

Entgelttarif 2022

für das Universitätsklinikum Düsseldorf im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG*

Das Universitätsklinikum Düsseldorf (UKD) berechnet ab dem **01.01.2022** für voll-, teil-, vor- und nachstationär erbrachte Leistungen folgende Entgelte:

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 Krankheitsfalles.

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 bzw. Prozeduren stehen Kataloge mit ca. 13.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2022) und ca. 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 **3.825,28 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel I

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	abzurechnender Basisfallwert	Summe
B79Z	Schädelfrakturen	0,525	3.825,28 €	2.008,27 €
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese	3,206	3.825,28 €	12.263,85 €

Bei Patientinnen bzw. Patienten, die nicht in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich bzw. privat versichert sind und mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik eingereist sind und damit auf der Grundlage des § 3 Abs. 7 KHEntgG außerhalb des mit den Krankenkassen vereinbarten Budgets behandelt werden, kommt noch die Berechnung eines aufwandsbezogenen Zuschlages für Infrastrukturkosten (siehe Ziffer 16.2) hinzu.

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 bzw. therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Für das Jahr 2022 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenverordnung 2021 (FPV 2022) vorgegeben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen unserer Patientenaufnahme und -abrechnung hierfür gerne zur Verfügung. Gleichzeitig können Sie dort auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie die zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen.

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 Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV 2022).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG i.V. mit § 5 FPV 2021 bzw. § 6 Abs. 2 und 2a KHEntgG

Gem. § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (GKV-Spitzenverbände, 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 i.V. mit Anlage 5 der FPV 2022 vorgegeben, siehe Zusatzentgeltkatalog Nr. 1.

Daneben können für die in Anlage 4 i.V. mit Anlage 6 zur FPV 2022 genannten Zusatzentgelte krankenhausindividuelle Preise nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden - siehe Zusatzentgeltkatalog Nr. 2.

Weiterhin können für Leistungen bzw. für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten gem. § 6 Abs. 1 nicht sachgerecht vergütet werden, auf der Grundlage des § 6 Abs. 2 bzw. 2a fallbezogene Zusatzentgelte vereinbart werden - siehe Zusatzentgeltkatalog Nr. 3.

Alle Zusatzentgelte können neben den DRG-Fallpauschalen oder den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden. Diese Zusatzentgeltkataloge können in der Patientenaufnahme eingesehen werden.

Können für die Leistungen nach Anlagen 4 bzw. 6 FPV 2022 aufgrund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600,- € abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2021 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,- € abzurechnen.

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG i.V. mit § 7 FPV 2022

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2022 nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, hat das UKD gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende tagesbezogene bzw. fallbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

4.1 Tagesbezogene Entgelte:

- Tagesklinik – Behandlung von Infektionspatientinnen und –patienten	631,46 €
- Tagesklinik Dermatologie	271,96 €
- Teilstationäre Dialyse, Alter > 14 Jahre	322,30 €

4.2 Fallbezogene Entgelte gemäß Anlage 3 FPV 2022

Die Entgelte sind im Fallpauschalenkatalog Nr. 2 des UKD einzeln aufgeführt. Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2021 aufgrund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 600,- € abzurechnen. Können für Leistungen nach Anlage 3b FPV 2022 aufgrund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 300,- € 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 Behandlungstag 450,- € abzurechnen.

5. Pflegesätze für die Besonderen Einrichtungen des UKD gem. § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG i.V. mit § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG

Der tagesgleiche Pflegesätze für die Besonderen Einrichtungen des UKD betragen je Tag für

- Sonderisolerstation: Tagessatz I - Behandlung von Patienten der Kategorie C =	18.279,02€
- Sonderisolerstation: Tagessatz II - Behandlung von Patienten mit V.a. Kategorie C =	7.500,00€
- Sonderisolerstation: Tagessatz III – Isolierung von engen Kontaktpersonen =	1.194,01€
- Palliativmedizin: Tagessatz =	525,00€

6. Krankenhausindividueller Ausbildungszuschlag gem. § 7 Ziffer 4 KHEntgG i.V. mit § 17 a und b KHG

Die Kosten der Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütung werden gem. § 17 a KHG pauschaliert und zusätzlich je voll- und teilstationären Fall erhoben. Der Ausbildungszuschlag beträgt ab 1.1. 2022 insgesamt 44,70 € je Fall.

