

DRG-Entgelttarif 2018

für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG
und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Die

Alexianer Kliniken Landkreis Diepholz GmbH, Klinik Bassum

berechnet ab dem 01. Juli 2018 folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 1 S. 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 2018) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2018) 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. Der derzeit gültige Zahl-Landesbasisfallwert liegt bei **3.463,31 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und

Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel:

| DRG | DRG-Definition | Relativgewicht | Basisfallwert | Entgelt |
|------|--|----------------|---------------|-------------|
| B79Z | Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor | 0,718 | 3.463,31 € | 2.486,66 € |
| I04Z | Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse | 3,621 | 3.463,31 € | 12.540,65 € |

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 2018 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2018 (FPV 2018) 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 2018

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 Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2018 (FPV 2018).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2018

Gem. § 17 b Abs. 1 S. 7 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 2018 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2018 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2018 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 2018 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2018 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2018 keine krankenhausesindividuellen 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:

| | | |
|--------------|--|------------|
| ZE 01.01.01 | Hämodialyse, Alter > 14 Jahre | 230,63 € |
| ZE 107.03 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 16 TE bis unter 24 TE | 1.541,45 € |
| ZE 115.16 | Applikation von Medikamenten, Liste 3: Anidulafungin, parenteral: 2.000 mg bis unter 2.400 mg | 7.362,24 € |
| ZE 130.01.01 | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 43 bis 56 Aufwandspunkte | 1.004,49 € |
| ZE 146.03 | Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 4 Thrombozytenkonzentrate | 1.064,97 € |
| ZE 30.02 | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 3.500 IE bis unter 4.500 IE | 856,64 € |
| ZE 30.05 | Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 6.500 IE bis unter 7.500 IE | 1.527,93 € |
| ZE 58.01 | Andere Operationen am Penis: Implantation einer Penisprothese: Hydraulische Prothese | 5.767,59 € |
| ZE 60.01 | Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage | 1.286,81 € |
| ZE 60.02 | Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage | 1.507,85 € |
| ZE 93.04 | Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, polyvalent: 15 g bis unter 25 g | 657,05 € |
| ZE 162 | Pflegebedürftigkeit im Sinne § 14 SGB XI und | 107,14 € |

| | | |
|---------------|---|------------|
| | Pflegegrad gemäß § 15 SGB XI | |
| ZE 163 | Pflegebedürftigkeit im Sinne § 14 SGB XI und Pflegegrad gemäß § 15 SGB XI | 219,56 € |
| ZE 2018-110 | Applikation von Tocilizumab subkutan (je 162 mg) | 418,62 € |
| ZE 2018-123 | Applikation von Caspofungin (je angef. 50 mg) | 45,47 € |
| ZE 2018-124 | Applikation von Voriconazol oral (je angef.200 mg) | 1,42 € |
| ZE 2018-125 | Applikation von Voriconazol parenteral (je angef.200 mg) | 5,66 € |
| ZE 2018-24.01 | Andere Operationen am Penis | 3.145,80 € |
| ZE 2018-54 | Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt | 750,00 € |
| ZE 2018-106 | Applikation von Abatacept subkutan (je 125 mg) | 352,53 € |
| ZE 2018-112 | Applikation von Abirateronacetat oral (je 250 mg) | 60,69 € |
| ZE 2018-121 | Applikation von Etanercept parenteral (je 25 mg) | 183,06 € |

Zusatzentgelte für die Behandlung von Notfallpatienten mit Blutgerinnungsstörungen

Werden in Notfällen Bluterpatienten mit angeborenen oder dauerhaft erworbenen Blutgerinnungsstörungen behandelt, gilt die Empfehlungsvereinbarung auf Landesebene zwischen der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen und die in der Empfehlungsvereinbarung vereinbarten Preise als Zusatzentgelt ZE2018-97 i.S. der Anlage 4 der FPV 2018.

Werden in Notfällen Bluterpatienten mit temporär erworbenen Blutgerinnungsstörungen behandelt, gilt die Empfehlungsvereinbarung auf Landesebene zwischen der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen und die in der Empfehlungsvereinbarung vereinbarten Preise als Zusatzentgelt ZE2018-98 i.S. der Anlage 4 der FPV 2018.

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2018

Für die Vergütung von Leistungen, die noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausindividuellen Entgelte vereinbart:

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2018 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 2018 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 2018 für Leistungen nach Anlage 3a FPV 2018 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 gemäß §7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 3 KHEntG

Für folgende Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 Abs. 1 Satz 1 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:

| | | |
|------|--|-----------------|
| U01Z | Geschlechtsumwandelnde Operation pro Tag | 617,82 € |
| B61B | Krankheiten und Störungen des Nervensystems pro Tag | 300,00 € |
| Y01Z | Operative Eingriffe bei schweren Verbrennungen pro Tag | 300,00 € |

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

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

Der **Ausbildungszuschlag** beträgt ab dem 01.07.2018 **85,36 € je Fall.**

Ferner berechnet das Krankenhaus gem. § 17 b Abs. 1a KHG folgende Zuschläge / Abschläge:

- Zuschlag für die medizinisch notwendige
Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von **45,00 € pro Tag¹**
- Zuschlag für die medizinisch notwendige
Aufnahme von Pflegekräften in Höhe von **45,00 € pro Tag²**
- Zuschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG
in Höhe **0,12 %**

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.

- Fixkostendegressionsabschlag gemäß § 4 Abs. 2b KHEntgG
in Höhe von **0,00 €²**

auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen.

- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG

in Höhe von **0,02 %**

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

Pflegezuschlag bei sämtlichen ab dem 01.07.2018 aufgenommenen Patientinnen oder Patienten, die zur vollstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden gemäß § 8 Abs. 10 KHEntgG je vollstationärem Fall

in Höhe von **67,31 €**

Zuschlag Pflegeförderprogramm bei sämtlichen ab dem 01.07.2018 aufgenommenen Patientinnen oder Patienten, die zur vollstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden gemäß § 4 Abs. 8 KHEntgG je vollstationärem Fall

in Höhe von **0,00 %**

Qualitätssicherungszu- und abschläge nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG

Der **Zuschlag** beträgt für jeden abgerechneten vollstationären Krankenhausfall **1,24 €**.

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:

- Es wurden keine Entgelte vereinbart -

8. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

in Höhe von **1,31 €**

- 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 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 **1,70 €³**

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

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

Vergütungspauschale für

| | a. Vorstationäre Behandlung je Fall | b. Nachstationäre Behandlung je Fall |
|----------------------|---|--|
| Innere Medizin | 147,25 € | 53,69 € |
| Allgemeine Chirurgie | 100,72 € | 17,90 € |
| Plastische Chirurgie | 95,10 € | 18,41 € |

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.

10. 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 Bereitstellung von Telefon, TV und Internetnutzung berechnet das Krankenhaus (außerhalb der angebotenen Wahlleistungen)

a) im Altbau

| | |
|---|---------------|
| Grundgebühr je Freischaltungstag | 1,50 € |
| je Gebühreneinheit zusätzlich | 0,10 € |
| sowie Verwaltungsgebühren bei unbarer Zahlungsweise | 2,50 € |

| | |
|---|---------------|
| b) im Erweiterungsbau | |
| Patiententerminals für | |
| Modul I: Telefon und Fernseher | |
| Grundgebühr je Freischaltungstag | 3,00 € |
| je Gebühreneinheit zusätzlich | 0,10 € |
| Pfand für HiMed-Card | 5,00 € |
| Modul II: Telefon, Fernseher und Internet | |
| Grundgebühr je Freischaltungstag | 4,00 € |
| Je Gebühreneinheit zusätzlich | 0,10 € |
| Pfand für HiMed-Card | 5,00 € |

3. Von Dritten veranlasste Benutzungen der **Prosekturräume** unseres Krankenhauses, die rechtzeitig vorher anzuzeigen sind, wird als Entgelt für die Inanspruchnahme der Räume ein Betrag

in Höhe von **100,00 €** berechnet.

4. Für die Ausstellung einer Todesbescheinigung/Sterbefallanzeige wird vom Krankenhaus eine

Gebühr von **10,00 €** erhoben.

11. 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 Satz 2 SGB V).

Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 c Abs. 3 SGB V im Auftrage der gesetzlichen Krankenkassen beim Patienten eingefordert.

Abweichend von dieser Regelung erfolgt die Anforderung der Zuzahlung bei den nachstehend genannten Kostenträgern direkt durch die Krankenkasse:

- AOK Niedersachsen
- Barmer GEK
- DAK

12. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2018 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2018 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2018 zusammengefasst und abgerechnet.

13. 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.⁴

14. 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.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.07.2018 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.03.2018 aufgehoben.

Bassum, den 28.06.2018



Geschäftsführer

Alexianer Kliniken Landkreis Diepholz GmbH
Klinik Bassum

Bitte beachten Sie nachfolgende Hinweise:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen folgende Mitarbeiter unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung:

| | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| Stationäre Patientenaufnahme: | Frau Bavendiek Frau Gerstenkorn |
| Stationäre Patientenabrechnung: | Frau Helmke |

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:

¹ Die Höhe des Zuschlages von 45,00 € ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17 b 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.

² Der Mehrleistungsabschlag nach § 4 Abs. 2a KHEntgG läuft 2018 aus. Sein Volumen fällt nach § 4 Abs. 2b Satz 7 KHEntgG jedoch in den Fixkostendegressionsabschlag hinein, sodass in der Rechnung nur noch dieser ausgewiesen wird.

³ Die Zuschläge für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V, des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V werden gemeinsam erhoben und als ein gemeinsamer Zuschlag in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen.

⁴ Nach § 121 Abs. 5 SGB V i.V.m. § 18 Abs.3 KHEntgG können Krankenhäuser mit Belegbetten zur Verfügung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten auch Honorarverträge schließen. Die Leistungen des Belegarztes würden ihm in dieser Konstellation vom Krankenhaus vergütet werden.

¹ Die Höhe des Zuschlages von 45,00 € ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17 b 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.

-
- ² Der Mehrleistungsabschlag nach § 4 Abs. 2a KHEntgG läuft 2018 aus. Sein Volumen fällt nach § 4 Abs. 2b Satz 7 KHEntgG jedoch in den Fixkostendegressionsabschlag hinein, sodass in der Rechnung nur noch dieser ausgewiesen wird.
- ³ Die Zuschläge für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V, des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V werden gemeinsam erhoben und als ein gemeinsamer Zuschlag in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen.
- ⁴ Nach § 121 Abs. 5 SGB V i.V.m. § 18 Abs.3 KHEntgG können Krankenhäuser mit Belegbetten zur Verfügung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten auch Honorarverträge schließen. Die Leistungen des Belegarztes würden ihm in dieser Konstellation vom Krankenhaus vergütet werden.