



Ilm-Kreis-Kliniken
Arnstadt-Ilmenau gGmbH

Akademisches Lehrkrankenhaus
des Universitätsklinikums Jena

kompetent • sozial • leistungsstark - Ihr Krankenhaus vor Ort



Patienteninformation

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB) für stationäre, teilstationäre, vor- und nachstationäre Leistungen sowie ambulante Leistungen, ambulante Operationen und Notfallbehandlungen

Anlage 1

DRG-Entgelttarif 2025 für Krankenhäuser

Anlage 2

Entgelte für ambulante Leistungen, einschließlich Notfalleleistungen

Anlage 3

Wahlleistungen

Anlage 4

Hausordnung

Anlage 5

Informationspflichten gegenüber Patienten (Grundlage Art. 12 ff. DS-GVO)



Ilm-Kreis-Kliniken
Arnstadt-Ilmenau gGmbH

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

**für stationäre, teilstationäre,
vor- und nachstationäre Leistungen
sowie ambulante Leistungen, ambulante
Operationen und
Notfallbehandlungen**

für die

Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH

im Folgenden -Kliniken- genannt

Inhalt

§ 1 Geltungsbereich	5
§ 2 Rechtsverhältnis.....	5
§ 3 Umfang der Krankenhausleistungen.....	5
§ 4 Aufnahme, Verlegung, Entlassung	6
§ 5 Vor- und nachstationäre Behandlung	7
§ 6 Wahlleistungen.....	7
§ 7 Sonstige Krankenhausbehandlung	8
§ 8 Entgelt.....	9
§ 9 Abrechnung des Entgelts bei gesetzlich Krankenversicherten und Heilfürsorgeberechtigten ...	9
§ 10 Abrechnung des Entgelts bei Selbstzahlern	10
§ 11 Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen	10
§ 12 Beurlaubung.....	10
§ 13 Ärztliche Eingriffe	11
§ 14 Obduktion.....	11
§ 15 Aufzeichnung von Daten	12
§ 16 Weitergabe von Daten an den einweisenden bzw. den mit-/weiterbehandelnden Vertragsarzt nach § 73 Abs. 1 b SGB V.....	12
§ 17 Weitergabe von Daten gemäß § 301 SGB V bzw. nach § 17c Abs. 5 KHG an den Kostenträger	12
§ 18 Hausordnung.....	13
§ 19 Eingebachte Sachen	13
§ 20 Haftungsbeschränkung.....	13
§ 21 Zahlungsort	14
§ 22 Gerichtsstand	14
§ 23 Schlussbestimmung	14
§ 24 Inkrafttreten	14

Anlage 1 - DRG-Entgelttarif 2025 für Krankenhäuser

Anlage 2 - Entgelte für ambulante Leistungen, einschließlich Notfalleleistungen

Anlage 3 - Wahlleistungen

Anlage 4 - Hausordnung

Anlage 5 - Informationspflichten gegenüber Patienten (Grundlage Art. 12 ff. DS-GVO)

§ 1 Geltungsbereich

Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen den IIm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH an den Standorten:

99310 Arnstadt, Bärwinkelstraße 33,
98693 Ilmenau, Krankenhausstraße 26,

und den Patienten sowie Begleitpersonen bei vollstationären, teilstationären, vor- und nachstationären Krankenhausleistungen sowie bei der Durchführung von ambulanten Operationen, Notfallbehandlungen und sonstigen ambulanten Leistungen.

§ 2 Rechtsverhältnis

- (1) Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten sowie mit der Begleitperson sind privatrechtlicher Natur.
- (2) Die AVB werden gemäß §§ 305 ff. BGB für Patienten und Begleitpersonen wirksam, wenn diese:
 - (a) 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,
 - (b) 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,
 - (c) sich mit ihrer Geltung einverstanden erklärt haben.

§ 3 Umfang der Krankenhausleistungen

- (1) Die von den Kliniken angebotenen Leistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen, wie vollstationäre, vor- und nachstationäre Krankenhausleistungen, ambulante Operationen sowie sonstige ambulante Leistungen und Wahlleistungen.
- (2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind diejenigen Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit der Kliniken im Einzelfall nach Art und Schwere der Erkrankung des Patienten für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch:
 - (a) die während des Klinikaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V),
 - (b) die von den Kliniken veranlassten Leistungen Dritter,
 - (c) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten, bei bestehender Möglichkeit der Unterbringung in den Kliniken,
 - (d) Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V,
 - (e) die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung nach § 7 ThürBestG.
- (3) Nicht Gegenstand der allgemeinen Krankenhausleistungen sind:

- a) die Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, die Kliniken keine eigene Dialyseeinrichtung haben und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht,
 - b) Hilfsmittel, die dem Patienten bei Beendigung des Klinikaufenthaltes mitgegeben werden (z.B. Prothesen, Gehhilfen, Krankenfahrstühle),
 - c) Leistungen, die nach Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen,
 - d) die Aufnahme einer Begleitperson, soweit keine medizinische Notwendigkeit zur Aufnahme besteht.
- (4) Das Vertragsangebot der Kliniken erstreckt sich nur auf diejenigen Leistungen, für die die Kliniken im Rahmen ihrer medizinischen Zielsetzung personell und sachlich ausgestattet sind.

§ 4 Aufnahme, Verlegung, Entlassung

- (1) Im Rahmen der Leistungsfähigkeit der Kliniken wird aufgenommen, wer der vollstationären, vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung oder der ambulanten Behandlungsbedarf. 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 der Kliniken - einstweilen aufgenommen, bis seine Verlegung in ein anderes geeignetes Krankenhaus gesichert ist.
- (3) Eine Begleitperson wird aufgenommen, wenn dies nach dem Urteil des behandelnden Klinikarztes für die Behandlung des Patienten medizinisch notwendig und die Unterbringung in den Kliniken möglich ist. Darüber hinaus kann auf Wunsch im Rahmen von Wahlleistungen eine Begleitperson aufgenommen werden, wenn ausreichende Unterbringungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, der Betriebsablauf nicht behindert wird und medizinische Gründe nicht entgegenstehen.
- (4) Bei medizinischer Notwendigkeit (insbesondere in Notfällen) können Patienten in ein anderes Krankenhaus verlegt werden. Die Verlegung wird vorher - soweit möglich - mit dem Patienten abgestimmt.

Eine auf Wunsch des gesetzlich Krankenversicherten zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse erfolgende Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus ist gemäß § 60 SGB V von einer Einwilligung der gesetzlichen Krankenkasse abhängig, wenn die Verlegung nicht aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist. Verweigert die gesetzliche Krankenkasse ihre Einwilligung, erfolgt die Verlegung nur auf ausdrücklichen Wunsch und eigene Kosten des gesetzlich Krankenversicherten. Die Kliniken informieren den gesetzlich Krankenversicherten hierüber.