7. Krankenhausindividueller Ausbildungszuschlag gem. § 33 Abs. 3 PflBG

Der Ausbildungszuschlag für die Refinanzierung der generalistischen Pflegeausbildung beträgt ab 1.1.2022 insgesamt 178,03 € je Fall.

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

Gem. § 115a SGB V berechnet das UKD - soweit nicht in der DRG enthalten - für vor- und nachstationäre Behandlungen separate Entgelte gem. Landesvertrag NRW, z. B.:

a. vorstationäre Behandlung

Beispiele	Pauschale je Fall
Klinik für Nephrologie	140,61 €
Klinik für Strahlentherapie	186,62 €

b. nachstationäre Behandlung

Beispiele	Pauschale je Tag
Klinik für Nephrologie	67,49 €
Klinik für Strahlentherapie	330,29 €

c. Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Computer-Tomographie-Geräte (CT), Magnet-Resonanz-Geräte (MRT), Links-Herzkatheter-Messplatz (LHM), Strahlentherapie, Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET bzw. PET-CT) nach der Gebührenordnung Ärzte (GOÄ)

Gem. § 8 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG ist eine vorstationäre Behandlung neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Eine stationäre Abklärungsuntersuchung, an die sich nicht unmittelbar ein vollstationärer Krankenhausaufenthalt anschließt, wird als vorstationäre Behandlung abgerechnet. 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.

9. Zuschläge zur Finanzierung von Brustzentren gem. § 5 Abs. 3 i.V. mit § 2 Abs. 2 KHEntgG

Der Zuschlag zur Finanzierung des Brustzentrums je Brustzentrumfall, die mit den Diagnosen C50 oder D05 und einem OPS 5-870 bis 5-876 kodiert sind, entfällt b.a.W.

10. Zuschlag für Schwerpunkte und Zentren gem. § 5 Abs. 3 KHEntgG

Der Zuschlag zur Finanzierung der Vorhaltekosten für die „Besondere Einrichtung Sonderisolierstation“ beträgt **15,93 €** je voll- und teilstationärem Krankenhausfall.

11. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG i. V. mit § 137 SGB V

1,15 € je vollstationärer Fall (davon Anteile Krankenhaus: 0,81 €, Land: 0,34 €)

12. DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG

Zur Finanzierung der Entwicklung und Pflege des in Deutschland einzuführenden pauschalierenden Entgeltsystems für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) berechnet das UKD einen DRG-Systemzuschlag in Höhe von **1,26 €** je voll- und teilstationärem Krankenhausfall. Dieser Betrag wird vom UKD an die in § 17 b KHG benannten Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene abgeführt.

13. Hygienezuschlag nach § 4 Abs. 11 KHEntgG

Zur Finanzierung des Hygieneförderprogramms, mit dem die personelle Ausstattung in der Krankenhaushygiene gefördert wird, wird ein Zuschlag in Höhe von **0,1%** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen, der Zusatzentgelte gem. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG erhoben.

14. Zuschläge zur Finanzierung von Instituten der Selbstverwaltung

Zusätzlich berechnet das UKD einen Zuschlag in Höhe von **2,67 €** je voll- und teilstationärem Krankenhausfall:

- für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) nach § 139 a SGB V
- für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 91 SGB V

15. Abschlag gem. § 4 Abs. 2a KHEntgG (Mehrleistungsabschlag)

Für vereinbarte Mehrleistungen wird ein Mehrleistungsabschlag in Höhe von **0,00 €** je DRG auf die DRG-Leistungen des Kataloges E 1 berechnet.

16. Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen gem. § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG

Für die Teilnahme am übergreifenden Fehlermeldesystem gem. den Bestimmungen des G-BA wird der bundeseinheitliche Zuschlag in Höhe von **0,20 €** je vollstationärem Fall abgerechnet.

17. Zuschlag für die Teilnahme am Notfallstufensystem nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG

Für die Teilnahme am Notfallstufensystem gem. nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG wird ein Zuschlag in Höhe von **15,82 €** je vollstationärem Fall abgerechnet.

18. Zuschlag für die Qualitätssicherung Früh- und Reifgeborene gem. § 5 Abs. 3 KHEntgG

Der Zuschlag für die Qualitätssicherung Früh- und Reifgeborene gem. § 5 Abs. 3 KHEntgG beträgt **0,17%** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen, der Zusatzentgelte gem. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG erhoben.

19. Zuschlag für Erlösausgleiche

Der Zuschlag für Erlösausgleiche entfällt.

