

**Allgemeine Vertragsbedingungen
(AVB)
der Carl-Thiem-Klinikum Cottbus
gGmbH (CTK)**

§ 1 Geltungsbereich

Diese AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen

**dem Carl-Thiem-Klinikum Cottbus (CTK)
und
den Patienten**

für die Leistungen einer voll-, teil-, vor- und nachstationären sowie ambulanten Krankenhausbehandlung entsprechend den gesetzlichen/untergesetzlichen Regeln sowie dem Versorgungsauftrag des CTK.

§ 2 Umfang der Krankenhausleistungen

- (1) Die voll-, teil- sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen und die Wahlleistungen, vgl. § 4 AVB.
- (2) Das Vertragsangebot des CTK erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, für die das CTK nach seinem Versorgungsauftrag personell und sachlich ausgestattet ist.
- (3) Allgemeine Krankenhausleistungen sind solche Leistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des CTK 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 Aufenthalts im CTK durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten gemäß 5. Sozialgesetzbuch (SGB V),
 - (b) vom CTK veranlasste Leistungen Dritter
 - (c) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten
 - (d) besondere Leistungen von Tumorzentren/onkologischen Schwerpunkten für die stat. Versorgung krebskranker Patienten
 - (e) Frührehabilitation nach § 39 Abs.1, Satz 3 SGB V.
- (4) Keine Leistungen des CTK im Sinne (3) sind:
 - (a) Leistungen Dritter, sofern sie nicht (ausnahmsweise) in Erfüllung einer vom CTK geschuldeten Leistung tätig werden;
 - (b) Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung mitgegeben werden.
 - (c) Leistungen im Sinne § 137 c SGB V.

§ 3 Aufnahme, Verlegung, Entlassung

- (1) Im Rahmen der Leistungsfähigkeit des CTK wird aufgenommen, wer einer im CTK

möglichen Behandlung bedarf. Außer in Notfällen ist die Vorlage einer "Verordnung von Krankenhausbehandlung" notwendig. Die Reihenfolge der Aufnahme richtet sich nach Schwere und Dringlichkeit des Krankenfalles.

- (2) Auch bei ggf. unzureichender qualitativer bzw. quantitativer Leistungsfähigkeit des CTK wird wer wegen unmittelbarer Lebensgefahr oder Gefahr einer bedrohlichen Verschlimmerung seiner Krankheit der sofortigen Behandlung bedarf (Notfall), zunächst aufgenommen, bis die Übernahme in ein geeignetes Klinikum gesichert ist.
- (3) Eine Begleitperson wird aufgenommen, wenn der behandelnde Krankenhausarzt dieses für die Behandlung des Patienten als medizinisch notwendig erachtet und die Unterbringung möglich ist. Darüber hinaus kann auf Antrag, im Rahmen der Wahlleistungen, eine Begleitperson aufgenommen werden, wenn ausreichend Unterbringungsplatz zur Verfügung steht, der Betriebsablauf nicht behindert wird, und medizinische Gründe nicht entgegenstehen.
- (4) Bei medizinischer Notwendigkeit (z.B. Notfälle) können Patienten in ein anderes Krankenhaus verlegt werden. Die Verlegung ist - soweit möglich - zuvor mit dem Patienten zu besprechen.
- (5) Will der Patient ohne medizinische Notwendigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse in ein wohnortnahes Krankenhaus verlegt werden, ist bei Abrechnung einer Fallpauschale (DRG) die Einwilligung der gesetzlichen Krankenkasse notwendig (§ 60 SGB V). Willigt die gesetzliche Krankenkasse nicht ein, erfolgt die Verlegung nur auf ausdrücklichen Wunsch und eigene Kosten des Patienten. Das CTK informiert den Patienten hierüber.
- (6) Entlassen wird,
 - (a) wer nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes der Krankenhausbehandlung nicht mehr bedarf,
 - (b) wer die Entlassung ausdrücklich wünscht.
- (7) Besteht der Patient entgegen ärztlichem Rat auf seiner Entlassung oder verlässt er eigenmächtig das CTK, haftet das CTK für die entstehenden Folgen nicht.
- (8) Eine Begleitperson wird entlassen, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 nicht mehr gegeben sind.

§ 4 Wahlleistungen

- (1) Zwischen CTK und Patienten können im Rahmen der Möglichkeiten des CTK und nach näherer Maßgabe des Pflegekostentarifes – soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden – in Schriftform zu

- vereinbarende Wahlleistungen beantragt werden. Diese werden gesondert berechnet.
- (2) In Entbindungsfällen erstreckt sich die Inanspruchnahme von Wahlleistungen durch die Mutter nicht auf gesunde Neugeborene. Für gesunde Neugeborene bedarf es einer gesonderten Wahlleistungsvereinbarung.
 - (3) Das CTK kann Wahlleistungen sofort einstellen oder auch versagen, wenn dies für die Erfüllung der allgemeinen Krankenhausleistungen anderer Patienten erforderlich wird oder bei Patienten, die Kosten einer früheren Behandlung nicht/erheblich zu spät gezahlt haben. Im Übrigen kann die Vereinbarung vom Patienten an jedem Tag zum Ende des folgenden Werktages gekündigt werden; das Recht zur außerordentlichen fristlosen Kündigung bleibt unberührt. Die Höhe des Wahlleistungsentgeltes ergibt sich aus den jeweils für das CTK gültigen Tarifen, siehe auch Aushang.