- (5) Entlassen wird,
 - a) wer nach dem Urteil des behandelnden Klinikarztes der Krankenhausbehandlung nicht mehr bedarf oder
 - b) wer die Entlassung ausdrücklich wünscht.

Besteht der Patient entgegen ärztlichem Rat auf seiner Entlassung oder verlässt er eigenmächtig die Kliniken, haften die Kliniken für die entstehenden Folgen nicht. Eine Begleitperson kann nicht in den Kliniken verbleiben, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 nicht mehr gegeben sind.

§ 5 Vor- und nachstationäre Behandlung

- (1) Die Kliniken können 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 nicht überschreiten darf, wird beendet,
 - a) wenn der Behandlungserfolg nach Entscheidung des Klinikarztes 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 kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden.

- (4) Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb der Kliniken 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 Klinikleistungen.
- (5) Die Kliniken unterrichten den einweisenden Arzt unverzüglich über die vor- und nachstationäre Behandlung des Patienten sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis.

§ 6 Walleistungen

- (1) Zwischen den Kliniken und dem Patienten bzw. der Begleitperson können im Rahmen der Möglichkeiten der Kliniken und nach näherer Maßgabe des Krankenhaustarifs und Anlage 3, die folgenden Walleistungen vereinbart und gesondert berechnet werden:
 - a) wahlärztliche Leistungen: die ärztlichen Leistungen aller an der Behandlung beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte der Kliniken, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb der Kliniken. Dies gilt auch, soweit die wahlärztlichen Leistungen von den Kliniken berechnet werden; die Liquidation erfolgt nach der GOÄ/GOZ in der jeweils gültigen Fassung,

- b) die Unterbringung in einem Einbett- oder Zweibettzimmer auf der Komfortstation „Johann-Sebastian-Bach“,
 - c) die Unterbringung in einem Einbettzimmer inklusive Komfortleistungen,
 - d) die Unterbringung in einem Einbettzimmer,
 - e) die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson,
 - f) individuelle Wahlleistungen.
- (2) Die zwischen den Kliniken und dem Patienten vereinbarten gesondert berechenbaren Wahlleistungen werden im Rahmen der personellen und sächlichen Möglichkeiten des Krankenhauses erbracht, soweit dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden.
 - (3) In Entbindungsfällen erstreckt sich die Inanspruchnahme von Wahlleistungen durch die Mutter nicht automatisch auf das Neugeborene. Für alle Neugeborene bedarf es einer gesonderten Wahlleistungsvereinbarung.
 - (4) Die Kliniken können den Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung bei Patienten, welche die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung nicht bzw. trotz Fälligkeit verspätet gezahlt haben, ablehnen.
 - (5) Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen im Sinne des Absatz 1 a) werden, auch soweit sie von den Kliniken berechnet werden, vom Wahlarzt der Klinik oder des Instituts der Kliniken persönlich oder unter Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Klinik/des Instituts (§ 4 Abs. 2 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2 S. 3 GOÄ/GOZ) erbracht.
 - (6) Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren und jeweils einzeln zu unterschreiben.
 - (7) Die Kliniken können Wahlleistungen sofort vorübergehend einstellen, soweit und solange dies für die Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber anderen Patienten erforderlich wird; im Übrigen kann die Vereinbarung vom Patienten an jedem Tag zum Ende des folgenden Tages gekündigt werden; aus wichtigem Grund kann die Vereinbarung von beiden Teilen ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.
 - (8) Sofern Wahlleistungen vereinbart worden sind, können seitens der Kliniken sowohl angemessene Vorauszahlungen als auch angemessene Abschlagszahlungen verlangt werden.

§ 7 Sonstige Krankenhausbehandlung

Bei von den Kliniken durchgeführten ambulanten Operationen gemäß § 115b SGB V, sowie vor-, nachstationären und ambulanten Behandlungen einschließlich Notfallbehandlungen gilt diese AVB sinngemäß.

§ 8 Entgelt

Das Entgelt für die Leistungen der Kliniken richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben in der jeweils gültigen Fassung, der Bestandteil dieser AVB ist.

- (1) Stationäre Krankenhausleistungen, teilstationäre, vorstationäre und nachstationäre Leistungen (*Anlage 1*)

Soweit die Klinikleistungen 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 DRG-System nebst den dazugehörigen Abrechnungsregeln.

- (2) ambulantes Operieren/stationsersetzende Eingriffe, Notfallbehandlungen und ambulante Leistungen (*Anlage 2*)

Bei der Behandlung von Patienten, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, werden die erbrachten Leistungen auf der Grundlage des „Einheitlichen Bewertungsmaßstabs“ (EBM) gegenüber der Krankenkasse berechnet. Diese Abrechnungsgrundlage gilt auch bei Patienten, bei denen andere Sozialleistungsträger für die Kosten der Behandlung aufkommen.

Bei selbstzahlenden Patienten rechnen die Kliniken die erbrachten Leistungen nach der GOÄ/GOZ ab.

Nummer 2 gilt nicht, wenn der Patient an demselben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit der ambulanten Operation/stationsersetzenden Leistung bzw. der Notfallbehandlung stationär aufgenommen wird. In diesem Fall erfolgt die Vergütung nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetzes.

§ 9 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 Klinikleistungen verpflichtet ist, rechnen die Kliniken ihre Entgelte unmittelbar mit diesem ab. Auf Verlangen der Kliniken 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 in den Kliniken notwendig sind.
- (2) Gesetzlich Krankenversicherte, die das 18. 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 von den Kliniken an die Krankenkasse weitergeleitet wird, sofern keine gesonderten Regelungen bestehen.
- (3) Gesetzlich Krankenversicherte, bei denen eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 SGB V durchgeführt wird und die erklären, über die von den Kliniken erbrachten Leistungen sowie die von den Krankenkassen dafür zu zahlende Entgelte unterrichtet werden zu wollen, erhalten innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung eine derartige schriftliche Information, sofern sie bzw. ihre gesetzlichen Vertreter bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung dies ausdrücklich gegenüber der Verwaltung der Kliniken erklären.

§ 10 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 den Kliniken gegenüber Selbstzahler.
- (2) Selbstzahler sind zur Entrichtung des Entgeltes für die Klinikleistungen verpflichtet. Sofern der Patient als Versicherter einer privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen den Kliniken 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 (nach § 301 SGB V), die jederzeit widerrufen werden kann, erklärt, und dass die private Krankenversicherung die Rechnung entsprechend des geschlossenen Vertrages mit den Kliniken zu 100 % ausgleicht. Erfolgt der Zahlungsausgleich der privaten Krankenversicherung nicht fristgerecht und/oder nicht in der berechneten Höhe, wird der Differenzbetrag dem Selbstzahler berechnet.
- (3) Für Klinikleistungen können Zwischenrechnungen erstellt werden. Nach Beendigung der Behandlung wird eine Schlussrechnung erstellt.
- (4) Die Nachberechnung von Leistungen, die in der Schlussrechnung nicht enthalten sind, und die Berichtigung von Fehlern bleiben vorbehalten.
- (5) Der Rechnungsbetrag wird innerhalb von 14 Tagen nach Zugang der Rechnung fällig.
- (6) Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz pro Jahr (§ 288 Abs. 1 BGB) berechnet werden; darüber hinaus können Mahngebühren berechnet werden, es sei denn, der Patient weist nach, dass kein oder ein wesentlich geringerer Schaden entstanden ist.
- (7) Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.

