



Pflegekostentarif 2012 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich der BpflV und Unterrichtung des Patienten gemäß § 14 BpflV

Das Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung gGmbH berechnet ab dem 01.01.2012 folgende Entgelte:

I Allgemeines

1. Das Krankenhaus berechnet

- a. einen Basispflegesatz (§ 13 Abs. 3, 4 BpflV; vgl. dazu Abschnitt II)
- b. Abteilungspflegesätze (§ 13 Abs. 2, 4 BpflV; vgl. dazu Abschnitt II)
- c. Entgelte für die vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung (vgl. dazu Abschnitt II)
- d. Entgelte für Wahlleistungen (§ 22 Abs. 1 BpflV i.V.m. § 17 KHEntgG; vgl. dazu Abschnitt III)
- e. Entgelte für sonstige Leistungen (vgl. dazu Abschnitt V).
- f. Zuzahlungen (vgl. dazu Abschnitt VI)

2. Die tagesgleichen Pflegesätze (Abschnitt I Ziff. 1 Buchst. a) und b) sowie die Entgelte für eine Wahlleistung „Unterkunft“ (Abschnitt III) werden für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts berechnet (Berechnungstag), der Entlassungs- oder Verlegungstag jedoch nur bei teilstationärer Behandlung (§ 14 Abs. 2 BpflV).

Die Leistungen nach Abschnitt I Ziff. 1 Buchst. e) sowie die nicht nach Tagen bemessenen Wahlleistungen nach Abschnitt I Ziff. 1 Buchst. d) werden auch für den Verlegungs- oder Entlassungstag berechnet.

3. Nimmt der Patient vom Krankenhaus angebotene Leistungen (z.B. Verpflegung) nicht oder nicht voll in Anspruch, tritt eine Minderung der Entgelte nach Abschnitt I Nr. 1 nicht ein.



1. Das Krankenhaus berechnet die allgemeinen Krankenhausleistungen wie folgt:

a) Basispflegesatz (§ 13 Abs. 3 und 4 BPfIV)		je Berechnungstag
aa) vollstationärer Basispflegesatz		59,92 €
bb) teilstationärer Basispflegesatz		46,35 €
Der Basispflegesatz ist das Entgelt für nichtmedizinische Leistungen, d.h. für nicht durch ärztliche oder pflegerische Tätigkeit veranlasste Leistungen.		
b) Abteilungspflegesätze (§ 13 Abs. 2 und 4 BPfIV)		je Berechnungstag
aa) vollstationärer Abteilungspflegesatz (§ 13 Abs. 2 BPfIV) - Psychosomatik		122,28 €
bb) teilstationärer Abteilungspflegesatz (§ 13 Abs. 4 BPfIV) - Psychosomatik		94,50 €
c) Vor- und nachstationäre Behandlung (§ 115 a SGB V)		
aa) vorstationäre Behandlung - Psychosomatik		99,19 €
bb) nachstationäre Behandlung - Psychosomatik		47,55 €

Zuzüglich können Leistungen, die mit medizinisch-technischen Großgeräten (Computer-Tomographie-Geräte, Magnet-Resonanz-Geräte) erbracht werden, in Anlehnung an die Leistungsziffern nach DKG-NT mit den auf Bundesebene vereinbarten Pauschalen berechnet werden.

III Entgelte für Walleistungen

Die auBerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Walleistungen werden gemäÙ gesondert berechnet. Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Walleistungsvereinbarung und der Patienteninformation über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen entnehmen.

a. Ärztliche Leistungen:

Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen auBerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit das Krankenhaus selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.

Selbstverständlich werden Ihnen auch ohne Abschluss der Walleistungsvereinbarungen alle medizinisch erforderlichen Leistungen zuteil, jedoch richtet sich dann die Person des behandelnden Arztes ausschließlich nach der medizinischen Notwendigkeit.

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 Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten um 15%. Das Arzthonorar wird in der Regel gesondert von den jeweils liquidationsberechtigten Krankenhausärzten geltend gemacht, sofern nicht die Verwaltung des Klinikums oder eine externe Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt tätig wird.

Im Einzelnen richtet sich die konkrete Abrechnung nach den Regeln der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte/ Gebührenordnung für Zahnärzte (GOÄ/GOZ). Diese Gebührenwerke weisen folgen Grundsystematik auf:

In einer ersten Spalte wird die abrechenbare Leistung mit einer Gebührenziffer versehen. Diese 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 liegt gemäÙ GOÄ bei 5,82873 Cent.

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

Beispiel:

Ziffer 1

Leistungsbeschreibung	Punktzahl	Preis (Einfachsatz), gerundet
Beratung - auch mittels Fernsprecher	80	4,66 Euro

Bei dem so festgelegten Preis handelt es sich um den sog. GOÄ- Einzelsatz: Dieser Einzelsatz 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.

