



Allgemeine Geschäftsbedingungen

Tarife und Gebühren

Inhaltsverzeichnis

1	Geltungsbereich	2
2	Stationäre und ambulante Patient*innen	2
2.1	Tarife für stationäre Patient*innen Psychiatrie	2
2.1.1	Grundversicherung (Obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP)	2
2.1.2	Versicherungsdeckung Allgemein	3
2.1.3	Versicherungsdeckung Halbprivat	3
2.1.4	Ausserkantonale Patient*innen	3
2.1.5	Transportkosten	3
2.2	Ambulante Abklärungen und Behandlungen	4
2.2.1	Grundsätze	4
2.2.2	Transportkosten	4
3	Angaben zum Versicherungsstatus und Persönliche Daten	4
4	Wohnsitz und anwendbarer Tarif	4
5	Selbstzahlende (ambulant und stationär)	5
6	Zuschläge und besondere Leistungen	6
7	Langzeitpflege	6
7.1	Berechnung der Aufenthaltstage, Urlaub	7
8	Abgeltung weiterer Leistungen des PZM	7
9	Besondere Bestimmungen	7
9.1	Besondere vertragliche Vereinbarungen	7
9.2	Rechnungsstellung	7
9.3	Zahlungsfrist und Mahnwesen	7
9.4	Gerichtsstand, anwendbares Recht	7
10	Inkrafttreten	7
11	Anhang: Tarife	7



1 Geltungsbereich

Diese Geschäftsbedingungen regeln die Behandlungs- und Aufenthaltspreise der PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG (PZM) sowie die Gebührenpflicht für weitere Leistungen des PZM. Vorbehalten bleiben abweichende Regelungen im Bereich der obligatorischen Sozialversicherungsgesetzgebung des Bundes.

Es werden die Tarife gemäss individuellen Verträgen mit Versicherungen oder die durch die Genehmigungsbehörde festgesetzten Tarife fakturiert. Ohne gültigen Vertrag werden der anerkannten schweizerischen Kranken- oder Unfallversicherung und Selbstzahlenden die Tarife gemäss den Geschäftsbedingungen in Rechnung gestellt. Kosten, die nicht durch die Versicherung gedeckt sind, werden vollumfänglich dem Patienten oder der Patientin weiterverrechnet.

Ungedeckte Kosten, die durch unkorrekte oder unvollständige Angaben des/der Patient*in (z. B. Angaben zu Wohnsitzkanton oder Versicherungskategorie) oder durch unsachgemässen Gebrauch oder mutwillige Sachbeschädigung verursacht wurden, gehen zu Lasten des/der Patient*in.

2 Stationäre und ambulante Patient*innen

Als stationäre Behandlung nach Art. 49 Abs. 1 KVG gelten Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Psychiatriezentrum, in der Klinik:

- Von mindestens 24 Stunden
- Von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett auf einer Station belegt wird
- Bei Überweisung in ein anderes Spital
- Bei Todesfällen

Alle übrigen Behandlungen sind ambulant. Patient*innen, welche sich in Tageskliniken aufhalten, gelten ebenfalls als ambulant.

2.1 Tarife für stationäre Patient*innen Psychiatrie

2.1.1 Grundversicherung (Obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP)

Die PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG verhandelt die Tarife in der Regel jährlich mit den beiden Einkaufsgesellschaften der Krankenkassenverbänden Curafutura (HSK) und Santésuisse (tarifsuisse) sowie der Krankenkasse CSS. Die Tarife werden von der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI) genehmigt oder falls nötig verfügt.

In die Berechnung des Aufenthalts fliesst die Diagnose wie die Aufenthaltsdauer ein. Weitere Informationen sind unter der Tarifübersicht im Anhang unter Kapitel 1.1 ersichtlich.



