Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB) der Medizinischen Universität Lausitz – Carl-Thiem (MUL)

§ 1 Geltungsbereich

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

der Medizinischen Universität Lausitz – Carl-Thiem (MUL)

und

den Patienten

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

§ 2 Umfang der Krankenhausleistungen

(1) Die voll-, teil- sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen und die Wahlleistungen, vgl. § 4 und § 5 AVB.

(2) Das Vertragsangebot der MUL erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, für die die MUL nach ihrem Versorgungsauftrag personell und sachlich ausgestattet ist.

(3) Allgemeine Krankenhausleistungen sind solche Leistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit der MUL im Einzelfall nach Art und Schwere der Erkrankung des Patienten für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch:
   (a) die während des Aufenthalts in der MUL durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten gemäß 5. Sozialgesetzbuch (SGB V),
   (b) von der MUL veranlasste Leistungen Dritter
   (c) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson / Pflegekraft (§ 11, Abs. 3 SGB V) des Patienten
   (d) besondere Leistungen von Tumorzentren/ onkologischen Schwerpunkten für die stat. Versorgung krebskranker Patienten
   (e) Frührehabilitation nach § 39 Abs.1, Satz 3 SGB V.

(4) Keine Leistungen der MUL im Sinne (3) sind:
   (a) Leistungen Dritter, sofern sie nicht (ausnahmsweise) in Erfüllung einer von der MUL geschuldeten Leistung tätig werden;
   (b) Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung mitgegeben werden.
   (c) Leistungen im Sinne § 137 c SGB V,
   (d) Dolmetscherkosten
   (e) Leistungen im Sinne § 137c SGB V.

§ 3 Aufnahme, Verlegung, Entlassung

(1) Im Rahmen der Leistungsfähigkeit der MUL wird aufgenommen, wer einer in der MUL möglichen Behandlung bedarf. Außer in Notfällen ist die Vorlage einer "Verordnung von Krankenhausbehandlung" notwendig. Die Reihenfolge der Aufnahme richtet sich nach Schwere und Dringlichkeit des Krankenfalles.

(2) Auch bei ggf. unzureichender qualitativer bzw. quantitativer Leistungsfähigkeit der MUL wird wer wegen unmittelbarer Lebensgefahr oder Gefahr einer bedrohlichen Verschlimmerung seiner Krankheit der sofortigen Behandlung bedarf (Notfall), zunächst aufgenommen, bis die Übernahme in ein geeignetes Klinikum gesichert ist.

(3) Eine Begleitperson bzw. Pflegekraft (§ 11 Abs. 3 SGB V) wird aufgenommen, wenn der behandelnde Krankenhausarzt dieses für die Behandlung des Patienten als medizinisch notwendig erachtet und die Unterbringung möglich ist. Darüber hinaus kann auf Antrag, im Rahmen der Wahlleistungen, eine Begleitperson / Pflegekraft aufgenommen werden, wenn ausreichend Unterbringungsplatz zur Verfügung steht, der Betriebsablauf nicht behindert wird, und medizinische Gründe nicht entgegenstehen.

(4) Bei medizinischer Notwendigkeit (z.B. Notfälle) können Patienten in ein anderes Krankenhaus verlegt werden Die Verlegung ist - soweit möglich - zuvor mit dem Patienten zu besprechen.

(5) Will der Patienten ohne medizinische Notwendigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse in ein wohnortnahes Krankenhaus verlegt werden, ist bei Abrechnung einer Fallpauschale (DRG) die Einwilligung der gesetzlichen Krankenkasse notwendig (§ 60 SGB V). Willigt die gesetzliche Krankenkasse nicht ein, erfolgt die Verlegung nur auf ausdrücklichen Wunsch und eigene Kosten des Patienten. Die MUL informiert den Patienten hierüber.

(6) Entlassen wird,
   (a) wer nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes der Krankenhausbehandlung nicht mehr bedarf,
   (b) wer die Entlassung ausdrücklich wünscht.

(7) Besteht der Patient entgegen ärztlichem Rat auf seiner Entlassung oder verlässt er eigenmächtig die MUL, haftet die MUL für die entstehenden Folgen nicht.

(8) Eine Begleitperson / Pflegekraft (§ 11 Abs. 3 SGB V) wird entlassen, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3, Satz 1 nicht mehr gegeben sind.

