Allgemeine Vertragsbedingungen
(AVB)
für die KLINIKUM DARMSTADT GmbH

I. Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB) für stationäre Behandlung

II. AVB über ambulante Operationsleistungen und stationsersetzende Eingriffe

(Klinikbereiche Grafenstraße 9
und Martinspfad 72)

Inhaltsverzeichnis: Seite:

I. Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB) für stationäre Behandlung

§ 1 Geltungsbereich 2
§ 2 Rechtsverhältnis 2
§ 3 Umfang der Krankenhausleistungen 2
§ 4 Aufnahme, Verlegung, Entlassung 3
§ 5 Vor- und nachstationäre Behandlung 4
§ 6 Entgelt 5
§ 7 Abrechnung des Entgelts bei gesetzlich Krankenversicherten und Heilfürsorgeberechtigten 5
§ 8 Abrechnung des Entgelts bei Selbstzahlern 6
§ 9 Abrechnung des Entgelts bei gesondert vereinbarten Wahlleistungen (Wahlarzt / Unterkunft) 7
§ 10 Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen 8
§ 11 Beurlaubung 8
§ 12 Ärztliche Eingriffe 9
§ 13 Obduktion 9
§ 14 Koordinierendes Krankenhaus im hessischen Onkologiekonzept 10
§ 15 Aufzeichnung und Daten 11
§ 16 Hausordnung 11
§ 17 Eingebrachte Sachen 11
§ 18 Haftungsbeschränkung 12
§ 19 Zahlungsort 12
§ 20 Inkrafttreten 13
Unterschrift 13

II. AVB über ambulante Operationsleistungen und stationsersetzende Eingriffe 14 - 18

§ 1
Geltungsbereich

Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen der Klinikum Darmstadt GmbH - mit ihren Einrichtungen in der Grafenstraße 9 und am Martinspfad 72 - und den Patienten bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen. Dies gilt auch für Leistungen nach §115f SGB V.

§ 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 die Patienten

- ausdrücklich oder, wenn ein ausdrücklicher Hinweis nur unter unverhältnismäßigen Schwierigkeiten möglich ist, durch deutlich sichtbaren Aushang am Ort des Vertragsabschlusses darauf hingewiesen wurden,
- von ihrem Inhalt in zumutbarer Weise, die auch eine erkennbare körperliche Behinderung 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,
d) die besonderen Leistungen von Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von krebskranken Patienten,

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 Leistungen von Belegärzten und der der Beleghebammen,
b) 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 der Klinikum Darmstadt GmbH 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 seiner 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 *(Anlagen)*.

§ 7
Abrechnung des Entgelts bei gesetzlich Krankenversicherten und Heilfürsorgeberechtigten

(1) Soweit ein öffentlich-rechtlicher Kostenträger (z.B. Krankenkasse) 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 als Selbstzahler zur Vergütung der in Anspruch genommenen Leistungen verpflichtet.

(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 gestellt. 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 maschinenlesbar 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 in Höhe von 5,-- Euro 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
Abrechnung des Entgelts bei gesondert vereinbarten Wahlleistungen (Wahlarzt / Unterkunft)

(1) Zwischen dem Krankenhaus und der Patientin/dem Patienten und/oder Zahlungspflichtigen können im Rahmen der Möglichkeiten des Krankenhauses und nach näherer Maßgabe des Pflegekostentarifes - soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden - die folgenden Wahlleistungen vereinbart und gesondert berechnet werden:

a) die ärztlichen Leistungen aller an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind, einschließlich der von diesen veranlassten Leistungen von Ärztinnen und Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden.
b) die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer,
c) die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson, soweit sich deren Aufnahme nicht nach § 4 Abs. 3 Satz 1 bestimmt,
d) die Gestellung einer Sonderwache.

(2) In Entbindungsfällen erstreckt sich die Inanspruchnahme von Wahlleistungen durch die Mutter nicht auf das gesunde Neugeborene. Für das gesunde Neugeborene bedarf es einer gesonderten Wahlleistungsvereinbarung.

(3) Gesondert berechenbare ärztliche Leistungen i. S. des Abs. 1 Buchst. a), auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, erbringt die leitende Ärztin/der leitende Arzt der Fachabteilung oder des Institutes des Krankenhauses persönlich oder unter ihrer/seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung tätige/tätiger nachgeordnete Ärztinnen/nachgeordnete Ärzte der Fachabteilung/des Institutes (§ 4 Abs. 2 GOÄ). Im Falle der unvorhergesehenen Verhinderung übernimmt die Aufgabe der leitenden Ärztin/des leitenden Arztes der ständige ärztliche Vertreter derselben/desselben.

(4) Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren.

(5) Das Krankenhaus kann Wahlleistungen sofort einstellen, wenn dies für die Erfüllung der

allgemeinen Krankenhausleistungen für andere Patientinnen und Patienten erforderlich wird; im Übrigen kann die Vereinbarung von Patientinnen und Patienten an jedem Tag zum Ende des folgenden Tages schriftlich gekündigt werden; aus wichtigem Grund kann die Vereinbarung von beiden Teilen ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.

Ein wichtiger Grund zur Kündigung durch das Krankenhaus liegt insbesondere dann vor, wenn die Patientin / der Patient gegen ärztliche oder pflegerische Anordnungen oder die Hausordnung verstößt. Gleiches gilt, wenn Zwischenrechnungen oder Vorauszahlungen gem. § 9 nicht fristgerecht gezahlt werden.

(6) In den Belegabteilungen sind von der Patientin/dem Patienten gewünschte Vereinbarungen über die ärztlichen Leistungen der Belegärztinnen und Belegärzte, der Konsiliarärztinnen und Konsiliarärzte oder der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen - auch wenn bereits Wahlleistungen mit dem Krankenhaus vereinbart wurden - nicht mit dem Krankenhaus, sondern unmittelbar mit der Belegärztin/dem Belegarzt oder der Konsiliarärztin/dem Konsiliararzt oder der fremden Einrichtung zu treffen.

§ 10
Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen

(1) Soweit das Krankenhaus auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach § 17b oder PEPP-Entgelten nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) abrechnet, kann es für Krankenhausaufenthalte eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird (§ 8 Abs. 4 Bundespflegesatzverordnung – BPflV oder § 8 Abs. 7 Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG).

(2) 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. 4 BPflV oder § 8 Abs. 7 KHEntgG).

§ 11
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.

§ 12
Ärztliche Eingriffe

(1) Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit des Patienten werden nur nach seiner Einwilligung auf Grund von Aufklärung über die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs vorgenommen.

(2) Ist der Patient nicht in der Lage, die Einwilligung zu erklären, wird der Eingriff ohne Einwilligung vorgenommen, wenn dieser nach der Überzeugung des zuständigen Krankenhausarztes zur Abwendung einer drohenden Lebensgefahr oder wegen einer unmittelbar drohenden schwerwiegenden Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes 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 § 323c StGB unbeachtlich ist.

§ 13
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) § 13 findet insgesamt keine Anwendung auf die Spende und Entnahme von Organen zum Zwecke der Übertragung auf andere Menschen. Hierfür sind ausschließlich die Regelungen des Transplantationsgesetzes maßgeblich.

§ 14
Koordinierendes Krankenhaus im hessischen Onkologiekonzept

(1) Die Klinikum Darmstadt GmbH ist koordinierendes Krankenhaus im hessischen Onkologiekonzept.

(2) Bei Patienten mit Tumorerkrankungen werden die Behandlungsdaten (Angaben zur Person (Identitätsdaten), Angaben zur Erstdiagnose der Erkrankung (Diagnosedaten), zur durchgeführten Therapie (Therapiedaten), zu Verlauf, Rezidiven und Nachsorge (Verlaufsdaten) sowie zum Abschluss der Behandlung, nach Maßgabe der Bestimmungen des Hessischen Krebsregistergesetzes mit dem Ziel der Qualitätssicherung der Behandlung in der zentralen Tumordokumentation des Onkologischen Zentrums der Klinikum Darmstadt GmbH gespeichert und von dort an das hessische Krebsregister gemeldet. Die Patientin/der Patient wird von der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt zum frühestmöglichen Zeitpunkt über die Meldung an das Krebsregister unterrichtet. Der Patient hat das Recht, der Meldung – auch rückwirkend – zu widersprechen und hierdurch entweder die Löschung einer bereits erfolgten Meldung zu erreichen oder von Anfang an das Unterlassen der Meldung. Erfolgte Eintragungen können auf Wunsch der Patientin/des Patienten jederzeit aus dem Krebsregister wieder gelöscht werden.

(3) Neben der in Abs. 2 geregelten Weitergabe der Behandlungsdaten an das Hessische Krebsregister werden die Behandlungsdaten vom Onkologischen Zentrum der Klinikum Darmstadt GmbH unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen in § 12 des Hessischen Krankenhausgesetzes außerdem den dem Hessischen Onkologiekonzept angehörenden Leistungserbringern und Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen zur Verfügung gestellt. Ziel der Meldung an das Hessische Onkologiekonzept ist die bestmögliche, interdisziplinäre Therapie und Nachsorge von Tumorerkrankungen.

(4) Die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Nutzung und Weitergabe der Daten i. S. d. Abs. 2 und 3 erfolgen nach § 12 Absatz 2 Ziffern 2 und 7 des hessischen Krankenhausgesetzes, wenn und soweit die Patientin / der Patient nach erfolgtem Hinweis auf die beabsichtigte Übermittlung nichts anderes bestimmt hat.

§ 15
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, ggf. auf Überlassung von Kopien – auch in Form von elektronischen Abschriften - 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.

§ 16
Hausordnung

Der Patient hat die vom Krankenhaus erlassene Hausordnung (siehe Anlage) zu beachten.

§ 17
Eingebrachte Sachen

(1) In das Krankenhaus sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden.

(2) Geld und Wertsachen werden in der Verwaltung oder in eingeschränktem Umfang auf der Station 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 hingewiesen, 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.

§ 18
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 angezeigt werden; die Frist beginnt frühestens mit der Entlassung des Patienten.

§ 19
Zahlungsort

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

§ 20
Inkrafttreten

Diese AVB treten am 01.04.2024 in Kraft.
Gleichzeitig werden die AVB vom 01.05.2021 aufgehoben.

<u>Anlagen:</u>
- DRG- Entgelttarif *in der jeweils gültigen Fassung*
- PEPP- Entgelttarif *in der jeweils gültigen Fassung*
- Hausordnung *in der jeweils gültigen Fassung*

Darmstadt, den 01.04.2024

Clemens Maurer	Dr. med. Jörg Noetzel	Michele Tarquinio Espadas
Geschäftsführer	Geschäftsführer	Geschäftsführer

Allgemeine Vertragsbedingungen
(AVB)
für die KLINIKUM DARMSTADT GmbH

I. Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB) für stationäre Behandlung

II. AVB über ambulante Operationsleistungen und stationsersetzende Eingriffe

(Klinikbereiche Grafenstraße 9)

Inhaltsverzeichnis: Seite:

I. Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB) für stationäre Behandlung: 1-13

II. AVB über ambulante Operationsleistungen und stationsersetzende Eingriffe:

§ 1 Geltungsbereich 15
§ 2 Rechtsverhältnis 15
§ 3 Umfang der Leistungen bei ambulanten Operationen 15
§ 4 Entgelte 15
§ 5 Abrechnung des Entgeltes bei Selbstzahlern 16
§ 6 Aufklärung und Mitwirkungspflicht des Patienten 16
§ 7 Aufzeichnung und Daten 17
§ 8 Hausordnung 17
§ 9 Eingebrachte Sachen 17
§ 10 Haftungsbeschränkung 18
§ 11 Zahlungsort 18
§ 12 Inkrafttreten 18

§ 1
Geltungsbereich

Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen der Klinikum Darmstadt GmbH in der Grafenstraße 9 und Patienten bei ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffen.

§ 2
Rechtsverhältnis

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

(2) Die AVB werden wirksam, wenn die Patienten

- ausdrücklich oder, wenn ein ausdrücklicher Hinweis nur unter unverhältnismäßigen Schwierigkeiten möglich ist - durch deutlich sichtbaren Aushang am Ort des Vertragsabschlusses darauf hingewiesen wurden,
- von ihrem Inhalt in zumutbarer Weise, die auch eine erkennbare körperliche Behinderung angemessen berücksichtigt, Kenntnis erlangen konnten
- und sich mit ihrer Geltung einverstanden erklärt haben.

§ 3
Umfang der Leistungen bei ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffen

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

(2) Die Verpflichtung des Krankenhauses beginnt nach Maßgabe des § 115b SGB V mit der Vereinbarung des Behandlungsvertrages und endet mit Abschluss der Nachsorge durch das Krankenhaus. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses wird durch den vertragsärztlichen Bereich erbracht und ist nicht Gegenstand der Krankenhausleistungen.

§ 4
Entgelte

(1) Bei der Behandlung von Patienten, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, werden die erbrachten Leistungen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) gegenüber der Krankenkasse berechnet. Diese Abrechnungsgrundlage gilt auch bei Patienten, bei denen andere Sozialleistungsträger für die Kosten der Behandlung aufkommen.

(2) Bei selbstzahlenden Patienten rechnet das Krankenhaus die erbrachten Leistungen nach GOÄ ab.

(3) Die Abs. 1 und 2 gelten nicht, wenn der Patient an demselben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit der ambulanten Operation/stationsersetzenden Leistung stationär aufgenommen wird. In diesem Fall erfolgt die Vergütung nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegesatzverordnung.

§ 5
Abrechnung des Entgelts bei Selbstzahlern

(1) Nach Beendigung der Behandlung wird eine Rechnung erstellt.

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

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

(4) Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz pro Jahr (§ 288 BGB) berechnet werden; darüber hinaus können Mahngebühren in Höhe von 5,-- Euro berechnet werden, es sei denn, der Patient weist nach, dass kein oder ein wesentlich geringerer Schaden entstanden ist.

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

(6) Legen Selbstzahler eine Kostenzusage einer privaten Krankenversicherung zugunsten des Krankenhauses vor oder macht der Patient von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch, werden Rechnungen unmittelbar gegenüber der privaten Krankenversicherung erteilt. Voraussetzung für eine solche Direktabrechnung ist, dass der Versicherte schriftlich seine jederzeit widerrufbare Einwilligung in eine entsprechende Übermittlung der Abrechnungsdaten erklärt.

§ 6
Aufklärung und Mitwirkungspflicht des Patienten

Ambulante Operationen und stationsersetzende Leistungen werden nur nach Aufklärung des Patienten über die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und nach seiner Einwilligung vorgenommen. Der Patient hat die erforderlichen Angaben zu machen, die der Krankenhausarzt zur Beurteilung der Durchführbarkeit der geplanten ambulanten Operation benötigt.

§ 7
Aufzeichnung und Daten

(1) Krankengeschichten, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen, sind Eigentum des Krankenhauses.

(2) Patienten haben in der Regel keinen Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen. Abweichende gesetzliche Regelungen bleiben hiervon unberührt.

(3) Das Recht des Patienten oder eines von ihm Beauftragten auf Einsicht in die Aufzeichnungen, ggf. auf Überlassung von Kopien 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.

§ 8
Hausordnung

Der Patient hat die vom Krankenhaus erlassene Hausordnung (siehe Anlage) zu beachten.

§ 9
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) Zurückgelassene Sachen gehen in das Eigentum des Krankenhauses über, wenn sie nicht innerhalb von 12 Wochen nach Aufforderung abgeholt werden.

(4) Im Falle des Absatzes 3 wird in der Aufforderung ausdrücklich darauf hingewiesen, dass auf den Herausgabeanspruch verzichtet wird mit der Folge, dass die zurückgelassenen Sachen nach Ablauf der Frist in das Eigentum des Krankenhauses übergehen.

§ 10
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 Verlust 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 angezeigt werden; die Frist beginnt frühestens mit der Entlassung des Patienten.

§ 11
Zahlungsort

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

§ 12
Inkrafttreten

Diese AVB treten am 01.04.2024 in Kraft.
Gleichzeitig werden die AVB vom 01.05.2021 aufgehoben.

Anlage:
- Hausordnung *in der jeweils gültigen Fassung*

Darmstadt, den 01.04.2024

Clemens Maurer	Dr. med. Jörg Noetzel	Michele Tarquinio Espadas
Geschäftsführer	Geschäftsführer	Geschäftsführer

Hausordnung für die Klinikum Darmstadt GmbH

§ 1 Geltungs- und Durchführungsbereich

(1) Die Hausordnung gilt für den gesamten Bereich der Klinikum Darmstadt GmbH (Bereich Grafenstraße und Marienhospital).

(2) Die Vorschriften der Hausordnung gelten für alle Personen, die sich auf dem Klinikgelände aufhalten.

§ 2 Fahrverkehr und Parken

(1) Für den Fahrverkehr im Bereich des Klinikums gelten die verkehrsrechtlichen Vorschriften der StVO. Im gesamten Bereich gilt eine Geschwindigkeitsbegrenzung von 10 km/h.

(2) Die Fahrzeuge dürfen nur auf den entsprechend gekennzeichneten Flächen abgestellt werden. Verkehrsbehindernde oder unbefugt parkende Fahrzeuge werden kostenpflichtig abgeschleppt. Die Geltendmachung weiterer Ansprüche bleibt im Einzelfall vorbehalten.

(3) Das Parken auf Freiflächen, insbesondere denen, die als Bereiche für Rettungsfahrzeuge ausgewiesen sind, ist verboten.

(4) Für abgestellte Fahrzeuge wird keine Haftung übernommen.

(5) Den Besuchenden und Patient*innen stehen kostenpflichtige Parkplätze in den Parkhäusern in der Bleichstraße und in der Grafenstraße (Fachärztezentrum) zur Verfügung.

(6) Für Fahrräder sind ausschließlich die jeweils ausgewiesenen Abstellflächen zu nutzen. Das Abstellen von Motorrädern auf dem Gelände ist nicht erlaubt.

§ 3 Verhalten

(1) Im Interesse der Patient*innen ist auf dem gesamten Klinikgelände Lärm zu vermeiden.

(2) Patient*innen, Besuchende sowie Begleitpersonen haben den Anordnungen des ärztlichen Personals, des Pflegepersonals, der Verwaltung sowie des Sicherheitsdienstes Folge zu leisten.

(3) Das Mitbringen, Ausführen und Füttern von Tieren, z.B. von Hunden, Katzen oder Tauben ist im gesamten Klinikgelände untersagt. Ausnahmen sind Assistenzhunde (Epilepsiewarnhunde, Blindenhunde etc.).

(4) Im gesamten Klinikum, sowohl in den Gebäuden, als auch im Außenbereich ist das Rauchen — auch von E-Zigaretten — verboten. Ausnahmen gelten einzig in den dafür vorgesehenen gekennzeichneten Außenbereichen.

(5) Der Umgang mit offenem Licht und Feuer ist auf dem gesamten Klinikgelände verboten.

(6) Patient*innen, Besuchende sowie Beschäftigte des Klinikums dürfen ihre Mobiltelefone in den öffentlich zugänglichen Bereichen benutzen. Besucher*innen haben Telefonate auf dringende Angelegenheiten zu beschränken. In sensiblen Klinikbereichen, Intensivstationen und Operationssälen, dürfen diese nicht betrieben werden. Ausnahmen bestehen für Mitarbeitende in dienstlichen Angelegenheiten.

(7) Patient*innen und Besuchende dürfen sich nur in den für sie bestimmten Räumlichkeiten aufhalten. Das Betreten von Funktions-, Personal-, Betriebs- und Wirtschaftsräumen ist nicht erlaubt.

(8) Im Bereich des Klinikums ist es ausdrücklich nicht gestattet, sich wirtschaftlich/kommerziell zu betätigen oder Geldspenden zu sammeln. Das Anbieten von Waren und Leistungen, das Verteilen und Auslegen von Werbematerialien aller Art sowie das Aufhängen von Plakaten oder sonstigen Aushängen ist nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Geschäftsführung gestattet.

(9) Gleiches gilt für Film-, Funk- und Fotoaufnahmen, die zur Veröffentlichung bestimmt sind. Eine Genehmigung muss bei der Abteilung Unternehmenskommunikation und Marketing des Klinikums beantragt werden.

(10) Es ist untersagt, auf dem gesamten Gelände des Klinikums, sowohl im Innen- als auch im Außenbereich, Aufnahmen und Aufzeichnungen anzufertigen. Dies gilt insbesondere gegenüber Personen ohne deren vorherige Zustimmung.

(11) Das vorübergehende Verlassen des Klinikums ist den Patient*innen nur im Einvernehmen mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt gestattet. Das Verlassen des Klinikums erfolgt auf eigene Gefahr und Haftung.

(12) Der Genuss alkoholischer Getränke sowie das Konsumieren von Drogen ist im gesamten Klinikum verboten.

(13) Personen, die sich wider den üblichen Anstandsregeln verhalten, die unter Alkohol- oder sonstigem Drogeneinfluss stehen, kann der Zutritt verwehrt werden.

§ 4 Besuchszeiten/Ruhezeiten, Begleitpersonen

(1) Jede*r Patient*in kann von max. 2 Personen zugleich besucht werden.

Besuchszeiten sind ausschließlich: Montag bis Sonntag von 11 bis 20 Uhr. Einschränkungen können sich durch notwendige Versorgungsmaßnahmen ergeben.

Kinder unter 14 Jahren zählen nicht als eigene Person und können mitgebracht werden.

Jede*r Patient*in kann bei Aufnahme, im Notfall oder zu Untersuchungen von 1 Person begleitet werden.

Alle Angehörige/Besucher*innen und Begleitpersonen müssen permanent eine FFP-2-Maske tragen.

(2) In der Mittagszeit von 13.00 Uhr bis 14.00 Uhr ist besondere Rücksicht zu nehmen.

(3) Im Interesse der Patientinnen und Patienten sowie im öffentlichen oder betrieblichen Interesse können Besuche untersagt bzw. eingeschränkt werden. Dies gilt insbesondere, wenn gesetzliche Vorgaben etwa im Rahmen einer Pandemie dies erfordern.

(4) Die o.g. Besuchszeiten gelten nicht für die Intensivstationen. Besuche in diesen Bereichen bedürfen der vorherigen Genehmigung der zuständigen Ärztin oder des zuständigen Arztes oder des Stationspflegedienstes.

(5) Die Zahl der anwesenden Besucherinnen und Besucher im Patientenzimmer kann beschränkt werden.

(6) Besucher*innen, die an übertragbaren Krankheiten leiden (Masern, Windpocken etc.) oder die in einem Umfeld mit solchen Krankheiten leben, dürfen das Klinikum nicht betreten. Zuwiderhandlungen können Schadensersatzansprüche nach sich ziehen. Weitere Besuchseinschränkungen können im öffentlichen oder betrieblichen Interesse jederzeit gesondert verfügt werden.

(7) Auf Stationen, in denen kranke Kinder, Säuglinge oder immungeschwächte Patient*innen untergebracht sind, können Besuche durch Kinder unter 8 Jahren wegen der Möglichkeit der Einschleppung ansteckender Kinderkrankheiten nur mit Rücksprache des ärztlichen Personals erlaubt werden.

(8) Topfpflanzen sind in den Patientenzimmern aus hygienischen Gründen nicht erlaubt.

§ 5 Klinikeinrichtung

(1) Den Patient*innen ist das Umstellen oder Auswechseln von Einrichtungsgegenständen und die selbständige Bedienung von Behandlungsgeräten nicht erlaubt.

(2) Der Anschluss privater elektrischer Geräte (insbesondere Klimageräte und Ventilatoren) ist nicht erlaubt. Ausnahmen bestehen für Ladegeräte von mobilen Endgeräten (z.B. Mobiltelefone, Laptops etc.), wenn sich diese in einem augenscheinlich technisch einwandfreien und unbeschädigten Zustand befinden. Gleiches gilt für die Nutzung von elektrischen Geräten, die zur Körperpflege dienen (z.B. Rasierapparate, Zahnbürsten etc.)

Die Nutzung dieser Geräte darf nur unter ständiger Aufsicht erfolgen, zudem sind die Geräte unmittelbar nach der Nutzung vom Stromnetz zu trennen.

(3) Sicherheitseinrichtungen dürfen nicht beschädigt, verstellt oder funktionsunfähig gemacht werden (z.B. Unterkeilen von Brandschutztüren).

§ 6 Zuwiderhandlungen

(1) Bei Verstößen gegen die Hausordnung behält sich die Geschäftsführung vor den/die Patient*in zu entlassen.

(2) Sonstigen Personen (vor allem Besuchenden), die die Hausordnung nicht einhalten, kann ein Hausverbot erteilt werden. Ein Verstoß gegen ein Hausverbot oder eine sonstige Aufforderung das Klinikum zu verlassen, wird als Hausfriedensbruch zur Anzeige gebracht. Bei leichten Verstößen gegen die Hausordnung wird zunächst eine Ermahnung erteilt.

(3) Die hausrechtlichen Befugnisse werden von der Geschäftsführung, den zuständigen Ärzten und Pflegekräften sowie dem Sicherheitsdienst ausgeübt.

(4) Die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen, insbesondere bei schuldhafter Beschädigung von Klinikeigentum, bleibt vorbehalten.

§ 8 Inkrafttreten

Die Hausordnung tritt am 01.02.2022 in Kraft. Gleichzeitig wird die Hausordnung vom 01.01.2022 aufgehoben.

Darmstadt, den 01.03.2023

gez.
Clemens Maurer
Geschäftsführer

DRG-Entgelttarif 2025 für Krankenhäuser
im Anwendungsbereich des KHEntgG
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Abs. 8 KHEntgG

Die Klinikum Darmstadt GmbH berechnet ab dem 01.01.2025 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 grundsätzlich 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 2025) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2025) 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 textlicher Definitionen. Ergänzend finden sich hier auch Tabellen von zugehörigen Diagnosen oder Prozeduren.

Die jeweilige DRG ist mit einem entsprechenden Relativgewicht bewertet, welches im Rahmen der DRG-Systempflege jährlich variieren kann. Diesem Relativgewicht ist ein in Euro ausgedrückter Basisfallwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet. Der derzeit gültige Basisfallwert liegt bei **4.203,00 €** 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	0,539	€ 4.000,00	€ 2.156,00
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	2,997	€ 4.000,00	€ 11.988,00

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 2025 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2025 (Fallpauschalenvereinbarung 2025 – FPV 2025).

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 2025

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 2025 (FPV 2025).

3. Hybrid-DRG gemäß § 115f SGB V

Gemäß § 115f Abs. 1 SGB V unterfallen die in einem Katalog festgelegten Leistungen einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG), unabhängig davon, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird. Als Anschlussregelung zur Hybrid-DRG-Verordnung vom 19.12.2023 wurde durch die Selbstverwaltungspartner die Vereinbarung zu der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) gemäß § 115f SGB V für das Jahr 2025 (Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung) am 18.12.2024 abgeschlossen.

Die betreffenden Leistungen sind in der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung 2025 aufgeführt, ebenso wie die jeweils anwendbare Hybrid-DRG, welche mit einem festen Eurobetrag vergütet wird.

Beispiel:

Leistungsbereich Bestimmte Hernieneingriffe

OPS-Kode	OPS-Text
5-530.00	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpforten-verschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion
5-530.01	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpforten-verschluss: Mit Hydrozelenwandresektion

Hybrid-DRG	Bezeichnung	Fallpau-schale der Hybrid-DRG <u>ohne</u> posto-perative Nachbe-handlung im Krankenhaus (Spalte A) in Euro	Fallpau-schale der Hybrid-DRG <u>zuzüglich</u> postoperati-ver Nachbe-handlung im Krankenhaus (Spalte B) in Euro
G09N	Hybrid-DRG der DRG G09Z (Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm)	2.227,33	2.257,33
G24N	Hybrid-DRG der DRG G24B (Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC)	2.000,81	2.030,81

Die Leistungen beginnen nach Abschluss der Indikationsstellung und der Überprüfung der Operationsfähigkeit mit der Einleitung der Maßnahmen zur Operationsplanung und -vorbereitung und enden mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung.

Für die gesamte Dauer der erbrachten Leistungen ist die Fallpauschale unabhängig von der Anzahl der beteiligten Leistungserbringer nur einmal berechnungsfähig.

Im Falle einer postoperativen Nachbehandlung kann eine um 30 € erhöhte Fallpauschale berechnet werden.

Eine Berechnung von Entgelten für vereinbarte Wahlleistungen bleibt unberührt.

4. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltekatalogen gemäß § 5 FPV 2025

Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) gemäß § 17b Abs. 1 S. 7 KHG Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2025 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2025 vorgegeben

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2025 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 2025 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 2025 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2025 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

5. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2025

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:

DRG	Bezeichnung	Tages-bezogenes Entgelt	Zuzüglich Pflege-entgelt
	Teilstationäre Behandlung - **Hautklinik** Tagesklinik	171,08 €	124,56 €
B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson	214,15 €	149,04 €
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	255,00 €	319,58 €
B76A	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie	262,58 €	283,29 €
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	213,10 €	208,11 €

DRG	Bezeichnung	Fallbezogenes Entgelt	Abzüglich Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag
D23Z	Implantation eines aktiven mechanischen Hörimplantates	13.192,31 €	0,6987

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2025 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **600,00 €** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 3b** FPV 2025 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **300,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2025 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2025 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

6. 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:

trifft derzeit nicht zu

7. Zusatzentgelt für Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gemäß der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG

Für Kosten, die dem Krankenhaus für Testungen von Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden, auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 entstehen, rechnet das Krankenhaus auf Grund der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG gesondert folgende Zusatzentgelte ab:

- Testung durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR, PoC-PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.05.2023: **30,40 €.**

- Labordiagnostik mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 15.10.2020: **19,00 €.** *trifft derzeit nicht zu*

- Testung mittels Antigen-Test zur patientennahen Anwendung durch Dritte zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (PoC-Antigentest) bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2021: **11,50 €.**

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

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **47,47 €.**

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **184,39 €.**

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **60,00 €** pro Tag

- Sicherstellungszuschlag gemäß § 5 Abs. 2 KHEntgG
  - *trifft derzeit nicht zu*

- Zuschlag zur Sicherstellung einer zusätzlichen Finanzierung von Krankenhausstandorten in ländlichen Versorgungslagen gemäß § 5 Abs. 2a KHEntgG je abgerechneten voll- und teilstationären Fall
  - *trifft derzeit nicht zu*

- Zuschlag für Zentren/Schwerpunkte nach § 5 Abs. 3 KHEntgG: **23,66 €** je voll- und teilstationärem Fall.

- Zuschlag wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG in Höhe von **19,08 €** je vollstationärem Fall.

- Zuschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG in Höhe von ___**%** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG
  - *trifft derzeit nicht zu*

- Zu- oder Abschlag bei Eingliederung von besonderen Einrichtungen in das DRG-Vergütungssystem gemäß § 4 Abs. 7 KHEntgG in Höhe von … % auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG
  - *trifft derzeit nicht zu*

- Fixkostendegressionsabschlag gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG in Höhe von … % auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen.
  - *trifft derzeit nicht zu*

- Zuschlag für Abschlagszahlungen nach § 6 der *Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser* in Höhe von ___ %auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.
  - *trifft derzeit nicht zu*

- Zuschlag für Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG in Höhe von **0,01 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2a KHEntgG.

- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG in Höhe von **0,19 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.

- Zu- und Abschläge für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG: Der Zuschlag für interne und externe Qualitätssicherung je vollstationären Fall in Höhe von **0,86 €** ist grundsätzlich auf alle abgerechneten vollstationären Fälle im Bereich KHEntgG sowie BPflV zu erheben.

- Abschlag wegen Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i Abs. 5 SGB V i.V.m. § 8 Abs. 4 KHEntgG
  - *trifft derzeit nicht zu*

- Zuschlag für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG je abgerechneten vollstationären Fall in Höhe von **0,20 €.**

- Zuschlag für klinische Sektionen nach § 5 Abs. 3b KHEntgG je voll- und teilstationären Fall in Höhe von **1,84 €.**

- Zuschlag nach § 5 Abs. 3d KHEntgG für implantatbezogene Maßnahmen nach § 2 Nr. 4 Implantateregistergesetz in Höhe von **34,24 €**

- Zuschlag nach § 5 Abs. 3g S. 1 KHEntgG für Speicherung von Daten auf der elektronischen Patientenakte für jeden voll- und teilstationären Fall in Höhe von ___ **€**
  Ein Krankenhaus hat gemäß § 5 Abs. 3g Satz 1 KHEntgG bzw. § 5 Abs. 6 BPflV für jeden voll- und jeden teilstationären Fall, für den es im Rahmen der Krankenhausbehandlung entstandene Daten in der elektronischen Patientenakte nach § 341 SGB V speichert, Anspruch auf einen Zuschlag in Höhe von 5,00 €
  - *trifft derzeit nicht zu*

- Abschlag nach § 5 Abs. 3e KHEntgG wegen unzureichendem Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 341 Abs. 7 Satz 1 SGB V in Höhe von 1%
  des Rechnungsbetrags, mit Ausnahme der Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG, für jeden voll- und teilstationären Fall
  - *trifft derzeit nicht zu*

- Zuschlag nach § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 3 der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung

in Höhe von ___ **%** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.

- *trifft derzeit nicht zu*

- Abschlag nach § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten als Ausgleich gemäß § 5 Abs. 4 der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung in Höhe von -___**%** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.

  - *trifft derzeit nicht zu*

- Zuschlag nach § 4 Abs. 10 KHEntgG zur Finanzierung bei Personalkosten bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hebammen in Höhe ___**%** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.

  - *trifft derzeit nicht zu*

- Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8a KHEntgG wegen fehlender Einschätzung des Beatmungsstatus in Höhe von 16% auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG, maximal jedoch 2.000,00 €.

- Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8b KHEntgG wegen fehlender Anschlussverordnung zur Beatmungsentwöhnung in Höhe von einmalig 280 €

- *Zuschlag nach § 4a Abs. 4 KHEntgG zur Auszahlung des Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Höhe von **12,022 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG.*

- Zuschlag nach § 5 Abs. 2c KHEntgG zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern in Höhe von ___**€.**

  - *trifft derzeit nicht zu*

- Abzug für nicht anfallende Übernachtungskosten in der tagesstationären Behandlung nach § 115e Abs. 3 SGB V in Höhe von 0,04 Bewertungsrelationen je betreffender Nacht, maximal jedoch 30 % der Entgelte für den Aufenthalt insgesamt

  - *trifft derzeit nicht zu*

- Zuschlag nach § 5a Abs. 1 KHWiSichV i.V.m. § 7 Abs. 1 der Corona-Ausgleichsvereinbarung 2022 oder Abschlag nach § 5a Abs. 1 KHWiSichV i.V.m. § 7 Abs. 2 Corona-Ausgleichsvereinbarung 2022 in Höhe von … €

  - *trifft derzeit nicht zu*

9. 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:

InEK-Nr. 2024	Zusatzentgelt nach § 6 KHEntgG	Einheit	Darreichungs-form	Entgelt ab 01.07.2024
NUB24_24A	Abemaciclib	50mg	TBL	31,06 €
NUB24_24B	Abemaciclib	100mg	TBL	31,06 €
NUB24_24C	Abemaciclib	150mg	TBL	31,06 €
NUB24_145	Ablösbare, ultraweiche Mikrocoils zur Therapie intrakranieller Gefäßmalformationen und Aneurysmen	je Coil		643,96 €
NUB24_26	Acalabrutinib	100mg	KPS	99,09 €
NUB24_233	Aflibercept, intravitreal	1mg	FSP	475,39 €
NUB24_27	Alectinib	150mg	KPS	25,66 €
NUB24_40	Alemtuzumab	12mg	Lösung, parenteral	11.938,96 €
NUB24_138	Anifrolumab	300mg/2ml	Lösung, parenteral	989,31 €
NUB24_55	Arsentrioxid	1mg Vial	Lösung, parenteral	5,55 €
NUB24_290	Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney Technik	je Stentprothese für 2 Seitenarme		2.372,50 €
NUB24_141	Avacopan	10mg	KPS	36,95 €
NUB24_119A	Avapritinib	50mg	TBL	618,32 €
NUB24_119B	Avapritinib	100mg	TBL	662,00 €
NUB24_39	Avatrombopag	20mg	TBL	71,59 €
NUB24_16A	Axitinib	1mg	TBL	9,70 €
NUB24_16B	Axitinib	5mg	TBL	48,49 €
NUB24_16C	Axitinib	7mg	TBL	67,89 €
NUB24_67	Azacitidin, oral	200mg oder 300mg	TBL	1.217,86 €
NUB24_156	Bimekizumab	160mg	Lösung, parenteral	1.441,91 €
NUB24_91	Binimetinib	15mg	TBL	17,36 €
NUB24_312	Bioaktive Coils	je Coil		244,59 €
NUB24_35	Brigatinib	30mg	TBL	33,83 €
NUB24_180	Brodalumab	210mg	Lösung, parenteral	662,83 €
NUB24_13	Cabozantinib	20/40/60mg Tbl	TBL	159,26 €
NUB24_69	Canakinumab	1mg	Lösung, parenteral	101,28 €
NUB24_09	Caplacizumab	10mg	Lösung, parenteral	4.257,69 €
NUB24_57	Ceritinib	150mg	KPS	58,76 €
NUB24_85	Certolizumab Pegol	200mg	FSP	452,00 €
NUB24_72	Cobimetinib	20mg	TBL	88,77 €
NUB24_28A	Crizotinib	200mg	TBL	69,48 €
NUB24_28B	Crizotinib	250mg	TBL	86,85 €
NUB24_18A	Dabrafenib	50mg	TBL	31,15 €
NUB24_18B	Dabrafenib	75mg	TBL	46,72 €
NUB24_61	Darolutamid	300mg	TBL	32,79 €

