730.. Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.	245,42 €
627	Linksherzkatheterismus-einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle. Die Leistung nach Nummer 627 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 627 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.	61,36 €
628	Herzkatheterismus mit Druckmessungen und oxymetrischen Untersuchungen einschließlich fortlaufender EGK- und Röntgenkontrolle-im zeitlichen Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 355 und/oder 360. Die Leistung nach der Nummer 628 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 628 sind die Leistungen nach den Nummern 602, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.	32,72 €
629	Transseptaler Linksherzkatherismus-einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle. Die Leistung nach Nummer 629 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 602, 648, 650, 651, 3710 und 58295 nicht berechnungsfähig.	81,81 €
5315	Angiokardiographie einer Herzhälfte, eine Serie. Die Leistung nach Nummer 5315 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.	122,71 €
5616	Angiographie beider Herzhälften, eine Serie. Die Leistung nach Nummer 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 5316 ist die Leistung nach Nummer 5315 nicht berechnungsfähig.	122,71 €
5325	Selektive Koronarangiographie eines oder aller Herzkranzgefäße oder Bypässe mittels Cinetechnik, eine Serie.	122,71 €

5317	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5315 oder 5316, je Serie.	16,36 €
5326	Selektive Koronarangiographie eines oder aller Herzkranzgefäße im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5324 oder 5325., zweite bis fünfte Serie, je Serie.	16,36 €
5318	Weitere Serien in Anschluß an die Leistung nach Nummer 5317, insgesamt. Die Leistungen nach den Nummern 5315 bis 5318 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5302 sowie 5324 bis 5327 nicht berechnungsfähig.	24,54 €
5324	Selektive Koronarangiographie eines Herzkranzgefäßes oder Bypasses mittels Cinetechnik, eine Serie. Die Leistungen nach den Nummern 5324 und 56325 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.	98,17 €
5327	Zusätzliche Linksventrikulographie bei selektiver Koronarangiographie... Die Leistungen nach den Nummern 5324 bis 5327 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5300 5302 sowie 5315 bis 5318 nicht berechnungsfähig.	40,90 €
5328	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5327 bei Anwendung der simultanen Zwei-Ebenen-Technik. Der Zuschlag nach Nummer 5328 ist je Sitzung nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.	49,08 €
5831	Ergänzende Projektion(en) (insbesondere des zentralen Abflußgebiets) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5330, insgesamt	61,36 €
5832	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen (z. B. Computertomogramm), je Bestrahlungsserie. Der Zuschlag nach Nummer 5832 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.	20,45 €
5833	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozeßrechners, je Bestrahlungsserie. Der Zuschlag nach Nummer 5833 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.	81,81 €
5834	Bestrahlung mittels Telekobaltgerät mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern- gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen, je Fraktion.	29,65 €
5835	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5734 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion.	5,11 €
5837	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5836 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion.	5,11 €
5836	Bestrahlung mittels Beschleuniger mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen-, je Fraktion.	40,90 €

5488	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) - gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen.	245,42 €
5489	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) mit quantifizierender Auswertung-gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen.	306,78 €

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.

12. 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.

13. Zuzahlungen

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 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

14. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2017 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2017 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2017 zusammengefasst und abgerechnet.

15. 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. Entbindungspflegern.

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

16. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet. Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung und der Patienteninformation über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen entnehmen.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.07.2017 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.05.2009 aufgehoben.



Hausordnung für Patienten und Besucher des Luisenhospitals

Wir begrüßen Sie ganz herzlich im Luisenhospital. Es ist unser Bemühen, allen Patienten den Aufenthalt im Hause so angenehm wie möglich zu gestalten und alles zu tun, was zur Linderung und Heilung Ihrer gesundheitlichen Beschwerden beiträgt. Sie unterstützen unsere Bemühungen, indem Sie bitte folgende Hinweise sorgfältig beachten:

Besuchszeiten

Besuchszeiten sind täglich von 7.00 Uhr bis 21.00 Uhr. Außerhalb dieser Zeiten sind Besuche nur mit Genehmigung des zuständigen Arztes oder der Stationsleitung gestattet. In der Zeit von 12.30 Uhr bis 13.30 Uhr bitten wir Sie um besondere Rücksichtnahme, da viele Patienten Mittagsruhe halten. Zum Wohl des Patienten kann der zuständige Arzt oder die Stationsleitung Besuche untersagen oder nur bestimmten Personen gestatten. Wenn dies erforderlich erscheint, können Besuchsbeschränkungen - auch im Interesse der Gesamtheit unserer Patienten - durch den Vorstand verfügt werden. Verhalten Sie sich bitte während Ihres Besuches rücksichtsvoll und vermeiden Sie unnötigen Lärm. Wir bitten auch alle Patienten, spätestens mit Beginn der Nachtruhe ihr Patientenzimmer aufzusuchen.

Parken

Für Besucher des Luisenhospitals sind kostenpflichtige Parkplätze zum Abstellen der Pkws ausgewiesen. Für Patienten, die während ihres Krankenhausaufenthaltes ihr Fahrzeug auf dem Klinikgelände abstellen, sind die Parkplätze ebenfalls kostenpflichtig.