§ 11 Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen

- (1) Soweit die Kliniken nicht auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach §17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abrechnen, können sie für Klinikaufenthalte, angemessene Vorauszahlungen verlangen.
Soweit Kostenübernahmeerklärungen von Sozialleistungsträgern, sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern oder privaten Krankenversicherungen vorliegen, können Vorauszahlungen nur von diesen verlangt werden (§ 8 Abs. 5 Bundespflegesatzverordnung - BpflV).
- (2) Soweit die Kliniken auf der Grundlage von DRG nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abrechnen, können sie für Klinikaufenthalte eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird.
- (3) Ab dem achten Tag des Klinikaufenthalts können die Kliniken 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 Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG).

§ 12 Beurlaubung

Mit einer Krankenhausbehandlung ist eine Beurlaubung grundsätzlich nicht vereinbar.

§ 13 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 Klinikarztes 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 ein zur Vertretung Berechtigter (z.B. die Eltern als gesetzliche Vertreter, ein Vormund, ein Betreuer oder ein rechtsgeschäftlich Bevollmächtigter) nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar ist oder seine dem Eingriff entgegenstehende Willenserklärung im Hinblick auf § 323 c StGB unbeachtlich ist.

§ 14 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 der 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:
 - a) der Ehegatte bzw. eingetragene Lebenspartner,
 - b) die volljährigen Kinder (und Adoptivkinder),
 - c) 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,
 - d) die volljährigen Geschwister,
 - e) 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) § 14 AVB 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.

§ 15 Aufzeichnung von Daten

- (1) Krankengeschichten, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen sind Eigentum der Kliniken.
- (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, auf Überlassung von Kopien – auch in Form von elektronischen Abschriften - auf seine Kosten und die Auskunftspflicht des behandelnden Klinikarztes bleiben unberührt.
- (4) Die Krankenakten können ganz oder teilweise auf digitalen Datenträgern archiviert werden.
- (5) 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.
- (6) Vom Patienten mitgebrachte Unterlagen/Befunde werden der Patientendokumentation zugeführt und zur Behandlung mit verwendet.

§ 16 Weitergabe von Daten an den einweisenden bzw. den mit-/weiterbehandelnden Vertragsarzt nach § 73 Abs. 1 b SGB V

Gemäß dieser Vorschrift und in Verbindung mit dem dreiseitigem Vertrag zur Unterrichtung über die Behandlung der Patienten sowie über die Überlassung und Verwendung von Krankenunterlagen nach § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGBV, die die Datenübermittlung zwischen niedergelassenen Ärzten und dem Krankenhaus regelt, ist die Angabe des Hausarztes, einweisenden Arztes und/oder eines niedergelassenen Facharztes durch den Patienten verpflichtend.

Behandlungsdaten/Befunde des Patienten werden durch das Krankenhaus den einweisenden bzw. den mit-/weiterbehandelnden Vertragsarzt zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt.

Ferner ermöglicht diese Vorschrift, dass bei den o.g. Ärzten vorliegende Behandlungsdaten/Befunde, soweit diese für die Krankenhausbehandlung erforderlich sind, durch das Krankenhaus angefordert werden können.

§ 17 Weitergabe von Daten gemäß § 301 SGB V bzw. nach § 17c Abs. 5 KHG an den Kostenträger

Gemäß dieser Vorschrift werden Patientendaten über die Person, den sozialen Status sowie für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, verarbeitet bzw. genutzt und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. den Kostenträger, weitere mitbehandelnde Ärzte, Einrichtung der Gesundheitsvorsorge oder Behandlung oder Rehabilitationseinrichtungen) übermittelt.

In der Regel handelt es sich dabei entsprechend § 301 SGB V um folgende Daten, die je nach Versichertenstatus (z.B. gesetzlich oder privat versicherter Patient) variieren können:

1. Name, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten,
2. Versichertenstatus und Krankenversicherungsnummer,
3. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die

- voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung, ebenso die medizinische Begründung zur Rechtfertigung der Behandlungsform gegenüber der Krankenkasse,
4. Datum und Art der jeweils im Krankenhaus durchgeführten Operation und sonstigen Prozeduren,
 5. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder Verlegung, sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen.
-
6. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen, sowie Aussagen zur Arbeitsunfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

Für den Fall, dass eine Krankheit vorliegt, für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist, muss auch diesbezüglich Meldung an den zuständigen Kostenträger erfolgen.

§ 18 Hausordnung

Die Patienten, Begleitpersonen und Besucher sind an die Hausordnung gebunden. Die Hausordnung wird von der Geschäftsführung der Kliniken erlassen und sind in den Aufnahmebereichen sowie im Internet einsehbar. Sie ist als Anlage 4 Bestandteil der AVB in der jeweils gültigen Fassung.

§ 19 Eingebachte Sachen

- (1) In die Kliniken sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden.
- (2) Für mitgebrachte notwendige medizinisch-technische Geräte und Hilfsmittel haftet der Patient im vollen Umfang.
- (3) Geld und Wertsachen werden bei der Verwaltung in für die Kliniken zumutbarer Weise und nur in Ausnahmefällen verwahrt.
- (4) Bei handlungsunfähig eingelieferten Patienten werden Geld und Wertsachen in Gegenwart eines Zeugen festgestellt und in der Verwaltung in Verwahrung genommen.
- (5) Zurückgelassene Sachen gehen in das Eigentum der Kliniken über, wenn sie nicht innerhalb von 12 Wochen nach Aufforderung abgeholt werden.
- (6) Im Fall des Abs. 5 wird in der Aufforderung ausdrücklich darauf verwiesen, dass auf den Herausgabeanspruch verzichtet wird mit der Folge, dass die zurückgelassenen Sachen nach Ablauf der Frist in das Eigentum der Kliniken übergehen.
- (7) Abs. 5 gilt nicht für Nachlassgegenstände sowie für Geld und Wertsachen, die von der Verwaltung verwahrt werden. Die Aufbewahrung, Herausgabe und Verwertung dieser Sachen erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen.

§ 20 Haftungsbeschränkung

- (1) Für den Verlust oder die Beschädigung von eingebrachten Sachen, die in der Obhut des Patienten oder der Begleitperson bleiben, oder von Fahrzeugen des Patienten oder der Begleitperson, die auf dem Grundstück der Kliniken oder auf einem von den Kliniken

bereitgestellten Parkplatz bzw. im Parkhaus abgestellt sind, haften die Kliniken nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit, das gleiche gilt bei Verlust von Geld und Wertsachen, die nicht der Verwaltung zur Verwahrung übergeben wurden.