§ 5 Vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a SGB V

- (1) Das CTK kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Patienten in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um
 - (a) durch *vorstationäre* Behandlung die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder diese vorzubereiten,
 - (b) durch *nachstationäre* Behandlung im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung deren Behandlungserfolg zu sichern und zu festigen.
- (2) Die vorstationäre Krankenhausbehandlung wird beendet,
 - (a) mit Aufnahme des Patienten zur vollstationären Behandlung, oder
 - (b) wenn sich ergibt, dass eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nicht oder erst außerhalb des vorstationären Zeitraumes notwendig ist, oder
 - (c) wenn der Patient die Behandlung ausdrücklich beendet oder sie abbricht.
 In (b), (c) endet der Behandlungsvertrag.
- (3) Die nachstationäre Krankenhausbehandlung wird beendet,
 - (a) wenn der Behandlungserfolg nach Entscheidung des Krankenhausarztes sicher oder gefestigt ist, oder
 - (b) wenn der Patient die Behandlung ausdrücklich beendet oder sie abbricht.
 In (a), (b) endet der Behandlungsvertrag.
- (4) Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des CTK während der vor- und nachstationären Behandlung ist nicht Gegenstand der Krankenhausleistungen.
- (5) Das CTK unterrichtet den einweisenden Arzt unverzüglich zu diesen Behandlungen.

§ 6 Entgelt

Das Entgelt für die Leistungen des CTK richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und dem Pflegekostentarif bzw. DRG-Entgelttarif in der jeweils gültigen Fassung. Er ist Bestandteil dieser AVB (Anlage 2 und Aushang). Soweit Krankenhausleistungen über diagnoseorientierte Fallpauschalen (DRG) abgerechnet werden, bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankenhausfalls, z.B. nach Hauptdiagnose, Nebendiagnose/n, Basisfallwert. Grundlage ist das bundesweit gültige DRG-System nebst Abrechnungsregeln.

§ 7 Entgeltabrechnung bei gesetzlich Krankenversicherten und bei Heilfürsorgeberechtigten, Zuzahlung

- (1) Soweit ein öffentlich-rechtlicher Kostenträger (z.B. Krankenkassen) nach Maßgabe der jeweils gültigen gesetzlichen Vorschriften zur Zahlung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet ist, rechnet das CTK seine Entgelte unmittelbar mit diesem ab. Auf Verlangen des CTK 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 notwendig sind.
- (2) **Übernimmt die gesetzliche Krankenkasse nicht vollständig die in Anspruch genommenen Leistungen (z.B. im Falle der Inanspruchnahme von Wahlleistungen), sind Kassenpatienten/Heilfürsorgeberechtigte als Selbstzahler zum Entrichten des Entgeltes für diese Leistungen verpflichtet.**
Das CTK weist Kassenpatienten/Heilfürsorgeberechtigte jeweils auf die mögliche Verpflichtung zur Selbstzahlung hin.
- (3) Gesetzlich Krankenversicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens max. 28 Tage eine Zuzahlung, die vom CTK an die Krankenkasse weitergeleitet wird. Nähere Einzelheiten ergeben sich aus Anlage 2, Pkt. V.

§ 8 Entgeltabrechnung bei Selbstzahlern

- (1) Selbstzahler sind zum Entrichten des Entgeltes für die Leistungen des CTK verpflichtet. Soweit Selbstzahler eine Kostenzusage einer privaten Krankenversicherung zugunsten des CTK vorlegen, kann direkt gegenüber der privaten Krankenversicherung abgerechnet werden (Schuldbeitritt nach BGB). Voraussetzung einer Direktabrechnung zwischen CTK und privater Krankenkasse ist, dass der Patient

schriftlich seine jederzeit frei widerrufliche Einwilligung erklärt, dass die Daten nach § 301 SGB V maschinenlesbar an die private Krankenkasse übermittelt werden.

- (2) Das CTK kann Zwischenrechnungen und nach Ende der Behandlung eine Schlussrechnung erstellen. Eine Nachberechnung von Leistungen, die in der Schlussrechnung nicht enthalten sind sowie die Berichtigung von Fehlern bleibt vorbehalten.
- (3) Der Rechnungsbetrag wird nach Rechnungszugang ohne Abzug fällig. Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen in Höhe des gesetzlichen Zinssatzes sowie Mahngebühren von je 3,00 Euro berechnet werden. Aufrechnungen mit bestrittenen bzw. nicht rechtskräftigen Forderungen sind ausgeschlossen.

