

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB) des Zentrums für Integrative Psychiatrie - ZIP gGmbH

§ 1 Allgemeines

- (1) Die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) gelten für vollstationäre, teilstationäre, vor- und nachstationäre sowie ambulante Krankenhausleistungen. Die AVB sind Bestandteil des Behandlungsvertrages.
- (2) Die Rechtsbeziehungen zwischen dem Zentrum für Integrative Psychiatrie (ZIP gGmbH) und den Patient*innen sind privatrechtlicher Natur.

§ 2 Umfang der Leistungen

- (1) Die ZIP gGmbH erbringt sämtliche Leistungen, die unter Berücksichtigung seiner Leistungsfähigkeit im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung der Patient*innen notwendig sind (allgemeine Krankenhausleistungen). Hierzu gehören die ärztliche Behandlung, die Krankenpflege, die Unterkunft und Verpflegung im Rahmen einer stationären Heilbehandlung sowie die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Heilbehandlung in der ZIP gGmbH erforderlich sind. Zu den Allgemeinen Krankenhausleistungen der ZIP gGmbH zählen auch die Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die von der ZIP gGmbH veranlassten Leistungen Dritter sowie die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson und die Frührehabilitation im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V. Nicht Gegenstand der allgemeinen Krankenhausleistungen der ZIP gGmbH sind: Hilfsmittel, die Patienten bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes mitgegeben werden (z. B. Unterarmstützkrücken, Krankenfahrstühle), die Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung sowie Leistungen, die nach Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses Krankenhaus gemäß § 137 c SGB V nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dürfen.
- (2) Patient*innen können nach Maßgabe dieser AVB folgende - gesondert zu vergütende - Wahlleistungen in Anspruch nehmen:
 - a) Die Komfort-Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer mit diversen Komfortelementen sowie die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson durch die ZIP gGmbH (Wahlleistung Unterkunft).
 - b) Die persönlichen ärztlichen Leistungen der zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigten Chefärzt*innen / leitenden Ärzt*innen des ZIP gGmbH einschließlich der von diesen Ärzt*innen veranlassten persönlichen ärztlichen Leistungen von Ärzt*innen und Leistungen ärztlich geleiteter Einrichtungen außerhalb der ZIP gGmbH (wahlärztliche Leistungen).

§ 3 Aufnahme, Verlegung und Entlassung

- (1) Im Rahmen der Leistungsfähigkeit der ZIP gGmbH wird stationär aufgenommen, wer der vollstationären oder teilstationären Krankenhausbehandlung bedarf. Die Reihenfolge der Aufnahme richtet sich nach der Schwere und der Dringlichkeit des Krankheitsfalles.
- (2) Wer wegen unmittelbarer Lebensgefahr oder der Gefahr einer bedrohlichen Verschlimmerung seiner Krankheit der sofortigen Behandlung bedarf (Notfall), wird - auch wenn die qualitative oder quantitative Leistungsfähigkeit des ZIP nicht gegeben ist - einstweilen - aufgenommen, bis seine Verlegung in ein anderes geeignetes Krankenhaus gesichert ist.
- (3) Eine Begleitperson wird aufgenommen, wenn dies nach dem Urteil von behandelnden Ärzt*innen der ZIP gGmbH für die Behandlung von Patient*innen medizinisch notwendig und die Unterbringung im ZIP möglich ist. Darüber hinaus kann auf Wunsch von Patient*innen im Rahmen der Wahlleistungen eine Begleitperson aufgenommen werden, wenn ausreichende Unterbringungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, der Betriebsablauf nicht behindert wird und medizinische Gründe nicht entgegenstehen.
- (4) Patient*innen können - innerhalb der ZIP gGmbH - in eine andere Klinik oder - außerhalb der ZIP gGmbH - in ein anderes Krankenhaus verlegt werden, wenn dies medizinisch notwendig ist. Die Verlegung in ein anderes Krankenhaus wird vorher - soweit möglich - mit der/dem Patienten*in abgestimmt. Eine Verlegung auf Wunsch des/der Patienten*in ohne medizinische Notwendigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse in ein wohnortnahes Krankenhaus ist gemäß dem Sozialgesetzbuch V bei Abrechnung einer Fallpauschale von einer Einwilligung der gesetzlichen Krankenkasse abhängig. Verweigert die ge-

setzliche Krankenkasse ihre Einwilligung, wird der/ die Patient*in nur auf ausdrücklichen Wunsch und auf eigene Kosten verlegt. Die ZIP gGmbH informiert die Patientin/den Patienten hierüber.

