

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

Das Klinikum Aschaffenburg-Alzenau gemeinnützige GmbH  
berechnet am Standort Aschaffenburg und am Standort Alzenau ab dem 01.08.2021  
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 grundsätzlich 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 €** 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	0,528	€ 3.800,00	€ 2.006,40
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrolyse oder Arthrorese oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	3,223	€ 3.800,00	€ 12.247,40

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) gemäß § 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 gemäß § 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 **krankenhausesindividuelle 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 krankenhausesindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2021 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2021 keine krankenhausesindividuellen 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:

<b>ZE2020-01</b>	Beckenimplantate; OPS 5-785.2d	267,20 €
<b>ZE2020-03</b>	ECMO und PECLA, extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) bei Patienten jünger 61 Tage; OPS 8-852.03	7.750,00 €
<b>ZE2020-03</b>	ECMO und PECLA; OPS 8-852.00	5.500,00 €
<b>ZE2020-03</b>	ECMO und PECLA; OPS 8-852.01	6.750,00 €
<b>ZE2020-04</b>	Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich; OPS 5-020.71	4.350,00 €
<b>ZE2020-04</b>	Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich; OPS 5-020.72	5.375,00 €
<b>ZE2020-09</b>	Hämoperfusion; OPS 8-821.2 oder 8-856	1.250,00 €
<b>ZE2020-103</b>	Gabe von Rituximab, subkutan, je 1400 mg Fertigspritze; OPS 6-001.j*	2.378,00 €
<b>ZE2020-109</b>	Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran; OPS 8-854.8	960,00 €
<b>ZE2020-110</b>	Gabe von Tocilizumab, subkutan, je Fertigspritze 162 mg; OPS 6-005.n*	418,66 €
<b>ZE2020-111</b>	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral, je 100 mg; OPS 6-005.d*	282,60 €
<b>ZE2020-112</b>	Gabe von Abirateronacetat, oral, je 250 mg; OPS 6-006.2*	29,94 €
<b>ZE2020-120</b>	Gabe von Pemetrexed, parenteral, je 100 mg; OPS 6-001.c*	286,00 €
<b>ZE2020-122</b>	Gabe von Imatinib, oral, je 100 mg Tablette; OPS 6-001.g*	3,57 €
<b>ZE2020-123</b>	Gabe von Caspofungin, parenteral, je 50 mg; OPS 6-002.p*	28,50 €
<b>ZE2020-124</b>	Gabe von Voriconazol, oral, je 200 mg Tablette; OPS 6-002.5*	1,19 €
<b>ZE2020-125</b>	Gabe von Voriconazol, parenteral, je 200 mg; OPS 6-002.r*	6,19 €
<b>ZE2020-129</b>	Gabe von pegylierter Asparaginase, parenteral, je angef. 3.750 IE; OPS 6-003.p*	2.199,00 €
<b>ZE2020-13</b>	Immunadsorption; OPS 8-821.0	2.085,00 €
<b>ZE2020-13</b>	Immunadsorption; OPS 8-821.10	12.295,00 €
<b>ZE2020-13</b>	Immunadsorption; OPS 8-821.11	1.140,34 €
<b>ZE2020-140</b>	Gabe von Brentuximabvedotin, parenteral, je mg; OPS 6-006.b*	64,64 €
<b>ZE2020-141</b>	Gabe von Enzalutamid, oral, je 40 mg; OPS 6-007.6*	28,80 €
<b>ZE2020-144</b>	Gabe von Obinutuzumab, parenteral, je mg; OPS 6-007.j*	3,22 €
<b>ZE2020-145</b>	Gabe von Ibrutinib, oral, je 140 mg; OPS 6-007.e*	65,22 €
<b>ZE2020-146</b>	Gabe von Ramucirumab, parenteral, je mg; OPS 6-007.m*	4,00 €
<b>ZE2020-147</b>	Gabe von Bortezomib, parenteral, je mg; OPS 6-001.9*	85,00 €
<b>ZE2020-148</b>	Gabe von Adalimumab, parenteral; OPS 6-001.d* je 10 mg	107,10 €

