

Information: Erklärung der Rechnungspositionen

Anmerkungen

- (1) Hierbei handelt es sich um die Nummer, unter der Sie im Krankenhaus für die Dauer Ihrer Behandlung geführt worden sind.
- (2) Sollte eine Fallzusammenführung vorliegen, also zeitlich kurz aufeinander folgende Behandlungsfälle als ein Behandlungsfall abgerechnet werden, finden Sie hier eine Aufstellung Ihrer jeweiligen Aufnahme- und Entlassdaten.
- (3) Dies ist das individuelle Institutskennzeichen des aufnehmenden Krankenhauses.
- (4) Dies ist die Dauer Ihres Aufenthaltes im Krankenhaus. Der Tag der Entlassung wird nicht zum Aufenthalt dazugezählt, es sei denn, die Entlassung erfolgt am gleichen Tag wie die Aufnahme.
- (5) Hier ist der hauptsächliche Anlass Ihrer Behandlung zu nennen.
- (6) Gegebenenfalls durchgeführte Leistungen (z.B. Operationen oder aufwändige diagnostische oder therapeutische Leistungen) sind hier aufzuführen.
- (7) Da eventuell erfolgte Nebendiagnosen die genaue Einstufung Ihrer Behandlung beeinflussen können, sind diese ebenfalls hier aufzuführen.
- (8) Dies ist die offizielle DRG laut aktuellem Fallpauschalenkatalog.
- (9) Hier wird der offizielle Wortlaut der abzurechnenden Fallpauschale laut aktuellem Fallpauschalenkatalog wiedergegeben.
- (10) Jede DRG ist im Fallpauschalenkatalog mit einer Bewertungsrelation, dem sogenannten Relativgewicht, versehen. Dieses Relativgewicht ist ein Kostengewicht und drückt den ökonomischen Aufwand im Vergleich zu einer Bezugsgröße (= 1,0) aus.
- (11) Der Landesbasisfallwert ist eine rechnerische Größe, der für das jeweilige Bundesland einheitlich vorgegeben wird und der Abrechnung der Fallpauschalen zugrunde gelegt werden muss.
- (12) Das abzurechnende Entgelt ergibt sich aus einer Multiplikation der Bewertungsrelation (10) mit dem Landesbasisfallwert (11).
- (13) Unterschreitet Ihre Verweildauer im Krankenhaus eine je DRG-Fallpauschale festgelegte untere Grenzverweildauer, so wird das abrechenbare Entgelt gemindert. Umgekehrt können weitere Entgelte abgerechnet werden, wenn Sie länger im Krankenhaus verbleiben und somit die obere Grenzverweildauer einer DRG-Fallpauschale überschreiten.
- (14) Hier ist die jeweilige Grenzverweildauer der abzurechnenden DRG anzugeben, je nachdem, ob Sie kürzer (dann untere Grenzverweildauer) oder länger (dann obere Grenzverweildauer) im Krankenhaus verblieben sind.

- (15) Hier finden Sie die Anzahl der Tage, um die Sie die untere Grenzverweildauer unterschritten bzw. die obere Grenzverweildauer überschritten haben.
- (16) Hier findet sich die jeweilige Bewertungsrelation je Tag der Über- oder Unterschreitung der Grenzverweildauer als Zu- oder Abschlag. Sie dient dem gleichen Zweck wie die unter (10) dargestellte Bewertungsrelation und ergibt sich, für jede DRG spezifisch, aus dem aktuellen Fallpauschalenkatalog.
- (17) Die Multiplikation der Bewertungsrelation (16) mit den jeweiligen die Grenzverweildauer unter- bzw. überschreitenden Tagen (15) und dem Landesbasisfallwert (11) ergibt Ihren individuellen Ab- bzw. Zuschlag.
- (18) Sind Sie im Laufe Ihrer Behandlung in ein anderes Krankenhaus verlegt worden, ist von dem Krankenhaus, aus dem Sie verlegt worden sind, grundsätzlich ein Abschlag vorzunehmen, wenn die im Fallpauschalenkatalog ausgewiesene mittlere Verweildauer unterschritten wird.
- Den gleichen Abschlag hat bei Unterschreitung der mittleren Verweildauer auch das aufnehmende Krankenhaus vorzunehmen.
- (19) Die im Falle eines Verlegungsabschlages einschlägige Bewertungsrelation ergibt sich bei der Versorgung in einer Hauptabteilung aus Spalte 11, bei belegärztlicher Versorgung aus Spalte 13 des Fallpauschalenkataloges der im Rahmen Ihrer Behandlung abzurechnenden DRG.
- (20) Die Höhe des Abschlages je Tag ergibt sich durch Multiplikation des Landesbasisfallwerts (11) mit der Bewertungsrelation (19). (21) Die Zahl der Tage, für die ein Abschlag vorzunehmen ist, ergibt sich durch Abzug der Belegungstage insgesamt (also Ihrer tatsächlichen Verweildauer im Krankenhaus) von der kaufmännisch auf die nächste ganze Zahl gerundeten mittleren Verweildauer nach dem Fallpauschalenkatalog.
- (22) Die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (GKV-Spitzenverband, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) haben Zusatzentgelte vereinbart, die das Krankenhaus ergänzend zu der DRG-Fallpauschale abrechnen kann. Diese Entgelte sind der Höhe nach für jedes Krankenhaus in Deutschland identisch. Welche Zusatzentgelte dies sind, ergibt sich aus der Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 zur Fallpauschalenvereinbarung 2026 (FPV 2026).
- Aufgeführt werden der jeweilige Schlüssel, die genaue Bezeichnung sowie der abzurechnende Betrag des Zusatzentgelts. Daneben können auf der Grundlage der Anlage 4 in Verbindung mit der Anlage 6 zur FPV 2026 krankenhausespezifische Zusatzentgelte abgerechnet werden. Schlüssel und Bezeichnung können den entsprechenden Anlagen zur Fallpauschalenvereinbarung entnommen werden. Der abzurechnende Betrag wird vom Krankenhaus individuell mit den Kostenträgern vereinbart.

- (23) Durch das Krankenhaus können Leistungen erbracht worden sein, deren Zuordnung zu den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG zwar möglich ist, diese aber keine sachgerechte Vergütung gewährleisten. In eng begrenzten Ausnahmefällen kann das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2a KHEntgG daher für hochspezialisierte Leistungen mit den Kostenträgern gesonderte Zusatzentgelte vereinbaren.

Die Ihnen gegenüber erbrachte jeweilige Leistung sowie das vereinbarte Zusatzentgelt werden hier aufgelistet.

- (24) Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), deren Vergütung noch nicht sachgerecht mit DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten vorgenommen werden können, sind gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG durch gesonderte Zusatzentgelte abzurechnen. Die Höhe der Entgelte wird zwischen dem Krankenhaus und den Kostenträgern vereinbart.

Die Ihnen gegenüber erbrachte Leistung und das entsprechende Zusatzentgelt werden hier aufgelistet.

- (25) Zur Finanzierung der Kosten, die den Krankenhäusern für Testungen von Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 entstehen, rechnet das Krankenhaus auf Grundlage der Vereinbarung nach § 26 Abs. 2 KHG folgende Zusatzentgelte ab:

- Testung durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR, PoCPCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.05.2023: • 30,40 €,
- 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 zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (PoC-Antigentest) bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2021: • 11,50 €.

- (26) Zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen ist gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 6a i. V. m. § 6a Abs. 1 S. 1 KHEntgG ein krankenhausespezifisches Pflegebudget zu vereinbaren. Die Abzahlung dieses Pflegebudgets erfolgt über tagesbezogene Pflegeentgelte. Der Gesamtbetrag ergibt sich durch Multiplikation des tagesbezogenen Pflegeentgeltes mit der Anzahl der Belegungstage (Verweildauer).

- (27) Hierbei handelt es sich um die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2026 (FPV 2026) noch nicht von den DRG-Fallpauschalen (8) oder den bundeseinheitlichen Zusatzentgelten (22) abgedeckt werden. Damit das Krankenhaus die entstehenden Kosten dennoch abdecken kann, ist es ihm möglich, gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern fall- bzw. tagesbezogene krankenhausespezifische Entgelte zu vereinbaren.

Die jeweilige Entgeltbezeichnung sowie der vereinbarte Betrag werden hier aufgeführt.

- (28) Hierbei handelt es sich um die Berechnung von Entgelten für vor- und nachstationäre Behandlungen nach § 115a SGB V. Eine Berechnung findet dann statt, wenn diese Entgelte nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind. Diese Leistungen werden pauschal vergütet. Eine vorstationäre Behandlung ist neben einer DRG-Fallpauschale nicht gesondert abrechenbar, § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 KHEntgG. Die Berechnung einer nachstationären Behandlung zusätzlich zu einer DRG-Fallpauschale ist nur dann möglich, wenn die Summe aus den stationären Belegungstagen (4) und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der DRG-Fallpauschale übersteigt.
- (29) Hier sind die gesondert zu berechnenden Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V aufzuführen (z. B. Computer-Tomographie-Geräte (CT), Magnet-Resonanz-Geräte (MR), Linksherzkatheter-Messplätze (LHM), Hochvolttherapie-Geräte, Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET)) und das jeweils auf sie entfallende Entgelt anzugeben.
- (30) Krankenhaus und Kostenträger vereinbaren Sicherstellungszuschläge für die Vorhaltung von Leistungen durch das Krankenhaus, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbar, aber zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung notwendig sind. Die Höhe des Zuschlags wird von Krankenhaus und Kostenträgern vor Ort festgelegt.
- (31) Um die Aufrechterhaltung des Betriebes von Krankenhäusern in ländlichen Gebieten sicherzustellen, können diese Krankenhäuser einen Zuschlag zu jedem abgerechneten voll- und teilstationären Fall erheben.
- (32) Das Krankenhaus kann mit den Kostenträgern einen krankenspezifischen Zuschlag für die Wahrnehmung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten vereinbaren.
- (33) Zur Sicherstellung der Ausbildung insbesondere qualifizierten medizinischen Fachpersonals (z.B. Krankenpflegehilfe, Hebammen) wird ein Ausbildungszuschlag erhoben.
- (34) Zur Finanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege wird ein eigenständiger Ausbildungszuschlag je voll- und teilstationärem Fall erhoben.
- (35) Krankenhäuser sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage der §§ 136 und 136b SGB V zu beteiligen. Zur Finanzierung dieser Maßnahmen, die insbesondere in den vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf Grundlage des § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V erlassenen Richtlinien zur Qualitätssicherung geregelt sind, wird ein Zuschlag erhoben.
- (36) Krankenhäuser sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Ein Bestandteil der Qualitätssicherung ist die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Krankenhäuser an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen. Um eine Beteiligung der Krankenhäuser an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen, die den

Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136a Abs. 3 S. 3 SGB V entsprechen, sicher zu stellen, wird ein Zuschlag von zurzeit 0,20 € je abgerechnetem vollstationären Fall erhoben.

- (37) Da im Rahmen Ihrer Behandlung aus medizinischen Gründen die Mitaufnahme einer Begleitperson erforderlich war, können auf der Grundlage der im Jahr 2005 in Kraft getretenen Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1a Nr. 7 KHG für jeden Belegungstag (ausgenommen Entlass- und Verlegungstage) zurzeit 60 € für Unterkunft und Verpflegung der Begleitperson abgerechnet werden.