2.1.2 Versicherungsdeckung Allgemein

Krankenversicherungen nach KVG	gemäss Vertrag mit Versicherer
Unfall-, Invaliden- und Militärversicherung	gemäss Vertrag mit Versicherer
Selbstzahlende Erwachsene	gemäss Kostenvoranschlag bzw. Endabrechnung

2.1.3 Versicherungsdeckung Halbprivat

Zusätzlich zum Tarif für Versicherungsdeckung Allgemein erfolgt ein Zuschlag je Pflgetag (inkl. Eintritts- und Austrittstag). Dabei ist die Kostengutsprache durch den Versicherer nötig um zu wissen, ob die Leistungen im Zusatzversicherungsbereich abgegolten wird. Grundsätzlich richten sich die Tarife im Zusatzversicherungsbereich nach dem Vertrag mit dem Versicherer. Die Tarife sind in der Tarifübersicht unter 1.5 ersichtlich.

2.1.4 Ausserkantonale Patient*innen

Bei Patient*innen mit gesetzlichem Wohnsitz ausserhalb des Kantons Bern kommt der Referenztarif des Wohnsitzkantons zur Anwendung. Ist dieser tiefer als der im PZM geltende Tarif, so wird dem/der Patient*in die Differenz in Rechnung gestellt.

2.1.5 Transportkosten

Transportkosten werden unterschieden nach:

- Transport zu ambulanter Behandlung
- Verlegungstransport zu stationärer Behandlung
- Fahrten zu Anhörungen
- Fahrten auf Wunsch des/der Patient*in oder Angehörigen

Transporte zu ambulanten Behandlungen, die medizinisch notwendig sind und die Behandlung Teil der KVG-Pflichtleistungen sind, sind durch den Tarif abgegolten.

Verlegungstransporte zu einer stationären Behandlung in einem anderen Spital sind durch den Tarif abgegolten.

Transporte zu Beschwerden beim Kindes- und Erwachsenenschutzgericht werden diesem verrechnet.

Transporte auf Wunsch des/der Patient*in, die nicht Teil der KVG-Pflichtleistungen sind, wie z.B. Zahnarzt, Coiffeur sowie für Verlegungen nach Hause oder in ein Heim werden dem/der Patient*in in Rechnung gestellt.

Drittkosten, welche nicht im Tarpsytarif abgegolten werden, werden weiterverrechnet.



2.2 Ambulante Abklärungen und Behandlungen

2.2.1 Grundsätze

Für ambulante Patient*innen gilt die Einzelleistungsfakturierung nach den gültigen Tarifstrukturen und Tarifen. Ausgenommen sind die gemäss separaten Verträgen pauschal vergüteten Behandlungen.

Ambulante Patient*innen haben auf Verlangen des PZM eine Kostengutsprache vorzulegen oder einen Kostenvorschuss zu leisten.

Für versäumte Termine ohne Abmeldung spätestens 24 Stunden vor dem Termin kann ein Pauschalbetrag von mindestens Fr. 50.– in Rechnung gestellt werden. Weitere Informationen zu den Tarifen sind unter Kapitel 2.0 in der Tarifübersicht zu finden.

2.2.2 Transportkosten

Alle Transportkosten gehen zu Lasten der Versicherung oder des/der Patient*in. Drittkosten werden weiterverrechnet.

3 Angaben zum Versicherungsstatus und persönliche Daten

Jeder und jede Patient*in hat bei Spitaleintritt bzw. bei Beginn einer ambulanten Behandlung die gültige Krankenversicherungskarte vorzuweisen. Das PZM speichert die notwendigen Daten und ist berechtigt, Angaben zur Kostendeckung bei der Versicherung, dem Wohnkanton oder der Gemeinsamen Einrichtung KVG abzufragen. Falls im Zusatzversicherungsbereich eine Kostengutsprache eingeholt werden soll, muss für die Herausgabe von medizinischen Daten an den Krankenversicherer eine Einwilligungserklärung des/der Patient*in vorliegen. Diese liegt in der Regel bei Abschluss der Zusatzversicherung dem Krankenversicherer bereits vor oder muss von dem/der Patient*in dem PZM abgegeben werden.