NUB24_64	Dostarlimab	500mg	Lösung, parenteral	2.814,23 €
NUB24_103	Dupilumab	200 oder 300mg	FSP	636,41 €
NUB24_05A	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße	je Stent (5cm)		1.535,93 €
NUB24_05B	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße	je Stent (10cm)		1.863,55 €
NUB24_05C	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße	je Stent (15cm)		2.451,85 €
NUB24_05D	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße	je Stent (25cm)		3.693,56 €
NUB24_171A	Elacestrant	86mg	TBL	122,05 €
NUB24_171B	Elacestrant	345mg	TBL	362,89 €
NUB24_62A	Encorafenib	50mg	KPS	24,58 €
NUB24_62B	Encorafenib	75mg	KPS	36,79 €
NUB24_176	Endovaskuläre Anlage einer peripheren AV-Fistel durch Gleichstrom	je Leistung		4.374,90 €
NUB24_104	Endovaskuläre Anlage eines inneren AV-Shunts mittels magnetgeführter Hochfrequenzenergie	je Leistung		5.171,46 €
NUB24_292	Endovaskuläre Implantation/Reparatur einer Stent-Prothese mittels eines Endo-Staplers	EndoStapler-System		6.047,64 €
NUB24_44	Enfortumab Vedotin	1,25mg	Lösung, parenteral	34,36 €
NUB24_56	Entrectinib	100mg	KPS	30,27 €
NUB24_22	Eribulin	0,1mg	Lösung, parenteral	43,62 €
NUB24_08A	Everolimus bei Neoplasie	2,5mg	TBL	4,65 €
NUB24_08B	Everolimus bei Neoplasie	10mg	TBL	11,89 €
NUB24_105	Fedratinib	100mg	KPS	33,77 €
NUB24_150A	Flow-Diverter mit thrombogenitätsreduzierender Beschichtung in der zerebralen Aneurysmatherapie	je Flow-Diverter		15.612,16 €
NUB24_93A	Fostamatinib	100mg	TBL	40,23 €
NUB24_93B	Fostamatinib	150mg	TBL	60,34 €
NUB24_60	Gilteritinib	40mg	TBL	222,25 €
NUB24_118	Glucarpidase	50 I.E.	Lösung, parenteral	1.390,81 €
NUB24_15A	Golimumab	50mg	FSP	824,69 €
NUB24_15B	Golimumab	100mg	FSP	1.718,17 €
NUB24_73	Guselkumab	100mg	FSP	2.636,30 €
NUB24_150B	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen und hirnversorgender Halsgefäße	je Flow-Diverter		10.216,85 €
NUB24_295	Hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung peripherer Aneurysmen	je Flow-Diverter		3.130,88 €
NUB24_314	Hybridcoils zur intrakraniellen Aneurysmabehandlung	je Coil		757,44 €
NUB24_312B	Hydrogel-aktive Coils	je Coil		244,59 €
NUB24_25	Icatibant	30mg	FSP	248,71 €
NUB24_113	Inclisiran	284mg	FSP	2.487,97 €

NUB24_68	Inotuzumab-Ozogamicin	1mg	Lösung, parenteral	11.305,00 €
NUB24_157	Intraaneurysmales hämodynamisch wirksames Implantat zur endovaskulären Behandlung intrakranieller Aneurysmen	je Flow-Diverter		11.922,67 €
NUB24_52	Isatuximab	10mg	Lösung, parenteral	30,37 €
NUB24_92	Ixekizumab	80mg	FSP	1.272,20 €
NUB24_199A	Kiefergelenkendoprothese, individuell	je Prothese		12.305,00 €
NUB24_199B	Kiefergelenkendoprothese, standardisiert	je Prothese		5.405,12 €
NUB24_79A	Larotrectinib	25mg	KPS	23,24 €
NUB24_79B	Larotrectinib	100mg	KPS	93,00 €
NUB24_79C	Larotrectinib	20mg/ml	Lösung, oral	18,60 €
NUB24_96	Ledipasvir-Sofosbuvir	90mg+400mg	TBL	517,95 €
NUB24_21A	Lenvatinib	4mg	KPS	37,06 €
NUB24_21B	Lenvatinib	10mg	KPS	41,34 €
NUB24_53	Liposomales Cytarabin-Daunorubicin, parenteral	1mg	DFL	42,56 €
NUB24_59A	Lorlatinib	25mg	TBL	43,30 €
NUB24_59B	Lorlatinib	100mg	TBL	173,20 €
NUB24_125	Mepolizumab	10mg	Lösung, parenteral	118,91 €
NUB24_128	Mogamulizumab	1mg	Lösung, parenteral	65,45 €
NUB24_71	Mosunetuzumab	1mg	Lösung, parenteral	249,00 €
NUB24_297	Nasennebenhöhlenimplantat	pro Implantat		794,22 €
NUB24_107	Neratinib	40mg	TBL	22,69 €
NUB24_20A	Nilotinib	50mg	KPS	12,36 €
NUB24_20B	Nilotinib	150mg	KPS	36,00 €
NUB24_20C	Nilotinib	200mg	KPS	48,00 €
NUB24_63	Niraparib	100mg	TBL	68,16 €
NUB24_02A	Nirmatrelvir/Ritonavir	2x150mg Nirmatrelvir +1x100mg Ritonavir	TBL	107,10 €
NUB24_02B	Nirmatrelvir/Ritonavir	1x150mg Nirmatrelvir +1x100mg Ritonavir	TBL	107,10 €
NUB24_07A	Olaparib	100mg	KPS	28,25 €
NUB24_07B	Olaparib	150mg	KPS	42,37 €
NUB24_10	Osimertinib	40mg bzw. 80mg	TBL	184,55 €
NUB24_11	Palbociclib	75mg bzw. 100mg bzw. 125mg	TBL	84,48 €
NUB24_12A	Pazopanib	200mg	TBL	42,56 €
NUB24_12B	Pazopanib	400mg	TBL	85,12 €
NUB24_97	Pemigatinib	4,5mg bzw. 9mg bzw. 13,5mg	TBL	513,85 €
NUB24_31A	Pomalidomid	1mg	KPS	367,51 €
NUB24_31B	Pomalidomid	2mg	KPS	384,49 €
NUB24_31C	Pomalidomid	3mg	KPS	407,13 €
NUB24_31D	Pomalidomid	4mg	KPS	418,45 €
NUB24_38	Ravulizumab	100mg	Lösung, parenteral	1.588,15 €
NUB24_01	Remdesivir	100mg	Lösung, parenteral	410,55 €
NUB24_19	Rezafungin	200mg	Lösung, parenteral	2.900,03 €

NUB24_34	Ribociclib	200mg	TBL	34,87 €
NUB24_74	Risankizumab, subkutan	150mg	FSP	4.104,30 €
NUB24_06A	Ruxolitinib	5mg	TBL	33,77 €
NUB24_06B	Ruxolitinib	10 bzw. 15 bzw. 20mg	TBL	67,55 €
NUB24_32	Sacituzumab Govitecan	1mg	Lösung, parenteral	5,81 €
NUB24_120A	Sarilumab	150mg	FSP	672,93 €
NUB24_120B	Sarilumab	200mg	FSP	668,77 €
NUB24_54	Secukinumab	150mg	FSP	706,56 €
NUB24_110	Selinexor	20mg	TBL	317,63 €
NUB24_83	Selpercatinib	40mg	KPS	16,22 €
NUB24_100	Sofosbuvir	400mg	TBL	495,55 €
NUB24_94	Sofosbuvir/Velpatasvir	400mg+100mg	TBL	344,64 €
NUB24_124	Sofosbuvir/Velpatasvir/Voxilaprevir	400mg+100mg+100mg	TBL	638,47 €
NUB24_126	Sonidegib	200mg	KPS	176,12 €
NUB24_65	Sotorasib	120mg	TBL	19,27 €
NUB24_23	Sotrovimab	500mg	Lösung, parenteral	2.380,00 €
NUB24_296	Stentdilatation bei intrakraniellen Vasospas-men	je Stent		8.750,00 €
NUB24_116	Strömungsreduzierendes Drahtgeflecht im Koronarsinus	pro Implantat		6.197,70 €
NUB24_47A	Tafamidis	20mg	KPS	421,07 €
NUB24_47B	Tafamidis	61mg	KPS	421,46 €
NUB24_41	Tafasitamab	1mg	Lösung, parenteral	3,03 €
NUB24_158	Talimogen Laherparepvec	10^6 PFU / ml bzw. 10^8 PFU / ml	Lösung, parenteral	1.401,59 €
NUB24_36	Temozolomid, intravenös	50mg	Lösung, parenteral	174,50 €
NUB24_102	Tepotinib	225mg	TBL	64,95 €
NUB24_49	Thrombektomie an Lungengefäßen mittels Disc-Retriever-System	je Intervention		8.487,56 €
NUB24_174	Tildrakizumab	100mg	FSP	3.023,46 €
NUB24_04	Tixagevimab-Cilgavimab	150mg+150mg	Lösung, parenteral	2.368,10 €
NUB24_185	Tralokinumab	150mg	Lösung, parenteral	310,58 €
NUB24_29A	Trametinib	0,5mg	TBL	34,87 €
NUB24_29B	Trametinib	2mg	TBL	139,48 €
NUB24_14	Trastuzumab Deruxtecan	1mg	Lösung, parenteral	22,80 €
NUB24_17	Trastuzumab-Emtansin	1mg	Lösung, parenteral	18,00 €
NUB24_37A	Trifluridin-Tipiracil	15mg+6,14mg	TBL	37,07 €
NUB24_37B	Trifluridin-Tipiracil	20mg+8,19mg	TBL	49,43 €
NUB24_95A	Tucatinib	50mg	TBL	18,76 €
NUB24_95B	Tucatinib	150mg	TBL	56,29 €
NUB24_313	Überlange Coils	je Coil		447,89 €
NUB24_33	Vemurafenib	240mg	TBL	24,90 €
NUB24_112	Vismodegib	150mg	KPS	189,80 €
NUB24_293A	Volumencoils zur Aneurysmatherapie	1. Coil inkl. Mikro-drähte und Anschluss-System		1.121,99 €
NUB24_293B	Volumencoils zur Aneurysmatherapie	jeder weitere Coil		728,69 €
NUB24_76	Zanubrutinib	80mg	KPS	47,08 €

10. Tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 7 Abs. 1 Ziff. 6a KHEntgG

Das Krankenhaus vereinbart mit den Krankenkassen ein Pflegebudget zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten, die dem Krankenhaus entstehen. Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt nach § 6a Abs. 4 KHEntgG über einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert, welcher berechnet wird, indem das vereinbarte Pflegebudget dividiert wird durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG ermittelte

voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr: **249,11 €.**

11. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **1,73 €.**
- Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V bzw. des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **3,17 €.**

12. Telematikzuschlag nach § 377 Abs. 1 SGB V

- Zuschlag zum Ausgleich der den Krankenhäusern entstehenden Kosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattung in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie der Betriebskosten des laufenden Betriebs der Telematikinfrastruktur (Telematikzuschlag) nach § 377 Abs. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **1,55 €** .

13. 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. vor-/ nachstationäre Behandlung

Fachabteilung	**Vorstationäre** Pauschale	**Nachstationäre** Pauschale je Behandlungstag
Innere Medizin		
-Schwerpunkt Kardiologie	156,97 €	61,36 €
-Schwerpunkt Gastroenterologie	164,64 €	63,91 €
-Schwerpunkt Nephrologie	140,61 €	67,49 €
-Schwerpunkt Angiologie	147,25 €	53,69 €
-Schwerpunkt Hämatologie und intern. Onkologie	75,67 €	46,02 €

Allgemeine Chirurgie	100,72 €	17,90 €
Gefäßchirurgie	134,47 €	23,01 €
Unfallchirurgie	82,32 €	21,47 €
Urologie	103,28 €	41,93 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13 €	22,50 €
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	78,74 €	37,84 €
Augenheilkunde	68,51 €	38,86 €
Neurologie	114,02 €	40,90 €
Strahlenheilkunde	186,62 €	330,29 €
Dermatologie	75,67 €	23,01 €
Intensivmedizin	104,30 €	36,81 €
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	99,19 €	47,55 €
Neurochirurgie	48,57 €	21,99 €
Mund- Kiefer - Gesichtschirurgie	64,42 €	23,52 €
Radiologie, Neuroradiologie und Nuklearmedizin	91.52 €	24,54 €

b. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Tarifziffer	Leistung	Preis
	Linksherzkathetermessplatz (CORO)	
627	Linksherzkatheterismus - einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle	61,36 €
628	Herzkatheter mit Druckmessungen und oxymetrischen Untersuchungen - einschließlich fortlaufender EKG und Röntgenkontrolle im zeitlichen Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 355 und/oder 360	32,72 €
629	Transseptaler Linksherzkatheter einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG und Röntgenkontrolle	81,81 €
5315	Angiokardiographie einer Herzhälfte, eine Serie	89,99 €
5316	Angiokardiographie beider Herzhälften, eine Serie	122,71 €
5317	Zweite bis dritte Serie im Anschluss an die Leistungen nach den Nummern 5315 oder 5316, je Serie	16,36 €
5318	Weitere Serien im Anschluss an die Leistung nach Nummer 5317, insgesamt	24,54 €
5324	Selektive Koronarangiographie eines Herzkranzgefäßes oder Bypasses mittels Cinetechnik, eine Serie	98,17 €
5325	Selektive Koronarangiographie aller Herzkranzgefäße oder Bypässe mittels Cinetechnik, eine Serie	122,71 €
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 €
5327	Zusätzliche Linksventrikulographie bei selektiver Koronarangiographie	40,90 €
5328	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5327 bei Anwendung der simultanen Zwei-Ebenen-Technik	49,08 €
	Computertomographie (CT)	
5369	Höchstwert für die Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374	122,71 €
5370	Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich – gegebenenfalls einschließlich des kraniozervikalen Übergangs	81,81 €
5371	Computergesteuerte Tomographie im Hals- und/oder Thoraxbereich	94,08 €
5372	Computergesteuerte Tomographie im Abdominalbereich	106,35 €
5373	Computergesteuerte Tomographie des Skeletts (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 €
5375	Computergesteuerte Tomographie der Aorta in ihrer gesamten Länge	81,81 €
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	32,72 €
5378	Computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlung oder zu interventionellen Maßnahmen	40,90 €
5380	Bestimmung des Mineralgehalts (Osteodensitometrie) von repräsentativen (auch mehreren) Skeletteilen mit quantitativer Computertomographie oder quantitativer digitaler Röntgentechnik	12,27 €
Positronen- Emissions- Tomographie (PET)		
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 €
Magnet- Resonanz- Tomographie (MRT)		
5700	Magnetresonanztomographie im Bereich des Kopfes - gegebenenfalls einschließlich des Halses - in zwei Projektionen, davon mindestens eine Projektion unter Einschluss T2 gewichteter Aufnahmen	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 €
5720	Magnetresonanztomographie im Bereich des Abdomens und/oder des Beckens	179,97 €
5721	Magnetresonanztomographie der Mamma(e)	163,61 €
5729	Magnetresonanztomographie eines oder mehrerer Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten	98,17 €
5730	Magnetresonanztomogaphie einer oder mehrerer Extremität(en) mit Darstellung von mindestens zwei großen Gelenken einer Extremität	163,61 €
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	40,90 €
5733	Zuschlag für Computergesteuerte Analyse (z.B. Kinetik, 3D Rekonstruktion)	32,72 €
5735	Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730	245,42 €
Linearbeschleuniger (LIN)		
5831	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5834 bis 5837, je Bestrahlungsserie	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	20,45 €
5833	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners, je Bestrahlungsserie	81,81 €
5836	Bestrahlung mittels Beschleuniger mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern - gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen - je Fraktion	40,90 €
5837	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	5,11 €

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.

