

1. Patienteninformation

Privatklinik/Leistungsspektrum/Belegärzte (Haftungsausschluss)

Die H & P Klinik am Ring für operative Medizin GmbH & Co. KG (im Folgenden Klinik am Ring genannt) ist eine nach § 30 Gewerbeordnung staatlich konzessionierte private Belegklinik. Belegungsverträge mit gesetzlichen Krankenversicherungen bestehen nicht. Aus diesem Grund können Sie die Leistungen unseres Hauses ausschließlich als Privatpatient/Selbstzahler in Anspruch nehmen. Unser Leistungsspektrum umfasst die vollstationäre/teilstationäre Behandlung zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) der Klinik am Ring in der Fassung vom 1.1.2014 niedergelegten Bedingungen. Gänzlich nicht umfasst sind die ärztlichen Leistungen. Diese werden durch Belegärzte in Eigenverantwortung erbracht. Die Belegärzte, bzw. alle im Rahmen Ihres Aufenthaltes in unserem Hause beteiligten Ärzte, handeln selbständig und stehen in keinerlei Weisungs- oder Abhängigkeitsverhältnis zu uns.

Wir haften nicht für Leistungen der Belegärzte.

Belegärzte sowie die von ihnen hinzugezogenen Ärzte bzw. ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb unseres Hauses berechnen ihre Leistungen gesondert.

Abrechnung/wirtschaftliche Aufklärung

Im Rahmen der Gesundheitsreform des Jahres 2000 wurde die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) verbindlich als neues Entgeltsystem für alle Krankenhäuser vorgeschrieben, die an die Bundespflegesatzverordnung gebunden sind. Diese sind dazu verpflichtet, alle Leistungen über ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes System abzurechnen, wonach sich die konkreten Kosten eines Eingriffs nach den auf den Einzelfall bezogenen Umständen des Krankenfalles richten. Für Privatkliniken, wie unser Haus, gilt dieses System nicht unmittelbar, da private Belegkliniken nicht an die Bundespflegesatzverordnung gebunden sind. Wir rechnen analog und damit also entsprechend den Vorgaben des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sowie des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) in der jeweils gültigen Fassung ab, so dass alle durch uns erbrachten Krankenhausleistungen, d.h. OP-Saalnutzung, Unterbringungs-, Verpflegungs-, Sach- und Verwaltungsleistungen über diagnoseorientierte Fallpauschalen (**D**iagnosis **R**elated **G**roups – DRG), vergütet werden. Damit bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalls unter Zugrundelegung des klinikindividuellen Basisfallwertes und eines im aktuellen Fallpauschalenkatalog definierten Relativgewichtes.

Der von uns angesetzte Basisfallwert gibt die preisliche Bewertung eines durchschnittlichen DRG-Falles an und stellt damit faktisch den Preis für eine standardisierte Leistung des Krankenhauses dar. Im Basisfallwert finden dabei die anfallenden Kosten Berücksichtigung, wie z.B. Sach- und Materialkosten, Dienstleistungen, Vollverpflegung, Unterkunft, Personal- und Raumkosten, Steuern, Versicherungen, Investitionskosten u.a.. Der Basisfallwert einer Privatklinik ist mit dem einer öffentlichen Klinik nicht vergleichbar, da im dortigen Basisfallwert z.B. die Investitionskosten nicht mitberücksichtigt werden und Privatkliniken auch keine Landesfördergelder beziehen (Entscheidung des Bundesgerichtshofes vom 12.03.2003, Aktenzeichen IV ZR 278/01). Wir teilen den klinikindividuellen Basisfallwert jährlich dem Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) mit, um Transparenz zu gewährleisten.

Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vollständig vorhersagen. Hierfür kommt es insbesondere darauf an, welche individuelle Diagnose ärztlicherseits gestellt und welche diagnostischen bzw. therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Der nach der oben beschriebenen DRG-Systematik

zu ermittelnde Preis setzt außerdem 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. Im Folgenden finden Sie ein diagnosebezogenes Beispiel, wobei die Bewertungsrelation der DRG mit dem Basisfallwert multipliziert wird und so das für eine Krankenhausversorgung zu entrichtende Entgelt berechnet werden kann:

DRG	DRG- Definition	Basisfallwert ab 01/2016 inkl.19% MwSt.	Relativ- gewicht	Entgelt
I30Z	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk	4.992,26	0,680	3.394,74
D30B	Tonsillektomie	4.992,26	0,441	2.201,59
M07Z	Brachytherapie, Seedimplantation	4.992,26	2,031	10.139,28

