

Pflegekostentarif 2007 für Krankenhäuser
im Anwendungsbereich der BPfIV
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 14 BPfIV

Das/die _____ Krankenhaus/Krankenhäuser
des/der _____ (Krankenhausträger)
berechnet/n ab dem _____ folgende Entgelte:

I
Allgemeines

1. Das Krankenhaus berechnet

- a. einen Basispflegesatz (§ 13 Abs. 3, 4 BPfIV; vgl. dazu Abschnitt II)
- b. Abteilungspflegesätze (§ 13 Abs. 2, 4 BPfIV; vgl. dazu Abschnitt II)
- c. Entgelte für die vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung (vgl. dazu Abschnitt II)
- d. Entgelte für Wahlleistungen (§ 22 Abs. 1 BPfIV 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 Ziff. 2 und 4) werden für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts berechnet (Berechnungstag), der Entlassungs- oder Verlegungstag jedoch nur bei teilstationärer Behandlung (§ 14 Abs. 2 BPfIV).

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.

II Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

1. Das Krankenhaus berechnet die allgemeinen Krankenhausleistungen wie folgt:

a) Basispflegesatz (§ 13 Abs. 3 und 4 BPfIV)		je Berechnungstag	
aa) vollstationärer Basispflegesatz		_____ €	
bb) teilstationärer Basispflegesatz		_____ €	
<p>Der Basispflegesatz ist das Entgelt für nichtmedizinische Leistungen, d.h. für nicht durch ärztliche oder pflegerische Tätigkeit veranlasste Leistungen. Davon entfallen auf:</p>			
- Unterkunft	zu aa)	_____ €	zu bb)
- Verpflegung	zu aa)	_____ €	zu bb)
b) Abteilungspflegesätze (§ 13 Abs. 2 und 4 BPfIV)		je Berechnungstag	
aa) vollstationäre Abteilungspflegesätze (§ 13 Abs. 2 BPfIV)			
- Psychiatrie und Psychotherapie		_____ €	
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie		_____ €	
- Psychosomatik		_____ €	
- Psychotherapeutische Medizin		_____ €	
bb) teilstationäre Abteilungspflegesätze (§ 13 Abs. 4 BPfIV)			
- Psychiatrie und Psychotherapie		_____ €	
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie		_____ €	
- Psychosomatik		_____ €	
- Psychotherapeutische Medizin		_____ €	
c) Vor- und nachstationäre Behandlung (§ 115 a SGB V)			
aa) vorstationäre Behandlung			
- Psychiatrie und Psychotherapie		_____ €	
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie		_____ €	
- Psychosomatik		_____ €	
- Psychotherapeutische Medizin		_____ €	
bb) nachstationäre Behandlung			
- Psychiatrie und Psychotherapie		_____ €	
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie		_____ €	
- Psychosomatik		_____ €	
- Psychotherapeutische Medizin		_____ €	

III Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§ 22 Abs. 1 BpflV i.V.m. § 17 KHEntgG):

1. Ärztliche Leistungen:

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 22 Abs. 1 BpflV i.V.m. § 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 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 nachfolgend 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 ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2 S. 3 GOÄ/GOZ) erbracht:

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Allgemeine Psychiatrie	Dr. med. ...	Dr. med. ...
Kinder- und Jugendpsychiatrie	Dr. med. ...	Dr. med. ...
Psychosomatik / Psychotherapie	Dr. med. ...	Dr. med. ...

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

2. Unterkunft

- Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung

Fachabteilung	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Allgemeine Psychiatrie	Separates WC, separate Dusche, Komfortbetten, Kühlschrank, Farbfernseher, Balkon, Wahlverpflegung, Tageszeitung, Programmzeitschrift ____ €
Kinder- und Jugendpsychiatrie	Separates WC, Besucherecke, Schreibtisch, Kühlschrank, Telefon, ____ €
Psychosomatik / Psychotherapie	Komfortbetten, Rollos, Safe, Farbfernseher, Videogerät, Audioanlage, ____ €

Für einen Zeitraum von maximal vier Tagen besteht die Möglichkeit der Reservierung bzw. des Freihaltens des gebuchten 1-Bett-Zimmers für den Fall, dass das Zimmer vorübergehend nicht genutzt werden kann. Während der Zeit der Reservierung / des Freihaltens, in welcher das Zimmer nicht anderweitig belegt wird, berechnet das Krankenhaus einen um 25 % geminderten Zimmerpreis, mindestens jedoch ____ €. ¹

- Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung

Fachabteilung	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Allgemeine Psychiatrie	Separates WC, separate Dusche, Komfortbetten, Kühlschrank, Farbfernseher, Balkon, Wahlverpflegung, Tageszeitung, Programmzeitschrift ____ €
Kinder- und Jugendpsychiatrie	Separates WC, Besucherecke, Schreibtisch, Kühlschrank, Telefon, ____ €
Psychosomatik / Psychotherapie	Komfortbetten, Rollos, Safe, Farbfernseher, Videogerät, Audioanlage, ____ €

3. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson:

____ € je Berechnungstag

4. _____:

____ € je Berechnungstag

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.
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus ____ €
3. ...

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 an die entsprechende Mitgliedskrankenkasse abgeführt.
2. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben und besondere Tatbestände
 - DRG-Systemzuschlag nach § 17 b Abs. 5 KHG
in Höhe von ... €
 - 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
in Höhe von ... €²
 - Zuschlag für die Finanzierung der Kosten, die den Spitzenorganisationen nach § 291 a Abs. 7 SGB V im Rahmen der Gesellschaft für Telematik (elektronischen Gesundheitskarte) entstehen
in Höhe von ... €

- Zuschlag für die Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase (Telematikzuschlag)

in Höhe von ... €

- Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen (§ 17 a KHG) gem. § 10 Abs. 1 Nr. 2 BPflV

in Höhe von ... €

3. Zusatzklausel für Krankenhäuser in den neuen Bundesländern und im Ostteil Berlins:

Im Rahmen des Krankenhausinvestitionsprogramms gemäß Art. 14 Gesundheitsstrukturgesetz berechnet das Krankenhaus einen Investitionszuschlag in Höhe von 5,62 € für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes, bei Fallpauschalen für die entsprechenden Belegungstage. Bei teilstationärer Behandlung wird der Zuschlag auch für den Entlassungstag berechnet.

VII Inkrafttreten

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

¹ Gemäß Punkt 1 der allgemeinen Regelungen der Anlage 1 zur gemeinsamen Empfehlung zur Bemessung der Entgelte für eine Wahlleistung Unterkunft ergibt sich der abrechenbare Gesamtpreis pro Berechnungstag aus der Summe von Basispreis und Komfortzuschlägen. Sollte der Gesamtpreis durch die Minderung um 25 % geringer ausfallen als der Basispreis, so ist in diesen Fällen mindestens der Basispreis abzurechnen.

² 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 § 139 a i.V.m. § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139 c SGB V gemeinsam erhoben und als **ein gemeinsamer** Zuschlag in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen.