



Entgelttarif 2024

**nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Abs. 8 KHEntgG**

Das Krankenhaus berechnet folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 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 Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sowie des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über diagnoseorientierte Fallpauschalen (sog. Diagnosis Related Groups – DRGs -) 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 ca. 13.300 Diagnosen (ICD10-GM Version 2024) und ca. 30.000 Prozeduren (OPS Version 2024) 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 Basisfallwert¹ (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet. Der derzeit gültige Basisfallwert liegt bei 4.206,94 € und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
B79Z	Schädelfrakturen ...	0,525	3.000 €	1.575 €
DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
I04Z	Implantation, Wechsel oder Ent- fernung eine Endo- Prothese am Knie- gelenk ...	3,206	3.000 €	9.618 €

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 bzw. therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Für das Jahr 2024 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2024 (FPV 2024) 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 2024

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- und Abschläge fällig. Die näheren Einzelheiten und das Berechnungsverfahren hierzu regelt die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2024 (FPV 2024).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2024

Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, 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) gemäß § 17b Abs. 1 S. 7 KHG Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2024 werden die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2024 vorgegeben.

Daneben können die in Anlage 4 in Verbindung mit der Anlage 6 zur FPV 2024 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 2024 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 2024 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2024 keine krankenhausesindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2024

Für die Vergütung von Leistungen, die 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 krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart:

– Leistungen nach Anlage 3 a FPV 2024

DRG B43Z - Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage	267,62 € / Tag
---	----------------

DRG B61B - Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks außer bei Transplantation	169,93 € / Tag
--	----------------

DRG E76A - Tuberkulose, mehr als 14 Behandlungstage	178,07 € / Tag
---	----------------

DRG B49Z - Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson	301,32 € / Tag
---	----------------

– Teilstationäre Leistungen

Onkologische Tagesklinik	412,06 € / Tag
--------------------------	----------------

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2024 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 2024 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 2023 für Leistungen nach Anlage 3a FPV 2023 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag 450,00 € abzurechnen.

5. Zusatzentgelt für Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gemäß der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG

Für Kosten, die dem Krankenhaus für Testungen von Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden, auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 entstehen, rechnet das Krankenhaus auf Grund der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG gesondert folgende Zusatzentgelte ab:

- Testungen durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.07.2022: 37,80 €
- Testungen durch eine Labordiagnostik mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 15.10.2020: 19,00 €
- Testungen mittels Antigen-Test zur patientennahen Anwendung durch Dritte (PoC Antigen-Test) zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2021: 11,50 €

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

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

Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig: 57,36 €

Zuschlag nach dem Pflegeberufegesetz: 200,07 €

Ferner berechnet das Krankenhaus gemäß § 17b Abs. 1 Satz 4 und 6 KHG folgenden Zuschlag:

Mitaufnahme von Begleitpersonen: 45,00 €²

7. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden anzurechnenden Krankenhausfall: 1,43 €³
- Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG i. V. m. §§ 136, 136b SGB V für jeden abzurechnenden vollstationären Krankenhausfall: 0,93 €⁴

- Zuschlag für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i. V. m. § 139c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall	2,94 € ⁵
---	---------------------

Weitere Zu- und Abschläge

Abschlag für vereinbarte Mehrleistungen gem. § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG	0,00 € ⁶
Zuschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG	0,00 % ⁷
Zuschlag für die Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	0,20 €
Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung gem. § 9 Abs. 1a KHEntgG	10,41 €
Zuschlag zur Förderung von Hygienemaßnahmen gem. § 4 Abs. 9 KHEntgG	0,03 %

8. 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:

a. Vorstationäre Behandlung (je Fall)

Innere Medizin	147,25 €
Allgemeine Chirurgie	100,72 €
Unfallchirurgie	82,32 €
Neurochirurgie	48,57 €
Orthopädie	133,96 €
Neurologie	114,02 €

b. Nachstationäre Behandlung (je Tag)

Innere Medizin	53,69 €
Allgemeine Chirurgie	17,90 €
Unfallchirurgie	21,47 €
Neurochirurgie	21,99 €
Orthopädie	20,96 €
Neurologie	40,90 €

Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten
bei vor- und nachstationärer Behandlung:

Computer-Tomographie-Geräte (CT)

Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern

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 DKG-NT I-Ziffern

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 €

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.