- (5) Entlassen wird, wer nach dem Urteil von behandelnden Ärzt*innen der ZIP gGmbH der Krankenhausbehandlung nicht mehr bedarf oder wer die Entlassung ausdrücklich wünscht. Besteht der/die Patient*in entgegen ärztlichem Rat darauf, entlassen zu werden oder verlässt sie oder er eigenmächtig die ZIP gGmbH, haftet die ZIP gGmbH für die entstehenden Folgen nicht. Eine Begleitperson wird entlassen, wenn die Voraussetzungen der Mitaufnahme nicht mehr erfüllt sind. Sofern keine nachstationäre Krankenhausbehandlung eingeleitet wird, enden die Leistungspflichten der ZIP gGmbH aus dem Behandlungsvertrag mit der Entlassung.

§ 4 Vor- und nachstationäre Behandlung

- (1) Die ZIP gGmbH kann Patient*innen in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).
- (2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt und wird beendet,
- a) mit Aufnahme des/der Patient*in zur vollstationären Behandlung,
 - b) wenn sich herausstellt, dass eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nicht oder erst außerhalb des vorstationären Zeitrahmens notwendig ist,
 - c) wenn der/die Patient*in die Beendigung ausdrücklich wünscht oder die Behandlung abbricht.

In den Fällen b) und c) endet auch der Behandlungsvertrag.

- (3) Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nicht überschreiten und wird beendet,
- a) wenn der Behandlungserfolg nach Entscheidung des/der behandelnden Ärzt*in der ZIP gGmbH gesichert oder gefestigt ist oder
 - b) wenn der/die Patient*in die Beendigung ausdrücklich wünscht oder die Behandlung abbricht.

Gleichzeitig endet auch der Behandlungsvertrag.

Die Frist von 14 Tagen kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit einweisenden Ärzt*innen verlängert werden. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb der ZIP gGmbH während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrages durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzt*innen gewährleistet und ist nicht Gegenstand der Krankenhausleistungen.

- (4) Die ZIP gGmbH unterrichtet die einweisenden Ärzt*innen unverzüglich über die vor- und nachstationäre Behandlung der Patient*innen. Die ZIP gGmbH unterrichtet die einweisende Ärzt*innen sowie die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzt*innen über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis.

§ 5 Schlaflabor

- (1) Das Schlaflabor ist eine Einrichtung des UKSH und wird von der ZIP gGmbH betrieben. Die stationären Leistungen werden im Auftrag des Universitäts-Klinikums Schleswig- Holstein (UKSH) erbracht und abgerechnet.
- (2) Versicherungsschutz im Rahmen der stationären Behandlung besteht nur während des Aufenthaltes im Schlaflabor der ZIP gGmbH.

§ 6 Wahlleistungen

- (1) Wahlleistungen werden nur erbracht, wenn sie die Allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigen und wenn sie vor ihrer Erbringung mit der ZIP gGmbH gesondert schriftlich vereinbart worden sind (Wahlleistungsvereinbarung). Patient*innen können die Wahlleistung Unterkunft und die wahlärztlichen Leistungen unabhängig voneinander wählen. Die ZIP gGmbH kann den Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung mit Patient*innen ablehnen, welche die Kosten einer früheren Krankenhausbehandlung in der ZIP gGmbH nicht bzw. trotz Fälligkeit verspätet gezahlt haben.
- (3) Die wahlärztlichen Leistungen werden nach der - jeweils geltenden Fassung - der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet.

§ 7 Entgelte

- (1) Das Entgelt für die stationären Leistungen der ZIP gGmbH richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben und dem pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (*PEPP-Entgelttarif*) in der jeweils gültigen Fassung, der Bestandteil der AVB ist (**Anlage**). Bemessungsgrundlage ist das für Deutschland jeweils aktuell gültige PEPP-System nebst den dazugehörigen Abrechnungsregeln.
- (2) Die Leistungen im Rahmen einer stationäreretzenden ambulanten Behandlung von Patient*innen, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, werden auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) gegenüber der Krankenkasse berechnet. Diese Abrechnungsgrundlage gilt auch bei Patient*innen, für die andere Sozialleistungsträger für die Kosten der Behandlung aufkommen. Bei selbstzahlenden Patient*innen rechnet die ZIP gGmbH die erbrachten Leistungen nach der - jeweils geltenden Fassung - der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ab. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht, wenn Patient*innen an demselben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit dem stationäreretzenden Eingriff stationär aufgenommen wird. In diesem Fall gilt Abs. 1.