§ 4 Wahlleistungen

(1) Zwischen der MUL und Patienten können im Rahmen der Möglichkeiten der MUL und nach näherer Maßgabe des Pflegekostentarifes –

soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden – in Schriftform zu vereinbarende Wahlleistungen beantragt werden. Diese werden gesondert berechnet.

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

(3) Die MUL kann Wahlleistungen sofort einstellen oder auch versagen, wenn dies für die Erfüllung der allgemeinen Krankenhausleistungen anderer Patienten erforderlich wird oder bei Patienten, die Kosten einer früheren Behandlung nicht/ erheblich zu spät gezahlt haben. Im Übrigen kann die Vereinbarung vom Patienten an jedem Tag zum Ende des folgenden Werktages gekündigt werden; das Recht zur außerordentlichen fristlosen Kündigung bleibt unberührt. Die Höhe des Wahlleistungs-entgeltes ergibt sich aus den jeweils für die MUL gültigen Tarifen, siehe auch Aushang.

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

(1) Die MUL kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Patienten in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um
   (a) durch *vorstationäre* Behandlung die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder diese vorzubereiten,
   (b) durch *nachstationäre* Behandlung im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung deren Behandlungserfolg zu sichern und zu festigen.

(2) Die vorstationäre Krankenhausbehandlung wird beendet,
   (a) mit Aufnahme des Patienten zur vollstationären Behandlung, oder
   (b) wenn sich ergibt, dass eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nicht oder erst außerhalb des vorstationären Zeitraumes notwendig ist, oder
   (c) wenn der Patient die Behandlung ausdrücklich beendigt oder sie abbricht.

   In (b), (c) endet der Behandlungsvertrag.

(3) Die nachstationäre Krankenhausbehandlung wird beendet,
   (a) wenn der Behandlungserfolg nach Entscheidung des Krankenhausarztes sicher oder gefestigt ist, oder
   (b) wenn der Patient die Behandlung ausdrücklich beendigt oder sie abbricht.

   In (a), (b) endet der Behandlungsvertrag.

(4) Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb der MUL während der vor- und nachstationären Behandlung ist nicht Gegenstand der Krankenhausleistungen.

(5) Die MUL unterrichtet den einweisenden Arzt unverzüglich zu diesen Behandlungen.

§ 6 Entgelt

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

§ 7 Entgeltabrechnung bei gesetzlich Krankenversicherten und bei Heilfürsorgeberechtigten, Zuzahlung

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

(2) Übernimmt die gesetzliche Krankenkasse nicht vollständig die in Anspruch genommenen Leistungen (z.B. im Falle der Inanspruchnahme von Wahlleistungen), sind Kassenpatienten/Heilfürsorgeberechtigte als Selbstzahler zum Entrichten des Entgeltes für diese Leistungen verpflichtet.
   Die MUL weist Kassenpatienten/ Heilfürsorgeberechtigte jeweils auf die mögliche Verpflichtung zur Selbstzahlung hin.

(3) Gesetzlich Krankenversicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens max. 28 Tage eine Zuzahlung, die von der MUL an die Krankenkasse weitergeleitet wird. Nähere Einzelheiten ergeben sich aus Anlage 2, Pkt. V.

§ 8 Entgeltabrechnung bei Selbstzahlern

(1) Selbstzahler sind zum Entrichten des Entgeltes für die Leistungen der MUL verpflichtet. Soweit Selbstzahler eine Kostenzusage einer privaten Krankenversicherung zugunsten der MUL vorlegen, kann direkt gegenüber der privaten Krankenversicherung abgerechnet werden (Schuldbeitritt nach BGB). Voraussetzung einer Direktabrechnung zwischen der MUL und privater Krankenkasse ist, dass der Patient schriftlich seine jederzeit frei widerrufliche Einwilligung erklärt, dass die Daten nach § 301 SGB V maschinenlesbar an die private Krankenkasse übermittelt werden.

