Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

Allgemeines
In der Robert-Koch-Krankenhaus Apolda GmbH werden durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert, Geburtsmedizin geleistet und Begutachtungen vorgenommen, soweit dies im jeweiligen Einzelfall und aufgrund der vorhandenen medizinisch-technischen Einrichtungen möglich ist.

§ 1 Geltungsbereich
Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen der Robert-Koch-Krankenhaus Apolda GmbH und den Patienten[1] bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen.

§ 2 Rechtsverhältnis
(1) Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten sind privatrechtlicher Natur.
(2) Die AVB werden Bestandteil des Behandlungsvertrages und gemäß §§ 305 ff. BGB für Patienten wirksam, wenn diese
- jeweils ausdrücklich oder – wenn ein ausdrücklicher Hinweis wegen der Art des Vertragsschlusses nur unter unverhältnismäßigen Schwierigkeiten möglich ist – durch deutlich sichtbaren Aushang am Ort des Vertragsschlusses darauf hingewiesen wurden,
- von ihrem Inhalt in zumutbarer Weise, die auch eine für den Verwender der AVB erkennbare körperliche Behinderung der anderen Vertragspartei angemessen berücksichtigt, Kenntnis erlangen konnten,
- sich mit ihrer Geltung einverstanden erklärt haben.

§ 3 Umfang der Krankenhausleistungen
(1) Die vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen und die Wahlleistungen.
(2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind diejenigen Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Erkrankung des Patienten für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch:
   (a) die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V),
   (b) die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,
   (c) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten.
(3) Nicht Gegenstand der allgemeinen Krankenhausleistungen sind:
   (a) die Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht,
   (b) die Leistungen der Belegärzte,
   (c) Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z.B. Prothesen, Unterarmstützkrücken, Krankenfahrstühle),
   (d) die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung,
   (e) Leistungen, die nach Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gemäß § 137 c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen.
(4) Das Vertragsangebot des Krankenhauses erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, für die das Krankenhaus im Rahmen seiner medizinischen Zielsetzung personell und sachlich ausgestattet ist.

§ 4 Aufnahme, Verlegung und 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.

[1] Zur besseren Lesbarkeit wird ausschließlich die männliche Bezeichnung gebraucht. Die entsprechenden Regelungen gelten selbstverständlich auf für Patientinnen.

Eine auf Wunsch des Patienten ohne medizinische Notwendigkeit 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 versicherten Patienten. Das Krankenhaus informiert den Patienten hierüber.

(5) Entlassen wird,
   (a) wer nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes der Krankenhausbehandlung nicht mehr bedarf oder
   (b) wer 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. 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 vierzehn 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 bzw. 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, insbesondere des Krankenhausgesetzes sowie des Krankenhausentgeltgesetzes, und dem DRG-Entgelttarif in der jeweils gültigen Fassung, der Bestandteil dieser AVB ist (Anlage 1).

§ 7 Abrechnung des Entgelts bei gesetzlich Krankenversicherten und Heilfürsorgeberechtigten

(1) Soweit ein öffentlich-rechtlicher Kostenträger (z.B. Krankenkassen etc.) nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften zur Zahlung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet ist, rechnet das Krankenhaus seine Entgelte unmittelbar mit diesem ab. Auf Verlangen des Krankenhauses legt der Patient eine Kostenübernahmeerklärung seines Kostenträgers vor, die alle Leistungen umfasst, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung im Krankenhaus notwendig sind.

(2) Gesetzlich Krankenversicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage nach Maßgabe des § 39 Abs. 4 SGB V eine Zuzahlung, die vom Krankenhaus an die Krankenkasse weitergeleitet wird. Nähere Einzelheiten ergeben sich aus dem DRG-Entgelttarif.

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

sie bzw. ihre gesetzlichen Vertreter bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung dies ausdrücklich gegenüber der Krankenhausverwaltung erklären.