<b>ZE2020-149</b>	Gabe von Infliximab, parenteral, je mg; OPS 6-001.e*	1,18 €
<b>ZE2020-151</b>	Gabe von Rituximab, intravenös, je mg; OPS 6-001.h*	1,54 €
<b>ZE2020-152</b>	Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik; OPS 1-945.0	1.000,00 €
<b>ZE2020-152</b>	Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik; OPS 1-945.1	1.300,00 €
<b>ZE2020-153</b>	Gabe von Trastuzumab, intravenös; OPS 6-001.k*	1,35 €
<b>ZE2020-154</b>	Gabe von Anidulafungin, parenteral, je 100 mg; OPS 6-003.k*	59,24 €
<b>ZE2020-156</b>	Gabe von Posaconazol, parenteral, je 300 mg; OPS 6-007.k*	445,33 €
<b>ZE2020-157</b>	Gabe von Pixantron, parenteral; OPS 6-006.e* je mg	15,19 €
<b>ZE2020-158</b>	Gabe von Pertuzumab, parenteral, je 420 mg; OPS 6-007.9*	2.609,23 €
<b>ZE2020-159</b>	Gabe von Blinatumomab, parenteral; OPS 6-008.7* je ug	64,10 €
<b>ZE2020-160</b>	Gabe von Pembrolizumab, parenteral, je 100 mg; OPS 6-009.3*	2.835,00 €
<b>ZE2020-161</b>	Gabe von Nivolumab, parenteral, je mg; OPS 6-008.m*	12,35 €
<b>ZE2020-163</b>	Gabe von Macitentan, oral, je 10 mg; OPS 6-007.h*	66,53 €
<b>ZE2020-164</b>	Gabe von Riociguat, oral; OPS 6-008.0*je Tablette je 0,5 bis 2,5 mg	29,16 €
<b>ZE2020-168</b>	Gabe von Daratumumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-009.a*	4,61 €
<b>ZE2020-169</b>	Gabe von Liposomalem Irinotecan, parenteral, je 1 mg; OPS 6-009.e*	22,95 €
<b>ZE2020-170</b>	Gabe von Bevacizumab, parenteral, je 100 mg; OPS 6-002.9*	1,54 €
<b>ZE2020-172</b>	Gabe von Posaconazol, oral, Suspension; OPS 6-007.0* je 10 mg	0,54 €
<b>ZE2020-173</b>	Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten, je 100 mg ; OPS 6-007.p* je 100 mg	10,91 €
<b>ZE2020-175</b>	Gabe von Filgrastim, parenteral, je 48 Mio. IE; OPS 6-002.1*	9,48 €
<b>ZE2020-176</b>	Gabe von Lenograstim, parenteral, je 34 Mio. IE; OPS 6-002.2*	11,31 €
<b>ZE2020-177</b>	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral, je 1 mg; OPS 6-002.7*	12,82 €
<b>ZE2020-22</b>	IABP; OPS 8-839.0	803,42 €
<b>ZE2020-25</b>	Modulare Endoprothesen, Hüfte; OPS 5-829.k oder 5-829.m	1.575,00 €
<b>ZE2020-25</b>	Modulare Endoprothesen, Knie; OPS 5-829.k oder 5-829.m	2.248,00 €
<b>ZE2020-25</b>	Modulare Endoprothesen, Schulter; OPS 5-829.k oder 5-829.m	1.750,00 €
<b>ZE2020-25</b>	Modulare Endoprothesen, Ellenbogen; OPS 5-829.k oder 5-829.m	1.750,00 €
<b>ZE2020-46A-4</b>	Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, vom Kaninchen parenteral, je applizierte volle 25 mg; OPS 8-812.3	476,00 €
<b>ZE2020-49</b>	Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) in Kombination mit Peritonektomie und ggf. mit Multiviszeralresektion oder hypertherme intrathorakale Chemotherapie (HITOC) in Kombination mit Pleurektomie und ggf. mit Tumorreduktion	4.150,00 €