§ 10 Voraus-, Abschlagszahlungen

- (1) Soweit das CTK keine DRG auf der Grundlage nach § 17 b KHG abrechnet, kann es für Krankenhausaufenthalte, die voraussichtlich länger als eine Woche dauern, angemessene Vorauszahlungen (im Regelfall € 1.500,-) verlangen. Soweit Kostenübernahmeerklärungen von Sozialleistungsträgern, sonstigen öffentl. - rechtlichen Kostenträgern oder privaten Krankenkassen vorliegen, können Vorauszahlungen nur von diesen verlangt werden (§ 14 Abs. 4 BpflV).
- (2) Soweit das CTK auf der Grundlage nach § 17 b KHG DRG abrechnet, kann es für Krankenhausaufenthalte angemessene Vorauszahlungen (im Regelfall € 1.500,-) verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird. Ab dem 8. Tag kann das CTK eine angemessene Abschlagszahlung verlangen. Die Höhe richtet sich nach den erbrachten Leistungen und der Höhe der voraussichtlich zu zahlenden Entgelte (§ 8 Abs. 7 KHEntgG).

§ 11 Beurlaubung

Da im Regelfall nicht mit der stationären Behandlung vereinbar, werden während der stationären Behandlung Patienten nur aus zwingenden Gründen und nur mit Zustimmung des Leitenden Abteilungsarztes beurlaubt.

§ 12 Klinische Sektion

Die klinische Sektion ist die letzte ärztliche Handlung im Interesse der Patienten und der Allgemeinheit. Sie richtet sich nach der Rspr. des BGH sowie dem Bestattungsgesetz Brandenburg (BestGBB). Im Übrigen gilt danach:

Klinische Sektion (innere Leichenschau) ist die ärztliche fachgerechte Öffnung einer Leiche, die Entnahme und Untersuchung von Organen und Geweben sowie die äußere Wiederherstellung des Leichnams. Sie ist Teil der Qualitätssicherung und dient u. a. der Überprüfung ärztlichen Handelns im Hinblick auf Diagnose, Therapie und Todesursache. Die klinische Sektion wird von dem behandelnden Arzt bei einer dafür ermächtigten Einrichtung für Pathologie unter Angabe des Grundes angemeldet. Er hat die Voraussetzungen nach § 10 BestGBB zu prüfen, gegebenenfalls erforderliche Einwilligungen einzuholen und zu dokumentieren. Die klinische Sektion kann auch auf Antrag des jeweils nächsten Angehörigen oder einer hierzu bevollmächtigten Person durchgeführt werden, sofern Persönlichkeitsrechte des Verstorbenen dabei nicht verletzt werden. Dem Antrag ist eine Begründung beizufügen. Die Entscheidung, ob eine klinische Sektion durchgeführt wird, trifft der leitende Arzt der ermächtigten Einrichtung oder ein von ihm beauftragter Arzt mit abgeschlossener Weiterbildung im Fach Pathologie oder Rechtsmedizin. Außer in den sonst durch Gesetz geregelten Fällen ist die klinische Sektion zulässig, wenn der Verstorbene oder seine jeweils nächsten Angehörigen gemäß schriftlich in die Sektion eingewilligt haben. Die klinische Sektion ist außerdem zulässig, wenn das BestGBB das zulässt und Ausschlussgründe (s.u.) dem nicht entgegenstehen. Die klinische Sektion ist nicht zulässig, wenn sie erkennbar dem Willen des Verstorbenen widerspricht oder der Verstorbene eine einmal dokumentierte Zustimmung zur Sektion gegenüber dem behandelnden Arzt zurückgenommen hat oder eine Einwilligung nicht vorliegt und ein Angehöriger nach dokumentierter Information über die beabsichtigte Sektion innerhalb von acht Tagesstunden widersprochen hat. Maßgeblich sind nur Tagesstunden zwischen 7 und 22 Uhr. Bei mehreren Angehörigen genügt es, wenn einer von ihnen beteiligt wird und eine Entscheidung trifft; es ist jedoch der Widerspruch eines jeden von ihnen beachtlich. Der klinischen Sektion hat die Leichenschau nach den Bestimmungen des BestGBB voranzugehen. Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod dürfen sich dabei nicht ergeben haben. Nächste Angehörige sind in der Rangfolge ihrer Aufzählung der Ehegatte, volljährige Kinder, die Eltern, volljährige Geschwister, volljährige Enkelkinder, Großeltern sowie der Partner, mit dem der Verstorbene in einer auf Dauer angelegten nicht ehelichen Lebensgemeinschaft gelebt hat. Die Kosten der klinischen Sektion sind, soweit dies nicht in anderen Gesetzen besonders geregelt ist, von demjenigen zu tragen, der die Vornahme veranlasst hat oder in dessen Interesse sie erfolgt.

§ 13 Aufzeichnungen und Daten/OSP

Krankengeschichten, z.B. Krankenblätter, Befunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen sind Eigentum des CTK.

