



**Universitätsklinikum  
Leipzig**

Medizin ist unsere Berufung.



# ALLGEMEINE VERTRAGSBESTIMMUNGEN ZUM KRANKENHAUS- AUFNAHMEVERTRAG

Verantwortlich im Sinne des bürgerlichen Presserechts:

**Universitätsklinikum Leipzig**

Medizinischer Vorstand und Sprecher des Vorstandes:

Prof. Dr. Christoph Josten

Kaufmännischer Vorstand: Dr. Robert Jacob

Liebigstraße 18

04103 Leipzig

Telefon: 0341 97 15900

Fax: 0341 97 15909

E-Mail: [vorstand@uniklinik-leipzig.de](mailto:vorstand@uniklinik-leipzig.de)

Satz und Druck: Universitätsklinikum Leipzig, Eigendruck  
am Bereich 2 - Materialwirtschaft und Dienstleistungen

**Stand: 01.04.2025**

## INHALTSVERZEICHNIS

§ 1	Geltungsbereich	5
§ 2	Rechtsverhältnis	5
§ 3	Umfang der Krankenhausleistungen	5
§ 4	Aufnahme, Verlegung, Entlassung	6
§ 5	Vor- und nachstationäre Behandlung	7
§ 6	Entgelt	8
§ 7	Abrechnung des Entgelts bei gesetzlich Krankenversicherten und Heilfürsorgeberechtigten	9
§ 8	Abrechnung des Entgelts bei Selbstzahlern	9
§ 9	Hinweis auf die Datenverarbeitung	10
§ 10	Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen	11
§ 11	Beurlaubung	11
§ 12	Ärztliche Eingriffe	11
§ 13	Obduktion	12
§ 14	Aufzeichnungen und Daten	13
§ 15	Qualitätssicherung	13
§ 16	Hausordnung	13
§ 17	Eingebrachte Sachen	14
§ 18	Haftungsbeschränkung	15
§ 19	Zahlungsort/Gerichtsstand	15
§ 20	Inkrafttreten	15
Anlage 1	Hausordnung (Stand: 12.06.2020)	17
Anlage 2	Patienteninformation bei wahlärztlichen Leistungen	23
Anlage 3	Entgelte für Wahlleistungen	25
Anlage 4	DRG-Entgelttarif 2025 für Krankenhäuser	27
Anlage 5	PEPP-Entgelttarif 2025 für Krankenhäuser	38



# ALLGEMEINE VERTRAGSBEDINGUNGEN (AVB)

für  
das Krankenhaus „Universitätsklinikum Leipzig“  
(Krankenhausträger Universitätsklinikum Leipzig AÖR, Leipzig)

## § 1 Geltungsbereich

Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen dem Universitätsklinikum Leipzig, Anstalt öffentlichen Rechts (AÖR)

und

den Patienten 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, gem. §§ 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 schriftlich einverstanden erklärt haben.

## § 3 Umfang der Krankenhausleistungen

- (1) Die voll- und teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Wahlleistungen müssen gesondert vereinbart werden (vg. Anlage 2 und Anlage 3).
- (2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind diejenigen Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Erkrankung des Patienten für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch:

- (a) die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V),
  - (b) die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,
  - (c) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten,
  - (d) (die besonderen Leistungen von Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von krebskranken Patienten,
  - (e) die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V.
- (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 für Belegärzte, der Beleghebammen/-Entbindungspfleger
  - (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 Ausschusses Krankenhaus 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, 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 Nofällen) können Patienten in ein anderes Krankenhaus verlegt werden. Die Verlegung wird vorher – soweit möglich - mit dem Patienten abgestimmt.

Eine auf Wunsch des Patienten ohne medizinische Notwendigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse erfolgende Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus ist gemäß § 60 SGB V bei Abrechnung einer Fallpauschale von einer Einwilligung der gesetzlichen Krankenkasse abhängig. Verweigert die gesetzliche Krankenkasse ihre Einwilligung, erfolgt die Verlegung nur auf ausdrücklichen Wunsch und eigene Kosten des Patienten. Das Krankenhaus informiert den Patienten hierüber.

- (5) Entlassen wird,
  - (a) wer nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes der Krankenhausbehandlung nicht mehr bedarf,
  - (b) die Entlassung ausdrücklich wünscht oder
  - (c) bei wiederholten oder groben Verstößen gegen die Hausordnung, sofern dies nach ärztlicher Einschätzung medizinisch vertretbar ist.

Besteht der Patient entgegen ärztlichem Rat auf seiner Entlassung oder verlässt er eigenmächtig das Krankenhaus, haftet das Krankenhaus nicht für die entstehenden Folgen. 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 oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. 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.

## **§ 6** **Entgelt**

Das Entgelt für die Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und dem PEPP- und DRG-Entgelttarif in der jeweils gültigen Fassung, der Bestandteil dieser AVB ist (Anlage). Soweit Krankenhausleistungen über diagnoseorientierte Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups - DRG -) abgerechnet werden, bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalls (Hauptdiagnose, durchgeführte Prozeduren, Nebendiagnosen, Schweregradeinstufung, Basisfallwert etc.). Bemessungsgrundlage ist das für Deutschland jeweils aktuell gültige PEPP- und DRG-System nebst den dazugehörigen Abrechnungsregeln.

## § 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 PEPP- und DRG-Entgelttarif (vgl. Anlage 4 und 5).

## § 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 maschinenlesbar an das private Krankenversicherungsunternehmen übermittelt werden.
- (3) Für Krankenhausleistungen können Zwischenrechnungen erteilt werden. Nach 4 Wochen Behandlungsdauer wird eine Zwischenrechnung erstellt. 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 ab Verzug Mahngebühren in Höhe von 3,00 Euro je Mahnschreiben berechnet werden.
- (7) Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.

## § 9

### Hinweis auf die Datenverarbeitung

- (1) Die Datenverarbeitung erfolgt unter Beachtung rechtlichen, insbesondere der datenschutzrechtlichen Anforderungen, den Bestimmungen der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses.
- (2) Allgemein: Im Rahmen des vom Patienten bzw. zu dessen Gunsten mit dem Krankenhaus abgeschlossenen Vertrages können Daten über seine Person, seinen sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt, geändert und gelöscht werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. Kostenträger, weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte bzw. andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder Behandlung sowie Rehabilitationseinrichtungen) übermittelt werden können.
- (3) Die Patienteninformationen gem. Art. 12 ff DS-GVO finden Sie physisch an allen Aufnahmemöglichkeiten, auf den Stationen und im Internet unter unserer Internetadresse: <https://www.uniklinikum-leipzig.de/Seiten/datenschutz.aspx>
- (4) Im Rahmen der Behandlung durch das Universitätsklinikum Leipzig AÖR werden interdisziplinäre Besprechungen für die Erstellung eines qualifizierten Behandlungsplans durchgeführt. Die personen- und krankheitsbezogenen Daten des Patienten werden für die Beurteilung und Behandlung der Erkrankung im Rahmen interdisziplinärer Besprechungen im Universitätsklinikum Leipzig (bspw. Röntgenbildbesprechungen, Tumorkonferenzen) einem begrenzten und fachlich dafür qualifizierten Teilnehmerkreis offengelegt, diskutiert und ausgewertet. Dadurch können für den Patienten Empfehlungen nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft gegeben werden. Diese tragen zur Auswahl der besten Behandlungsmöglichkeiten bei. Die Patientenakte bildet die Grundlage der Fallbesprechung. Der behandelnde Arzt stellt die Daten und Befunde des Patienten in der Konferenz vor. An diesen Besprechungen können neben Ärzten verschiedener Fachrichtungen des Universitätsklinikums Leipzig auch sonstige Angehörige der Heilberufe (bspw. Pflegepersonal, Therapeuten) teilnehmen. Alle Teilnehmer unterliegen der Schweigepflicht oder werden vorab entsprechend verpflichtet.

