



Entgelttarif 2010 für Krankenhäuser
im
Anwendungsbereich des KHEntgG
und
Unterrichtung des Patienten gemäß §8 KHEntgG

Die ILM-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH berechnen ab dem 01.01.2010 folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRG) gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 1 KHEntgG	2
2. Zusatzentgelte gemäß § 5 FPV 2010.....	4
3. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2010	5
4. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 3 KHEntgG.....	6
5. Zu- und Abschläge gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 4 KHEntgG.....	6
6. Zuschlag zur Mitaufnahme einer Begleitperson gem. § 17 b KHG.....	6
7. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 7 Abs.1 Ziff. 6 HEntgG	7
8. Qualitätssicherungszuschlag nach § 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG.....	7
9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben	7
10. Weitere Zu- und Abschläge.....	8
11. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gem. § 115 a SGB V.....	8
12. Entgelte für Wahlleistungen	9
12. Entgelte für ambulante Leistungen, einschließlich Notfalleleistungen	14
13. Entgelte für sonstige Leistungen	15
14. Zuzahlungen.....	16
15. Wiederaufnahme und Rückverlegung	16

1. Fallpauschalen (DRG) 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 (ICD-10-GM Version 2010) und circa 27.000 Prozeduren (OPS Version 2010) zur Verfügung.

Neben den bisher genannten können auch andere Faktoren wie z. B. das Alter oder die Entlassungsart Auswirkung auf die Zuweisung einer DRG haben.

Die genauen Definitionen der einzelnen DRGs sind im jeweils aktuell gültigen DRG-Klassifikationssystem (DRG-Definitionshandbuch) festgelegt. Das DRG-Definitionshandbuch beschreibt die DRGs einerseits alphanumerisch, andererseits mittels textlichen Definitionen. Ergänzend finden sich hier auch Tabellen von zugehörigen Diagnosen oder Prozeduren.

Die jeweilige DRG ist mit einem entsprechenden Relativgewicht bewertet, welches im Rahmen der DRG-Systempflege jährlich variieren kann. Diesem Relativgewicht ist ein in Euro ausgedrückter Basisfallwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet.

Der derzeit gültige Basisfallwert liegt bei 2.834,23 Euro 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	Schädelfraktur	0,611	2.834,23 €	1.731,71 €
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierter Diagnose oder Arthodese	3,399	2.834,23 €	9.633,55 €

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 2010 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2010 (FPV 2010) vorgegeben.

a) Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale gem. § 1 Abs. 2 und 3 sowie § 3 Abs.1 und 2 FPV 2010

Der nach der oben beschriebenen DRG-Systematik zu ermittelnde Preis setzt voraus, dass DRG-spezifische Grenzen für die Verweildauer im Krankenhaus nicht über- oder unterschritten werden. Bei Über- oder Unterschreiten dieser Verweildauern werden gesetzlich vorgegebene Zu- oder Abschläge fällig. Die näheren Einzelheiten und das Berechnungsverfahren hierzu regelt die FPV 2010.

2. Zusatzentgelte gemäß § 5 FPV 2010

Gem. § 17 b Abs. 1 S. 12 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2010 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2010 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2010 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 2010 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Die Kliniken berechnen folgende Zusatzentgelte:

ZE	Bezeichnung	Betrag
ZE2010-22	IABP	915,00 Euro
ZE20010-54B	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	888,10 Euro
ZE2010-54F3	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	888,10 Euro
ZE2010-54G4	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	888,10 Euro
ZE2010-54J1	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	888,10 Euro

3. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2010

Für die Vergütung von Leistungen, die noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart:

Krankenhausindividuelle Leistung	
Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2010	Keine Vereinbarung
sonstige teilstationäre Leistungen nach § 6 Abs. 1 S. 1 KHEntgG	Keine Vereinbarung
Leistungen besonderer Einrichtungen nach § 17 b Abs. 1 S. 15 KHG	Keine Vereinbarung

Können für die gekennzeichneten Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2010 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **600,00€** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 3b** FPV 2010 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **300,00€** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2010 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2010 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

4. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gem. § 7 Abs. 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 gem. § 6 Abs. 2a KHEntgG folgende gesonderte Zusatzentgelte vereinbart:

Spezialisierte Leistung	
Leistungen nach § 7 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG	Keine Vereinbarung

5. Zu- und Abschläge gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 4 KHEntgG

Gemäß § 7 Abs. 1 Ziff. 4 KHEntgG berechnet das Krankenhaus folgende Zuschläge je vollstationärem Fall :