§ 8 Abrechnung des Entgeltes bei gesetzlich Krankenversicherten und Heilfürsorgeberechtigten

- (1) Soweit ein öffentlich-rechtlicher Kostenträger (z.B. Gesetzliche Krankenkasse) nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften zur Zahlung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet ist, rechnet die ZIP gGmbH seine Entgelte unmittelbar mit dem öffentlich-rechtlichen Kostenträger ab. Auf Verlangen der ZIP gGmbH legt die eine Kostenübernahmeerklärung des Kostenträgers vor, die alle Leistungen umfasst, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung im Krankenhaus notwendig sind.
- (2) Gesetzlich Krankenversicherte sind nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Bestimmungen verpflichtet, vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an eine Zuzahlung zu leisten, die von der ZIP gGmbH an die Gesetzliche Krankenversicherung weitergeleitet wird. Näheres ergibt sich aus dem PEPP-Entgelttarif.
- (3) Patient*innen, die erklären, über die von der ZIP gGmbH erbrachten Leistungen sowie die von den Krankenkassen dafür zu zahlenden Entgelte unterrichtet werden zu wollen, erhalten innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung eine derartige schriftliche Information, sofern sie bzw. ihre gesetzlichen Vertreter bis spätestens zwei Wochen nach Abschluss der Behandlung dies ausdrücklich gegenüber der ZIP gGmbH erklären.

§ 9 Abrechnung des Entgelts gegenüber Selbstzahlern

- (1) Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (z.B.: Gesetzliche Krankenkasse). In diesem Fall sind Patient*innen der ZIP gGmbH gegenüber *Selbstzahler*.
- (2) *Selbstzahler* sind zur Entrichtung des Entgeltes für die Krankenhausleistungen verpflichtet.
- (3) Nach Beendigung der Behandlung wird eine Abschlussrechnung erstellt. Die ZIP gGmbH kann Zwischenrechnungen erteilen.
- (4) Die ZIP gGmbH behält sich vor, Leistungen nachzuberechnen, die in der Abschlussrechnung nicht enthalten sind.
- (5) Der Rechnungsbetrag wird mit Zugang der jeweiligen Rechnung fällig. Bei Zahlungsverzug werden Verzugszinsen nach den gesetzlichen Bestimmungen sowie Mahngebühren berechnet.
- (6) Eine Aufrechnung mit bestrittenen oder nicht rechtskräftig festgestellten Forderungen ist ausgeschlossen.

§ 10 Vorauszahlungen, Abschlagszahlungen

- (1) Die ZIP gGmbH kann für Krankenhausaufenthalte, die voraussichtlich länger als eine Woche dauern, angemessene Vorauszahlungen verlangen. Soweit Kostenübernahmeerklärungen von Sozialleistungsträgern oder sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern vorliegen, wird die ZIP gGmbH Vorauszahlungen nur von diesen Kostenträgern/Einrichtungen verlangen.

- (2) Die ZIP gGmbH kann für Krankenhausaufenthalte eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird. Ab dem achten Tag des Krankenhausaufenthalts kann die ZIP gGmbH eine angemessene Abschlagszahlung verlangen, deren Höhe sich an den bisher erbrachten Leistungen in Verbindung mit der Höhe der voraussichtlich zu zahlenden Entgelte orientiert.

§ 11 Beurlaubung

Während der stationären Behandlung werden Patientinnen oder Patienten nur aus zwingenden Gründen und nur mit Zustimmung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes beurlaubt.