Patienten haben keinen Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen. Das Recht des Patienten oder eines von ihm Beauftragten auf Einsicht in die Aufzeichnungen, gegebenenfalls auf Überlassung von Kopien gegen Kostenerstattung auf eigene Rechnung, und die Auskunftspflicht des behandelnden Krankenhausarztes bleiben unberührt.

Um die Dienste und Dienstleistungen (auch Telefon) patientenbezogen und sachgemäß sowie mit möglichst geringem Aufwand anbieten oder erbringen zu können, ist das CTK darauf angewiesen, Daten der Patienten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Hierauf wird ausdrücklich gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz hingewiesen. Laut § 301 SGB V hat das Krankenhaus den Kostenträgern personenbezogene Daten weiterzuleiten, z.B. Name und Diagnosen.

Zur Verbesserung der ärztlichen Betreuung und zur wissenschaftlichen Untersuchung der Krebsentstehung werden Personalien, ärztliche Informationen, Diagnosen, Befunde des weiteren Krankheitsverlaufes im Register des onkologischen Zentrums des Landes Brandenburg gespeichert, das dem gemeinsamen Krebsregister der neuen Bundesländer und Berlins dient. Dieses gilt im CTK nur für die Registeraufnahme des onkologischen Schwerpunktes Cottbus (OSP). Erfassung, Speicherung und Verwendung der Daten erfolgen unter Wahrung von Datenschutz, Sozialgeheimnis und ärztlichen Schweigepflicht.

§ 14 Hausordnung

Das CTK hat eine für die Benutzer und Besucher verbindliche Hausordnung erlassen, Anlage 1.

§ 15 Patientensachen/Haftungsbeschränkung

(1) In das CTK sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden. Der Patient soll nur die üblichen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände in seiner Obhut behalten. Geld und sonstige Wertsachen (z.B. Wertpapiere, sonstige Urkunden, Kostbarkeiten) können bei der Verwaltung des CTK in zumutbarer Weise unentgeltlich zur Verwahrung übergeben werden. Nach beliebigem Ermessen kann das CTK auch einen Dritten mit der Verwahrung beauftragen. Entstehen hierdurch Kosten, sind diese vom Patienten zu tragen. Das CTK kann hierauf eine angemessene Vorauszahlung fordern.

- (2) Bei handlungsunfähig eingelieferten Patienten werden Geld und Wertsachen in Gegenwart von Zeugen festgestellt und der Verwaltung übergeben.
- (3) Zurückgelassene Gegenstände gehen in das Eigentum des CTK über, wenn sie nicht innerhalb von 12 Wochen nach Aufforderung abgeholt werden. In der Aufforderung wird ausdrücklich darauf verwiesen, dass mit der Folge des Eigentumswechsels auf den Herausgabeanspruch verzichtet wird.
- (4) Absatz 3 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.
- (5) Für eingebrachte Sachen, die in der Obhut des Patienten bleiben, und für Fahrzeuge des Patienten, die auf dem Gelände des CTK oder einem vom CTK bereitgestellten Parkplatz abgestellt sind, haftet das CTK nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit; Gleiches gilt bei Verlust von Geld und Wertsachen, die nicht der Verwaltung zur Verwahrung übergeben worden sind.
- (6) Haftungsansprüche wegen Verlustes/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 Erlangen der Kenntnis von dem Verlust/der Beschädigung schriftlich geltend gemacht werden; die Frist beginnt frühestens mit dem Tage der Entlassung des Patienten.

§ 16 Auskünfte an Versicherte

Wir weisen darauf hin, dass sich gesetzlich Versicherte bis max. 2 Wochen nach Abschluss der Behandlung entscheiden müssen, ob sie über die erbrachten Leistungen und die dafür von der Krankenkasse zu zahlenden Entgelte laut Vertrag (§ 305 II SGB V) informiert werden wollen.

§ 17 Krankenhausinvestitionsprogramm

Im Rahmen des Krankenhausinvestitionsprogramms sind Patienten oder ihre Kostenträger verpflichtet, einen Investitionszuschlag für jeden Berechnungstag (nicht Entlassungstag) zu zahlen. Bei teilstationärer Behandlung wird der Zuschlag auch für den Entlassungstag berechnet. Nähere Einzelheiten: siehe Anlage 2, Punkt III., Nr. 7.)

Dezember 2008

H. Grünewald
Geschäftsführerin

Hausordnung für das

CARL-THIEM-KLINIKUM Cottbus gGmbH

Sie haben im Klinikum Aufnahme gefunden, um Heilung zu suchen und bald wieder zu gesunden. Diese für Sie besondere Situation erfordert von sämtlichen Patienten und allen Besuchern ein Höchstmaß gegenseitiger Rücksichtnahme. Mit dieser Hausordnung möchten wir nicht nur Sie, sondern auch Ihre Besucher auf die wesentlichen Regeln in unserem Klinikum hinweisen.

