

## **Anlage zu den Allgemeinen Vertragsbedingungen**

### **DRG-Entgelttarif 2010 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG**

Die Klinikum Oberlausitzer Bergland gemeinnützige GmbH

mit ihren Standorten in

02763 Zittau, Görlitzer Straße 10 – Standort ZI und  
02730 Ebersbach, Röntgenstraße 23 – Standort EB

berechnet ab dem 01.04.2010 folgende Entgelte:

#### **1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 1 KHEntgG**

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie des KHEntgG in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über diagnoseorientierte Fallpauschalen (sog. Diagnosis Related Groups - DRG -) abgerechnet. Entsprechend der DRG-Systematik bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalls.

Die Zuweisung zu einer DRG erfolgt über verschiedene Parameter. Die wichtigsten sind hierbei die Hauptdiagnose sowie gegebenenfalls durchgeführte Prozeduren (Operationen, aufwändige diagnostische oder therapeutische Leistungen). Eventuell vorhandene Nebendiagnosen können zudem die Schweregradeinstufung beeinflussen. Für die Festlegung der Diagnosen beziehungsweise Prozeduren stehen Kataloge mit circa 13.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2010) und circa 26.000 Prozeduren (OPS Version 2010) zur Verfügung. Neben den bisher genannten können auch andere Faktoren wie z. B. das Alter oder die Entlassungsart Auswirkung auf die Zuweisung einer DRG haben.

Die genauen Definitionen der einzelnen DRGs sind im jeweils aktuell gültigen DRG-Klassifikationssystem (DRG-Definitionshandbuch) festgelegt. Das DRG-Definitionshandbuch beschreibt die DRGs einerseits alphanumerisch, andererseits mittels textlichen Definitionen. Ergänzend finden sich hier auch Tabellen von zugehörigen Diagnosen oder Prozeduren.

Die jeweilige DRG ist mit einem entsprechenden Relativgewicht bewertet, welches im Rahmen der DRG-Systempflege jährlich variieren kann. Diesem Relativgewicht ist ein in Euro ausgedrückter Basisfallwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung)

zugeordnet.<sup>1</sup> Der derzeit gültige Basisfallwert liegt bei

**2.864,00 €**

und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel :

<b>DRG</b>	<b>DRG-Definition</b>	<b>Relativgewicht</b>	<b>Basisfallwert</b>	<b>Entgelt</b>
B79Z	Schädelfrakturen	0,611	€ 2.864	€ 1.749,90

<b>DRG</b>	<b>DRG-Definition</b>	<b>Relativgewicht</b>	<b>Basisfallwert</b>	<b>Entgelt</b>
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese Am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen	3,399	€ 2.864	€ 9.734,74

Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es 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 2010 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2010 (FPV 2010) vorgegeben.

## **2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gem. § 1 Abs. 2 und 3 sowie § 3 Abs. 1 und 2 FPV 2010**

Der nach der oben beschriebenen DRG-Systematik zu ermittelnde Preis setzt voraus, dass DRG-spezifische Grenzen für die Verweildauer im Krankenhaus nicht über- oder unterschritten werden. Bei Über- oder Unterschreiten dieser Verweildauern werden gesetzlich vorgegebene Zu- oder Abschläge fällig. Die näheren Einzelheiten und das Berechnungsverfahren hierzu regelt die FPV 2010.

## **3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2010**

Gem. § 17b Abs. 1 S. 12 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2010 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2010 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2010 genannten Zusatzentgelte **krankenhausindividuelle Zusatzentgelte** nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden.

Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2010 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2010 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2010 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

Schlüssel	OPS	Bezeichnung	Preis
ZE 2010-54	5-429.j1	Andere Operationen am Ösophagus: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch, eine Prothese	903,72 €
ZE 2010-54	5-513.j0	Andere Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese	820,69 €
ZE 2010-54	5-513.j1	Andere Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel zweier selbstexpandierender Prothesen	1.641,38 €

#### 4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2010

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2010 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

##### Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks (nach Anlage 3a und 3b FPV 2009)

Schlüssel	mVD	uGVD	oGVD	Entgelt	Abschlag Verlegung	Abschlag Kurzlieger	Zuschlag Langlieger
B61Z	12,0	3	21	2.719,66 €	229,70 €	764,19 €	232,77 €

##### Teilstationäre onkologische Behandlung (nach § 6 Abs. 1 S. 1 KHEntgG)

Tagesbezogenes Entgelt nach § 6 Abs. 1 KHEntgG.		Pro Behandlungstag
Teilstationäre onkologische Behandlung		238,00 €

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2010 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **600,00 €** abzurechnen. Können für die Leistungen nach

**Anlage 3b** FPV 2010 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **300,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2010 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2010 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

#### **5. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 3 KHEntgG**

Für folgende Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2a KHEntgG folgende gesonderte Zusatzentgelte vereinbart:

- keine -

#### **6. Zu- und Abschläge gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 4 KHEntgG**

Gemäß § 17a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten.

Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig:

**42,94 € .**

Ferner berechnet das Krankenhaus gem. § 17b Abs. 1 S. 4 und 6 KHG folgende Zuschläge / Abschläge:

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **45,00 €** pro Tag<sup>2</sup>
- Zuschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG

- keine -

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG<sup>3</sup>

#### **7. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 6 KHEntgG**

Für die Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und bundeseinheitlich festgelegten Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können und die nicht gem. § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder

Zusatzentgelte ab:

Zusatzentgelt nach § 6 KHEntgG	Entgeltschlüssel	Entgelthöhe
EDR-Test blind	76496209	295,00 €
EDR-Test 7 Substanzen	76196006	1.774,00 €
EDR-Test 14 Substanzen	76196217	2.524,00 €
Lenalidomid 9e1167n1 (25 mg)	76196630	365,33 €
Micafungin 9e1166n2 (50 mg)	76196550	290,00 €

#### **8. Qualitätssicherungszu- und abschläge nach § 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG<sup>4</sup>**

Zuschlag pro Fall

**1,02 €**

Abschläge nicht zutreffend

#### **9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben**

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

in Höhe von **0,99 €<sup>5</sup>**

- Zuschlag 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 für jeden abzurechnenden Krankenhausfall

in Höhe von **0,87 €<sup>6</sup>**

## 10. Weitere Zu- und Abschläge

- Zuschlag zur Umsetzung des Förderprogramms zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals gemäß § 4 Abs. 10 KHEntgG

in Höhe von **0,48 %**

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG<sup>7</sup>

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

Gem. § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind:

### a. vorstationäre Behandlung fallbezogene Pauschale:

Innere Medizin	147,25 €
Chirurgie	100,72 €
Unfall- u. Handchirurgie	82,32 €
Frauenheilkunde / Geburtshilfe	119,13 €
Kinder- und Jugendmedizin	94,08 €
Intensivmedizin	104,30 €

### b. nachstationäre Behandlung tagesbezogene Pauschale:

Innere Medizin	53,69 €
Chirurgie	17,90 €
Unfall- u. Handchirurgie	21,47 €
Frauenheilkunde / Geburtshilfe	22,50 €
Kinder- und Jugendmedizin	37,84 €
Intensivmedizin	36,81 €

### c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Computer-Tomographie-Gerät nach DKGNT I

Gem. § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 KHEntgG ist eine **vorstationäre Behandlung** neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Eine **nachstationäre Behandlung** kann zusätzlich zur Fallpauschale (DRG) berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale (DRG) übersteigt.

## 12. 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. Hierzu gehören auch Schreibgebühren für das Gutachten sowie Porto- und Versandkosten.
2. Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung: 33,00 €
3. Nutzung der Kühlzellen, unabhängig von der Dauer: 23,80 €
4. Aufbahrung und Abschiednahme: 38,08 €

Die Leistung nach 1. wird zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer berechnet. Sofern die Leistung nach 1. mit einem vordergründig therapeutischen Ziel erbracht wurde (Feststellung der Behandlungsart, Gewährung von Heil- und Hilfsmitteln, Feststellung der medizinischen Notwendigkeit von Kur und / oder Sanatoriumsbehandlung, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, persönliche Voraussetzung zur medizinischen Rehabilitation u.a.) ist diese mehrwertsteuerfrei. Im ausgewiesenen Entgelt nach 3. und 4. sind 19% Mehrwertsteuer enthalten.

## 13. Zuzahlungen

### a. 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 **10,00 €** je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43b Abs. 3 SGB V im Auftrage der gesetzlichen Krankenkassen eingezogen.

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

Im Rahmen des Krankenhausinvestitionsprogramms gemäß Art. 14 Abs. 1 Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) berechnet das Krankenhaus gegenüber den Benutzern des Krankenhauses bzw. deren Kostenträgern 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.

## 14. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2010 oder

der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2010 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2010 zusammengefasst und abgerechnet.

## **15. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger**

Mit den Entgelten nach Nr. 1 - 11 sind nicht abgegolten:

1. die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses;
2. die Leistungen von Beleghebammen bzw. Entbindungspflegern.

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Hebamme/dem Entbindungspfleger gesondert berechnet.

## **16. Entgelte für Wahlleistungen**

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet. Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung und der Patienteninformation über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen entnehmen.