§ 8 Abrechnung des Entgelts bei Selbstzahlern

(1) Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (z.B. Krankenkasse). In diesem Fall ist der Patient dem Krankenhaus gegenüber Selbstzahler.
(2) Selbstzahler sind zur Entrichtung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet. Sofern der Patient als Versicherter einer privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch macht, werden Rechnungen unmittelbar gegenüber dem privaten Krankenversicherungsunternehmen erteilt. Voraussetzung für eine solche Direktabrechnung ist, dass der Versicherte schriftlich seine Einwilligung, die jederzeit widerrufen werden kann, erklärt, dass die Daten nach § 301 SGB V im Wege des elektronischen Datenaustausches an das private Krankenversicherungsunternehmen übermittelt werden.
(3) Für Krankenhausleistungen können Zwischenrechnungen erteilt werden. Nach Beendigung der Behandlung wird eine Schlussrechnung erstellt.
(4) Die Nachberechnung von Leistungen, die in der Schlussrechnung nicht enthalten sind, und die Berichtigung von Fehlern bleiben vorbehalten.
(5) Der Rechnungsbetrag wird mit Zugang der Rechnung fällig.
(6) Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz pro Jahr (§ 288 BGB) sowie Mahngebühren in Höhe von 5,00 € berechnet werden.
(7) Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.

§ 9 Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen

(1) Soweit das Krankenhaus nicht auf der Grundlage von Diagnostic Related Groups (DRG) nach § 17 b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) abrechnet, kann es für Krankenhausaufenthalte, die voraussichtlich länger als eine Woche dauern, eine angemessene Vorauszahlung verlangen. Soweit Kostenübernahmeerklärungen von Sozialleistungsträgern, sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern oder privaten Krankenversicherungen vorliegen, können diese Vorauszahlungen nur von diesen verlangt werden.
(2) Soweit das Krankenhaus auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abrechnet, kann es für Krankenhausaufenthalte eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird. Ab dem achten Tag des Krankenhausaufenthalts kann das Krankenhaus eine angemessene Abschlagszahlung verlangen, deren Höhe sich an den bisher erbrachten Leistungen in Verbindung mit der Höhe der voraussichtlich zu zahlenden Entgelte orientiert (§ 8 Abs. 7 KHEntgG).

§ 10 Beurlaubung

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

§ 11 Ärztliche Eingriffe

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

§ 12 Obduktion

(1) Eine Obduktion kann vorgenommen werden, wenn
   (a) der Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat oder
   (b) der erreichbare nächste Angehörige (Abs. 3) des Verstorbenen, bei gleichrangigen Angehörigen einer von ihnen, eingewilligt und dem Krankenhausarzt ein entgegenstehender Wille des Verstorbenen nicht bekannt geworden ist.
(2) Von der Obduktion ist abzusehen bei Verstorbenen, die einer die Obduktion ablehnenden Gemeinschaft angehören, sofern nicht der Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat.
(3) Nächste Angehörige im Sinne des Absatzes 1 sind in der Rangfolge ihrer Aufzählung -
   der Ehegatte bzw. eingetragene Lebenspartner,
   - die volljährigen Kinder (und Adoptivkinder),

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

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

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

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

§ 13 Aufzeichnungen und Daten

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

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

(3) Das Recht des Patienten oder eines von ihm Beauftragten auf Einsicht in die Aufzeichnungen, ggf. auf Überlassung von Kopien – auch in Form von elektronischen Abschriften - auf seine Kosten und die Auskunftspflicht des behandelnden Krankenhausarztes bleiben unberührt.

(4) Die Verarbeitung der Daten einschließlich ihrer Weitergabe erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses.

§ 14 Hausordnung

Der Patient hat die vom Krankenhaus erlassene Hausordnung zu beachten (Anlage 3).

§ 15 Hygiene

(1) Dem Patienten ist untersagt, verderbliche oder selbst zubereitete Lebensmittel ohne Rücksprache mit dem behandelnden Arzt mitzubringen, sich mitbringen zu lassen und / oder diese zu sich zu nehmen.

(2) Darüber hinaus sind alle weiteren hygienischen Vorgaben des Personals einzuhalten.