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

§ 9 Voraus-, Abschlagszahlungen

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

§ 10 Beurlaubung

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

§ 11 Leichenlagerung / Klinische Sektion

(1) Für die Liegezeit der Verstorbenen in den Kühlboxen der Pathologie entstehen Kosten/Tag (siehe gültiger Pflegekostentarif/ Anlage 2 zu AVB).
(2) Die klinische Sektion ist die letzte ärztliche Handlung im Interesse der Patienten und der Allgemeinheit. Sie richtet sich nach der Rspr. des BGH sowie dem Bestattungsgesetz Brandenburg (BestGBB). Im Übrigen gilt danach:
Klinische Sektion (innere Leichenschau) ist die ärztliche fachgerechte Öffnung einer Leiche, die Entnahme und Untersuchung von Organen und Geweben sowie die äußere Wiederherstellung des Leichnams. Sie ist Teil der Qualitätssicherung und dient u. a. der Überprüfung ärztlichen Handelns im Hinblick auf Diagnose, Therapie und Todesursache. Die klinische Sektion wird von dem behandelnden Arzt bei einer dafür ermächtigten Einrichtung für Pathologie unter Angabe des Grundes angemeldet. Er hat die Voraussetzungen nach § 10 BbgBestG zu prüfen, gegebenenfalls erforderliche Einwilligungen einzuholen und zu dokumentieren. Die klinische Sektion kann auch auf Antrag des jeweils nächsten Angehörigen oder einer hierzu bevollmächtigten Person durchgeführt werden, sofern Persönlichkeitsrechte des Verstorbenen dabei nicht verletzt werden. Dem Antrag ist eine Begründung beizufügen. Die Entscheidung, ob eine klinische Sektion durchgeführt wird, trifft der leitende Arzt der ermächtigten Einrichtung oder ein von ihm beauftragter Arzt mit abgeschlossener Weiterbildung im Fach Pathologie oder Rechtsmedizin. Außer in den sonst durch Gesetz geregelten Fällen ist die klinische Sektion zulässig, wenn der Verstorbene oder seine jeweils nächsten Angehörigen schriftlich oder durch elektronischen Schriftformersatz in die Sektion eingewilligt haben. Die klinische Sektion ist außerdem zulässig, wenn das BbgBestG das zulässt und Ausschlussgründe (s.u.) dem nicht entgegenstehen. Die klinische Sektion ist nicht zulässig, wenn sie erkennbar dem Willen des Verstorbenen widerspricht oder der Verstorbene eine einmal dokumentierte Zustimmung zur Sektion gegenüber dem behandelnden Arzt zurückgenommen hat oder eine Einwilligung nicht vorliegt und ein Angehöriger nach dokumentierter Information über die beabsichtigte Sektion innerhalb von acht Tagesstunden widersprochen hat. Maßgeblich sind nur Tagesstunden zwischen 7 und 22 Uhr. Bei mehreren Angehörigen genügt es, wenn einer von ihnen beteiligt wird und eine Entscheidung trifft; es ist jedoch der Widerspruch eines jeden von ihnen beachtlich. Der klinischen Sektion hat die Leichenschau nach den Bestimmungen des BbgBestG vorauszugehen. Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod dürfen sich dabei nicht ergeben haben. Nächste Angehörige sind in der Rangfolge ihrer Aufzählung der Ehegatte, volljährige Kinder, die Eltern, volljährige Geschwister, volljährige Enkelkinder, Großeltern sowie der Partner, mit dem der Verstorbene in einer auf Dauer angelegten nicht ehelichen Lebensgemeinschaft gelebt hat. Die Einwilligung in die Klinische Sektion beinhaltet auch die Weitererarbeitung der Daten im Rahmen von Forschungsvorhaben, z. B. in das nationale Obduktionsregister „NAREG“. Die Kosten der klinischen Sektion sind, soweit dies nicht in anderen Gesetzen besonders geregelt ist, von demjenigen zu tragen, der die Vornahme veranlasst hat oder in dessen Interesse sie erfolgt.

§ 12 Aufzeichnungen und Daten/OSP

Krankengeschichten, z.B. Krankenblätter, Befunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen sind Eigentum der MUL.

Patienten haben keinen Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen. Das Recht des Patienten oder eines von ihm Beauftragten auf Einsicht in die Aufzeichnungen, gegebenenfalls auf Überlassung von Kopien gegen Kostenerstattung auf eigene Rechnung, und die Auskunftspflicht des behandelnden Krankenhausarztes bleiben unberührt. Die entsprechenden Kosten sind vom Patient vor Übergabe zu erstatten.

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

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

§ 13 Hausordnung

Die MUL hat eine für die Benutzer und Besucher verbindliche Hausordnung erlassen, Anlage 1.