### **a) Ärztliche Leistungen:**

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Klinikums beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten Ärzte des Klinikums, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären 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 Klinikums. Dies gilt auch, soweit das Klinikum 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 Abs. 1 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 Klinikum 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 Satz 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs.2 Satz 3 GOÄ/GOZ) erbracht:

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Innere Medizin EB	CA Dr. med. Häberlein	OÄ Dr. med. Karthäuser
Innere Medizin ZI	CÄ Dr. med. Zeißig	OÄ Dr. med. Lohrberg
Chirurgie EB	CA Dr. med. Karutz	OA Dr. med. Förster
Chirurgie ZI	CA DM Rehnisch	OA Zenker
Unfall- und Handchirurgie ZI	CA Dr. med. Holch	OA Dr. med. Zeißig
Frauenheilk. / Geburtshilfe EB	CA Glajzer	OA Graf
Frauenheilk. / Geburtshilfe ZI	CA Dr. med. Dipl.-Ing. Retzke	OA Dr. med. Mengel
Kinder- und Jugendmedizin ZI	CA Dr. med. Verbeek	OÄ MU Dr. med. Reck
Anästhesie / Intensivmedizin EB	CA Dr. med. Ettrich	OA Dr. med. Groth
Anästhesie / Intensivmedizin ZI	CA Dr. med. Kluttig	OA DM Hurraß
Institut für Radiologie	CA Dr. med. Gerlach	OA Dr. med. Liebscher

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 nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:**

Die Gesamtkosten für die Unterbringung werden aus den Kosten pro Berechnungstag gebildet. Berechnungstag in diesem Sinne ist der Tag der Aufnahme zuzüglich jedes weiteren Aufenthaltstages. Der Tag der Entlassung bzw. Verlegung wird bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Fachabteilung	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Alle, Einbettzimmer KOMFORT Standort Zittau	Separates WC, separate Dusche, besondere Größe der Sanitärzone, individueller Größenvorteil im Zimmer: 64%.	56,- €
Alle, Einbettzimmer STANDARD Standort Zittau		31,- €
Alle, Einbettzimmer KOMFORT Standort Ebersbach	Separates WC, separate Dusche, besondere Größe der Sanitärzone, individueller Größenvorteil im Zimmer: 62%.	39,50€
Alle, Einbettzimmer STANDARD Standort Ebersbach		30,50€

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 Klinikum einen um 25 % geminderten Zimmerpreis, mindestens jedoch 25,- €.

**c) Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:**

Standardausstattung des Klinikums, keine gesonderte Berechnung

**d) Unterbringung einer Begleitperson (ohne medizinische Notwendigkeit) mit Verpflegung**

**53,55 €** je Berechnungstag

hierin sind 19% gesetzliche Mehrwertsteuer enthalten,

**e) Unterbringung einer Begleitperson (ohne medizinische Notwendigkeit) ohne Verpflegung**

**42,25 €** je Berechnungstag

hierin sind gleichfalls 19% gesetzliche Mehrwertsteuer enthalten.

**Inkrafttreten**

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.04.2010 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif/ Pflegekostentarif vom 01.01.2010 aufgehoben.

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter der Patientenaufnahme hierfür gerne zur Verfügung.

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie die zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen.

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

## Anmerkungen:

---

- <sup>1</sup> Der Basisfallwert kann gemäß § 15 Abs. 2 S. 1 KHEntgG Verrechnungsbeträge in Form von Zu- und Abschlägen enthalten. In Bayern werden diese Zu- und Abschläge in der Rechnung gesondert ausgewiesen.
- <sup>2</sup> Die Höhe des Zuschlages von 45,00 € ist in der *Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG* geregelt. Dieser Zuschlag betrifft im Übrigen nur die Fälle der medizinisch notwendigen Aufnahme von Begleitpersonen und ist von der wahlweisen Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson zu unterscheiden.
- <sup>3</sup> Dieser Zu- bzw. Abschlag erfolgt, da ab dem Jahr 2009 der krankenhausindividuelle Basisfallwert zugunsten eines Landesbasisfallwerts weggefallen ist, die Verrechnung von Ausgleichsbeträgen aber nach wie vor möglich sein muss. Dies erfolgt nunmehr durch einen Zu- bzw. Abschlag, dessen Höhe durch das Krankenhaus und die Kostenträger vereinbart wird. Dessen Höhe beträgt zur Zeit 0,- €.
- <sup>4</sup> Nach § 22 Abs. 1 der am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen *Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser* werden die Zuschläge nunmehr für jeden abgerechneten vollstationären Krankenhausfall erhoben.
- <sup>5</sup> Nach § 8 Abs. 9 KHEntgG – neu – sind der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG, der Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Abs. 3 Satz 1 i.V.m. § 139c SGB V sowie der nach § 291a Abs. 7 und 7a SGB V zu erhebenden Telematikzuschlag in der Rechnung als „Systemzuschlag“ zusammengefasst auszuweisen. Diese Vorgabe widerspricht jedoch den §§ 139c S. 2 und 291a Abs. 7a S. 1 SGB V, wonach die Zuschläge in der Rechnung gesondert auszuweisen sind. Aus diesem Grunde wurde die gesonderte Ausweisung dieser drei Zuschlagstatbestände beibehalten.
- <sup>6</sup> 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. § 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. Im Übrigen siehe Fn. 7.
- <sup>7</sup> Das Krankenhaus hat einen Anspruch auf eine anteilige Finanzierung der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal. Dazu vereinbaren das Krankenhaus und die Kostenträger einen prozentualen Zuschlag, der zur Zeit 0,48% beträgt.