- (38) Nach dem Infektionsschutzgesetz sind von den Krankenhäusern gewisse Anforderungen zur personellen Ausstattung zu erfüllen, um die notwendigen hygienischen Standards einhalten zu können. Durch den in § 4 Abs. 9 KHEntgG geregelten Hygienezuschlag werden dem Krankenhaus zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt, mit denen die Neueinstellung oder Aufstockung sowie die Fort- und Weiterbildung von qualifiziertem ärztlichem und pflegerischem Hygienepersonal gefördert wird (12) und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG (22) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2a KHEntgG (27) erhoben.

- (39) Ein weiterer Bestandteil der Qualitätssicherung im Krankenhaus ist die ggf. erforderliche Durchführung einer klinischen Sektion, die durch die Erhebung eines Zuschlages je voll- und teilstationärem Behandlungsfall finanziert wird. Die Höhe dieses Zuschlages bestimmt sich nach der Vereinbarung zu klinischen Sektionen gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 3 KHEntgG.

- (40) Jedes Krankenhaus, das an der Notfallversorgung teilnimmt und die diesbezüglichen Voraussetzungen des G-BA erfüllt, erhebt einen Zuschlag je vollstationärem Fall. Die Höhe dieses Zuschlages bestimmt sich nach der Notfallstufenvergütungsvereinbarung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG i. V. m. § 136c Abs. 4 SGB V.

- (41) Für die Durchführung implantatbezogener Maßnahmen im Sinne des § 2 Nr. 4 des Implantatregistergesetzes (Implantation, Revision, Explantation eines Implantats, sicherheitsbezogene funktionelle Änderungen an einem eingesetzten Implantat oder Amputation einer Extremität nach der Implantation eines Implantats) berechnen Krankenhäuser einen Zuschlag. Nach § 36 Abs. 1 IRegG weist das Krankenhaus als verantwortliche Gesundheitseinrichtung bei der Abrechnung der implantatbezogenen Maßnahme durch Vorlage der Meldebestätigung nach § 4 Abs. 3 IRegG nach, dass sie der Registerstelle die Daten nach § 16 Abs. 1 IRegG und der Vertrauensstelle die Daten nach § 17 Abs. 1 IRegG übermittelt und ein in der Produktdatenbank registriertes Produkt verwendet hat. Da der Nachweis gemäß § 36 Abs. 2 Nr. 5 IRegG auch gegenüber der betroffenen Patientin bzw. dem betroffenen Patienten zu erbringen ist, liegt die Meldebestätigung der Rechnung als Kopie bei.

- (42) Das Krankenhaus erhebt einen Zuschlag für die Speicherung von Daten, die im Rahmen der Krankenhausbehandlung entstanden sind, in Ihrer elektronischen Patientenakte nach § 341 SGB V. Der Zuschlag beträgt gemäß § 5 Abs. 3g S. 1 KHEntgG für jeden voll- oder teilstationären Fall 5 €.

