

***DRG-Entgelttarif für Krankenhäuser
im Anwendungsbereich des KHEntgG
Unterrichtung des Patienten gem. § 8 KHEntgG***

Das RoMed Klinikum Rosenheim berechnet ab **01. Januar 2022** 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 2022) und circa 28.000 Prozeduren (OPS Version 2022) 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 3.825,44€ und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiele (Basisfallwert hypothetisch):

| DRG | DRG-Definition | Relativgewicht | Basisfallwert | Entgelt |
|------------|--|-----------------------|----------------------|----------------|
| B79Z | Schädelfrakturen | 0,718 | € 3.825,44 | € 2.746,67 |
| DRG | DRG-Definition | Relativgewicht | Basisfallwert | Entgelt |
| I04Z | Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoproth. am Kniegelenk mit komplizierender Diagn. oder Arthrodesen | 3,621 | € 3.825,44 | € 13.851,92 |

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 2022 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2022 (FPV 2022) 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 2022

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 2022 (FPV 2022).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltekatalogen gem. § 5 FPV 2022

Gem. § 17b Abs. 1 S. 12 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 2022 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2022 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2022 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 2022 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 2022 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2022 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Das Klinikum Rosenheim berechnet folgende Zusatzentgelte:

| Zusatzentgelte ohne Anlage 2 FPV 2019 und ohne Zusatzentgelten nach § 6 Abs. 2 a KHEntgG | | |
|--|---|-------------|
| 760xxxxx | | |
| 76000010 | Bezeichnung ZE2019-01 Beckenimplantate; OPS 5-785.2d oder 5-785.3d oder 5-785.4d oder 5-785.5d Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 3.333,53 |
| 76000774 | Bezeichnung ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.00 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 5.648,00 € |
| 76000775 | Bezeichnung ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.01 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 6.468,00 € |
| 76000E78 | Bezeichnung ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.03 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 7.825,00 € |
| 76000E79 | Bezeichnung ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.04 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 8.500,00 € |
| 76000E7A | Bezeichnung ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.05 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 8.500,00 € |
| 76000E7B | Bezeichnung ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.06 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 8.500,00 € |
| 76000E7C | Bezeichnung ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.07 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 12.000,00 € |
| 76000E7D | Bezeichnung ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.08 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 12.000,00 € |
| 76000E7E | Bezeichnung ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.09 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 15.500,00 € |
| 76000EDP | Bezeichnung ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.0b Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 19.000,00 € |

| | | |
|----------|---|-------------|
| 76000EDQ | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.0c Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 22.500,00 € |
| 76000EDR | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.0d Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 26.000,00 € |
| 76000EDS | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.0e Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 29.500,00 € |
| 76000777 | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.30 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 5.200,00 € |
| 76000040 | ZE2019-04 Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich; OPS 5-020.6 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 4.500,00 € |
| 76000050 | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-05 Distraction am Gesichtsschädel; OPS 5-776.6 oder 5-776.7 oder 5-776.9 oder 5-777.*1 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 1.580,00 € |
| 76000822 | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-13 Immunadsorption; OPS 8-821.0 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 1.800,00 € |
| 76000150 | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-15 Zellapherese; OPS 8-823 oder 8-825.* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 692,00 € |
| 7600022A | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-22 IABP; OPS 8-839.0 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 809,51 € |
| 76096922 | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-25 Modulare Endoprothesen, Hüfte; OPS 5-829.k oder 5-829.m Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 1.500,00 € |
| 76096921 | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-25 Modulare Endoprothesen, Knie; OPS 5-829.k oder 5-829.m Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 2.250,00 € |
| 76096923 | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-25 Modulare Endoprothesen, Schulter; OPS 5-829.k oder 5-829.m Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 1.700,00 € |
| 76000410 | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-41 Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems; OPS 8-977 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 1.133,00 € |

| | | |
|----------|---|------------|
| 76000490 | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-49 Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) in Kombination mit Peritonektomie und ggf. mit Mul Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 4.046,00 € |
| 7609054B | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.j1 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 783,60 € |
| 7609054D | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.j4 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 1.343,76 € |
| 7609054F | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.ja Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 2.016,15 € |
| 7609054V | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.jc Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 845,00 € |
| 7609054X | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.je Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 1.691,00 € |
| 7609054Z | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-429.jg Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 2.517,00 € |
| 76000908 | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-449.h3 Ergänzende Festlegungen | 820,00 € |

| | | |
|----------|--|-------------|
| 76000913 | Bezeichnung ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-469.k3 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 820,00 € |
| 7609054I | Bezeichnung ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-489.g0 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 820,00 € |
| 7609054A | Bezeichnung ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-513.m* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 800,00 € |
| 7609054B | Bezeichnung ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-513.n* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 800,00 € |
| 7609054C | Bezeichnung ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-517.** Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 800,00 € |
| 7609054Q | Bezeichnung ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-526.e0 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 791,84 € |
| 7609054R | Bezeichnung ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-526.f0 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 791,84 € |
| 7609054S | Bezeichnung ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.g* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 791,84 € |
| 7609054T | Bezeichnung ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.j* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 791,84 € |
| 7609054D | Bezeichnung ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.n4 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 791,84 € |
| 7609054E | Bezeichnung ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.p2 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 791,84 € |
| 7609054F | Bezeichnung ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.r3 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 1.076,04 € |
| 7609054G | Bezeichnung ZE2019-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt; OPS 5-529.s2 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 1.076,04 € |
| 7609061F | Bezeichnung ZE2019-61 Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensyst Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 23.500,00 € |

| | | |
|----------|---|-------------|
| 7609081K | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-61 Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensyst Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 20.000,00 € |
| 76090828 | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-62 Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge bis 2,5 l; OPS 8-839.42 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 10.400,00 € |
| 76090829 | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-62 Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge mehr als 2,5 l; OPS 8-839.42 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 17.493,00 € |
| 7609086B | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-86 Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen; OPS 5-039.g Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 10.000,00 € |
| 7609086C | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-86 Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen; OPS 5-039.h Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 10.000,00 € |
| 7609086L | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-86 Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen; OPS 5-039.p Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 10.000,00 € |
| 7609088A | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-88 Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen; OPS 1-942.1 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 824,00 € |
| 7609088B | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-88 Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen; OPS 1-942.2 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 1.133,00 € |
| 7609088C | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-88 Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen; OPS 1-942.3 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 1.370,00 € |
| 76091090 | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-109 Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran; OPS 8-854.8 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 855,00 € |
| 7600009B | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-09 Hämoperfusion; OPS 8-856 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 936,00 € |
| 76090E9P | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-152 Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik; OPS 1-945.0 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 1.100,00 € |
| 76090E9Q | <u>Bezeichnung</u> ZE2019-152 Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik; OPS 1-945.1 Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 1.700,00 € |

| | | |
|----------|---|----------|
| 76096025 | <p>Bezeichnung ZE2019-56-1 Bosentan, eine Tablette zu 62,5 oder 125 mg Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 11,36 € |
| 76096416 | <p>Bezeichnung ZE2019-58-25 Gabe von Alpha-1-Proteinaseinhibitor, human, parenteral, je 1000 mg; OPS 8-812.0* Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 0,38 € |
| 76097878 | <p>Bezeichnung ZE2018-59 Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral, je Fertigspritze mit 3 Mio. IE; OPS 8-812.1* Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 20,43 € |
| 76097551 | <p>Bezeichnung ZE2019-59 Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral, 6 Mio. IE; OPS 8-812.1* Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 35,03 € |
| 76097552 | <p>Bezeichnung ZE2019-59 Gabe von Interferon alfa-2a (nicht pegylierte Form), parenteral, 9 Mio. IE; OPS 8-812.1* Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 61,30 € |
| 76096418 | <p>Bezeichnung ZE2019-69-11 Gabe von Hämin, parenteral, je 250 mg; OPS 6-004.1* Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 885,00 € |
| 76096813 | <p>Bezeichnung ZE2019-74 Gabe von Sunitinib, oral, je mg; OPS 6-003.a* Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 4,19 € |
| 76096430 | <p>Bezeichnung ZE2018-75-19 Gabe von Sorafenib, oral, pro 1 mg Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 0,21 € |
| 76096468 | <p>Bezeichnung ZE2018-77-27 Gabe von Lenalidomid, oral, pro 10 mg; OPS 6-003.g* Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 322,24 € |
| 76096470 | <p>Bezeichnung ZE2018-77-29 Gabe von Lenalidomid, oral, pro 25 mg; OPS 6-003.g* Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 371,91 € |
| 76096464 | <p>Bezeichnung ZE2019-79-25 Gabe von Nelarabin, parenteral, je 250 mg Flasche Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 433,28 € |
| 76096664 | <p>Bezeichnung ZE2018-84 Gabe von Ambrisentan, oral, je Tablette Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 119,45 € |
| 76096658 | <p>Bezeichnung ZE2018-85 Gabe von Temezirolimus, parenteral, je 1 mg; OPS 6-004.e* Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 35,58 € |
| 76096767 | <p>Bezeichnung ZE2019-91 Gabe von Dasatinib, oral, je mg; OPS 6-004.3* Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 1,60 € |

| | | |
|----------|--|----------|
| 76097290 | <p>Bezeichnung ZE2018-101 Gabe von Mifamurtid, parenteral, je mg; OPS 6-005.g^a Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 872,59 € |
| 76097365 | <p>Bezeichnung ZE2018-103 Gabe von Rituximab, subkutan, je mg; OPS 6-001.j^a Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 1,93 € |
| 76097366 | <p>Bezeichnung ZE2018-104 Gabe von Trastuzumab, subkutan, je mg; OPS 6-001.m^a Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 4,10 € |
| 76097327 | <p>Bezeichnung ZE2019-106 Gabe von Abatacept, subkutan, je mg; OPS 6-003.t^a Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 1,95 € |
| 76091100 | <p>Bezeichnung ZE2019-110 Gabe von Tocilizumab, subkutan; OPS 6-005.n^a Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 2,63 € |
| 76091110 | <p>Bezeichnung ZE2019-111 Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral; OPS 6-005.d^a Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 3,88 € |
| 76091120 | <p>Bezeichnung ZE2019-112 Gabe von Abirateronacetat, oral; OPS 6-006.2^a Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 0,12 € |
| 76097375 | <p>Bezeichnung ZE2019-113 Gabe von Cabazitaxel, parenteral, je mg; OPS 6-006.1^a Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 59,50 € |
| 76091200 | <p>Bezeichnung ZE2019-120 Gabe von Pemetrexed, parenteral; OPS 6-001.c^a Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 2,26 € |
| 76097510 | <p>Bezeichnung ZE2019-121 Gabe von Etanercept, parenteral, je 25 mg; OPS 6-002.b^a Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 168,85 € |
| 76091220 | <p>Bezeichnung ZE2019-122 Gabe von Imatinib, oral; OPS 6-001.g^a Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 0,26 € |
| 76097477 | <p>Bezeichnung ZE2019-123 Gabe von Caspofungin, parenteral, je 50 mg; OPS 6-002.p^a Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 30,94 € |
| 76097512 | <p>Bezeichnung ZE2019-123 Gabe von Caspofungin, parenteral, je 70 mg; OPS 6-002.p^a Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 39,87 € |
| 76097544 | <p>Bezeichnung ZE2019-124 Gabe von Voriconazol, oral, je 50 mg; OPS 6-002.5^a Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 0,45 € |

| | | |
|----------|---|----------|
| 76097480 | <p>Bezeichnung ZE2019-125 Gabe von Voriconazol, parenteral, je 200 mg; OPS 6-002.r* Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 6,13 € |
| 76097508 | <p>Bezeichnung ZE2018-130 Gabe von Belimumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-006.6* Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 1,29 € |
| 76097602 | <p>Bezeichnung ZE2019-131 Gabe von Defibrotid, parenteral, je mg; OPS 6-005.k* Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 2,53 € |
| 76097516 | <p>Bezeichnung ZE2019-132 Gabe von Thiotepa, parenteral, je 100 mg Ampulle; OPS 6-007.n* Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 963,90 € |
| 76097822 | <p>Bezeichnung ZE2019-140 Gabe von Brentuximabvedotin, parenteral, je mg; OPS 6-006.b* Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 72,03 € |
| 76097626 | <p>Bezeichnung ZE2018-141 Gabe von Enzalutamid, oral, je 40 mg; OPS 6-007.6* Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 30,00 € |
| 76091420 | <p>Bezeichnung ZE2019-142 Gabe von Aflibercept, intravenös; OPS 6-007.3* Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 3,57 € |
| 76097760 | <p>Bezeichnung ZE2018-143 Gabe von Eltrombopag, oral, je 50 mg; OPS 6-006.0* Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 95,56 € |
| 76091440 | <p>ZE2019-144 Gabe von Obinutuzumab, parenteral; OPS 6-007.j* Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 3,33 € |
| 76097627 | <p>Bezeichnung ZE2019-145 Gabe von Ibrutinib, oral, je 140 mg; OPS 6-007.e* Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 68,44 € |
| 76097821 | <p>Bezeichnung ZE2018-146 Gabe von Ramucirumab, parenteral, je mg; OPS 6-007.m* Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 4,05 € |
| 76097707 | <p>Bezeichnung ZE2019-147 Gabe von Bortezomib, parenteral, je mg; OPS 6-001.9* Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 380,86 € |
| 76097706 | <p>Bezeichnung ZE2019-148 Gabe von Adalimumab, parenteral, je mg; OPS 6-001.d* Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 20,09 € |
| 76097702 | <p>Bezeichnung ZE2019-149 Gabe von Infliximab, parenteral, je mg; OPS 6-001.e* Ergänzende Festlegungen</p> <p>Abrechnungsbestimmungen</p> | 1,90 € |

| | | |
|----------|---|-------------|
| 76091500 | Bezeichnung ZE2019-150 Gabe von Busulfan, parenteral; OPS 6-002.d* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 3,27 € |
| 76097764 | Bezeichnung ZE2019-151 Gabe von Rituximab, intravenös, je 100 mg; OPS 6-001.h* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 198,49 € |
| 76091530 | Bezeichnung ZE2019-153 Gabe von Trastuzumab, intravenös; OPS 6-001.k* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 2,42 € |
| 76091540 | Bezeichnung ZE2019-154 Gabe von Anidulafungin, parenteral; OPS 6-003.k* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 1,13 € |
| 76091560 | Bezeichnung ZE2019-156 Gabe von Posaconazol, parenteral; OPS 6-007.k* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 1,50 € |
| 76091570 | Bezeichnung ZE2019-157 Gabe von Pixantron, parenteral; OPS 6-006.e* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 15,39 € |
| 76091580 | Bezeichnung ZE2019-158 Gabe von Pertuzumab, parenteral; OPS 6-007.9* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 6,68 € |
| 76091590 | Bezeichnung ZE2019-159 Gabe von Blinatumomab, parenteral; OPS 6-008.7* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 67,46 € |
| 76091600 | Bezeichnung ZE2019-160 Gabe von Pembrolizumab, parenteral; OPS 6-009.3* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 30,23 € |
| 76091610 | Bezeichnung ZE2019-161 Gabe von Nivolumab, parenteral; OPS 6-008.m* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 11,81 € |
| 76091620 | Bezeichnung ZE2019-162 Gabe von Carfilzomib, parenteral; OPS 6-008.9* Ergänzende Festlegungen | 19,56 € |
| 76098058 | Bezeichnung ZE2019-163 Gabe von Macitentan, oral, je 10 mg; OPS 6-007.h* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 65,85 € |
| 76098059 | Bezeichnung ZE2019-164 Gabe von Riociguat, oral, je Tablette; OPS 6-008.0* Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 20,86 € |
| 76091650 | Bezeichnung ZE2019-165 Gabe von Nusinersen, intrathekal; OPS 6-00a.d Ergänzende Festlegungen Abrechnungsbestimmungen | 89.530,40 € |

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV 2022

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 tages- bzw. fallbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

| | | | |
|--|---|--------------------|----------|
| B61B | Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks außer bei Transplantation | Abrechnung pro Tag | € 417,97 |
| E76A | Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage | Abrechnung pro Tag | € 339,95 |
| B76A | Anfälle, mehr als 1 Beleg.tag, mit komplexer Diagnostik und Therapie | Abrechnung pro Tag | € 433,10 |
| U41Z | Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen | Abrechnung pro Tag | € 352,93 |
| | Palliativmedizin (Besondere Einrichtung) | Abrechnung pro Tag | € 467,75 |
| Teilstationäre Leistungen (Leistungen nach Anlage 3b FPV 2022 und sonstige teilstationäre Leistungen) | | | |
| | Teilstationäre Onkologie | Abrechnung pro Tag | € 488,62 |
| | Teilstationäre Behandlung Pädiatrie | Abrechnung pro Tag | € 319,72 |
| | Teilstationäre Schmerztherapie | Abrechnung pro Tag | € 355,56 |

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2022 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 2022 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 2022 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2022 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 KHEntgG

Keine Entgelte

6. Zu- und Abschläge gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 4 KHEntgG

- a) Gem. § 17 a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten.
Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig: **51,50 €**
- b) Gem. §33 Abs. 3 S.1 PflBG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationären Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig: **141,67 €**
- c) Ferner berechnet das Krankenhaus gem. § 17b Abs. 1 Satz 4 und 6 KHG folgende Zuschläge / Abschläge:

Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen

in Höhe von 45,- € pro Tag

Zuschlag für das Onkologische Zentrum nach § 5 Abs. 1 bis 3 KHEntgG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von 10,25 €

Zuschlag zur Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) nach § 5 Abs. 3c KHEntgG **in Höhe von 0,21%** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen, der Zusatzentgelte und der sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 .

8. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 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 gem. § 137 c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG die in **Anhang 1** aufgeführten zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte in EURO ab.

9. Qualitätssicherungszu- und abschläge nach § 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG

Qualitätssicherungszuschlag entsprechend der zweiten Ergänzungsvereinbarung zur Qualitätssicherung

in Höhe von € 0,81

10. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

in Höhe von € 1,26

- b) 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 und für die Finanzierung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137 a SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall

in Höhe von € 2,67

- c) Zuschlag Notfallversorgung §9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG für jeden abzurechnenden Krankenhausfall

in Höhe von € 24,52

11. 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.

12. Weitere Zu- und Abschläge

a) Zuschlag für die Qualitätssicherung für Schlaganfallpatienten

in Höhe von € 3,10

b) Zuschlag für das Telemedizinische Pilotprojekt zur integrierten Schlaganfallversorgung (TEMPiS)

in Höhe von € 191,30

c) Zuschlag für das Modellprojekt „Flying Interventionalist“

in Höhe von € 15.691,00

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

Gem. § 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

| | |
|--|----------|
| - Innere Medizin | € 147,25 |
| - Pädiatrie | € 94,08 |
| - Neonatologie | € 51,64 |
| - Allgemeine Chirurgie | € 100,72 |
| - Unfallchirurgie | € 82,32 |
| - Urologie | € 103,28 |
| - Orthopädie | € 133,96 |
| - Frauenheilkunde und Geburtshilfe | € 119,13 |
| - Neurologie | € 114,02 |
| - Intensivmedizin | € 104,30 |
| - Kinderchirurgie (Beleg) | € 61,36 |
| - Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (Beleg) | € 78,74 |
| - Augenheilkunde (Beleg) | € 68,51 |
| - Zahn- und Kieferheilkunde (Beleg) | € 64,42 |
| - Schlaflabor 1. Nacht | € 385,00 |
| - Schlaflabor jd. weitere Nacht innerh. 5 Tg | € 230,00 |

b) nachstationäre Behandlung

| | |
|---|---------|
| - Innere Medizin | € 53,69 |
| - Pädiatrie | € 37,84 |
| - Neonatologie | € 23,01 |
| - Allgemeine Chirurgie | € 17,90 |
| - Unfallchirurgie | € 21,47 |
| - Urologie | € 41,93 |
| - Orthopädie | € 20,96 |
| - Frauenheilkunde und Geburtshilfe | € 22,50 |
| - Neurologie | € 40,90 |
| - Intensivmedizin | € 36,81 |
| - Kinderchirurgie (Beleg) | € 24,54 |
| - Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (Beleg) | € 37,84 |
| - Augenheilkunde (Beleg) | € 38,86 |
| - Zahn- und Kieferheilkunde (Beleg) | € 23,52 |

Zusätzlich zu den Pauschalen für vor- oder 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) nach entsprechenden DKG-NT-Ziffern abgerechnet werden.

Gem. § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 KHEntG 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.

14. Entgelte für sonstige Leistungen

- a) Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
- b) Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus € 10,50

15. Zuzahlungen

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 € 10,00 je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V **im Auftrage der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

16. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gem. § 2 FPV 2022 oder der Rückverlegung gem. § 3 Abs. 3 FPV 2022 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2022 zusammengefasst und abgerechnet.

17. Belegärzte, Beleghebammen, Belegentbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 – 11 sind nicht abgegolten:

- a) die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses;
- b) die Leistungen von Beleghebammen bzw. Belegentbindungspflegern.
Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Beleghebamme / dem Belegentbindungspfleger gesondert berechnet.

18. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntgG):

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 (§ 115a SGB V) 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 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, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom nachfolgend aufgeführten Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtungen 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. Die Auflistung der Wahlärzte und deren ständige ärztliche Vertreter befindet sich im Anhang zu diesem Entgelttarif.

b) Unterkunft

Die Gesamtkosten für die Unterbringung werden aus den Kosten pro Berechnungstag gebildet. 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.

Begleitperson

- Für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson, welche aus medizinischen Gründen **nicht erforderlich** ist (**Wahlleistung**), werden **€ 45,00** pro Tag berechnet.

Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer:

- **Sh. Anhang 2**
- Eine Reservierung bzw. das Freihalten eines 1-Bett-Zimmers ist nach Vereinbarung kostenpflichtig. Für einen Zeitraum von maximal vier Tagen besteht die Möglichkeit der Reservierung bzw. des Freihaltens des gebuchten 1-Bett-Zimmers für den Fall, dass das Zimmer vorübergehend nicht genutzt werden kann. Während der Zeit der Reservierung / des Freihaltens, in welcher das Zimmer nicht anderweitig belegt wird, berechnet das Krankenhaus einen um 25 % geminderten Zimmerpreis.

Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer:

- **Sh. Anhang 2**

c) Telefon u. TV inklusive Flatrate, Grundgebühr: **€ 3,90 je Berechnungstag;**
Gesprächsgebühren für Auslands-
Mobil-Telefonate:

d) Internetzugang: sofern technisch vorhanden **€ 10,00 je Aufenthalt**
[In den Wahlleistungen 1-/ 2-
Bettzimmer u. Suite sind die
Leistung **c.)** u. **d.)** bereits
enthalten.]

Inkrafttreten

Dieser **DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2022 in Kraft**. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.04.2021 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Gleichzeitig können Sie beim Medizincontrolling auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie die zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen. Alle relevanten Dokumente sowie weiterführende Informationen finden Sie auch auf der offiziellen Homepage des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) [www.g-drg.de]

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.