



DRG-Entgelttarif

DRG-Entgelttarif für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des Krankenhaus-Entgelt-Gesetzes (KHEntgG) gültig ab 01. Mai 2022 und Unterrichtung des Patienten nach § 8 KHEntgG

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 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-301 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 **3.837,42 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel:

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen	0,525	€ 3.837,42	€ 2.014,65
I 04Z	Ersatz des Kniegelenks	3,206	€ 3.837,42	€ 12.302,77

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 Zusatzentgeltkatalogen gem. § 5 FPV 2022

Gem. § 17b Abs. 1 S. 7 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 sowie 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 Anlage 4 in Verbindung mit der 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 den Budgetverhandlungen 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 jeden Behandlungstag 600,-€ abzurechnen.

Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden

Zusatzentgelt nach § 6 KHEntgG	OPS-Kode	Entgelthöhe	Bezeichnung	Entgeltartenschlüssel
Summe				
ZE2019-01.03	5-785.4d	1.972,00	Beckenimplantate	7600001C
ZE2019-25H	5-829.k*	1.500,00	Modulare Endoprothesen	76096912
ZE2019-25K	5-829.k*	2.050,00	Modulare Endoprothesen	76096914
ZE2019-25S	5-829.k*	986,00	Modulare Endoprothesen	76097704
ZE2019-41.01	8-977	795,54	Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems	76000410
ZE2019-61.04	5-039.e2	24.536,57	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar	7609061F

ZE2019-61.05	5-039.f2	15.663,80	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar	7609061G
ZE2019-61.06	5-039.n2	20.278,25	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar	7609061K
ZE2019-123.02	6-002.p1	56,10	Gabe von Caspofungin, parenteral	76090DOB
ZE2019-123.12	6-002.pb	442,00	Gabe von Caspofungin, parenteral	76090DOL
ZE2019-153.05	6-001.k4	1.124,50	Gabe von Trastuzumab, intravenös	76090EAG

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2022

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

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** krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart:

- Leistungen der Anlage 3 der FPV

DRG B61B Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks	Entgelthöhe pro Belegungstag 482,64 Euro
---	---

5. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 7 Abs. 1 Ziff. 6 KHEntgG

entfällt

6. 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	133,96 €
b. nachstationäre Behandlung	20,96 €

Gem. § 8 Abs. 2 Nr. 4 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.

7. 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:

- Testung durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels **PCR**:
ab 01.07.21: 45,50 €
- Testung mittels Labor-**Antigen-Test** zum Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2:
ab 15.10.20: 19,00 €
- Testung mittels **PoC-Antigen-Test** zum Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2:
ab 01.08.21: 11,50 €

8. Zu- und Abschläge gemäß § 7 Abs. 1 S.1 Ziff. 4KHEntgG

8.1. Kombiniertes Zuschlag für Ausbildungsvergütung nach § 17a Abs.6 bzw.9 KHG und § 33 Abs.3 S.1 PFIBG

Gemäß § 17 a KHG und § 33 Abs.2 S.1 PFIBG berechnet das Krankenhaus einen kombinierten krankenhausesindividuellen Zuschlag je voll- und teilstationären Fall bei Aufnahme ab dem 01.01.2022 zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütung.

in Höhe von: 207,60 €.

8.2. Zuschlag für Leistungen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG Geriatrischer und onkologischer Schwerpunkt

entfällt

8.3. Zuschlag für Teilnahme an der Notfallversorgung § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG

entfällt

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

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

in Höhe von 0,01 %

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

8.5. Zuschlag G-BA Mehrkosten gem. § 5 Abs, 3c KHEntgG

entfällt

8.6. Krankenhaushygienezuschlag gem. § 4 Abs. 9 KHEntgG

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 KHEntgG wird gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 KHEntgG ein Zuschlag

in Höhe von 0,11 %

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

8.7. Qualitätssicherungszuschlag nach § 17 b Abs. 1 a Nr. 4 KHEntgG

Nach § 17 b 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 wird je vollstationärem Fall in Höhe von

0,81 € berechnet

8.8. Qualitätszuschläge nach § 17 b Abs. 1a Nr. 4 KHG

Für die Teilnahme von Krankenhäusern an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen, die die Anforderungen der üFMS-B erfüllen, erhält das Krankenhaus nach Vereinbarung gemäß § 17 b Abs. 1a Nr. 4 KHG für Aufnahmen ab 01.10.2017 einen

Zuschlag von 0,20 € vollstationärem Fall.

**9. Tagesbezogene Entgelte 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.

Kann der krankenhausesindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 KHEntgG aufgrund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2022 noch nicht berechnet werden, 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.

10. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

in Höhe von 1,26 €.

2.Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) nach § 139 a i.V.m. § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) nach § 91 i.V.m. § 139 c SGB V bzw. des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) nach § 137 a Abs. 8 i.V.m. § 139 c SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall

in Höhe von 2,67 €.**11. Weitere Zuschläge und Abschläge****11.1. Zuschlag zur Abgeltung von Preis- und Mengensteigerung infolge des Coronavirus SARS-Cov-2 nach § 21 Abs.6 KHG**

entfällt

11.2. Entgelte für Begutachtung Leistungen

Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnet das Krankenhaus:

Im Bereich Orthopädie: **250,- €**Im Bereich Querschnitt: **400,- €**

Daneben berechnet der liquidationsberechtigte Arzt sein Honorar, werden Schreibgebühren für das Gutachten erhoben, und es werden Porto- und Versandkosten berechnet.

12. sonstige Zuschläge

Für die Aufnahme einer medizinischen notwendigen Begleitperson (incl. med.notwendiger Mitaufnahme einer Pflegekraft als Begleitperson nach § 11 Abs.3 SGB V) wird mit der Krankenkasse ein Betrag pro Tag in Höhe von

45 € abgerechnet.