Allgemeines

Bitte beachten Sie die Anordnungen der Ärzte, des Pflegepersonals sowie der Verwaltung. Zu den ärztlichen Visiten, zur Ausführung von Verordnungen und zu den Mahlzeiten halten Sie sich bitte in Ihrem Zimmer auf. Außerhalb Ihres Zimmers tragen Sie bitte Oberbekleidung. Die Verpflegung richtet sich nach dem allgemeinen Speiseplan oder nach besonderer, individueller ärztlicher Verordnung, der Verzehr anderer Nahrungsmittel könnte Ihnen schaden und ist vom Sie behandelnden Arzt vorab zu genehmigen. Speisereste sind aus hygienischen Gründen zurückzugeben. Fensterbänke sind innen wie außen kein Lebensmitteldepot, Herunterfallendes kann Dritte gefährden. Von 22.00 Uhr bis 06.00 Uhr ist Nacht-, von 12.00 Uhr bis 14.00 Uhr ist Mittagsruhe. Während dieser Zeiten ist erhöhte Rücksichtnahme selbstverständlich. Doch auch außerhalb dieser Zeiten ist jeglicher unnötiger Lärm zu vermeiden.

Es ist nicht gestattet:

- sich mit Schuhen oder Oberbekleidung auf das Krankenbett zu legen oder dieses als Sitzgelegenheit zu benutzen;
- in den Räumen (auch Flure und Kellerbereiche) zu rauchen, es sei denn, es handelt sich dabei um ausgewiesene Raucherzimmer oder sonstiges offenes Feuer zu unterhalten (z.B. Kerzen);
- Abfälle in Toilettenbecken, Ausgüsse oder in Pflanzenkübel etc. zu werfen;
- Haustiere mitzubringen;
- Alkoholische Getränke oder sonstige berauschende Mittel zu sich zu nehmen;
- Mobiltelefone zu benutzen;
- Film-/ Tonbandaufnahmen ohne schriftliche Erlaubnis des Verwaltungsdirektors vorzunehmen;

- sich ohne schriftliche Erlaubnis des Verwaltungsdirektors wirtschaftlich zu betätigen, für politische oder weltanschauliche Ziele zu werben oder zu sammeln oder Plakate aufzuhängen bzw. anzukleben;
- um Geld oder Geldeswert zu spielen;
- Wirtschafts- oder Betriebsbereiche zu betreten oder sich dort ohne Grund aufzuhalten;
- Fundsachen zu behalten (diese sind dem Pflegepersonal zu übergeben)

Radio-, TV-, Tonband- bzw. CD-Geräte

Solche Geräte können Sie nur mit Zustimmung des Sie behandelnden Arztes sowie der anderen Patienten, mit denen Sie das Zimmer teilen, betreiben. Dabei ist Zimmerlautstärke zwingend einzuhalten. Das Klinikum wird für Verlust/Beschädigung der Geräte im gesetzlich Zulässigen keine Haftung übernehmen.

Besuchszeiten

Alle Kliniken täglich von 15.00 Uhr bis 19.00 Uhr mit Ausnahme der Besuchszeiten in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, hier: tägliche Regelung unter Beachtung altersspezifischer Ruhezeiten; die Mitteilung dazu erfolgt im Zuge der Aufnahme. Nach Absprache mit dem Stationsarzt, der -schwester bzw. dem -pfleger ist eine andere Regelung im Einzelfall möglich. Kinder unter 14 Jahren ist der Besuch im Klinikum ohne Begleitperson nicht erlaubt.

Verstöße

Bei wiederholten oder groben Verstößen gegen diese Hausordnung kann, soweit nicht unmittelbare Lebensgefahr besteht oder eine bedrohliche Verschlimmerung der Krankheit zu befürchten ist, der Patient auf Anordnung des Chefarztes oder seines Vertreters im Einvernehmen mit dem Verwaltungsdirektor aus dem Klinikum entlassen werden. Bei groben Verstößen gegen die Ordnung und Sicherheit kann dem Patienten wie dem Besucher in den Grenzen von Satz 1 ein Hausverbot erteilt werden.

Dezember 2008

H. Grünewald
Geschäftsführerin

Pflegekostentarif für das Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH im Anwendungsbereich der BPfIV und Unterrichtung des Patienten gemäß § 14 BPfIV

Das Carl-Thiem-Klinikum Cottbus berechnet ab dem 01.06.2009 unten genannte Entgelte. Bei ergänzenden Fragen stehen Ihnen unsere MitarbeiterInnen der Stationären Patientenaufnahme gerne zur Verfügung. Gleichzeitig können Sie in der Stationären Aufnahme auch in die aktuellen DRG Kataloge mit den dazugehörigen Kostengewichten und Abrechnungsregeln, Preisübersichten für vor- u. nachstationäre Behandlung, Qualitätssicherungszuschläge für Fallpauschalen (DRG's), sowie die jeweils gültigen GOÄ und GOZ einsehen.

Prüfen Sie bitte insbesondere als Selbstzahler bei Wahlleistungen, ob Sie ausreichend versichert bzw. entsprechend finanziell ausgestattet sind.