9. 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 vereinbarte zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab.

10. Tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 7 Abs. 1 Ziff. 6a KHEntgG

Das Krankenhaus vereinbart mit den Krankenkassen ein Pflegebudget zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten, die dem Krankenhaus entstehen. Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt nach § 6a Abs. 4 KHEntgG über einen krankenhausespezifischen Pflegeentgeltwert, welcher berechnet wird, indem das vereinbarte Pflegebudget dividiert wird durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr.

11. 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 in Höhe von 14,15 €

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.

2. Für die Benutzung der Kühlzelle berechnet das Krankenhaus pauschal 35,00 €.

13. Zuzahlungen 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 zur Zeit 10,00 € je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 c Abs. 3 SGB V im Auftrage der gesetzlichen Krankenkassen eingezogen.

14. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle einer Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 KPV 2024 oder der Rückverlegung gem. § 3 Abs. 3 FPV 2024 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2024 zusammengefasst und abgerechnet.

15. Belegärzte

Mit den Entgelten nach 1 – 8 sind die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses nicht abgegolten. Diese Leistungen werden von dem Belegarzt gesondert abgerechnet.

16. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntgG). 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 Krankenhauses beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115 a den Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit das Krankenhaus selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.

Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung. Nach § 6 a 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 Krankenhaus 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
Anästhesie-Abteilung	Dr. med. Teipel
Intensivmedizin	Dr. med. Teipel
Neurochirurgische Klinik	Dr. med. Abdalla
Neurologische Klinik	Prof. Dr. med. Kermer
Orthopädie	Dr. med. Bichmann
Unfallchir. (Mikro- u. Handchirurgie)	OA Stepanek
Unfallchir. (Schulterchirurgie)	OA Blattgerste
Allgemeinchirurgie	Dr. med. Buthut
Pneumologie	Prof. Dr. med. Schmalenbach
Kardiologie	Priv.-Doz. Dr. med. Lüers
Onkologie	Dr. med. Kohl
Gastroenterologie	Dr. med. Neumann

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:

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

Neurologie (Dusche)	.....	je Tag	59,35 €
Neurochirurgie (Dusche)	.....	je Tag	59,35 €
Unfallchirurgie/Orthop. (Dusche/WC)	.....	je Tag	60,65 €
Zentrum für Innere Medizin (Dusche/WC)	.....	je Tag	60,65 €
Allgemeinchirurgie	.....	je Tag	60,65 €

c. Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer:

Unfallchirurgie/Orthop. (Dusche/WC)	.....	je Tag	23,07 €
Zentrum für Innere Medizin (Dusche/WC)	.....	je Tag	23,07 €
Allgemeinchirurgie	.....	je Tag	23,07 €
Alle anderen Abteilungen	.....	je Tag	21,77 €

d. Gestellung einer Sonderwache:

Erstattung des tatsächlichen Aufwandes

e. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson: je Tag 45,00 €

Bereitstellung eines Fernsprechapparates:

Grundgebühr	.....	je Tag	1,75 €
und je Gebühreneinheit	.....		0,12 €

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2024 in Kraft. Gleichzeitig wird der Pflegekostentarif vom 01.01.2020 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter 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.

Friesland Kliniken gGmbH

Nordwest-Krankenhaus Sanderbusch

Am Gut Sanderbusch 1, 26452 Sande

Geschäftsführerin: Petra Hohmann

Handelsregister: Oldenburg - HR B 211328

Anmerkungen

1. Der Basisfallwert kann gemäß § 15 Abs. 2 S. 1 KHEntgG Verrechnungsbeträge in Form von Zu- und Abschlägen enthalten.
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. Nach § 8 Abs. 9 KHEntgG 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 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.

4. 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.
5. 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. 4.
6. Eine Vereinbarung eines Abschlags zwischen Krankenhaus und Kostenträgern erfolgt dann, wenn das Krankenhaus in der Budgetvereinbarung des jeweils aktuellen Jahres mehr Leistungen vereinbart hat als für das Vorjahr.
7. Dieser Zu- bzw. Abschlag erfolgt, da ab dem Jahr 2009 der krankenhausesindividuelle 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.