## § 10

### Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen

- (1) Soweit das Krankenhaus nicht auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abrechnet, kann es für Krankenhausaufenthalte, die voraussichtlich länger als eine Woche dauern, angemessene Vorauszahlungen verlangen. Soweit Kostenübernahme-Erklärungen von Sozialleistungsträgern, sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern oder privaten Krankenversicherungen vorliegen, können Vorauszahlungen nur von diesen verlangt werden (§ 14 Abs. 4 BpflV bzw. § 8 Abs. 7 KHEntgG).
- (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).

## § 11

### Beurlaubung

Beurlaubungen sind mit einer stationären Krankenhausbehandlung in der Regel **nicht** vereinbar und können nur aus zwingenden Gründen und nur mit schriftlicher Zustimmung des verantwortlichen Arztes oder dessen Vertreter gewährt werden.

Die Beurlaubung erfolgt auf **eigene Verantwortung**, eine Haftung des Klinikums entfällt. Die **entstehenden Kosten**, insbesondere Fahrtkosten und Krankentransport **müssen privat bezahlt werden**, eine Erstattung durch das Krankenhaus ist nicht möglich. Die Erstattung der Kosten durch die Krankenkasse ist in der Regel ebenfalls ausgeschlossen. Es wird den Patienten empfohlen eine etwaige Kostenübernahme mit der Krankenkasse vorab abzuklären. Während der Beurlaubung außerhalb des Krankenhauses entstehende Behandlungskosten werden vom Leistungserbringer direkt mit der mit der zuständigen Krankenkasse oder Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet, soweit kein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung besteht.

## § 12

### 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 der gesetzliche Vertreter nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar ist oder seine dem Eingriff entgegenstehende Willenserklärung im Hinblick auf § 323 c StGB unbeachtlich ist.

## **§ 13 Obduktion**

- (1) Eine Obduktion kann vorgenommen werden, wenn
  - (a) der Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat, oder
  - (b) der erreichbare nächste Angehörige (Abs. 3) des Verstorbenen, bei gleichrangigen Angehörigen einer von ihnen, eingewilligt und dem Krankenhausarzt ein entgegenstehender Wille des Verstorbenen nicht bekannt geworden ist.
- (2) Von der Obduktion ist abzusehen bei Verstorbenen, die einer die Obduktion ablehnenden Gemeinschaft angehören, sofern nicht der Verstorbene zu Lebzeiten eingewilligt hat.
- (3) Nächster Angehöriger 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.

## **§ 14**

### **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 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.

## **§ 15**

### **Qualitätssicherung**

Bei Auffälligkeiten und Abweichungen der Behandlungsergebnisse im Vergleich zu anderen Krankenhäusern werden Ärzte anderer Krankenhäuser oder Einrichtungen zugezogen und geben Empfehlungen zur Steigerung der Qualität und zur Verbesserung der Behandlungsabläufe (sog. Peer Reviews).

Im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen erhalten Ärzte anderer Krankenhäuser oder Einrichtungen Einblick in patientenbezogene Behandlungsunterlagen und damit in persönliche Daten. Weiterhin werden Patientendaten auch zur Sicherung und Verbesserung der Behandlungsqualität verarbeitet und übermittelt, etwa im Rahmen von Zertifizierungen. Bei einer Zertifizierung wird geprüft, ob eine Einrichtung bestimmte Qualitätsstandards und Prozesse einhält. Dies geschieht in der Regel sowohl an Hand von schriftlichen Dokumenten als auch durch eine Prüfung vor Ort.

## **§ 16**

### **Hausordnung**

Der Patient hat die vom Krankenhaus erlassene Hausordnung zu beachten (Anlage 1).

## § 17 Eingebrachte Sachen

- (1) In das Krankenhaus sind nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände einzubringen. Geld und Wertsachen sind Angehörigen/Begleitern nach Hause mitzugeben. Soweit der Patient selbst geschäfts- und handlungsfähig ist, hat er selbst Sorge für die Verwahrung seines Eigentums zu tragen. Es besteht grundsätzlich die Möglichkeit der Verwahrung von Eigentum in den Patientenzimmern, mittels Wertschließfächern und abschließbaren Schränken/Schrankteilen. Diese sind vom Patienten in eigener Verantwortung zu nutzen. Das Eigentum wird nicht vom Krankenhaus oder seinem Personal aufgenommen und verwahrt. Der Patient hat die Möglichkeit die Schlüssel zu seinen Aufbewahrungsmöglichkeiten bei den Pflegekräften in seiner Organisationseinheit im Rahmen seiner therapeutisch notwendigen Abwesenheit (Untersuchungen, Eingriffe) und nach vorheriger Absprache abzugeben. Dies ist zu dokumentieren. Er hat die Verantwortung den/die Schlüssel zu den Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern seiner Station/Organisationseinheit zu bringen und die Verwahrung der/des Schlüssel sicherstellen zu lassen. Sofern der Patient nicht gehfähig ist oder bei Abholung durch den Transportdienst keine Verwahrung sichergestellt ist, kann er zur Kontaktaufnahme alle bestehenden Kommunikationsmöglichkeiten nutzen (Telefon, Notklingel). Eigenständig ist es unserem Personal im Regelfall jedoch nicht möglich den Schlüssel an sich zu nehmen. Weiterhin werden Mehrbettzimmer während der Abwesenheit von Patienten in der Regel nicht verschlossen. Es sind demnach alle Sachen durch den Patienten sicher zu verwahren.
- (2) Bei handlungs- und geschäftsunfähig eingelieferten Patienten ohne Begleitung werden Geld und Wertsachen in Gegenwart eines Zeugen festgestellt und in zumutbarer Weise bis zur nächstmöglichen Übergabe an einen Berechtigten oder den Patienten selbst verwahrt. Eine Verwahrung kann aus Kapazitätsgründen auch in einem zentralen Lager des Krankenhauses erfolgen. In diesem Fall erklärt sich der Patient einverstanden damit, dass die Herausgabe des verwahrten Eigentums innerhalb von 12 Stunden, nach Wiedererlangung der Verwahrungsmöglichkeit durch ihn selbst, diese wieder an ihn herausgegeben werden. In dringenden Fällen wird versucht eine kurzfristigere Bereitstellung zu ermöglichen.
- (3) Zurückgelassene Sachen gehen in das Eigentum des Krankenhauses über, wenn sie nicht innerhalb von 12 Wochen nach Aufforderung abgeholt werden. In der Aufforderung wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass auf den Herausgabeanspruch verzichtet wird, mit der Folge, dass nach Ablauf der Frist das Eigentum auf das Krankenhaus übergeht.