§ 14 Patientensachen/Haftungsbeschränkung

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

(2) Bei handlungsunfähig eingelieferten Patienten werden Geld und Wertsachen in Gegenwart von Zeugen festgestellt und der Verwaltung übergeben.

(3) Zurückgelassene Gegenstände gehen in das Eigentum der MUL über, wenn sie nicht innerhalb von 12 Wochen nach Aufforderung abgeholt werden. In der Aufforderung wird ausdrücklich darauf verwiesen, dass mit der Folge des Eigentumswechsels auf den Herausgabeanspruch verzichtet wird.

(4) Absatz 3 gilt nicht für Nachlassgegenstände sowie für Geld und Wertsachen, die von der Verwaltung verwahrt werden. Die Aufbewahrung, Herausgabe und Verwertung dieser Sachen erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen.

(5) Für eingebrachte Sachen, die in der Obhut des Patienten bleiben, und für Fahrzeuge des Patienten, die auf dem Gelände der MUL oder einem von der MUL bereitgestellten Parkplatz abgestellt sind, haftet die MUL nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit; Gleiches gilt bei Verlust von Geld und Wertsachen, die nicht der Verwaltung zur Verwahrung übergeben worden sind.

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

§ 15 Auskünfte an Versicherte

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

§ 16 Entgelte für Kopien aus Krankenakten und Erstellen von Datenträgern

Für Kopien aus Krankenakten werden folgende Gebühren erhoben:

- 0,38 € je kopierte Seite A4, 0,76 € für Vorder- und Rückseite,
- 0,76 € je kopierte Seite A3, 1,52 € für Vorder-
- und Rückseite,
- Dokumentenbereitstellung auf CD (Röntgen, CT, MRT) 11,97 €, zzgl. MwSt.
- Portokosten bei Versandgröße bis zu 90 Seiten 1,45 €, bis zu 180 Seiten 2,60 €, bis zu 800 Seiten 7,49 €, mehr Seiten 9,49 €

Oktober 2025 Vorstand

Anlage 1 zu AVB

Hausordnung
für die
Medizinische Universität Lausitz
– Carl Thiem

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

Allgemeines

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

Es ist nicht gestattet:

- sich mit Schuhen oder Oberbekleidung auf das Krankenbett zu legen oder dieses als Sitzgelegenheit zu benutzen;
- in allen Räumen (auch Flure und Keller-bereiche) und auf dem Gelände der MUL zu rauchen, mit Ausnahme der ausgewiesenen Raucherbereiche auf dem Klinikgelände;
- offenes Feuer zu unterhalten (z.B. Kerzen);
- Abfälle in Toilettenbecken, Ausgüsse oder in Pflanzenkübel etc. zu werfen;
- Haustiere mitzubringen;
- Alkoholische Getränke oder sonstige berauschende Mittel zu sich zu nehmen;
- Bild-, Ton- und Filmaufnahmen ohne schriftliche Erlaubnis der Geschäftsführung vorzunehmen;
- sich ohne schriftliche Erlaubnis des Geschäftsführers wirtschaftlich zu betätigen, für politische oder weltanschauliche Ziele zu werben oder zu sammeln oder Plakate aufzuhängen bzw. anzukleben;
- um Geld oder Geldeswert zu spielen;
- Wirtschafts- oder Betriebsbereiche zu betreten oder sich dort ohne Grund aufzuhalten;
- Fundsachen zu behalten (diese sind dem Pflegepersonal zu übergeben)

Radio-, TV-, Tonband- bzw. CD-Geräte

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

Besuchszeiten

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

Verstöße

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

Juni 2025 Vorstand

Medizinische Universität
Lausitz – Carl Thiem

Anlage 2 zu AVB: Pflegekostentarif

DRG-/PEPP-Entgelttarif 2026 für Krankenhäuser
im Anwendungsbereich des KHEntgG und der BPflV sowie
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Abs. 8 KHEntgG / § 8 Abs. 5 BPflV

Die Mediznische Universität Lausitz – Carl-Thiem berechnet ab dem 01.01.2026 unten genannte Entgelte.
Bei ergänzenden Fragen stehen Ihnen unsere Mitarbeiter*innen des Zentralen Patientenmanagements gerne zur Verfügung. Gleichzeitig können Sie in der Stationären Aufnahme auch in die aktuellen DRG Kataloge mit den dazugehörigen Kostengewichten und Abrechnungsregeln sowie die jeweils gültigen GOÄ und GOZ einsehen.