§ 12 Ärztliche Eingriffe

- (1) Eingriffe in die körperliche und geistig-seelische Unversehrtheit von Patient*innen werden nur nach Aufklärung über die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und nach Einwilligung von Patient*innen vorgenommen.
- (2) Sind Patient*innen außerstande, die Einwilligung zu erklären, so wird der Eingriff ohne eine erklärte Einwilligung vorgenommen, wenn der Eingriff nach der Überzeugung von zuständigen Ärzt*innen der ZIP gGmbH zur Abwendung einer drohenden Lebensgefahr oder wegen einer unmittelbar drohenden schwerwiegenden Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes unverzüglich erforderlich ist.
- (3) Abs. 2 gilt sinngemäß, wenn bei beschränkt geschäftsfähigen oder geschäftsunfähigen Patient*innen gesetzliche Vertreter*innen nicht oder nicht rechtzeitig erreichbar sind oder wenn ihre dem Eingriff entgegenstehende, Willenserklärung im Hinblick auf § 323 c Strafgesetzbuch ("Unterlassene Hilfeleistung") unbeachtlich ist.

§ 13 Aufzeichnung und Datenschutz

- (1) Die Patientenakten, insbesondere Krankenblätter, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen und andere Aufzeichnungen – auch in digitaler Form - gehören der ZIP gGmbH.
- (2) Patient*innen haben keinen Anspruch auf Herausgabe der Originalunterlagen nach Abs. 1. Abweichende gesetzliche Regelungen bleiben unberührt.
- (3) Das Recht von Patient*innen oder von ihnen Beauftragte auf Einsicht in die Aufzeichnungen, ggf. auf Überlassung von Kopien, und die Auskunftspflicht von behandelnden Ärzt*innen der ZIP gGmbH bleiben unberührt.
- (4) Für Zwecke der Abrechnung müssen den Krankenkassen bestimmte Daten gem. § 301 SGB V im Wege des elektronischen Datenaustausches übermittelt werden:
- Name des Versicherten
 - Geburtsdatum
 - Anschrift
 - Krankenversicherungsnummer
 - Versichertenstatus
 - den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung. Datum und Art der jeweils im Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren.
 - den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung sowie die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen
 - Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen.

Patient*innen können einer über die Abrechnungsdauer hinaus gehenden Speicherung ihrer persönlichen Daten jederzeit widersprechen.

- (5) Die ZIP gGmbH erhebt und verarbeitet personenbezogene Daten im Rahmen und zum Zweck Ihrer Krankenhausbehandlung mit eigenen Datenverarbeitungsprogrammen sowie im Rahmen der Verarbeitung von personenbezogenen Daten im Auftrag (Artikel 28 Datenschutzgrundverordnung DSGVO) bei der GfIT GmbH, die sich wiederum zur Erbringung ihrer Dienstleistungen der IT Service GmbH bedient. Bei beiden Gesellschaften handelt es sich um Tochtergesellschaften des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH), an denen das UKSH mehrheitlich beteiligt ist.

- (6) Jede Verarbeitung der Daten einschließlich ihrer Weitergabe erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses.
- (7) Die ZIP gGmbH ist bestrebt, zur Versorgung seiner Patient*innen aktuelle technische Verfahren und moderne Organisationsformen einzusetzen. Die ZIP gGmbH nimmt hierfür insbesondere die Dienstleistungen des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) und seiner Tochtergesellschaften sowie anderer Dritter (Kooperationspartner) in Anspruch, die im Auftrag der ZIP gGmbH Leistungen zur Pflegeüberleitung, Speiserversorgung, Transportdienste, Labordiagnostik, Röntgenuntersuchungen, CT-Untersuchungen, MRT-Untersuchungen, ärztliche Konsilleistungen, Fernwartungsleistungen, Digitalisierung und Mikroverfilmung von Patientendokumenten, informationstechnologische Versorgungsleistungen u.a. erbringen. Soweit es für die Aufgabenerfüllung notwendig ist, muss die ZIP gGmbH ihren Kooperationspartner auch Patientendaten zur Kenntnis geben. Die ZIP gGmbH gewährleistet, dass auch hierbei das Datengeheimnis und die ärztliche Schweigepflicht voll umfänglich geschützt sind und dass alle datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen erfüllt werden.