- (4) Sämtliche Nachlassgegenstände werden für die Dauer von einem Monat vom Krankenhaus verwahrt. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass das Krankenhaus über die Sachen, die nicht innerhalb dieser Frist von den Erben oder sonstigen Berechtigten abgeholt werden, frei verfügen kann. Sollten keine Angehörigen vorhanden sein, werden sämtliche Nachlassgegenstände dem Ordnungsamt der Stadt Leipzig angeboten.

## **§ 18**

### **Haftungsbeschränkung**

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

## **§ 19**

### **Zahlungsort/Gerichtsstand**

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

## **§ 20**

### **Inkrafttreten**

Diese AVB treten am 12.06.2020 in Kraft.



## Anlage 1

### Hausordnung (Stand: 12.06.2020)

Die Bestimmungen der nachfolgenden Hausordnung sind Bestandteil dieser Allgemeinen Vertragsbestimmungen. Die folgenden allgemeinen Verhaltensregeln gelten gleichermaßen für alle Gebäude, Gebäudebestandteile und Flächen des Universitätsklinikums Leipzig (Krankenhausgelände).

#### 1. Allgemeine Verhaltensregeln

- (a) Die Patienten, Besucher, Gäste und Dritte sind verpflichtet, aufeinander Rücksicht zu nehmen und alles zu unterlassen, was den Heilungsverlauf oder den Krankenhausbetrieb beeinträchtigen könnte.
- (b) Nehmen Sie möglichst keine Wertgegenstände mit in das Krankenhaus.
- (c) Insbesondere ist folgendes untersagt:
  - Das Betreten von fremden Patientenzimmern. Es stehen für Besucher und Patienten grundsätzlich die Aufenthaltsbereiche und /-räume in den dafür vorgesehenen Zeiten und unter allgemeiner Rücksichtnahme zur Verfügung,
  - unnötiges Lärmen,
  - Rauchen innerhalb der Verbotszonen,
  - Alkohol- und Drogenkonsum,
  - gewerbemäßiges Handeltreiben,
  - unerlaubtes Verteilen von Werbeschriften und Flugblättern,
  - Mitbringen von Tieren,
  - Mitbringen und Betreiben von elektrischen Geräten mit Heizelementen, Fernsehgeräte und vergleichbare Geräte, elektrische Haushaltsgeräte, sofern diese Ordnung keine anderweitige Regelung trifft. Ausgenommen hiervon sind technisch einwandfreie elektrische Geräte für die Körperhygiene; diese sind auf das Notwendigste zu beschränken,
  - Anfertigung von Bild- und Ton oder Videoaufnahmen von unserem Personal, Besuchern und (Mit-)Patienten, sofern keine Erlaubnis nach Nr. 3 dieser Hausordnung besteht.
  - Anfertigung von Bild- und Ton oder Videoaufnahmen von unseren Räumlichkeiten, soweit dies nicht gem. Nr.3 dieser Hausordnung erlaubt ist.

- (d) Das Betreiben von Funktelefonen und tragbaren Computern (Laptop, Tablets) ist auf Weisung des Personals und immer in den besonders gekennzeichneten Klinikgebäuden oder Gebäudeteilen untersagt.

Kennzeichnung der absoluten Nichtgestattung:



## 2. Weisungen des Klinikpersonals

Anordnungen der Ärzte, des Pflegepersonals und der Krankenhausverwaltung sind von Benutzern und Besuchern zu befolgen.

Insbesondere

- ist angeordnete Bettruhe einzuhalten,
- Während Ihres Aufenthaltes stehen Heilung und Ruhe im Vordergrund. Bitte verhalten Sie sich daher so, dass Sie keinen anderen stören. Wir bitten Sie, sich zu den Ruhezeiten im ganzen Haus angemessen leise zu verhalten. Vermeiden Sie bspw. lautstarke Unterhaltung auf den Fluren, lautes Zuschlagen der Türen, lautes Telefonieren im Zimmer und ggf. auf Balkon / Terrasse, Rennen auf den Fluren und in den Treppenhäusern
- ist Ausgang nur mit Erlaubnis des Stationsarztes/der Stationsärztin gestattet,
- dürfen Rundfunk- und Fernsehgeräte nur mit Zustimmung des Stationsarztes der Stationsärztin und nur in Zimmerlautstärke betrieben werden,
- sind die Besuchszeiten der jeweiligen Station einzuhalten,
- ist die Nutzung der Sanitäreinrichtungen in den Patientenzimmern den Patienten vorbehalten. Eine Benutzung durch Besucher ist grundsätzlich nicht gestattet. Hierfür sind Besucher auf die für Besucher vorgesehenen Sanitäreinrichtungen zu verweisen.
- ist es nicht gestattet, sich in Straßenkleidung auf das Bett zu setzen.

Das Telefonieren und die Nutzung von privaten Endgeräten sind nur soweit erlaubt, wie hierdurch Dritte oder der klinische Betrieb nicht gestört oder unzumutbar beeinträchtigt werden. Diese Einschätzung obliegt letztverantwortlich unserem Personal. In Mehrbettzimmern sind Kopfhörer zu nutzen, soweit dies möglich ist. Nr. 1 b und Nr. 2 dieser Hausordnung gelten unverändert fort.

### **3. Fotografieren, Filmen und Medien**

Das Krankenhaus ist ein besonderer Ort. Hier gelten spezielle rechtliche Bestimmungen: u.a. das Landeskrankenhausgesetz, datenschutzrechtliche Bestimmungen sowie §201a StGB (Verletzung des höchstpersönlichen Lebensbereichs). Es ist daher verboten, Patienten, Besucher oder das Personal ohne vorherige Zustimmung zu fotografieren oder zu filmen – dies gilt auch dann, wenn die Aufnahmen hinterher anonymisiert werden sollen.

Foto-, Ton- oder Video-Aufnahmen, die für gewerbliche, kommerzielle Zwecke oder zur Veröffentlichung bestimmt sind, sind nur nach vorheriger Genehmigung durch den Vorstand oder berechtigte Mitarbeiter der Unternehmenskommunikation und der betroffenen Personen gestattet. Das gilt auch für Aufnahmen durch Patienten oder deren Angehörige. Solche Aufnahmen sind ohne vorherige Genehmigung untersagt.

