



DRG-Entgelttarif 2009 für Krankenhäuser
im Anwendungsbereich des KHEntgG
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Die [Krankenhaus Nordwest GmbH](#) (Krankenhausträger)

berechnet ab dem [1. Juli 2009](#) 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 2009) und circa 26.000 Prozeduren (OPS Version 2009) 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.¹ Der derzeit gültige Basisfallwert liegt bei **2.956,99 Euro** 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	0,586	€ 3.000	€ 1.758
I04Z	Revision und Ersatz des Kniegelenks mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse	3,396	€ 3.000	€ 10.188

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 2009 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2009 (FPV 2009) 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 2009

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 2009.

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2009

Gem. § 17 b 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 2009 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2009 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2009 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 2009 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 2009 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2009 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: siehe **Anlage A**.

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2009

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2009 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende **tagesbezogene** krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart:

Leistungen der **Anlage 3a** der [FPV 2009](#):

B 61 Z: Akute Erkrankungen u. Verletzungen d. Rückenmarks: **353,23 €** pro Tag
E 76 A: Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage: **262,11 €** pro Tag
K 04 Z: Große Eingriffe bei Adipositas: **508,23 €** pro Tag

Teilstationäre Leistungen der **Anlage 3b** der [FPV 2009](#) und sonstige teilstationäre Leistungen nach § 6 Abs. 1 S. 1 KHEntgG:

Onkologische Tagesklinik: **279,35 €** pro Tag

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2009 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 2009 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 2009 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2009 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 § 17 a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten. Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig **64,91 €**

Ferner berechnet das Krankenhaus gem. § 17 b 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.²

Zuschlag für Schwerpunkt Onkologie in Höhe von **20,26 €** pro voll- und teilstationärem Fall.

Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 4 Abs. 6 KHEntgG in Höhe von 50,00 €³
Entfällt.

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

Zuschlag für Kappungskrankenhäuser gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG in Höhe von 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.⁵
Entfällt.

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

8. Qualitätssicherungszu- und abschläge nach § 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG⁶

Das Krankenhaus berechnet für jeden abgerechneten vollstationären Fall einen Zuschlag zur Qualitätssicherung in Höhe von **1,40 €**⁶

9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **1,03 €**⁷

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 **0,85 €**⁸

10. Weitere Zu- und Abschläge

Zuschlag zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen (§ 4 Abs. 8 KHEntgG) in Höhe von **1,05 %** auf die im Erlösbudget und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG enthaltenen Entgelte.⁹

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 § 291 a Abs. 7a S. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall.¹⁰ Entfällt.

Zuschlag zur Umsetzung des Förderprogramms zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals gemäß § 4 Abs. 10 KHEntgG in Höhe von **0,72 %** 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.¹¹

Zu- oder Abschlag bei Eingliederung von besonderen Einrichtungen in das DRG-Vergütungssystem gemäß § 4 Abs. 7 KHEntgG in Höhe von **_%** 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.¹² Entfällt.

Zu- oder Abschlag wegen Konvergenzverlängerung gemäß § 5 Abs. 6 KHEntgG in Höhe von **-4,47 €**¹³

Abschlag für Mehrleistungen gemäß § 4 Abs. 2a S. 1 KHEntgG in Höhe von **_€/ _%**.¹⁴ Entfällt.

Abschlag zur Berücksichtigung einer mehr als hälftigen Tarifkostenfinanzierung gemäß § 4 Abs. 2a S. 2 KHEntgG in Höhe von **_€/ _%**.¹⁵ Entfällt.

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

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

a. vorstationäre Behandlung (Pauschale gesamt):

Medizinische Klinik	147,25 €
II. Medizinische Klinik - Onkologie	75,67 €
Chirurgische Klinik	100,72 €
Unfallchirurgie	82,32 €
Gefäß- und Thoraxchirurgie	91,52 €
Urologie	103,28 €
Frauenklinik	119,13 €
Neurologie	114,02 €
Radio-Onkologie	75,67 €

b. nachstationäre Behandlung (Pauschale je Behandlungstag):

Medizinische Klinik	53,69 €
II. Medizinische Klinik - Onkologie	46,02 €
Chirurgische Klinik	17,90 €
Unfallchirurgie	21,47 €
Gefäß- und Thoraxchirurgie	24,54 €
Urologie	41,93 €
Frauenklinik	22,50 €
Neurologie	40,90 €
Radio-Onkologie	46,02 €

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Leistungen mit abgestimmten medizinisch-technischen Großgeräten sind im Rahmen der vor- und nachstationären Behandlung gesondert anrechenbar. Diese Leistungen werden über nachstehende Pauschalen vergütet:

Computer-Tomographie-Geräte (CT)	
<i>Leistungen nach den DKG-NI-I-Ziffern</i>	<i>Pauschale gem. § 3</i>
5369	122,71 €
5370, 5375	81,81 €
5371	94,08 €
5372	106,35 €
5373, 5374	77,72 €
5376	20,45 €
5377	32,72 €
5378	40,90 €
5380	12,27 €

Magnet-Resonanz-Geräte (MR)	
Leistungen nach den DKG-NT-I-Ziffern	Pauschale gem. § 3
5700, 5720	179,97 €
5705	171,79 €
5715	175,88 €
5721, 5730	163,61 €
5729	98,17 €
5731, 5732	40,90 €
5733	32,72 €
5735	245,42 €
Linksherzkatheter-Meßplätze (LHM)	
Leistungen nach den DKG-NT-I-Ziffern	Pauschale gem. § 3
627	61,36 €
628	32,72 €
629	81,81 €
5315	89,88 €
5316, 5325	122,71 €
5317, 5326	16,36 €
5318	24,54 €
5324	98,17 €
5327	40,90 €
5328	49,08 €
Hochvolttherapie-Geräte (Linearbeschleuniger = LIN/ Telecobalt-Geräte = CO)	
Leistungen nach den DKG-NT-I-Ziffern	Pauschale gem. § 3
5831	61,36 €
5832	20,45 €
5833	81,81 €
5837	5,11 €
5836	40,90 €

Ausgenommen sind die Leistungen nach Maßgabe des § 5 der Allgemeinen Tarifbestimmungen des DKG-NT-I (z. B. Kontrastmittel). Diese Leistungen werden nach dem Einstandspreis des jeweiligen Krankenhauses vergütet.

Gem. § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 4 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. Daneben werden Schreibgebühren für das Gutachten, sowie Porto- und Versandkosten berechnet.
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus **35,00 €** (Abholung ohne Mithilfe eines Krankenhausmitarbeiters).
3. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus **50,00 €** (Abholung unter Mithilfe eines Krankenhausmitarbeiters).
4. Nutzungsentgelt für Leichenkühlzelle pro Kalendertag (incl. Wochenenden und Feiertage): Berechnung ab dem 4. Kalendertag: **18,00 €**

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 § 43 b Abs. 3 SGB V im Auftrage der gesetzlichen Krankenkassen eingezogen.**

14. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2009 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2009 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2009 zusammengefasst und abgerechnet.

15. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Keine.

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.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am [1. Juli 2009](#) in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif vom [01. Mai 2009](#) aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Patientenaufnahme unseres Krankenhauses 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.

Anlage A: Krankenhausindividuelle Zusatzentgelte

	Bezeichnung	Preis
ZE 2009-08 C	Sonstige Dialyse bis 24 Std. 8-854.60	369,57 €
ZE 2009-08 D	Sonstige Dialyse 24-72 Std. 8-854.61	739,14 €
ZE 2009-08 E	Sonstige Dialyse bis 24 Std. 8-855.70	369,57 €
ZE 2009-08 F	Sonstige Dialyse 24-72 Std. 8-855.71	739,14 €
ZE 2009-08 G	Sonstige Dialyse 72-144 Std. 8-855.72	1.847,85 €
ZE 2009-08 H	Sonstige Dialyse 144-264 Std. 8-855.73	3.326,13 €
ZE 2009-08 I	Sonstige Dialyse 264-432 Std. 8-855.74	5.173,98 €
ZE 2009-08 J	Sonstige Dialyse 24-72 Std. 8-855.81	739,14 €
ZE 2009-08 L	Sonstige Dialyse 144-264 Std. 8-854.63	3.326,13 €
ZE 2009-08 M	Sonstige Dialyse 144-264 Std. 8-855.16	3.326,13 €
ZE 2009-08 N	Sonstige Dialyse 72-144 Std. 8-855.15	1.847,85 €
ZE 2009-08 O	Sonstige Dialyse bis 24 Std. 8-855.80	369,57 €
ZE 2009-08 P	Sonstige Dialyse 264-432 Std. 8-855.84	5.173,98 €
ZE 2009-13	Immunadsorption	1.439,18 €
ZE 2009-22	IABP	756,91 €
ZE 2009-54	Selbstexp. Prothese Gastroint.	1.792,99 €
ZE 2009-64	Behandlung von Pseudoarthrosen mit Osigraft , Eptotermin Alfa	4.400,00 €