(3) Das Krankenhaus haftet nicht für die sich aus Verstößen des Patienten gegen die hier benannten Bestimmungen resultierenden gesundheitlichen und sonstigen Folgen.

§ 16 Eingebrachte Sachen

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

(2) Geld und Wertsachen werden bei der Verwaltung in für das Krankenhaus zumutbarer Weise verwahrt.

(3) Bei handlungsunfähig eingelieferten Patienten werden Geld und Wertsachen in Gegenwart eines Zeugen festgestellt und der Verwaltung zur Verwahrung übergeben.

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

(5) Im Fall des Abs. 4 wird in der Aufforderung ausdrücklich darauf verwiesen, dass auf den Herausgabeanspruch verzichtet wird mit der Folge, dass die zurückgelassenen Sachen nach Ablauf der Frist in das Eigentum des Krankenhauses übergehen.

(6) Abs. 4 gilt nicht für Nachlassgegenstände sowie für Geld und Wertsachen, die von der Verwaltung verwahrt werden. Die Aufbewahrung, Herausgabe und Verwertung dieser Sachen erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen.

§ 17 Haftungsbeschränkung

(1) Für den Verlust oder die Beschädigung von eingebrachten Sachen, die in der Obhut des Patienten bleiben, oder von Fahrzeugen des Patienten, die auf dem Krankenhausgrundstück oder auf einem vom Krankenhaus bereitgestellten Parkplatz abgestellt sind, haftet der Krankenhausträger nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit; das gleiche gilt bei Verlust von Geld und Wertsachen, die nicht der Verwaltung zur Verwahrung übergeben wurden.

(2) Haftungsansprüche wegen Verlustes oder Beschädigung von Geld und Wertsachen, die durch die Verwaltung verwahrt wurden, sowie für Nachlassgegenstände, die sich in der Verwahrung der Verwaltung befunden haben, müssen innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Erlangung der Kenntnis von dem Verlust oder der Beschädigung schriftlich geltend gemacht werden; die Frist beginnt frühestens mit der Entlassung des Patienten.

§ 18 Zahlungsort
Der Zahlungspflichtige hat seine Schuld auf seine Gefahr und seine Kosten in Apolda zu erfüllen.

§ 19 Inkrafttreten
Diese AVB treten am 01.01.2021 in Kraft. Gleichzeitig werden die AVB vom 01.01.2020 aufgehoben.

Anlagen:
DRG-Entgelttarif
Hausordnung

Anlage 1

DRG-Entgelttarif für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG - Unterrichtung des Patienten -

Das Robert-Koch-Krankenhaus Apolda GmbH berechnet ab dem **01.01.2021** folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 1 KHEntgG

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie des KHEntgG in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über diagnoseorientierte Fallpauschalen (sog. Diagnosis Related Groups – DRG) abgerechnet. Entsprechend der DRG-Systematik bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des 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 und circa 26.000 Prozeduren 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.
Für die Abrechnung der ab dem 1. Januar 2020 geltenden tagesbezogenen Pflegeentgelte sind die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit 146,55 zu multiplizieren. Die Zahl der abrechenbaren Belegungstage berechnen sich nach § 1 Abs. 7 und § 7 Abs. 3 FPV.

Der derzeit gültige Landesbasisfallwert 01.02.2021 liegt bei **3.738,74 Euro.**

Beispiel (Relativgewicht und Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
G07A	Appendektomie mit Begleiterkrankungen	1,872	3.738,74	6998,92 €
	Pflegeerlös/Tag	1,3792	163,09	224,93 €

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 die Abrechnung der ab dem 1. April 2020 geltenden tagesbezogenen Pflegeentgelte nach §7 Abs. 1 Satz 1 Nummer 6a KHEntgG sind die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach §17b Abs. 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit 185,00 € (vgl. §15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG) zu multiplizieren. Die Zahl der abrechenbaren Belegungstage berechnen sich nach §1 Abs. 7 und §7 Abs. 3 FPV.

2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gem. § 1 Abs. 2 und 3 sowie § 3 Abs. 1 und 2 FPV 2021

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 Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV).