Fotografieren und Filmen ist nur Patienten und deren Angehörigen ausschließlich zu privaten und persönlichen Zwecken erlaubt und auch nur außerhalb der therapeutischen Bereiche und soweit sich Dritte hierdurch nicht gestört fühlen. Dabei dürfen jedoch keine anderen Personen ohne vorherige Zustimmung, insbesondere Patienten, Besucher oder Personal, gefilmt oder fotografiert werden.

Journalisten ist das unangemeldete Aufsuchen des Krankenhauses, des Krankenhausgeländes sowie von Patienten zum Zwecke der Recherche oder Berichterstattung ohne vorherige Genehmigung nicht gestattet. Journalisten, die sich im Rahmen ihrer Tätigkeit auf dem Krankenhausgelände an einen Patienten, Besucher oder Mitarbeiter wenden, müssen sich vorher als Journalist zu erkennen geben.

### **4. Benutzung der Krankenseinrichtungen bzw. Anlagen**

Patienten haben sich bei der Benutzung der Krankenhausanlagen bzw. -einrichtungen so zu verhalten, wie es die Sicherheit und Ordnung des Krankenhausbetriebs, ihre eigene Sicherheit und die Rücksicht auf andere gebieten. Soweit die Nutzung privater Geräte im Rahmen der Hausordnung gestattet ist, gilt dies sinngemäß.

### **5. Betreiben von Funktelefonen und tragbaren Computern**

Die betriebenen Geräte sind so aufzustellen und zu betreiben, dass sich hieraus keine Brandgefahren für die Umgebung und andere Personen ergeben. Um Wärmestau zu vermeiden sind Geräte mit Lüftung ausschließlich auf einer festen Unterlage zu betreiben. Luftein- und Austrittsöffnungen der Geräte sind stets freizuhalten. Die Geräte sind nur unter Aufsicht zu betreiben. Nach der Benutzung ist das Gerät auszuschalten und vom Netz zu trennen. Das unbeaufsichtigte Aufladen von Akkus und das Aufladen in den Nachtstunden sind untersagt.

Beschädigte Geräte, auch wenn sie noch funktionsfähig sind, dürfen nicht verwendet werden.

Darüber hinaus ist es dem medizinischen Personal gestattet, das Betreiben im Einzelfall aus medizinischen, technischen oder hygienischen Gründen zu untersagen.

Bei der Verwendung der Geräte ist auf die Interessen der Mitpatienten Rücksicht zu nehmen (Lautstärke etc.)

Der Patient haftet für alle aus dem Betreiben der Geräte entstehenden Schäden selbst.

## 6. Nutzung des Krankenhausgeländes und Verkehr

Betteln, Werben, Auftritte, Veranstaltungen sind auf dem gesamten Krankenhausgelände einschließlich der Parkplätze grundsätzlich nicht gestattet. Ausnahmen bedürfen der Erlaubnis der Klinikleitung.

Auf dem Gelände des Klinikums gelten die Bestimmungen der Straßenverkehrsordnung, sofern nichts anderes bestimmt ist. Die zulässige Höchstgeschwindigkeit beträgt 20 km/h. Fahrzeuge dürfen nur nach Maßgabe der hierfür aufgestellten, wie nachfolgend dargestellten Hinweisschilder geführt und auf den dafür vorgesehenen Plätzen abgestellt werden. Im Übrigen besteht Parkverbot.



Das Klinikum übernimmt keine Haftung für die Beschädigung oder den Verlust abgestellter Fahrzeuge.

## 7. Diskriminierungsverbot

Im Geltungsbereich dieser Hausordnung sind das Verbreiten sowie Tragen und Verwenden von Symbolen, Kennzeichen und Kleidungsstücken, die einen Bezug zu verfassungswidrigen, extremistischen, rassistischen, fremdenfeindlichen, gewaltverherrlichenden oder anderen menschenverachtenden Gesinnungen und Inhalten haben, zu unterlassen. Solche Verhaltensweisen sind geeignet, das Ansehen des Universitätsklinikums zu beschädigen und die Fähigkeit des Universitätsklinikums zu beeinträchtigen, seine Aufgaben als Einrichtung für Forschung, Lehre und Gesundheitsversorgung in einem freiheitlichen, demokratischen und sozialen Rechtsstaat diskriminierungsfrei wahrzunehmen.

Bei einem Verstoß gegen diese Bestimmung im obigen Sinne ist die betroffene Person zum Unterlassen der Verbreitung (Wort- und Schrift), dem Bedecken oder Ablegen aufzufordern und im Falle der Weigerung sofort des Gebäudes zu verweisen.

Darüber hinaus kann ein (schriftliches) Hausverbot ausgesprochen werden.

Die Entscheidung, ob ein Verstoß gegen die Hausordnung darüber hinaus ein (schriftliches) Hausverbot nach sich zieht, ist im Einzelfall zu treffen.

## **8. Zuständigkeiten**

Die hausrechtlichen Befugnisse werden vom Vorstand und dem jeweils zuständigen Personal des Hauses (insbesondere Bereich 5 – Sicherheit und Ordnung) sowie von beauftragten Beschäftigten und Dritten (z. B. Sicherheitsdienst) ausgeübt.

Sie haben dabei das Recht, aus gegebenem Anlass Haus- und Geländeverweise auszusprechen. Anlässe sind z. B. die Störung des Betriebsfriedens oder Verstöße gegen eine oder mehrere Bestimmungen dieser Hausordnung.

Mündliche Abmahnungen oder Verweise können darüber hinaus durch jeden Beschäftigten, unter Beachtung der Regelungen dieser Hausordnung, ausgesprochen werden und sind zu befolgen.

Weitergehende schriftliche Hausverbote sind ebenso möglich und werden durch den Vorstand oder den Bereich 5 – Sicherheit und Ordnung erteilt. Den ausübenden Mitarbeitern obliegt dabei ein im Sinne der Zielsetzung der Hausordnung auszuübender Beurteilungsspielraum.

Ausnahmen von der Verpflichtung zur Einhaltung dieser Hausordnung kann auch die Leitung der Klinik aus medizinischen Gründen erteilen.

## **9. Ahndung bei Verstößen gegen die Hausordnung**

Bei Zuwiderhandlungen gegen die Hausordnung durch den Patienten, Besucher, Gäste und Dritte kann eine Abmahnung oder ein Haus- bzw. Geländeverweis ausgesprochen werden. Sofern möglich und je nach Schwere des Verstoßes wird vorrangig eine Abmahnung erfolgen. Jedenfalls nach mehrfacher Abmahnung und bei groben Verstößen gegen die Hausordnung können Besucher, Patienten, Gäste und Dritte aus dem Klinikgelände verwiesen und es kann ihnen bei Wiederholungsgefahr ein weitergehendes schriftliches Hausverbot ausgesprochen werden. Eine Notfallbehandlung durch das Krankenhaus wird dadurch nicht ausgeschlossen.