- (2) Haftungsansprüche wegen des Verlustes oder der Beschädigung von Geld und Wertsachen, die durch die Kliniken verwahrt wurden sowie für Nachlassgegenstände, die sich in der Verwahrung der Verwaltung *befinden bzw.* 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.

§ 21 Zahlungsort

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

§ 22 Gerichtsstand

Der Gerichtsstand ist Arnstadt.

§ 23 Schlussbestimmung

Sollten einzelne Bestimmungen dieser AVB ganz oder teilweise ungültig sein oder werden, so bleiben die übrigen gleichwohl gültig. An der Stelle unwirksamer Bestimmungen sollen solche treten, die der beabsichtigten Regelung unter angemessener Wahrung beiderseitigen Interesse am nächsten kommen.

§ 24 Inkrafttreten

Diese AVB der IIm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH treten am 01.02.2022 in Kraft. Gleichzeitig werden die bis dahin gültigen AVB der IIm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH aufgehoben.

Arnstadt, den 01.01.2025

Dr. med. M. John (MBA)
Geschäftsführer





Ilm-Kreis-Kliniken
Arnstadt-Ilmenau gGmbH

Anlage 1

**zu den Allgemeinen Vertragsbedingungen der
Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH**

DRG-Entgelttarif 2025 für Krankenhäuser

**im
Anwendungsbereich des KHEntgG
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG**

Stand: 01.02.2025

DRG-Entgelttarif 2025 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Die IIm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH

berechnen ab dem 01.02.2025 folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 1 KHEntgG

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie des KHEntgG in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über diagnoseorientierte Fallpauschalen (sog. Diagnosis Related Groups – DRG) abgerechnet. Entsprechend der DRG-Systematik bemisst sich das konkrete Entgelt grundsätzlich 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 derzeit gültige Basisfallwert liegt bei 4.385,06 € und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel:

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor oder andere Kopfverletzungen und bestimmte Fraktur	0,539	€ 4.385,06	€ 2.363,55
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	2,997	€ 4.385,06	€ 13.142,03

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 Fallpauschalenvereinbarung 2025 (FPV 2025) vorgegeben.

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. 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.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte: – **Aktuelle Stand 02./2025–**
Änderung nach Genehmigung des BEV 2024 im Laufe des Jahres möglich.

Bezeichnung	OPS	Entgelthöhe
Modulare Endoprothesen	5-892.k0	260,94 €
Modulare Endoprothese	5-829.k1	132,49 €
Modulare Endoprothese	5-829.k1	1.274,50 €
Modulare Endoprothese	5-829.k1	270,34 €
Modulare Endoprothese	5-829.k3	2.514,22 €
Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-429.j1	456,58 €
Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-469.k3	1.050,93 €
Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-513.m0	678,91 €
Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-513.n0	865,75 €
Gabe von Alpha - 1Proteinaseninhibitor human, parenteral	8-812.05	1.515,51 €
Mikroaxial-Blutpumpe Impella CP Smart Assist	8-839.46	18.704,03 €
Gabe von Sunitinib, oral	6-003.a0	30,60 €
Gabe von Paclitaxel, als an Albumin gebundene Nanopartikel, parenteral	6-005.d0	447,92 €
Gabe von Paclitaxel, als an Albumin gebundene Nanopartikel, parenteral	6-005.d1	895,84 €
Gabe von Abirateronacetat, oral	6-006.21	35,32 €
Gabe von Caspofungin, parenteral	6-002.p1	36,63 €
Gabe von Caspofungin	6-002.p2	62,47 €
Gabe von Caspofungin	6-002.p3	88,31 €
Gabe von Caspofungin	6-002.p4	114,15 €
Gabe von Caspofungin	6-002.p5	139,98 €
Gabe von Caspofungin	6-002.p6	165,82 €
Gabe von Caspofungin	6-002.p7	191,66 €
Gabe von Caspofungin	6-002.p8	217,50 €
Gabe von Caspofungin	6-002.p9	243,34 €
Gabe von Caspofungin	6-002.pa	269,18 €
Gabe von Caspofungin	6-002.pb	320,86 €
Gabe von Caspofungin	6-002.pc	372,54 €
Gabe von Caspofungin, parenteral	6-002.pd	424,22 €
Gabe von Caspofungin	6-002.pe	475,90 €
Gabe von Voriconazol, oral	6-002.54	33,55 €
Gabe von Voriconazol, parenteral	6-002.r5	64,79 €
Gabe von Voriconazol	6-002.ra	176,70 €
Gabe von Voriconazol, parenteral	6-002.ru	2.662,28 €
Gabe von Ramucirumab, parenteral	6-007.m1	2.023,00 €
Gabe von Adalimumab, parenteral	6-001.d2	3,56 €
Gabe von Adalimumab, parenteral	6-001.d3	5,34 €
Gabe von Adalimumab, parenteral	6-001.d5	8,90 €
Gabe von Infliximab, parenteral	6-001.e3	278,40 €
Gabe von Infliximab, parenteral	6-001.e4	371,20 €
Gabe von Nivolumab, parenteral	6-008.m6	2.834,40 €
Gabe von Bevacizumab, parenteral	6-002.91	210,00 €
Gabe von Bevacizumab, parenteral	6-002.92	270,00 €
Gabe von Filgrastim, parenteral	6-002.13	51,28 €
Gabe von Filgrastim, parenteral	6-002.14	68,38 €
Gabe von Atezolizumab, parenteral	6-00a.10	2.725,59 €
Gabe von Atezolizumab, parenteral	6-00a.11	3.873,93 €
Stent-Prothesen an der Aorta, mit Öffnung	5-38a.c1	3.988,39 €
Gabe von Ustekinumab, subkutan	6-005.q3	2.437,00 €

4. 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:

- z.B. Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2025
keine Vereinbarung
- z.B. unbewertete teilstationäre Leistungen, die nicht in Anlage 3b aufgeführt sind
keine Vereinbarung
- z.B. Leistungen besonderer Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 S. 10 KHG
keine Vereinbarung

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.

5. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 3 KHEntgG

Für folgende Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2a KHEntgG folgende gesonderte Zusatzentgelte vereinbart:

6. 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:

- Testungen durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.05.2023:
30,40 €,
- Testungen mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 15.10.2020:
19,00 €.

7. Zu- und Abschläge gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 4 KHEntgG

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall

in Höhe von 5,08 €

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PfIBG je voll- und teilstationärem Fall

in Höhe von 188,80 €

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen

in Höhe von 60,00 € pro Tag

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2a KHEntgG.

- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG

in Höhe von 0,47 %

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG.

