



**DRG Entgelttarif 2023 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des  
Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)  
und  
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG**

Das Jüdische Krankenhaus Berlin berechnet ab dem 01.02.2023 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 Krankenhausfinanzierungsgesetzes ( 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 Krankheitsfalles.

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 bzw. Prozeduren stehen Kataloge mit ca. 13.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2023) und 30.000 Prozeduren (OPS Version 2023) 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 Landesbasisfallwert liegt bei **4.007,48 Euro** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel :

DRG	DRG Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	0,523	4.007,48 €	2.095,91 €
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen	3,076	4.007,48 €	12.327,01 €

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 Behandlungs-geschehens konkret erbracht werden. Für das Jahr 2023 werden die bundes-einheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der DRG-Entgeltkatalogverordnung 2023 (DRG-EKV 2023) vorgegeben, welche vom Bundesministerium für Gesundheit als Rechtsverordnung erlassen wurde. Parallel dazu wurden die für das Jahr 2023 anzuwendenden Abrechnungsbestimmungen nach § 17b Abs. 2 S. 1 KHG von Seiten des GKV-Spitzenverbandes sowie dem Verband der Privaten



Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Fallpauschalenvereinbarung 2023 – FPV 2023 vereinbart, welche hinsichtlich der einzelnen Entgelte auf die vom Bundesministerium per Rechtsverordnung festgesetzten Anlagen der DRG-EKV 2023 verweist.

## 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 2023

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 2023 (FPV 2023).

## 3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2023

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 2023 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der DRG-EKV 2023 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der DRG-EKV 2023 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 DRG-EKV 2023 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 2023 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 DRG-EKV 2023 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:

K23Z-13-1	Immunadsorption OPS 8-821.10	12.942,00 €
K23Z-13-2	Immunadsorption OPS 8-821.11	713,73 €
K23Z-22	IABP	850,00 €
K23Z-25	Modulare Endoprothesen	2.500,00 €
K23Z-54A	Selbstexpandierende Ösophagus-Prothesen	1.050,00 €
K23Z-54B	Selbstexpandierende ungecoverte Stents (Galle)	800,00 €
K23Z-54C	Selbstexpandierende ungecoverte Stents (Magen)	950,00 €
K23Z-54D	Selbstexpandierende gecoverte Stents (Galle) 1 Prothese	850,00 €
K23Z-54E	Selbstexpandierende Prothesen Darm	738,30 €
K23Z-54F	Selbstexpandierende Prothesen Pankreas	4.041,00 €
K23Z-62-1	Mikroaxial Blutpumpe bis 2,5l	11.900,00 €
K23Z-62-1	Mikroaxial Blutpumpe mehr als 2,5l	17.850,00 €
K23Z-67	Stentgraft Prothesen bei Aortenaneurysmen	1.500,00 €
K23Z-107-1	Medikamente-freisetzende bioresorbierbare Koronarstents 1 Stent	1.260,00 €
K23Z-107-2	Medikamente-freisetzende bioresorbierbare Koronarstents 2 Stents	2.751,00 €
K23Z-123-1	Gabe von Caspofungin, parenteral 65 mg bis unter 100 mg	58,00 €



K23Z-123-4	Gabe von Caspofungin, parenteral 200 mg bis unter 250 mg	130,50 €
K23Z-123-7	Gabe von Caspofungin, parenteral 350 mg bis unter 400 mg	217,50 €
K23Z123-12	Gabe von Caspofungin, parenteral 700 mg bis unter 800 mg	435,00 €
K23Z-149-5	Gabe von Infliximab, parenteral 400mg bis unter 500mg	1.161,00 €
K23Z-151-1	Gabe von Rituximab, intravenös 450mg bis unter 550mg	1.029,67 €
K23Z-151-2	Gabe von Rituximab, intravenös 950mg bis unter 1050mg	2.059,34 €

#### 4. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV 2023

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 krankenhaushausindividuelle Entgelte vereinbart:

B11Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur	193,04 €
B43Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage	163,95 €
B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson	220,97 €
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	70,86 €

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** der DRG-EKV 2023 aufgrund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhaushausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag

**600 €** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 3b** der DRG-EKV 2023 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhaushausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **300 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2023 für Leistungen nach **Anlage 3 a** der DRG-EKV 2023 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450 €** 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:

- Testung durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR, PoC-PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.07.2021:

**37,80 €.**

- 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 (PoC Test) zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2021:

**11,50 €.**



<b>6. Zu- und Abschläge gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 4 und § 8 Abs. 11 KHEntgG</b>
---

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall  

**in Höhe von 87,35 €**
- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall  

**in Höhe von 142,75 €**
- Zuschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG  

**in Höhe von 14,33 %**

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

**in Höhe von 1,29 %**

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 wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG und §3ff NotStuVV je vollstationärem Fall  

**in Höhe von 68,98 €**
- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen  

**in Höhe von 45,00 €**

je Berechnungstag<sup>1</sup>
- Zuschlag für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG  

**in Höhe von 0,91 €**
- 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 § 5a Abs. 1 KHWiSichV i.V.m. § 7 Abs. 1 der Corona-Ausgleichsvereinbarung 2022  

**in Höhe von 3,02 %**

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
- Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8a KHEntgG wegen fehlender Einschätzung des Beatmungsstatus  

**in Höhe von 16%**

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG, maximal jedoch 2.000,00 €.



- Abschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 8b KHEntgG wegen fehlender Anschlussverordnung zur Beatmungsentwöhnung

**in Höhe von einmalig 280 €.**

## **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:

K23NUB-01	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße	1.800,00 €
K23NUB-02	Endovaskuläre Implantation/Reparatur einer Stent-Prothese mittels eines Endo-Staples	5.000,00 €
K23NUB-03	Gabe von Alemtuzumab 12 mg	10.843,32 €
K23NUB-04	Idarucizumab 2,5 g	1.487,50 €
K23NUB-05	Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik	1.926,00 €
K23NUB-06	Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation	2.350,00 €
K23NUB-09	Bezlotoxumab (Zinplava ®), intravenös: je 1.000mg Ampulle	2.808,65 €
K23NUB-10	Golimumab (Simponi ®), parenteral: je 50mg Fertigspritze	822,69 €
K23NUB-11	Golimumab (Simponi ®), parenteral: je 100mg Fertigspritze	1.538,12 €
K23NUB-14	Elbasvir-Grazoprevir (Zepatier ®), oral: je 50/100mg, Tablette	298,52 €
K23NUB-15	Glecaprevir-Pibentasvir (Marivet ®), oral: je 100/40mg, Tablette	172,65 €
K23NUB-16	Ledispavir-Sofosbuvir (Harvoni ®), oral: je 90/400mg, Tablette	517,95 €
K23NUB-17	Sofosbuvir (Sovaldi ®), oral: je 400mg, Tablette	495,55 €
K23NUB-18	Sofosbuvir-Velpatasvir (Epclusa ®), oral: je 400/100mg, Tablette	344,64 €
K23NUB-19	Sofosbuvir-Velpatasvir-Voxilaprevir (Vosevi ®), oral: je 400/100/100mg, Tablette	692,75 €
K23NUB-20	Andexanat alfa (Ondexxya ®), 200mg Inj. Ampulle	2.201,50 €
K23NUB-21	Givosiran (Givlaari ®), 180mg/ml Inj. Ampulle	41.103,02 €
K23NUB-22	Teduglutid (Revestive ®), 5mg Ampulle	727,45 €
K23NUB-24	Avatrombopag (Doptelet ®), 20 mg Tablette	94,06 €
K23NUB-25	Bulevirtid (Hepcludex ®), 2 mg Inj. Flasche	458,09 €
K23NUB-26	Lusutrombopag (Mupleo ®), 3 mg Tablette	204,00 €
K23NUB-27	Remdesivir (Veklury ®), 100 mg Inj. Flasche	547,40 €

## **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 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.

Der krankenhausespezifische Pflegeentgeltwert beträgt **170,68 €**



## 9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

**in Höhe von 1,54 €**

Zuschlag 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 bzw. des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V jeden abzurechnenden Krankenhausfall

**in Höhe von 2,96 €<sup>2</sup>**

## 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:

Klinik	Vorstationäre Behandlung	Nachstationäre Behandlung
	Pauschale	Pauschale
Innere Medizin Kardiologie	156,97 €	61,36 €
Innere Medizin Gastroenterologie	164,64 €	63,91 €
Innere Medizin Angiologie	147,25 €	53,69 €
Chirurgie	100,72 €	17,90 €
Gefäßchirurgie	134,47 €	23,01 €
Orthopädie/Unfallchirurgie	133,96 €	20,96 €
Neurologie	114,02 €	40,90 €
Psychiatrie und Psychotherapie	125,78 €	37,84 €

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. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2023 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2023 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2023 zusammengefasst und abgerechnet.

## 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 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird nach § 43 b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

**13. Belegärzte**

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 10 sind nicht abgegolten:

Die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt gesondert berechnet<sup>3</sup>.

**14. 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.

**15. Inkrafttreten**

Dieser DRG Entgelttarif tritt am 01.02.2023 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG Entgelttarif vom 01.01.2023 aufgehoben.



**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

sollten Sie zu den Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen des Patientenmanagement hierfür gerne zur Verfügung.

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in das DRG Klassifikationssystem mit den dazugehörigen 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.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr Patientenmanagement

**Anmerkungen:**

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.