I. Allgemeines

1.) Das Carl-Thiem-Klinikum Cottbus berechnet

- a) einen Basispflegesatz gemäß §13 Abs. 3 und 4 BPfIV, siehe Pkt. II.
- b) Abteilungspflegesätze gemäß §13 Abs. 2 und 4 BPfIV, siehe Pkt. II.
- c) Entgelte nach Fallpauschalen (DRG) gemäß § 17 b KHG , siehe Pkt. III.
- d) Entgelte für die vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung, siehe Pkt. III. Nr. 6.
- e) Entgelte für Wahlleistungen gemäß § 22 BPfIV, siehe Pkt. IV. und bei Bedarf Vertragsformulare, AVB § 4, und Patienteninformation,
- f) Entgelte für sonstige Leistungen, siehe Pkt. IV.
- g) Zuzahlungen, siehe Pkt. V.

2.) Die tagesgleichen Pflegsätze nach Nr. 1 a) und b) sowie die Entgelte für die Wahlleistungen nach Nr. 1 e) „Unterkunft“ werden für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts berechnet (Berechnungstage), der Entlassungs- oder Verlegungstag jedoch nur bei teilstationärer Behandlung, vgl. § 14 Abs. 2 BPfIV.

Die Leistungen nach Nr. 1 f) sowie die nicht nach Tagen bemessenen Wahlleistungen nach Nr. 1 e) werden auch für den Verlegungs- oder Entlassungstag berechnet.

3.) Nimmt der Patient vom Carl-Thiem-Klinikum Cottbus angebotene Leistungen nicht / nicht voll in Anspruch, tritt eine Minderung der Entgelte nach Nr. 1 *nicht* ein.

II. Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

Das Carl-Thiem-Klinikum Cottbus berechnet die allgemeinen Krankenhausleistungen wie folgt:

1.) Basispflegesatz (§13 Abs. 3 und 4 BPfIV)

- a) vollstationärer Basispflegesatz € 79,02 je Berechnungstag (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie)
- b) teilstationärer Basispflegesatz € 25,94 je Berechnungstag (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie)

Der Basispflegesatz ist das Entgelt für nicht-medizinische Leistungen, davon entfallen:

- auf Unterkunft zu aa) ca. 80 v. H. zu bb) ca. 49 v. H.
- auf Verpflegung zu aa) ca. 20 v. H. zu bb) ca. 51 v. H.

2.) Abteilungspflegesätze (§13 Abs. 2 und 4 BPfIV)

- a) vollstationärer Abteilungspflegesatz
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie € 161,59
- b) teilstationärer Abteilungspflegesatz
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie € 64,09

III. Fallpauschalen (DRG's) nach § 17 b KHG Information nach § 8 KHEntgG

1.) Allgemein

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Carl-Thiem-Klinikums Cottbus richtet sich nach den Gesetzlichkeiten in der jeweils gültigen Fassung, z.B. KHG oder KHEntgG. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend (sofern nicht II. zutrifft) 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 (OP's, aufwendige therapeutische oder diagnostische Leistungen). Evtl. vorhandene Nebendiagnosen können zudem die Schweregradeinstufung beeinflussen. Für die Festlegung der Diagnosen bzw. Prozeduren stehen Kataloge mit ca. 12.400 Diagnosen (ICD-10-SGB V Version 2.0) und ca. 24.000 Prozeduren (OPS-301 Version 2.1) zu Verfügung. Neben den bisher genannten können auch weitere Faktoren wie z.B. das Alter oder die Entlassungsart Auswirkung auf die Zuweisung zu einer DRG haben. Die genauen Definitionen der einzelnen DRG's sind im jeweils aktuell gültigen DRG-Klassifikationshandbuch/DRG-Definitionshandbuch festgelegt. Das DRG-Definitionshandbuch beschreibt die DRG's einerseits alphanumerisch, andererseits mittels textlichen Definitionen. Ergänzend finden sich hier auch Tabellen von zugehörigen Diagnosen und Prozeduren.

Die jeweilige DRG ist mit einem Relativgewicht bewertet, welches im Rahmen der DRG-Systempflege jährlich variieren kann. Diesem Relativgewicht ist ein in EURO ausgedrückter Basisfallwert zugeordnet. Der derzeit gültige **Basisfallwert** liegt bei € 2.867,69 und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für Ihren Behandlungsfall.

Beispiel:

DRG	Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Preis
103 c	Hüftgelenkersatz ohne Begleiterkrankungen	4,0	€ 2.000,-	€ 8.000,-
103 b	Hüftgelenkersatz mit Begleiterkrankungen	4,9	€ 2.000,-	€ 9.800,-

Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen (Kostenvoranschlag). Hierfür kommt es darauf an, welche Diagnosen am Ende Ihres stationären Aufenthaltes gestellt und welche diagnostischen bzw. therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht wurden.

