

**DRG-Entgelttarif 2022 für Krankenhäuser  
im Anwendungsbereich des KHEntgG  
und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG**

Die Christliches Klinikum Unna gGmbH berechnet ab dem 01.01.2022 folgende Entgelte:

**1. Fallpauschalen (DRGs) gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 1 KHEntgG**

Das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des KHG sowie des KHEntgG in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über diagnoseorientierte Fallpauschalen (sog. Diagnosis Related Groups – DRG –) abgerechnet. Entsprechend der DRG-Systematik bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalls.

Die Zuweisung zu einer DRG erfolgt über verschiedene Parameter. Die wichtigsten sind hierbei die Hauptdiagnose sowie gegebenenfalls durchgeführte Prozeduren (Operationen, aufwändige diagnostische oder therapeutische Leistungen). Eventuell vorhandene Nebendiagnosen können zudem die Schweregradeinstufung beeinflussen. Für die Festlegung der Diagnosen beziehungsweise Prozeduren stehen Kataloge mit circa 13.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2022) und circa 30.000 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 3.825,28 € und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Basisfallwert hypothetisch):

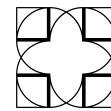
DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz,	0,525	3.825,28 €	2.008,27 €
I04Z	Sopor	3,206	3.825,28 €	12.263,85 €
	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie			

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) gemäß § 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 Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2022

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 2022 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der DRG-EKV 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 KHEntG vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntG 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.

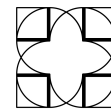
Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2022 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2022 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet u.a. folgende Zusatzentgelte:

Entgelt	Bezeichnung	Zahlbetrag €
ZE2022-1	Beckenimplantate; OPS 5-785.2d	278,85
ZE2022-3	ECMO und PECLA; OPS 8-852.0*	5.499,26
ZE2022-3	ECMO und PECLA; OPS 8-852.3*	5.650,27
ZE2022-9	Hämoperfusion; OPS 8-821.2	1.098,36
ZE2022-9	Hämoperfusion; OPS 8-856	845,03
ZE2022-13	Immunadsorption; OPS 8-821.10	11.295,50
ZE2022-13	Immunadsorption; OPS 8-821.0	2.229,55
ZE2022-13	Immunadsorption; OPS 8-821.11	1.221,80
ZE2022-25	Modulare Endoprothesen; 5-829.k*/m	1.322,00
ZE2022-36	Versorgung von Schwerstbehinderten, je Tag	120,12
ZE2022-54	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	806,5
ZE2022-56	Gabe von Bosentan, oral, je mg; OPS 6-002.f*	0,39
ZE2022-61	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar; OPS 5-039.e2/.f2/.n25-028.92/.a2/.c25-039.cc/.cd/.dc/.dd/.g3/.g4	20.000,00
ZE2022-62	Mikroaxial-Blutpumpe; OPS 8-839.42	12.155,35
ZE2022-67	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal; OPS 8-840.04	584,79
ZE2022-67	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal; OPS 8-840.14	1.169,58
ZE2022-67	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal; OPS 8-840.*4	1.223,93
ZE2022-86	Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen; OPS 5-059.c6	22.378,19
ZE2022-86	Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen; OPS 5-059.d6	22.378,19
ZE2022-123	Gabe von Caspofungin, parenteral, je mg; OPS 6-002.p*	0,75
ZE2022-141	Gabe von Enzalutamid, oral, je mg; OPS 6-007.6*	0,76
ZE2022-144	Gabe von Obinutuzumab, parenteral, je mg; OPS 6-007.j*	3,6
ZE2022-147	Gabe von Bortezomib, parenteral, je mg; OPS 6-001.9*	396,42
ZE2022-148	Gabe von Adalimumab, parenteral, je mg; OPS 6-001.d*	14,15
ZE2022-149	Gabe von Infliximab, parenteral, je mg; OPS 6-001.e*	2,83
ZE2022-151	Gabe von Rituximab, intravenös, je mg; OPS 6-001.h*	2,93
ZE2022-153	Gabe von Trastuzumab, intravenös, je mg; OPS 6-001.k*	3,52
ZE2022-154	Gabe von Anidulafungin, parenteral, je mg; OPS 6-003.k*	0,71
ZE2022-158	Gabe von Pertuzumab, parenteral, je mg; OPS 6-007.9*	6,89
ZE2022-163	Gabe von Macitentan, oral, je mg; OPS 6-007.h*	6,82
ZE2022-164	Gabe von Riociguat, oral, je mg; OPS 6-008.0*	23,35
ZE2022-168	Gabe von Daratumumab, parenteral, je mg; OPS 6-009.a*	4,32
ZE2022-194	Gabe von Ustekinumab, intravenös, je mg; OPS 6-0005.p*	36,89
ZE2022-195	Gabe von Ustekinumab, subkutan, je mg; OPS 6-0005.p*	36,89

### 4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2022





Für die Vergütung von Leistungen, die noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 1 KHEntG mit den zuständigen Kostenträgern fall- bzw. tagesbezogene krankenhaushausindividuelle Entgelte vereinbart:

Entgelt	Bezeichnung	Zahlbetrag €
B43Z	Führehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage	21.500,00
B49Z	Multimodale Behandlung bei Morbus Parkinson	6.358,91
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	4.299,91
B76A	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie	8.784,57
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	7.137,35
Palliativ	Besondere Einrichtung Palliativmedizin, je Tag	485,22

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2022 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhaushausindividuellen 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 krankenhaushausindividuellen 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 KHEntG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

#### 5. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 3 KHEntG

Für Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntG zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2a KHEntG gesonderte Zusatzentgelte vereinbart.

