

Allgemeine Vertragsbedingungen



und Informationen zu Pflegekosten-
und Entgelttarifen



Inhalt

- 4 | Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)
- 11 | PEPP-Entgelttarif 2019 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich der BPfIV und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Abs. 6BPfIV
- 20 | DRG-Entgelttarif 2019 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG
- 26 | Datenschutz bei kbo

Stand: 01. August 2020

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten ergänzende Fragen haben, steht Ihnen folgende Mitarbeiterin unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung:

Doris Laufs, Verwaltungsgebäude, Vockestraße 72, Zimmer 07/EG
Telefon | 089 4562-2277

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in den PEPP-Entgeltkatalog mit den zugehörigen Bewertungsrelationen sowie in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten und 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.

§ 1 Geltungsbereich

Die AVB gelten, soweit nichts anderes vereinbart ist, für die vertraglichen Beziehungen zwischen dem kbo Isar-Amper-Klinikum gemeinnützige GmbH und den Patienten bei vollstationären Krankenhausleistungen – auch in Form der stationsäquivalenten psychiatrischen –, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen.

§ 2 Rechtsverhältnis

- (1) Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten sind privatrechtlicher Natur.
- (2) Die AVB werden gemäß §§ 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 einverstanden erklärt haben.

§ 3 Umfang der Krankenhausleistungen

- (1) Die vollstationären Krankenhausleistungen – auch in Form der stationsäquivalenten psychiatrischen –, teilstationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen und die Wahlleistungen.
- (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 oder die Mitnahme einer Pflegekraft nach § 11 Abs. 3 SGB V,
 - d) die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten, insbesondere die Aufgaben von Tumorzentren und geriatrischen Zentren sowie entsprechenden Schwerpunkten,
 - e) die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1, S. 3 SGB V,
 - f) das Entlassungsmanagement im Sinne des § 39 Abs. 1a 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 der 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 Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen.
 - f) Dolmetscherkosten.
- (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 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. Das Krankenhaus informiert den gesetzlich Krankenversicherten hierüber

- (5) Entlassen wird,
 - a) wer nach dem Urteil des behandelnden Krankenhausarztes der Krankenhausbehandlung nicht mehr bedarf oder
 - b) die Entlassung ausdrücklich wünscht.
 Besteht der Patient entgegen ärztlichem Rat auf seine Entlassung oder verlässt er eigenmächtig das Krankenhaus, haftet das Krankenhaus für die entstehenden Folgen nicht.
- (6) 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 14 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.
- (4) 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.

- (5) Das Krankenhaus unterrichtet 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.

§ 5a Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

Im Rahmen der psychiatrischen Versorgung kann das Krankenhaus in medizinisch geeigneten Fällen anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen.

§ 6 Entgelt

Das Entgelt für die Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und dem PEPP Entgelt bzw. DRG-Entgelttarif in der jeweils gültigen Fassung, der Bestandteil dieser AVB ist.

§ 7 Abrechnung des Entgelts bei gesetzlich Krankenversicherten und Heilfürsorgeberechtigten

- (1) Soweit ein öffentlich-rechtlicher Kostenträger (z.B. Krankenkasse 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 DRG-Entgelttarif bzw. PEPP-Entgelttarif).
- (3) Gesetzlich Krankenversicherte, bei denen eine Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 SGB V durchgeführt wird und die erklären, über die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen sowie die von den Krankenkassen dafür zu zahlenden Entgelte unterrichtet werden zu wollen, erhalten innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung eine derartige schriftliche oder elektronische Information, sofern sie bzw. ihre gesetzlichen Vertreter bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung dies ausdrücklich gegenüber der Krankenhausverwaltung erklären.

§ 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 an das private Krankenversicherungsunternehmen übermittelt werden.
- (3) Für Krankenhausleistungen können Zwischenrechnungen erteilt 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 mit Zugang der Rechnung fällig.
- (6) Bei Zahlungsverzug können Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinsatz pro Jahr (§ 288 Abs. 1 BGB) berechnet werden; darüber hinaus können Mahngebühren in Höhe von 5,00 Euro 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.

§ 9 Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen

- (1) Soweit das Krankenhaus auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) nach § 17b oder PEPP-Entgelten nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) abrechnet, kann es für Krankenhausaufenthalte eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird (§ 8 Abs. 4 Bundespflegesatzverordnung – BpflV oder § 8 Abs. 7 Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG).
- (2) 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. 4 BpflV oder § 8 Abs. 7 KHEntgG).