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

1. **Fallpauschalen (DRGs) gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 1 KHEntgG**
2. **Pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) gemäß § 7 S. 1 Nr. 1 BPflV i.V.m. § 1 Absatz 1 PEPPV 2026**

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären sowie stationsäquivalenten Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz), des KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz) und der BPflV (Bundespflegesatzverordnung) in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über diagnoseorientierte Fallpauschalen (sog. Diagnosis Related Groups - DRGs bzw. pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik - PEPPs) abgerechnet. Entsprechend der DRG- bzw. PEPP-Systematik bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalls.

Die Zuweisung zu einer DRG bzw. PEPP 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 Einstufung beeinflussen. Für die Festlegung der Diagnosen beziehungsweise Prozeduren stehen Kataloge mit circa 13.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2026) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2026) zur Verfügung. Neben den bisher genannten können auch andere Faktoren wie z. B. das Alter oder die Entlassungsart Auswirkung auf die Zuweisung einer DRG bzw. PEPP haben.

Die genauen Definitionen der einzelnen DRGs bzw. PEPPs sind im jeweils aktuell gültigen Klassifikationssystem (Definitionshandbuch) festgelegt. Die Definitionshandbücher beschreiben die Fallpauschalen 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 **4563,87 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel *(Relativgewicht und Landesbasisfallwert (Zahlbetrag) hypothetisch)*:

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	0,539	€ 4.563,87	€ 2.495,93
	Pflegeerlös/Tag	1,2743	€ 368,59	€ 469,69
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	€ 4.563,87	€ 13.677,92
	Pflegeerlös/Tag	0,8280	€ 368,59	€ 305,19

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 2026 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2026 (FPV 2026) vorgegeben.

Die jeweilige PEPP ist mit einer entsprechenden tagesbezogenen Bewertungsrelation bewertet, welches im Rahmen der Systempflege jährlich variieren kann. Dieser Bewertungsrelation ist ein in Euro ausgedrückter krankenhausindividueller Basisentgeltwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet. Der derzeit gültige Zahlbetrag liegt bei **400,78 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Bewertungsrelation und Basisentgeltwert ergibt sich der Preis für einen Behandlungstag. Dieser wird kaufmännisch gerundet und anschließend mit den Berechnungstagen des Behandlungsfalles multipliziert. Daraus ergibt sich das Entgelt für den Behandlungsfall.

Beispiel

PEPP	PEPP-Definition	Berechnungs-tage	Relativgewicht je Tag	Basisfallwert	Entgelt je Tag
PA01A	Intelligenzstörungen tiefgreifende Entwicklungsstörung, Ticstörung	4	1,4643	€ 400,78	€ 586,86

Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten entgelten nach den Anlagen 1a und 2a PEPPV 2026 oder zu den Entgelten nach §6 Abs. 1 BPflV können bundeseinheitliche ergänzende Tagesentgelte nach Anlage 5 PEPPV 2026 abgerechnet werden
Die ergänzenden Tagesentgelte sind, wie die PEPP, mit Bewertungsrelationen hinterlegt.

Welche DRG bzw. PEPP 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 2026 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2026 (FPV 2026) bzw. durch die Anlagen 1a und 2a bzw. die Anlage 5 der PEPP-Vereinbarung 2026 (PEPPV 2026) vorgegeben.

3. 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.

Aufgrund fehlender Vereinbarung des Pflegebudgets werden gemäß § 15 Abs. 2a S. 1 und 2 KHEntgG (i.d.F.d. MDK-RefG) für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 6a KHEntgG die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG mit **368,59 €** multipliziert.

4. 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 2026

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 2026 (FPV 2026).

5. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2026 und § 5 PEPPV 2026

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 2026 und nach § 5 Abs. 1 PEPPV 2026 in Verbindung mit der Anlage 3 PEPPV 2026 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2026 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.

Wurden für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 zur FPV im Jahr 2026 keine Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2026 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 2026 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 2026 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2026 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.
Bundesweite Zusatzentgelte aus Anlage 2 und 5 der DRG-Entgeltkatalogvereinbarung 2026 werden ab 01.01.2026 mit denen dort festgesetzten Preisen abgerechnet.