Zusätzlich ist ein gültiger persönlicher Ausweis mitzubringen. Als persönlicher Ausweis gelten amtliche Ausweise wie beispielsweise Identitätskarte, Fahrausweis, Ausländerausweis oder Aufenthaltsbewilligung.

4 Wohnsitz und anwendbarer Tarif

Massgebend für die Bestimmung des anwendbaren Tarifs im KVG-Bereich ist immer der gesetzliche Wohnsitz des/der Patient*in. Die Definition des Wohnsitzes richtet sich nach den Bestimmungen des Schweizerischen Zivilgesetzbuches.

Informationen für ausserkantonale Patient*innen sind unter dem Kapitel 1.6 in der Tarifübersicht ersichtlich.



5 Selbstzahlende (ambulant und stationär)

Als Selbstzahlende gelten Patient*innen, die für die gewünschten resp. die in Anspruch genommenen Spitalleistungen keine oder keine vollumfängliche Versicherungsdeckung einer anerkannten schweizerischen Kranken- oder Unfallversicherung oder eines anderen vom PZM anerkannten Garanten vorweisen können.

Für Selbstzahlende kommen die Tarife gemäss 1.3 zur Anwendung. Bei Selbstzahlenden, welche notfallmässig stationär behandelt werden müssen, wird der allgemeine Tarif angewandt, ausser der/die Patient*in wählt die Leistungen der Halbprivatversicherung. Die Kostenvoranschläge gemäss Tarifübersicht 1.3 gelten vorbehaltlich von Zuschlägen für separate Leistungen, Komplikationen oder anderen Ereignissen, welche sich auf die offerierten Kosten auswirken.

Bei Selbstzahlenden wird eine Anzahlung gemäss Kostenvoranschlag oder folgenden Beträgen erhoben. Der Betrag ist gemäss Vorgaben des PZM vor oder bei Eintritt (ambulant und stationär) in die Klinik zu bezahlen und wird ohne Verzinsung in der Endabrechnung berücksichtigt.

Die Anzahlung beträgt:

- Selbstzahlende, die ambulant behandelt werden bis 2 000.–
- Selbstzahlende, die notfallmässig stationär behandelt werden Fr. 5 000.–
- Selbstzahlende und Patient*innen mit teilweiser Kostengutsprache Fr. 5 000.–
- Selbstzahlende ohne Kostengutsprache Fr. 12 000.–

Übersteigen die Behandlungskosten die Höhe der Anzahlung, ist das Spital jederzeit berechtigt, für die nicht gedeckten und künftigen Kosten von dem/der Patient*in eine Nachzahlung zu verlangen. Die geleisteten Anzahlungen werden bei der Endabrechnung in Abzug gebracht.

Bei ausländischen Patient*innen ohne Krankenversicherung, bei welchen der Kanton für die Kosten aufkommt, werden die Tarife anerkannter Krankenversicherungen angewandt. Sie gelten nicht als Selbstzahlende.

Aus haftpflichtversicherungsrechtlichen Gründen können US-amerikanische und kanadische Staatsbürger*innen ohne Wohnsitz in der Schweiz nur in akuten Notfallsituationen behandelt werden.



6 Zuschlüsse und besondere Leistungen

Die Patient*innen tragen zusätzlich die Kosten für:

- Medizinische Behandlungen während des Aufenthaltes im PZM in externen Kliniken und Institutionen, die nicht im Zusammenhang mit dem Akutaufenthalt im PZM stehen
- Medikamente, welche nicht kassenpflichtig sind (nicht auf SL-Liste aufgeführt sind), die dem/der Patient*in beim Austritt aus dem Spital mitgegeben werden
- Transporte (wie unter den vorangehenden Kapiteln 2.2.2. und 2.1.5 ersichtlich)
- Zahnärztliche Behandlungen
- Persönliche Bedürfnisse von Patient*innen: Telefon, Mediennutzung, Coiffeur, Pedicure, Anschaffungen, Kleiderpflege, Getränke u.ä.
- Spezialärzt*innen und Medizinalpersonen, die ohne medizinische Notwendigkeit auf Wunsch des/der Patient*in zugezogen werden
- Sitzwachen, die auf Wunsch der Patient*innen oder deren Angehörigen veranlasst wurden
- Auslagen für Begleitpersonen
- Leistungen im Todesfall
- Durch Patient*in verursachte Schäden
- Schadenersatz bei Schlüsselverlust

Diese Liste ist nicht abschliessend. Das PZM bietet verschiedene weitere Leistungsangebote an. Diese Angebote werden nach vorgängiger Information dem/der Patient*in zusätzlich in Rechnung gestellt. Siehe dazu auch Patientenbroschüre.

