



Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg  
21033 Hamburg Bergedorfer Straße 10 Telefon: 040 73 06 –0 Fax: 040 73 06 13 08

## BEHANDLUNGSKOSTENTARIF –TEIL B-

### (Sozialleistungsträger ohne gesetzliche Unfallversicherung und Selbstzahler - Anwendungsbereich des KHEntgG)

- Gültig ab 1.01.2012-

#### I. STATIONÄRE BEHANDLUNG

##### 1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 17b KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz)

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 2012) und circa 28.000 Prozeduren (OPS Version 2012) 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-Definitionsbandbuch) festgelegt. Das DRG-Definitionsbandbuch 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 2.975,00 € und unterliegt jährlichen Veränderungen.** Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Relativgewicht und Basisfallwert hypothetisch)

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Preis
<b>B79Z</b>	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	0,641	€ 2.975,00	€ 1.906,76
<b>I04Z</b>	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse	3,214	€ 2.975,00	€ 9.561,65

Welche DRG bei einem 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 2012 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2012 (FPV 2012) 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 2012**

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 FPV 2012.

## **3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV 2012**

Gem. § 17b Abs. 1 S. 12 KHG 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) Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2011 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2012 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2012 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 2012 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 2012 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2012 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 krankenhausindividuelle Zusatzentgelte:

<b>ZE</b>	<b>Zusatzentgelt-Definition</b>	<b>§ 301-Schlüssel</b>	<b>Entgelt</b>
ZE2011-18	Zwerchfellschrittmacher	76000180	51.000,00 €

#### 4. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV 2012

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

DRG	DRG-Definition	§ 301-Schlüssel	Entgelt
A43Z	Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom	8500A43Z	485,96 €
B11Z	Frührehabilitation mit Kraniotomie, großer Wirbelsäulen-Operation, bestimmter OR-Prozedur oder aufwändiger Operation am Nervensystem mit Beatmung > 95 Stunden	8500B11Z	500,00 €
B43Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 28 Tage	8500B43Z	460,00 €
B61B	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks	8500B61Z	690,00 €
I40Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	8500I40Z	387,68 €
I96Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 20 Tage	8500I96Z	408,23 €
W01A	Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie, mit Frührehabilitation	8500W01A	582,35 €
W05Z	Frührehabilitation bei Polytrauma mit OR-Prozedur	8500W05Z	490,07 €
W40Z	Frührehabilitation bei Polytrauma	8500W40Z	455,60 €
Y01Z	Operative Eingriffe oder Beatmung > 95 Stunden bei schweren Verbrennungen	8500Y01Z	3.600,00 €
Y61Z	Schwere Verbrennungen	8500Y61Z	1.001,00 €

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2012 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenspezifischen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **600,00 €** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 3b** FPV 2012 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenspezifischen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **300,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2011 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2012 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

#### 5. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlung gem. § 115a SGB V

Gemäß § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlung folgende Entgelte:

##### a) vorstationäre Behandlung

Chirurgie	<b>82,32 €</b>
Handchirurgie	<b>95,10 €</b>
Neurochirurgie	<b>48,57 €</b>
Neurologie	<b>114,02 €</b>

##### b) nachstationäre Behandlung

Chirurgie	<b>21,47 €</b>
Handchirurgie	<b>18,41 €</b>
Neurochirurgie	<b>21,99 €</b>
Neurologie	<b>40,90 €</b>

### c) Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Computer-Tomographie-Geräte (CT): }  
Magnet-Resonanz-Geräte (MR): } nach dem Nebenkostentarif der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Nach § 8 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG ist eine vorstationäre Behandlung neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Eine nachstationäre Behandlung kann zusätzlich zur Fallpauschale (DRG) berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale (DRG) übersteigt.

### 6. Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen gem. § 7 Ziff. 4 KHEntgG und sonstige Zu- und Abschläge

Gemäß § 17 a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen.

Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig: **68,63 €**

### 7. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG sowie Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Abs. 4 KHEntgG, Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben und Zuschlag für Budgetausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG

Es werden je Krankenhausfall folgende gesetzliche Zuschläge erhoben:

- Zahlzuschlag für Ausgleichsbeträge (Entgelt 47100011) in Höhe von 5,93% für bis zum 30.06.2011 aufgenommene Patienten.
- Qualitätssicherungszuschlag in Höhe **1,02 €**
- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG in Höhe von **1,14 €**,
- Zuschlag für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139 c SGB V und für das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit nach § 139 a i.V.m. § 139 c SGB V in Höhe von **0,93 €**.

### 8. Zuzahlungen

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.

### 9. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2012 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2012 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2012 zusammengefasst und abgerechnet.