Welche Gebührenposition 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.

Insgesamt kann die Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten. Prüfen Sie bitte, ob Ihre private Krankenversicherung/Beihilfe etc. diese Kosten trägt.

Sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, wenden Sie sich bitte an das Sekretariat der behandelnden Klinik. Gleichzeitig können Sie in der Leistungsabrechnung Einsicht in die GOÄ/GOZ nehmen.

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.

c. Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer (Zuschlag je Tag) 107,00 €

Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer (Altbau) (Zuschlag je Tag) 74,82 €

d. Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer (Zuschlag je Tag) 55,00 €

Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer (Altbau) (Zuschlag je Tag) 34,31 €

zu c) und d): Die Inanspruchnahme der Wahlleistung 1- oder 2-Bett-Zimmer beinhaltet gleichzeitig als Zugabe die unentgeltliche Bereitstellung von Telefon und Fernsehen einschließlich Kopfhörer.

**e. Die Grundgebühr für Telefon beträgt pro Tag 1,90 €
die Gesprächseinheit kostet 0,20 €
Kopfhörer kosten einmalig 3,00 €**

f. Unterbringung und Verpflegung einer (nicht medizinisch indizierten) Begleitperson je Berechnungstag **48,15 €**

g. Unterbringung und Verpflegung in einem Familienzimmer je Berechnungstag **75,01 €**

Hierin sind die Wahlleistungsbestandteile Zweibettzimmer (d.) und Begleitperson (f.) anteilig enthalten

Vorauszahlung bei Wahlleistungen

Gemäß § 9 Abs. 10 AVB sind bei gewünschter Unterbringung in einem 1- oder 2-Bett-Zimmer Vorauszahlungen zu leisten.

Die Höhe des Vorauszahlungsbetrages ergibt sich aus dem Zuschlag für die Wahlleistung Unterkunft (vg. Abschnitt 16 b).

Die Zahlung ist für jeden Tag im Voraus zu leisten, je nach voraussehbarer Dauer der Krankenhausbehandlung.

Die Beträge sind rechtzeitig zu leisten, entweder unmittelbar durch Kasseneinzahlung oder durch Überweisung auf unser Konto bei der:

- Norddeutschen Landesbank Hannover, BLZ 250 500 00, Kto.- Nr. 101059178

IV Belegärzte

Mit den Entgelten nach Abschnitt I sind nicht abgegolten die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von diesen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Die belegärztlichen Leistungen werden vom Belegarzt gesondert berechnet.

V Entgelte für sonstige Leistungen

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnet das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.

Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus **71,58 €**

VI Zuzahlungen/Zuschläge

1. 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. Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit €10,- je Kalendertag. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V **im Auftrage der gesetzlichen Krankenkassen** eingezogen.

- | | |
|--|---------------------------|
| 2. Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von pro Tag ³ | 45,00 € |
| 3. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17 b Abs. 1 S. 5 KHG ¹ je vollstationärem Fall in Höhe von | 1,06 €² |
| 4. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben und besondere Tatbestände | |
| - DRG-Systemzuschlag nach § 17 b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von | 1,14 €² |
| - Zuschlag für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit nach § 139 a i.V.m. § 139 c SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von | 0,93 €² |
| - Zuschlag für Ausbildungskosten (§ 17 a KHG) gem. § 10 Abs. 1 Nr. 2 BPfIV je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von | 85,89 € |

VII Inkrafttreten

Dieser Pflegekostentarif tritt am 01.01.2012 in Kraft. Gleichzeitig wird der Pflegekostentarif vom 01.06.2011 aufgehoben.

Anmerkungen:

¹ Nach § 22 Abs. 1 der am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen *Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser* werden die Zuschläge nunmehr für jeden abgerechneten vollstationären Krankenhausfall erhoben und gelten damit auch im Geltungsbereich der BPfIV.

² Nach § 8 Abs. 9 KHEntgG – neu – sind der DRG- Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG, der Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschusses und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Abs. 3 Satz 1 i. V. m. § 139c SGB V zusammengefasst auszuweisen. Diese Vorgabe widerspricht jedoch den §§139c S. 2 und 291a Abs. 7a S. 1 SGB V, wonach die Zuschläge in der Rechnung gesondert auszuweisen sind. Aus diesem Grunde wurde die gesonderte Ausweisung dieser beiden Zuschlagsbestandteile beibehalten.

³ Die Höhe des Zuschlages von EUR 45,00 ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1, Satz 4 KHG geregelt. Dieser Zuschlag betrifft im Übrigen nur die Fälle der medizinisch notwendigen Aufnahme von Begleitpersonen und ist von der Wahlweisen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson zu unterscheiden.