§ 10 Beurlaubung

Beurlaubungen sind mit einer stationären Krankenhausbehandlung in der Regel nicht vereinbar. Während einer stationären Behandlung werden Patienten daher nur aus zwingenden Gründen und nur mit Zustimmung des leitenden Abteilungsarztes beurlaubt.

§ 11 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 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 § 323c StGB unbeachtlich ist.

§ 12 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 hat 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) Nächste Angehörige 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 und Geweben zum Zwecke der Übertragung auf andere Menschen. Hierfür sind ausschließlich die Regelungen des Transplantationsgesetzes maßgeblich.

§ 13 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, auf Überlassung von Kopien – auch in Form von elektronischen Abschriften – auf seine Kosten bleiben unberührt. Die entsprechenden Kosten sind vom Patienten vor Übergabe zu erstatten. Der Patient hat zudem ein Recht auf Auskunft.
- (4) Die Verarbeitung der Daten einschließlich ihrer Weitergabe erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz (siehe Anlage DSGVO bei kbo), der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses.

§ 14 Hausordnung

Der Patient hat die vom Krankenhaus erlassene Hausordnung zu beachten.

§ 15 Eingebraachte Sachen

- (1) In das Krankenhaus sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden.
- (2) Geld und Wertsachen werden bei der Verwaltung in für das Krankenhaus zumutbarer Weise verwahrt.
- (3) Bei handlungsunfähig eingelieferten Patienten werden Geld und Wertsachen in Gegenwart eines Zeugen festgestellt und der Verwaltung zur Verwahrung übergeben.
- (4) Zurückgelassene Sachen gehen in das Eigentum des Krankenhauses über, wenn sie nicht innerhalb von 12 Wochen nach Aufforderung abgeholt werden.

- (5) Im Fall des Absatzes 4 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 des Krankenhauses übergehen.
- (6) Absatz 4 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.

§ 16 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; das gleiche gilt bei Verlust von Geld und Wertsachen, die nicht der Verwaltung zur Verwahrung übergeben wurden.
- (2) Haftungsansprüche wegen Verlustes oder Beschädigung von Geld und Wertsachen, die durch die Verwaltung verwahrt wurden, sowie für Nachlassgegenstände, die sich in der Verwahrung der Verwaltung befunden haben, müssen innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Erlangung der Kenntnis von dem Verlust oder der Beschädigung schriftlich geltend gemacht werden; die Frist beginnt frühestens mit der Entlassung des Patienten.

§ 17 Zahlungsort

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

§ 18 Inkrafttreten

Diese AVB treten am 01.08.2020 in Kraft. Gleichzeitig werden die AVB vom 01.01.2020 aufgehoben.

PEPP-Entgelttarif 2020 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich der BPfIV und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Abs. 6BPfIV

Das kbo-Isar-Amper-Klinikum gemeinnützige GmbH

kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost, Vockestr. 72, 85540 Haar ab: 01.01.2020

kbo-Isar-Amper-Klinikum Taufkirchen (Vils), Bräuhausstr. 5, 84416 Taufkirchen ab: 01.01.2020

berechnet folgende Entgelte:

Die Entgelte für die allgemeinen vollstationären, stationsäquivalenten und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie der BPfIV 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) gem. § 7 S. 1 Nr. 1 BPfIV i.V.m. § 1 Absatz 1 PEPPV 2020

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 für

das kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost, Vockestr. 72, 85540 Haar, liegt bei **298,52 €**

die kbo-Isar-Amper-Klinik Taufkirchen (Vils), Bräuhausstr. 5, 84416 Taufkirchen, liegt bei **279,14 €**

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 2020 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 Aufnahmetag sowie 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 Aufnahmetag und zählt als ein Berechnungstag.

