UNIVERSITÄTS KLINIKUM FREIBURG
ONKOLOGISCHE REHA

Informationsblatt 7:

Informationen für Privatpatient*innen, Selbstzahlende sowie zu Wahlleistungen

Allgemeine Fragen: Service-Telefon 0761 / 270-71401, -71402
Fragen zur Abrechnung: 0761/270-71324 oder E-Mail an abrechnung@ukf-reha.de

1. Pflegesätze (vorbehaltlich Preisänderungen)

a)	Allgemeiner Pflegesatz	€ 260
b)	KMT – Pflegesatz (*)	€ 310
c)	Allgemeiner Pflegesatz / ganztägig ambulante Maßnahmen	€ 175
d)	Allgemeiner KMT – Pflegesatz / ganztägig ambulante Maßnahmen (**)	€ 205

Hinweise:
Die Pflegesätze beinhalten alle für die Versorgung des/der Patienten/Patientin erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen, einschließlich Unterkunft und Verpflegung.
(*) Pflegesatz für Patient*innen nach Knochenmark- bzw. Blutstammzelltransplantation.

2. Wahlleistungen

2.1 Chefärztliche Wahlleistung

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärztinnen/Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des/der Patient*in beteiligten Ärzt*innen des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§115a SGB V) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärztinnen/Ärzten veranlassten Leistungen von Ärztinnen/Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit das Krankenhaus selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.

Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung. Nach § 6a GoÄ erfolgt bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen / privatärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25%; bei Leistungen und Zuschlägen von anderen niedergelassenen Ärztinnen/ Ärzten um 15%. Das Arzt-/ Ärztinnenhonorar wird in einer gesonderten Rechnung geltend gemacht.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, von dem/der nachfolgend aufgeführten Wahlarzt/Wahlärztin der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtung persönlich oder unter der Aufsicht des/der Wahlarztes/Wahlärztin nach fachlicher Weisung von einem/einer nachgeordneten Arzt/Ärztin der Abteilung bzw. des Instituts (§4 Abs.2 S.1 GOÄ/GOZ) oder von dem/der ständigen ärztlichen Vertreter/Vertreterin (§ 4 Abs.2 S.3 GOÄ/GOZ) erbracht.

2.2 Liquidationsberechtigter Arzt in der Onkologischen Reha
Dr. med. Timm Dauelsberg

3. Abrechnung

3.1 Aufnahme- und Entlassungs- / Verlegungstage
Aufnahme- und Entlassungs-/ Verlegungstage werden zusammen als ein Tag angesehen, dies bedeutet, der Entlassungstag wird nicht berechnet.

3.2 Vorauszahlung
Für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen erheben wir bei Mitgliedern privater Krankenversicherungen, Selbstzahlenden und Beihilfeberechtigten grundsätzlich eine Anzahlung in Höhe von **1.000 €**. Die Anzahlung ist am Aufnahmetag in **bar oder per EC-Karte** zu entrichten. Sofern sich eine Überzahlung ergibt, wird diese selbstverständlich an Sie zurückerstattet.

Auf die Anzahlung kann nur verzichtet werden, wenn Sie ausschließlich Mitglied einer Privatversicherung sind - also keinen Anspruch auf Beihilfe haben - und Ihre Versicherung eine Kostenübernahme über 100% der allgemeinen Krankenhausleistung auf die Klinik für Onkologische Rehabilitation ausgestellt hat.

Um sicher zu gehen, dass von Ihrer privaten Krankenversicherung/Beihilfestelle die Kosten auch vollständig übernommen werden, empfehlen wir Ihnen, sich grundsätzlich vor Beginn der Maßnahme eine entsprechende Kostenzusage einzuholen.
Die Erstattungsrichtlinien der Beihilfestellen sind je nach Bundesland verschieden. Unter Umständen führt das zu einem Differenzbetrag, für den Sie dann selbst aufkommen müssen. Wir raten Ihnen daher dringend, sich auch hier im Vorfeld über die Höhe der Erstattungsleistung zu informieren.

3.3 Direktabrechnung
Für eine direkte Abrechnung der anteiligen Kosten mit Ihrer privaten Krankenversicherung, muss uns hierfür eine auf unser Haus ausgestellte und adressierte Kostenzusage im Laufe des Aufenthaltes vorliegen. Wünschen Sie keine Direktabrechnung mit Ihrer privaten Versicherung, so bitten wir um eine entsprechende Information. In diesem Fall werden die Kosten der Reha-Maßnahme zu 100 % direkt mit Ihnen abgerechnet. **Eine Direktabrechnung mit Beihilfestellen ist grundsätzlich nicht möglich**.

4. Entgelte für Begutachtungen
Die Berechnung der Leistung, die im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung erbracht wird, erfolgt durch den/ die liquidationsberechtigten / liquidationsberechtigte Arzt/Ärztin. Zusätzlich werden Schreibgebühren für das Gutachten, sowie Porto und Versandkosten berechnet.

5. AVB
Im Übrigen gelten die Allgemeinen Vertragsbestimmungen (AVB), die an der Rezeption eingesehen werden können.