- (43) Zur Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen erheben Krankenhäuser und die in § 17c Abs. 1 S. 10 KHG genannten besonderen Einrichtungen, die im jeweiligen Kalenderjahr aus dem Vergütungssystem ausgenommen sind, für die Kalenderjahre 2025 und 2026 einen Zuschlag. Gemäß § 5 Abs. 3k KHEntgG berechnet das InEK dafür jeweils einen Prozentsatz für die Kalenderjahre 2025 und 2026 und veröffentlicht diesen Prozentsatz für das jeweilige Kalenderjahr bis zum 15. Dezember des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres barrierefrei auf seiner Internetseite. Der Prozentsatz für das Kalenderjahr 2026 beträgt 11,692 %.
- (44) Für eine bedarfsgerechte und auskömmliche Finanzierung der Geburtshilfe wird bis 2027 in Zuschlag erhoben. Dieser wird berechnet, indem der auf den Standort des Krankenhauses entfallende Förderbetrag durch die Zahl der voll- und teilstationären Fälle des dem jeweiligen Förderjahr vorangegangenen Kalenderjahres dividiert wird.
- (45) Zur finanziellen Unterstützung der Krankenhäuser wird zur Schließung der finanziellen Lücke der Sofort-Transformationskosten gemäß § 8 Abs. 11 S. 1 KHEntgG ein Zuschlag in Höhe von 3,25 % des jeweiligen Rechnungsbetrages für die voll- oder teilstationäre Behandlung erhoben, wenn Sie in der Zeit vom 01.11.2025 bis zum 31.10.2026 in das Krankenhaus aufgenommen werden, allerdings nur dann, wenn Sie gesetzlich versichert sind. Sind Sie reiner Selbstzahler oder privat versichert, wird dieser Zuschlag nicht erhoben.
- (46) Haben Krankenhaus und Krankenkasse festgestellt, dass das Krankenhaus nicht an der Notfallversorgung teilnimmt, hat es einen Abschlag von der Krankenhausrechnung vorzunehmen. Die Höhe dieses Abschlages bestimmt sich nach der Notfallstufenvergütungsvereinbarung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG i. V. m. § 136c Abs. 4 SGB V und beträgt zurzeit 60 € für jeden vollstationären Behandlungsfall am aufnehmenden Krankenhausstandort.
- (47) Vereinbaren Krankenkasse und Krankenhaus zusätzliche, mit Fallpauschalen bewertete Leistungen im Vergleich zum Vorjahr, ist ein Fixkostendegressionsabschlag nach den Vorgaben des § 4 Abs. 2a KHEntgG zu erheben. Der Fixkostendegressionsabschlag ist durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen.
- (48) Halten Krankenhäuser gesetzlich vorgegebene, verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen nicht ein, ohne dass ein entsprechender Ausnahmetatbestand vorliegt oder eine Übergangsregelung eingreift, hat das Krankenhaus einen Abschlag von der Krankenhausrechnung vorzunehmen.
- (49) Kommt ein Krankenhaus seiner Verpflichtung zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 341 Abs. 7 S. 1 SGB V nicht nach, hat es einen Abschlag vorzunehmen. Dieser beträgt zurzeit 1% des Rechnungsbetrages, mit Ausnahme der Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 KHEntgG für jeden voll- und teilstationären Fall.
- (50) Zur Vermeidung einer vorzeitigen Überführung von Beatmungspatienten in die außerklinische Intensivpflege ohne Einschätzung des Beatmungsentwöhnungspotentials hat das Krankenhaus vor der Verlegung oder Entlassung beatmeter Patienten in die außerklinische Intensivpflege bzw. im Laufe der Behandlung eine Einschätzung des Beatmungsstatus durchzuführen. Unterlässt ein Krankenhaus diese Einschätzung, ist gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 8a KHEntgG ein

Abschlag zu zahlen. Dieser beträgt zurzeit 16% auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 S. 1, maximal jedoch 2.000,00 €.

