

DRG-Entgelttarif 2019 für Krankenhäuser
im Anwendungsbereich des KHEntgG
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 Abs. 8 KHEntgG

Die „Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz“, Krankenhaus
der „Bethanien Krankenhaus Chemnitz gemeinnützige GmbH“ (Krankenhausträger)

berechnet ab dem 01.01.2019 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 2019) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2019) 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 3.528,65 € 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	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	0,726	€ 3.528,65	€ 2.651,80
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	3,624	€ 3.528,65	€ 12.787,82

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 2019 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2019 (FPV 2019) 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 2019

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 2019 (FPV 2019).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2019

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 2019 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2019 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2019 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 2019 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2019 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2019 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 (Auszug):

ZE2018-01	Beckenimplantate
ZE2018-09	Hämoperfusion
ZE2018-10	Leberersatztherapie
ZE2018-25D	Modulare Endoprothesen (Durchstrecker)
ZE2018-25H	modulare Endoprothesen (Hüfte)
ZE2018-25K	modulare Endoprothesen (Knie)
ZE2018-25S	Modulare Endoprothesen (Schulter)
ZE2018-25E	Modulare Endoprothesen (Ellenbogen)
ZE2018-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt
ZE2018-61	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar
ZE2018-74	Gabe von Sunitinib, oral
ZE2018-74	Gabe von Sunitinib, oral
ZE2018-74	Gabe von Sunitinib, oral
ZE2018-75	Gabe von Sorafenib, oral
ZE2018-77	Gabe von Lenalidomid, oral
ZE2018-77	Gabe von Lenalidomid, oral
ZE2018-77	Gabe von Lenalidomid, oral
ZE2018-77	Gabe von Lenalidomid, oral
ZE2018-85	Gabe von Temsirolimus, parenteral
ZE2018-137	Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII
ZE2018-138	Gabe von Fibrinogenkonzentrat

Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2019

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:

- z.B. Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2019

B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	502,99 €
------	--	----------

- z.B. unbewertete teilstationäre Leistungen, die nicht in Anlage 3b aufgeführt sind entfällt
- z.B. Leistungen besonderer Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 S. 10 KHG entfällt

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2019 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 2019 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 2019 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2019 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

entfällt

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 86,92 €

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen

in Höhe von 45,00 € pro Tag¹

- Sicherstellungszuschlag

entfällt

- Zuschlag für Zentren/Schwerpunkte

entfällt

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

entfällt

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

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

in Höhe von 0,42 %

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 Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach § 4 Abs. 8a KHEntgG

entfällt

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte nach § 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.

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

in Höhe von 0,13 %

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

- Pflegezuschlag bei sämtlichen ab dem 01.01.2019 aufgenommenen Patientinnen oder Patienten, die zur vollstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden gemäß § 8 Abs. 10 KHEntgG je vollstationärem Fall

in Höhe von 17,52 €

- Zu- und Abschläge für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG

in Höhe von 1,22 €

- 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 €

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:

Entgeltschlüssel	Bezeichnung
76197478	NUB Canakinumab
76197230	NUB Certolizumab
76197806	NUB Everolimus bei Neoplasie
76197548	NUB Everolimus bei Neoplasie
76197525	NUB Everolimus bei Neoplasie
76197362	NUB Golimumab
76198228	NUB Idarucizumab
76198229	NUB Isavuconazol, intravenös
76198230	NUB Isavuconazol, oral
76196563	NUB Pazopanib
76198055	NUB Posaconazol, intravenös
76198236	NUB Secukinumab
76197766	NUB Ustekinumab
76197767	NUB Ustekinumab
76198795	NUB Ixekizumab
76198799	NUB Sarilumab
76198799	NUB Sarilumab

8. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

in Höhe von 1,59 €

- 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 voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von 1,82 €²

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

entfällt

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

Klinik für Innere Medizin/Klinik für Rheumatologie	147,25 EUR
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	100,72 EUR
Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	133,96 EUR
Klinik für Urologie	103,28 EUR

b. nachstationäre Behandlung

Klinik für Innere Medizin/Klinik für Rheumatologie	53,69 EUR
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	17,90 EUR
Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	20,96 EUR
Klinik für Urologie	41,93 EUR

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten (Auszug)

- Computer-Tomographie-Geräte (CT):	
CT Höchstwert	122,71 EUR
CTKopf	81,81 EUR
CT Hals-/Thoraxbereich	94,08 EUR
CT Abdominalbereich	106,35 EUR
CT Skelett	77,72 EUR
CT Zwischenwirbelräume	77,72 EUR
CT Bestrahlungsplanung	40,90 EUR
- Magnet-Resonanz-Geräte (MR):	
MRT Wirbelsäule	171,79 EUR
MRT Abdomen	179,97 EUR
MRT Gelenke/Extremitätenabschnitte	98,17 EUR
- Linksherzkatheter-Messplätze (LHM):	entfällt
- Hochvolttherapie-Geräte:	entfällt
- Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET):	entfällt

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 Mehrwertsteuer befreit, zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.

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 2019 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2019 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2019 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.³

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 01.07.2019 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, wenden Sie sich bitte an das Büro der Geschäftsleitung: 0371/430-1031. Ihre Fragen werden von dort aus an den zuständigen Bereich oder Mitarbeiter weiter gegeben.

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 werden 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.