§ 14 Eingebrachte Sachen

- (1) In die ZIP gGmbH sollen nur die notwendigen Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände eingebracht werden.
- (2) Geld und Wertsachen werden nach Empfang in zumutbarer Weise von der ZIP gGmbH verwahrt. Zur Entgegennahme von Aufbewahrungsgegenständen sind hierzu ermächtigte Beschäftigte der ZIP gGmbH berechtigt. Dies sind unter anderem
 - die Stationsschwester/der Stationspfleger der betreffenden Station sowie deren/dessen Vertreterin oder Vertreter
 - das ermächtigte Personal in der Verwaltungsstelle der jeweiligen Klinik oder das ermächtigte Personal in der Kasse.
- (3) Bei handlungsunfähig eingelieferten Personen werden Geld und Wertsachen in Gegenwart einer Zeugin oder eines Zeugen festgestellt und zur Verwahrung übergeben.
- (4) Patient*innen dürfen ein patienteneigenes aktives Medizinprodukt (z.B. Schlafapnoegerät, Beatmungsgeräte, Insulinpumpe) während des Aufenthaltes in der ZIP gGmbH nur nutzen, wenn behandelnde Ärzt*innen vor Aufnahme von Patient*innen über diese Absicht informiert worden ist und behandelnde Ärzt*innen gemeinsam mit Patient*innen entschieden haben, ob das Privatgerät weiter zum Einsatz kommen kann oder ob eine Umstellung auf ein ZIP-eigenes Medizinprodukt angezeigt ist.

Handlungsunfähige Personen, die in die ZIP gGmbH eingeliefert werden und über private Medizingeräte verfügen, werden sofort auf ZIP-eigene Geräte umgestellt.
- (5) Zurückgelassene Sachen gehen in das Eigentum der ZIP gGmbH über, wenn sie nicht innerhalb von 12 Wochen nach Aufforderung abgeholt werden.
- (6) Im Fall des Abs. 5 wird in der Aufforderung ausdrücklich darauf verwiesen, dass auf den Herausgabeanspruch verzichtet wird, mit der Folge, dass die zurückgelassenen Sachen nach Ablauf der Frist in das Eigentum der ZIP gGmbH übergehen.
- (7) Abs. 5 gilt nicht für Nachlassgegenstände sowie für Geld und Wertsachen, die von der Verwaltung verwahrt werden. Die Aufbewahrung, Herausgabe und Verwertung dieser Sachen erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen.
- (8) Die ZIP gGmbH ist berechtigt, von Patient*innen zur Aufbewahrung in Empfang genommene Geldbeträge und Wertgegenstände ganz oder teilweise zurückzubehalten, falls Patient*innen fällige Krankenhauskosten noch nicht beglichen hat. § 273 BGB findet entsprechende Anwendung.
- (9) Den Gebrauch von Mobiltelefonen kann die ZIP gGmbH im Hinblick auf etwaige Funktionsstörung technischer Einrichtungen und zum Schutz von Mitpatientinnen und Mitpatienten untersagen.

§ 15 Haftungsausschluss und Haftungsbeschränkung

- (2) Für eingebrachte Sachen, die in der Obhut von Patient*innen bleiben, und für Fahrzeuge der Patient*innen, die auf dem Grundstück der ZIP gGmbH oder auf einem von diesem bereitgestellten Parkplatz abgestellt sind, haftet die ZIP gGmbH nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit seiner Beschäftigten bzw. der in der ZIP gGmbH tätigen Landesbediensteten; das Gleiche gilt bei Verlust von Geld und Wertsachen, die nicht der Verwaltung der ZIP gGmbH zur Verwahrung übergeben wurden.
- (3) Haftungsansprüche wegen Verlustes oder Beschädigung von Geld und Wertsachen, die die ZIP gGmbH verwahrt hat, sowie für Nachlassgegenstände, die sich in der Verwahrung der ZIP gGmbH befunden haben, müssen innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Erlangung der Kenntnis von dem Verlust oder der Beschädigung in Textform gegenüber der ZIP gGmbH geltend gemacht werden. Die Frist beginnt frühestens mit der Entlassung von Patient*innen.

**§ 16
Zahlungsort**

Zahlungspflichtige haben ihre in der ZIP gGmbH entstandene Schuld auf eigene Gefahr und Kosten in Kiel zu erfüllen.

§ 19 Inkrafttreten

Diese AVB treten am 01.03.2020 in Kraft. Sie ersetzen die bisherigen AVB.

**Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP gGmbH
- Die Geschäftsführung -**

**PEPP-Entgelttarif 2020 für Krankenhäuser
im Anwendungsbereich der BPfIV
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Abs. 5 BPfIV**

Das Zentrum für Integrative Psychiatrie – ZIP gGmbH berechnet ab dem **01.01.2020** folgende Entgelte:

Die Entgelte für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie der BPfIV in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über mit Bewertungsrelationen bewertete pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) anhand des PEPP-Entgeltkataloges abgerechnet.

1. Pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) gem. § 7 S. 1 Nr. 1 BPfIV i.V.m. § 1 Absatz 1 PEPPV 2020

Jedem PEPP ist mindestens eine tagesbezogene Bewertungsrelation hinterlegt, deren Höhe sich aus den unterschiedlichen Vergütungsklassen des PEPP-Entgeltkataloges ergibt. Die Bewertungsrelationen können im Rahmen der Systempflege jährlich variieren. Die für die Berechnung des PEPP jeweils maßgebliche Vergütungsklasse ergibt sich aus der jeweiligen Verweildauer des Patienten im Krankenhaus. Der Bewertungsrelation ist ein in Euro ausgedrückter Basisentgeltwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet. Der derzeit gültige Basisentgeltwert liegt bei **291,46 €** und unterliegt ebenfalls jährlichen Veränderungen.

Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 1a oder Anlage 2a bzw. Anlage 5 der PEPPV 2020 jeweils mit dem Basisentgeltwert multipliziert und das Ergebnis kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet wird. Für die Rechnungsstellung wird die Anzahl der Berechnungstage je Entgelt addiert und mit dem ermittelten Entgeltbetrag multipliziert. Berechnungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts inklusive des Verlegungs- oder Entlassungstages aus dem Krankenhaus; wird ein Patient am gleichen Tag aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahmetag und zählt als ein Berechnungstag.

Anlage 1a		PEPP-Version 2020	
PEPP-Entgeltkatalog			
Bewertungsrelationen bei vollstationärer Versorgung			
PEPP	Bezeichnung	Anzahl Berechnungstage / Vergütungsklasse	Bewertungsrelation je Tag
1	2	3	4
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität	1	1,4906
		2	1,3174
		3	1,3008
		4	1,2835
		5	1,2662
		6	1,2488
		7	1,2315
		8	1,2142
		9	1,1969
		10	1,1796
		11	1,1623
		12	1,1449
		13	1,1276
		14	1,1103
		15	1,0930
		16	1,0757
		17	1,0584
		18	1,0410

Anhand des nachfolgenden Beispiels bemisst sich die konkrete Entgelthöhe für die **PEPP PA04A** bei einem **hypothetischen Basisentgeltwert von 250,00 €** und einer **Verweildauer von 12 Berechnungstagen** wie folgt:

PEPP	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Basisentgeltwert	Entgelthöhe
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität	1,1449	250,00 €	12 x 286,23 = 3.434,76 €

Bei einer **Verweildauer von z.B. 29 Berechnungstagen** ist die tatsächliche Verweildauer länger als die letzte im Katalog ausgewiesene Vergütungsklasse. Damit ist für die Abrechnung die Bewertungsrelation der letzten Vergütungsklasse heranzuziehen.

Dies würde zu folgendem Entgelt führen:

PEPP	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Basisentgeltwert	Entgelt
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität	1,0410	250,00	29 x 260,25 = 7.547,25 €

Welche PEPP bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es insbesondere 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 2020 werden die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte durch die Anlagen 1a und 2a bzw. die Anlage 5 der PEPP-Vereinbarung 2020 (PEPPV 2020) vorgegeben.

2. Ergänzende Tagesentgelte gem. § 6 PEPPV 2020

Zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a PEPPV 2020 oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BpflV können bundeseinheitliche ergänzende Tagesentgelte abgerechnet werden.

Die ergänzenden Tagesentgelte sind, wie die PEPP mit Bewertungsrelationen hinterlegt:

Anlage 5			PEPP-Version 2020			
PEPP-Entgeltkatalog Katalog ergänzender Tagesentgelte						
ET	Bezeichnung	ET _D	OPS Version 2020		Bewertungsrelation je Tag	
			OPS-Kode	OPS-Text		
1	2	3	4	5	6	
ET01	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen			Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung		
			ET01.04	9-640.06	Mehr als 6 bis zu 12 Stunden pro Tag	1,2307
			ET01.05	9-640.07	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	1,9921
			ET01.06	9-640.08	Mehr als 18 Stunden pro Tag	2,9850
ET02 ¹⁾	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit mindestens 3 Merkmalen		ET02.03	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	0,1779
			ET02.04	9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	0,2093
			ET02.05	9-61b	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen	0,2430
ET04	Intensive Betreuung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen			Intensive Betreuung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen		
			ET04.01	9-693.03	Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	0,6347
			ET04.02	9-693.04	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	0,7560
			ET04.03	9-693.05	Mehr als 18 Stunden pro Tag	1,2154
ET05	Einzelbetreuung bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen			Einzelbetreuung bei psychischen und/oder psychosomatischen Störungen und/oder Verhaltensstörungen bei Kindern oder Jugendlichen		
			ET05.01	9-693.13	Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	1,5439
			ET05.02	9-693.14	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	2,1385
			ET05.03	9-693.15	Mehr als 18 Stunden pro Tag	3,4056

¹⁾ Abrechenbar ist jeder Tag mit Gültigkeit eines OPS-Kodes gem. Spalte 4, an dem der Patient stationär behandelt wird.
Vollständige Tage der Abwesenheit während der Gültigkeitsdauer eines OPS-Kodes gem. Spalte 4 sind nicht abrechenbar.

PEPP-Entgeltkatalog Stand: 14.10.2019

Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene maßgebliche Bewertungsrelation nach Anlage 5 der PEPPV 2020 jeweils mit dem Basisentgeltwert multipliziert

und das Ergebnis kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen gerundet wird. Für die Rechnungsstellung wird die Anzahl der Berechnungstage je Entgelt addiert und mit dem ermittelten Entgeltbetrag multipliziert.

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 PEPPV 2020

Gemäß § 17d Abs. 2 KHG können, soweit dies zur Ergänzung der Entgelte in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, die Vertragsparteien auf Bundesebene Zusatzentgelte und deren Höhe vereinbaren. Für das Jahr 2020 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** nach § 5 Abs. 1 PEPPV 2020 in Verbindung mit der **Anlage 3** der PEPPV 2020 vorgegeben. Daneben können nach § 5 Abs. 2 PEPPV 2020 für die in **Anlage 4** PEPPV 2020 benannten, mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog nicht bewerteten Leistungen **krankenhausindividuelle Zusatzentgelte** nach § 6 Abs. 1 BPfIV vereinbart werden.

Zusatzentgelte können zusätzlich zu den mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten nach den Anlagen 1a und 2a und 5 der PEPPV 2020 oder zu den Entgelten nach § 6 Absatz 1 BPfIV abgerechnet werden.

Können für die Leistungen nach **Anlage 4** auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2020 noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600 Euro** abzurechnen.

Wurden für Leistungen nach **Anlage 4** im Jahr 2020 keine Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für jedes Zusatzentgelt **600 Euro** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

ZE 2020-26 Gabe von Paliperidon

Dosierung	Betrag
75 mg bis unter 125 mg	511,74 €
125 mg bis unter 175 mg	804,90 €
175 mg bis unter 250 mg	1.158,33 €
250 mg bis unter 325 mg	1.542,68 €
325 mg bis unter 400 mg	1.940,10 €
400 mg bis unter 475 mg	2.342,22 €
475 mg bis unter 550 mg	2.718,86 €
550 mg bis unter 625 mg	3.145,27 €
625 mg bis unter 700 mg	3.537,68 €
700 mg bis unter 775 mg	3.948,31 €
775 mg bis unter 850 mg	4.295,92 €
850 mg bis unter 925 mg	4.692,46 €
925 mg bis unter 1.000 mg	5.089,01 €
1.000 mg bis unter 1.075 mg	5.326,47 €
1.075 mg bis unter 1.150 mg	5.711,51 €
1.150 mg bis unter 1.225 mg	6.096,56 €
1.225 mg und mehr	6.381,94 €

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 8 PEPPV 2020

Für Leistungen, die mit den bewerteten Entgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können, haben die Vertragsparteien grundsätzlich die Möglichkeit sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 BPfIV zu vereinbaren. Die krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte ergeben sich für den Vereinbarungszeitraum 2020 aus den Anlagen 1b und 2b PEPPV 2020.

Können für die Leistungen nach **Anlage 1b** PEPPV 2020 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2020 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden vollstationären Berechnungstag **250 Euro** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 2b** PEPPV 2020 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2020 noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden teilstationären Berechnungstag **190 Euro** abzurechnen.