14. Entgelte für sonstige Leistungen

a. Entgelte für Begutachtung

Bei der Aufnahme zur Begutachtung werden neben der Fallpauschale (DRG) die im Zusammenhang mit dem Gutachten angefallenen zusätzlichen Sach- und Personalkosten wie folgt gesondert berechnet:

- **Gutachten:** Honorare werden von den Klinik- und Institutsdirektoren in Rechnung gestellt.
- **Diagnostische Untersuchungen:** Bei Inanspruchnahme fremder Einrichtungen Erstattung des tatsächlichen Aufwandes.
- **Porto- und Versandkosten:** Erstattung des tatsächlichen Aufwandes - mindestens 2,50 Euro.

b. Entgelte für sonstige Leistungen

Leistungen:	Entgelte:
- **Hilfsmittel**, die dem Kranken bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z.B. Prothesen, Gehhilfen)	Erstattung des tatsächlichen Aufwandes
- die **Ausstellung einer Bescheinigung** / eines **Gutachtens**	Abrechnung nach gebührenrechtlichen Vorschriften oder Vereinbarungen
- die Vornahme der **Leichenschau** und Ausstellung einer **Todesbescheinigung nach GOÄ**	60,06 Euro / 99,46 Euro / 165,77 Euro (bei Barzahlung: 60,00 Euro / 100,00 Euro / 165,00 Euro)
- Leistungen Dritter (z.B. **konsiliarärztliche** Leistungen auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten)	Erstattung des tatsächlichen Aufwandes
- die Bereitstellung eines **Telefon**apparates (soweit Installation vorhanden)	1,60 Euro Bereitstellungsgebühr je Kalendertag – **zuzüglich** Gesprächsgebühren Patienten mit Wahlleistung Unterkunft sind von der Bereitstellungsgebühr befreit!
- die Bereitstellung eines Fernsehgerätes (soweit Installation vorhanden) - Kopfhörer	kostenlos 2,00 Euro Patienten mit Wahlleistung Unterkunft bekommen Kopfhörer kostenfrei zur Verfügung gestellt!
- die Bereitstellung eines **Internet**anschlusses (soweit Installation möglich)	2,50 Euro incl. MWST / je Kalendertag Patienten mit Wahlleistung Unterkunft sind von der Bereitstellungsgebühr befreit!
- **Kopierkosten**	0,50 Euro **/ pro Kopie**
- **Anfertigungen von CD´s** (Kopie des digitalisierten Krankenblattes oder CD der Röntgenbilder eines Aufenthaltes) **auf Wunsch des Patienten**	10 Euro Bearbeitungsgebühr incl. erster CD / zuzüglich 2 Euro für jede weitere CD (bei hohem Datenvolumen ggf. Aufteilung auf mehrere CD´s notwendig)
- **Vergleichsrechnungen** für Beihilfestellen	Erstattung des tatsächlichen Aufwandes, mindestens 10 Euro **/ je Anfrage**
- Erstellen von **Kostenvoranschlägen**	Kostenfrei – erfolgt jedoch nur auf Beauftragung durch Ärzte der Klinikum Darmstadt GmbH

15. 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 § 43c Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten für Übergangspflege nach § 39e Abs. 2 SGB V

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der Übergangspflege nach § 39e SGB V – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beträgt derzeit 10,00 € je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 1 SGB V beim Patienten geltend gemacht. Dabei sind bereits geleistete Zuzahlungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung anzurechnen.

16. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2025 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2025 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2025 zusammengefasst und abgerechnet.

17. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 12 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.

18. 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.
Für Krankenhausaufenthalte, die voraussichtlich länger als eine Woche dauern, sind Vorauszahlungen zu leisten, soweit keine Kostenübernahmeerklärung von Sozialleistungsträgern, sonstigen öffentlich - rechtlichen Kostenträgern oder privaten Krankenversicherungen vorliegen. Liegt nur eine Kostenübernahmeerklärung für einen anteiligen Betrag vor, wird dieser nur als Kostenzuschuss gewertet; für die Differenz besteht weiterhin die Vorauszahlungspflicht.
Die Vorauszahlungen sind erstmals bei der Aufnahme auf Normalstation und nachfolgend alle 8 Tage in Höhe von **3.000,00 €** zu entrichten. Falls ein Aufenthalt auf der Anästhesiologischen Intensivstation notwendig wird, wird ein Betrag von **10.000,00 €** als Vorauszahlung fällig.
Die Vorauszahlungen werden als Abschlagszahlungen bei der Schlussrechnung berücksichtigt.
Wurde eine Wahlleistungsvereinbarung getroffen, so erhöhen sich die oben genannten Vorauszahlungsbeträge um 50%.
Im Falle eines Kostenvoranschlages – erstellt auf der Grundlage der Einschätzung der behandelnden Ärzte der Klinikum Darmstadt GmbH – ist im Einzelfall auch ein weitaus höherer Betrag als Vorauszahlung fällig.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2025 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.10.2024 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeitenden unserer Ambulanten und Stationären Abrechnung hierfür gerne zur Verfügung.
Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie die zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen.
Ebenfalls Einsicht können Sie in die ambulanten Preisverzeichnisse nehmen, die wegen des hohen Umfanges nicht alle hier abgedruckt werden können.

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.

Hinweis zur Abrechnung ambulanter Leistungen – gegenüber Selbstzahlern

Die Klinikum Darmstadt GmbH **berechnet folgende Entgelte:**

Die ambulante Notfallbehandlung wird in der Klinikum Darmstadt GmbH als Krankenhaus-institutsleistung erbracht. Zwischen Patienten, die keiner gesetzlichen Krankenkasse angehören oder keine gültige Krankenversichertenkarte vorlegen können, und dem Klinikum kommt ein Behandlungsvertrag als Selbstzahler zustande. Leistungen für diese Patienten werden nach dem Krankenhaustarif **DKG-NT (Abrechnungstarif der Deutschen Krankenhausgesellschaft für Krankenhaus Institutsleistungen)** mit **Faktor 1,5** berechnet.
Das aktuelle Preisverzeichnis für ambulante Behandlungen im Rahmen der **Physiotherapie, Ergotherapie, Osteopathie und Logopädie** finden Sie im Aushang der Physikalischen Therapie.

PEPP-Entgelttarif 2025 für Krankenhäuser
im Anwendungsbereich der BPflV
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Abs. 5 BPflV

Die Klinikum Darmstadt GmbH berechnet/n ab dem 01.01.2025 folgende Entgelte:

Die Entgelte für die allgemeinen vollstationären, stationsäquivalenten und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie der BPflV in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über mit Bewertungsrelationen bewertete pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) anhand des PEPP-Entgeltkataloges abgerechnet.

1. Pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) gemäß § 7 S. 1 Nr. 1 BPflV i.V.m. § 1 Absatz 1 PEPPV 2025

Jedem PEPP ist mindestens eine tagesbezogene Bewertungsrelation hinterlegt, deren Höhe sich aus den unterschiedlichen Vergütungsklassen des PEPP-Entgeltkataloges ergibt. Die Bewertungsrelationen können im Rahmen der Systempflege jährlich variieren. Die für die Berechnung des PEPP jeweils maßgebliche Vergütungsklasse ergibt sich aus der jeweiligen Verweildauer des Patienten im Krankenhaus. Der Bewertungsrelation ist ein in Euro ausgedrückter Basisentgeltwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet. Der derzeit gültige Basisentgeltwert liegt bei **350,07 €** und unterliegt ebenfalls jährlichen Veränderungen.

Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 1a oder Anlage 2a bzw. Anlage 5 der PEPPV 2025 jeweils mit dem Basisentgeltwert multipliziert und das Ergebnis kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet wird. Für die Rechnungsstellung wird die Anzahl der Berechnungstage je Entgelt addiert und mit dem ermittelten Entgeltbetrag multipliziert. Berechnungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts inklusive des Verlegungs- oder Entlassungstages aus dem Krankenhaus; wird ein Patient am gleichen Tag aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahmetag und zählt als ein Berechnungstag.

Anlage 1a **PEPP-Version 2025**

PEPP-Entgeltkatalog

Bewertungsrelationen bei vollstationärer Versorgung

PEPP	Bezeichnung	Anzahl Berechnungstage / Vergütungsklasse	Bewertungsrelation je Tag
1	2	3	4
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität	1	1,4433
		2	1,3119
		3	1,2954
		4	1,2798
		5	1,2642
		6	1,2485
		7	1,2329
		8	1,2173
		9	1,2017
		10	1,1860
		11	1,1704
		12	1,1548
		13	1,1392
		14	1,1235
		15	1,1079
		16	1,0923
		17	1,0767
		18	1,0610

PEPP-Entgeltkatalog Stand: 14.10.2024

Anhand des nachfolgenden Beispiels bemisst sich die konkrete Entgelthöhe für die **PEPP PA04A** bei einem **hypothetischen Basisentgeltwert von 320,00 €** und einer **Verweildauer von 12 Berechnungstagen** wie folgt:

PEPP	Bezeichnung	Bewertungs-relation	Basis-entgeltwert	Entgelthöhe
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität	1,1548	330,00 €	12 x 381,10 **= 4.573,20 €**

Bei einer **Verweildauer von z.B. 29 Berechnungstagen** ist die tatsächliche Verweildauer länger als die letzte im Katalog ausgewiesene Vergütungsklasse. Damit ist für die Abrechnung die Bewertungsrelation der letzten Vergütungsklasse heranzuziehen.

Dies würde zu folgendem Entgelt führen:

PEPP	Bezeichnung	Bewertungs-relation	Basis-entgeltwert	Entgelt
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität	1,0610	330,00	29 x 350,13 **= 10.153,77€**

Welche PEPP bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es insbesondere 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 2025 werden die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte durch die Anlagen 1a und 2a bzw. die Anlage 5 der PEPP-Vereinbarung 2025 (PEPPV 2025) vorgegeben.

2. Ergänzende Tagesentgelte gemäß § 6 PEPPV 2025

Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a PEPPV 2025 oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BPflV können bundeseinheitliche ergänzende Tagesentgelte nach der Anlage 5 PEPPV 2025 abgerechnet werden.

Die ergänzenden Tagesentgelte sind, wie die PEPP, mit Bewertungsrelationen hinterlegt:

Anlage 5 **PEPP-Version 2025**

PEPP-Entgeltkatalog

Katalog ergänzender Tagesentgelte

ET	Bezeichnung	ET_D	OPS Version 2025		Bewertungs- relation / Tag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
ET01	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen		9-640.0	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-	
		ET01.04	9-640.06	Mehr als 6 bis zu 12 Stunden pro Tag	1,1894
		ET01.05	9-640.07	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	2,0314
		ET01.06	9-640.08	Mehr als 18 Stunden pro Tag	2,9088
ET02 [1)]	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit mindestens 3 Merkmalen	ET02.03	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	0,1969
		ET02.04	9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	0,2148
		ET02.05	9-61b	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen	0,2377
ET04	Intensive Betreuung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen		9-693.0	Intensive Betreuung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen	
		ET04.01	9-693.03	Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	0,5918
		ET04.02	9-693.04	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	0,7200
		ET04.03	9-693.05	Mehr als 18 Stunden pro Tag	1,2873
ET05	Einzelbetreuung bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen		9-693.1	Einzelbetreuung bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen	
		ET05.01	9-693.13	Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	1,1613
		ET05.02	9-693.14	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	1,6965
		ET05.03	9-693.15	Mehr als 18 Stunden pro Tag	2,9226

Fußnote:

[1)] Abrechenbar ist jeder Tag mit Gültigkeit eines OPS-Kodes gemäß Spalte 4, an dem der Patient stationär behandelt wird. Vollständige Tage der Abwesenheit während der Gültigkeitsdauer eines OPS-Kodes gemäß Spalte 4 sind nicht abrechenbar.

PEPP-Entgeltkatalog Stand: 14.10.2024

Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 5 PEPPV 2025 jeweils mit dem Basisentgeltwert multipliziert und das Ergebnis kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet wird. Für die Rechnungsstellung wird die Anzahl der Berechnungstage je Entgelt addiert und mit dem ermittelten Entgeltbetrag multipliziert.

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltekatalogen gemäß § 5 PEPPV 2025

Gemäß § 17d Abs. 2 KHG können, soweit dies zur Ergänzung der Entgelte in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, die Vertragsparteien auf Bundesebene Zusatzentgelte und deren Höhe vereinbaren. Für das Jahr 2025 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** nach § 5 Abs. 1 PEPPV 2025 in Verbindung mit der **Anlage 3** PEPPV 2025 vorgegeben. Daneben können nach § 5 Abs. 2 PEPPV 2025 für die in **Anlage 4** PEPPV 2025 benannten, mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog nicht bewerteten Leistungen **krankenhausindividuelle Zusatzentgelte** nach § 6 Abs. 1 BPflV vereinbart werden.

Zusatzentgelte können zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a und 6a oder den Entgelten nach den Anlagen 1b, 2b und 6b PEPPV 2025 oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BPflV abgerechnet werden.

Können für die Leistungen nach **Anlage 4** auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2025 noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600 Euro** abzurechnen.

Wurden für Leistungen nach **Anlage 4** im Jahr 2025 keine Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für jedes Zusatzentgelt **600 Euro** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

trifft derzeit nicht zu

4. Zusatzentgelt für Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gemäß der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG

Für Kosten, die dem Krankenhaus für Testungen von Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden, auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 entstehen, rechnet das Krankenhaus auf Grund der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG gesondert folgende Zusatzentgelte ab:

- Testung durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR, PoC-PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.05.2023: **30,40 €**

- Labordiagnostik mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 15.10.2020: **19,00 €.** trifft derzeit nicht zu

- Testung mittels Antigen-Test zur patientennahen Anwendung durch Dritte zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (PoC-Antigentest) bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2021: **11,50 €.**

5. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 8 PEPPV 2025

Für Leistungen, die mit den bewerteten Entgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können, haben die Vertragsparteien grundsätzlich die Möglichkeit, sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 BPflV zu vereinbaren. Die krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelte ergeben sich für den Vereinbarungszeitraum 2025 aus den Anlagen 1b, 2b und 6b PEPPV 2025.

Können für die Leistungen nach **Anlage 1b** PEPPV 2025 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2025 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden vollstationären Berechnungstag **250 Euro** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 2b** PEPPV 2025 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2025 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden teilstationären Berechnungstag **190 Euro** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 6b** auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2025 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag **200 Euro** abzurechnen.

Wurden für Leistungen nach den **Anlagen 1b und 2b** PEPPV 2025 im Jahr 2025 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für jeden vollstationären Berechnungstag **250 Euro** und für jeden teilstationären Berechnungstag **190 Euro** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende sonstige Entgelte:

- trifft derzeit nicht zu

6. Zu- und Abschläge gemäß § 7 BPflV

- Zu- und Abschläge für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17d Abs. 2 S. 4 i.V.m. § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG in Höhe von **0,86 €.**

Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben und besondere Tatbestände:

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **1,73 €.**

- Zuschlag für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit nach § 139a 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 **3,17 €.**

- Zuschlag zum Ausgleich der den Krankenhäusern entstehenden Kosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattung in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie der Betriebskosten des laufenden Betriebs der Telematikinfrastruktur (Telematikzuschlag) nach § 377 Abs. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall von **1,55 €.**

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **47,47€.**

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **184,39 €.**

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **60,00 €** pro Tag

- Zuschlag für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG je abgerechneten vollstationärem Fall in Höhe von **0,20 €.**

- Zuschlag nach § 5 Abs. 6 BPflV für Speicherung von Daten auf der elektronischen Patientenakte für jeden voll- und teilstationären Fall in Höhe von **____ €**
  - trifft derzeit nicht zu

- Abschlag nach § 5 Abs. 5 BPflV wegen unzureichendem Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 341 Abs. 7 Satz 1 SGB V in Höhe von **1%** des Rechnungsbetrags, mit Ausnahme der Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG, für jeden voll- und teilstationären Fall
  - trifft derzeit nicht zu

- Zuschlag für Abschlagszahlungen nach § 6 der *Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser* in Höhe von ____ % auf die abgerechnete Höhe der bewerteten PEPP und die Zusatzentgelte sowie auf die krankenhausindividuellen Entgelte nach § 7 Satz 1 Nr. 4 BPflV.
  - trifft derzeit nicht zu

- Zuschlag nach § 5a Abs. 1 KHWiSichV i.V.m. § 7 Abs. 1 der Corona-Ausgleichsvereinbarung 2022 oder Abschlag nach § 5a Abs. 1 KHWiSichV i.V.m. § 7 Abs. 2 Corona-Ausgleichsvereinbarung 2022 in Höhe von … €
  - trifft derzeit nicht zu

7. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 6 Abs. 4 BPflV

Für die Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den nach § 17d KHG auf Bundesebene bewerteten Entgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können und die nicht gemäß § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 4 BPflV folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

Übersicht InEK lfd. Nr. 2024	Zusatzentgelt nach § 6 KHEntgG	Alternative Bezeichnung	Einheit	OPS	Preis	Entgelt-schlüssel
NUB24_P1	Esketamin, nasal	Spravato®	1 Stck (28mg)	6-00c.6	264,37 €	CC00007G

8. Entgelte für regionale oder strukturelle Besonderheiten gemäß § 6 Abs. 2 BPflV

Für regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung, die nicht bereits sachgerecht vergütet werden, rechnet das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2 BPflV folgende Tages-, fall- oder zeitraumbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

- trifft derzeit nicht zu

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

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

a) vorstationäre Behandlung

- Psychosomatik **99,19 €**

b) nachstationäre Behandlung

- Psychosomatik **47,55 €**

c) Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

trifft derzeit nicht zu

10. Entgelte für sonstige Leistungen

a. Entgelte für Begutachtung

Bei der Aufnahme zur Begutachtung werden neben der Fallpauschale (DRG) die im Zusammenhang mit dem Gutachten angefallenen zusätzlichen Sach- und Personalkosten wie folgt gesondert berechnet:

- **Gutachten:** Honorare werden von den Klinik- und Institutsdirektoren in Rechnung gestellt

- **Diagnostische Untersuchungen:** Bei Inanspruchnahme fremder Einrichtungen Erstattung des tatsächlichen Aufwandes.

- **Porto- und Versandkosten:** Erstattung des tatsächlichen Aufwandes - mindestens 2,50 Euro.

b. Entgelte für sonstige Leistungen

Leistungen:	Entgelte:
- **Hilfsmittel**, die dem Kranken bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z.B. Prothesen, Gehhilfen)	Erstattung des tatsächlichen Aufwandes
- die **Ausstellung einer Bescheinigung** / eines **Gutachtens**	Abrechnung nach gebührenrechtlichen Vorschriften oder Vereinbarungen
- die Vornahme der **Leichenschau** und Ausstellung einer **Todesbescheinigung nach GOÄ**	60,06 Euro / 99,46 Euro / 165,77 Euro (bei Barzahlung: 60,00 Euro / 100,00 Euro / 165,00 Euro)
- Leistungen Dritter (z.B. **konsiliarärztliche** Leistungen auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten)	Erstattung des tatsächlichen Aufwandes
- die Bereitstellung eines **Telefon**apparates (soweit Installation vorhanden)	1,60 Euro Bereitstellungsgebühr je Kalendertag – **zuzüglich** Gesprächsgebühren Patienten mit Wahlleistung Unterkunft sind von der Bereitstellungsgebühr befreit!
- die Bereitstellung eines Fernsehgerätes (soweit Installation vorhanden) - Kopfhörer	kostenlos 2,00 Euro Patienten mit Wahlleistung Unterkunft bekommen Kopfhörer kostenfrei zur Verfügung gestellt!
- die Bereitstellung eines **Internet**anschlusses (soweit Installation möglich)	2,50 Euro incl. MWST / je Kalendertag Patienten mit Wahlleistung Unterkunft sind von der Bereitstellungsgebühr befreit!
- **Kopierkosten**	0,50 Euro **/ pro Kopie**
- **Anfertigungen von CD´s** (Kopie des digitalisierten Krankenblattes oder CD der Röntgenbilder eines Aufenthaltes) **auf Wunsch des Patienten**	10 Euro Bearbeitungsgebühr incl. erster CD / zuzüglich 2 Euro für jede weitere CD (bei hohem Datenvolumen ggf. Aufteilung auf mehrere CD´s notwendig)
- **Vergleichsrechnungen** für Beihilfestellen	Erstattung des tatsächlichen Aufwandes, mindestens 10 Euro **/ je Anfrage**
- Erstellen von **Kostenvoranschlägen**	Kostenfrei – erfolgt jedoch nur auf Beauftragung durch Ärzte der Klinikum Darmstadt GmbH

11. Zuzahlungen

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 4 SGB V

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. Der Zuzahlungsbetrag beträgt derzeit **10,00€** je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten für Übergangspflege nach § 39e Abs. 2 SGB V

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der Übergangspflege nach § 39e SGB V – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beträgt derzeit **10,00 €** je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 1 SGB V beim Patienten geltend gemacht. Dabei sind bereits geleistete Zuzahlungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung anzurechnen.

12. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dassselbe Krankenhaus gemäß § 2 Abs. 1 und 2 PEPPV 2025 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 2 PEPPV 2025 hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Aufenthaltsdaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in ein Entgelt vorzunehmen, wenn eine Patientin oder ein Patient innerhalb von 14 Kalendertagen, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Entlassungstag der vorangegangenen Behandlung, wieder aufgenommen wird und in dieselbe Strukturkategorie einzustufen ist. Das Kriterium der Einstufung in dieselbe Strukturkategorie findet keine Anwendung, wenn Fälle aus unterschiedlichen Jahren zusammenzufassen sind. Eine Zusammenfassung und Neueinstufung ist nur vorzunehmen, wenn eine Patientin oder ein Patient innerhalb von 90 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift der Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts wieder aufgenommen wird.

Für Fallzusammenfassungen sind zur Ermittlung der Berechnungstage der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts zusammenzurechnen; hierbei sind die Verlegungs- oder Entlassungstage aller zusammenzuführenden Aufenthalte mit in die Berechnung einzubeziehen.

13. Belegärzte

Die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses sind mit den Entgelten nach den Nrn. 1 – 9 nicht abgegolten, sondern werden von dem Belegarzt gesondert berechnet.

14. 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 PEPP-Entgelttarif tritt am 01.01.2025 in Kraft. Gleichzeitig wird der PEPP-Entgelttarif vom 01.07.2024 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeitenden unserer Ambulanten und Stationären Abrechnung hierfür gerne zur Verfügung.

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in den PEPP-Entgeltkatalog mit den zugehörigen Bewertungsrelationen 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.

Klinikum Darmstadt GmbH Akademisches Lehrkrankenhaus	**Behandlungsvertrag**	**voll**stationäre / **teil**stationäre /**vor**- und **nach**stationäre Behandlung

zwischen:

..... Name, Vorname des Patienten	..... Geburtsdatum des Patienten
..... Anschrift: Straße	..... PLZ und Wohnort
..... Aufnahmenummer	..... Fachabteilung / Station
..... 1. Kostenträger	..... 2. Kostenträger

und der **Klinikum Darmstadt GmbH** über die **voll**stationäre / **teil**stationäre /**vor**- und **nach**stationäre Behandlung zu den in der aktuell gültigen Version der **A**llgemeinen **V**ertrags**B**edingungen (AVB) des Krankenhauses niedergelegten Bedingungen. Dies gilt auch für Leistungen nach §115f SGB V.

Wichtiger Hinweis:
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. Krankenkassen etc.). In diesen Fällen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet.

Ich habe jeweils eine Ausfertigung:

- ☐ des Behandlungsvertrages
- ☐ der Wahlleistungsvereinbarung Wahlarzt
- ☐ der Wahlleistungsvereinbarung Unterkunft

erhalten

Ich bestätige, dass ich Einsicht in die Aushänge*

- ☐ DRG-Entgelt- oder PEPP-Entgelttarif und der Unterrichtung des Patienten nach § 8KHEntgG/BPflV
- ☐ Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB)
- ☐ Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten
- ☐ Liste externer Dienstleister
- ☐ Hausordnung

nehmen kann.

*Die Aushänge befinden sich vor den Räumen der Zentralen Administrativen Aufnahme Gebäude 1. Auf gesonderten Wunsch kann ich diese Dokumente ausgehändigt bekommen (Ausdruck über SharePoint – Seite Patientenmanagement).

X_____ _____

Unterschrift Patient/-in **Unterschrift Krankenhausmitarbeiter/-in**

(bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)
i.A. = im Auftrag der/des Patientin/-en (Wille des Patienten wird dokumentiert – Patient selbst zur Unterschrift körperlich nicht fähig)
i.V. = in Vertretung der/des Patientin/-en als Vertreter ohne Vertretungsmacht; nachträgliche Genehmigung wird eingeholt!

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsvollmacht:

_____

Name (Blockbuchstaben), Adresse und Unterschrift der Vertretung des Patienten

Übernehmen Dritte die Verpflichtung, so sind neben dessen Unterschrift auch deren Personalien anzugeben. Wünschen Angehörige (nicht Ehegatten) für Patienten Wahlleistungen, so ist zusätzlich eine Kostenübernahmeverpflichtung zu unterschreiben!

Darmstadt, den…….. Aufnahmenummer: ……

Nur von privat versicherten bzw. privat zusatzversicherten Patienten auszufüllen!

Direktabrechnung zwischen Krankenhaus und meiner privaten Krankenversicherung

Ich mache von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung der allgemeinen Krankenhausleistungen und / oder der Wahlleistung Unterkunft zwischen dem Krankenhaus und meiner privaten Krankenversicherung Gebrauch.

Ich bin damit einverstanden, dass die Klinikum Darmstadt GmbH die mich betreffenden Behandlungsdaten im Wege des elektronischen Datenaustausch an meine private Krankenversicherung zum Zwecke der Abrechnung übermittelt.
(Datenübermittlung nach Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 17c Abs. 5 KHG)

☐ **Ja** ☐ **Nein**

....
Private Krankenversicherung Versicherten Nummer

Wichtiger Hinweis:
Die MEDICARD enthält keine Hinweise darauf, ob Sie für die Wahlleistung Chefarztbehandlung versichert sind! Rechnungen für Wahlleistungshonorare Chefarztbehandlung werden nicht direkt mit der Privaten Krankenversicherung abgerechnet. Diese Rechnungen müssen Sie selbst bei Ihrer Krankenversicherung einreichen.

Angabe / Mitteilung eines Pflegegrades

Für den Fall, dass bei mir ein Pflegegrad besteht, bin ich damit einverstanden, dass meine private Krankenversicherung dem Krankenhaus diesen übermittelt.

Die Kenntnis des Pflegegrades ist für das Krankenhaus wichtig, um die Rechnung korrekt stellen zu können. Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sofern Sie keine Einwilligung erteilen, entstehen Ihnen hieraus keine Nachteile. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen dem privaten Krankenversicherungsunternehmen und dem Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem Krankenhausträger zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Darmstadt, den…….. Aufnahmenummer: ……

Datenübermittlung zwischen Hausärzten / Fachärzten und Krankenhäusern

Datenaustausch zwischen Hausarzt / Facharzt und Krankenhaus § 73 Abs. 1b SGB V

1: Übermittlung von Daten

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt oder einweisenden Facharzt zum Zweck der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt / Facharzt

☐ **Ja** ☐ **Nein**

2: Anforderung von Daten

Ferner bin ich damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem Hausarzt oder einweisenden Facharzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde anfordern kann, soweit dies für die aktuelle Krankenhausbehandlung erforderlich ist, Das Krankenhaus wird die Daten nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Mein **Hausarzt** ist:

……..
Name und Anschrift des **Hausarztes**

Mein **einweisender Facharzt** ist:

……..
Name und Anschrift des **einweisenden Facharztes**

Datenaustausch Telemedizinische Beratung:

Ich bin damit einverstanden, dass im Bedarfsfall meine personenbezogenen Daten, Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der telemedizinischen Beratung und Unterstützung meiner behandelnden Ärztinnen und Ärzte an andere Krankenhäuser sowie die Awesome Technologies Innovationslabor GmbH weitergegeben werden.

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Ihre Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen gegenüber dem Krankenhaus widerrufen werden. In diesem Fall findet keine weitere Datenübermittlung der Telemedizinischen Beratung sowie zwischen dem Hausarzt, dem einweisenden Facharzt und dem Krankenhaus statt.

Auskunftssperre:

☐ Über meinen derzeitigen Aufenthalt in der Klinikum Darmstadt GmbH soll von Seiten des Krankenhauses an Dritte (Angehörige, Verwandte und Bekannte) keine Auskunft erteilt werden.

Darmstadt, den…….. Aufnahmenummer: ……

Patienteninformation zum Entlassmanagement nach § 39 Abs.1a SGB V	KlinikumDarmstadt GmbH Akademisches Lehrkrankenhaus

Worum geht es beim Entlassmanagement?

Nach Abschluss der Krankenhausbehandlung erfolgt die Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus. In bestimmten Fällen ist jedoch nach Abschluss der Krankenhausbehandlung noch weitere Unterstützung erforderlich, um das Behandlungsergebnis zu sichern. Eine entsprechende Anschlussversorgung kann beispielsweise eine medizinische oder pflegerische Versorgung umfassen, die ambulant oder in stationären Einrichtungen der Rehabilitation oder Pflege erfolgt. Aber auch z.B. Terminvereinbarungen mit Ärzten, Physiotherapeuten, Pflegediensten oder Selbsthilfegruppen sowie die Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei der Kranken- oder Pflegekasse können von dieser Anschlussversorgung umfasst sein.

Das Krankenhaus ist gesetzlich dazu verpflichtet, die Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus vorzubereiten. Das Ziel des Entlassmanagements ist es, eine lückenlose Anschlussversorgung der Patienten zu organisieren. Dazu stellt das Krankenhaus fest, ob und welche medizinischen oder pflegerischen Maßnahmen im Anschluss an die Krankenhausbehandlung erforderlich sind und leitet diese Maßnahmen bereits während des stationären Aufenthaltes ein. Ist es für die unmittelbare Anschlussversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt erforderlich, können in begrenztem Umfang auch Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Soziotherapie und Häusliche Krankenpflege verordnet oder die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden. Bei Bedarf wird das Entlassmanagement auch durch die Kranken-/Pflegekasse unterstützt.

Die Patienten werden über alle Maßnahmen des Entlassmanagements durch das Krankenhaus informiert und beraten. Alle geplanten Maßnahmen werden mit ihnen abgestimmt. Wenn die Patienten es wünschen, werden ihre Angehörigen oder Bezugspersonen zu den Informationen und Beratungen hinzugezogen.

Warum bedarf es einer Einwilligungserklärung?

Das Gesetz schreibt vor, dass für die Durchführung eines Entlassmanagements und die Unterstützung durch die Kranken-/Pflegekasse hierbei die Einwilligung der Patienten in schriftlicher oder elektronischer Form vorliegen muss.

Im Rahmen des Entlassmanagements kann es erforderlich werden, dass das Krankenhaus Kontakt z.B. zu Ärzten, Heilmittelerbringern (z.B. Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten) oder Lieferanten von Hilfsmitteln und/oder zu der Kranken- oder Pflegekasse der Patienten aufnehmen muss. Dann kann es notwendig sein, die Patientendaten zu diesem Zweck an diese Beteiligten zu übermitteln. Dies setzt jedoch die schriftliche oder elektronische Einwilligung der Patienten voraus. Diese kann mittels der beigefügten Einwilligungserklärung erfolgen, mit der die Patienten ihre Zustimmung zum Entlassmanagement und der damit verbundenen Datenübermittlung ebenso erklären können wie zur Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse sowie der damit verbundenen Datenübermittlung.

Darmstadt, den…….. Aufnahmenummer: ……

Entlassmanagement durch „Beauftragte“ außerhalb des Krankenhauses

Krankenhäuser können Aufgaben des Entlassmanagements an niedergelassene Ärzte bzw. Einrichtungen oder ermächtigte Ärzte bzw. Einrichtungen übertragen. Diese Möglichkeit hat der Gesetzgeber vorgesehen. Sollte diese Form des Entlassmanagements speziell für die ggf. erforderliche Anschlussversorgung in Frage kommen, werden die Patienten gesondert informiert und um die diesbezügliche Einwilligung gebeten.

Es soll kein Entlassmanagement in Anspruch genommen werden?

Die Einwilligung ist freiwillig. Wenn die Patienten kein Entlassmanagement wünschen und/oder die Kranken-/Pflegekasse dabei nicht unterstützen soll, erteilen sie keine Einwilligung. Wird trotz bestehenden Bedarfs kein Entlassmanagement durchgeführt, kann dies dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Bei Anträgen auf Leistungen der Kranken-/Pflegekassen kann eine spätere Antragstellung zur Folge haben, dass der Leistungsanspruch erst zu einem späteren Zeitpunkt entsteht.

Die bereits erteilte Einwilligung soll widerrufen werden?

Haben die Patienten bereits in die Durchführung des Entlassmanagements schriftlich oder elektronisch eingewilligt, möchten die Einwilligung jedoch zurücknehmen, können sie diese jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich oder elektronisch widerrufen.

- Betrifft der Widerruf die Durchführung des Entlassmanagements insgesamt, erklären sie den vollständigen Widerruf gegenüber dem Krankenhaus.
- Betrifft der Widerruf ausschließlich die Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse, so erklären sie den Widerruf gegenüber der Kranken-/Pflegekasse und dem Krankenhaus.

Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser beim Krankenhaus bzw. der Kranken-/Pflegekasse eingeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Je nach Widerruf kann trotz bestehenden Bedarfs kein Entlassmanagement durchgeführt werden oder dieses nicht durch die Kranken-/Pflegekasse unterstützt werden. Dies kann dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Bei Anträgen auf Leistungen der Kranken- oder Pflegekassen kann eine spätere Antragstellung zur Folge haben, dass ein Leistungsanspruch erst zu einem späteren Zeitpunkt entsteht.

Bei Rückfragen zum Entlassmanagement geben das Krankenhaus oder die Kranken-/Pflegekasse gern weitere Auskünfte.

X

_____

Unterschrift des Patienten / Vertreters
(bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)

Darmstadt, den…….. Aufnahmenummer: ……

Einwilligungserklärung Entlassmanagement und die Datenverarbeitung

1. Einwilligung in das Entlassmanagement und die damit verbundene Datenverarbeitung

Die Klinikum Darmstadt GmbH organisiert und vermittelt gegebenenfalls eine notwendige weitergehende medizinische und/ oder pflegerische Versorgung nach der Entlassung. Dies geschieht ausschließlich in Absprache mit mir oder ggf. mit meinen Angehörigen/ Bevollmächtigten. Eine Übermittlung meiner Daten erfolgt, um einen möglichst reibungslosen Übergang in die häusliche Versorgung sicherzustellen.

Sollte eine nachstationäre Weiterversorgung von Nöten sein, so willige ich in eine Datenübermittlung an die folgenden externen Partner ein:

Pflegedienste / Pflegeheime / Kurzzeitpflegeeinrichtungen / Rehabilitationseinrichtungen:

- Informationen über erforderliche zu erbringende Leistungen, um Versorgungsbrüche zu vermeiden
- Weitergabe versorgungsrelevanter professioneller Informationen und Situationseinschätzungen zum Versorgungsbedarf

Die übermittelten Daten enthalten Angaben zu:

- Personalien des Betroffenen
- Angehörige / Bezugsperson / gerichtlich bestellter Betreuer / Bevollmächtigter
- Unterstützungs- / Versorgungsbedarf
- Ggf. Diagnosen / Verläufe / medizinische Befunde

Heil- und Hilfsmittelversorger (Pflegebett, Rollstuhl, Rollator, Rezepte, Verbandsmaterial)
Fachberater (Wund-, Stomaversorger, Ernährungstherapeuten)

- Informationen über erforderliche zu erbringende Leistungen um Versorgungsbrüche zu vermeiden

Die übermittelten Daten enthalten Angaben zu:

- Personalien des Betroffenen
- Unterstützungs- / Versorgungsbedarf

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Angaben zu Ziffer 2 nur erforderlich, sofern unter Ziffer 1 „Ja“ angekreuzt wurde:

2. Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/Pflegekasse und die damit verbundene Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass das Krankenhaus meiner Kranken-/Pflegekasse die erforderlichen personenbezogenen Daten übermittelt, damit diese bei Bedarf das Entlassmanagement unterstützen kann. Dies kommt dann in Betracht, wenn bei Notwendigkeit einer Anschlussversorgung eine gemeinsame Organisation dieser Anschlussversorgung durch Krankenhaus und Krankenkasse erforderlich ist. Meine Kranken-/Pflegekasse darf die ihr vom Krankenhaus übermittelten erforderlichen Daten ausschließlich zum Zwecke der Unterstützung des Entlassmanagements verarbeiten und nutzen. Über meine Einwilligung hierzu informiert das Krankenhaus meine Kranken-/Pflegekasse.

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen schriftlich/elektronisch widerrufen. Willige ich nicht in das Entlassmanagement und die unter 1. und 2. genannten Punkte ein oder widerrufe ich meine Einwilligung, kann das dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Der Widerruf gilt nur für die Zukunft.

X

_____

Unterschrift des Patienten / Vertreters
(bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)

Darmstadt, den…….. Aufnahmenummer: ……

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aus datenschutzrechtlichen Gründen ist Ihre schriftliche Einwilligung zur Vorstellung Ihrer Erkrankung, der Dokumentation (Speicherung) und Nachsorge für interdisziplinäre Konferenzen sowie in den verschiedenen Zentren der Klinikum Darmstadt GmbH erforderlich.
Diese Konferenzen dienen ausschließlich dazu, unter Einschluss aller beteiligten Fachdisziplinen Vorschläge und Empfehlungen zur weiteren Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft auszusprechen.
Diese Empfehlungen werden Ihnen nach den Konferenzen von den behandelnden Ärzten vorgestellt und mit Ihnen besprochen.
Mitglieder der Konferenzen sind ärztliche Vertreter aller am Therapieplan beteiligten Fachdisziplinen.
Damit sich die an den Konferenzen teilnehmenden Ärzte über Ihre Erkrankung vor der Besprechung informieren können, ist es notwendig, dass Ihre Patientendaten vorab in den Datenbanken elektronisch verfügbar sind.