#### 6. Zu- und Abschläge gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 4 KHEntG

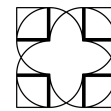
Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall  
in Höhe von 44,70 €
- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall  
in Höhe von 178,03 €
- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen  
in Höhe von 45,00 € pro Tag
- Fixkostendegressionsabschlag gemäß § 4 Abs. 2a KHEntG in Höhe von 0,26 % auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen
- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntG 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 KHEntG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntG.
- Zu- und Abschläge für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG  
Zuschlag für externe Qualitätssicherung 0,81 € je vollstationärem Fall
- Zuschlag für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG je abgerechneten vollstationären Fall  
in Höhe von 0,20 €
- Zuschlag wegen Teilnahme an der Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntG in Höhe von 21,84 € je vollstationärem Fall.

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

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 KHEntG zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab.





Bezeichnung	Zahlbetrag €
Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation, Status 1 bzw 2 siehe INEK-Liste 2019	1.350,00
Secukinumab, je mg	5,26
Brodalumab, je mg	3,16
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent 50 mm	1514,43
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent 100 mm	1597,34
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent 150 mm	2042,74
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße, je Stent 250 mm	3216,68

#### 8. Tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 7 Abs. 1 Ziff. 6a KHEntgG

Das Krankenhaus vereinbart mit den Krankenkassen ein Pflegebudget zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten, die dem Krankenhaus entstehen. Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt nach § 6a Abs. 4 KHEntgG über einen 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.

Der krankenhausesindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 KHEntgG kann aufgrund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2021 noch nicht berechnet werden. Daher sind gemäß § 15 Abs. 2a S. 1 und 2 KHEntgG (i.d.F.d. MDK-RefG) für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 6a KHEntgG die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG mit 163,09 € zu multiplizieren. Für krankenhausesindividuelle voll- und teilstationäre Entgelte gemäß § 6 KHEntgG, für die in dem Pflegeerlöskatalog Bewertungsrelationen ausgewiesen sind, ist bis zum Wirksamwerden der Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2021 abweichend von § 15 Abs. 2 S. 3 KHEntgG die bisher geltende Entgelthöhe abzurechnen, die um die Höhe der nach Satz 1 ermittelten tagesbezogenen Pflegeentgelte zu mindern ist.

#### 9. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall  
in Höhe von 1,26 €
- 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 2,67 €

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

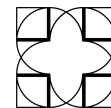
- Für Kosten, die dem Krankenhaus für Testungen von Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden, auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 entstehen, rechnet das Krankenhaus auf Grund der Vereinbarung nach § 26 Abs.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

Testungen durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.07.2021:	45,50 €
Testungen mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 15.10.2020:	19,00 €
Testungen mittels Antigen-Test zur patientennahen Anwendung durch Dritte zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (POC-Anitgentest) bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2021:	11,50

#### 11. 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**

ACH: 100,72 €	INN: 147,25 €	CG: 134,47 €	CU: 82,32 €
HCH: 100,72 €	DER: 75,67 €	CO: 133,96 €	EPI: 114,02 €
STH: 100,72 €	GYN: 119,13 €	GER: 72,09 €	CN: 48,57 €
		NEURO: 48,57 €	NFR: 114,02 €
		COST: 133,96 €	

b) **nachstationäre Behandlung**

ACH: 17,90 €	INN: 53,69 €	CG: 23,01 €	CU: 21,47 €
HCH: 17,90 €	DER: 23,01 €	CO: 20,96 €	EPI: 40,90 €
STH: 17,90 €	GYN: 22,50 €	GER: 30,68 €	CN: 21,99 €
		NEURO: 40,90 €	NFR: 40,90 €
		COST: 20,96 €	

c) **Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten**

- **Computer-Tomographie-Geräte (CT):**

Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pauschale
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):**

Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pauschale
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 €

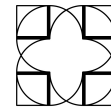
- **Linksherzkatheter-Messplätze (LHM):**

Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pauschale
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 €
5327	40,90 €
5328	49,08 €

- **Hochvolttherapie-Geräte:**

Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pauschale
5831	61,36 €
5832	20,45 €





Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pauschale
5833	81,81 €
5834	29,65 €
5835, 5837	5,11 €
5836	40,90 €

- **Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET):**

Leistungen nach DKG-NT I-Ziffern	Pauschale
5488	245,42 €
5489	306,78 €

Falls Untersuchungen mit Kontrastmittel erfolgen, fallen einmalig zusätzliche Kosten in Höhe von 58,00 € an.

Gemäß § 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.

## 12. Entgelte für sonstige Leistungen

- (1) Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
- (2) Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus 50,00 €.

## 13. 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 § 43b Abs. 3 SGB V **im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** beim Patienten eingefordert.

## 14. Wiederaufnahme und Rückverlegung

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

## 15. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

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

1. die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses;
2. die Leistungen von Beleghebammen bzw. Entbindungspflegern.

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Hebamme/dem Entbindungspfleger gesondert berechnet.

## 16. 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 01.01.2022 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif/Pflegekostentarif des Jahres 2022 aufgehoben.

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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

Frau Langner Tel.: 02303 100-1706

Frau Renner Tel.: 02303 100-1704

Frau Wittemeier Tel.: 02303 100-2773

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.

Unna, den 16.02.2022



Christian Larisch  
- Geschäftsführer -