<b>ZE2020-53</b>	Stentgraft-Prothesen an der Aorta, mit Fenestrierung oder Seitenarm oder patientenindividuell angefertigte Stent-Prothese; OPS 5-38a.7b oder 5-38a.7c oder 5-38a.7d oder 5-38a.8c oder 5-38a.8d oder 5-38a.8e oder 5-38a.8f oder 5-38a.c1 oder 5-38a.c2 oder 5-38a.c3 oder 5-38a.w	10.935,00 €
<b>ZE2020-54</b>	Selbstexpandierende Prothesen 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	900,00 €
<b>ZE2020-54</b>	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.n4 in Verbindung mit OPS 5-549.a	1.450,00 €
<b>ZE2020-56-1</b>	Bosentan, eine Tablette zu 62,5 oder 125 mg	0,03 €
<b>ZE2020-59-24</b>	Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral, je Mio IE; OPS 8-812.1*	10,18 €
<b>ZE2020-60</b>	Gabe von Interferon alfa-2b (nicht pegylierte Form), parenteral, je Applikation von 1 Mio. IE; OPS 8-812.2*	12,48 €
<b>ZE2020-61</b>	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren	22.000,00 €
<b>ZE2020-61</b>	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar; OPS 5-039.e2	25.000,00 €
<b>ZE2020-61</b>	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar; OPS 5-039.n2	24.000,00 €
<b>ZE2020-62</b>	Mikroaxial-Blutpumpe; OPS 8-839.46 oder 8-839.47	16.700,00 €
<b>ZE2020-63</b>	Gabe von Dibotermin alfa, Implantation am Knochen; OPS 6-003.4*	3.466,25 €
<b>ZE2020-75</b>	Gabe von Sorafenib, oral, je mg; OPS 6-003.b*	0,21 €
<b>ZE2020-77-31</b>	Gabe von Lenalidomid, oral, pro 1 mg; OPS 6-003.g*	15,12 €
<b>ZE2020-88</b>	Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen; OPS 1-942.1 oder 1-942.2 oder 1-942.3	1.225,00 €
<b>ZE2020-137</b>	Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII	nach Kostenaufwand
<b>ZE2020-138</b>	Gabe von Fibrinogenkonzentrat	nach Kostenaufwand
<b>ZE2020-139</b>	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren	nach Kostenaufwand

#### 4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2021

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 2021^

B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson	272,58 €
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	329,95 €
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	228,41 €
K01Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Frührehabilitation oder geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung	335,77 €
Y01Z	Operative Eingriffe bei schweren Verbrennungen oder Beatmung > 95 Stunden bei Verbrennungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte bei Verbrennungen	523,52 €
U01Z	Geschlechtsumwandelnde Operation	511,17 €

- 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

Palliativmedizin vollstationäre Behandlung je Berechnungstag	259,50 €
Palliativmedizin teilstationäre Behandlung je Behandlungstag	259,50 €

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2021 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 2021 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 2021 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. 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. 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:

45,50 €,

- 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 €.

- Testung 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 €.

## **7. 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 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

- Sicherstellungszuschlag gemäß § 5 Abs. 2 KHEntgG

entfällt

- Zuschlag zur Sicherstellung einer zusätzlichen Finanzierung von Krankenhausstandorten in ländlichen Versorgungslagen gemäß § 5 Abs. 2a KHEntgG je abgerechneten voll- und teilstationären Fall

entfällt

- Zuschlag für Zentren/Schwerpunkte nach § 5 Abs. 3 KHEntgG

In Höhe von 0,32%

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

In Höhe von 19,60 €

- Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 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

- 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

- Fixkostendegressionsabschlag gemäß § 4 Abs. 2a KHEntgG

entfällt

auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen.

-

- Zuschlag für Abschlagszahlungen nach § 6 der *Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser*

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

in Höhe von 0,11%

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 Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG

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 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 0,06 %

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.

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

Zuschlag externe Qualitätssicherung

in Höhe von 1,13 €

Zuschlag Qualitätssicherung „Akutversorgung Schlaganfallpatienten“

in Höhe von 3,10 €

- Abschlag wegen Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i Abs. 5 SGB V i.V.m. § 8 Abs. 4 KHEntgG

entfällt

- Abschlag wegen Nichteinhaltung der Untergrenze für den Pflegepersonalquotienten nach § 137j Abs. 2a SGB V

entfällt

- 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

entfällt

- Zuschlag für klinische Sektionen nach § 5 Abs. 3b KHEntgG je voll- und teilstationären Fall

entfällt

Zuschlag gemäß § 5 Abs. 2 KHEntgG für die telemedizinische Versorgung von Schlaganfällen im bayerischen Schlaganfallnetzwerk TRANSIT

in Höhe von 203,82 €

- Zuschlag nach § 5 Abs. 3d KHEntgG für implantatbezogene Maßnahmen nach § 2 Nr. 4 Implantateregistergesetz

entfällt

- Zuschlag nach § 5 Abs. 3g KHEntgG für Speicherung von Daten auf der elektronischen Patientenakte für jeden voll- und teilstationären Fall

in Höhe von 5,00 €

- Zuschlag nach § 5 Abs. 3g KHEntgG für Unterstützung von Versicherten bei erstmaliger Befüllung der elektronischen Patientenakte im aktuellen Behandlungskontext im Jahr 2021

in Höhe von 10,00 €

- 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 bis zum 31.12.2021

in Höhe von 20 €

bei nachgewiesener Infektion mit SARS-CoV-2

in Höhe von 40 €

- Zuschlag nach § 4 Abs. 10 KHEntgG zur Finanzierung bei Personalkosten bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hebammen

entfällt

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.