Zuschlag je vollstationärer Fall	
Ausbildungszuschlag gemäß § 17 a KHG	32,25 Euro
Sicherstellungszuschlag	5,62 Euro
Zuschlag für Zentren/Schwerpunkte	Keine Vereinbarung

6. Zuschlag zur Mitaufnahme einer Begleitperson gem. § 17 b KHG

Mitaufnahme einer Begleitperson bei medizinischer Notwendigkeit	
Mitaufnahme einer Begleitperson pro Tag	45,00 Euro

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

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	Keine Vereinbarung

8. Qualitätssicherungszuschlag nach § 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG

Qualitätssicherungszuschlag	
Qualitätssicherungszuschlag pro Fall	0,90 Euro

9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben	
Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a i.V.m. § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139 c SGB V pro Fall	0,87 Euro
DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG pro Fall	0,99 Euro

10. Weitere Zu- und Abschläge

Weiter Zuschläge und Abschläge	
Zuschlag für die Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der elektronischen Gesundheitskarte (Telematikzuschlag) nach § 291 a Abs. 7a S. 1 SGB V pro Fall	entfällt
Zuschlag zur Umsetzung des Förderprogramms zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals gemäß § 4 Abs. 10 KHEntgG 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	0,48 %
Zu- oder Abschlag bei Eingliederung von besonderen Einrichtungen in das DRG-Vergütungssystem gemäß § 4 Abs. 7 KHEntgG 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.	entfällt

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

Gem. § 115 a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind:

Klinik	vorstationäre Behandlung	nachstationäre Behandlung pro Tag
Klinik für Chirurgie	100,72 Euro	17,90 Euro
Klinik für Innere Medizin	147,25 Euro	53,69 Euro
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	94,08 Euro	37,84 Euro
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13 Euro	22,50 Euro
Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	78,74 Euro	37,84 Euro
Klinik für Suchtmedizin	147,25 Euro	53,69 Euro
Klinik für Urologie	103,28 Euro	41,93 Euro



a. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten:

Computer-Tomographie-Gerät (CT) Leistung nach dem DKG-NT I-Ziffern	Pauschale gemäß § 3
5369	122,71 Euro
5370,5375	81,81 Euro
5371	94,08 Euro
5372	106,35 Euro
5373,5374	77,72 Euro
5376	20,45 Euro
5377	32,72 Euro
5378	40,90 Euro
5380	12,27 Euro

Gem. § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 KHEntgG ist eine **vorstationäre Behandlung** neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Eine **nachstationäre Behandlung** kann zusätzlich zur Fallpauschale (DRG) berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale (DRG) übersteigt.

12. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Klinikleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§ 22 BPfIV):

a. Ärztliche Leistungen:

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „Ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 22 Abs. 3 BPfIV). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte der Kliniken, 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 der Kliniken. Dies gilt auch, soweit die Kliniken selbst wahlärztliche Leistungen berechnen.

Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung. Nach § 6a GOÄ erfolgt bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen/privatärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25%; bei Leistungen und Zuschlägen von Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten um 15%. Das Arzthonorar wird in der Regel gesondert von den jeweils liquidationsberechtigten Klinikärzten geltend gemacht, sofern nicht die Verwaltung der Kliniken oder eine externe Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt tätig wird.

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

Klinik für Chirurgie		
Bereich	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Arnstadt	ChA Dr. med. K. Schreier	OA Dr. med. B. May
Ilmenau	ChA Dr. med. K.-M. Gold	OA DM G. Öhrlein

Klinik für Innere Medizin		
Bereich	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Bereich 1 Arnstadt	ChA Dr. med. O. Gastmann	OA Dr. med. J. Lenk
Bereich 2 Arnstadt	ChA Dr. med. F.-P. Schmidt	Dr. med. S. Lettrari
Bereich 1 Ilmenau	ChA Dr. med. H. Boden	OA Dr. med. R. Maier
Bereich 2 Ilmenau	ChA Dr. med. M. Strobel	OÄ Dr. med. E. Hildebrandt



Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe		
Bereich	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Arnstadt	ChÄ Dr. med. S. Sittner	OA Dr. med. A. Forner

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin		
Bereich	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Arnstadt	ChA Dr. med. D. Stein	OA Dr. med. L. Lehmann

Klinik für Urologie		
Bereich	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Ilmenau	ChA Dr. med. K. Elsebach	OA Dr. med. M. Hussain

