

DRG-Entgelttarif 2018 für Krankenhäuser  
im Anwendungsbereich des KHEntgG  
und  
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

**Das Diakonissenkrankenhaus Dessau**

(Krankenhausträger: Diakonissenkrankenhaus Dessau gemeinnützige GmbH)

berechnet ab dem **01.01.2018** folgende Entgelte:

**1. Fallpauschalen (DRGs) gemäß § 7 Abs. 1 S. 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 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 Basisfallwert liegt bei 3.443,50 € und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

### Beispiel Daten für 2018:

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	0,665	€ 3.344,75	€ 2.489,52
I04Z	Implantation, Wechsel oder Ent- fernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Di- agnose oder Arthrodesese	3,107	€ 3.344,75	€ 12.555,09

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) gemäß § 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**

Gemäß § 17b 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 der 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 (Vereinbarung 2017):

ZE Nr.	Bezeichnung	OPS-Code (Version 2017)	Entgelthöhe in €
ZE 2017-09	Hämoperfusion	8-821.2	1.062,35
ZE2017-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	diverse	648,46
ZE2017-74	Gabe von Sunitinib, oral_Abrechnungsgrundlage 1 mg = 4,17 Euro	6-003.a*	4,17
ZE2017-74	Gabe von Sunitinib, oral 150 mg bis unter 200 mg	6-003.a0	729,75
ZE2017-74	Gabe von Sunitinib, oral 200 mg bis unter 250 mg	6-003.a1	938,25
ZE2017-74	Gabe von Sunitinib, oral 250 mg bis unter 300 mg	6-003.a2	1.146,75
ZE2017-74	Gabe von Sunitinib, oral 300 mg bis unter 350 mg	6-003.a3	1.355,25
ZE2017-75	Gabe von Sorafenib, Oral_ Abrechnungsgrundlage 1 mg = 0,19 Euro	6-003.b*	0,19
ZE2017-75	Gabe von Sorafenib, oral 2.400 mg bis unter 3.200 mg	6-003.b0	532
ZE2017-85	Gabe von Temsirolimus, parenteral_Abrechnungsgrundlage 1 mg = 35,05	6-004.e*	35,05
ZE2017-85	Gabe von Temsirolimus, parenteral 25 mg bis unter 50 mg	6-004.e2	876,25
ZE2017-85	Gabe von Temsirolimus, parenteral 50 mg bis unter 75 mg	6-004.e3	1.752,50
ZE2017-113	Gabe von Cabazitaxel, Jevtana, Abrechnungsgrundlage 1mg = 59,50 EUR	6-006.1*	59,5
ZE2017-113	Cabazitaxel, parenteral: 40mg bis unter 45mg	6-006.12	2.528,75
ZE 2017-123	Gabe von Caspofungin Abrechnungsgrundlage 1mg = 0,89€	6-002.p*	0,89
ZE 2017-123	Gabe von Caspofungin, 65-100 mg	6-002.p1	73,43
ZE 2017-123	Gabe von Caspofungin, 100-150 mg	6-002.p2	111,25
ZE 2017-123	Gabe von Caspofungin, 150-200 mg	6-002.p3	155,75
ZE 2017-123	Gabe von Caspofungin, 200-250 mg	6-002.p4	200,25
ZE 2017-123	Gabe von Caspofungin, 700-800 mg	6-002.pc	667,5

<b>ZE Nr.</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>OPS-Code (Version 2017)</b>	<b>Entgelthöhe in €</b>
ZE 2017-123	Gabe von Caspofungin, 1000-1200 mg	6-002.pf	979
ZE 2017-123	Gabe von Caspofungin, 1200-1400 mg	6-002.pg	1.157,00
ZE 2017-123	Gabe von Caspofungin, 1600-2000 mg	6-002.pj	1.602,00

#### **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 gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart:

<b>Entgeltschlüssel lt. §301</b>	<b>DRG Nr.</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Preis pro Tag in €</b>
8500A90A	A90A	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (Aufnahme aus stat. Behandlung)	196,14

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2018 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen 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 krankenhausesindividuellen 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 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 gemäß § 6 Abs. 2a KHEntgG folgende gesonderte Zusatzentgelte vereinbart:

Leistung

Zusatzentgelt

./.

./.



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

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall

in Höhe von 43,20 € (Vereinbarung 2017, ohne Ausgleiche)

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen in Höhe von 45,00 € pro Tag<sup>1</sup>

- Sicherstellungszuschlag  
in Höhe von 0,0 %

- Zuschlag für Zentren/Schwerpunkte  
in Höhe von 0,0 %

- Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 4 Abs. 6 KHEntgG  
in Höhe von 50,00 €<sup>2</sup>

- Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG  
in Höhe von 0,64 %

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

- Zu- oder Abschlag bei Eingliederung von besonderen Einrichtungen in das DRG-Vergütungssystem gemäß § 4 Abs. 7 KHEntgG

in Höhe von 0,0 %

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

entfällt<sup>3</sup>

auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen.

- Zuschlag nach § 4 Abs. 8 KHEntgG zur finanziellen Förderung der zusätzlichen Personalkosten bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Stellen von ausgebildetem Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Krankenpflegegesetz

entfällt

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.

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

in Höhe von 0,29%

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.