7 Langzeitpflege

Die aktuellen Ausführungen geltend für Langzeitpatient*innen auf Akutabteilungen mit Wohnsitz in der Schweiz werden kontinuierlich von der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI) publiziert und sind unter deren Homepage abrufbar, sie sind ebenso auf der Tarifübersicht ersichtlich.

Falls bei ausserkantonalen Patient*innen der Beitrag tiefer ist, wird die Differenz dem/der Patient*in in Rechnung gestellt.

Folgende Leistungen werden zusätzlich in Rechnung gestellt:

- Arztkosten, Medikamente, Mittel und Gegenstände sowie durch den Arzt oder die Ärztin verordnete Nebenleistungen. Die Rechnungsstellung erfolgt direkt an die Krankenversicherungen. Die Rechnungsstellung für Nichtpflicht-Leistungen erfolgt an den/die Bewohner*in.
- Zusätzliche Leistungen für persönliche Bedürfnisse (z. B. Coiffeur, Pedicure usw.) sind von den Bewohner*innen/Patient*innen separat zu bezahlen.
- Weitere Leistungen werden nach Aufwand in Rechnung gestellt.



7.1 Berechnung der Aufenthaltstage, Urlaub

Der Ein- und Austrittstag wird voll in Rechnung gestellt. Ausnahme: Bei einem Übertritt in den Akut- oder Rehabilitationsbereich innerhalb des PZM wird der Austrittstag nicht verrechnet. Bei Urlaub werden der Austritts- und der Rückkehrtag voll in Rechnung gestellt.

8 Abgeltung weiterer Leistungen des PZM

Es gelten die vom PZM festgelegten Tarife und sinngemäss die Bestimmungen des kantonalen Gebührentarifs, sofern nicht durch Gesetz oder Verträge geregelt.

9 Besondere Bestimmungen

9.1 Besondere vertragliche Vereinbarungen

Die Psychiatriezentrum Münsingen AG kann mit Versicherern wie auch mit übrigen Dritten Verträge abschliessen, die von diesen Geschäftsbedingungen abweichen.

9.2 Rechnungsstellung

Die Rechnungsstellung erfolgt analog den gesetzlichen Vorschriften im KVG-Bereich (Art. 42 KVG und KVV 59 ff.). Leistungen, für welche die Versicherungen nicht vollständig aufkommen, kann das PZM den Patient*innen in Rechnung stellen.

Falls dem/der Patient*in nicht direkt Rechnung gestellt wird, haben die Patient*innen ein Anrecht auf eine Kopie der Rechnung. Die Rechnungskopie muss durch die Patient*innen angefordert werden.

9.3 Zahlungsfrist und Mahnwesen

Rechnungen sind innert 30 Tagen ab Rechnungsdatum zu bezahlen. Im Verzugsfall kann ein Verzugszins von 5% erhoben werden (Art. 104 Abs. 1 OR). Bei der 2. Mahnung wird eine Mahngebühr von CHF 25.- und bei der 3. Mahnung CHF 50.- erhoben.

Für die Bezahlung werden keine Schecks akzeptiert.

9.4 Gerichtsstand, anwendbares Recht

Bei Streitigkeiten im Zusammenhang mit den Geschäftsbedingungen gilt der Gerichtsstand Bern. Es gilt ausschliesslich Schweizer Recht.

10 Inkrafttreten

Diese Geschäftsbedingungen treten per 1. Januar 2021 in Kraft.

11 Anhang: Tarife