

**Entgelttarif im Anwendungsbereich des KHEntG und der BPfIV
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntG und § 14 BPfIV**

Die DRK Kliniken Berlin | Wiegmann Klinik berechnen ab dem 1. Januar 2012 folgende Entgelte:

1. Pflegesätze gem. § 13 f. BPfIV

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie der BPfIV/KHEntG in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen über krankenhaushausindividuelle Pflegesätze berechnet.

Das Krankenhaus berechnet bei vollstationärer bzw. teilstationärer Aufnahme in die Fachabteilung Psychosomatik einen tagesgleichen

	vollstationär	teilstationär
Basispflegesatz (§ 13 Abs. 3, 4 BPfIV) in Höhe von	€ 62,18	€ 53,32
Abteilungspflegesatz (§ 13 Abs.2, 4 BPfIV) in Höhe von	€ 107,40	€ 91,69

für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthaltes; der Entlassungs- oder Verlegungstag wird nicht berechnet (§ 14 Abs. 2 BPfIV).

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

Gem. § 115a SGB V hat das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen auf der Grundlage der besonderen Vereinbarung mit den Krankenkassen Entgelte zu berechnen.
Für vorstationäre Behandlung wird ein Betrag von **99,19 €** pro Behandlungsfall abgerechnet.
Für nachstationäre Behandlung wird ein Betrag von **47,55 €** pro Therapiesitzung, für maximal 7 Sitzungen, abgerechnet.

3. Ausbildungszuschlag gem. § 17a KHG

Für alle ab dem 01.01.2007 aufgenommene Patienten ist entsprechend § 17a KHG und den vertraglichen Regelungen hierzu ein Ausbildungszuschlag in Höhe von **€56,68** zu erheben.

4. DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG

Zur Finanzierung der Entwicklung und Pflege des in Deutschland einzuführenden pauschalierenden Entgeltsystems für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) berechnet das Krankenhaus einen **DRG-Systemzuschlag in Höhe von €1,14** sowie einen **GemBA-Systemzuschlag in Höhe von €0,93** je voll- und teilstationärem Krankenhaussfall. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die in § 17 b KHG benannten Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene abgeführt.

5. Qualitätssicherungszuschlag gem. § 137 SGB V

- Qualitätssicherungszuschlag gem. § 137 SGB V **pro Fall 0,87 €**

6. Entgelte für sonstige Leistungen

Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnet das Krankenhaus Entgelte nach Aufwand.

Daneben berechnet der liquidationsberechtigte Arzt sein Honorar, es werden Schreibgebühren für das Gutachten erhoben und Porto- und Versandkosten berechnet.

7. Zuzahlungen

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom 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.

8. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§ 22 BPfIV/§ 17 KHEntG):

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 KHEntG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten 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 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 Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten um 15%. Das Arzthonorar wird gesondert von den jeweils liquidationsberechtigten Krankenhausärzten geltend gemacht, sofern nicht eine externe Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt tätig wird.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen 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 Satz 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs.2 Satz 3 GOÄ/GOZ) erbracht:

Fachabteilung:	Wahlärzte:
Psychosomatik und Psychotherapie	Chefärztin Dr. med. I. D. Kress Oberarzt Dr. med. M. Burkard Oberarzt Dr. med. R. Schulz

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

b. Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer / 2-Bett-Zimmer:

Zuschlag pro Berechnungstag im	1-Bett-Zimmer	2-Bett-Zimmer
	€ 64,16	€ 35,09

c. Bereitstellung eines Telefons: je Gebühreneinheit € 0,10

Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist das Lösen einer Chipkarte (siehe Hinweisblatt "Patiententelefon"), für die ein Pfand von € 10,00 hinterlegt werden muss

Inkrafttreten

Dieser Entgelttarif tritt am 01. Januar 2012 in Kraft.
Gleichzeitig wird der Entgelttarif vom 01. Juni 2011 aufgehoben.