- Zu- und Abschläge für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG

in Höhe von 0,86 €

- 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

in Höhe von 0,20 €

8. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 7 Abs. 1 Ziff. 6 KHEntgG

Für die Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und bundeseinheitlich festgelegten Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können und die nicht gemäß § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

NUB-Bezeichnung	OPS	Entgelthöhe
gecoverte Stent-Grafts mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße je 5 cm	8-83b.e1, 8-842.0q, 8-842.0s, 8-842.1q, 8-842.1s, 8-842.2q, 8-842.2s, 8-842.3q, 8-842.3s, 8-842.4q, 8-842.4s, 8-842.5q, 8-842.5s	1.200,00
gecoverte Stent-Grafts mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße je 10 cm	8-83b.e1, 8-83b.f1, 8-842.0q, 8-842.0s, 8-842.1q, 8-842.1s, 8-842.2q, 8-842.2s, 8-842.3q, 8-842.3s, 8-842.4q, 8-842.4s, 8-842.5q, 8-842.5s	1.978,31
gecoverte Stent-Grafts mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße je 15 cm	8-83b.e1, 8-83b.f2, 8-83b.f4 , 8-842.0q, 8-842.0s, 8-842.1q, 8-842.1s, 8-842.2q, 8-842.2s, 8-842.3q, 8-842.3s, 8-842.4q, 8-842.4s, 8-842.5q, 8-842.5s	2.300,00

gecoverte Stent-Grafts mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße je 25 cm	8-83b.e1, 8-83b.f4, 8-842.0q, 8-842.0s, 8-842.1q, 8-842.1s, 8-842.2q, 8-842.2s, 8-842.3q, 8-842.3s, 8-842.4q, 8-842.4s, 8-842.5q, 8-842.5s	3.624,61
Gecoverte Endoprothese mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision	8-842.02/.03/0e mit 8-83b.e1 mit 8-83b.f1	1.475,70
Externer Stabilisator-Scaffold der Anastomose eines AV-Shunts im Rahmen der Shuntchirurgie	5-392.8	1.373,78
Dupilumab	6-00a.5	683,50
Implantation einer Gefäßprothese mit integriertem Stent im Rahmen von arteriovenöser Shunt- und Bypasschirurgie	5-392.31	1.456,28

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.

Als Übergangsbetrag aufgrund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2025, beträgt gemäß § 15 Abs. 2a S. 1 und 2 KHEntgG der Pflegeentgeltwert **212,89 €**.

10. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abrechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von 1,73 €

- Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V bzw. des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V für jeden abrechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von 3,17 €

11. Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a S. 1 SGB V

- Zuschlag für die Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der elektronischen Gesundheitskarte (Telematikzuschlag) nach § 291a Abs. 7a S. 1 SGB V für jeden abrechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von 1,47 €

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

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

Fachabteilung	vorstationäre Behandlung	nachstationäre Behandlung pro Tag
Chirurgie	100,72 €	17,90 €
Innere Medizin	147,25 €	53,69 €
Orthopädie und Unfallchirurgie	133,96 €	20,96 €
Kinder- und Jugendmedizin	94,08 €	37,84 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13 €	22,50 €
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	78,74 €	37,84 €
Suchtmedizin	147,25 €	53,69 €
Urologie	103,28 €	41,93 €

Zuzüglich der Vergütung von Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten wie z. B.

- Computer-Tomographie-Geräte (CT):
- Magnet-Resonanz-Geräte (MRT):
- Linksherzkatheter-Messplätze (LHKM):

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

13. Entgelte für sonstige Leistungen

Entgelte im Todesfall inkl. MwSt.	
einmaliger Verwaltungsaufwand	11,90 €
Leichensack	11,90 €
Aufbewahrung vom 2. bis 3. Tag (pro Tag)	35,70 €
Aufbewahrung ab dem 4. Tag (pro Tag)	23,80 €

Verwaltungsentgelte inkl. MwSt.	
Anfertigung von Fotokopien bis DIN A4, pro Seite	0,50 €
Anfertigung von Fotokopien bis DIN A4, ab der 51. Seite	0,15 €
Anfertigung von Fotokopien bis DIN A3, pro Seite	0,50 €
Anfertigung von Fotokopien bis DIN A4, ab der 51. Seite	0,30 €
Versandkosten Standardbrief bis 20g	0,95 €
Versandkosten Kompaktbrief bis 50g	1,10 €
Versandkosten Großbrief bis 500g	1,80 €
Versandkosten Maxibrief A5 oder A4 bis 1000g	2,90 €
Ausdruck aus EDV-Programmen, je Seite	0,40 €
Anfertigung von Kopien eines Röntgenbildes, pro Kopie	5,50 €
CD Röntgenbilder	5,10 €
Telefongebühren pro Tag	1,50 €
Telefongebühren je Einheit	0,15 €
Parkgebühren für Besucher pro angefangene Stunde	1,00 €
Parkgebühren für Patienten/ Begleitpersonen pro Tag	max.5,00 €
Nutzung Waschmaschine am Standort Ilmenau	1,00 €

14. Zuzahlungen

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein (§ 39 Abs. 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit 10,- € 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.

15. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2022 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2022 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2022 zusammengefasst und abgerechnet.

16. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 12 sind nicht abgegolten:

1. die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses;
2. die Leistungen von Beleghebammen bzw. Entbindungspflegern.

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Hebamme / dem Entbindungspfleger gesondert berechnet.

17. 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.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.02.2025 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif vom 01.01.2024 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung Medizincontrolling gerne zur Verfügung.

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

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



Anlage 2

zu den Allgemeinen Vertragsbedingungen der IIm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH

Entgelte für ambulante Leistungen, einschließlich Notfalleistungen

Stand: 01.01.2025

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

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



Ilm-Kreis-Kliniken
Arnstadt-Ilmenau gGmbH

Anlage 3

**zu den Allgemeinen Vertragsbedingungen der ILM-Kreis-Kliniken
Arnstadt-Ilmenau gGmbH**

Wahlleistungen

Stand: 01.01.2025

Patienteninformation vor der Vereinbarung von Wahlleistungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie sind im Begriff, eine sogenannte Wahlleistungsvereinbarung zu unterzeichnen. Hierfür ist gesetzlich vorgeschrieben, dass jeder Patient vor Abschluss der Vereinbarung über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im Einzelnen schriftlich zu unterrichten ist. Dieser Verpflichtung möchten wir hiermit nachkommen:

1. Die Bundespflegesatzverordnung bzw. das Krankenhausentgeltgesetz 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, sofern kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht.**

2. Für sogenannte **wahlärztliche Leistungen** bedeutet dies, dass Sie sich damit die persönliche Zuwendung und besondere fachliche Qualifikation und Erfahrung der liquidationsberechtigten angestellten oder beamteten 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. Die Wahlärzte der Kliniken sind in Anlage 3a aufgeführt.

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 der wahlärztlichen Leistungen nach den Regeln der **amtlichen Gebührenordnung** für Ärzte/ für Zahnärzte (GOÄ/GOZ). Diese Gebührenwerke weisen folgende Grundsystematik auf:

In einer ersten Spalte wird die abrechenbare Leistung mit einer Gebührenziffer versehen. Dieser Gebührenziffer 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 entspricht § 5 Abs. 1 GOÄ.

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

Beispiel:

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Punktzahl	Preis (Einfachersatz), 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.

- Die Unterbringung in einem Einbettzimmer inklusive Komfortleistungen erfolgt nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung. Der Preis setzt sich pro Kalendertag aus dem Basispreis für die Inanspruchnahme des 1-Bett-Zimmers und dem Preis für die entsprechenden Komfotelemente zusammen. Entlassungs- und Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind, werden nicht abgerechnet. Die Preise für die entsprechenden Fachbereiche und Stationen sind in der Anlage 3b aufgeführt.
- Der Preis für die Unterbringung in einem Einbettzimmer bestimmt sich pro Kalendertag aus dem Basispreis für die Inanspruchnahme des 1-Bett-Zimmers. Entlassungs- und Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind, werden nicht abgerechnet. Die Preise für die entsprechenden Fachbereiche und Stationen sind in der Anlage 3b aufgeführt.
- Entsprechend der Vereinbarung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung vom 01.01.2005 gehört die notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten aus medizinischen Gründen zu den allgemeinen

Krankenhausleistungen. Es entstehen somit für die Aufnahme der Begleitperson keine weiteren Kosten. Über die medizinische Notwendigkeit entscheidet der Krankenhausarzt und dokumentiert diese in den Behandlungsunterlagen.

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

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

Falls Sie noch Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung Controlling zur Verfügung. Bei diesen können Sie auch jederzeit Einsicht in die GOÄ/GOZ nehmen.



IIm-Kreis-Kliniken
Arnstadt-Ilmenau gGmbH

Anlage 3a

**zu den Allgemeinen Vertragsbedingungen der IIm-Kreis-Kliniken
Arnstadt-Ilmenau gGmbH**

Wahlärzte

Stand: 01.01.2025

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie		
Bereich	Wahlarzt	die Liquidation erfolgt durch die IIm-Kreis-Kliniken ständiger ärztlicher Vertreter
Arnstadt	Chefarzt Dr. med. T. Wolkersdörfer	Ltd. Oberärztin Dr. med. J. Becherer
Ilmenau	Chefarzt Dr. med. T. Wolkersdörfer	Oberarzt Dr. med. J. Hübel-Abe

Klinik für Orthopädie & Unfallchirurgie		
Bereich	Wahlarzt	ständiger ärztlicher Vertreter
Arnstadt	Chefarzt Dr. med. Th. Weihrauch	Ltd. Oberärztin P. Ortlepp
Ilmenau	Chefarzt Dr. med. Th. Weihrauch	Ltd. Oberärztin P. Ortlepp

Klinik für Gefäßchirurgie		
Bereich	Wahlarzt	ständiger ärztlicher Vertreter
Arnstadt	Chefarzt I. Benli	Ltd. Oberarzt A. Mahdi

Klinik für Innere Medizin		
Bereich	Wahlarzt	ständiger ärztlicher Vertreter
Bereich 1 Arnstadt	Chefarzt Dr. med. O. Gastmann	Ltd. Oberarzt Dr. med. J. Lenk
Bereich 2 Arnstadt	Chefarzt Dr. med. F.-P. Schmidt	Ltd. Oberärztin Dr. med. S. Römer
Bereich 1 Ilmenau	Chefarzt Jan Koch	Oberärztin O. Lozmanov
Bereich 2 Ilmenau	Chefärztin (kommissarisch) Dr. med. E. Hildebrandt	Oberärztin K. Schmidt

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe		
Bereich	Wahlarzt	ständiger ärztlicher Vertreter
Arnstadt	Chefärztin Dr. med. Ch. Stapf	Ltd. Oberärztin Dr. med. P. Unthan

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin		
Bereich	Wahlarzt	ständiger ärztlicher Vertreter
Arnstadt	Chefarzt Dr. med. D. Stein	Ltd. Oberarzt Dr. med. L. Lehmann

Klinik für Urologie		
Bereich	Wahlarzt	ständiger ärztlicher Vertreter
Ilmenau	Chefarzt Dr. med. K. Elsebach	Oberarzt Dr. med. R. Schlick

Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde		
Bereich	Wahlärzte	ständiger ärztlicher Vertreter
Arnstadt	Chefärztin MUDr. S. Tresselt	Ltd. Oberärztin Dipl.-Med. W. Wrobel

Suchtmedizin		
Bereich	Wahlarzt	ständiger ärztlicher Vertreter
Ilmenau	Chefarzt Dr. med. J. Pausch	Ltd. Oberarzt Dr. med. S. Hinz

Anästhesie und Intensivmedizin		
Bereich	Wahlarzt	ständiger ärztlicher Vertreter
Arnstadt – Anästhesie	Chefärztin Dr. med. H. Schlegel-Höfner	Oberärztin Ch. Hoyer
Arnstadt – Intensivstation	Chefärztin Dr. med. H. Schlegel-Höfner	Ltd. Oberarzt Dr. med. Ch. Scholz
Ilmenau – Anästhesie und Intensivstation	Chefärztin Dr. med. H. Schlegel-Höfner	Ltd. Oberärztin Dipl.-Med. Ch. Lorenz
Ilmenau – Palliativstation	Chefärztin Dr. med. H. Schlegel-Höfner	Oberärztin Dr. med. M. Brocke

Institut für Radiologische Diagnostik		
Bereich	Wahlarzt	ständiger ärztlicher Vertreter
Arnstadt	Chefärztin Dr. med. S. Dreyheller	Ltd. Oberarzt Ch. Patzner
Ilmenau	Chefärztin Dr. med. S. Dreyheller	Ltd. Oberarzt Ch. Patzner

Notfallaufnahme		
Bereich	Wahlarzt	ständiger ärztlicher Vertreter
Arnstadt	Chefarzt S. Friese	Oberarzt Dr. med. C. Hoffmann

Die Liquidation der erbrachten wahlärztlichen Leistungen erfolgt durch die IIm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH mit Ausnahme folgender Chefärzte die eigenständig liquidieren:

Chefarzt Dr. med. F.-P. Schmidt



Ilm-Kreis-Kliniken
Arnstadt-Ilmenau gGmbH

Anlage 3b

**zu den Allgemeinen Vertragsbedingungen der ILM-Kreis-Kliniken
Arnstadt-Ilmenau gGmbH**

**Preise Unterbringung
Einbettzimmer / Zweibettzimmer**

Stand: 01.01.2025

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

gerne bieten wir Ihnen auf Wunsch und nach Verfügbarkeit während Ihres Klinikaufenthaltes die Unterbringung in unseren Einzelzimmern bzw. Komfortzweibettzimmern an.