Klinik für Hals- Nasen- Ohrenheilkunde		
Bereich	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Arnstadt	ChA Dr. med. G. Radtke	OÄ Dipl. med. W. Wrobel

Klinik für Suchtmedizin		
Bereich	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Großbreitenbach	ChA. Dr. med. J. Pausch	OA Dr. med. S. Hinz

Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin		
Bereich	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Arnstadt	ChÄ Dr. med. H. Schlegel-Höfner	OA Dr. med. G. Scholz
Ilmenau	ChA Dr. med. G. Scheiber	OÄ Dr. med. Ch. Lorenz



Institut für Radiologische Diagnostik		
Bereich	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Arnstadt	ChÄ Dr. med. U. Hampel	
Ilmenau	ChA DM U. Mehlhorn	

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

b. Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Der Preis pro Berechnungstag setzt sich zusammen aus dem Basispreis für die Inanspruchnahme des 1-Bett-Zimmers und dem Preis für die entsprechenden Komfortelemente.

Standort	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Arnstadt und Großbreitenbach Klinik für Chirurgie Bereich Arnstadt Station 1,3	Separates WC, separate Dusche, sonstige Sanitärausstattung, Besucherecke, Dekoration, TV-Gerät, besondere Zimmergröße, Wahlverpflegung, Zusatzverpflegung, täglicher Hand- und Badetuchwechsel, Bademantel, häufiger Bettwäschewechsel, Tageszeitung, persönlicher Service	50,84 Euro
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Bereich Arnstadt Station 7	Separates WC, separate Dusche, sonstige Sanitärausstattung, Besucherecke, Dekoration, TV-Gerät, besondere Zimmergröße, Wahlverpflegung, Zusatzverpflegung, täglicher Hand- und Badetuchwechsel, Bademantel, häufiger Bettwäschewechsel, Tageszeitung, persönlicher Service	50,84 Euro
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Bereich Arnstadt Station 8 (Geburtshilfe)	Besucherecke, Dekoration, TV-Gerät, Wahlverpflegung, Zusatzverpflegung, täglicher Hand- und Badetuchwechsel, Bademantel, häufiger Bettwäschewechsel, Tageszeitung, persönlicher Service	50,84 Euro



Standort Arnstadt und Großbreitenbach	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Bereich Arnstadt Station 11	Separates WC, separate Dusche, sonstige Sanitärausstattung, Besucherecke, Dekoration, TV-Gerät, Wahlverpflegung, Zusatzverpflegung, täglicher Hand- und Badetuchwechsel, Bademantel, häufiger Bettwäschewechsel, Tageszeitung, persönlicher Service	75,80 Euro
Klinik für Hals- Nasen- Ohrenheilkunde Bereich Arnstadt Station 12	Separates WC, separate Dusche, sonstige Sanitärausstattung, Besucherecke, Dekoration, TV-Gerät, besondere Zimmergröße, Wahlverpflegung, Zusatzverpflegung, täglicher Hand- und Badetuchwechsel, Bademantel, häufiger Bettwäschewechsel, Tageszeitung, persönlicher Service	50,84 Euro
Klinik Innere Medizin Bereich Arnstadt Station 4, 5, 6	Separates WC, separate Dusche, sonstige Sanitärausstattung, Besucherecke, Dekoration, TV-Gerät, besondere Zimmergröße, Wahlverpflegung, Zusatzverpflegung, täglicher Hand- und Badetuchwechsel, Bademantel, häufiger Bettwäschewechsel, Tageszeitung, persönlicher Service	75,80 Euro
Klinik für Suchtmedizin Bereich Großbreiten- bach	Wahlverpflegung, Zusatzverpflegung, täglicher Hand- und Badetuchwechsel, Bademantel, häufiger Bettwäschewechsel, Tageszeitung, persönlicher Service	47,69 Euro

Standort Ilmenau	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Klinik für Chirurgie, Klinik für Urologie Bereich Ilmenau Station 20, 21	Separates WC, separate Dusche, sonstige Sanitärausstattung, Besucherecke, Schränke, Komfortbetten, Dekoration, TV-Gerät, besondere Zimmergröße, Balkon, Wahlverpflegung, Zusatzverpflegung, täglicher Hand- und Badetuchwechsel, Bademantel, häufiger Bettwäschewechsel, Tageszeitung, persönlicher Service	47,69 Euro
Klinik für Innere Medizin Bereich Ilmenau Stationen 22, 23, 24,25	Separates WC, separate Dusche, Besucherecke, Schränke, Komfortbetten, Dekoration, TV-Gerät, Wahlverpflegung, Zusatzverpflegung, täglicher Hand- und Badetuchwechsel, Bademantel, häufiger Bettwäschewechsel, Tageszeitung, persönlicher Service	47,69 Euro

c. Aufnahme einer Begleitperson

Entsprechend der Vereinbarung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung vom 01.01.2005 gehört die notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten aus medizinischen Gründen zu den allgemeinen Krankenhausleistungen. Es entstehen somit für die Aufnahme der Begleitperson keine weiteren Kosten. Über die medizinische Notwendigkeit entscheidet der Krankenhausarzt und dokumentiert diese in den Behandlungsunterlagen.