Sauberkeit

Die Sauberkeit ist uns in unserem Haus besonders wichtig. Wir bitten Sie daher, Zimmer, Flure, Toiletten und Außenanlagen nicht durch Papier und sonstige Abfälle zu verunreinigen. Benutzen Sie bitte die dafür vorgesehenen Behälter.

Rauchen

Im Krankenhaus ist das Rauchen aufgrund gesetzlicher Vorschriften (Nichtraucherschutzgesetz NRW) seit Anfang 2008 grundsätzlich untersagt. Raucherräume dürfen nicht eingerichtet werden; Zuwiderhandlungen können mit Geldbußen belegt werden (s. auch weiter unten: Verstöße gegen die Hausordnung). Die Kosten für einen durch den Alarm automatisch ausgelösten Ruf der Feuerwehr trägt der Verursacher (ca. 1.000 Euro).

Allgemeines Verhalten

Wir bitten alle Patienten, Begleitpersonen und Besucher, die Anordnungen der Ärzte, des Pflegepersonals und der Verwaltung zu beachten. Alle Krankenhauseinrichtungen dienen der Pflege und Versorgung unserer Patienten; ihre Beschädigung trifft in erster Linie die nachfolgenden Patienten. Daher wünschen wir uns einen pfleglichen und schonenden Umgang mit unserer Krankenhauseinrichtung im Interesse der Allgemeinheit. Dies gilt insbesondere für die technischen Anlagen wie Aufzüge, andere Transporteinrichtungen, Sprech- und Rufanlagen, die nur ihrem Zweck entsprechend benutzt werden dürfen. Für vorsätzliche und fahrlässige Beschädigung haftet der Verursacher. Der reibungslose Arbeitsablauf im

Krankenhaus liegt im Interesse aller Patienten. Um hier Verzögerungen und Behinderungen zu vermeiden, ist der Aufenthalt in den Räumen des Krankenhauspersonals sowie in den Betriebs- und Wirtschaftsräumen nicht gestattet. Unsere Patienten werden nicht nur medizinisch versorgt, sondern auf Wunsch auch seelsorgerisch betreut. Wir bitten Sie daher, die religiösen Gefühle der Anwesenden nicht zu verletzen.

Nahrungsmittel und Getränke

Ihre Verpflegung richtet sich nach dem allgemeinen Speiseplan oder nach besonderer ärztlicher Verordnung. In Ihrem eigenen Interesse sollten Sie andere Nahrungsmittel und Getränke nur in Absprache mit Ihrem Arzt zu sich nehmen. Aus hygienischen Gründen, die im Krankenhaus eine herausragende Rolle spielen, dürfen wir Sie bitten, keine Speisereste in Ihrem Zimmer aufzubewahren. Darüber hinaus ist der Genuss alkoholischer Getränke im Luisenhospital nicht erwünscht, es sei denn, auf ausdrückliche Empfehlung des Krankenhausarztes.

Radio, Fernsehen und Handy

Aus technischen Gründen dürfen in der Klinik keine privaten Rundfunk- und Fernsehgeräte benutzt werden. Ebenso ist die Benutzung von Handys wegen möglicher Störung der Krankenhaustechnik im gesamten Klinikgebäude untersagt. Allen Patienten stehen fest installierte Fernsehgeräte, Telefonapparate und mehrere Rundfunkprogramme zur Verfügung, die für die Zeit des Krankenhausaufenthaltes angemietet werden können.

Aufenthalt in den Patientenzimmern und außerhalb

Auch wenn Sie das Bett verlassen können, bitten wir Sie, sich zu den ärztlichen Visiten, zur Durchführung pflegerischer Tätigkeiten bzw. zur Durchführung von Untersuchungen und zu den Mahlzeiten in Ihrem Krankenzimmer aufzuhalten. Vor Verlassen der Station informieren Sie bitte die Stationsleitung. Das Krankenhausgelände dürfen Patienten nur mit Einwilligung des Arztes verlassen.

Geld und Wertgegenstände

Geld und Wertgegenstände (auch Notebooks, iPods, Handys etc.) sollten verschlossen bzw. den Angehörigen mit nach Hause gegeben werden. Ist dies nicht möglich, sind Geld und Wertsachen der Stationsleitung gegen Quittung zur unentgeltlichen Aufbewahrung zu übergeben.

Verstöße gegen die Hausordnung

Bei wiederholten oder groben Verstößen gegen diese Hausordnung können Patienten, Besucher und andere Personen aus dem Krankenhaus verwiesen werden (Hausverbot). Die Stations- und Abteilungsärzte sind gehalten, Patienten, die gegen die Hausordnung verstoßen (mit Ausnahme solcher Patienten, die sich in einem akuten lebensbedrohlichen Zustand befinden), nicht weiter zu behandeln. In Abwesenheit des Vorstandes übt der diensthabende Chirurg das Hausrecht aus. Darüber hinaus übt die zuständige Nachtwache, bei Unabkömmlichkeit des diensthabenden Chirurgen, das Hausrecht während des Nachtdienstes aus.

Geltungsbereich

Diese Hausordnung ist für alle verbindlich, die im Haus ein- und ausgehen. Die bestehenden Arbeits- und Dienstpläne bleiben von der Hausordnung unberührt.



Dipl.-Kfm. Werner Reiche
(Vorstand)

Aachen, Februar 2009