Der Zuschlag dafür beträgt pro Tag bzw. Übernachtung:

a) **am Standort Arnstadt**

Komfortstation „Johann Sebastian Bach“

Unterbringung im Einzelzimmer mit Komfortleistungen: **140,00 €**
Unterbringung im Zweibettzimmer mit Komfortleistungen: **70,00 €**

Fachstationen Geburtshilfe/ Kinderheilkunde

Unterbringung im Einzelzimmer mit Komfortleistungen: **90,00 €**

b) **am Standort Ilmenau**

Unterbringung im Einzelzimmer mit Komfortleistungen: **80,00 €**

Komfortpaket:

- Zusatzauswahl zu den Mahlzeiten u. a.:
 - zusätzliche Frühstücksarrangements
 - zusätzliche Mittagmenüs mit Komponentenauswahl
 - zusätzliche Abendarrangements
- Kuchenauswahl am Nachmittag
- Säfte, frisches Obst und Snacks
- Kaffee- und Teespezialitäten
- Kostenfreier Internetzugang ohne Datenbegrenzung
- Telefonieren ohne Grundgebühr
- Bademantel, Handtücher zur Nutzung während des Aufenthaltes
- Auswahl an Kosmetikartikeln
- häufiger Bettwäschewechsel
- eine aktuelle Tageszeitung zum Frühstück, Journale nach Wahl
- Schreib-Set/ Patientenmappe
- und vieles mehr

Für die reine Unterbringung im Einbettzimmer ohne zusätzliche Komfortleistungen berechnen wir an beiden Standorten (nur bei Verfügbarkeit):

Unterbringung im Einzelzimmer: **50,00 €**

Zuschlag für die Inanspruchnahme des Wahlessens: **30,00 €**



Ilm-Kreis-Kliniken
Arnstadt-Ilmenau gGmbH

Anlage 4

**zu den Allgemeinen Vertragsbedingungen der ILM-Kreis-Kliniken
Arnstadt-Ilmenau gGmbH**

Hausordnung

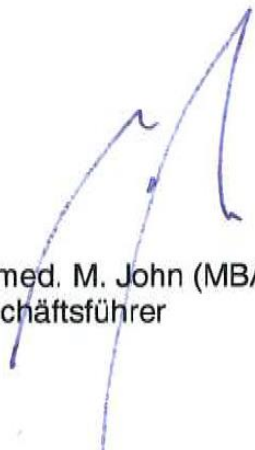
Stand: 01.01.2025

Die Hausordnung dient der Gewährleistung von Ordnung und Sicherheit und dient damit dem Wohl der Patienten. Der Aufenthalt in den Kliniken erfordert besondere Rücksichtnahme und Verständnis.

Die Hausordnung ist Bestandteil der jeweils gültigen „Allgemeinen Vertragsbedingungen“ für die IIm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH und gilt für alle Patienten, Angehörige und Besucher.

1. Die Geschäftsführung nimmt das Hausrecht wahr und kann dieses auf Dritte übertragen. Die Mitarbeiter der Kliniken sind befugt Anweisungen an Patienten, Angehörige und Besucher zu erteilen, denen in jedem Fall Folge zu leisten ist.
2. Im Gelände der Kliniken ist jegliche Ruhestörung und Lärmbelästigung zu vermeiden.
3. Besuchszeit ist von 14:00 bis 19:00 Uhr, sofern sie nicht anderweitig geregelt ist. Beachten Sie die jeweiligen Informationen an den Stationseingängen. In der Zeit von 12:00 Uhr bis 14:00 Uhr ist Mittagsruhe und von 22:00 bis 06:00 Uhr Nachtruhe.
4. Im Gelände der Kliniken gilt die Straßenverkehrsordnung. Zum Parken nutzen Sie bitte die ausgewiesenen Parkflächen bzw. das Parkhaus. Für Schäden an Fahrzeugen können wir keine Haftung übernehmen.
5. Alle Einrichtungen der Kliniken und die dem Patienten übergebenen Gegenstände sind pfleglich und schonend zu behandeln. Für schuldhaft verursachte Schäden am Eigentum der Kliniken haftet der Verursacher.
6. Patienten und Besuchern ist der Aufenthalt in Personal-, Betriebs- und Wirtschaftsräumen nicht gestattet. Es stehen Ihnen ausgewiesene Aufenthaltsbereiche zur Verfügung. Patienten, die sich außerhalb ihres Zimmers aufhalten, sollten angemessene Kleidung tragen.
7. Das Rauchen ist nur in dafür vorgesehenen Bereichen (gekennzeichnete Raucherplätze) erlaubt.
8. Es ist verboten, Tiere aller Art mitzubringen.

9. In den Kliniken ist es untersagt, gewerbliche und private Warenverkäufe jeglicher Art zu tätigen, für politische und weltanschauliche Ziele zu werben oder zu sammeln sowie Befragungen durch Dritte durchzuführen.
10. Bitte achten Sie auf Ihre persönlichen Gegenstände. Die Kliniken haften dafür nicht.



Dr. med. M. John (MBA)
Geschäftsführer

Informationspflicht gemäß Artikel 13 DSGVO

a) Kontaktdaten des Verantwortlichen:

Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH
Bärwinkelstraße 33, 99310 Arnstadt
Aufsichtsratsvorsitzende: Petra Enders
Geschäftsführer: Dr. med. Marcel John
Tel.: 03628 – 919-0

b) Kontaktdaten Datenschutzbeauftragter:

Ulrich Rutsch
Adasis GmbH
Am Kaiserkai 69 - 20457 Hamburg
Tel.: 040/ 524725570
datenschutzbeauftragter@ilm-kreis-kliniken.de

c) Zwecke bzw. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung:

Zur Erfüllung des Behandlungsvertrages sowie aufgrund weiterer Bestimmungen, die wir gesetzlich im Rahmen unserer Tätigkeiten als Krankenhaus unterlegen sind, verarbeiten wir Daten zu Ihrer Person.

Hierzu zählen bspw. Sozialgesetzbücher (SGB), Thüringer Krankenhausgesetz (ThürKHG), Musterberufsordnung für Ärzte, Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung, Medizinproduktegesetz, Abgabenordnung (AO), Handelsgesetzbuch (HGB).

Die Rechtsgrundlagen, auf die die Verarbeitungen beruhen, sind Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Vertrag, vorvertragliche Maßnahmen) bzw. Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO (Erfüllung rechtlichen Verpflichtungen) i.V.m Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO und § 27 ThürKHG.

Sofern wir bei Ihnen eine Einwilligung einholen (siehe bspw. Aufnahmeantrag-Teil 2), ist diese stets freiwillig und kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden. Hier ist die Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO.