Einwilligung in zentrale Dokumentationen und Vorstellung in Konferenzen

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten in den zentralen Dokumentationen von Zentren in der Klinikum Darmstadt GmbH gespeichert werden. Ebenso bin ich mit der Vorstellung meines Krankheitsbildes in einer der Konferenzen einverstanden.

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Einwilligung zur Nachsorge („Follow-up“)

Ich bin damit einverstanden, dass bei nachbehandelnden Ärzten zum Nachweis der Qualitätssicherung vorliegende Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese erforderlich sind, an Zentren der Klinikum Darmstadt GmbH übermittelt werden.

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Einwilligung und Begutachtung durch Zertifizierungsgesellschaften

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Qualitätskontrollen (Zertifizierungen) Fachexperten von Zertifizierungsstellen für Zentren Einblick in meine Krankenunterlagen nehmen.

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit schriftlich ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem er ausgesprochen wird. Ab diesem Zeitpunkt wird keine Datenweitergabe an Zentren bzw. keine Besprechung meiner Erkrankung in Konferenzen mehr erfolgen. Der Widerruf hat keine Rückwirkung. Eine bereits erfolgte Datenweitergabe bzw. Besprechung in Konferenzen bleibt rechtmäßig. Mir ist bewusst, dass bei einer Nichteinwilligung keine ganzheitliche bzw. interdisziplinäre Behandlung möglich ist. Weitere Fragen zur Datenverwendung beantworten behandelnde Ärzte.

X

_____

Unterschrift des Patienten / Vertreters
(bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)

Darmstadt, den…….. Aufnahmenummer: ……

Information zur Meldepflicht und Widerspruch Hessisches Krebsregister	KlinikumDarmstadt GmbH Akademisches Lehrkrankenhaus

Gemäß gesetzlicher Vorgaben sind Ärztinnen/ Ärzte zu einer personenbezogenen Meldung aller Krebserkrankungen an das **Hessische Krebsregister** verpflichtet.
Eine gesetzliche Widerspruchsmöglichkeit gegen die Durchführung der Meldungen besteht nicht.

Folgende Daten werden hierbei gemeldet:
1. Angaben zur Person
- Name
- Anschrift
- Geschlecht
- Geburtsdatum
- Krankenversicherungsdaten

2. Medizinische Daten zu Ihrer Erkrankung
- Diagnose, Lokalisation und Ausbreitung des Tumors
- Diagnosedatum
- Art der Diagnosesicherung, z. B. Entnahme einer Gewebeprobe
- Art, Beginn, Dauer und Ergebnis der Therapie
- Krankheitsverlauf
- Vitalstatus
- Meldende Institution (Meldende/r Arzt/Ärztin bzw. Krankenhaus)

Gegen die Speicherung der Identitätsdaten im Hessischen Krebsregister besteht jedoch die Möglichkeit des Widerspruchs. Der Widerspruch kann bei jeder Ärztin/ jedem Arzt Ihrer Behandlung im Klinikum Darmstadt oder direkt schriftlich eingereicht werden bei:

Verantwortlicher im Sinne der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung:
Landesärztekammer Hessen
Hanauer Landstraße 152
60314 Frankfurt am Main
Telefon: 069 97672-0
E-Mail: info@laekh.de

Datenschutzbeauftragter der LÄKH:
Andreas Wolf
Hanauer Landstraße 152
60314 Frankfurt am Main
Telefon: 069 97672-313
E-Mail: datenschutz@laekh.de

Die Datenverarbeitung im Hessischen Krebsregister erfolgt streng vertraulich.
Maßnahmen zum Schutz der Daten entsprechen aktuellsten Standards.
Eine Nutzung der Daten für Auswertungen geschieht nach strengen, gesetzlich vorgegebenen Auflagen und ohne Namensbezug (pseudonymisiert).

Darmstadt, den…….. Aufnahmenummer: ……

Information bei der Erhebung personenbezogener Daten

Zeitpunkt der Information: Aufnahme!

Sehr geehrte Patienten,

im Rahmen Ihrer Behandlung bzw. Versorgung ist es erforderlich, personenbezogene und auch medizinische Daten über Ihre Person zu verarbeiten. Da die Vorgänge sowohl innerhalb unseres Krankenhauses als auch im Zusammenspiel mit weiteren an Ihrer Behandlung beteiligten Personen / Institutionen des Gesundheitswesens nicht leicht zu überblicken sind, haben wir für Sie die nachfolgenden Informationen zusammengestellt:

Verantwortliche Stelle der Datenverarbeitung:

Geschäftsführung Klinikum Darmstadt GmbH

Grafenstraße 9

64283 Darmstadt

Datenschutzbeauftragter:

Die Klinikum Darmstadt GmbH hat einen Datenschutzbeauftragten bestellt. Seine Kontaktdaten lauten wie folgt: datenschutz@mail.klinikum-darmstadt.de , Telefon: 06151 107 4681

Zwecke, für die Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden:

Im Rahmen Ihrer Behandlung werden Daten über Ihre Person, Ihren sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten verarbeitet. Die Verarbeitung von Patientendaten ist nur möglich, wenn eine gesetzliche Grundlage dies vorschreibt bzw. erlaubt oder Sie als Patient hierzu Ihre Einwilligung erteilt haben.

Für Ihre patientenbezogene Versorgung / Behandlung notwendig sind dabei insbesondere Verarbeitungen Ihrer Daten aus präventiven, diagnostischen, therapeutischen, kurativen und auch nachsorgenden Gründen. Ebenso erfolgen Verarbeitungen im Hinblick auf interdisziplinäre Konferenzen zur Analyse und Erörterung von Diagnostik und Therapie, zur Vor-, Mit-, Weiterversorgung bzgl. Diagnostik, Therapie, Befunden sowie Krankheits- / Vitalstatus. Daneben werden Arztbriefe / Berichte geschrieben und es erfolgen Verarbeitungen aus Qualitätssicherungsgründen, zum Erkennen und Bekämpfen von Krankenhausinfektionen sowie zur seelsorgerischen und sozialen Betreuung und zum Entlass Management.

Neben diesen patientenbezogenen Verarbeitungen bedarf es auch einer verwaltungsmäßigen Abwicklung Ihrer Behandlung. Dies bedingt im Wesentlichen die Verarbeitung Ihrer Daten zur Abrechnung Ihrer Behandlung, aus Gründen des Controllings / der Rechnungsprüfung, zur Geltendmachung, Ausübung sowie Verteidigung von Rechtsansprüchen, usw. Ferner erfolgen Datenverarbeitungen zu Zwecken der Ausbildung, der Fort- und Weiterbildung von Ärzten und von Angehörigen anderer Berufe des Gesundheitswesen, zur Forschung oder zu gesetzlich vorgesehenen Meldepflichten (z.B. an die Polizei aufgrund des Melderechts, an staatliche Gesundheitsämter aufgrund des Infektionsschutzgesetzes, an Krebsregister) sowie nicht zuletzt aus Gründen der Betreuung und Wartung von IT-Systemen und Anwendungen, usw.

Von wem erhalten wir Ihre Daten?

Die entsprechenden Daten erheben wir grundsätzlich – sofern möglich – bei Ihnen selbst. Teilweise kann es jedoch auch vorkommen, dass wir von anderen Krankenhäusern, die etwa Ihre Erst- / Vor-Behandlung durchgeführt haben, von niedergelassenen Ärzten, Fachärzten, Medizinischen Versorgungszentren (sog. MVZ), usw. Sie betreffende personenbezogene Daten erhalten. Diese werden in unserem Krankenhaus im Sinne einer einheitlichen Dokumentation mit Ihren übrigen Daten nach Einwilligung zusammengeführt.

Wer hat Zugriff auf Ihre Daten?

Die an Ihrer Behandlung beteiligten Personen haben Zugriff auf Ihre Daten, wozu etwa auch Ärzte anderer Abteilungen zählen, die an einer fachübergreifenden Behandlung teilnehmen oder die Verwaltung, die die Abrechnung Ihrer Behandlung vornimmt.

Ihre Daten werden von Fachpersonal oder unter dessen Verantwortung verarbeitet. Dieses Fachpersonal unterliegt entweder dem sog. Berufsgeheimnis oder einer Geheimhaltungspflicht.

Der vertrauliche Umgang mit Ihren Daten wird gewährleistet!

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten durch den Krankenhausträger

Die Grundlage dafür, dass die Klinikum Darmstadt GmbH Ihre Daten datenschutzrechtlich verarbeiten darf, ergibt sich hauptsächlich daraus, dass die Klinikum Darmstadt GmbH für die Versorgung und Behandlung von Patienten zuständig ist. Auf dieser Grundlage gibt es unterschiedliche Gesetze und Verordnungen, die der Klinikum Darmstadt GmbH eine Verarbeitung der Daten erlauben.

Genannt sei hier insbesondere die sog. EU Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), z.B. Art. 6, 9 DS-GVO, die auch in Deutschland gilt und ausdrücklich regelt, dass Daten von Patienten verarbeitet werden dürfen. Daneben finden sich Grundlagen im deutschen Recht, etwa in dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), z.B. § 301 SGB V, in dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), insbesondere § 22 BDSG6 und im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), sowie in den §§ 630 ff. BGB, die eine Verarbeitung Ihrer Daten voraussetzen.

Als Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung seien hier beispielhaft genannt:

- Datenverarbeitungen zum Zwecke der Durchführung sowie Dokumentation des Behandlungsgeschehens einschließlich des innerärztlichen und interprofessionellen Austauschs im Krankenhaus über den Patienten für die Behandlung (Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.A. §§ 630a ff, 630f BGB i.V.m. entsprechenden landesrechtlichen Regelungen),

Datenübermittlung an „Externe“ im Sinne einer gemeinsamen Behandlung (im Team), Zuziehung externer Konsiliarärzte, z.B. Labor, Telemedizin, sowie Zuziehung externer Therapeuten (Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, (, Abs.4) DS-GVO i.V.m. entsprechenden landesrechtlichen Regelungen sofern vorhanden),
- Datenübermittlung an die gesetzlichen Krankenkassen zum Zwecke der Abrechnung (Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 301 SGB V),
- Datenübermittlung zu Zwecken der Qualitätssicherung (Art. 9 Abs. 2i DS-GVO i.V.m. § 299 SGB V i.V.m. § 136 SGB V bzw. den Richtlinien des G-BA), usw.

Daneben sind Verarbeitungen auch in Fällen zulässig, in denen Sie uns Ihre Einwilligung erklärt haben.

Notwendigkeit der Angabe Ihrer Personalien
Die ordnungsgemäße administrative Abwicklung Ihrer Behandlung bedingt die Aufnahme Ihrer Personalien. Davon ausgenommen sind ausschließlich die Fälle der vertraulichen Geburt.

Mögliche Empfänger Ihrer Daten

Ihre Daten werden im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen bzw. etwaiger vorliegender Einwilligungserklärungen erhoben und ggf. an Dritte übermittelt. Als derartige Dritte kommen insbesondere in Betracht:
- gesetzliche Krankenkassen sofern Sie gesetzlich versichert sind,
- private Krankenversicherungen sofern Sie privat versichert,
- Unfallversicherungsträger,
- Hausärzte,
- weiter-, nach- bzw. mitbehandelnde Ärzte,
- andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung,
- Rehabilitationseinrichtungen,
- Pflegeeinrichtungen,
- externe Datenverarbeiter (sog. Auftragsverarbeiter) sowie
- für die Qualitätssicherung zu Operationen an den gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Welche Daten werden im Einzelnen übermittelt?

Sofern Daten übermittelt werden, hängt es im Einzelfall vom jeweiligen Empfänger ab, welche Daten dies sind. Bei einer Übermittlung entsprechend § 301 SGB V an Ihre Krankenkasse handelt es sich zum Beispiel um folgende Daten:
1. Name des Versicherten,
2. Geburtsdatum,
3. Anschrift,
4. Krankenversichertennummer,
5. Versichertenstatus,
6. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung, bei Kleinkindern bis zu einem Jahr das Aufnahmegewicht,
7. Datum und Art der jeweils im Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
8. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,
9. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

Behandlung aufgrund ästhetischer Operationen, Tätowierungen oder Piercings

Für den Fall, dass eine Krankheit vorliegt, für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist, muss auch diesbezüglich eine Meldung an die Krankenkasse erfolgen.

Widerruf erteilter Einwilligungen
Wenn die Verarbeitung Ihrer Daten auf einer Einwilligung beruht, die Sie der Klinikum Darmstadt GmbH gegenüber erklärt haben, dann steht Ihnen das Recht zu, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Diese Erklärung können Sie – schriftlich / per Mail / Fax – an die Klinikum Darmstadt GmbH richten. Einer Angabe von Gründen bedarf es dafür nicht. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Wahrnehmung berechtigter Interessen der Klinikum Darmstadt GmbH

Sofern die Klinikum Darmstadt GmbH zur Durchsetzung seiner Ansprüche gegen Sie selbst oder Ihre Krankenkasse gezwungen ist, anwaltliche oder gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, da die vom Klinikum Darmstadt gestellte Rechnung nicht beglichen wird, muss die Klinikum Darmstadt GmbH (zu Zwecken der Rechteverfolgung) die dafür notwendigen Daten zu Ihrer Person und Ihrer Behandlung offenbaren.

Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Die Klinikum Darmstadt GmbH ist gem. § 630f Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) dazu verpflichtet, eine Dokumentation über Ihre Behandlung zu führen. Dieser Verpflichtung kann die Klinikum Darmstadt GmbH in Form einer in Papierform oder elektronisch geführten Patientenakte nachkommen. Diese Patientendokumentation wird auch nach Abschluss Ihrer Behandlung für lange Zeit vom Krankenhaus verwahrt. Auch dazu ist die Klinikum Darmstadt GmbH gesetzlich verpflichtet.
Mit der Frage, wie lange die Dokumente im Einzelnen im Krankenhaus aufzubewahren sind, beschäftigen sich viele spezielle gesetzliche Regelungen. Zu nennen sind etwa hier die Röntgenverordnung (RöV), die Strahlenschutzverordnung (StrlSchV), die Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO), das Transfusionsgesetz (TFG), und viele mehr. Diese gesetzlichen Regelungen schreiben unterschiedliche Aufbewahrungsfristen von 10 bis 30 Jahren vor.
Daneben ist zu beachten, dass Krankenhäuser Patientenakten auch aus Gründen der Beweissicherung bis zu 30 Jahre lang aufbewahren. Dies folgt daraus, dass Schadensersatzansprüche, die Patienten gegenüber dem Krankenhaus geltend machen, gemäß § 199 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) spätestens in 30 Jahren verjähren. Ein Haftungsprozess könnte also erst Jahrzehnte nach Beendigung der Behandlung gegen den Krankenhausträger anhängig gemacht werden. Würde das Krankenhaus mit der Schadensersatzforderung eines Patienten wegen eines behaupteten Behandlungsfehlers konfrontiert und wären die entsprechenden Krankenunterlagen inzwischen vernichtet, könnte dies zu erheblichen prozessualen Nachteilen für das Krankenhaus führen.
Aus diesem Grunde wird Ihre Patientenakte bis zu 30 Jahre lang aufbewahrt.

Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung usw.

Ihnen stehen sog. Betroffenenrechte zu. Diese Rechte können Sie gegenüber der Klinikum Darmstadt GmbH geltend machen:
- Recht auf Auskunft, Art. 15 DS-GVO über die Sie betreffenden gespeicherten personenbezogenen Daten.
- Recht auf Berichtigung, Art. 16 DS-GVO Wenn Sie feststellen, dass unrichtige Daten zu Ihrer Person verarbeitet werden, können Sie Berichtigung verlangen. Unvollständige Daten müssen unter Berücksichtigung des Zwecks der Verarbeitung vervollständigt werden.
- Recht auf Löschung, Art. 17 DS-GVO
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, Art. 18 DS-GVO
- Recht auf Widerspruch gegen unzumutbare Datenverarbeitung, Art. 21 DS-GVO

Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde wegen Datenschutzverstößen

Unabhängig davon, dass es Ihnen auch freisteht, gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten datenschutzrechtlich nicht zulässig ist.