Leistungen durch Dritte

Möglicherweise kommt für Sie eine Erstattungsmöglichkeit der durch uns abgerechneten Leistungen durch Dritte in Betracht, wobei wir um Verständnis dafür bitten, dass es uns nicht möglich ist, in Erfahrung zu bringen, auf welche Versicherungsleistungen im Einzelnen Sie aufgrund des Ihrerseits mit einem Dritten abgeschlossenen Vertrages Anspruch haben. Auskunft hierüber kann ausschließlich Ihre private Krankenversicherung/private Zusatzkrankenversicherung oder der sonst erstattungspflichtige Dritte geben, so dass wir Ihnen empfehlen, im Zweifel dort einen Kostenvoranschlag einzureichen und eine Kostenzusage/Kostenübernahmeerklärung einzuholen. Gerne stellen wir Ihnen auf Ihren Wunsch zeitnah und auf der Grundlage der zunächst ärztlicherseits gestellten Hauptdiagnose einen Kostenvoranschlag zur Verfügung. Dieser gibt naturgemäß nur eine vorläufige Kostenschätzung wieder. Eine Abweichung der Rechnung von diesem Kostenvoranschlag, z. B. aufgrund sich verändernder Diagnosen und Verweildauer oder hinzutretender Komplikationen ist möglich. Die spätere Rechnung kann daher (im Einzelfall auch erheblich) nach oben oder nach unten abweichen.

Soweit Sie beihilfeberechtigt sind, weisen wir darauf hin, dass von einer Erstattungsfähigkeit aller Leistungen (Krankenhausleistungen und belegärztlichen Leistungen, die allerdings bereits nach § 6 a Gebührenordnung für Ärzte, GOÄ, gemindert sind) nicht ohne Weiteres ausgegangen werden kann, da Privatkliniken nicht gemäß § 108 Sozialgesetzbuch V (SGB V) zugelassenen Krankenhäusern gleichzustellen sind, die Krankenhausleistungen und ärztliche Leistungen insgesamt anbieten und abrechnen. Auch hier empfehlen wir Ihnen, einen Kostenvoranschlag einzuholen und bei der für Sie zuständigen Beihilfestelle einzureichen.

Eine besondere Abrechnung erfolgt nach Vereinbarung bei Selbstzahlern in der ästhetisch-plastischen Chirurgie und für Patienten, die ihren Wohnsitz im Ausland haben.

2. Behandlungs- und Wahlleistungsvertrag

zwischen

Name, Vorname: Hauptdiagnose: :

Geburtsdatum: : Operation:

Anschrift: : Operateur: :

PLZ/ Ort:

.....Einweisender Arzt: :

E-Mail-Adresse:

Tel. Nummer :

Gesetzlicher Vertreter:

Name, Vorname:..... Geburtsdatum: :

Anschrift: Telefon:.....

Aufnahmetag:.....voraussichtlicher Entlassungstag:

und

der H & P Klinik am Ring für operative Medizin GmbH & Co. KG, Hohenstaufenring 28, 50674 Köln

über die vollstationäre/teilstationäre Behandlung zu den in den AVB der Klinik am Ring in der Fassung vom 1.1.2014 niedergelegten Bedingungen.

Wahlleistungen

Für meinen Aufenthalt in der H & P Klinik am Ring für operative Medizin GmbH & Co. KG wähle ich folgende Leistungen

- Unterkunft im Dreibettzimmer (Regelleistung)
- Unterkunft im Einbettzimmer mit Sanitärzone € 138,00/Nacht inkl. 19 % Mwst.
- Unterkunft im Zweibettzimmer mit Sanitärzone € 88,00/Nacht inkl. 19 % Mwst.
- Mitnahme einer Begleitperson (inkl. Vollverpflegung) € 80,00/Nacht inkl. 19 % Mwst.

Telekommunikation

Telefongebühr je Einheit € 0,26
Internet kostenfrei

Parkgarage

Die Tarife für die Stellplätze sind nach Aufenthaltsdauer gestaffelt und können an der Einfahrt, dem Kassenautomaten im 1.UG oder in der Verwaltung im 3. OG eingesehen werden.

Privatärztliche Behandlung durch den einweisenden Arzt

Die Verpflichtung des Krankenhauses erstreckt sich nicht auf Leistungen des Belegarztes. Die Belegärzte erbringen ihre Leistungen während des Aufenthaltes in der Klinik am Ring selbständig, ohne in Weisungs- oder Abhängigkeitsverhältnis zu unserem Haus zu stehen. Eine Abrechnung der privatärztlichen Behandlung durch die Belegärzte erfolgt gesondert im Rahmen der geltenden

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) u./o. Zahnärzte (GOZ). Bitte wenden Sie sich diesbezüglich an die jeweilige Arztpraxis, wenn Sie hierzu Fragen haben.

Erklärung des Patienten

Ich wurde über Leistungen, Kosten und Abrechnungsmodalitäten aufgeklärt. Die gewählte Wahlleistung habe ich durch Ankreuzen ausgewählt.

Ich verpflichte mich, die Kosten nach Erhalt entsprechender Rechnungen innerhalb von 30 Tagen zu begleichen. Inwieweit sich Dritte an diesen Kosten beteiligen, ist dabei ohne Belang.

Mit der Geltung der AVB in der Fassung vom 1.1.2014 bin ich einverstanden.

Köln, den

.....
(Patient-/in, bzw. gesetzlicher Vertreter)

.....
(Klinik am Ring)