PEPP-Entgeltkatalog – Bewertungsrelationen bei vollstationärer Versorgung

PEPP	Bezeichnung	Anzahl Berechnungstage / Vergütungsklasse	Bewertungsrelation je Tag
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	1,4906
		2	1,3174
		3	1,3008
		4	1,2835
		5	1,2662
		6	1,2488
		7	1,2315
		8	1,2142
		9	1,1969
		10	1,1796
		11	1,1623
		12	1,1449
		13	1,1276
		14	1,1103
		15	1,0930
		16	1,0757
		17	1,0584
		18	1,0410

Anhand des nachfolgenden Beispiels bemisst sich die konkrete Entgelthöhe für die **PEPP PA04** bei einem **hypothetischen Basisentgeltwert von 250,00 €** 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	1,1449	250,00 €	12 × 250,00 € × 1,1449 = 3.434,76 €

Bei einer **Verweildauer von z.B. 29 Berechnungstagen** ist die tatsächliche Verweildauer länger als die letzte im Katalog ausgewiesene Vergütungsklasse. Damit ist für die Abrechnung die Bewertungsrelation der letzten Vergütungsklasse 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	1,041	250,00 €	29 × 250,00 € × 1,041 = 7.547,25 €

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 2020 werden die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte durch die Anlagen 1a und 2a bzw. die Anlage 5 der PEPP-Vereinbarung 2020 (PEPPV 2020) vorgegeben.

2. Ergänzende Tagesentgelte gem. § 6 PEPPV 2020

Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a PEPPV 2020 oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BpflV können bundeseinheitliche ergänzende Tagesentgelte nach der Anlage 5 PEPPV 2020 abgerechnet werden.

Die ergänzenden Tagesentgelte sind wie die PEPP mit Bewertungsrelationen hinterlegt:

ET	Bezeichnung	ET _d	OPS-Kode	OPS Version 2019 OPS-Text	Bewertungs- relation		
ET01	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen			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	1,2307
				ET01.05	9-640.07	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	1,9921
				ET01.06	9-640.08	Mehr als 18 Stunden pro Tag	2,9850
ET02 ¹⁾	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit mindestens 3 Merkmalen			Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	0,1779		
				ET02.04	9-61 a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	0,2093
				ET02.05	9-61 b	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen	0,2430
ET04	Intensive Betreuung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen			Intensive Betreuung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen			
				ET04.01	9-693.03	Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	0,6347
				ET04.02	9-693.04	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	0,7560
				ET04.03	9-693.05	Mehr als 18 Stunden pro Tag	1,2154

ET	Bezeichnung	ET _d	OPS-Kode	OPS Version 2019 OPS-Text	Bewertungs- relation		
ET05	Einzelbetreuung bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen			Einzelbetreuung bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen			
				ET05.01	9-693.13	Mehr als 8 bis 12 Stunden pro Tag	1,5439
				ET05.02	9-693.14	Mehr als 12 bis 18 Stunden pro Tag	2,1385
				ET05.03	9-693.15	Mehr als 18 Stunden pro Tag	3,4056

1) Abrechenbar ist jeder Tag mit Gültigkeit eines OPS-Kodes, an dem der Patient stationär behandelt wird. Vollständige Tage der Abwesenheit während der Gültigkeitsdauer des OPS-Kodes sind nicht abrechenbar.

Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 5 PEPPV 2020 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 gem. § 5 PEPPV 2020

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 2020 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** nach § 5 Abs. 1 PEPPV 2020 in Verbindung mit der **Anlage 3** PEPPV 2020 vorgegeben. Daneben können nach § 5 Abs. 2 PEPPV 2020 für die in **Anlage 4** PEPPV 2020 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, 2a und 6a oder den Entgelten nach den Anlagen 1b, 2b und 6b PEPPV 2020 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 2020 noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600 Euro** abzurechnen.

Wurden für Leistungen nach **Anlage 4** im Jahr 2020 keine Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 BpflV für jedes Zusatzentgelt **600 Euro** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet **folgende** eigene verhandelte Zusatzentgelte.