3. Zusatzentgelte nach dem Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV 2021

Gem. § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (GKV-Spitzenverbände, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren.
Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2020 werden die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte

durch die Anlage 2 der FPV 2021 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2021 vorgegeben.
Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2021 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.

Sofern noch keine Budgetvereinbarung für das laufende Geschäftsjahr vorliegt, für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV noch keine krankenhausindividuell vereinbarten Zusatzentgelte abgerechnet werden können, sind für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte gem. Anlage 4 und 6: siehe Anlage 2

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2021

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 FPV 2021 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte gem. Anlage 3a

B61B	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks außer bei Transplantation, pro Tag	**228,42 €**
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage, pro Tag	**222,67 €**
E63Z	Tagessatz teilstationäre Schlaflaborleistungen	**189,94 €**

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

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

a) vorstationäre Behandlung		**b) nachstationäre Behandlung**	
Innere Abteilung	**147,25 €**	Innere Abteilung	**53,69 €**
Pädiatrie	**94,08 €**	Pädiatrie	**37,84 €**
Chirurgie	**100,72 €**	Chirurgie	**17,90 €**
Gynäkologie	**119,13 €**	Gynäkologie	**22,50 €**
Traumatologie	**82,32 €**	Traumatologie	**21,47 €**

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

6. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG sowie Qualitätsabschläge

Aufgrund der Vereinbarung über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 zugelassene Krankenhäuser werden die auf der Bundesebene vereinbarten Qualitätssicherungsmaßnahmen über einen Zuschlag auf die Vergütung für jede abgerechnete DRG finanziert.

Das Krankenhaus berechnet ab 01.01.2021 einen Qualitätszuschlagszuschlag je vollstationärem Fall **in Höhe von 0,81 €.**

7. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 Satz 7 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall **in Höhe von 1,66 €.**

Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 c i.V.m. § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139 c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall **in Höhe von 1,89 €.**

8. Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen gem. § 7 Ziff. 4
Gemäß § 17a Abs. 5 KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationären Fall zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen.
Der Ausbildungszuschlag beträgt ab 01.01.2021 **35,54 €.**

Gemäß § 33 Abs. 3 S. 3 PflBG berechnet das Krankenhaus einen Ausbildungszuschlag “Neues Recht” je voll- und teilstationärem Fall ab 01.01.2021 **in Höhe von 86,48 €**.

9. Sonstige Zuschläge

Zuschlag gestufte stationäre Notfallversorgung § 4 Abs. 6 KHEntgG, § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG je vollstationärem Behandlungsfall **in Höhe von 18,76 €**.

Zuschlag für coronabedingte Mehrkosten (1. Quartal) in Höhe von **40,00 €** (nicht Covid-Fall), **80,00 €** (Covid-Fall) für alle voll- und teilstationären Fälle .

Antigen Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 in Höhe von **19,00 €.**

Gem. Rahmenvereinbarung zum Schlaganfallnetzwerk Thüringen berechnen wir seit dem 01.01.2014 für jeden telemedizinisch konsultierten stationären, vorstationären Fall einen Zuschlag in Höhe von 750,- €. Dieses Telekonsil ist kein Bestandteil der Krankenhausleistung.

10. Entgelte für sonstige Leistungen

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

11. Zuzahlungen

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus (gem. § 39 Abs. 4 SGB V) vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an – innerhalb eines Kalenderjahres höchstens für 28 Tage – eine Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit **10,00 €** je Kalendertag. Für einige Krankenkassen wird dieser Betrag vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V eingezogen.

12.Belegärzte, Beleghebammen, Belegentbindungspfleger

Mit den Entgelten 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.

