



Inhalt:

A. Amtlicher Teil

193. Bekanntmachung des Pflegekostentarifs und Unterrichtung des Patienten gem. § 15 BPflV für das Kreiskrankenhaus St. Marienberg Helmstedt ab 01.11.2001

Die Preise für die Leistungen gem. II. ab 01.01.2001 ergeben sich aus der Budgetvereinbarung 2001 und gelten bis zum Abschluß einer neuen Vereinbarung. Sie berücksichtigen die Neuregelungen über die Punktzahlen der Fallpauschalen und Sonderentgelte durch die Selbstverwaltung auf Bundesebene.

Ansonsten finden die Bestimmungen des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG) und der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) in der derzeit gültigen Fassung in diesem Pflegekostentarif Anwendung.

I Allgemeines

1. Das Krankenhaus berechnet

- a) einen Basispflegesatz (§ 13 Abs. 3 BPflV; vgl. dazu Abschnitt II),
- b) Abteilungspflegesätze (§ 13 Abs. 2 BPflV; vgl. dazu Abschnitt II),
- c) Fallpauschalen (§ 11 Abs. 1 BPflV; vgl. dazu Abschnitt II),
- d) Sonderentgelte (§ 11 Abs. 2 BPflV; vgl. dazu Abschnitt II),
- e) Entgelte für Wahlleistungen (§ 22 BPflV; vgl. dazu Abschnitt III).

2. Die tagesgleichen Pflegesätze (Ziff. 1 Buchst. a bis b) werden für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthaltes berechnet (Berechnungstag); der Entlassungs- oder Verlegungstag wird nicht berechnet (§ 14 BPflV).

Die Wahlleistungen nach Ziffer 1 Buchst. e) werden auch für den Entlassungs- oder Verlegungstag berechnet.

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

II Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

1. Das Krankenhaus berechnet die allgemeinen Krankenhausleistungen wie folgt:

a) Basispflegesatz		158,30 DM
b) Abteilungspflegesätze	Innere Medizin	445,40 DM
	Allgemeine Chirurgie	486,47 DM
	Frauenheilkunde und Geb.Hilfe	422,92 DM
c) Fallpauschalen		
02.01	einseitige subtotale Schilddrüsenresektion	4.463,95 DM
02.02	beidseitige subtotale Schilddrüsenresektion	4.928,83 DM
9.022	Weiterbehandlung im Anschluß an FP 9.021 (Herzoperation) nach Abschluß der Wundheilung und Verlegung bis zum Erreichen der AHB-Fähigkeit; Mindestaufenthalt 7 Belegungstage	4.828,01 DM
9.032	Weiterbehandlung im Anschluß an FP 9.031 (Herzoperation) nach Abschluß der Wundheilung und Verlegung bis zum Erreichen der AHB-Fähigkeit; Mindestdauer 4 Belegungstage	2.934,89 DM
9.062	Weiterbehandlung im Anschluß an FP 9.061 (Herzoperation) nach Abschluß der Wundheilung und Verlegung bis zum Erreichen der AHB-Fähigkeit;; Mindestaufenthalt 4 Belegungstage	3.069,32 DM
9.092	Weiterbehandlung im Anschluß an FP 9.091 (Herzoperation) nach Abschluß der Wundheilung und Verlegung bis zum Erreichen der AHB-Fähigkeit; Mindestaufenthalt 5 Belegungstage	3.360,56 DM
10.01	Venenexhairese durch Stripping mit Unterbrechung der Venae perforantes; einseitig; einschließlich Crossektomie	3.920,66 DM
12.01	Cholecystektomie, offen-chirurgisch, akut	7.101,99 DM
12.02	Cholecystektomie, laparoskopisch, akut	5.645,75 DM
12.03	Cholecystektomie, offen-chirurgisch, elektiv	6.015,41 DM
12.04	Cholecystektomie, laparoskopisch, elektiv	5.231,28 DM
12.05	Appendektomie, offen-chirurgisch	3.607,01 DM
12.07	Operation eines Leisten-, Schenkel- oder Nabelbruches, einseitig	3.954,26 DM
12.08	Operation eines Leisten-, Schenkel- oder Nabelbruches, als Rezi-divoperation, einseitig	4.424,76 DM
12.09	Operation einer inkarzierten Hernie, ohne Darmresektion, einseitig	5.287,29 DM
15.01	Hysterektomie mit vorderer und hinterer Scheidenraffung	7.258,82 DM
15.02	Hysterektomie	6.407,48 DM
16.01	Versorgung des gesunden Neugeborenen einschließlich der Versorgung eines nach der Geburt erkrankten Neugeborenen bis zu dessen internen oder externen pädiatrischen Verlegung	840,14 DM
16.02	Versorgung des Frühgeborenen, außer bei einer verlegungsrelevanten Krankheitsart oder bei Intensivversorgung	1.523,46 DM
16.03	Vaginale Entbindung bei Versorgung des Neugeborenen und der Mutter unter 24 Stunden im Krankenhaus	1.422,64 DM
16.041	Vaginale Entbindung, einschließlich bis zu 3 Tagen stationärer Versorgung vor den Tag der Geburt	2.901,29 DM
16.042	Vaginale Entbindung, einschließlich bis zu 3 Tagen stationärer Versorgung vor dem Tag der Geburt (bei Mehrlingen)	4.245,51 DM
16.051	Sectio, einschließlich bis zu 3 Tagen stationärer Versorgung vor der Geburt	5.858,58 DM
16.052	Sectio, einschließlich bis zu 3 Tagen stationärer Versorgung vor der Geburt (Mehrlingen)	6.127,43 DM
16.061	Vaginale Entbindung, einschließlich bis zu 3 Tagen stationärer Versorgung vor dem Tag der Geburt	3.674,22 DM