ZP	Bezeichnung	OPS-Kode	OPS-Text	Vereinbartes Entgelt	
				München-Ost	Taufkirchen (Vils)
ZP2020-26.001	Gabe von Paliperidon, intramuskulär	6-006.a0	Gabe von Paliperidon, intramuskulär	387,00 €	387,00 €
ZP2020-26.002	Gabe von Paliperidon, intramuskulär	6-006.a1	Gabe von Paliperidon, intramuskulär	580,50 €	580,50 €
ZP2020-26.003	Gabe von Paliperidon, intramuskulär	6-006.a2	Gabe von Paliperidon, intramuskulär	822,38 €	822,38 €
ZP2020-26.004	Gabe von Paliperidon, intramuskulär	6-006.a3	Gabe von Paliperidon, intramuskulär	1.112,63 €	1.112,63 €
ZP2020-26.005	Gabe von Paliperidon, intramuskulär	6-006.a4	Gabe von Paliperidon, intramuskulär	1.402,88 €	1.402,88 €
ZP2020-26.006	Gabe von Paliperidon, intramuskulär	6-006.a5	Gabe von Paliperidon, intramuskulär	1.693,13 €	1.693,13 €
ZP2020-26.007	Gabe von Paliperidon, intramuskulär	6-006.a6	Gabe von Paliperidon, intramuskulär	1.983,38 €	entfällt
ZP2020-26.008	Gabe von Paliperidon, intramuskulär	6-006.a7	Gabe von Paliperidon, intramuskulär	2.273,63 €	entfällt
ZP2020-26.009	Gabe von Paliperidon, intramuskulär	6-006.a8	Gabe von Paliperidon, intramuskulär	2.563,88 €	entfällt
ZP2020-26.010	Gabe von Paliperidon, intramuskulär	6-006.a9	Gabe von Paliperidon, intramuskulär	2.884,13 €	entfällt
ZP2020-26.011	Gabe von Paliperidon, intramuskulär	6-006.aa	Gabe von Paliperidon, intramuskulär	3.144,38 €	entfällt
ZP2020-26.016	Gabe von Paliperidon, intramuskulär	6-006.af	Gabe von Paliperidon, intramuskulär	4.595,63 €	entfällt
ZP2020-40.010	Gabe von Imatinib, oral	6-001.g9	Gabe von Imatinib, oral	270,00 €	entfällt
ZP2020-59.004	Gabe von Adalimumab, parenteral	6-001.d3	Gabe von Adalimumab, parenteral	1.660,00 €	entfällt
ZP2020-33.003	Gabe von Tocilizumab, subkutan	6-005.n2	Gabe von Tocilizumab, subkutan	entfällt	2.278,00 €
ZP2020-16.011	Gabe von Lenalidomid, oral	6-003.ga	Gabe von Lenalidomid, oral	entfällt	4.146,67 €
ZP2020-39.007	Gabe von Etanercept, parenteral	6-002.b6	Gabe von Etanercept, parenteral	entfällt	1.642,41 €
ZP2020-76CT	Testung des Coronavirus SARS-CoV-2			63,00 €	63,00 €

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 8 PEPPV 2020

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 BPfIV zu vereinbaren. Die krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte ergeben sich für den Vereinbarungszeitraum 2020 aus den Anlagen 1b, 2b und 6b PEPPV 2020.

Können für die Leistungen nach **Anlage 1b** PEPPV 2020 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2020 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden vollstationären Berechnungstag **250 Euro** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 2b** PEPPV 2020 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2020 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden teilstationären Berechnungstag **190 Euro** abzurechnen. Können für Leistungen nach **Anlage 6b** auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2020 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden stationsäquivalenten Berechnungstag **200 Euro** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende sonstige Entgelte:

PEPP	Bezeichnung	Erlössumme (ohne Ausgleich)
kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost (gültig ab 01.01.2020)		
PA18Z1	Umschriebene Entwicklungsstörung oder andere neuropsychiatrische Symptome	250,00 €
PA15Z1	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	250,00 €
kbo-Isar-Amper-Klinikum Taufkirchen (Vils) (gültig ab 01.01.2020)		
PA18Z1	Umschriebene Entwicklungsstörung oder andere neuropsychiatrische Symptome	250,00 €
PP15Z1	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	250,00 €
TA18Z1	Umschriebene Entwicklungsstörung oder andere neuropsychiatrische Symptome (teilstationär)	190,00 €

5. Zu- und Abschläge gem. § 7 BPfIV

Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1 S. 5 KHG

DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von 1,66 €

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 in Höhe von 2,24 €

Zuschlag zur Refinanzierung der Tarifsteigerung beim Pflegepersonal gem. § 8 Abs. 11 KHEntG in Höhe von 0,42% des Rechnungsbetrags.

Zuschlag für Ausbildungskosten nach § 17a Abs. 6 KHG je voll- und teilstationärem Fall ab 01.05.2020 in Höhe von 135,77 €.

Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 Abs. 3 S. 1 PflBG je voll- und teilstationärem Fall ab 01.08.2020 in Höhe von 59,57 €.

Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben und besondere Tatbestände

Zuschlag für die Beteiligung an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17d Abs. 2 S. 4 i.V.m. § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG je abzurechnenden Krankenhausfall in Höhe von 1,13 €.

6. 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:

NUB Elbasvir-Grazoprevir . . . . .	.286,64 € pro Tablette
NUB Glecaprevir-Pibrentasvir . . . . .	.168,30 € pro Tablette
NUB Letermovir (240 mg Tablette . . . . .	.170,08 € pro Tablette
NUB Letermovir (480 mg Tablette . . . . .	.340,14 € pro Tablette
NUB Letermovir (240 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung) . . . . .	.170,08 €
NUB Letermovir (480 mg Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung) . . . . .	.340,14 €
NUB Sofosbuvir-Velpatasvir-Voxilaprevir . . . . .	.675,29 € pro Tablette
NUB Sofosbuvir-Velpatasvir . . . . .	.335,95 € pro Tablette
NUB Ledipasvir-Sofosbuvir . . . . .	.504,89 € pro Tablette
NUB Sofosbuvir . . . . .	.483,06 € pro Tablette

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

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

a) vorstationäre Behandlung

- Psychiatrie und Psychotherapie. 125,78 €
- Psychosomatik 99,19 €

b) nachstationäre Behandlung

- Psychiatrie und Psychotherapie. 37,84 €
- Psychosomatik 47,55 €

8. 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.

9. 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 § 43b Abs. 3 SGB V im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen beim Patienten eingefordert.

10. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 Abs. 1 und 2 PEPPV 2020 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 2 PEPPV 2020 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.

Ärztliche Wahlleistungen:

Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ vom 12.11.1982, BGBl. I S. 1522) in der jeweiligen Fassung

Wahlleistung Unterbringung in einem 1 Bett Zimmer Fachabteilung Psychiatrie vollstationär:

kbo-Klinikum München-Ost pro Berechnungstag	64,40 €
kbo-Klinikum Taufkirchen (Vils) pro Berechnungstag	52,23 €

Wahlleistung Unterbringung in einem 2 Bett Zimmer Fachabteilung Psychiatrie vollstationär:

kbo-Klinikum München-Ost pro Berechnungstag	24,15 €
kbo-Klinikum Taufkirchen (Vils) pro Berechnungstag	25,75 €

Inkrafttreten

Dieser PEPP-Entgelttarif tritt am 01.08.2020 in Kraft.

Anmerkungen:

1) Aufgrund eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21.12.2004 werden die Zuschläge 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 gemeinsam erhoben und als ein gemeinsamer Zuschlag in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen.

DRG-Entgelttarif 2020 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

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 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 2020) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2020) 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 **3.660,92 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	0,517	3.500,00 €	1.809,50 €
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrolyse	3,202	3.500,0 €	11.207,00 €

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 2020 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2020 (FPV 2020) 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 2020

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 2020 (FPV 2020).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2020

Soweit dies zu 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 2020 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2020 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2020 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 2020 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 2020 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2020 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:

Zusatzentgelte	Bezeichnung	OPS-Kode	OPS-Text	Vereinbartes Entgelt
ZE2020-13	Immunadsorption	8-821.0	Immunadsorption	2.045,00 €
ZE2020-123	Gabe von Caspofungin, parenteral je mg	6-002.p*	Gabe von Caspofungin, parenteral je mg	0,69 €
ZE2020-151	Gabe von Rituximab, intravenös je mg	6-001.h*	Gabe von Rituximab, intravenös je mg	1,96 €
ZE2020-133	Spezialisierte Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst	8-98h.00	Spezialisierte Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst	270,00 €
ZE2020-133	Spezialisierte Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst	8-98h.01	Spezialisierte Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst	380,00 €
ZE2020-133	Spezialisierte Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst	8-98h.02	Spezialisierte Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst	490,00 €
ZE2020-133	Spezialisierte Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst	8-98h.03	Spezialisierte Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst	600,00 €
ZE2020-133	Spezialisierte Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst	8-98h.04	Spezialisierte Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst	750,00 €
ZE2020-133	Spezialisierte Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst	8-98h.05	Spezialisierte Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst	900,00 €
ZE2020-133	Spezialisierte Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst	8-98h.06	Spezialisierte Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst	1.150,00 €
ZE2020-133	Spezialisierte Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst	8-98h.07	Spezialisierte Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst	1.400,00 €
ZE2020-133	Spezialisierte Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst	8-98h.08	Spezialisierte Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst	1.900,00 €
ZE2020-133	Spezialisierte Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst	8-98h.09	Spezialisierte Komplexbehandlung durch einen internen Palliativdienst	2.200,00 €
ZE2020-76	Testung des Coronavirus SARS-CoV-2			63,00 €

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2020

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

Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2020

B43Z Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems504,11 €

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2020 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **600,00 €** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 3b** FPV 2020 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **300,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2020 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2020 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

5. 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 135,77 €.

Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach §33 Abs 3 S. 1 PflBG je voll- und teilstationärem Fall ab 01.08.2020 in Höhe von 59,57 €.

Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG in Höhe von 24,05 €.

Zuschlag zur Refinanzierung der Tarifsteigerung beim Pflegepersonal gem. § 8 Abs. 11 KHEntgG in Höhe von 0,42% des Rechnungsbetrags.

Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von 45,00 € pro Tag.

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

Qualitätszuschlag1,13 €
Qualitätszuschlag Schlaganfall3,10 €

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 folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

NUB Alemtuzumab für die Anwendung bei multipler Sklerose. 801,07 € pro mg
NUB Idarucizumab 0,41 € pro mg
NUB Ocrelizumab 20,33 € pro mg
NUB Cladribin 2.010,00 € pro 10mg

7. Tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 7 Abs. 1 Ziff. 6 KHEntgG

Das Krankenhaus vereinbart mit den Krankenkassen ein Pflegebudget zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten, die dem Krankenhaus entstehen. Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt nach § 6a Abs. 4 KHEntgG über einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert, welcher berechnet wird, indem das vereinbarte Pflegebudget dividiert wird durch die nach dem Pflegeerlöskatalog

nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr.

Kann der krankenhausesindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 KHEntgG aufgrund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 noch nicht berechnet werden, sind gemäß § 15 Abs. 2a S. 1 und 2 KHEntgG (i.d.F.d. MDK-RefG) für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 6a KHEntgG die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG mit 146,55 € zu multiplizieren. Für krankenhausesindividuelle voll- und teilstationäre Entgelte gemäß § 6 KHEntgG, für die in dem Pflegeerlöskatalog Bewertungsrelationen ausgewiesen sind, ist bis zum Wirksamwerden der Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 abweichend von § 15 Abs. 2 S. 3 KHEntgG die bisher geltende Entgelthöhe abzurechnen, die um die Höhe der nach Satz 1 ermittelten tagesbezogenen Pflegeentgelte zu mindern ist

8. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von 1,66 €.

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 abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von 2,24 €.

9. 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:

- a. **vorstationäre Behandlung** Neurologie 114,02 €
- b. **nachstationäre Behandlung** Neurologie 40,90 €

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

10. 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.

11. 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 § 43b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

12. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2020 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2020 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2020 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.

Ärztliche Wahlleistungen:

Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ vom 12.11.1982, BGBl. I S. 1522) in der jeweiligen Fassung

Wahlleistung Unterbringung in einem 1 Bett Zimmer Fachabteilung Psychiatrie vollstationär:

kbo Klinikum München-Ost pro Berechnungstag 64,40 €
kbo Klinik Taufkirchen (Vils) pro Berechnungstag 52,23 €

Wahlleistung Unterbringung in einem 2 Bett Zimmer Fachabteilung Psychiatrie vollstationär:

kbo Klinikum München-Ost pro Berechnungstag 24,15 €
kbo Klinik Taufkirchen (Vils) pro Berechnungstag 25,75 €

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.08.2020 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif vom 01.01.2020 aufgehoben.

Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO)

Am 25. Mai 2018 ist die Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) in Kraft getreten. Sie regelt den Schutz von personenbezogenen Daten einheitlich für die gesamte Europäische Union.

Datenschutz ist ein Grundrecht. Bei den Kliniken des Bezirks Oberbayern (kbo) sind uns der Schutz und die Vertraulichkeit Ihrer Daten sowie Ihre Information über die gesetzlichen Grundlagen und Ihre Rechte sehr wichtig.

Ihr Kontakt

Für datenschutzrelevante Auskünfte stehen Ihnen unser kbo-Konzerndatenschutzbeauftragter Nikolaus Schrenk und seine Vertretungen zur Verfügung.
E-Mail Adresse: datenschutz.kbo@kbo.de

Einen Widerruf zur Einwilligung Ihrer Datenverarbeitung können Sie jederzeit schriftlich richten an:
Kliniken des Bezirks Oberbayern – Kommunalunternehmen
Postfach 22 12 61
80502 München

Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung bleibt auf Grundlage Ihrer Einwilligung bis zum Widerruf Ihrer Datenverarbeitung unberührt.