13.Entgelt für Wahlleistungen

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

(1) Ärztliche Leistungen:
Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des SGB V) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit das Krankenhaus selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.
Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung. Das Arzthonorar wird in der Regel gesondert von den jeweils liquidationsberechtigten Krankenhausärzten geltend gemacht, sofern nicht die Verwaltung des Klinikums oder eine externe Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt tätig wird.
Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom nachfolgend aufgeführten Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtungen persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts (§ 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ/GOZ) erbracht:

Fachabteilung	Wahlarzt	Ärztlicher Vertreter
Chirurgische Abteilung	CA Dr. Huber	OA Dr. Geisler
Interne Abteilung	CA PD Dr. Secknus	-
Pädiatrische Abteilung	CA DM Eulitz	OA DM Kemper
Traumatologische Abteilung	CA Dr. Seifert	OA DM Trültzsch
Gynäkologische Abteilung	CA Dr. Bechler	OÄ Dr. Belke
Intensivmedizinische Abteilung	CA DM Göring	OA Dr. Schwarz
Radiologie	CÄ Dr. Barth	-

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

(2) Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer
Der Preis für die Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer beträgt pro Berechnungstag **40,28 €.**

(3) Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson
Der Preis für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson in der Pädiatrischen Abteilung beträgt pro Berechnungstag **20,00 € zuzüglich Mehrwertsteuer**.

Der Preis für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson in der Inneren Abteilung, dem Schlaflabor, der traumatologischen Abteilung, der Chirurgischen Abteilung, der Gynäkologischen Abteilung beträgt pro Berechnungstag **30,00 € zuzüglich Mehrwertsteuer**.

(4) Übernachtung nach einer Ambulanten Operation
Der Preis für die Unterbringung und Verpflegung nach einer Ambulanten Operation beträgt pro Berechnungstag **30,00 €.**

(5) Stationäre Betreuung auf Wunsch (nicht medizinisch notwendig)
Der Preis für eine gewünschte stationäre Betreuung beträgt pro Berechnungstag **150,00 €** und ist vom Patienten selbst zu zahlen.

14.Unterrichtung des Patienten

Patienten, 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 zahlende Entgelte unterrichtet werden zu wollen, erhalten innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung eine derartige schriftliche Information (Patientenquittung), sofern sie bzw. ihre gesetzlichen Vertreter bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung dies ausdrücklich (schriftlich) gegenüber der Krankenhausverwaltung (Patientenverwaltung) erklären.

15.Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2021oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2020 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2021 zusammengefasst und abgerechnet.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2021 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.01.2020 aufgehoben.

Änderungen sind jederzeit vorbehalten.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen folgende Mitarbeiterinnen unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung:

Sylvia Sasse
Petra Kahlert
Cornelia Menzel

Gleichzeitig können Sie bei den Mitarbeiterinnen auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie die zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen.

Insgesamt kann die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Dies gilt insbesondere für Selbstzahler. Prüfen Sie bitte, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung versichert sind.

Anlage 2

Robert-Koch-Krankenhaus Apolda GmbH, Jenaer Str. 66, 99510 Apolda

Entgelte gemäß § 6 Abs.1 KHEntgG (Anlage 6 FPV 2019)