- Zuschlag für die Finanzierung von Mehrkosten, die durch Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung entstehen nach § 5 Abs. 3c KHEntgG

entfällt

- Versorgungszuschlag bei sämtlichen bis zum 31.12.2017 aufgenommenen Patientinnen oder Patienten, die zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden gemäß § 8 Abs. 10 KHEntgG

in Höhe von 0,8%

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen.

- Pflegezuschlag bei sämtlichen ab dem 01.01.2017 aufgenommenen Patientinnen oder Patienten, die zur vollstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden gemäß § 8 Abs. 10 KHEntgG je vollstationärem Fall

in Höhe von 34,45 €

- Qualitätssicherungszu- und abschläge nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG
  - Zuschlag für externe stationäre Qualitätssicherung

ab 01.01.2018      0,83 € pro Fall

### 7. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 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 gemäß § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

Beschreibung	OPS	bezogen auf	Preis in €
Idarucizumab	nicht vorhanden	2,5 g	922,00
Everolimus bei Neoplasie (Afinitor, pro Tablette 10 mg)	6-005,8	10mg Tablette	148,83
Pazopanib	6-005.a	200mg	33,82
Posaconazol, intravenös (pro Durchstechflasche 300 mg)		300mg	451,01

### 8. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

ab 01.01.2018      1,31 € pro Fall

- Zuschlag 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 bzw. des Instituts



für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall

entfällt

### **9. Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a S. 1 SGB V**

- Zuschlag für die Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der elektronischen Gesundheitskarte (Telematikzuschlag) nach § 291a Abs. 7a S. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

nicht vereinbart

### **10. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115a SGB V**

Gemäß § 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**

Allgemeine Chirurgie 100,72 € je Fall  
Urologie 103,28 € je Fall  
Innere Medizin und Geriatrie 147,25 € je Fall

#### **b. nachstationäre Behandlung**

Allgemeine Chirurgie 17,90 € je Behandlungstag  
Urologie 41,93 € je Behandlungstag  
Innere Medizin und Geriatrie 53,69 € je Behandlungstag

Gemäß § 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.



## **11. 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 gemäß gültiger Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus ein Entgelt gemäß gültiger Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).
3. Für die Kühlzellennutzung für Verstorbene berechnet das Krankenhaus vom Sterbetag bis zum Tag der Abholung 25,00 € je Tag.
4. Für Hilfsmittel berechnet das Krankenhaus ein Entgelt nach Aufwand.
5. Für die Abforderung einer Akte aus dem Archiv berechnet das Krankenhaus ein Entgelt in Höhe von 3,40 €.
6. Für die Akteneinsicht durch Patienten in Anwesenheit des Personals berechnet das Krankenhaus ein Entgelt in Höhe von 30,00 € je angefangene halbe Stunde.
7. Für das Kopieren/Scannen von Patientenakten oder Teilen davon berechnet das Krankenhaus:
  - a. Bis zu einer Größe von DIN A3 0,50 € je Seite für die ersten 50 Seiten und 0,15 € für jede weitere Seite,
  - b. in einer Größe von mehr als DIN A3 3,00 € je Seite und
  - c. für Farbkopien und -ausdrucke jeweils das Doppelte der Beträge nach Buchstabe a oder b.
  - d. Werden Kopien oder Ausdrucke in einer Größe von mehr als DIN A3 gegen Entgelt von einem Dritten angefertigt, werden anstelle der Pauschalen a-c die Auslagen berechnet.
  - e. Für die Überlassung von elektronisch gespeicherten Dateien anstelle der in Absatz 2 genannten Kopien und Ausdrucke werden 1,50 € je Datei ersetzt. Für die in einem Arbeitsgang überlassenen oder in einem Arbeitsgang auf denselben Datenträger übertragenen Dokumente werden höchstens 5,00 € ersetzt.
8. Für die Herausgabe einer Originalakte berechnet das Krankenhaus eine Leihgebühr von 0,50 € pro Blatt zzgl. Versandkostenpauschale
9. Für die Zweitschrift von Urkunden berechnet das Krankenhaus ein Entgelt in Höhe von 1,00 €/Blatt.

10. Für Abforderungen für Arbeitsunfallpatienten durch die Berufsgenossenschaft berechnet das Krankenhaus ein Entgelt nach der für die BG geltenden Gebührenordnung.

Die Entgelte für sonstige Leistungen verstehen sich, sofern nicht von der Umsatzsteuer befreit, zuzüglich der jeweils gültigen Umsatzsteuer.

### 12. 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 § 43c Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

### 13. 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.

### 14. 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.<sup>4</sup>



## **15. 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 01.01.2018 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif vom 01.01.2017 aufgehoben.



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

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, steht Ihnen die Geschäftsführung unseres Krankenhauses gern 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> Die Höhe des Zuschlages von 45,00 € ist in der *Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 S. 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>2</sup> Jedes Krankenhaus, das nicht an der Notfallversorgung teilnimmt, hat einen Abschlag von der Krankenhausrechnung vorzunehmen. Solange die Höhe dieses Abschlags auf Bundesebene noch nicht vereinbart wurde, ist ein Betrag von 50,00 € je vollstationärem Fall abzuziehen.
- <sup>3</sup> 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.
- <sup>4</sup> Nach § 121 Abs. 5 SGB V i.V.m. § 18 Abs. 3 KHEntgG können Krankenhäuser mit Belegbetten zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten auch Honorarverträge schließen. Die Leistungen des Belegarztes würden ihm in dieser Konstellation vom Krankenhaus vergütet werden.