Wurden für Leistungen nach den **Anlagen 1b und 2b** PEPPV 2020 im Jahr 2020 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung für jeden vollstationären Berechnungstag **250 Euro** und für jeden teilstationären Berechnungstag **190 Euro** abzurechnen.

5. Zu- und Abschläge gem. § 7 BPfIV

Qualitätssicherungszuschlag nach § 17d Abs. 2 S. 4 i.V.m. § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG

in Höhe von **1,30 €**

Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben und besondere Tatbestände

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von **1,66 €**

- Zuschlag für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V bzw. des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall

in Höhe von **2,24 €**

- Zuschlag für Ausbildungskosten nach § 17a Abs. 6 KHG je voll- und teilstationärem Fall

in Höhe von **119,61 €**

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall

in Höhe von **36,87 €**

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

Gem. § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte:

a) vorstationäre Behandlung

- Psychiatrie und Psychotherapie	125,78 €
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	50,11 €
- Psychosomatik und Psychotherapie	99,19 €

b) nachstationäre Behandlung

- Psychiatrie und Psychotherapie	37,84 €
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	20,45 €
- Psychosomatik und Psychotherapie	47,55 €

7. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus 33,51 €.

8. Zuzahlungen

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten

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 gem. § 2 Abs. 1 und 2 PEPPV 2020 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 2 PEPPV 2020 hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Aufenthaltsdaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in ein Entgelt vorzunehmen, wenn eine Patientin oder ein Patient innerhalb von 14 Kalendertagen, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Entlassungstag der vorangegangenen Behandlung, wieder aufgenommen wird und in dieselbe Strukturkategorie einzustufen ist. Das Kriterium der Einstufung in dieselbe Strukturkategorie findet keine Anwendung, wenn Fälle aus unterschiedlichen Jahren zusammenzufassen sind. Eine Zusammenfassung und Neueinstufung ist nur vorzunehmen, wenn

eine Patientin oder ein Patient innerhalb von 90 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift der Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts wieder aufgenommen wird.

Für Fallzusammenfassungen sind zur Ermittlung der Berechnungstage der Aufnahme tag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts zusammenzurechnen; hierbei sind die Verlegungs- oder Entlassungstage aller zusammenzuführenden Aufenthalte mit in die Berechnung einzubeziehen.

10. Belegärzte

Die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses sind mit den Entgelten nach den Nrn. 1 - 11 nicht abgegolten, sondern werden von dem Belegarzt gesondert berechnet.

11. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet. Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung entnehmen.

Unterkunft in einem Einbettzimmer - Wahlleistungsstation	161,00 € / Tag
Unterkunft in einem Einbettzimmer – Eingestreuete Zimmer	148,00 € / Tag
Unterkunft in einem Zweibettzimmer - Wahlleistungsstation	81,00 € / Tag
Unterkunft in einem Zweibettzimmer – Eingestreuete Zimmer	78,00 € / Tag
Unterbringung und Verpflegung einer gesunden Begleitperson (inkl. 19% Umsatzsteuer)	53,55 € / Tag

Inkrafttreten

Dieser PEPP-Entgelttarif tritt am **01.02.2020** in Kraft.

Anmerkungen:

¹ 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 § 139a i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. §

139c SGB V gemeinsam erhoben und als **ein gemeinsamer** Zuschlag in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen.

Entgeltabrechnung der stationären Behandlung

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten der Entgeltabrechnung (§ 8 der AVB) noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen folgende Mitarbeiterinnen der ZIP hierfür gerne zur Verfügung:

Frau Ploog – Patientenmanagement Kiel (Tel. 0431 – 500 98503)

Frau Klein – Patientenmanagement Lübeck (Tel. 0451 – 500 98511)

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in den PEPP-Entgeltkatalog mit den zugehörigen Bewertungsrelationen sowie die zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen.

Insgesamt kann die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen und der Wahlleistungen ggf. eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung für Sie bedeuten. Dies gilt insbesondere für Selbstzahler. Prüfen Sie daher bitte, ob Sie in vollem Umfang für eine Krankenhausbehandlung versichert sind.

Mit freundlichen Grüßen

Annette Nedderhoff
Kaufmännische Geschäftsführerin

Thorsten Rüter
Unternehmenssteuerung und Controlling

Kiel, den 01.02.2020