Entgelt	Bezeichnung	OPS - Code	Preis
ZE2019-01	Beckenimplantate	5-785.3d	79,00 €
ZE2019-01	Beckenimplantate	5-785.4d	5.559,69 €
ZE2019-25	Modulare Endoprothesen Hüfte	5-829.k0	1.150,00 €
ZE2019-25	Modulare Endoprothesen Hüfte	5-829.k1	1.150,00 €
ZE2019-25	Modulare Endoprothesen Hüfte	5-829.k2	1.150,00 €
ZE2019-25	Modulare Endoprothesen Hüfte	5-829.k3	2.100,00 €
ZE2019-25	Modulare Endoprothesen Hüfte	5-829.k4	2.100,00 €
ZE2019-25	Modulare Endoprothesen Hüfte	5-829.m	1.850,00 €
ZE2019-25	Modulare Endoprothesen Knie	5-829.k0	0,01 €
ZE2019-25	Modulare Endoprothesen Knie	5-829.k1	239,36 €
ZE2019-25	Modulare Endoprothesen Knie	5-829.k2	2.236,28 €
ZE2019-25	Modulare Endoprothesen Knie	5-829.k3	2.500,00 €
ZE2019-25	Modulare Endoprothesen Knie	5-829.m	1.850,00 €
ZE2019-25	Modulare Endoprothesen Schulter	5-829.k0	600,00 €
ZE2019-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-429.j1	636,65 €
ZE2019-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-429.jc	738,30 €
ZE2019-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-489.g0	830,37 €
ZE2019-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-449.h3	930,90 €
ZE2019-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-469.k3	716,90 €
ZE2019-56	Gabe von Bosentan, oral , 62,5 mg je Tablette	6-002.f*	10,66 €
ZE2019-56	Gabe von Bosentan, oral ; 125 mg je Tablette	6-002.f*	12,00 €
ZE2019-74	Gabe von Sunitinib, oral; 50 mg je Tablette	6-003.a*	220,63 €
ZE2019-74	Gabe von Sunitinib, oral; 25 mg je Tablette	6-003.a*	113,24 €
ZE2019-74	Gabe von Sunitinib, oral; 12,5 mg je Tablette	6-003.a*	57,78 €
ZE2019-75	Gabe von Sorafenib, oral; 200 mg je Tablette	6-003.b*	38,01 €
ZE2019-77	Gabe von Lenalidomid, oral 2,5 mg je Tablette	6-003.g*	37,20 €
ZE2019-77	Gabe von Lenalidomid, oral 5 mg je Tablette	6-003.g*	74,40 €
ZE2019-77	Gabe von Lenalidomid, oral 7,5 mg je Tablette	6-003.g*	111,60 €
ZE2019-77	Gabe von Lenalidomid, oral 10 mg je Tablette	6-003.g*	148,80 €
ZE2019-77	Gabe von Lenalidomid, oral 15 mg je Tablette	6-003.g*	223,20 €
ZE2019-77	Gabe von Lenalidomid, oral 20 mg je Tablette	6-003.g*	297,60 €
ZE2019-77	Gabe von Lenalidomid, oral 25 mg je Tablette	6-003.g*	372,00 €
ZE2019-84	Gabe von Ambrisentan, oral 5 mg je Tablette	6-004.2*	112,74 €
ZE2019-84	Gabe von Ambrisentan, oral 10 mg je Tablette	6-004.2*	119,45 €
ZE2019-91	Gabe von Dasatinib, oral 20 mg je Tablette	6-004.3*	35,04 €
ZE2019-91	Gabe von Dasatinib, oral 50 mg je Tablette	6-004.3*	70,20 €
ZE2019-91	Gabe von Dasatinib, oral 140 mg je Tablette	6-004.3*	140,41 €
ZE2019-112	Gabe von Abirateronacetat, oral 500 mg je Tablette	6-006.2*	60,00 €
ZE2019-122	Gabe von Imatinib, oral; 100 mg je Tablette	6-001.g*	1,07 €
ZE2019-122	Gabe von Imatinib, oral; 400 mg je Tablette	6-001.g*	6,31 €
ZE2019-123	Gabe von Caspofungin, parenteral, je 50 mg	6-002.p*	38,08 €
ZE2019-123	Gabe von Caspofungin, parenteral, je 70 mg	6-002.p*	60,69 €
ZE2019-124	Gabe von Voriconazol, oral, 200 mg Tablette	6-002.5*	1,70 €
ZE2019-125	Gabe von Voriconazol, parenteral, je 200 mg	6-002.r*	8,00 €
ZE2019-141	Gabe von Enzalutamid, oral je 40 mg Tablette	6-007.6*	30,00 €
ZE2019-143	Gabe von Eltrombopag, oral 25mg je Tablette	6-006.0*	42,31 €
ZE2019-145	Gabe von Ibrutinib, oral je 140mg Tablette	6-007.e*	68,44 €
ZE2019-156	Gabe von Posaconazol, parenteral 300 mg	6-007.k*	405,91 €
ZE2019-158	Gabe von Pertuzumab, parenteral, 420 mg	6-007.9*	2.642,54 €

Anlage 3

Hausordnung

Die Bestimmungen der nachfolgenden Hausordnung gelten für alle Patienten[2], Besucher und sonstige Personen des Robert-Koch-Krankenhauses Apolda. Sie werden mit dem Betreten des Krankenhausgeländes verbindlich. Die Hausordnung ist weiterhin Bestandteil der Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) des Krankenhauses.