Weitere rechtliche Schritte behält sich das Klinikum ausdrücklich vor. Die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen, insbesondere bei schuldhafter Beschädigung von Krankenhauseigentum, bleibt ebenso vorbehalten.



## Anlage 2

### Patienteninformation bei wahlärztlichen Leistungen

#### **Wichtige Patienteninformation vor der Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind im Begriff, eine so genannte Wahlleistungsvereinbarung über die gesonderte Berechnung ärztlicher Leistungen zu unterzeichnen. Hierfür schreibt § 22 Abs. 2 der Bundespflegeverordnung (BpflV) bzw. § 17 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) vor, dass jeder Patient vor Abschluss der Vereinbarung über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im Einzelnen zu unterrichten ist. Dieser Verpflichtung möchten wir hiermit nachkommen:

1. Die BpflV bzw. das KHEntG unterscheiden zwischen allgemeinen Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Sofern Sie gesetzlich krankenversichert sind, entstehen Ihnen für die Inanspruchnahme der allgemeinen Krankenhausleistungen außer den gesetzlichen Zuzahlungen keine gesonderten Kosten. Wahlleistungen hingegen sind über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehende Sonderleistungen. Diese sind gesondert zu vereinbaren und vom Patienten zu bezahlen.
2. Für so genannte wahlärztliche Leistungen bedeutet dies, dass Sie sich damit die persönliche Zuwendung und besondere fachliche Qualifikation und Erfahrung der liquidationsberechtigten Ärzte des Krankenhauses einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses hinzukaufen. Dies gilt auch, soweit die wahlärztlichen Leistungen vom Krankenhaus berechnet werden. Selbstverständlich werden Ihnen auch ohne Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung alle medizinisch erforderlichen Leistungen zuteil, jedoch richtet sich dann die Person des behandelnden Arztes ausschließlich nach der medizinischen Notwendigkeit.
3. Im Einzelnen richtet sich die konkrete Abrechnung nach den Regeln der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte / Gebührenordnung für Zahnärzte (GOÄ/GOZ). Diese Gebührenwerke weisen folgende Grundsystematik auf:

In einer ersten Spalte wird die abrechenbare Leistung mit einer Gebührensnummer versehen. Dieser Gebührensnummer ist in einer zweiten Spalte die verbale Beschreibung der abrechenbaren Leistungen zugeordnet. In einer dritten Spalte wird die Leistung mit einer Punktzahl bewertet. Dieser Punktzahl ist ein für die ganze

GOÄ einheitlicher Punktwert zugeordnet, welcher in Cent ausgedrückt ist. Der derzeit gültige Punktwert liegt gemäß § 5 Abs. 1 GOÄ bei 5,82873 Cent.

Aus der Multiplikation von Punktzahlen und Punktwert ergibt sich der Preis für diese Leistung, welcher in einer Spalte 4 der GOÄ ausgewiesen ist.

**Beispiel:**

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Punktzahl	Preis (Einfachsatz), gerundet
1	Beratung - auch mittels Fernsprecher	80	4,66€

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

Welche Gebührenpositionen bei Ihrem Krankheitsbild zur Abrechnung gelangen und welche Steigerungssätze angewandt werden, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Einzelleistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden, welchen Schwierigkeitsgrad die Leistungen besitzen und welchen Zeitaufwand sie erfordern.

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

Sollten Sie im Einzelnen noch Fragen haben, stehen Ihnen unsere Mitarbeiter gern an den Patientenaufnahmen/Sekretariaten zur Verfügung. Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in die GOÄ/GOZ nehmen.

## Anlage 3 Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§ 22 BpflV bzw. § 17 KHEntgG):

### 1. Ärztliche Leistungen

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ Abs. 3 BpflV). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit das Krankenhaus selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.

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 dem Krankenhaus geltend gemacht, sofern nicht die jeweils liquidationsberechtigten Ärzte selbst oder eine externe Abrechnungsstelle 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.

### 2. Übersicht nichtärztliche Wahlleistung Unterkunft

Bei Inanspruchnahme einer Wahlleistung Unterkunft mit Service- und Komfortelementen im Rahmen der Möglichkeiten des Universitätsklinikums Leipzig AöR werden ab 15.08.2024 folgende Zuschläge berechnet:

Unterbringung 1-Bett-Zimmer: Zuschlag je Berechnungstag 190,00 €

Reservierungszuschlag: Auf Wunsch kann das Krankenhaus für bis zu vier Tage das 1-Bett-Zimmer reservieren oder freihalten (z. B. aufgrund eines Aufenthaltes auf der Intensivstation oder Beurlaubung). Während dieser Zeit berechnet das Krankenhaus einen um 25 % geminderten Zimmerpreis, folglich 142,50 € pro Tag, vorausgesetzt, das Zimmer wird nicht anderweitig belegt.

Unterbringung 2-Bett-Zimmer: Zuschlag je Berechnungstag 90,00 €

Bei Inanspruchnahme einer Wahlleistung Unterkunft **ohne** Service- und Komfortelementen im Rahmen der Möglichkeiten des Universitätsklinikums Leipzig AöR wird ab 01.04.2025 folgender Zuschlag berechnet:

Unterbringung 1-Bett-Zimmer: Zuschlag je Berechnungstag 95,00 €

Berechnungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Aufenthaltstag im Krankenhaus. Der Tag der Entlassung oder Verlegung wird bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

### **3. Unterbringung und Verpflegung einer medizinisch nicht notwendigen Begleitperson**

Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson  
ohne medizinische Notwendigkeit:

Zuschlag je Berechnungstag 60,00 €

Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson  
ohne medizinische Notwendigkeit zu einem Wahlleistungspatienten  
mit 1-Bett-Zimmer Wahlleistung:

Zuschlag je Berechnungstag 90,00 €

Berechnungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Aufenthaltstag im Krankenhaus. Der Tag der Entlassung oder Verlegung wird bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

### **4. Übernachtung ohne medizinische Notwendigkeit und ohne Verpflegung, Service- und Komfort**

Zuschlag je Berechnungstag im Einbettzimmer 95,00 €

Zuschlag je Berechnungstag im Zweibettzimmer 70,00 €

### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

**sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung. Insgesamt kann die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Dies gilt insbesondere für Selbstzahler. Prüfen Sie bitte sehr sorgfältig, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung versichert sind.**

## Anlage 4

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

Das Universitätsklinikum Leipzig berechnet ab dem 01.04.2025 folgende Entgelte:

#### **1. Fallpauschalen (DRGs) gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 1 KHEntG**

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie des KHEntG 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 2025) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2025) zur Verfügung. Neben den bisher genannten können auch andere Faktoren wie z. B. das Alter oder die Entlassungsart Auswirkung auf die Zuweisung einer DRG haben.