16.062	Vaginale Entbindung, einschließlich bis zu 3 Tagen stationärer Versorgung vor dem Tag der Geburt (Mehrlingen)	4.514,36 DM
16.071	Section, einschließlich bis zu 3 Tagen stationärer Versorgung vor der Geburt	6.385,07 DM
16.072	Section, einschließlich bis zu 3 Tagen stationärer Versorgung vor der Geburt (Mehrlingen)	6.441,08 DM
17.011	Einbau einer Hüftgelenks-Totalendoprothese (bei geschlossener Schenkelhalsfraktur); Versorgung bis Abschluß Wundheilung	10.809,81 DM
17.012	Weiterbehandlung im Anschluß an FP 17.011 nach Abschluß der Wundheilung bis zum Erreichen der AHB-Fähigkeit; Mindestaufenthalt 5 Belegungstage	2.587,63 DM
17.021	Einbau einer Hüftkopf-/Schaftprothese; Versorgung bis Abschluß Wundheilung	10.361,74 DM
17.022	Weiterbehandlung im Anschluß an FP 17.021 nach Abschluß der Wundheilung bis zum Erreichen der AHB-Fähigkeit; Mindestaufenthalt 5 Belegungstage	2.587,63 DM
17.03	Osteosynthetische Versorgung einer geschlossenen Schenkelhalsfraktur	10.563,37 DM
17.04	Osteosynthetische Versorgung einer pertrochantären Oberschenkelfraktur	10.641,79 DM
17.05	osteosynthetische Versorgung einer Sprunggelenksfraktur, Typ Weber B + C	5.880,99 DM
17.061	Einbau einer Hüftgelenks-Totalendoprothese bei Coxarthrose; Versorgung bis Abschluß Wundheilung	15.671,43 DM
17.062	Coxarthrose Weiterbehandlung im Anschluß an FP 17.061 nach Abschluß der Wundheilung bis zum Erreichen der AHB-Fähigkeit; Mindestaufenthalt 7 Belegungstage	4.032,68 DM
17.071	Wechsel einer Hüftgelenks-Totalendoprothese (Ersatz einer Endoprothese durch eine Hüftgelenks-Totalendoprothese); Versorgung bis Abschluß Wundheilung	17.015,66 DM
17.072	Lockerung der Hüftgelenksprothese Weiterbehandlung im Anschluß an FP 17.071 nach Abschluß der Wundheilung bis zum Erreichen der AHB-Fähigkeit; Mindestaufenthalt 11 Belegungstage	5.612,14 DM
17.091	Einbau einer Kniegelenks(Totalendo)prothese; Versorgung bis Abschluß Wundheilung	19.614,49 DM
17.092	Gonarthrose Weiterbehandlung im Anschluß an FP 17.091 nach Abschluß der Wundheilung bis zum Erreichen der AHB-Fähigkeit; Mindestaufenthalt 7 Belegungstage	4.256,71 DM
17.101	Einbau einer unikompartimentalen Kniegelenks-Schlittenprothese; Versorgung bis Abschluß Wundheilung	10.720,20 DM
17.102	Gonarthrose Weiterbehandlung im Anschluß an FP 17.101 nach Abschluß der Wundheilung bis zum Erreichen der AHB-Fähigkeit; Mindestaufenthalt 5 Belegungstage	2.307,59 DM
17.111	Ersatz einer Endoprothese durch eine Kniegelenkstotalendoprothese durch Kniegelenkstotalendoprothese, Versorgung bis Abschluß Wundheilung (Entfernung von Fäden oder Klammern)	18.550,31 DM
17.112	Lockerung der Kniegelenksprothese Weiterbehandlung im Anschluß an FP 17.111 nach Abschluß der Wundheilung bis zum Erreichen der AHB-Fähigkeit; Mindestaufenthalt 10 Belegungstage	4.727,19 DM
17.12	Operation des Hallux valgus/rigidus durch Resektion-sarthroplastik	6.194,64 DM