## **10. Nicht in den Behandlungskosten enthaltene Leistungen, Ausschluss von Rückerstattungen**

- a) Mit den bei den Ziffern I.1 bis I.9 aufgeführten Entgelten sind alle Krankenhausleistungen vergütet, soweit im Folgenden sowie in den Abschnitten III. und IV. nichts anderes bestimmt ist.
- b) Kosten der Beförderung der Patienten anlässlich der Aufnahme und Entlassung sowie anlässlich von Beurlaubungen sind nicht Bestandteil der Krankenhausleistung.
- c) Mit den bei den Ziffern I.1 bis I.9 aufgeführten Entgelten sind die Inanspruchnahme des Friseurs und Käufe in der Cafeteria, im Kiosk sowie in anderen Verkaufsstellen nicht vergütet.
- d) Gleichfalls nicht mit den bei den Ziffern I.1 bis I.9 aufgeführten Entgelten vergütet sind die Kosten für das Bereitstellen eines Telefons im Krankenzimmer und für die Telefonbenutzung (Telefongebühren).
- e) Ferner sind mit den bei den Ziffern I.1 bis I.9 aufgeführten Entgelten die Auslagen der Klinik für bei Abschluss der Behandlung überlassene medizinische, pflegerische und orthopädische Hilfsmittel sowie Medikamente nicht vergütet. Die Selbstkosten der Klinik für diese Hilfsmittel und Medikamente werden gesondert abgerechnet. Fortzuführende Dialysen sind nicht Bestandteile der Krankenhausleistungen.
- f) Die bei den Ziffern I.1 bis I.9 aufgeführten Entgelte sind bei Beurlaubungen in voller Höhe weiterzuzahlen; eine Erstattung für nicht eingenommene Mahlzeiten ist ausgeschlossen.
- g) Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Walleistungen werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntgG), siehe Abschnitt IV.

## **II. AMBULANTE BEHANDLUNGEN („INSTITUTSLEISTUNGEN“)**

1. Ambulante Behandlungen gesetzlich Krankenversicherter können - mit Ausnahme der Behandlungen, Untersuchungen und Beratungen in den Sprechstunden, für die kassenärztliche Zulassungen bestehen, sowie in unserer Abteilung für Physikalische Therapie - grundsätzlich nur in Notfällen am Unfalltage erfolgen.
2. Bei Notfallbehandlungen gesetzlich Krankenversicherter findet der Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen (BMÄ/E-GO) Anwendung, für Selbstzahler und privat Krankenversicherte die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).
3. Für Leistungen der Abteilung für Physikalische Therapie, die zu Lasten von Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet worden sind, richtet sich die Vergütung nach der jeweils gültigen Vereinbarung mit den Verbänden der gesetzlichen Krankenversicherung.
4. Für Patienten mit wahlärztlichen (privatärztlichen) Leistungen und Selbstzahler, die im Anschluss an eine stationäre Behandlung ambulant weiterbehandelt werden, erfolgt die Berechnung der ärztlichen Leistungen und Sachkosten nach den Sätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), bei Leistungen der Abteilung für Physikalische Therapie nach den Sätzen, die für Patienten der gesetzlichen Unfallversicherung gelten.
5. Für den „Urologischen Check“ bei Querschnittgelähmten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung werden gemäß der Vereinbarung nach § 116 b SGB V z.Z. 250,00 € berechnet.

## **III. BEGUTACHTUNGEN**

1. Bei stationären Begutachtungen gelten die Entgelte nach Abschnitt I. Damit sind - mit Ausnahme der "Abschluss-Gutachten" - auch die Sachkosten abgegolten.
2. Bei ambulanten Begutachtungen und "stationären Abschluss-Gutachten" werden die Sachkosten nach dem BG-Nebenkostentarif abgerechnet.

3. Die ärztlichen Leistungen sind im Rahmen der Bestimmungen des Abkommens Ärzte/ Berufsgenossenschaften zu honorieren.

#### IV. WAHLEISTUNGEN

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

##### a. Ärztliche Leistungen:

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

Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung. Nach § 6 a Abs. 1 GOÄ erfolgt bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen/privatärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25 %; bei Leistungen und Zuschlägen von Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten um 15 %. Das Arzthonorar wird in einer gesonderten Rechnung geltend gemacht.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom im Wahlleistungsvertrag aufgeführten Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtungen persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts (§ 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ/GOZ) oder von dem benannten ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2 S. 3 GOÄ/GOZ) erbracht. Das entsprechende Verzeichnis wird bei Vertragsschluss übergeben.

Die ärztlichen Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von diesen nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

##### b. Unterkunft

Die Gesamtkosten für die Unterbringung werden aus den Kosten pro Berechnungstag gebildet. Berechnungstag in diesem Sinne ist der Tag der Aufnahme zuzüglich jedes weiteren Aufenthaltstages. Der Tag der Entlassung bzw. Verlegung wird bei der Berechnung nicht berücksichtigt. Die Angebote für die Wahlleistung „Unterkunft“ richten sich nach der Verfügbarkeit, die begrenzt ist.

##### Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer:

Fachabteilung	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Alle Abteilungen außer Querschnittgelähmtenzentrum auf Station 6B (Privatstation)	separates WC und Dusche, Komfortbetten, persönlicher Safe, Bettwäschewechsel alle zwei Tage, die Erledigung der Aufnahmeformalitäten auf dem Zimmer, Service für persönliche Wäsche, vom Bett verstellbare Außenrollos, persönlicher Kühlschrank, Multimediaterminal je Bett für Telefon, Internet und Fernsehen, Wahl- und Zusatzangebot bei der Verpflegung, täglichen Hand- und Badetuchwechsel, tägliches Abfragen persönlicher Wünsche und die Erledigung kleiner Botengänge.	94,86 €
Alle Abteilungen auf anderen Stationen	separates WC und Dusche, Komfortbetten, persönlicher Safe, Bettwäschewechsel alle zwei Tage, die Erledigung der Aufnahmeformalitäten auf dem Zimmer, Service für persönliche Wäsche.	72,45 €

**Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer:**

<b>Fachabteilung</b>	<b>Komfortmerkmale</b>	<b>Preis pro Berechnungstag</b>
Alle Abteilungen außer Querschnittgelähmtenzentrum auf Station 6B (Privatstation)	separates WC und Dusche, Komfortbetten, persönlicher Safe, Bettwäschewechsel alle zwei Tage, die Erledigung der Aufnahmeformalitäten auf dem Zimmer, Service für persönliche Wäsche, vom Bett verstellbare Außenrollos, persönlicher Kühlschrank, Multimediaterminal je Bett für Telefon, Internet und Fernsehen, Wahl- und Zusatzangebot bei der Verpflegung, täglichen Hand- und Badetuchwechsel, tägliches Abfragen persönlicher Wünsche und die Erledigung kleiner Botengänge.	60,67 €
Alle Abteilungen auf anderen Stationen	separates WC und Dusche, Komfortbetten, persönlicher Safe, Bettwäschewechsel alle zwei Tage, die Erledigung der Aufnahmeformalitäten auf dem Zimmer, Service für persönliche Wäsche.	40,19 €

Unterbringung als Begleitperson auf eigenen Wunsch im Zimmer des Patienten, sofern dieser die Wahlleistung Einbettzimmer vereinbart hat, inklusive Teilnahme an der Krankenhausverpflegung, pro Berechnungstag

70,00 €

**V. ALLGEMEINES**

1. Selbstzahler haben bei ihrer Aufnahme grundsätzlich eine Anzahlung auf die im Tarif aufgeführten Entgelte im voraus zu leisten und zwar in Höhe der vorab vom Berufsgenossenschaftliche Unfallkrankenhaus Hamburg geschätzten Gesamtbehandlungskosten, soweit keine ausreichenden Kostenbürgschaften von Privat-Krankenversicherungsgesellschaften oder anderen Kostenträgern Ersatzweise kann eine vom Berufsgenossenschaftliche Unfallkrankenhaus Hamburg akzeptierte Bankbürgschaft beigebracht werden. vorliegen. Sind in den Gesamtbehandlungskosten selbständige Leistungen Dritter enthalten, die mit der Vorauszahlung verrechnet werden sollen, besteht ein Anspruch auf Schlussrechnung frühestens nach 6 Monaten, ansonsten 14 Tage nach Entlassung.
2. Für Krankenhausaufenthalte, die länger als zehn Tage dauern, kann das Krankenhaus in einem Abstand von mindestens zehn Tagen Zwischenrechnungen erstellen. Das Zahlungsziel beträgt, soweit nicht vorstehend andere Regelungen getroffen worden sind, 14 Tage nach Rechnungsdatum. Mit Ablauf des Zahlungszieles tritt Verzug ein, können Zinsen in Höhe des gesetzlichen Satzes für Verzugszinsen sowie 5,00 € für die zweite und 15,00 € für die dritte Mahnung berechnet werden.
3. Dieser Entgelttarif tritt am 1. Januar 2012 in Kraft. Gleichzeitig wird der Behandlungskostentarif Teil B vom 1. Mai 2011 aufgehoben.

Erfüllungsort ist das Berufsgenossenschaftliche Unfallkrankenhaus Hamburg.

Gerichtsstand ist Hamburg-Bergedorf.

Hamburg, Dezember 2011

BERUFGENOSSENSCHAFTLICHER VEREIN  
FÜR HEILBEHANDLUNG HAMBURG E.V.  
- BERUFGENOSSENSCHAFTLICHES  
UNFALLKRANKENHAUS HAMBURG -