## 8. 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:

Andexanet alfa, je 200 mg Pulver	10,93 €
Arsentrioxid, je mg	57,67 €
Atezolizumab, je 1200 mg/20 ml	3.831,32 €
Avelumab, je 200 mg	4,62 €
Canakinumab, je 150 mg	85,96 €
Idelalisib, je 150 mg	71,54 €
Inotuzumab-Ozogamicin, je mg	10.782,98 €
Midostaurin, je 25 mg	136,38 €
Nilotinib, 1 mg	0,22 €
Palbociclib, je Kapsel	106,46 €
Ruxolitinib, je 10, 15 oder 20 mg Tablette	66,70 €
Transkatheter-Implantation einer interatrialen Shunt-Vorrichtung für die Behandlung von Herzinsuffizienz; OPS 8-837.b3	17.000,00 €
Venetoclax, je 10 mg Tablette	5,25 €

## 9. 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.

In Höhe von 252,20 €

## 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 voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von 1,89 €

### **11. 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

### **12. 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**

Preise nach § 3 der gemeinsamen Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115 a Abs. 3 SGB V

Kardiologie	156,97 €
Gastroenterologie	164,64 €
Pädiatrie	94,08 €
Allgemeine Chirurgie	100,72 €
Orthopädie	100,72 €
Nephrologie	140,61 €
Gefäßchirurgie	134,47 €
Unfallchirurgie	82,32 €
Neurochirurgie	48,57 €
Urologie	103,28 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13 €
Neurologie	114,02 €
Kinder- und Jugendpsychiatrie	50,11 €
Intensivmedizin (operativ)	104,30 €
Sonstige Fachabteilung	91,52 €
Innere Medizin Schwepunkt Kardiologie (Standort Alzenau)	147,25 €
Innere Medizin Schwepunkt Gastroenterologie (Standort Alzenau)	147,25 €

## **b. nachstationäre Behandlung**

Preise nach § 3 der gemeinsamen Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach §115 a Abs. 3 SGB V

Kardiologie	61,36 €
Gastroenterologie	63,91 €
Pädiatrie..	37,84 €
Allgemeine Chirurgie	17,90 €
Orthopädie	17,90 €
Nephrologie	67,49 €
Gefäßchirurgie	23,01 €
Unfallchirurgie	21,47 €
Neurochirurgie	21,99 €
Urologie	41,93 €
Frauenheilkunde	22,50 €
Geburtshilfe	28,12 €
Neurologie	40,90 €
Kinder- und Jugendpsychiatrie	20,45 €
Intensivmedizin (operativ)	36,81 €
Sonstige Fachabteilung (Schmerztherapie)	24,54 €
Innere Medizin Schwepunkt Katdiologie (Standort Alzenau)	53,69 €
Innere Medizin Schwepunkt Gastroenterologie (Standort Alzenau)	53,69 €

## **c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten**

Leistungen nach den DKG-NT-Ziffern, Preise nach § 3 der gemeinsamen Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach §115 a Abs. 3 SGB V

### Computer-Tomographie-Geräte (CT)

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)

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 €

### Linksherzkatheter-Messplätze (LHM)

627	61,36 €
628	32,72 €
629	81,81 €
5315	89,99 €
5316, 5325	122,71 €
5317, 5326	16,36 €
5318	24,54 €
5324	98,17 €
327	40,90 €
5328	49,08 €

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.

### 13. Entgelte für sonstige Leistungen

Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.

1. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus

99,00 €

2. Nutzung der Kühlzelle (incl. MwSt) je Tag

20,00 € bis zum 6. Tag

40,00 € ab dem 7. Tag

### 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 § 43c 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 – 12 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.

## **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 01.08.2021 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif vom 01.04.2021 aufgehoben.

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

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter der Patientenadministration 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.

Aschaffenburg, den 01.08.2021

gez. Thorsten Pech  
Kaufmännischer Leiter/Prokurist