Die genauen Definitionen der einzelnen DRGs sind im jeweils aktuell gültigen DRG-Klassifikationssystem (DRG-Definitionshandbuch) festgelegt. Das DRG-Definitionshandbuch beschreibt die DRGs einerseits alphanumerisch, andererseits mittels 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 ab 01.02.2025 gültige Basisfallwert liegt bei 4.385,06 € und unterliegt Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich das Entgelt für den Behandlungsfall.

### Beispiel (Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor oder andere Kopfverletzungen und bestimmte Fraktur	0,539	€ 4.000,00	€ 2.156,00
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie oder andere Kopfverletzungen	2,997	€ 4.000,00	€ 11.988,00

Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Diagnose(n) am Ende des stationären Aufenthaltes gestellt und welche diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Für das Jahr 2025 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2025 (Fallpauschalenvereinbarung 2025 - FPV 2025).

### 2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gemäß § 1 Abs. 2 und 3 sowie § 3 Abs. 1 und 2 FPV 2025

Der nach der oben beschriebenen DRG-Systematik zu ermittelnde Preis setzt voraus, dass DRG-spezifische Grenzen für die Verweildauer im Krankenhaus nicht über- oder unterschritten werden. Bei Über- oder Unterschreiten dieser Verweildauern werden gesetzlich vorgegebene Zu- oder Abschläge fällig. Die näheren Einzelheiten und das Berechnungsverfahren hierzu regelt die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2025 (FPV 2025).

### 3. Hybrid-DRG gemäß § 115f SGB V

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

gemäß § 115f SGB V für das Jahr 2025 (Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung) am 18.12.2024 abgeschlossen.

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

**Beispiel:**

**Leistungsbereich Bestimmte Hernieneingriffe**

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

Hybrid-DRG	Bezeichnung	Fallpauschale der Hybrid-DRG <u>ohne</u> postoperative Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte A) in Euro	Fallpauschale der Hybrid-DRG <u>zuzüglich</u> postoperativer Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte B) in Euro
G09N	Hybrid-DRG der DRG G09Z (Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernie, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operationen einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm)	€ 2.227,33	€ 2.257,33

G24N	Hybrid-DRG der DRG G24B (Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidsei- tigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC)	€ 2.000,81	€ 2.030,81
------	---	------------	------------

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

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

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

Eine Berechnung von Entgelten für vereinbarte Wahlleistungen bleibt unberührt.

#### **4. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2025**

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

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2025 genannten Zusatzentgelte **krankenhausindividuelle Zusatzentgelte** nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden.

Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2025 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

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

## 5. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2025

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

kognitive Neurologie:	275,83 €
Tagesklinik Kinderklinik – Diagnosen E20.* – E34.*:	662,60 €
Tagesklinik Kinderklinik – alle Diagnosen außer E20.* – E34.*:	621,03 €
Tagesklinik Kinderklinik-Ersatz- und Substitutionstherapie	505,88 €
Tagesklinik Hämatologie:	526,71 €
Tagesklinik Gynäkologie:	298,13 €
Tagesklinik Schlaflabor	323,32 €
Schmerztagesklinik	336,27 €

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

## 6. 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 Zusatzentgelte ab.

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

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

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

30,40 €,

Labordiagnostik mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 15.10.2020:

19,00 €.

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

11,50 €.

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

Gem. § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte, die bundesweit gültig und einheitlich zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und gesetzlichen Kassen (GKV) ausverhandelt wurden.

<b>Fachabteilungsbezogene Vergütungspauschalen</b>	<b>vorstat. Beh.</b>	<b>nachstat. Beh.</b>
Augenheilkunde (AUG)	68,51 €	38,86 €
Allgemeine Chirurgie (CH)	100,72 €	17,90 €
Frauenheilkunde (GYN)	119,13 €	22,50 €
Hämatologie und Onkologie (HAE)	75,67 €	46,02 €
Dermatologie (HAU)	75,67 €	23,01 €
Hals-, Nasen- u. Ohrenheilkunde (HNO)	78,74 €	37,84 €
Innere Medizin (IN)	147,25 €	53,69 €
Kinderchirurgie (KCH)	61,36 €	23,01 €
Kinder- und Jugendmedizin (KIK)	94,08 €	37,84 €
Mund-, Kiefer- u. Gesichtschirurgie (MKG)	64,42 €	23,52 €
Neurochirurgie (NCH)	48,57 €	21,99 €
Neurologie (NEU)	114,02 €	40,90 €
Nuklearmedizin (NUK)	162,08 €	123,22 €
Orthopädie (ORT)	133,96 €	20,96 €
Strahlentherapie (STR)	186,62 €	330,29 €
Urologie (URO)	103,28 €	41,93 €

zzgl. Großgeräteleistungen wie z. B.

Computertomografie (CT)

Magnet-Resonanz-Tomografie (MRT)

Positronen-Emissions-Tomografie (PET)

und entsprechende Kontrastmittel, die nach spezifischem Leistungsinhalt vergütet werden.

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.

## 9. 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 krankenhausesindividuellen 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.

Der Pflegeentgeltwert ab Aufnahme datum 01.04.2025 beträgt 248,05 €

## 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.

Bei verstorbenen Patienten berechnet das UKL für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung sowie für die Überführung zur Aufbewahrung und Einstellung/Aufbewahrung ein Entgelt nach GOÄ und Auslagenrechnungen.

## 11. Zuzahlungen

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

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an - innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage - eine Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit € 10,- je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

Aufnahme- und Entlassungstag gelten dabei als **jeweils** ein Tag (siehe nachfolgendes Beispiel).

#### Beispiel:

Der Zuzahlungsbetrag beträgt aktuell 10,00 € je Kalendertag (Aufnahme- und Entlassungstag gelten als je ein Tag).

Aufnahme am:	10.01.23, 22.45 Uhr
Entlassung am:	12.01.23, 09.30 Uhr
zuzahlungspflichtige Tage:	3 Tage
Zuzahlungsbetrag:	30,00 €

Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die entsprechende Mitgliedskrankenkasse weitergeleitet.

Eine vollstationäre Krankenhausbehandlung wird durch eine Beurlaubung i. S. d. § 11 AVB nicht beendet. Beurlaubungstage sind daher auch zuzahlungspflichtig (§§ 61, 43c, SGB V).

Zur Vermeidung von Unannehmlichkeiten bitten wir Sie, die von Ihnen zu leistende Zuzahlung am Tag Ihrer Entlassung an den jeweiligen Rezeptionen bzw. Geldannahmestellen des Universitätsklinikums

- Hauptkasse Rezeption Haus 4 (Innere und Operative Medizin; Neurologie; Radiologie), Liebigstr. 20
- Kasse Rezeption Haus 1 (Augenheilkunde; HNO; MKG; Universitätszahnmedizin), Liebigstr. 12

unter Angabe der Fallnummer einzuzahlen.

