

**DRG-Entgelttarif 2021 für Krankenhäuser
im Anwendungsbereich des KHEntgG
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Abs. 8 KHEntgG**

Die Kreisklinik Trostberg der Kliniken Südostbayern AG berechnet ab dem 01.02.2021 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 2021) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2021) 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 3.739,35 € 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	0,528	€ 3.739,35	€ 1.974,38
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	3,223	€ 3.739,35	€ 12.051,93

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 2021 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2021 (FPV 2021) 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 2021

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 2021 (FPV 2021).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV 2021

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 2021 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2021 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2021 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 2021 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Wurden in der jeweils gültigen Budgetvereinbarung für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2021 keine krankenhausindividuellen 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:

ZE2019-01	Beckenimplantate OPS 5-785.3d	441,58 €
ZE2019-01	Beckenimplantate OPS 5-785.4d	7.470,00 €
ZE2019-25	Modulare Endoprothesen, Knie OPS 5-829.k oder 5-829.m	2.250,00 €
ZE2019-25	Modulare Endoprothesen, Hüfte OPS 5-829.k oder 5-829.m	1.231,80 €
ZE2019-25	Modulare Endoprothesen, Schulter OPS 5-829.k oder 5-829.m	1.700,00 €
ZE2019-54	Selbstexpandierende Prothese am Gastrointestinaltrakt OPS 5-429.j0 oder 5-429.j1 oder 5-429.j3 oder 5-429.j4 oder 5-429.j9 oder 5-429.ja oder 5-429.jb oder 5-429.jc oder 5-429.jd oder 5-429.je oder 5-429.jf oder 5-429.jg oder 5-449.h* oder 5-469.k* oder 5-489.g0 oder 5-513.m* oder 5-513.n* oder 5-517.** oder 5-526.e0 oder 5-526.f0 oder 5-529.g* oder 5-529.j* oder 5-529.n4 oder 5-529.p2 oder 5-529.r3 oder 5-529.s2	825,00 €
ZE2019-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungs- faktoren	Kostenerstattung
ZE2019-112	Gabe von Abirateronacetat, oral, je mg OPS 6-006.2*	0,12 €
ZE2019-122	Gabe von Imatinib, oral, je mg OPS 6-001.g*	0,01 €
ZE2019-123	Gabe von Varpofungin, parenteral, je mg OPS 6-002.p*	0,65 €
ZE2019-124	Gabe von Voriconazol, oral, je mg OPS 6-002.5*	0,01 €
ZE2019-125	Gabe von Voriconazol, parenteral, je mg OPS 6-002.r*	0,03 €
ZE2019-137	Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII	Kostenerstattung
ZE2019-138	Gabe von Fibrinogenkonzentrat	Kostenerstattung
ZE2019-139	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	Kostenerstattung
ZE2019-145	Gabe von Ibrutinib, oral, je mg OPS 6-007.e*	0,48 €
ZE2019-147	Gabe von Bortezomib, parenteral, je g OPS 6-001.9*	354,00 €
ZE2019-148	Gabe von Adalimumab, parenteral, je mg OPS 6-001.d*	6,35 €
ZE2019-149	Gabe von Infliximab, parenteral, je mg OPS 6-001.e*	1,85 €

ZE2019-151 Gabe von Rituximab, intravenös, je mg 1,96 €
OPS 6-001.h*

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV 2021

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 krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2021
E76A Tuberkulose mehr als 14 Belegungstage 319,80 €

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2021 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 2021 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 2020 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2021 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 16.06.2020:
52,50 €,
- Testungen mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 15.10.2020:
19,00 €.