- (51) § 39 Abs. 1a S. 7 Nr. 1 SGB V regelt, dass im Rahmen des Entlassmanagements beatmeter Patienten auch eine erforderliche Anschlussverordnung zur Beatmungsentwöhnung in einem anderen Krankenhaus verordnet werden kann. Wird eine solche erforderliche Verordnung vom Krankenhaus nicht vorgenommen, ist gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 8b KHEntgG ein Abschlag zu zahlen. Dieser beträgt zurzeit einmalig 280,00 €.
- (52) Der Krankenhausträger hat zur Vorbereitung der Verhandlung über das Budget des Krankenhauses fristgebunden den anderen Parteien der Budgetverhandlung die zur Durchführung der Budgetverhandlung erforderlichen Unterlagen und Nachweise auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzulegen. Erfüllt der Krankenhausträger diese Pflicht nicht, kommt unter bestimmten Voraussetzungen gemäß § 11 Abs. 4 KHEntgG die Erhebung eines Abschlages in Höhe von 1 % des Rechnungsbetrags für jeden voll- oder teilstationären Fall in Betracht.
- (53) Sofern ein Krankenhaus nicht sämtliche in § 19 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 bis 6 Krankenhausstrukturfondsverordnung aufgezählten digitalen Dienste bereitstellt, erfolgt ein Abschlag des Rechnungsbetrages für jeden voll- oder teilstationären Behandlungsfall, mit Ausnahme der Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 KHEntgG.
- (54) Erfüllt ein Krankenhaus nicht die in § 137k Abs. 4 SGB V vorgegebenen Erfassungs- und Übermittlungspflichten im Bereich der Personalbemessung in der Pflege hat es einen Vergütungsabschlag vorzunehmen. Dazu schließen die Parteien auf Bundesebene eine Vereinbarung, auf deren Basis die Höhe des Abschlags vorgegeben wird.
- (55) Dieser Zu- bzw. Abschlag dient dazu, bei der Eingliederung von 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.
- (56) Dieser Zu- bzw. Abschlag dient der Verrechnung von Ausgleichsbeträgen aus Vorjahren, z. B. aufgrund von Mehr- oder Mindererlösausgleichen. Dessen Höhe wird durch das Krankenhaus und die Kostenträger vereinbart.
- (57) Sofern sich das Krankenhaus mit den Kostenträgern nicht auf eine pauschale Erstattung der coronabedingten Mehrkosten geeinigt hat, ist ein Ausgleich zwischen den tatsächlich entstandenen Mehrkosten und den bislang pauschal geleisteten Zuschlagszahlungen vorzunehmen. Sind die tatsächlichen Mehrkosten höher als die bisherigen Zuschlagszahlungen, wird ein Zuschlag gemäß § 5 Abs. 3 der Corona-Mehrkosten-Verordnung erhoben, sind die tatsächlichen Mehrkosten geringer als die bisherigen Zuschlagszahlungen, hat das Krankenhaus einen Abschlag gemäß § 5 Abs. 4 der Corona-Mehrkosten-Verordnung zu zahlen. Der Zu- bzw. Abschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2a KHEntgG.