Besteht keine medizinische Notwendigkeit zur Aufnahme einer Begleitperson, so werden von den ILM-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des vollstationären Klinikaufenthaltes **45,00 € (inkl. MwSt.)** für Unterkunft und Verpflegung berechnet. Entlassungs- und Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind, werden nicht abgerechnet.

12. Entgelte für ambulante Leistungen, einschließlich Notfalleleistungen

Für die Berechnung der ambulanten Leistungen, einschließlich ambulanter Notfalleleistungen finden die Vorschriften der entsprechenden Gebührenordnungen Anwendung. Nach der Gebührenordnung EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) werden alle vertragsärztlich erbrachten ambulante Leistungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet.

Die Gebührenordnung für Ärzte (auch GOÄ genannt) regelt die Abrechnung sämtlicher medizinischer Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Damit ist sie die Abrechnungsgrundlage sowohl bei Privatpatienten, das heißt Patienten, die ihre Behandlung selbst bezahlen und üblicherweise bei einer privaten Krankenversicherung versichert sind, als auch für sämtliche andere ärztliche Leistungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommen werden.



13. Entgelte für sonstige Leistungen

- a. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen die Kliniken sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
- b. Im Todesfall berechnen die Kliniken vom Sterbetag bis zur Abholung durch das Bestattungsunternehmen:

Kosten inkl. Mehrwertsteuer	
einmalige Verwaltungskosten	7,50 Euro
bis zum 3. Tag	29,50 Euro
ab dem 4. Tag	17,50 Euro

- c. Das Ausstellen von Bescheinigungen, schriftlichen Befundberichten und Gutachten auf Wunsch wird entsprechend des zur Zeit gültigen GOÄ-Tarifes berechnet.
- d. Verwaltungskosten

Verwaltungskosten inkl. Mehrwertsteuer	
Anfertigung von Fotokopien bis DIN A4, pro Seite	0,50 Euro
Anfertigung von Fotokopien ab DIN A3, pro Seite	1,00 Euro
Versandkosten Standardbrief	0,65 Euro
Versandkosten, Versandtasche A5 oder A4	2,20 Euro
Ausdruck aus EDV-Programmen, je Seite	0,40 Euro
Anfertigung von Kopien eines Röntgenbildes, pro Kopie	5,50 Euro
CD Röntgenbilder	5,00 Euro
Grundgebühren Telefon, pro Tag	1,50 Euro
Telefongebühren für Ortsgespräche, je Einheit	0,15 Euro
Parkgebühren für Patienten pro Tag	1,50 Euro
Parkgebühren für Begleitpersonen der Geburtshilfe/Neonatalogie pro Tag	1,50 Euro
Parkgebühren für Besucher pro angefangene Stunde	0,50 Euro
Nutzung Waschmaschine am Standort Großbreitenbach	2,00 Euro

Das Parken ist für eine Begleitperson am Tag der Entbindung kostenlos.

14. Zuzahlungen

a. Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an - innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage - eine Zuzahlung ein (§ 39 Abs. 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit € 10,- je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** eingezogen. Ab 01.01.2010 haben die Krankenhäuser die gesetzliche Pflicht von den Krankenkassen übertragen bekommen, bei Nichtzahlung die Eigenanteile auch über ein Vollstreckungsverfahren einzutreiben.

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

Im Rahmen des Krankenhausinvestitionsprogramms gemäß Art. 14 Abs. 1 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) berechnet das Krankenhaus gegenüber den Benutzern des Krankenhauses bzw. deren Kostenträgern einen Investitionszuschlag in Höhe von 5,62 € für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes, bei Fallpauschalen für die entsprechenden Belegungstage. Bei teilstationärer Behandlung wird der Zuschlag auch für den Entlassungstag berechnet.

15. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2010 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2010 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2010 zusammengefasst und abgerechnet.