Patienten-Identifikationsarmband:

Das Patienten-Identifikationsarmband dient während des Krankenhausaufenthaltes der Feststellung oder Kontrolle der Identität des Patienten bei allen Behandlungsschritten, um folglich das Risiko von Verwechslungen und deren Folgen auszuschließen.

Das Patienten-Identifikationsarmband enthält folgende Informationen (als Klarschrift oder Barcode):

- Name, Vorname, Geburtsdatum
- Aufnahmeummer (Klarschrift und/oder Barcode), Station und Fachbereich

Dieser Kerndatensatz macht Sie als Patienten unverwechselbar und ist die Basis einer ordnungsgemäßen Patientenidentifizierung vor medizinischen Maßnahmen. Bei Entlassung wird das Armband entfernt und unter Berücksichtigung der Datenschutzbestimmungen entsorgt.

Zu den zuvor genannten Zwecken liegt auch unser berechtigtes Interesse gemäß der Rechtsgrundlage Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO.

Endoprothesenoperationen:

Bei Endoprothesenoperationen erfolgt eine Registrierung im Endoprothesenregister (EPRD), sofern Sie uns hierzu Ihre Einwilligung gegeben haben.

Dabei werden wir Informationen verschlüsselt an das EPRD übermitteln wie z.B. Art der Implantierten Hüft- oder Knieprothesen, Voroperationen an Hüfte oder Knie.

Ergänzende Informationen zum EPRD erhalten Sie unter <https://www.eprd.de>.

Rechtsgrundlage ist die Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO. Sie können jederzeit Ihre Einwilligung widerrufen.

d) Empfänger bzw. Kategorien von Empfängern:

Im Rahmen von erteilten Einwilligungen oder des Behandlungsvertrages, dessen Abrechnung und des organisatorisch Notwendigen an Personen / Unternehmen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses, welche in die Behandlung bzw. Abrechnung integriert sind (z.B. Radiologische Praxen, Laborärztliche Gemeinschaftspraxen, MVZ, Hausärzte, Fachärzte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Externe Schreibdienste, Apotheken, Sanitätshäuser, Krankenkassen, privatärztliche Verrechnungsstellen, Abrechnungsstellen) bzw. nicht unmittelbar an der Behandlung Beteiligten (z.B. externe Softwareunternehmen im Rahmen von Fernwartung, Dienstleister hinsichtlich Mikroverfilmung und Digitalisierung von Patientenakten, Entsorgung von Dokumenten/Akten/Datenträgern, Prüfgesellschaften wie z.B. Steuerberater, Wirtschaftsprüfer, Wirtschaftsberater).

Mit allen externen Partnern unseres Hauses bestehen vertragliche Regelungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit und zur Einhaltung der Schweigepflicht nach § 203 StGB.

e) Datenübermittlung in ein Drittland bzw. eine internationale Organisation:

Eine Datenübermittlung in ein Drittland bzw. einer internationalen Organisation ist seitens des Verantwortlichen nicht geplant, mit Ausnahme der Behandlung von ausländischen Patienten, wo Daten an das Versicherungsunternehmen des Patienten übermittelt werden.

f) Dauer der Speicherung:

Ihre Daten werden so lange durch uns verarbeitet bzw. gespeichert, wie dies zur Erfüllung des Verarbeitungszweckes erforderlich ist.

Nicht mehr benötigte Daten werden unverzüglich gelöscht. Nicht gelöscht werden Abrechnungsdaten bis zum Ablauf sozialversicherungs-, steuer- und handelsrechtlicher Aufbewahrungspflichten sowie solche personenbezogenen Daten, die bis zum Ablauf rechtlicher Aufbewahrungsfristen zu verwahren sind. Ebenfalls nicht gelöscht werden im Einzelfall solche Daten, die bei etwaigen Inanspruchnahmen wegen Pflichtverstößen (potenzielle Haftungsfälle) unsererseits zur Durchführung entsprechender Verfahren vor Gerichten, bei Behörden, Versicherungen und Sozialversicherungsträgern erforderlich sind.

Darunter fallen etwa handelsrechtliche Aufbewahrungspflichten von Geschäftsbriefen nach § 257 Abs. 1 HGB (6 Jahre), steuerrechtliche Aufbewahrungspflichten nach § 147 Abs. 1 AO von Belegen (10 Jahre), §199 Abs. 2 BGB oder Röntgenverordnung (30 Jahre)

g) Ihre Rechte als betroffene Person:

Unter den angegebenen Kontaktdaten des Verantwortlichen können Sie jederzeit folgende Rechte ausüben:

- Auskunft über Ihre beim Verantwortlichen gespeicherten Daten und deren Verarbeitung (Art. 15 DSGVO),
- Berichtigung unrichtiger personenbezogener Daten (Art. 16 DSGVO),
- Löschung Ihrer beim Verantwortlichen gespeicherten Daten (Art. 17 DSGVO),
- Einschränkung der Datenverarbeitung, sofern der Verantwortliche Ihre Daten aufgrund gesetzlicher Pflichten noch nicht löschen darf (Art. 18 DSGVO),
- Datenübertragbarkeit, sofern Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder einen Vertrag mit dem Verantwortlichen abgeschlossen haben (Art. 20 DSGVO) und
- Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten beim Verantwortlichen (Art. 21 DSGVO).

Eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person muss bei Geltendmachung Ihrer Rechte möglich sein.

Sofern Sie uns eine Einwilligung erteilt haben, können Sie diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

h) Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde:

Sie können sich jederzeit mit einer Beschwerde an eine Aufsichtsbehörde wenden, z. B. an die zuständige Aufsichtsbehörde des Bundeslands Ihres Wohnsitzes oder an die für uns als verantwortliche Stelle zuständige Behörde:

Thüringer Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Häßlerstraße 8
99096 Erfurt

i) Notwendigkeit der Bereitstellung der Daten:

Da die Bereitstellung der Daten überwiegend gesetzlich, vertraglich vorgeschrieben ist oder für den Behandlungsvertrag erforderlich ist, sind Sie als betroffene Person verpflichtet, uns diese Daten zur Verfügung zu stellen, ausgenommen sind Daten, die wir von Ihnen freiwillig erhalten.

Ohne diese verpflichteten Daten ist eine Behandlung und die vertragliche/gesetzliche Erfüllung nicht möglich. Die Daten müssen korrekt sein und etwaige Änderungen uns angezeigt werden.

j) Automatische Entscheidungsfindung im Einzelfall (einschließlich Profiling):

Wir setzen keine rein automatisiertes Entscheidungsverfahren gemäß Art. 22 DSGVO ein. Sofern wir ein solches Verfahren zukünftig in Einzelfällen doch einsetzen sollten, werden wir Sie hierüber gesondert informieren, sofern dies gesetzlich vorgegeben ist.

Weitere Informationen zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung finden Sie auf unserer Internetseite www.ilm-kreis-kliniken.de oder rufen Sie uns bitte an.