17.13	Operation einer Kreuzbandplastik mit Implantat oder Transplantat(Kreuzbandplastik mit Implantat oder Transplantat bei Kreuzbandruptur))	10.529,77 DM
17.14	Entfernung von Platten und Marknägeln an großen Röhrenknochen (Femur, Tibia, Humerus)	4.402,34 DM
18.01	Brustdrüsen-Radikaloperation ohne Expandereinlage (Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete), ohne Strahlentherapie, Chemotherapie und musculocutane Lappen	8.457,42 DM
18.03	Brusterhaltende Operation eines bösartigen Tumors mit regionaler Lymphknotenausräumung, ohne Strahlentherapie, Chemotherapie und musculocutane Lappen	7.101,99 DM

d) Sonderentgelte

01.01	Dekompression peripherer Nerven bei Carpal tunnelsyndrom, Ulnarisrinnensyndrom, ggf. mit Vorverlagerung	1.366,63 DM
02.01	Einseitige, subtotale Schilddrüsenresektion	1.993,93 DM
02.02	Beidseitige, subtotale Schilddrüsenresektion	2.206,77 DM
02.03	Radikaloperation einer bösartigen Schilddrüsengeschwulst, einschl. Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete u.ggf. der Nachbarorgane oder Rezidiveingriff nach vorangegangener Struma-Operation	2.436,41 DM
09.01	Schrittmacher-Implantation, Einkammersystem - auch Reimplantation	5.780,17 DM
09.02	Schrittmacher-Implantation, Zweikammersystem - auch Reimplantation	10.568,97 DM
09.03	Schrittmacher-Aggregatwechsel, Einkammersystem	5.528,13 DM
09.04	Schrittmacher-Aggregatwechsel, Zweikammersystem	9.504,80 DM
12.03	Teilresektion des Magens (Prinzip B I oder B II)	4.357,53 DM
12.04	Totale oder erweiterte Magenentfernung einschl. Lymphknoten-Dissektion und ggf. Teilresektion von Nachbarorganen, auch mit Milzexstirpation	5.780,17 DM
12.06	Teilresektion des Kolons - ggf. auch mit Anlage eines Anus praeter	4.111,09 DM
12.08	Abdomino-perineale Rektumexstirpation mit Anus praeter naturalis	4.424,74 DM
12.09	Teilresektion der Leber oder Exzision eines Tumors, auch mit Zystektomie	3.965,47 DM
12.10	Cholecystektomie, offen-chirurgisch	1.881,92 DM
12.11	Cholezystektomie, offen-chirurgisch, mit operativer Revision des Ductus hepatico-choledochus	2.598,84 DM
12.12	Cholezystektomie, laparoskopisch	2.268,38 DM
12.16	Appendektomie, offen-chirurgisch	1.108,98 DM
12.17	Appendektomie, laparoskopisch	1.831,51 DM
12.18	Operation eines Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches	1.310,62 DM
12.19	Operation eines Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches mit Muskel- und Fascienverschieboplastik	1.753,09 DM
12.20	Operation eines Leisten-, Schenkel- oder Nabelbruches, einseitig	1.310,62 DM
12.21	Operation eines Leisten-, Schenkel- oder Nabelbruches, als Rezidivoperation, einseitig	1.501,05 DM
12.22	Operation einer inkarzierten Hernie, ohne Darmresektion, einseitig	1.456,24 DM
13.08	Inkontinenz-OP durch Scheidenplastik ohne Hysterektomie (Plastische Operation zur Behebung der Harninkontinenz der Frau)	1.736,29 DM
14.01	Varikozelenoperation, offen-chirurgisch	1.019,37 DM

