

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

Das Krankenhaus Sachsenhausen berechnet ab dem **1. Mai 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 Zahl-Landesbasisfallwert liegt bei **3783,24 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
E69A	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung, Alter < 1 Jahr ohne RS-Virus-Infektion oder bei Para- / Tetraplegie	0,896	3.654,15	3.274,12 €
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen	0,502	3.654,15	1.834,38 €

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 Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 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.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

Zusatzentgelt	Bezeichnung	OPS-Kode	Betrag
ZE101.01	Medikamente-freisetzende Koronarstents, 1 Stent	8-837.m0 8-83d.20	46,68 €
ZE101.02	Medikamente-freisetzende Koronarstents, 2 Stents	8-837.m1 8-837.m2 8-83d.21 8-83d.22	93,36 €
ZE101.03	Medikamente-freisetzende Koronarstents, 3 Stents	8-837.m3 8-837.m4 8-83d.23 8-83d.24	140,04 €
ZE101.04	Medikamente-freisetzende Koronarstents, 4 Stents	8-837.m5 8-837.m6 8-83d.25 8-83d.26	186,72 €
ZE106.01	Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisationen	8-836.n1	55,84 €
ZE106.03	Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisationen	8-836.03	167,52 €
ZE 106.04	Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisationen	8-836.n4	223,36 €
ZE108.04	Gabe von Erythrozytenkonzentraten	8-800.63	2.207,83 €
ZE137.01	Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen: ein Ballon	8-83b.ba	148,68 €
ZE137.02	Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen: zwei Ballons	8-83b.bb	527,16 €
ZE137.03	Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen: drei Ballons	8-83b.bc	905,64 €
ZE137.04	Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen: drei Ballons	8-83b.bd	1.284,12 €
ZE144.04	Gabe vpn Romiplostim, parenteral	6-005.93	1.219,79 €
ZE162	Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten	9-984-8 9-984.9 9-984.a	DRG Tabelle 1

ZE163	Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten	9-984-8 9-984.9 9-984.a	DRG Tabelle 1
BDSARS2	Testung des Coronavirus SARS-CoV-2		52,50 €
BDSARSAG	Testung des Coronavirus SARS-CoV-2 als Antigentest		19,00 €

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

Das Krankenhaus berechnet folgende krankenhausindividuellen Zusatzentgelte:

Zusatzentgelt	Bezeichnung	OPS-Kode	Betrag
ZE2021-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-429.j3	605,00 €
ZE2021-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-449.h3	605,00 €
ZE2021-67	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal	8-840.04	600,00 €
ZE2021-123	Gabe von Caspofungin, parenteral	6-002.p*	0,60 €

Können für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2021 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung keine krankenhausindividuellen 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 krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

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 gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

Das Krankenhaus hat zurzeit keine krankenhausindividuellen Entgelte vereinbart.

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 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 gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 3 KHG

Für folgende Leistungen, die in den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2a KHEntgG folgende gesonderte Zusatzentgelte vereinbart:

Das Krankenhaus hat zurzeit keine Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen vereinbart.

6. Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen gem. §17a Abs. 1 KHEntG

Gemäß §17a KHG berechnet das Krankenhaus einen krankenhausesindividuellen Zuschlag je voll- und teilstationären Fall zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütung.

EUR 64,89

7. Ausbildungszuschlag gem. §33 PflBG

(= neuer Ausbildungsfonds beim LAGeSO) für jeden voll- und teilstationären Fall aus dem Bereich des KHEntgG und der BpflV

EUR 83,82

8. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17 Abs. 1 Nr. 4 KHEntG

Nach § 17b Abs. 1 Nr. 4 KHG sind für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage des § 137 SGB V Zuschläge zu vereinbaren. Dieser Zuschlag beträgt je vollstationären Fall

EUR 0,81

9. DRG-Systemzuschlag nach §17 b Abs. 5 KHEntG

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

EUR 1,66

10. Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

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

EUR 1,89

11. Zuschlag für Erlösausgleich §5 Abs. 4 KHEntG

Zuschlag für Erlösausgleiche gem. § 5 Abs. 4 KHEntG auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 und Abs. 2a KHEntG

entfällt %

12. Zuschlag für zusätzliches Pflegepersonal nach §4 Abs. 8 Satz 5 KHEntG

Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß §4 Abs. 8 KHEntG

entfällt %

13. Krankenhaushygienezuschlag gem. §4 Abs. 11 KHEntG

Zur Finanzierung von Mehrkosten für Maßnahmen zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes im Sinne des § 4 Abs. 11 Satz 1 Nr. 1,2 und 3 KHEntG wird gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 KHEntG ein Zuschlag in Höhe von

0,30 %

auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen, der Zusatzentgelt und der sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 und Abs. 2a KHEntG abgerechnet

14. Mehrleistungsabschlag/Fixkostendegressionsabschlag nach §4 Abs. 2a und 2b KHEntG

Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen

entfällt

15. Zuschlag für Preis- und Mengensteigerungen infolge des Coronavirus nach §21 (6) KHEntG

Zuschlag für die Abgeltung von Preis- und Mengensteigerungen infolge des neuartigen Coronavirus Sars Cov-2, insbesondere bei persönlichen Schutzausrüstungen, nach §21 Abs. 6 KHG je abgerechneten voll- und teilstationärem Fall.

Testergebnis negativ	EUR 40,00
Testergebnis positiv	EUR 80,00

16. Zusatzentgelt für Testung auf Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gemäß der Vereinbarung nach §26 Abs. 2 KHEntG

Für Kosten, die dem Krankenhaus für Testungen von Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurde, auf die eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 entstehen, rechnet das Krankenhaus auf Grund der Vereinbarung nach §26 Abs. 2 KHEntG gesondert folgende Zusatzentgelte ab:

PCR-Test	EUR 52,50
Antigentest	EUR 19,00

Darüber hinaus kann sich aus weiteren gesetzlichen Bestimmungen die Notwendigkeit zur Erhebung von Zu- und Abschlägen ergeben.

17. Zuschlag Teilnahme an der Notfallversorgung § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntG

EUR 12,40

18. Zuschlag für nicht refinanzierte Tarifsteigerungen der Pflege § 8 Abs. 11 KHEntG

Zuschlag zum pauschalen Ausgleich nicht refinanzierter Tarifsteigerungen im Bereich des Pflegepersonals nach §8 Abs. 11 KHEntG

entfällt

19. Begleitperson medizinisch notwendig

Für die Aufnahme einer medizinischen notwendigen Begleitperson nach §17b Abs. 1 KHG wird pro Tag ein Betrag abgerechnet in Höhe von

EUR 45,00

Die Höhe des Zuschlages ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach §17 b Abs. 1 Satz 4 KHEntG geregelt, Dieser Zuschlag betrifft im Übrigen nur die Fälle der medizinisch notwendigen Aufnahme von Begleitpersonen und ist von der wahlweisen Unterbringung einer Begleitperson zu unterscheiden.

20. Tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach §7 Abs. 1 Ziff. 6a KHEntG.

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 KHEntG über einen krankenhausindividuellen 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 Übergangsfaktor bis zur Vereinbarung eines Pflegebudgets für das Jahr 2021 beträgt

EUR 163,09

21. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 7 Abs. 1 Ziff. 6 KHEntG

Für die Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUBs), die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und bundeseinheitlich festgelegten Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können und die nicht gem. § 137 c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntG zurzeit folgende zeitlich befristeten fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab.

Das Krankenhaus hat folgende zeitlich befristeten fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte vereinbart.

NUB lfd. InEK Nr..	Bezeichnung	OPS-Kode	Betrag
1	Idarucizumab pro 2,5 mg	6-008.f	2.082,50 €
2	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße (50 mm)	8-842.** 8-83b.e1	1.599,82 €
2	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße (100 mm)	8-842.** 8-83b.e1 8-83b.f1	2.074,49 €
2	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße (150 mm)	8-842.** 8-83b.e1 8-83b.f2	2.518,54 €
2	Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße (200 mm)	8-842.** 8-83b.e1 8-83b.f4	3.754,39 €
6	Gabe von Ustekinumab, parenteral (Stelara) 45 mg	6-005.j	4.692,88 €
6	Gabe von Ustekinumab, parenteral (Stelara) 90 mg	6-005.j	4.799,87 €
9	Vedolizumab 300 mg	6-008.5	2.310,71 €
43	Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse, Shunt-Revision (5 cm)	8-83b.e1 8-842.**	1.653,57 €

43	Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse Shunt-Revision (10 cm)	8-83b.e1 8-83b.f1 8-842.**	2.081,57 €
43	Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse Shunt-Revision (15 cm)	8-83b.e1 8-83b.f1 8-842.**	2.525,62 €

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

Gem. § 115 a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind:

Fachabteilung	Vorstationäre Behandlung	Nachstationäre Behandlung
Chirurgie	100,72 €	17,90 €
Endokrinologie (Diabetologie)	310,87 €	44,48 €
Gynäkologie / Geburtshilfe	119,13 €	22,50 €
Innere Medizin	147,25 €	53,69 €

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.

23. 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.
- Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus nach der aktuellen GOÄ, max. einen Betrag von **40,00 €**.
- Patienten, die keinerlei ärztlicher Leistung mehr bedürfen, aber noch im Krankenhaus versorgt werden (Pflegefälle) wird pro Tag ein Entgelt in Höhe von **174,57 €** berechnet.

24. 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 EUR 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.

25. Entgelte bei Wiederaufnahmen und Rückverlegungen

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.

26. Leistungen von Belegärzten und 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.

27. 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:

a. Ärztliche Leistungen

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung „ärztliche Leistungen“ kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit das Krankenhaus selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.

Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung. Nach § 6a Abs. 1 GOÄ erfolgt bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen/privatärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25%; bei Leistungen und Zuschlägen von Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten um 15%. Das Arzthonorar wird in der Regel gesondert von den jeweils liquidationsberechtigten Krankenhausärzten geltend gemacht, sofern nicht die Verwaltung des Klinikums oder eine externe Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt tätig wird.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden vom nachfolgend aufgeführten Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtung persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts (§ 4 Abs.2 Satz 1 GOÄ/GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs.2 Satz 3 GOÄ/GOZ) erbracht:

Fachabteilung	Wahlarzt	Ständiger ärztlicher Vertreter
Anästhesie	Dr. med. Konrad Stubbig Chefarzt	Bernd Vogt Oberarzt
Chirurgie	Dr. med. Plamen Staikov Chefarzt	Holger Bahn Oberarzt
Diabetologie	Ralf Jung Chefarzt	Dr. med. Klara Stein Oberärztin (klin. Diabetologie) Dr. med. Birgit Cornell (strukt. Diabetestherapie)
Gastroenterologie	Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. Jürgen Stein Leitender Arzt Gastroenterologie	Prof. Dr. med. Oliver Schröder Oberarzt

Geburtshilfe	PD Dr. med. habil. Anke Reitter Chefärztin	Norman Döhring Oberarzt (Geburtshilfe) Dr. med. Ljudmila Zaric Dr. med. Ivana Krizic Oberärztin (Urogynäkologie)
Gynäkologie	Prof. Dr. med. Amadeus Hornemann Chefarzt	Dr. med. Christoph Therre Oberarzt (operative Gynäkologie) Dr. med. Ivana Krizic Oberärztin (Urogynäkologie)
Innere Medizin	Prof. Dr. med. Claudius Teupe Chefarzt	Dr. med. Sven Faßbender Oberarzt (Innere Medizin) Ralf Strehmel Oberarzt (Innere Medizi)
Koloproktologie	Dr. med. Adal Saeed Ltd. Arzt Koloproktologie	
Radioangiologie Interventionelle Radiologie	Arun Kumarasamy Chefarzt	Dr. med. Oliver Ruprecht Oberarzt
Unfallchirurgie	Dr. med. Hasso Berker Leitender Arzt Unfallchirurgie	Franz Ulrich Birne Oberarzt

Die ärztlichen Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von diesen nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

b. Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer oder 2-Bett-Zimmer

Für die Wahlleistung Unterkunft sowie die Unterbringung einer Begleitperson einschließlich Verpflegung werden Zuschläge pro Berechnungstag erhoben. Berechnungstag in diesem Sinne ist der Tag der Aufnahme zuzüglich jedes weiteren Aufenthaltstages. Der Tag der Entlassung bzw. Verlegung wird bei der Berechnung nicht berücksichtigt. Folgende Zuschläge werden pro Berechnungstag erhoben:

Chirurgie

1-Bett-Zimmer mit Sanitärzone	90,31 €
1-Bett-Zimmer ohne Sanitärzone	82,18 €
2-Bett-Zimmer mit Sanitärzone	39,82 €
Begleitperson	103,25 €

Diabetologie

1-Bett-Zimmer mit Sanitärzone	90,31 €
1-Bett-Zimmer ohne Sanitärzone	81,97 €
2-Bett-Zimmer mit Sanitärzone	40,51 €
2-Bett-Zimmer ohne Sanitärzone	34,83 €
Begleitperson	99,30 €

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

1-Bett-Zimmer mit Sanitärzone	90,65 €
2-Bett-Zimmer mit Sanitärzone	38,75 €
Begleitperson	100,00 €
Familienzimmer (nach Entbindung)	95,00 €

Innere Medizin

1-Bett-Zimmer mit Sanitärzone	89,24 €
1-Bett-Zimmer ohne Sanitärzone	82,52 €
2-Bett-Zimmer mit Sanitärzone	39,82 €
2-Bett-Zimmer ohne Sanitärzone	34,16 €
Begleitperson	96,64 €

Suiten

Suite 1 (groß)	145,00€
Suite 2	130,00€

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 1. März 2021 in Kraft. Gleichzeitig wird der ab 1. März 2021 geltende Entgelttarif aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter unseres Patientenmanagements hierfür gerne zur Verfügung.

Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in die gesetzlichen Grundlagen und 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.

Krankenhaus Sachsenhausen

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.