<u>Kontaktdaten der Aufsichtsbehörde:</u>
Der hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Gustav-Stresemann-Ring1
65189 Wiesbaden
Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Patienteninformation: Dienstleister der Klinikum Darmstadt GmbH

Firma	Adresse	Dienstleistung
MedEcon Telemedizin GmbH	Gesundheitscampus-Süd 29, 44801 Bochum	Teleradiologieverbund
3M Deutschland	Sophie-Charlotten-Str.15 14059 Berlin	Komplettlösungen für DRG sowie PEPP / Kodierung
Dynamed GmbH	Berliner Str. 26a 13507 Berlin	Logistiksoftware
Alcedis GmbH	Winchester Str.3 35394 Gießen	Tumordokumentation
GE Healthcare	Beethovenstr.239 42655 Solingen	Bereitstellung Medizinischer Systeme
Heidelberg Engineering GmbH	Max-Jarecki-Straße 8 69115 Heidelberg	Diagnostik Augenklinik
Opasca GmbH	Franz-Volhard-Str. 3 68167 Mannheim	Integrierte Sicherheitslösungen in der Strahlentherapie
Euroimmun	Seekamp 31 23560 Lübeck	Labordiagnostik
Olympus Deutschland GmbH	Amsinckstraße 63 20097 Hamburg	Medizintechnik Endoskopie
Klinikum Catering Service GmbH	Grafenstraße 9 64283 Darmstadt	Tochtergesellschaft Speisenversorgung
Starkenburg Service GmbH	Grafenstr.9 64283 Darmstadt	Tochtergesellschaft Erbringung von Serviceleistungen
Mack Medizintechnik GmbH	Schirmbeckstr.13 85276 Pfaffenhofen	Audiologische Akustik, Neugeborenen Hörscreening und Neurootologie
Hermed	Robert-Bosch-Str.6 67292 Kirchheimbolanden	Bewirtschaftung der Medizintechnik
Incu GmbH	Im Hausgrün 29 79312 Emmendingen	Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring
Nexus GmbH	Hanauer Landstr. 293 60314 Frankfurt	Diagnostik Frauenklinik
Vision RT	Hellgrundweg 101 22525 Hamburg	Oberflächenüberwachung von Patienten Radiologie 2
Inomed GmbH	Im Hausgrün 29 79312 Emmendingen	Medizintechnik
Cerner Health Services Deutschland GmbH	Cunoweg 1 65510 Idstein	Digitale IT Prozesse im Gesundheitswesen
4Voice AG	Hans-Pinsel-Straße 10 b 85540 Haar	Digitales Diktat
Philips GmbH	Röntgenstraße 22 22335 Hamburg	Röntgenbildarchivierung

MediaInterface GmbH	Schweriner Str.1 01067 Dresden	Diktat und Spracherkennung
PVS Südwest	C8 ,9 68159 Mannheim	Privatabrechnung
Consulting 4IT GmbH	Im Ermlisgrund 6 76337 Waldbronn	Lösungen für IT Anwendungen

CGM Clinical Europe GmbH	Maria Trost 25 56070 Koblenz	Digitale IT Prozesse im Gesundheitswesen
Apotheken und Ärzte Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH	Marienstr.10 70178 Stuttgart	Rezeptabrechnung für Apotheken
Varian Medical Systems	Alsfelder Str.6 64289 Darmstadt	Medizingerätehersteller für Bestrahlung Radiologie 2
Medlinq	Wentorfer Str.62 21029 Hamburg	Software für Anästhesiedokumentation
Foto Finder Systems GmbH	Industriestr.12 84364 Bad Birnbach	Diagnostik Hautklinik
Epias GmbH	Bahnhofstraße 45 65510 Idstein	Software Zentrale Notaufnahme
SE Software	Taubenbühlstr.13 93413 Cham	Software zur Speisenerfassung
Saatmann GmbH	Prinz-Carl-Anlage 8 67547 Worms	Software Neugeborene
Justus Liebig Universität	Ludwigstr.23 35392 Gießen	Tumordokumentation
Dedalus	Ruhrallee 191 45136 Essen	Labormanagement
Netigate	Untermainkai 27-28 60239 Frankfurt	Software für Online Befragungen
Metek GmbH	Bundesstr.107 52159 Roetgen	Software für Herzkatheterlabor
Meona GmbH	Heinrich-von-Stephan Str.25 79100 Freiburg	Klinische Dokumentation
Baby Smile GmbH	Rochlitzer Straße 10 09111 Chemnitz	Fotografie von Neugeborenen
MedVision	Heinrich Hertz Str.9 59423 Unna	Nephrologisches Informationssystem
Mediaform	Borsigstr.21 21465 Reinbeck	Softwarepflege Labor
KGS	Dornhofstr.38 A 63263 Neu-Isenburg	Digitale Archivierung

Awesome	Leightonstr.3 97074 Würzburg	Plattform Telecovid Hessen
Karl Storz SE & Co. KG	Dr.-Karl-Storz-Straße 34 78532 Tuttlingen	Hersteller für Lösungen der Medizintechnik Endoskopie
Ixmid GmbH	Eupener Str.70 50933 Köln	Kommunikation klinischer Informationen
Invitec GmbH & Co KG	Altendorfer Straße 97-101 45143 Essen	Software für Instrumentenmanagement
IMP Computersysteme AG	Bessemerstraße 82 12103 Berlin	Laboranalytik
ID GmbH	Platz vor dem neuen Tor 2 10115 Berlin	Elektronische Medikation Kodierung
Fresenius Medical Care	Else-Kröner-Str.1 61352 Bad Homburg	Dialsyebehandlung
Epinet AG	Konrad Zuse Str.14 44801 Bochum	Dokumentationssystem Hygiene
Deutsches Rotes Kreuz	Sandhofstraße 1 60528 Frankfurt	Blutspendedienst
GFTM	Ratsweg 10 60386 Frankfurt	Kranken und Materialtransporte
Axaris	Max-Eyth-Weg 2 89160 Dornstadt	Medizinische Dokumentation
Medavis GmbH	Bannwaldallee 60 76185 Karlsruhe	Arbeitsabläufe Radiologie Informationssystem (RIS)
DMI	An der Muldenwiese 12 04703 Leisnig	Aktenverwaltung/ Digitalisierung Patientenakten
Roche Diagnostics	Sandhofer Str. 116 68305 Mannheim	Software Blutzucker
Mack Medizintechnik GmbH	Schirmbeckstr.13 85276 Pfaffenhofen	Audiologische Akustik
MVZ Klinikum Darmstadt GmbH	Grafenstraße 13 64283 Darmstadt	Pathologische Aufträge und Befundung
Hermed	Robert-Bosch-Str.6 67292 Kirchheimbolanden	Bewirtschaftung Medizintechnik
Intuitive Surgical GmbH	Am Flughafen 6 79108 Freiburg	OP Roboter
Abbott GmbH	Max Planck Ring 2 65205 Wiesbaden	Laboranalysen
Apoplex Medical	Zweibrücker Str. 185 66954 Pirmasens	Analyse von EKG Daten
AWO Integra GmbH	Neckarstraße 19 64711 Erbach	Vernichtung von Datenträgern

Digmed GmbH	Flachsland 23 22083 Hamburg	OP Management
Creados GmbH	Triebstraße 4 80993 München	Software Strahlenschutz

Vocuz Labs AG	Kurfürstendamm 11 10719 Berlin	SAP Lizenzmanagement
Brainlab GmbH	Olof-Palme-Str.9 81829 München	Medizintechnik

Informationsblatt für Patientinnen und Patienten zur Vorstellung in Tumorkonferenzen am Onkologischen Zentrum Klinikum Darmstadt GmbH

Liebe Patientin, lieber Patient!

In der Klinikum Darmstadt GmbH erfolgt die Behandlung von Krebspatienten gemeinsam durch alle wichtigen Fachabteilungen, die sich hierzu zum Onkologischen Zentrum zusammengeschlossen haben. Ziel ist es, auf diese Weise die beste verfügbare medizinische Fachexpertise und die fortschrittlichsten verfügbaren Behandlungsmethoden einsetzen zu können.

In Hessen besteht eine gesetzliche Meldepflicht von Tumorerkrankungen an das Hessische Krebsregister. Wir informieren Sie hiermit, dass wir dieser Verpflichtung nachkommen.

Im Zentrum der fachübergreifenden Behandlung steht die „interdisziplinäre Tumorkonferenz". Im Rahmen dieser gemeinsamen Konferenz der beteiligten Fachdisziplinen wird für jeden Patienten auf der Grundlage seiner individuellen Diagnosen und Befunde ein maßgeschneiderter Therapieplan beraten und als Empfehlung für das weitere Vorgehen festgehalten. Der Nutzen für Sie als Patient liegt also in der direkten Einbeziehung aller notwendigen medizinischen Spezialisten bei der Erstellung des für Ihre Erkrankung optimalen Behandlungsplans.

Nach der Diskussion Ihres Falles wird die in der Tumorkonferenz ausgesprochene Therapieempfehlung schriftlich als Tumorkonferenzbeschluss zu Ihrer Krankenakte hinzugefügt und enthält die Namen aller am Beschluss beteiligten Mediziner der Tumorkonferenz.

Auf der Grundlage der dort beratenen Therapieempfehlung kann das weitere Vorgehen für Sie besser geplant werden. Eine Tumorbehandlung beinhaltet in der Regel mehrere Tumorkonferenzen, in denen das Therapiekonzept in Abhängigkeit vom Ansprechen auf die Behandlung individuell angepasst wird**.**

Im Rahmen dieser Vorstellung in der Tumorkonferenz erhält in der Klinikum Darmstadt GmbH neben den unmittelbar daran beteiligten Ärztinnen und Ärzten noch weiteres Personal (z.B. aus den Bereichen medizinische Dokumentation, Sekretariat, Labor und Klinisches Krebsregister) Einblick in Ihre Daten, um eine offene und zeitnahe interdisziplinäre Zusammenarbeit zu ermöglichen. Alle im Prozess involvierten Personengruppen (wie medizinisches und administratives Personal sowie Studenten) unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und der Schweigepflicht nach §203 StGB. Ziel ist es, die Qualität der Vorstellungen in den Tumorkonferenzen sicherzustellen und kontinuierlich zu verbessern. Es erfolgt keine Weitergabe dieser sensiblen persönlichen Daten an Unberechtigte.

Die so festgelegten Therapieempfehlungen werden im Rahmen der Qualitätssicherung der Tumorkonferenzen in der Klinikum Darmstadt GmbH dokumentiert, untersucht und bewertet. Um dies zu gewährleisten, möchte die Klinikum Darmstadt GmbH Ihren Krankheitsverlauf nach der Therapieempfehlung begleiten und dokumentieren. Daher ist es besonders wichtig herauszufinden, wie es Ihnen nach dem Ende der Behandlung geht. Dies ist notwendig, um neue Erkenntnisse über die erfolgreiche Behandlung von Erkrankungen zu erlangen.

Mitarbeiter des Onkologischen Zentrums werden daher Ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte kontaktieren und regelmäßig nach Ihrem aktuellen Gesundheitszustand befragen. Der Schwerpunkt der Nachsorgebefragung liegt darauf, welche Behandlung auf Grundlage der Therapieempfehlung durchgeführt wurde und ob der gewünschte Behandlungserfolg eingetreten ist. In ausgewählten Fällen werden auch Sie als Patient direkt kontaktiert.

Gemäß der europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) haben Sie das Recht auf Auskunft über die Verarbeitung, Berichtigung oder Löschung Ihrer Daten sowie Einschränkung (nur noch Speicherung möglich) oder Widerspruch gegen die Verarbeitung und Datenübertragbarkeit bzw. Widerruf Ihrer gegebenen Einwilligung mit Wirkung auf die Zukunft sowie Beschwerde bei der Datenschutzaufsichtsbehörde.

Die Klinikum Darmstadt GmbH ist für die Datenverarbeitung verantwortlich. Sie haben das Recht Auskunft über Ihre personenbezogenen Daten zu erhalten und diese im Falle eines Fehlers berichtigen zu lassen. Weitere Details zur Verwendung Ihrer Daten oder zu Sicherheitsvorkehrungen zur Wahrung der Vertraulichkeit Ihrer Daten können bei dem Datenschutzbeauftragten erfragt werden.

Wahlleistungsvereinbarung: Unterkunft im Einbett-, Zweibett- oder Familienzimmer

zwischen

....
Name, Vorname des Patienten Geburtsdatum des Patienten

....
Anschrift: Straße PLZ und Wohnort

....
Aufnahmenummer Fachabteilung / Station

und der **Klinikum Darmstadt GmbH.**

Ich beantrage für mich bzw. die / den oben genannte Patientin / -en die nachstehend angekreuzte, gesondert berechenbare Wahlleistung Unterkunft zu den im Krankenhausentgelttarif und in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) des Klinikum Darmstadt genannten Bedingungen:

Ab Aufnahmetag ...../ ab Verlegung.....

☐ **1 –** Bett – Zimmer
☐ **2 –** Bett – Zimmer
☐ Unterbringung und Wahlleistungsverpflegung im Familienzimmer

☐ **Mit meiner Unterschrift bestätige ich,** dass ich von den auf Seite 2 abgedruckten Erläuterungen zur Inanspruchnahme Wahlleistung Unterkunft und den wichtigen Hinweisen Kenntnis genommen habe!

Hinweis: 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, da anderenfalls diese Vereinbarung eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung zur Folge haben kann!

Standort Darmstadt - Innenstadt	**1**-Bett-Zimmerpreis	**2**-Bett-Zimmerpreis
	pro Tag	pro Tag
Wahlleistungsstation 6.V	164,00 €	83,00 €
Station 22	100,00 €	50,00 €
Sonstige Stationen Standort Darmstadt - Innenstadt	142,00 €	71,00 €
Familienzimmer	142,00 €	

Darmstadt, den.....

X

_____ _____
Unterschrift Patient/-in **Unterschrift Krankenhausmitarbeiter/-in**
(bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)
i.A. = im Auftrag der/des Patientin/-en (Wille des Patienten wird dokumentiert – Patient selbst zur Unterschrift körperlich nicht fähig)
i.V. = in Vertretung der/des Patientin/-en als Vertreter ohne Vertretungsmacht; nachträgliche Genehmigung wird eingeholt!

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsvollmacht:

_____
Name (Blockbuchstaben), Adresse und Unterschrift der Vertretung des Patienten
Übernehmen Dritte die Verpflichtung, so sind neben dessen Unterschrift auch deren Personalien anzugeben. Wünschen Angehörige (nicht Ehegatten) für Patienten Wahlleistungen, so ist zusätzlich eine Kostenübernahmeverpflichtung zu unterschreiben!

Erläuterungen zur Inanspruchnahme Wahlleistung Unterkunft:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir begrüßen Sie herzlich in der Klinikum Darmstadt GmbH und wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserem Hause. Leider zählt ein Krankenhausaufenthalt nicht zu den angenehmen Ereignissen im Leben. Dennoch sind wir bestrebt Ihnen neben einer hervorragenden medizinischen Versorgung auch einige Annehmlichkeiten anbieten zu können.
Folgende Leistungs- und Serviceangebote stehen Ihnen nach Abschluss des Wahlleistungsvertrages Unterkunft – neben der Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer zu:

- Gehobene Ausstattung der Zimmer
- flauschige Hand- und Badetücher sowie hochwertige Bettwäsche
- ein kleines Kosmetik - Etui
- auf Wunsch bekommen Sie einen kuscheligen Bademantel kostenfrei zur Verfügung gestellt
- Internetzugang, Fernsehen, Telefonie und ein Kopfhörer sind für Sie kostenfrei
- In unseren ausgewiesenen Wahlleistungszimmern können Sie über Ihr Tablet am Patientenbett auf 460 Tageszeitungen und Zeitschriften zugreifen und diese kostenfrei lesen.
- Sie erhalten zusätzliche hochwertige Speiseangebote in Form von ausgewählten Komponenten zum Frühstück und zum Abendessen, sowie ein Sondermenü als Mittagessen.

Ausführliche Informationen zu o.g. Leistungen erhalten Sie über den Flyer Wahlleistung Unterkunft, der auf jeder Station erhältlich ist. Sollten Sie Fragen haben, so sprechen Sie bitte die Stationssekretärin, Stationsleitung oder Menüberaterin auf Ihrer Station an.
Sondertarif für werdende Väter: Sofern Kapazitäten zur Verfügung stehen, ermöglichen wir werdenden Vätern gerne eine Unterbringung im Familienzimmer. Den Vätern steht ein Wahlleistungsmenue zu. Es besteht kein Rechtsanspruch auf Verfügbarkeit.

Die Lounge der Wahlleistungsstation 6.V steht ausschließlich Wahlleistungspatienten des Gebäudes 6 zur Verfügung.
Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass die Anzahl der Besucher pro Patient auf maximal 2 Personen gleichzeitig zu beschränken ist. Ausnahmen können nur durch die Pflegefachpersonen nach Rücksprache gewährt werden.
Wahlleistungspatienten, die ausschließlich Wahlleistung Chefarztbehandlung ohne Wahlleistung Unterkunft abgeschlossen haben, können o.g. Zusatzangebote leider nicht in Anspruch nehmen.

Wichtige Hinweise:

Selbstverständlich ist auch ohne Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung Unterkunft die medizinisch notwendige Versorgung gewährleistet.
Die zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten 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. Im Übrigen kann die Vereinbarung vom Patienten an jedem Tag zum Ende des folgenden Tages gekündigt werden; 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.

Wir weisen darauf hin, dass für mitgebrachte Wertgegenstände / Dokumente / Hilfsmittel keine Haftung übernommen werden kann. Bitte geben Sie diese Ihren Angehörigen mit. Es besteht keine Möglichkeit einer kurzfristigen Verwahrung zur Diagnostik und OP.

Sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeitenden unserer stationären Patientenaufnahme, oder auf Station hierfür gerne zur Verfügung.

Wichtige Patienteninformation
vor der Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen

Information der Klinikum Darmstadt GmbH gegenüber

_____	_____	_____
Name, Vorname des Patienten	Geburtsdatum des Patienten	Aufnahmenummer

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Sie sind im Begriff, eine sogenannte Wahlleistungsvereinbarung über die gesonderte Berechnung ärztlicher Leistungen zu unterzeichnen. Hierfür ist gesetzlich vorgeschrieben, dass jeder Patient **vor** Abschluss der Vereinbarung über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im Einzelnen schriftlich zu unterrichten ist. Dieser Verpflichtung möchten wir hiermit nachkommen:

1. Die Bundespflegesatzverordnung bzw. das Krankenhausentgeltgesetz 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. Dies gilt auch, soweit die wahlärztlichen Leistungen vom Krankenhaus berechnet werden.

   Selbstverständlich werden Ihnen auch ohne Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung alle medizinisch erforderlichen 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 einer 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	Punktzahl	Preis (Einfachsatz), gerundet
1	Beratung – auch mittels Fernsprecher –	80	4,66 €

   Bei dem so festgelegten Preis handelt es sich um den sogenannten GOÄ- Einfachsatz. Dieser Einfachsatz kann sich durch Steigerungsfaktoren erhöhen. Diese berücksichtigen die Schwierigkeit und den Zeitaufwand der einzelnen Leistung oder die Schwierigkeit des Krankheitsfalles. Innerhalb des normalen Gebührenrahmens gibt es Steigerungssätze zwischen dem Einfachen und dem 3,5fachen des Gebührensatzes, bei technischen Leistungen zwischen dem Einfachen und dem 2,5fachen des Gebührensatzes und bei Laborleistungen zwischen dem Einfachen und dem 1,3fachen des Gebührensatzes. Der Mittelwert liegt für technische Leistungen bei 1,8, für Laborleistungen bei 1,15 und für alle anderen Leistungen bei 2,3. Daneben werden die Gebühren gemäß § 6a GOÄ um 25 % bzw. 15 % gemindert.

   Welche Gebührenpositionen bei Ihrem Krankheitsbild zur Abrechnung gelangen und welche Steigerungssätze angewandt werden, lässt sich nicht 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.

Insgesamt kann die Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Prüfen Sie bitte, ob Ihre private Krankenversicherung/Beihilfe oder Ihre gesetzliche Krankenversicherung über einen besonderen Wahltarif nach § 53 SGB V etc. diese Kosten deckt.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter/-innen unserer Zentralen Administrativen Patientenaufnahme hierfür gerne zur Verfügung. Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in die GOÄ/GOZ nehmen.

Darmstadt, den_____ X_____ _____

Unterschrift Patient **Unterschrift Krankenhausmitarbeiter/-in**

Wahlleistungsvereinbarung

zwischen

Name, Vorname des Patienten	Geburtsdatum des Patienten	Aufnahmenummer

und der Klinik Darmstadt GmbH

über die Gewährung der nachstehend angekreuzten

gesondert berechenbaren Wahlleistung

☒ die **ärztlichen Leistungen** aller an der Behandlung beteiligten angestellten und beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit die wahlärztlichen Leistungen vom Krankenhaus berechnet werden; die Liquidation erfolgt nach der GOÄ/GOZ in der jeweils gültigen Fassung.

Ab Aufnahmetag:..... / ab ..... / Uhrzeit:.....

Für den Fall der unvorhergesehenen Verhinderung des Wahlarztes der jeweiligen Fachabteilung bin ich mit der Übernahme seiner Aufgaben durch seinen nachfolgend benannten ständigen ärztlichen Vertreter einverstanden:

1.) Kliniken	Wahlarzt / Wahlärztin	Ständige ärztliche Vertretung durch leitende Oberärzte / Sektionsleitungen:
Augenklinik:	Privatdozent Dr. med. Manuel **HERMANN**	OÄ Dr. med. Monica Lang
		Netzhautchirurgie: OÄ Dr. med. Fatma Altarmisi
		Lid- und Tränenwegchirurgie: OA Dr. med. Jochen Lenz
Chirurgische Klinik I: Klinik für Allgemein-, Visceralchirurgie	Professor Dr. med. Ernst Werner **KNEIST**	OA Dr. med. Florian Graupe
Chirurgische Klinik I: Sektion Thoraxchirurgie	Dr. med. Christiane **GRÜNEWALD**	-
Chirurgische Klinik II: Klinik für Orthopädie, Unfall- und Handchirurgie	Professor Dr. med. Michael **WILD**	OA Jörg Giehler
Sektion Physikalische Therapie	Professor Dr. med. Michael **WILD**	-
Klinik für Gefäßmedizin: Gefäßchirurgie und Endovaskuläre Chirurgie	Privatdozent Dr. med. Farzin **ADILI**	OA Samir Ismail Khan
Frauenklinik:	Privatdozent Dr. med. Sven **ACKERMANN**	OÄ Katharina Rechel
		Geburtshilfe: OÄ Sonja Pilz
		Urogynäkologie: OÄ Katharina Rechel
Klinik für HNO-Heilkunde, Kopf-, Hals- & plastische Gesichtschirurgie	Professor Dr. med. Gerald **BAIER**	OA Dr. med. Ingo Ott
Hautklinik:	Privatdozent Dr. med. Maurizio **PODDA**	OA Dr. med. Ernst Hasche
		Dermatoonkologie: OÄ Dr. med. Mana Sarlak
		Dermatochirurgie: OA Dr. med. Maximilian Kovács

Klinik für Psychosomatische Medizin & Psychotherapie	Dr. med. Alexandra **MIHM**	OÄ Dr. med. Dipl. Päd. Gabriele Thies-Etzel
Medizinische Klinik I: Klinik für Kardiologie & internistische Intensivmedizin	Professor Dr. med. Gerald **WERNER**	OA Dr. med. Hiller Möhlis
		Sektion Elektrophysiologie: OA Dr. med. Thomas Keuser
Medizinische Klinik II: Klinik für Gastroenterologie, Hepatopankreatologie	Professor Dr. med. Carl Christoph **SCHIMANSKI**	**Gastroenterologie:** OÄ Dr. med. Zeynep Babacan
		Endoskopie: OA Dr. med. Christian Friedrich
Medizinische Klinik II: Sektion Pneumologie	Dr. med. Cihan **CELIK**	Prof. Dr. med. C. Christoph Schimanski
Medizinische Klinik II: Sektion Endokrinologie	Dr. med. Sabina **SATTAROVA**	Prof. Dr. med. C. Christoph Schimanski
Medizinische Klinik III: Klinik für Nieren-, Hochdruck- & Rheumaerkrankungen	Professor Dr. med. Bernd **KRÜGER**	**Dialyse:** OÄ Shaheera D. Hamed
		Nephrologie/Hypertensiologie: OA Dr. med. Bernd Sucké
		Rheumatologie: OA Dr. med. Jan Loock
Medizinische Klinik V: Klinik für Hämatologie, Onkologie & Palliativmedizin	Professor Dr. med. Helga **BERNHARD**	OA Dr. med. Thorsten Wenzel
Klinik für Neurochirurgie	Privatdozent Dr. med. Karsten **GELETNEKY**	OA Dr. med. Tobias Dirlack
Klinik für Neurologie & Neurointensivmedizin:	Professor Dr. med. Rainer **KOLLMAR**	OÄ Dr. med. Maria Weis
Urologische Klinik:	Privatdozent Dr. med. Rolf **GILLITZER**	OA Dr. med. Ansgar Klute
		Steintherapie: OA Dr. med. Georgii Lukichev
Klinik für Akut- und Notfallmedizin:	Dr. med. Peter **PETERSEN**	OÄ Dr. med. Christine Hidas

2.) Institutionen	**Wahlarzt / Wahlärztin**	**Ständige ärztliche Vertretung durch leitende Oberärzte:**
Klinik für Anästhesiologie & operative Intensivmedizin	Professor Dr. med. Martin **WELTE**	OA Michael Hübscher
		Intensivmedizin: OÄ Dr. med. Ulrike Wiedekind
Zentrum für Labormedizin:	Dr. med. Manfred **OSSENDORF**	OÄ Dr. med. Hanna Maria Schuhmacher
Institut für Radiologie, Neuroradiologie und Nuklearmedizin – außer nuklearmedizinische Leistungen	Professor Dr. med. Marius Konstantin **HARTMANN**	**Radiologie:** OA Dr. med. Stefan Debatin
		Neuroradiologie: OA Dr. med. Alexander Mohr
Institut für Radiologie, Neuroradiologie und Nuklearmedizin – nuklearmedizinische Leistungen	Dr. med. Shahab **MODARRES**	-
Institut für Radioonkologie & Strahlentherapie:	Professor Dr. med. Christian **WEIß**	**Strahlentherapie - Ambulanz:** OA Dr. med Benjamin Gauter-Fleckenstein
		Station 6R: OA Dr. med. Thomas Thümmel
Klinik für Neonatologie	Dr. med. Georg **FREY**	OA Dr. med. Thomas Weissig

Wichtige Hinweise:

Die Wahlleistungsvereinbarung erstreckt sich über den gesamten Behandlungsfall, auch wenn dieser unterbrochen wird.

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

In Entbindungsfällen erstreckt sich die Inanspruchnahme von Wahlleistungen durch die Mutter nicht auf das Neugeborene. Für das Neugeborene bedarf es einer gesonderten Wahlleistungsvereinbarung.

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; im Übrigen kann die Vereinbarung vom Patienten an jedem Tag zum Ende des folgenden Tages gekündigt werden; aus wichtigem Grund kann die Vereinbarung von beiden Teilen ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.

In den Belegabteilungen sind vom Patienten gewünschte Vereinbarungen über die ärztlichen Leistungen der Belegärzte, der Konsiliarärzte oder der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen – auch wenn bereits Wahlleistungen mit dem Krankenhaus vereinbart wurden – nicht mit dem Krankenhaus, sondern unmittelbar mit dem Belegarzt oder dem Konsiliararzt oder der fremden Einrichtung zu treffen.

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 Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a 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.

Hinweis:

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 oder Ihre gesetzliche Krankenversicherung über einen besonderen Wahltarif nach § 53 SGB V, etc. diese Kosten deckt.

X

_____ _____

Unterschrift Patient / in **Unterschrift Krankenhausmitarbeiter/in**

(bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)

i.A. = im Auftrag der/des Patientin/-en (Wille des Patienten wird dokumentiert – Patient selbst zur Unterschrift körperlich nicht fähig)

i.V. = in Vertretung der/des Patientin/-en als Vertreter ohne Vertretungsmacht; nachträgliche Genehmigung wird eingeholt!

Ich handle als Vertreter / in mit Vertretungsvollmacht:

_____

Name (Blockbuchstaben), Adresse

_____

Unterschrift der Vertretung des Patienten

Übernehmen Dritte eine Verpflichtung zur Kostenübernahme, so sind neben dessen Unterschrift auch deren Personalien anzugeben. In diesen Fällen ist zusätzlich eine Kostenübernahmeverpflichtung zu unterschreiben!

Wichtige Informationen zu Ihrer Privatabrechnung
(Artt. 12 ff. DSGVO in Verbindung mit §§ 32 ff. BDSG-neu)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte nehmen Sie sich in eigener Sache einen Moment Zeit.

Im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die von uns zur Erfüllung des Behandlungsvertrages im notwendigen Umfang verarbeitet werden müssen. Diese können unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Maß auch an Dritte (z.B. Labore, weiterbehandelnde Ärzte) weitergegeben werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die PVS Südwest GmbH, eine berufsständische Vereinigung der Ärzteschaft mit langjähriger Erfahrung in der Arzthonorarabrechnung, zu beauftragen. Zweck dieser Zusammenarbeit ist es, unsere Verwaltung in Abrechnungsfragen zu entlasten. Hierdurch gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Ihre Honorarabrechnung erfolgt dabei nach unseren Vorgaben.

Wir möchten Sie daher bitten, sich die beigefügte Einwilligungserklärung durchzulesen und Ihre Zustimmung zu dem beschriebenen Vorgehen zur Honorarabrechnung, insbesondere zur Weitergabe Ihrer hierfür erforderlichen Gesundheitsdaten zu erteilen. Ihre Einwilligung ist freiwillig. Ihre Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig.

Empfänger der Daten ist die PVS Südwest GmbH, sie unterliegt als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes. Manchmal ergeben sich Fragen oder Wünsche zu einer Rechnung. Die PVS Südwest GmbH hilft Ihnen gerne auch hier weiter und bietet Ihnen unter anderem umfangreiche Onlineservices rund um Ihre PVS-Rechnung an.
In allen Fragen zur Abrechnung erreichen Sie die PVS Südwest GmbH als Ihren kompetenten Ansprechpartner unter der Adresse C 8, 9, 68159 Mannheim oder Tel.: 0621-1640 bzw. E-Mail: rechnung@pvs-suedwest.de und www.pvs-suedwest.de sowie über das Patientenserviceportal unter www.pvs-suedwest.ihre-arztrechnung.de.

Die von der PVS Südwest GmbH verarbeiteten Gesundheitsdaten werden ab Zweckfortfall gesperrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Es besteht das Recht zum Widerruf der Einwilligung.
Ihre Anliegen zum Datenschutz richten Sie bitte unmittelbar an den Datenschutzbeauftragten der PVS Südwest GmbH, E-Mail: datenschutz@pvs-suedwest.de oder Fax: 0621-1645370.
Weitere Informationen zum Datenschutz bei der PVS finden Sie in der „PVS-Transparenzerklärung“, die auch jederzeit im Internet abrufbar ist unter www.pvs-suedwest.de.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Kontaktdaten der zuständigen Aufsichtsbehörde lauten:
Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart
Telefon 0711/615541-0, Telefax 0711/615541-15, E-Mail: poststelle@lfdi.bwl.de
(Schutzbedürftige Daten sollten nicht unverschlüsselt per E-Mail oder via Telefax übertragen werden.)
PGP-Fingerprint: E4FA 428C B315 2248 83BB F6FB 0FC3 48A6 4A32 5962
Homepage: www.baden-wuerttemberg.datenschutz.de

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Verantwortliche Stelle der Datenverarbeitung in der Klinikum Darmstadt GmbH:

Geschäftsführung Klinikum Darmstadt GmbH, Grafenstraße 9, 64283 Darmstadt
Datenschutzbeauftragter:
Die Klinikum Darmstadt GmbH hat einen Datenschutzbeauftragten bestellt. Seine Kontaktdaten lauten wie folgt: frank.ellwanger@mail.klinikum-darmstadt.de, Telefon: 06151 107 4681

Einwilligungserklärung (nach Kenntnisnahme der „Wichtigen Information zu Ihrer Privatabrechnung“)

1. Ich bin mit der Weitergabe zum Zweck der Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen, insbesondere der aus der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Kostenträger, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzuges an die PVS Südwest GmbH, C 8, 9, 68159 Mannheim mit den Geschäftsstellen Karlsruhe und Freiburg sowie dem Druck und Versand der Rechnungen durch die PVS SSC - Shared Service Center - GmbH, Boxbergweg 3a, 66538 Neunkirchen, einverstanden.

2. Ich stimme zu, dass die PVS Südwest GmbH die Leistungen meines Arztes und ggf. mitbehandelnder Ärzte im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei an die PVS Südwest GmbH einverstanden. Im Fall einer etwaigen gerichtlichen Auseinandersetzung ist die PVS Südwest GmbH Prozesspartei; mein Arzt kann als Zeuge gehört werden.

3. Ich erteile meine Einwilligung in die elektronische Datenverarbeitung zur Bereitstellung von personenbezogenen Daten im Patientenserviceportal der PVS Südwest und entbinde auch hierzu den/die Behandler von ihrer Schweigepflicht.

4. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der PVS Südwest GmbH widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet zwischen meinem Arzt und der PVS Südwest GmbH keine weitere Datenübermittlung mehr statt.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung

Darmstadt, den……..

X

_____

Unterschrift Patient/gesetzliche Vertreter/Vertretungsberechtigte
(Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.)

_____

Name, Vorname
(sofern nicht identisch mit den oben genannten Daten)

Individualvereinbarung zur Wahlleistungsvereinbarung Wahlarzt	KlinikumDarmstadt GmbH Akademisches Lehrkrankenhaus

Vereinbarung für den Fall der **vorher**sehbaren Verhinderung des Wahlarztes zwischen der Klinikum Darmstadt GmbH

und Herrn / Frau .....
Name des Patienten / Anschrift

Ich wünsche die Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen. Am..... wurde mir

durch den / die Krankenhausmitarbeiter/-in Frau /Herrn ..... mitgeteilt,

dass die / der Wahlärztin /-arzt der Fachabteilung Frau /Herr ..... zu dem geplanten Behandlungstermin verhindert ist und deshalb die bei mir vorgesehene Behandlung nicht persönlich durchführen kann.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass es folgende Alternativen gibt:

1.) Die geplante Behandlung / der geplante Eingriff kann bis zur Rückkehr der Wahlärztin / des Wahlarztes verschoben werden.

2.) Die geplante Behandlung / der geplante Eingriff wird als allgemeine Krankenhausleistung, also ohne Wahlarztvereinbarung, durch den jeweiligen diensthabenden Arzt durchgeführt.

3.) Die geplante Behandlung / der geplante Eingriff wird für die Dauer der Abwesenheit der Wahlärztin / des Wahlarztes durch folgende ärztliche Stellvertretung, zu den Konditionen der unterzeichneten Wahlleistungsvereinbarung, durchgeführt:

Dr. med. .....

☒ **In Kenntnis dieser Möglichkeiten habe ich mich dazu entschlossen, die stationäre ärztliche Behandlung durch die oben genannte ärztliche Vertretung der Wahlärztin /des Wahlarztes durchführen zu lassen mit der Folge, dass von mir ein wahlärztliches Honorar in gleicher Weise wie im Falle der persönlichen Leistungserbringung durch die Wahlärztin /des Wahlarztes zu entrichten ist.**

Diese Vereinbarung ergänzt die ebenfalls zu unterzeichnende Wahlleistungsvereinbarung Wahlarzt.

.....
Darmstadt, den

X..... X.....

Unterschrift des Patienten **Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters**

Ich handle als Vertretung des Patienten mit Vertretungsvollmacht

....

Unterschrift der Vertretung des Patienten ***Aufnahmenummer***

Informationsblatt der Klinikum Darmstadt GmbH nach Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung bei Videoüberwachung

Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen: IT
Herr Gerhard Ertl Telefon 06151 107 8603
gerhard.ertl@mail.klinikum-darmstadt.de

Name und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten :

Herr Frank Ellwanger Telefon 06151 1074681

frank.ellwanger@mail.klinikum-darmstadt.de

Zwecke und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung:
Vandalismusprävention, Hausrecht, Erkennen von Notfallsituationen
Artikel 5 Abs.1b, c DS GVO, Artikel 6 Abs.1f DS GVO

Berechtigte Interessen, die verfolgt werden:
Schutz des Eigentums, Patientensicherheit

Speicherdauer oder Kriterien für die Festlegung der Dauer: 48 Stunden

Empfänger oder Kategorien von Empfänger der Daten: Keine

Hinweise auf die Rechte der Betroffenen

Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen eine Bestätigung darüber zu verlangen, ob sie betreffende personenbezogene Daten verarbeitet werden; ist dies der Fall, so hat sie ein **Recht auf Auskunft** über diese personenbezogenen Daten und auf die in Art. 15 DSGVO im einzelnen aufgeführten Informationen.

Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen unverzüglich die **Berichtigung** sie betreffender unrichtiger personenbezogener Daten und ggf. die **Vervollständigung** unvollständiger personenbezogener Daten zu verlangen (Art. 16 DSGVO).

Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen zu verlangen, dass sie betreffende personenbezogene Daten unverzüglich gelöscht werden, sofern einer der in Art. 17 DSGVO im einzelnen aufgeführten Gründe zutrifft, z. B. wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden (**Recht auf Löschung**).

Die betroffene Person hat das Recht, von dem Verantwortlichen die **Einschränkung der Verarbeitung** zu verlangen, wenn eine der in Art. 18 DSGVO aufgeführten Voraussetzungen gegeben ist, z. B. wenn die betroffene Person Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt hat, für die Dauer der Prüfung durch den Verantwortlichen.

Die betroffene Person hat das Recht, aus Gründen, die sich aus ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung sie betreffender personenbezogener Daten **Widerspruch** einzulegen. Der Verantwortliche verarbeitet die personenbezogenen Daten dann nicht mehr, es sei denn, er kann zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die die Interessen, Rechte und Freiheiten der betroffenen Person überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen (Art. 21 DSGVO).

Jede betroffene Person hat unbeschadet eines anderweitigen verwaltungsrechtlichen oder gerichtlichen Rechtsbehelfs das **Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde**, wenn die betroffene Person der Ansicht ist, dass die Verarbeitung der sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die DSGVO verstößt (Art. 77 DSGVO). Die betroffene Person kann dieses Recht bei einer Aufsichtsbehörde in dem Mitgliedstaat ihres Aufenthaltsorts, ihres Arbeitsplatzes oder des Orts des mutmaßlichen Verstoßes geltend machen. Die zuständige Aufsichtsbehörde ist:

Der Hessische Datenschutzbeauftragte

Gustav-Stresemann-Ring 1

65189 Wiesbaden

Tel.: 0611-1408-0