

DRG-Entgelttarif 2017
für Krankenhäuser
im Anwendungsbereich des KHEntgG
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Das

DONAUISAR Klinikum Deggen Dorf Landau

berechnet ab dem 01.07.2017 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 2017) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2017) 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 3350,50 € 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	0,687	€ 3.500,00	€ 2.404,50
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse	3,503	€ 3.500,00	€ 12.260,50

Gültig ab: 03.01.2017	Anhang/sonstiges relevantes Dokument zu xxxxx	Prozess:
Zuständigkeit:	Organisatorische Freigabe: Inhaltliche Verantwortung:	Version: 5

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 2017 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2017 (FPV 2017) 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 2017

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 2017 (FPV 2017).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2017

Gemäß § 17b Abs. 1 S. 7 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 2017 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2017 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2017 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 2017 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 2017 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2017 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:

siehe Anhang 1

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2017

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 krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

Gültig ab: 03.01.2017	Anhang/sonstiges relevantes Dokument zu xxxxx	Prozess:
Zuständigkeit:	Organisatorische Freigabe: Inhaltliche Verantwortung:	Version: 5

- z.B. Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2017

B61B	akute Erkrankung und Verletzung des Rückenmarks außer bei Transplantationen (tagesbezogenes Entgelt)	487,54 Euro
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage (tagesbezogenes Entgelt)	260,35 Euro
K01Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Frührehabilitation (tagesbezogenes Entgelt)	365,65 Euro
U42Z	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen (tagesbezogenes Entgelt)	325,02 Euro

- z.B. unbewertete teilstationäre Leistungen, die nicht in Anlage 3b aufgeführt sind

SVTS	teilstationäre Behandlung Pädiatrie	162,51 Euro
------	-------------------------------------	-------------

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2017 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 2017 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 2017 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2017 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:

nicht vereinbart

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 76,50 €

Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen

in Höhe von 45,00 € pro Tagⁱ

Sicherstellungszuschlag

nicht vereinbart

Gültig ab: 03.01.2017	Anhang/sonstiges relevantes Dokument zu xxxxx	Prozess:
Zuständigkeit:	Organisatorische Freigabe: Inhaltliche Verantwortung:	Version: 5

Zuschlag für Zentren/Schwerpunkte

in Höhe von 0,23 %

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

nicht vereinbart

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

nicht vereinbart

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

nicht vereinbart

Fixkostendegressionsabschlag gemäß § 4 Abs. 2b KHEntgG in Höhe von ... %ⁱⁱⁱ auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen.

nicht vereinbart

Zuschlag nach § 4 Abs. 8 KHEntgG zur finanziellen Förderung der zusätzlichen Personalkosten bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Stellen von ausgebildetem Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Krankenpflegegesetz in Höhe von ...% 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.

nicht vereinbart

Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG

in Höhe von 0,12 %

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.

Gültig ab: 03.01.2017	Anhang/sonstiges relevantes Dokument zu xxxxx	Prozess:
Zuständigkeit:	Organisatorische Freigabe: Inhaltliche Verantwortung:	Version: 5

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 in Höhe von ... €^{iv}

nicht vereinbart

Versorgungszuschlag bei sämtlichen bis zum 31.12.2016 aufgenommenen Patientinnen oder Patienten, die zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden gemäß § 8 Abs. 10 KHEntgG

in Höhe von 0,8%

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen.

Pflegezuschlag bei sämtlichen ab dem 01.01.2017 aufgenommenen Patientinnen oder Patienten, die zur vollstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden gemäß § 8 Abs. 10 KHEntgG je vollstationärem Fall in Höhe von ...€

nicht vereinbart

Qualitätssicherungs- und abschläge nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG:

Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 130a i.V.m. § 139c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall

in Höhe von 1,01 €.

Zuschlag für die Teilnahme am einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (üFMS) gemäß § 136a Absatz 3 Satz 3 SGB V

in Höhe von 0,20 €

Qualitätssicherungszuschlag „Akutversorgung Schlaganfallpatienten“ kann für alle Patienten mit einer Diagnose „akuter Schlaganfall“

in Höhe von 3,10 €

abgerechnet werden.