Anlage B: Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Kurzbezeichnung	Bezeichnung	OPS	Preis
NUB Anidul	Anidulafungin oder altn. Eraxis	6-003.k	3.935,30 €
NUB Hexvix	Fluoreszenzgesteuerte Diagnostik oder Resektionstechnik des Harnblasenkarzinoms (HEXVIX)	5-989	490,00 €
NUB Lenali	Lenalidomid oder altn. Revlimid	6-003.g	365,33 €
NUB Sora	Sorafenib oder altn. Nexavar	6-003.b	38,20 €
NUB Suni	Sunitinib oder altn. Sutent	6-003.a	212,48 €
NUB Temsi	Temsirolimus oder altn. Torisel	Kein OPS	998,58 €

Genehmigung der Faktura neuer Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten:
Mit Aufnahme zum **1. Juni 2009**

Anmerkungen:

¹ 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.

² 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.

³ Jedes Krankenhaus, das nicht an der Notfallversorgung teilnimmt, hat einen Abschlag von der Krankenhausrechnung vorzunehmen. Solange die Höhe dieses Abschlags noch nicht vereinbart wurde, ist ein Betrag von 50,00 € je vollstationärem Fall abzuziehen.

⁴ Dieser Zu- bzw. Abschlag erfolgt, da ab dem Jahr 2009 der krankenshausindividuelle 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 z. Zt. 0 €.

⁵ Dieser Zuschlag dient dazu, zu hohe Budgetverluste des Krankenhauses zu kompensieren. Er wird in Form eines prozentualen Zuschlages auf die Entgelte der laufenden Nummern 1, 2, 3, 4 und 6 erhoben und beträgt zur Zeit 0%. Dieser Zuschlag ist auf das Jahr 2009 begrenzt.

⁶ 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.

⁷ 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 §§ 139 c S. 2 und 291 a 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.

⁸ 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. § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139 c SGB V gemeinsam erhoben und als ein gemeinsamer Zuschlag in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen. Im Übrigen siehe Fn. 7.

⁹ Die Frage, inwieweit auch die Entgelte nach § 6 Abs. 2 a KHEntgG bei der Berechnung dieses prozentualen Zuschlags berücksichtigt werden, lässt sich aus dem Gesetzeswortlaut nicht eindeutig herleiten.

¹⁰ Vgl. Fn. 7.

¹¹ 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 **0,72 %** beträgt.

¹² Dieser Zu- bzw. Abschlag dient dazu, bei der Eingliederung v. Leistungen der besonderen Einrichtungen in das DRG-Vergütungssystem zu große Verwerfungen hinsichtlich ihrer Vergütungen zu vermeiden. Das

Krankenhaus und die Kostenträger vereinbaren einen Zu- bzw. Abschlag, der z. Zt. 0 % beträgt.

¹³ Dieser Zu- oder Abschlag wird nur für Patienten erhoben, die im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2009 entlassen werden. Er dient dazu, die Anpassung des bisherigen krankenhausesindividuellen Basisfallwertes an den ab 2009 geltenden Landesbasisfallwert anteilig auszugleichen. Die Höhe dieses Zu- bzw. Abschlags ergibt sich, indem der Unterschiedsbetrag zwischen dem krankenhausesindividuellen Basisfallwert für das Jahr 2008 ohne Ausgleiche und dem Landesbasisfallwert für das Jahr 2008 ohne Ausgleiche und ohne Kappung ermittelt wird und in Höhe von 50 % mit der effektiven Bewertungsrelation der Fallpauschale multipliziert wird (vgl. § 5 Abs. 6 S. 2 KHEntgG). Die Nennung eines konkreten Zu- oder Abschlagsbetrages ist aufgrund der jeweils unterschiedlichen Bewertungsrelation im Einzelfall daher nicht möglich und muss vom Krankenhaus daher einzeln ermittelt und eingetragen werden.

¹⁴ Eine Vereinbarung eines Abschlages zwischen Krankenhaus und Kostenträgern erfolgt dann, wenn das Krankenhaus in der Budgetvereinbarung des jeweils aktuellen Jahres mehr Leistungen vereinbart hat als für das Vorjahr. Konkrete Hinweise, wie im Falle von Mehrleistungen dieser Abschlag zu ermitteln ist, sucht man im Gesetz vergeblich. Es steht im Ermessen des Krankenhauses, diesen Abschlag in einem konkreten Eurobetrag oder prozentual auszuweisen.

¹⁵ Wenn die tariflichen Erhöhungen der Personalkosten des Krankenhauses in den Jahren 2008 und 2009 zu mehr als 50% finanziert werden, ist nach den gesetzlichen Regelungen grundsätzlich ein Abschlag von den Landesbasisfallwerten vorzunehmen.