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

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zuschläge/Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall
in Höhe von **68,23 €**
- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall
in Höhe von **77,39 €**
- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von **Begleitpersonen** in Höhe von **45,00 €** pro Tag⁽¹⁾
- Zuschlag wegen Teilnahme an der **Notfallversorgung** nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG in Höhe von **15,67 €** je vollstationärem Fall.
- Zuschlag für Maßnahmen zur **Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf** nach § 4 Abs. 8a KHEntgG
in Höhe von 0,03 %

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:

Vereinbart sind

(auch am Entlass- und Verlegungstag abrechenbar; Verwurf abrechenbar):

Bezlotoxumab/Preis je mg/INEK-Nr. N2008223	2,74 €
Elbasvir-Grazoprevir/Preis je Tablette/INEK-Nr. N2020614	294,76 €
Everolimus bei Neoplasie/Preis je mg bei Gabe 10 mg Tablette INEK-Nr. N2008443	13,09 €
Glecaprevir-Pibrentasvir/Preis je 100 mg/40mg Filmtablette/ INEK-Nr. N2042839	170,47 €
Golimumab/subkutane Gabe/Preis je mg bei Verwendung einer 50 mg Fertigspritze/OPS 6-005.2 INEK-Nr. N2020642	33,10 €
Ledipasvir-Sofosbuvir/Preis je 90/400 mg Filmtablette/OPS 6-007.g/ INEK-Nr. 2042744	504,89 €
Sofosbuvir-Velpatasvir/Preis je 400/100 mg/ je 400/100 mg Tablette INEK-Nr. N2042876	340,30 €
Sofosbuvir-Velpatasvir-Voxilaprevir/Preis je 400/100/100 mg Filmtablette INEK-Nr. N2042889	684,02 €
Ustekinumab/Preis je Fertigspritze/OPS 6-005.j/INEK-Nr. N2020691	4.651,83 €
Vedolizumab/Preis je mg/INEK-Nr. N2042981	7,79 €

8. 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 krankenhausesindividuellen 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: 163,09 €

9. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG

externe Qualitätssicherung: Zuschlagsanteil Krankenhaus: 0,81 €
externe Qualitätssicherung: Zuschlagsanteil Land (BAQ): 0,32 €

10. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall
in Höhe von 1,66 €
- 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
in Höhe von 1,89 €⁽²⁾

11. Weitere Zu- und Abschläge

- Zuschlag Qualitätssicherung Schlaganfallbehandlung
in Höhe von 3,10 €
- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaus-
hygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG
in Höhe von 0,07 %

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 Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG je abgerechneten vollstationären Fall
in Höhe von 0,20 €

- Zuschlag nach § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten aufgrund der Behandlung von SARS-CoV-2 für jeden voll- und teilstationären Fall

in Höhe von 40,00 €

- Zuschlag nach § 5 Abs. 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten aufgrund der Behandlung von SARS-CoV-2 bei Nachweis einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 für jeden voll- und teilstationären Fall

in Höhe von 80,00 €

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

Gem. § 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

Innere Medizin	147,25 € fallbezogene Pauschale
Allgemeine Chirurgie	100,72 € fallbezogene Pauschale
Unfallchirurgie	82,32 € fallbezogene Pauschale
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13 € fallbezogene Pauschale

b. nachstationäre Behandlung

Innere Medizin	53,69 €/Behandlungstag
Allgemeine Chirurgie	17,90 €/Behandlungstag
Unfallchirurgie	21,47 €/Behandlungstag
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22,50 €/Behandlungstag

Für maximal 7 Behandlungstage abrechenbar

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Computer-Tomographie-Geräte (CT):

Leistungen nach den DKG-NT I - Ziffern:	Pauschale
- 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
- 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. 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.

13. 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 Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus 40,00 €.
3. Für die Benutzung des Leichenraumes oder der Kühlzelle berechnet das Krankenhaus pauschal 90,00 €.
4. Gestellung einer Sonderwache: Erstattung des tatsächlichen Aufwands
5. Telefon-Flatrate (D; A; Mobil) 2 € Tagesgebühr
 Telefonate ins Ausland: 0,50 € pro Minute
 Fernseher: 3 € Tagesgebühr
 Internetzugang: 2 € Tagesgebühr
 (Kartenspende: 5 €)

14. 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 § 43b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

15. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2021 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2021 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2021 zusammengefasst und abgerechnet.

16. 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.⁽³⁾

17. 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 01.02.2021 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.01.2021 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter der Patientenverwaltung und des Medizincontrollings 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.

Anmerkungen:

- ⁽¹⁾ 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.
- ⁽²⁾ 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 gemeinsam erhoben und als ein gemeinsamer Zuschlag in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen.
- ⁽³⁾ 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.