14.03	Leistenhodenoperation, beidseitig	1.394,63 DM
15.02	Hysterektomie	1.915,52 DM
15.03	Ovarektomie (und/oder) Salpingektomie, einseitig	1.915,52 DM
15.04	Ovarektomie (und/oder) Salpingektomie, beidseitig	2.083,55 DM
15.05	Radikaloperation der Zervix- oder des Corpuscarcinoms, abdominal, mit Entfernung der regionären Lymphknoten	4.267,92 DM
17.06	Einbau einer Hüftgelenks-Totalendoprothese bei geschlossener Schenkelhalsfraktur	4.273,52 DM
17.07	Einbau einer Hüftgelenks-Totalendoprothese bei geschlossener Schenkelhalsfraktur	7.471,65 DM
17.08	Wechsel einer Hüftgelenks-Totalendoprothese (Ersatz durch eine Totalendoprothese)	9.880,06 DM
17.09	Osteosynthetische Versorgung einer geschlossenen Schenkelhalsfraktur	2.251,58 DM
17.10	Osteosynthetische Versorgung einer pertrochantären Oberschenkelfraktur	2.329,99 DM
17.14	Einbau einer unikompartimentalen Kniegelenks-Schlittenprothese	4.553,56 DM
17.17	Entfernung von Platten und Marknägeln an großen Röhrenknochen (Femur, Tibia, Humerus)	1.321,82 DM
17.18	Osteosynthetische Versorgung einer Sprunggelenksfraktur, Typ Weber B + C	1.691,48 DM
18.01	Brustdrüsen-Radikaloperation ohne Expandereinlage (Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete), ohne musculocutane Lappen	2.273,98 DM
18.03	Brusterhaltende Operation eines bösartigen Tumors mit regionaler Lymphknotenausräumung, ohne musculocutane Lappen	1.949,13 DM
18.04	Reduktionsplastik der Mamma, beidseitig	3.170,13 DM
20.01	Dilatation der extremitätenversorgenden Gefäße einer Etage, einer Seite, PTA: Perkutane, transluminale Dilatation und Rekanalisation von Arterien mit Ausnahme der Koronararterien, einschl. der Kontrastmitteleinbringung und Durchleuchtung während des Eingriffs	4.491,95 DM
e) Beleg-Abteilungspflegesätze		
	Urologie	269,46 DM
	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	269,46 DM
f) Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung		
05.01	Submuköse Korrektur am knöchernem Septum, einschl. Korrektur am knorpelige(n) Septum, ggf. mit Operation an den Schwellkörpern	2.217,97 DM
07.01	Tonsillektomie	2.195,57 DM
12.07	Operation eines Leisten-, Schenkel- oder Nabelbruches, einseitig	3.282,15 DM
12.08	Operation eines Leisten-, Schenkel- oder Nabelbruches, als Rezidivoperation, einseitig	3.640,61 DM
14.01	Entfernung eines Prostataadenoms, offen-chirurgisch	7.863,72 DM
14.02	Transurethrale Elektroresektion eines Prostataadenoms	4.828,01 DM
14.03	Varikozelenoperation, offen-chirurgisch	2.038,74 DM
g) Sonderentgelte bei belegärztlicher Versorgung		
13.01	Verpflanzung eines Harnleiters in Blase und Darm oder Haut, einschl. Antirefluxplastik	2.117,16 DM