1.a) Fallpauschalen für die Versorgung in Belegabteilung

Im Rahmen der Geburtshilfe (MDC14) erfolgt die Versorgung über Beleghebammen. Folgende DRG's werden entsprechend der Bewertungsrelation Hauptabteilung u. Beleghebamme abgerechnet: O01A bis O65B (siehe FPV2009). Die Berechnung von Zuschlägen entsprechend Pkt. 7 und Punkt V. bleiben unberührt.

2.) Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der DRG gemäß § 1 und § 2 KFPV

Der nach 1. ermittelte Preis setzt voraus, dass DRG-spezifische Grenzen für die Verweildauer im Carl-Thiem-Klinikum Cottbus nicht über- oder unterschritten werden. Bei Über- oder Unterschreitung dieser Verweildauern werden gesetzlich vorgegebene Zu- oder Abschläge fällig. Die näheren Einzelheiten und das Berechnungsverfahren hierzu regelt die Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV 2009)

3.) Zusatzentgelte nach auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalogen gem. § 7 Nr. 2 KHEntgG (in Verbindung mit § 5 FPV 2009)

Gemäß §17 b Abs. 1 Satz 12 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren sowie die Höhe der Entgelte.

Die aktuell existierenden Zusatzentgelte können auf Anfrage in der Stationären Aufnahme eingesehen werden (FPV 2009, Anlage 2 in Verbindung mit Anlage 5)

4.) Entgelte für Leistungen, die noch nicht von den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden gemäß § 7 Nr. 5 KHEntgG (in Verbindung mit § 5 Abs. 2 FPV 2009/ individuelle DRG)

Für die Vergütung von Leistungen, die nach den Feststellungen der für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und bundeseinheitlich festgelegten Zusatzentgelten erfasst werden, hat das Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fallbezogene Entgelte bzw. tagesbezogenen Entgelte vereinbart :

- **Tagesklinik Rheumatologie je Behandlungstag** mit € **125,87**
- **Tagesklinik Geriatrie je Behandlungstag**(momentan noch nicht belegt) mit € **95,00**

- **weitere Entgelte (DRG) wurden mit den Kostenträgern vereinbart (FPV 2009, Anlage 3a und 3b) und gelten bis auf weiteres:**

- **B61Z** (akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks) mit € **493,35 je Tag**
- **E76A** (Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage) mit € **292,25 je Tag**
- **K04Z** (große Eingriffe bei Adipositas) mit € **598,25 je Tag**
- **I97Z** (Rheumatolog. Komplexbehandlung b. Krankheiten u. Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) mit € **286,50 je Tag**
- **U42Z** (Multimodale Schmerztherapie b. psychischen Krankheiten / Störungen) mit € **218,36 je Tag**
- **Y01Z** (operative Eingriffe / Beatmung bei Verbrennungen) mit € **864,90 je Tag**
- **A90A** (Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung) mit € **167,00 je Tag**
- **A90B** (Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung) mit € **142,00 je Tag**

5.) Entgelte für neue Untersuchung- und Behandlungsmethoden (NUB) gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG (in Verbindung mit § 7 Satz 1 Nr. 6 KHEntgG)

Für die Vergütung von neuen Untersuchung- und Behandlungsmethoden gemäß § 7 Nr. 6 KHEntgG, die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und bundeseinheitlich festgelegten Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können und die nicht gemäß § 137 c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, hat das Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gemäß § 6 Absatz 2 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende zeitlich befristete fallbezogenen Entgelte vereinbart:

- | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|-------------|
| - ZE-NUB1 / Trebectedin | € 600,71 | - ZE-NUB2 / Neralabin | € 393,90 |
| - ZE-NUB3 / Palifermin | € 952,00 | - ZE-NUB5 / Panitumumab | € 535,50 |
| - ZE-NUB6 / MRD-b. Erstbeh. | € 1.900,00 | - ZE-NUB7 / MRD-b. Folgebeh. | € 300,00 |
| - ZE-NUB8 / Tysabri | € 1.942,00 | - ZE-NUB9 / Gliadel Implantat | € 12.477,15 |
| - ZE-NUB10/ Lenalidomid | € 333,20 | - ZE-NUB11/ Hexvix | € 490,88 |
| - ZE-NUB12 / Clorarabin | € 1.993,25 | - ZE-NUB13 / Anidulafungin | € 351,05 |

6.) Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlung gemäß § 115 a SGB V

Das Carl-Thiem-Klinikum Cottbus berechnet wie folgt:

- a) vorstationäre Leistungen
- b) nachstationäre Leistungen

Die Preise entnehmen Sie bitte der entsprechenden Übersicht.

Gemäß § 8 Absatz 2 Nr. 4 KHEntgG ist eine vorstationäre Behandlung neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Eine nachstationäre Behandlung kann zusätzlich zu einer Fallpauschale (DRG) berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und nachstationären Behandlungstagen die obere Grenzverweildauer der DRG übersteigt.

7.) Zuschläge und Abschläge

Gemäß unterschiedlicher gesetzlicher Regelungen berechnet das Carl-Thiem-Klinikum Cottbus folgende Zuschläge:

- | | | |
|-----|--|-------------------|
| a.) | Investitionskostenzuschlag je Berechnungstag
entspr. Gesundheitsstrukturgesetz für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes bei Fallpauschalen (DRG) für die entspr. Belegungstage. Bei teilstationärer Behandlung wird der Zuschlag auch für den Entlassungstag berechnet.
Dieser Zuschlag wird an das Land Brandenburg weitergeleitet. | € 5,62 |
| b.) | DRG-Systemzuschlag je teilstationärer und vollstationärer Fall
gem. § 17b Abs. 5 KHG; Zuschlag wird an die InEk GmbH abgeführt | € 0,90 |
| c.) | Systemzuschlag je Fall
Zuschlag zur Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V i.V. mit § 139c Abs. 1 SGB V | € 1,03 |
| d.) | Qualitätssicherungszuschlag je stationärer Fall
gem. § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG i.V.m. § 137 SGB V | € 1,38 |
| e.) | Zuschlag f. Ausbildungskosten und Mehrkosten der Ausbildungsvergütung je teil- u. vollstationärer Fall
gem. § 17b Abs. 1 i. V. m. § 17a KHG; | € 80,29 |
| f.) | Zuschlag für Mehrkosten Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen gem. § 4 Abs. 8 KHEntgG je teil- und vollstationärer Fall vom Rechnungsbetrag | 1,15 v. H. |
| g.) | Zuschlag wegen Konvergenzverlängerung gem. § 5 Abs. 6 KHEntgG (10,33 € x eff. BWR der DRG) | € 10,33 |
| h.) | Zuschlag Sonderprogramm Pflege lt. § 4 Abs. 10 KHEntgG (für Verbesserung der Situation des Pflegepersonal) auf DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte (lt. § 7 Abs.1 Satz 1Nr. 1 u. 2) | 0,48 v. H. |
| i.) | Zuschlag für die Mitaufnahme einer Begleitperson aus medizinischen Gründen je Belegungstag der Unterbringung; außer Verlegungs- u. Entlassungstag | € 45,00 |
| j.) | Abschlag nach § 8 Abs. 9 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vom Rechnungsbetrag (entfällt ab 01.01.2009) | |

IV. Entgelte für Wahlleistungen (siehe auch AVB)

Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntgG).

Wahlärztliche Leistungen:

Das Entgelt richtet sich nach der Gebührenordnungen GOÄ/GOZ in der jeweils gültigen Fassung. Einsichtnahme ist unter anderem möglich in der Stationären Patientenaufnahme.

Wahlleistung der Unterkunft/Berechnungstag

- Unterbringung im Einbettzimmer: **56,22 €**
- Unterbringung im Zweibettzimmer: **21,08 €**

Begleitperson ohne medizinische Indikation/Berechnungstag

- bei Säugling/Kind (bis 16 Jahre): **23,00 €**
- bei Patienten ab 16 Jahren: **41,00 €**

Wahlleistung Telefon

- Kaution für eine Telefonchipkarte: **4,50 €**
- Gebühr/Gesprächseinheit der Dt. Telekom: **0,10 €**
- Bereitstellungsgebühr Telefonchipkarte je angefangener Kalendertag: **1,50 €**
- Kopfhörer **2,00 €**

(alle Preise verstehen sich incl. etwaig anfallender Mehrwertsteuer)

Information zum Patienten-TV:

Voraussetzung für das Fernsehen im Carl-Thiem-Klinikum Cottbus ist, dass Sie bei entsprechender Ausstattung der Patientenzimmer mit Patienten-TV aus technischen Gründen eine Telefonchipkarte erwerben und sich im System anmelden. Weiterhin benötigen Sie noch Kopfhörer. Verfügen Sie nicht über letztere, haben Sie die Möglichkeit, Kopfhörer zum Preis von 2,00 € in der Stationären Aufnahme käuflich zu erwerben.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den AVB und den Formularen zu den Wahlleistungsvereinbarungen selber.

V. Zuzahlungen

1.) Artikel 1 des Gesundheitsstrukturgesetzes § 39 Abs. 4 SGB V regelt die Zahlung der **Eigenbeteiligung**. Jeder Patient, der einer gesetzlichen Krankenversicherung angehört, ist damit verpflichtet, vom Beginn der vollstationären Krankenhauspflege an, eine Eigenbeteiligung in Höhe von **10,00 € je Kalendertag** -innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage- an das Klinikum zu zahlen.

Jeder Zuzahlungspflichtige bezahlt **vor seiner Entlassung unbar / mittels EC-Karte** in der Stationären Aufnahme des Carl-Thiem-Klinikums, Neubau seinen fälligen Eigenbeteiligungsbetrag.

Das Klinikum hat die Pflicht, diesen Zuzahlungsbetrag als Krankenhausfinanzierungsbeitrag für die Krankenkasse zu vereinnahmen.

Mai 2009

H. Grünewald
Geschäftsführerin