Können für die Leistungen nach **Anlage 1b** PEPPV 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für

den Vereinbarungszeitraum 2026 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden vollstationären Berechnungstag **250,00 €** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 2b** PEPPV 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2026 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden teilstationären Berechnungstag **190,00 €** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 6b** auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2026 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag **200,00 €** abzurechnen.

Wurden für Leistungen nach den **Anlagen 1b und 2b** PEPPV 2026 im Jahr 2026 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für jeden vollstationären Berechnungstag **250,00 €** und für jeden teilstationären Berechnungstag **190,00 €** abzurechnen.

Zusatzentgelte der Anlage 6 FPV 2026 können auf Verlangen in der Stationären Patientenaufnahme eingesehen werden.

6. Fall- und tagesbezogene Entgelte

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.

Tagesbezogene Entgelte der Anlage 3a FPV inkl. Pflegeerlös je Behandlungstag		
B11Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur	475,00 €
B43Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage	455,00 €
B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson	294,26 €
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	412,32 €
B76A	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie	306,24 €
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	298,05 €
I96Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 20 Tage	450,00 €
U41Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen	330,64 €

Fallbezogene Entgelte der Anlage 3a FPV		
D01A	Kochleaimplantation, bilateral	50.690,50 €
D23Z	Implantation eines aktiven mechanischen Hörimplantates	14.078,38 €

Fallbezogene bzw. tagesbezogene teil- Entgelte nach § 6 FPV und § 13 BPflV je Behandlungstag				
Tagesklinik Onkologie	276,14 €		Tagesklinik Pädiatrie	359,37 €
Tagesklinik Rheumatologie	223,79 €		Schmerztagesklinik	290,41 €

Tagesbezogene Entgelte der Anlage 3b FPV inkl. Pflegeerlös		
A90A	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung	204,88 €

7. Übergangspflege nach § 39e SGB V

Die Übergangspflege beginnt mit dem Ende der Krankenhausbehandlung. Das Krankenhaus kann die pflegebedürftige Person im Rahmen der Übergangspflege in ein anderes Bett/ in einen anderen Bereich des Krankenhauses verlegen.
Sofern eine Kostenübernahme durch einen Kostenträger (z.B. Krankenkasse/ Unternehmen der privaten Krankenversicherung/ Beihilfe) erfolgt und von der Möglichkeit einer Direktabrechnung Gebrauch gemacht wird, rechnet das Krankenhaus die Vergütung für die Übergangspflege direkt gegenüber diesem Kostenträger ab.

Tagesbezogene Entgelte im Anschluss an die Krankenhausbehandlung	
Erforderlichkeit einer medizinischen Rehabilitation nach Entlassung aus dem Anwendungsbereich des KHEntgG	280,15 €
Erforderlichkeit einer häuslichen Krankenpflege, einer Kurzeitpflege oder Pflegeleistungen nach SGB XI nach Entlassung aus dem Anwendungsbereich des KHEntgG	246,52 €
Erforderlichkeit eines weiteren Pflege- und Unterstützungsbedarfes nach Entlassung aus dem Anwendungsbereich der BPflV	197,23 €

8. 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 zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab.

Die vereinbarten Entgelte für neue Untersucherungs- und Behandlungsmethoden können auf Verlangen in der Stationären Patientenaufnahme eingesehen werden.

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

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

Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen können auf Verlangen in der Stationären Patientenaufnahme eingesehen werden.

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.

10. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2026 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2026 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2025 zusammengefasst und abgerechnet.

Im Falle der Wiederaufnahme in dassselbe Krankenhaus gemäß § 2 Abs. 1 und 2 PEPPV 2026 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 2 PEPPV 2026 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.

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

Für Kosten, die dem Krankenhaus für Testungen von Patientinnen und Patiente, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurde, auf eine Infektion mit dem Coronavirus SRS-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 01.07.2023: 37,80 €