Informationen zum Datenschutz

Das kbo-Isar-Amper-Klinikum kommt der Informationspflicht laut §13 EU-DSGVO nach und möchte Ihnen folgende Informationen zum Datenschutz offenlegen:

Die verantwortliche Stelle zur Verarbeitung Ihrer Daten ist:
kbo-Isar-Amper-Klinikum gemeinnützige GmbH
Vockestraße 72
85540 Haar

Rechtliche Grundlagen zur Verarbeitung, Weitergabe und Speicherung Ihrer Daten

Im Rahmen einer stationären, teilstationären oder ambulanten Aufnahme und Behandlung werden zum Zweck Ihrer Behandlung **personenbezogene Daten** von Ihnen erhoben, verarbeitet, gespeichert und gegebenenfalls an Dritte übermittelt.

Die **Rechtmäßigkeit der Verarbeitung** ergibt sich gemäß Art. 6 EU-DSGVO in Verbindung mit Art. 27 des Bayerischen Krankenhausgesetzes (BayKrG). Hier ist geregelt, dass Patientendaten, der soziale Status sowie für die stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung notwendige medizinische Daten erhoben, gespeichert, geändert und gelöscht werden dürfen.

Im Rahmen der Zweckbestimmung und unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen dürfen **Daten an Dritte** übermittelt werden. Hierzu zählen beispielsweise Kostenträger wie Ihre Kranken- oder Pflegekasse, weiter- und mitbehandelnde Ärzte sowie andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung.

Eine Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an weitere Dritte, zum Beispiel Abrechnungsdienstleister oder externe Labore, erfolgt nur mit Ihrer vorherigen schriftlichen Einwilligung.

Eine Übersendung der Daten an ein Drittland ist bei kbo nicht beabsichtigt, sollte dies dennoch aus gesetzlichen oder anderen erforderlichen Gründen der Fall sein, erhalten Sie vorab alle notwendigen Informationen. Auch hierfür wird Ihre schriftliche Einwilligung eingeholt.

Das kbo-Isar-Amper-Klinikum speichert alle zu Ihrer stationären, teilstationären oder ambulanten Aufnahme und Behandlung erhobenen und verarbeiteten personenbezogenen Daten, insbesondere alle Daten der Patientenakte, nach Abschluss der Behandlung aus Beweissicherungsgründen und unter Berücksichtigung der Verjährungsfristen des Bürgerlichen Gesetzbuches 30 Jahre.

Die Daten werden in Patientenarchiven des kbo-Isar-Amper-Klinikums aufbewahrt.

Ihre Rechte

Auskunftsrecht (Art. 15 EU-DSGVO)

- Es steht Ihnen zu, sich jederzeit vom kbo-Isar-Amper-Klinikum bestätigen zu lassen, welche personenbezogenen Daten zu Ihrer Person verarbeitet werden oder wurden.
- Sie haben das Recht auf Auskunft über die Art der zu Ihrer Person verarbeiteten Daten, die Verarbeitungszwecke, die Empfänger/Kategorien von Empfängern, gegenüber denen Ihre Daten offengelegt werden und auf die Dauer der Datenspeicherung.
- Des Weiteren haben Sie ein Recht auf Berichtigung oder Löschung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten oder auf eine Einschränkung der Verarbeitung durch das kbo-Isar-Amper-Klinikum oder ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung.
- Zudem können Sie jederzeit eine Beschwerde an die zuständige Aufsichtsbehörde richten: Der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz, Dr. Thomas Petri, Postfach 22 12 19, 80502 München.
- Wurden personenbezogene Daten zu Ihrer Person durch Dritte erhoben, verarbeitet und gespeichert, so haben Sie ein Recht auf Auskunft zur Datenherkunft.
- Auf Verlangen stellt Ihnen das kbo-Isar-Amper-Klinikum eine Kopie zu Ihren im Rahmen der Behandlung erhobenen, verarbeiteten und gespeicherten personenbezogenen Daten zur Verfügung. Für weitere Kopien, die Sie beantragen, wird das kbo-Isar-Amper-Klinikum ein Entgelt von 0,50 Euro je DIN-A4-Seite erheben.
Stellen Sie den Antrag elektronisch, erhalten Sie die Informationen in einem gängigen elektronischen Format, sofern Sie nicht explizit etwas anderes angeben.