- (58) Kommt es im Jahr 2022 im Vergleich zum Jahr 2019 aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 zu einem Erlösrückgang des Krankenhauses, wird gemäß § 5a Abs. 1 KHWiSichV i. V. m. § 7 Abs. 1 Corona-Ausgleichsverordnung 2022 ein Zuschlag erhoben. Kommt es im Jahr 2022 im Vergleich zum Jahr 2019 jedoch zu einem Erlösanstieg des Krankenhauses der auf Ausgleichszahlungen nach § 21 Abs. 1b KHG für das Jahr 2022 oder auf Versorgungsaufschläge nach § 21a Abs. 1 S. 1 KHG für das Jahr 2022 zurückzuführen ist, wird gemäß § 5a Abs. 1 KHWiSichV i. V. m. § 7 Abs. 2 Corona-Ausgleichsverordnung ein Abschlag abgezogen.
- (59) Auf Grund der gesetzlichen Vorgabe in § 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 S. 1 i.V.m. § 139c SGB V, der Zuschlag für das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i. V. m. § 139c SGB V sowie der nach § 377 Abs. 1 SGB V zu erhebende Telematikzuschlag in einem Systemzuschlag zu bündeln, obwohl die einzelnen Spezialgesetze einen gesonderten Ausweis dieser Zuschläge vorsehen. Diese Zuschläge werden erhoben zur Entwicklung, Einführung und laufenden Pflege des Systems der Abrechnung nach Fallpauschalen einschließlich dessen elektronischer Weiterentwicklung sowie zur Sicherstellung eines einheitlichen Qualitätsstandards der Krankenhausbehandlung.
- (60) Erfolgt statt einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung im Krankenhaus ohne Übernachtung des Patienten, ist für die nicht anfallenden Übernachtungs- und Versorgungskosten ein Abzug vorzunehmen. Dieser beträgt pauschal 0,04 Bewertungsrelationen je betreffender Nacht von den für den vollstationären Aufenthalt insgesamt berechneten Entgelten, maximal jedoch 30 % dieser Entgelte.
- (61) Dies ist die Hybrid-DRG laut der Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung) vom 19.12.2023, die in Ihrem Behandlungsfall zur Anwendung kommt. Die Abrechnung einer Hybrid-DRG kommt nur anstelle einer DRG-Fallpauschale (Nr. 1) oder eines sonstigen Entgeltes (Nr. 9) in Betracht.
- (62) Hier wird die offizielle Bezeichnung der abzurechnenden Hybrid-DRG laut der Hybrid-DRG-Verordnung wiedergegeben.
- (63) Die anwendbare Hybrid-DRG wird mit einem festen Eurobetrag vergütet. Dieser ist in der Hybrid-DRG-Verordnung aufgeführt. Mit der Hybrid-DRG sind alle im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung entstandenen Aufwände, ausgenommen die Entgelte für gesondert vereinbarte Wahlleistungen (siehe dazu Nr. 64) oder einzelne, verbrauchsabhängige Entgelte (siehe dazu Nr. 65), abgegolten. Im Falle einer postoperativen Nachbehandlung kann eine um 30 € erhöhte Fallpauschale berechnet werden.
- (64) Hier finden Sie die Entgelte für die Wahlleistung Unterkunft. Dabei handelt es sich um eine Zusatzleistung des Krankenhauses, deren Erbringung Sie separat vereinbart haben. Berechnet werden der Tag der Aufnahme und jeder weitere Aufenthaltstag, nicht jedoch der Tag der Entlassung oder der Verlegung. Der Preis ist Ihnen vorab bereits bekannt gegeben worden.

Ein Einbettzimmer kann auch dann für bis zu vier Tage abgerechnet werden, obwohl Sie es z.B. wegen eines Aufenthalts auf der Intensivstation nicht nutzen konnten, sofern eine entsprechende Reservierung mit Ihnen vereinbart wurde. In diesem Fall ist der Preis für die Reservierungstage jeweils um 25 % gemindert worden.

- (65) Hierbei handelt es sich um einzelne, verbrauchsabhängige Entgelte, z. B. um Telefonkosten.
- (66) Krankenhausbehandlungsleistungen sowie eng damit verbundene Umsätze sind grundsätzlich umsatzsteuerfrei, § 4 Nr. 14b UStG. Dies gilt jedoch nicht für Leistungen, deren Erbringung nicht medizinisch indiziert ist, z.B. ästhetische Operationen. Diese Leistungen sind umsatzsteuerpflichtig in Höhe von zurzeit 19 %.

Da nicht sämtliche Rechnungspositionen umsatzsteuerpflichtig sind, ist ein Ausweis in der Rechnung erforderlich, auf welche Rechnungsposition Umsatzsteuer zu erheben ist. Diese Positionen werden durch Angabe ihrer Nummer in der Rechnung ausgewiesen.

- (67) Die Geltendmachung eines höheren Zinssatzes durch das Krankenhaus ist möglich, wenn es diesen höheren Zinssatz begründen und im Streitfall nachweisen kann. Denkbar ist die Geltendmachung eines höheren Zinssatzes z. B. in den Fällen, in denen das Krankenhaus selbst Kredite in Anspruch nehmen und dafür höhere Zinssätze zahlen muss oder dem Krankenhaus durch die Verzugslage besondere Aufwendungen für Porto, Sach- oder Personalmittel entstanden sind.
- (68) Eine Geltendmachung von Mahngebühren zusätzlich zu der Geltendmachung von Verzugszinsen ist bis zur Höhe des nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge zu erwartenden Verzugsschadens zulässig.