- 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 €

- 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 €

12. Zu- und Abschläge

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall	344,06 €
Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall	183,16 €
DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG je voll- und teilstationärem Fall *	1,59 €
Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 91 SGB V und § 139c SGB V je voll- und teilstationären Fall	3,12 €
Zuschlag für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen (üFMS-B) nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG je abgerechneten vollstationären Fall	0,20 €
Qualitätssicherungszuschlag nach § 136 SGB V i. V. m. § 17b (1a) Nr. 4 KHG je vollstationären Fall	0,84 €
Zuschlag zur Vereinbarung für Implantateregistermeldevergütung nach § 17b Abs. 1a Nr. 9 KHG je Behandlungsfall	18,24 €
Zuschlag Sofort-Transformationskosten gemäß § 8 Abs. 11 Satz 1 KHEntgG je voll- und teilstationären Fall	3,25 %
Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen pro Tag	60,00 €
Zuschlag nach § 5 Abs. 3g KHEntgG für Speicherung von Daten auf der elektronischen Patientenakte für jeden voll- und teilstationären Fall	5,00 €
Zuschlag nach § 5 Abs. 3g KHEntgG für Unterstützung von Versicherten bei erstmaliger Befüllung der elektronischen Patientenakte je voll- und teilstationären Fall	11,00 €
Zuschlag nach § 4a Abs.4 KHEntgG zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin (über 28 Tage und unter 16 Jahre) je voll- und teilstationären Fall	11,692 %
Abschlag bei fehlender Meldung zur Vereinbarung für Implantateregistermeldevergütung nach § 17b Abs. 1a Nr. 9 KHG pro Implanatat	100,00 €
Zuschlag Hygiene-Förderprogramm gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG bezogen auf DRG-Fallpauschalen, ZE (§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG), sonst. Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a KHEntgG	0,63 %
Zuschlag Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG je voll- und teilstationärem Fall	0,98 %
Zuschlag ländliche Krankenhäuser gemäß § 5 Absatz 2a KHEntgG je voll- und teilstationärem Fall	31,29 €
Zuschlag Notfallversorgung nach §3ff. NotStuVV für die Teilnahme an der Notfallversorgung je vollstationärem Fall	60,40 €
Telematikzuschlag gemäß § 377 Abs. 3 SGB V je voll- und teilstationärem Fall	18,26 €
Abschlag bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzengemäß § 137i Absatz 5 SGB V	-0,87 %
Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte gemäß § 17b Absatz 1a Nr. 2 KHG in Verbindung mit § 2 Absatz 2 Nr. 4 KHEntgG, § 5 Absatz 3 KHEntgG	0,22 %
Zuschlag klinische Sektion gemäß §5 Abs. 3b KHEntG je voll- und teilstationärem Fall	1,01 €

*Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die in § 17b KHG benannten Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene abgeführt.

13. Entgelte für Wahlleistungen

Wahlärztliche Leistungen:

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.

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

Wahlleistung der Unterkunft je Berechnungstag

Unterbringung im Einbettzimmer	56,22 €
Unterbringung im Zweibettzimmer	21,08 €

Begleitperson bzw. Pflegekraft ohne medizinische Indikation je Berechnungstag

Bei Säugling/ Kind (bis 16 Jahre):	23,00 €
Bei Patienten ab 16 Jahren:	41,00 €
Bei Unterbringung im Wochenbetthotel	75,00 €

Wahlleistung Telefon

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

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

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

14. Entgelte für sonstige Leistungen

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

2. Weitere Entgelte sind den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) zu entnehmen.

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 10,00 € 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.

16. Entgelte für Liegezeiten Pathologie

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten

Der einheitliche Tagessatz beträgt 40,00 €/Tag zuzügl. MwSt. Der Todestag zählt grundsätzlich nicht. Ist der Folgetag ein Arbeitstag (Montag-Freitag) beginnt die Berechnung 24 h nach dem Todeszeitpunkt oder der Sektion, während der Öffnungszeiten der Pathologie (Mo – Fr 8.00 – 14.30 Uhr).
Ist der Folgetag kein Arbeitstag (Montag-Freitag) beginnt die Berechnung mit der Öffnungszeit der Pathologie am 2. darauf folgenden Arbeitstag. Jeder angefangene Tag wird voll berechnet. Fallen Lagerungstage nach dem ersten Zahltag auf ein Wochenende od. einen Feiertag werden diese Tage mit dem Tagessatz abgerechnet.

Darüber hinaus gelten die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB).

1. Entgelte für Kopien aus Krankenakten und Erstellen von Datenträgern

Für Kopien aus Krankenakten werden Gebühren erhoben. Diese sind den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) zu entnehmen.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2026 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG- bzw. PEPP-Entgelttarif/ Pflegekostentarif vom 01.10.2025 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter der 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.
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.