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

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

### **12. Wiederaufnahme und Rückverlegung**

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

### **13. Entgelte für Wahlleistungen**

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet. Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung und der Patienteninformation über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen entnehmen.

### **14. Zuschlag für medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen (je Belegungstag)**

Die Höhe des Zuschlages von 60,00 € ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 S. 4 KHG geregelt. Dieser Zuschlag betrifft im Übrigen nur die Fälle der medizinisch notwendigen Aufnahme von Begleitpersonen und ist von der wahlweisen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson zu unterscheiden.

**15. Zuschlag für Ausbildungskosten  
(je voll- und teilstationärem Krankenhausfall)**

Zuschlag für Ausbildungskosten nach § 17a KHG  
je voll- und teilstationärem Fall 153,34 €

Zuschlag für Ausbildungskosten nach § 33 PflBG  
je voll- und teilstationärem Fall 194,61 €

**16. Zuschlag für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile  
der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen  
nach § 17b**

Abs. 1a Nr. 4 KHG je abgerechneten vollstationären Fall Zuschlag üFMS  
nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG in Höhe von 0,20 €

**17. DRG-Systemzuschlag (je voll- und teilstationärem Krankenhausfall)**

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

**18. Systemzuschlag für den gemeinsamen Bundesausschuss  
(je voll- und teilstationärem Krankenhausfall)**

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

**19. Zuschlag für stationäre Qualitätssicherung  
(je vollstationärem Krankenhausfall)**

Qualitätszuschlag zur Refinanzierung der Maßnahmen der stat. Qualitätssicherung  
für nach § 108 Sozialgesetzbuch Band V zugelassene Krankenhäuser gemäß  
§ 137 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Band V 0,86 €

**20. Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der  
Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntG auf die abgerechnete  
Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1  
Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6  
Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntG (je voll- und teilstationärem Kranken-  
hausfall)**

Zuschlag Hygiene nach § 4 Abs. 9 KHEntG in Höhe von 0,11 v.H.

**21. Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte nach § 5 Abs. 3 KHEntG  
(je voll- und teilstationärem Krankenhausfall)**

Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte nach § 5 Abs. 3 KHEntG  
in Höhe von 7,40 €

**22. Zuschlag zur Teilnahme an der Notfallversorgung  
(je vollstationären Krankenhausfall)**

Zuschlag zur Teilnahme an der Notfallversorgung in Höhe von 13,02 €

**23. Zuschlag für klinische Sektionen nach § 5 Abs. 3b KHEntG je voll- und teilstationären Fall**

Zuschlag für klinische Sektionen § 5 Abs. 3b KHEntG in Höhe von 2,19 €

**24. Telematikzuschlag nach § 377 Abs. 1 SGB V**

Zuschlag zum Ausgleich der den Krankenhäusern entstehenden Kosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattung in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie der Betriebskosten des laufenden Betriebs der Telematikinfrastruktur (Telematikzuschlag) nach § 377 Abs. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von 48,27 €

**25. Zuschlag nach § 4a Abs. 4 KHEntG zur Auszahlung des Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen**

Zuschlag in Höhe von 12,022 v.H.

**26. Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8a KHEntG**

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

**27. Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8b KHEntG**

Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8b KHEntG wegen fehlender Anschlussverordnung zur Beatmungsentwöhnung in Höhe von einmalig 280,00 €

**28. Abzug für nicht anfallende Übernachtungskosten in der tagesstationären Behandlung nach § 115e Abs. 3 SGB V**

Abzug in Höhe von 0,04 Bewertungsrelationen je betreffender Nacht, maximal jedoch 30 % der Entgelte für den Aufenthalt insgesamt

**29. Zuschlag nach § 5 Abs. 2d KHEntG**

Zuschlag nach § 5 Abs. 2d KHEntG für implantatbezogene Maßnahmen nach § 2 Nr. 4 Implantatregister Zuschlag in Höhe von 34,24 EUR

**30. Zuschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntG auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntG (je voll- und teilstationärem Krankenhausfall)**

Zuschlag Erlösausgleich gemäß § 5 Abs. 2a KHEntG in Höhe von 7,16 v.H.

### **31. Abschlag nach § 5a Abs. 1 KHWiSichV i.V.m. § 7 Abs. 2 Corona-Ausgleichsvereinbarung 2021 und 2022**

Abschlag in Höhe von

-5,34 v.H.

### **32. Inkrafttreten**

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.04.2025 in Kraft.

## **Anlage 5**

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

Das Universitätsklinikum Leipzig berechnet ab dem 01.04.2025 folgende Entgelte: Die Entgelte für die allgemeinen vollstationären, stationsäquivalenten und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie der BpflV in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über mit Bewertungsrelationen bewertete pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) anhand des PEPP-Entgeltkataloges abgerechnet.

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

Jedem PEPP ist mindestens eine tagesbezogene Bewertungsrelation hinterlegt, deren Höhe sich aus den unterschiedlichen Vergütungsklassen des PEPP-Entgeltkataloges ergibt. Die Bewertungsrelationen können im Rahmen der Systempflege jährlich variieren. Die für die Berechnung des PEPP jeweils maßgebliche Vergütungsklasse ergibt sich aus der jeweiligen Verweildauer des Patienten im Krankenhaus. Der Bewertungsrelation ist ein in Euro ausgedrückter Basisentgeltwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet. Der derzeit gültige Basisentgeltwert liegt bei 260,43 € und unterliegt ebenfalls jährlichen Veränderungen.

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

## Anlage 1a

PEPP-Version 2025

## PEPP-Entgeltkatalog

## Bewertungsrelationen bei vollstationärer Versorgung

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

PEPP-Entgeltkatalog Stand: 14.10.2024

**Anhand des nachfolgenden Beispiels bemisst sich die konkrete Entgelthöhe für die PEPP PA04A bei einem hypothetischen Basisentgeltwert von 330,00 € und einer Verweildauer von 12 Berechnungstagen wie folgt:**

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

Bei einer **Verweildauer von z.B. 29 Berechnungstagen** ist die tatsächliche Verweildauer länger als die letzte im Katalog ausgewiesene Vergütungskategorie. Damit ist für die Abrechnung die Bewertungsrelation der letzten Vergütungskategorie heranzuziehen. Dies würde zu folgendem Entgelt führen:

PEPP	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Basisentgeltwert	Entgelthöhe
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität	1,0610	330,00 €	29 x 350,13 = 10.153,77 €

Welche PEPP bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es insbesondere darauf an, welche Diagnose(n) am Ende des stationären Aufenthaltes gestellt und welche diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Für das Jahr 2025 werden die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte durch die Anlagen 1a und 2a bzw. die Anlage 5 der PEPPVereinbarung 2025 (PEPPV 2025) vorgegeben.