1. Allgemeine Verhaltensregeln

   a) Der Aufenthalt im Krankenhaus erfordert im Interesse aller Patienten besondere Rücksichtnahme und Verständnis. Durch das Verhalten von Besuchern oder Dritter dürfen Patienten, Personal und andere Personen im gesamten Krankenhausgelände weder belästigt, behindert noch gefährdet werden.

   b) Insbesondere sind untersagt:
   - unnötiges Lärmen,
   - Rauchen im gesamten Gebäude (außer Raucherinseln),
   - Genuss von alkoholischen Getränken,
   - im Kühlschrank des Patientenzimmers Lebensmittel aufzubewahren (außer Getränke),
   - gewerbsmäßiges Handelstreiben,
   - unerlaubtes Verteilen von Werbeschriften und Flugblättern,
   - Mitbringen von Tieren,
   - Film-, Fernseh-, Ton-, Video- und Fotoaufnahmen, die zur Veröffentlichung bestimmt sind.

   c) Die Patienten untereinander sind verpflichtet, aufeinander Rücksicht zu nehmen und alles zu unterlassen, was den Heilungsverlauf beeinträchtigen könnte.

   d) Anordnungen und Weisungen des ärztlichen Personals, des Pflegepersonals und des sonstigen Personals sind zu befolgen.
   Insbesondere
   - ist die angeordnete Bettruhe einzuhalten,
   - ist Ausgang nur mit Erlaubnis des jeweils zuständigen ärztlichen Personals gestattet,
   - sind die Besuchszeiten bis spätestens 21.00 Uhr einzuhalten, in Ausnahmefällen mit dem Pflegepersonal abzusprechen,
   - werden Heil- und Arzneimittel sowie Therapieverfahren entsprechend medizinischer Notwendigkeit ärztlich verordnet. Es dürfen keine anderen, als die vom Krankenhausarzt verordneten, angewendet werden. Diese könnten den Therapieerfolg gefährden.

2. Krankenhauseinrichtung
   Die Einrichtungen der Klinik sind von den Benutzern schonend zu behandeln. Das gleiche gilt für Wäsche und überlassene Behandlungsgegenstände. Die Haftung für schuldhafte Beschädigungen sowie für Verluste richtet sich nach den allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen. Für vorsätzliche oder grob fahrlässige Beschädigung von Klinikeigentum wird Schadenersatz verlangt.

3. Beschwerden und Anregungen
   Wünsche, Anregungen und Beschwerden werden jederzeit von den zuständigen Ärzten, dem Pflegepersonal oder der Verwaltung der Klinik entgegengenommen. Bei Konflikten und Problemen steht Ihnen auch unser Sozialdienst, Ansprechpartnerin Frau Andrea Thorwarth, zur Verfügung.

4. Ahndung bei Verstößen gegen die Hausordnung
   Patienten und Besucher, die gegen die Hausordnung verstoßen, können von Vertretern der Betriebsleitung (Verwaltungsleiter, Ärztlicher Direktor und Pflegedienstleiter) oder anderen Beauftragten, hierzu zählen regelmäßig u. a. der Leitende Arzt und das leitende Pflegepersonal, aus dem Krankenhausgelände verwiesen werden.
   Bei wiederholten und groben Verstößen gegen die Hausordnung ist unter Beachtung der Hilfeleistungspflicht eine Entlassung des betreffenden Patienten möglich. Gegen Besucher und andere Personen kann ein Hausverbot ausgesprochen werden.

5. Diese Hausordnung gilt ab 01.01.2018.

[2] Zur besseren Lesbarkeit werden ausschließlich männliche Bezeichnungen gebraucht. Die entsprechenden Regelungen gelten selbstverständlich auch für das weibliche Geschlecht.