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:

siehe Anhang 1

Gültig ab: 03.01.2017	Anhang/sonstiges relevantes Dokument zu xxxxx	Prozess:
Zuständigkeit:	Organisatorische Freigabe: Inhaltliche Verantwortung:	Version: 5

8. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

in Höhe von 1,30 €

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 1,49 €^v

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 in Höhe von ... €

nicht vereinbart

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:

Fachbereich	vorstationär	nachstationär
Innere Medizin	147,25 €	53,69 €
Allgemeinchirurgie	100,72 €	17,90 €
Frauenheilkunde	119,13 €	22,50 €
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	64,42 €	23,52 €
Neurochirurgie	48,57 €	21,99 €
Pädiatrie	94,08 €	37,84 €
Mammazentrum	119,13 €	22,50 €
Unfallchirurgie	82,32 €	21,47 €
Urologie	103,28 €	41,93 €
Orthopädie	133,96 €	20,96 €

Gültig ab: 03.01.2017	Anhang/sonstiges relevantes Dokument zu xxxxx	Prozess:
Zuständigkeit:	Organisatorische Freigabe: Inhaltliche Verantwortung:	Version: 5

Zusätzlich zu den Entgelten für vor- und nachstationäre Behandlung können Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

- Computer-Tomographie-Geräte (CT)
- Magnet-Resonanz-Geräte (MR)
- Linksherzkatheter-Messplätze (LHM)
- Hochvolttherapie-Geräte
- Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET)

berechnet werden.

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. | |
| 2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus: | 25,00 € |
| 3. Pauschale für die Durchführung eines Neugeborenen-Notarztdienstes je Einsatz: | 715,81 € |
| 4. Gebühr für die Benutzung des Leichenraumes (einschl. der Kühlboxen) nach Ablauf des Sterbetages pro angefangener Kalendertag: | 45,00 € |
| 5. Anfertigung von Kopien aus den Krankenunterlagen je Kopie | 0,50 € |
| 6. Bereitstellung eines Fernsprechapparates (nur am Standort Deggendorf) Grundgebühr je angefangendem Kalendertag:
zusätzlich je Gebühreneinheit: | 1,50 €
0,15 € |
| 7. Bereitstellung eines TV-Gerätes (nur am Standort Landau) Grundgebühr je angefangendem Kalendertag:
Kopfhörer für TV / pauschal: | 3,00 €
2,00 € |

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

Gültig ab: 03.01.2017	Anhang/sonstiges relevantes Dokument zu xxxxx	Prozess:
Zuständigkeit:	Organisatorische Freigabe: Inhaltliche Verantwortung:	Version: 5

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 2017 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2017 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2017 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.^{vi}

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 01.02.2017 in Kraft. Gleichzeitig verlieren alle DRG-Entgelttarife, die vor diesem Zeitpunkt erlassen wurden, ihre Gültigkeit.

Deggendorf, den 01.02.2017

Dr. Inge Wolff
Vorstand

Gültig ab: 03.01.2017	Anhang/sonstiges relevantes Dokument zu xxxxx	Prozess:
Zuständigkeit:	Organisatorische Freigabe: Inhaltliche Verantwortung:	Version: 5

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter unterer Patientenaufnahme 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:

- i 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.
- ii Jedes Krankenhaus, das nicht an der Notfallversorgung teilnimmt, hat einen Abschlag von der Krankenhausrechnung vorzunehmen. Solange die Höhe dieses Abschlags auf Bundesebene noch nicht vereinbart wurde, ist ein Betrag von 50,00 € je vollstationärem Fall abzuziehen.
- iii Der Mehrleistungsabschlag nach § 4 Abs. 2a KHEntgG läuft 2018 aus. Sein Volumen fällt nach § 4 Abs. 2b Satz 7 KHEntgG jedoch in den Fixkostendegressionsabschlag hinein, sodass in der Rechnung nur noch dieser ausgewiesen wird.
- iv Maßgeblich dazu sind jedoch die Vorgaben nach § 9 Abs. 1a S. 1 KHEntgG durch die Vertragsparteien auf Bundesebene.
- v 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.
- vi 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.

Gültig ab: 03.01.2017	Anhang/sonstiges relevantes Dokument zu xxxxx	Prozess:
Zuständigkeit:	Organisatorische Freigabe: Inhaltliche Verantwortung:	Version: 5