Recht auf Berichtigung (Art. 16 EU-DSGVO)

Sie haben das Recht, von dem kbo-Isar-Amper-Klinikum unverzügliche Berichtigung unrichtiger oder die Vervollständigung unvollständiger, Sie betreffender personenbezogener Daten zu verlangen.

Recht auf Löschung (Art. 17 EU-DSGVO)

Sie haben das Recht, jederzeit die Löschung Sie betreffender personenbezogener Daten von dem kbo-Isar-Amper-Klinikum zu verlangen. Das kbo-Isar-Amper-Klinikum kommt Ihrer Aufforderung nach, sofern keine rechtliche Verpflichtung zur Datenspeicherung mehr vorliegt und kein Zweck für die Datenverarbeitung mehr gegeben ist.

Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung (Art. 18 EU-DSGVO)

Sie können die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht erwirken, wenn einer Löschung besondere Gründe entgegenstehen.

Besondere Gründe sind:

- gesetzliche, satzungsmäßige oder vertraglich festgelegte Aufbewahrungsfristen,
- schutzwürdige Interessen des Betroffenen (Beweismittelverlust) oder
- ein unverhältnismäßig hoher Aufwand aufgrund der besonderen Art der Speicherung,
- eine Verarbeitung personenbezogener Daten unrechtmäßig ist und die Löschung vom Betroffenen abgelehnt wird,
- die Richtigkeit von Ihnen zu Ihren personenbezogenen Daten bestritten wird (für die Dauer der Überprüfung),
- kbo berechnete Gründe vorhält, die den Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten überwiegen

Haben Sie eine Einschränkung der Verarbeitung erwirkt, so dürfen Ihre personenbezogenen Daten nur mit Ihrer Einwilligung oder zur Geltendmachung von Rechtsansprüchen, zum Schutz Dritter oder wichtiger öffentlicher Interessen verarbeitet werden.

Die Datenspeicherung ist hiervon ausgenommen.

Hat kbo personenbezogene Daten an einen Auftragsverarbeiter weitergeleitet, so informiert kbo auch den Auftragsverarbeiter über die Aufforderung zur Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung. Der Auftragsverarbeiter muss die Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung nach Aufforderung durch kbo für die zur Person betreffenden Daten bestätigen.

Weitere Empfänger, zum Beispiel Labore, werden ebenso durch kbo informiert, sofern das keinen unverhältnismäßigen Aufwand für kbo darstellt. Sie erhalten durch kbo Auskunft über die Datenempfänger, sofern Sie es wünschen.

Recht auf Widerspruch (Art. 21 EU-DSGVO)

Sie haben das Recht, Widerspruch gegen die Speicherung der zu Ihrer Person erhobenen, verarbeiteten und gespeicherten personenbezogenen Daten einzulegen. kbo wird Ihre personenbezogenen Daten nur noch zum Zweck der Aufgabenerfüllung weiterhin speichern oder wenn eine Speicherung für die Geltendmachung von Rechtsansprüchen erforderlich ist.

Bei Informationsveranstaltungen oder Werbemaßnahmen, die kbo für eigene Zwecke durchführt, können Sie der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten widersprechen.

Widersprechen Sie, so werden Ihre Daten für Werbezwecke nicht mehr verwendet und gelöscht. Ein Widerspruch der Verarbeitung von personenbezogenen Daten für wissenschaftliche oder historische Forschungszwecke oder zu statistischen Zwecken ist ungültig, sofern die Verarbeitung zur Erfüllung einer im öffentlichen Interesse liegenden Aufgabe erforderlich ist.

Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 EU-DSGVO)

Sie haben das Recht, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten, sofern die Daten mithilfe automatisierter Verfahren bei dem kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost verarbeitet wurden.



⊕ Standorte der Kliniken des kbo-Isar-Amper-Klinikums (dunkelgrün)
 im Verbund aller Kliniken des Bezirks Oberbayern (kbo – hellgrün)

Herausgeber:
 kbo-Isar-Amper-Klinikum
 Vockestraße 72
 85540 Haar bei München
 Telefon | 089 4562-0
 Web | kbo-ia.de