13.04	Nierenbeckenplastik, ggf. unter Verlagerung aberrierender Gefäße und/oder Anlage einer Nierenfistel	1.926,72 DM
13.05	Nephrektomie, ggf. mit Ureterteilresektion	2.128,36 DM
13.06	Radikaloperation eines Nieren- oder Nebennierentumors mit Entfernung des regionären Lymphstromgebietes (auch transabdominal oder transthorakal)	3.114,12 DM
13.08	Inkontinenz-OP durch Scheidenplastik ohne Hysterektomie (Plastische Operation zur Behebung der Harninkontinenz der Frau)	1.277,01 DM
14.02	Leistenhodenoperation, einseitig	896,15 DM
14.04	Entfernung eines Prostataadenoms, offen-chirurgisch	1.859,51 DM
14.05	Transurethrale Elektroresektion der Prostata	1.176,20 DM

h) Vor- und nachstationäre Behandlung

Für die vor- und nachstationäre Behandlung gem. § 115 a SGB V gelten die Preise der zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarten Bundesempfehlung in der jeweils gültigen Fassung.

III Entgelte für Wahlleistungen

Für die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen (§ 6 AVB) werden gesondert berechnet (§ 22 BpflV):

1. Ärztliche Leistungen aller an der Behandlung beteiligten Fachabteilungen und Institute, der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteter Einrichtungen.

- a) Die ärztlichen Leistungen der Fachabteilungen für
 1. Innere Medizin I und II
 2. Allgemeine Chirurgie
 3. Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 4. Zentrale Abteilung für Anästhesie und operative Intensivmedizin
 5. Radiologie

werden von den liquidationsberechtigten Ärzten gesondert berechnet. Für die Berechnung der Wahlleistungen "ärztliche Leistungen" finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)- bzw. der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)- und der Bundespflegesatzverordnung Anwendung. Liquidationsberechtigte sind:

1. Dr.med.Lücke und Dr.med.Schwartz
2. Professor Dr.med.Schaube
3. Dr.med.Stolte
- 4 Dr.med.Sommer
5. Dr.med.Bansmann.

Wahlärztliche Krankenhausbehandlung kann auch von dem "ständigen ärztlichen Vertreter" des liquidationsberechtigten Krankenhausarztes erbracht werden.

Nach § 6 a GOÄ/§ 7 GOZ erfolgt eine Minderung der Gebühren um 25 %.

- b) Die ärztlichen Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen (Untersuchungsstellen u.ä.) werden von diesen nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

2. Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer je Kalendertag	DM 170,--
3. Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer je Kalendertag	DM 105,--
4. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson je Kalendertag	DM 73,--
5. Zurverfügungstellung eines Telefons Grundbetrag je Kalendertag	DM 3,50
zuzüglich eines Zuschlages von je Gesprächseinheit	DM 0,30
6. Zurverfügungstellung eines Kopfhörers zum Empfang des Radio- und Fernsehtons	DM 5,--

IV Belegärzte

Mit den Entgelten nach I und II sind nicht abgegolten:

die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegabteilungen
sowie die von ihnen veranlaßten Leistungen von Ärzten und ärztlich
geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

Die Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. den Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses berechnet.

V Entgelte für Begutachtung

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlaß einer Begutachtung berechnet das Krankenhaus die Entgelte nach I.
2. Daneben
 - berechnet der liquidationsberechtigte Arzt sein Honorar;
 - werden Schreibgebühren für das Gutachten erhoben,
 - werden Porto- und Versandkosten berechnet.

VI

Für die Abrechnung der Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen und für Wahlleistungen gelten die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) für das Kreiskrankenhaus St. Marienberg in der jeweils gültigen Fassung.

VII Zuzahlungen

Das Krankenhaus zieht zur Weiterleitung an die Krankenkasse von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 14 Tage Patientenzuzahlungen ein. Mit dem Inkrafttreten des 2.GKV-Neuordnungsgesetzes gelten zunächst für alle gesetzlichen Krankenkassen folgende Beiträge:

DM 17,-- je Kalendertag

VIII Inkrafttreten

Dieser Pflegekostentarif tritt am 01.11.2001 in Kraft. Gleichzeitig wird der Pflegekostentarif, Abl.-Nr.50, lfd. Nr. 222, vom 19.12.2000, aufgehoben.

Helmstedt, den 25.10.2001

LANDKREIS HELMSTEDT
Der Oberkreisdirektor

gez.Kilian

Für den Gesamtinhalt verantwortlich: Kilian, Oberkreisdirektor