Die Höhe des Zuschlages von 45,00 € ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17 b Abs. 1, Satz 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.

13. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Hilfsmittel: nach § 4 Abs. 4b AVB (z.B. Prothesen, Krückstöcke, Krankenfahrstühle) – Erstattung des tatsächlichen Aufwandes.
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus 59,50 EURO (50,00€ zzgl. 19% MwSt.) .

14. Zuzahlungen

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit **€ 10,-** je Kalendertag, für Versicherte, die das 18.Lebensjahr vollendet haben. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b 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 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.

16. 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.



17. Entgelte für Wahlleistungen

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

a. Informationen zur wahlärztlichen Leistung entnehmen Sie bitte dem Behandlungsvertrag / Wahlleistungsvereinbarung

b. Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgende Leistungsbeschreibung:

Fachabteilung	Station	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Klinik für Anästhesiologie, Perioperative Medizin und Schmerztherapie	Wahlleistungsstation	Besondere Zimmergröße und -ausstattung, sowie Wahlverpflegung und Service	186,00 €
Klinik für Endoprothetik, Wechselenoprothetik und Rheumaorthopädie			
Klinik für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie			
Klinik für Hand- und Plastische Chirurgie			
Klinik für Sportorthopädie und spezielle Gelenkchirurgie			
Klinik für Neuroorthopädie, Rückenmarkverletzungen und Skoliosen			
Klinik für Schmerztherapie			
Klinik für Schulter und Ellenbogenchirurgie			



Fachabteilung	Station	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Klinik für Anästhesiologie, Perioperative Medizin und Schmerztherapie	Eingestreuter Bereich	Wahlverpflegung und Service	159,00 €
Klinik für Endoprothetik, Wechselendoprothetik und Rheumaorthopädie			
Klinik für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie			
Klinik für Hand- und Plastische Chirurgie			
Klinik für Sportorthopädie und spezielle Gelenkchirurgie			
Klinik für Neuroorthopädie, Rückenmarkverletzungen und Skoliosen			
Klinik für Schmerztherapie			
Klinik für Schulter und Ellenbogenchirurgie			

Alle Zimmerleistungen sind zeitlich splittbar und können sich während des Aufenthalts ändern.



c. Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer nach Maßgabe der folgende Leistungsbeschreibung:

Fachabteilung	Station	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Klinik für Anästhesiologie, Perioperative Medizin und Schmerztherapie	Wahlleistungsstation	Besondere Zimmergröße und -ausstattung, sowie Wahlverpflegung und Service	89,00 €
Klinik für Endoprothetik, Wechsellendoprothetik und Rheumaorthopädie			
Klinik für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie			
Klinik für Hand- und Plastische Chirurgie			
Klinik für Sportorthopädie und spezielle Gelenkchirurgie			
Klinik für Neuroorthopädie, Rückenmarkverletzungen und Skoliosen			
Klinik für Schmerztherapie			
Klinik für Schulter und Ellenbogenchirurgie			



Fachabteilung	Station	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Klinik für Anästhesiologie, Perioperative Medizin und Schmerztherapie	Eingestreuter Bereich	Wahlverpflegung und Service	79,00 €
Klinik für Endoprothetik, Wechsellendoprothetik und Rheumaorthopädie			
Klinik für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie			
Klinik für Hand- und Plastische Chirurgie			
Klinik für Sportorthopädie und spezielle Gelenkchirurgie			
Klinik für Neuroorthopädie, Rückenmarkverletzungen und Skoliosen			
Klinik für Schmerztherapie			
Klinik für Schulter und Ellenbogenchirurgie			

Alle Zimmerleistungen sind zeitlich splittbar und können sich während des Aufenthalts ändern.

d. Unterbringung in einer Suite nach Maßgabe der folgenden Leistungsbeschreibung:

Fachabteilung	Komfortmerkmale	Preis pro Berechnungstag
Alle	Besondere Zimmergröße und -ausstattung, sowie Wahlverpflegung und Service	186,00 €

e. Für die Gestellung einer Sonderwache:

Erstattung des tatsächlichen Aufwandes.

f. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson (nicht medizinisch notwendig):

Wahlleistung „Unterbringung einer Begleitperson ohne medizinische Notwendigkeit“ pro Tag 234,61 € (Anteil Unterkunft Patient/in 186,00 € und Anteil Unterkunft Begleitperson 35,20 € zzgl. 7 % Mehrwertsteuer und Anteil Verpflegung Getränke 3,92 € zzgl. 19% Mehrwertsteuer und Essen 5,88 € zzgl. 7% Mehrwertsteuer). Der Preis leitet sich von der Leistung Unterbringung einer Begleitperson bei medizinischer Notwendigkeit (s. auch Ziffer 13) her.

g. Für die Bereitstellung eines Telefonapparates:

eine Gebühr von 2,00 € je Kalendertag zuzüglich 0,10 € je Gebühreneinheit. Für die Telefonkarte wird ein Pfand in Höhe von 5,00 € erhoben.

h. Für die Nutzung des Internets:

eine Gebühr von 2,00 € jeden genutzten Tag.

i. Sonstiges

Kopfhörer können für 2,10 € erworben werden.
Die Bereitstellung eines Fernsehgerätes ist kostenlos.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **01. Mai 2022** in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom **15. Februar 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:

Patientenmanagement – ☎ 07145 - 91-53013 / 53014 / 53015	Abteilungsleitung: Hr. Kielkopf ☎ 07141-99-61520
	Ansprechpartner vor Ort – Teamleitung: Fr. Tippelt ☎ 07145-91-53072

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.

Markgröningen, 01.01.2022

gez. ppa. Sporys
Regionaldirektor