## 2. Ergänzende Tagesentgelte gemäß § 6 PEPPV 2025

Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a PEPPV 2025 oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BpflV können bundeseinheitliche ergänzende Tagesentgelte nach der Anlage 5 PEPPV 2025 abgerechnet werden. Die ergänzenden Tagesentgelte sind, wie die PEPP mit Bewertungsrelationen hinterlegt:

Anlage 5			PEPP-Version 2025		
PEPP-Entgeltkatalog Katalog ergänzender Tagesentgelte					
ET	Bezeichnung	ET <sub>D</sub>	OPS Version 2025		Bewertungsrelation je Tag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
ET01	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen		9-640.0	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung	
		ET01.04	9-640.06	Mehr als 6 bis zu 12 Stunden pro Tag	1,1894
		ET01.05	9-640.07	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	2,0314
		ET01.06	9-640.08	Mehr als 18 Stunden pro Tag	2,9088
ET02 <sup>11</sup>	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit mindestens 3 Merkmalen	ET02.03	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	0,1969
		ET02.04	9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	0,2148
		ET02.05	9-61b	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen	0,2377

Anlage 5			PEPP-Version 2025		
PEPP-Entgeltkatalog Katalog ergänzender Tagesentgelte					
ET	Bezeichnung	ETD	OPS Version 2025		Bewertungs- relation je Tag
			OPS-Kode	OPS-Text	
1	2	3	4	5	6
ET04	Intensive Betreuung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen		9-693.0	Intensive Betreuung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen	
		ET04.01	9-693.03	Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	0,5918
		ET04.02	9-693.04	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	0,7200
		ET04.03	9-693.05	Mehr als 18 Stunden pro Tag	1,2873
ET05	Einzelbetreuung bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen		9-693.1	Einzelbetreuung bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen	
		ET05.01	9-693.13	Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	1,1613
		ET05.02	9-693.14	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	1,6965
		ET05.03	9-693.15	Mehr als 18 Stunden pro Tag	2,9226
1) Abrechenbar ist jeder Tag mit Gültigkeit eines OPS-Kodes gem. Spalte 4, an dem der Patient stationär behandelt wird. Vollständige Tage der Abwesenheit während der Gültigkeitsdauer eines OPS-Kodes gem. Spalte 4 sind nicht abrechenbar.					

PEPP-Entgeltkatalog Stand: 14.10.2024

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

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

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

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

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

#### **4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 8 PEPPV 2025**

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

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

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

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

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

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

30,40 €,

Labordiagnostik mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 15.10.2020:

19,00 €,

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 €.

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

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

<b>Fachabteilungsbezogene Vergütungspauschalen</b>	<b>vorstat. Beh.</b>	<b>nachstat. Beh.</b>
Allgemeine Psychiatrie (PSY)	125,78 €	37,84 €
Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)	50,11 €	20,45 €
Psychosomatik/Psychotherapie (PST)	99,19 €	47,55 €

zzgl. Großgeräteleistungen wie z. B.

Computertomografie (CT)  
Magnet-Resonanz-Tomografie (MRT)  
Positronen-Emissions-Tomografie (PET)

und entsprechende Kontrastmittel, die nach spezifischem Leistungsinhalt vergütet werden.

## 7. 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.
- Bei verstorbenen Patienten berechnet das UKL für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung sowie für die Überführung zur Aufbewahrung und Einstellung/Aufbewahrung ein Entgelt nach GOÄ und Auslagenrechnungen.

## 8. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 6 Abs. 4 BPFIV

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

## 9. Zuzahlungen

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

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an - innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage - eine Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit € 10,- je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

Aufnahme- und Entlassungstag gelten dabei als jeweils ein Tag (siehe nachfolgendes Beispiel).

#### Beispiel:

Der Zuzahlungsbetrag beträgt aktuell 10,00 € je Kalendertag (Aufnahme- und Entlassungstag gelten als je ein Tag).

Der Zuzahlungsbetrag beträgt aktuell 10,00 € je Kalendertag (Aufnahme- und Entlassungstag gelten als je ein Tag).

Aufnahme am: 10.01.23, 22.45 Uhr

Entlassung am: 12.01.23, 09.30 Uhr

zuzahlungspflichtige Tage: 3 Tage

Zuzahlungsbetrag: 30,00€

Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die entsprechende Mitgliedskrankenkasse weitergeleitet.

Eine vollstationäre Krankenhausbehandlung wird durch eine Beurlaubung i. S. d. § 11 AVB nicht beendet. Beurlaubungstage sind daher auch zuzahlungspflichtig (§§ 61, 43c, SGB V).

Zur Vermeidung von Unannehmlichkeiten bitten wir Sie, die von Ihnen zu leistende Zuzahlung spätestens am Tag Ihrer Entlassung an den jeweiligen Rezeptionen bzw. Geldannahmestellen des Universitätsklinikums

- Hauptkasse Rezeption Haus 4 (Innere und Operative Medizin; Neurologie; Radiologie), Liebigstr. 20

- Kasse Rezeption Haus 1 (Augenheilkunde; HNO; MKG; Universitätszahnmedizin), Liebigstr. 12

unter Angabe der Fallnummer einzuzahlen.

### **Zahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten für Übergangspflege nach § 39e Abs. 2 SGB V**

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

### **10. Wiederaufnahme und Rückverlegung**

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

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

### **11. Entgelte für Wahlleistungen**

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet. Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung und der Patienteninformation über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen entnehmen.

### **12. Zuschlag für medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen**

Der Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen beträgt 60,00 EUR je Belegungstag.

### **13. DRG-Systemzuschlag gem. § 7 BpflV (je voll- und teilstationärem Krankenhausfall)**

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

#### **14. Systemzuschlag für den gemeinsamen Bundesausschuss gem. § 7 BPfIV (je voll- und teilstationärem Krankenhausfall)**

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

#### **15. Zuschlag für stat. Qualitätssicherung (je vollstationärem Krankenhausfall)**

Qualitätszuschlag zur Refinanzierung der Maßnahmen der stat. Qualitätssicherung für nach § 108 Sozialgesetzbuch Band V zugelassene Krankenhäuser gemäß § 137 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Band V 0,86 €

#### **16. Zuschlag für Ausbildungskosten gem. § 7 BPfIV (je voll- und teilstationärem Krankenhausfall)**

Zuschlag für Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall 153,34 €

Zuschlag für Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall 194,61 €

#### **17. Zuschlag für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG je abgerechneten vollstationären Fall**

Zuschlag üfMS nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG in Höhe von 0,20 €

#### **18. 18. Telematikzuschlag nach § 377 Abs. 1 SGB V**

Zuschlag zum Ausgleich der den Krankenhäusern entstehenden Kosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattung in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie der Betriebskosten des laufenden Betriebs der Telematikinfrastruktur (Telematikzuschlag) nach § 377 Abs. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von 48,27 €

#### **19. Inkrafttreten**

Dieser PEPP-Entgelttarif tritt am 01.04.2025 in Kraft.







[www.uniklinikum-leipzig.de](http://www.uniklinikum-leipzig.de)