20. 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 Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt nach § 6a Abs. 4 KHEntgG 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 Bewertungsrelation für das Vereinbarungsjahr. Da die Budgets für 2020 und 2021 und 2022 noch nicht vereinbart wurden, beträgt der Pflegeentgelt 163,09 € je Tag.

21. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das UKD sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
2. Für Patienten, die außerhalb des mit den Kostenträgern vereinbarten Budgets behandelt werden, wird auf die Gesamtrechnung ein Aufwands- und Fall-bezogener für Infrastrukturkosten erhoben.
3. Für die Vornahme der ersten Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das UKD 60,00 €.
4. Das UKD beteiligt sich an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen (üFMS-B) des GBA und berechnet gem. § 17b Abs. 1a Nr. 4 je abgerechneten vollstationären Fall 0,20 € je Fall
5. Kopierkosten
 - a. je Seite aus Krankenakte DIN-A4 = 0,50 €
 - b. je Seite aus Krankenakte DIN-A3 = 1,00 €
 - c. Röntgen, je Kopie je nach Größe = 5,00 – 7,20 €
 - d. CD, je = 10,00 €

22. Zuzahlungen

Als Eigenbeteiligung zieht das UKD vom 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 zur Zeit 10,00 € je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom UKD nach § 43b Abs. 3 SGB V im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen beim Patienten eingefordert und an die entsprechende Mitgliedskrankenkasse abgeführt.

Die Zuzahlungspflicht besteht nicht:

- bei Patientinnen/Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
- bei teilstationärer Krankenhauspflege
- bei Patientinnen, die zur Entbindung aufgenommen werden
- bei schon erfolgter Zahlung im laufenden Kalenderjahr

Der Zuzahlungsbetrag ist spätestens am Tage der Entlassung an der Kasse des Universitätsklinikums Düsseldorf einzuzahlen. Überzahlte Beträge werden erstattet.

Öffnungszeiten der Kasse bzw. der Geldannahmestellen im Universitätsklinikum Düsseldorf:

Kasse, Geb. 11.72, Dienstag und Mittwoch von 8.00 Uhr bis 12.00 Uhr.

Geldannahmestellen:

Patientenaufnahmen: MNR-Klinik, ZOM II, ZOM II Zentrale Notaufnahme, Kinderklinik, Frauenklinik, Hautklinik, Augenklinik

Montag und Dienstag von 7.30 Uhr bis 15.30 Uhr, Mittwoch bis Freitag von 7.30 Uhr bis 15.00 Uhr

Bankkonto: Stadtparkasse Düsseldorf IBAN DE94 3005 0110 0010 0015 50, BIC-Code DUSSEDDXXX

23. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2021 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2022 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV zusammengefasst und abgerechnet.

24. Beleghebammen

Mit den o.g. Entgelten sind die Leistungen von Beleghebammen nicht abgegolten. Diese Leistungen werden von der Hebamme gesondert berechnet.

25. Entgelte für Wahlleistungen

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

Bei Inanspruchnahme von ärztlichen und / oder Krankenhaus-Wahlleistungen ist eine gesonderte Wahlleistungsvereinbarung abzuschließen.

A. Zuschläge für Krankenhausleistungen pro Tag gem. § 17 KHEntg	
Einbettzimmer	148,00 €
Zweibettzimmer	73,00 €
Familienzimmer Geburtshilfe (148,00 € + 52,00)	200,00 €
Komfortelement Wahlessen Mittagsverpflegung (ist in den Zuschlägen für das Einbett- bzw. Zweibettzimmer enthalten)	4,00 €
B. Fernsprechkosten	
- Bereitstellung eines Fernsprechapparates, täglich	1,60 €
- Bereitstellung eines Fernsprechapparates auf den Stationen MX 1 und KMT	
- pauschal für die gesamte Aufenthaltsdauer, wenn diese mehr als 12 Tage beträgt	19,20 €
Die Bereitstellungskosten sind in den Zuschlägen für das Einbett- bzw. Zweibettzimmer enthalten	
- Kosten pro Gebühreneinheit	0,15 €
C. Multimediagerät (Radio und TV inkl. div. Sky-Programme, Paket 6+1), täglich	2,80 €
Die Nutzung des Multimediageräts (TV und Radio) ist in den Zuschlägen für das Einbett- bzw. Zweibettzimmer enthalten	
- Abgabe von Kopfhörern	2,00 €
Internetnutzung (Zugang nur in Verbindung mit Multimediagerät möglich), je Tag	1,60 €
Die Nutzung des Internets ist in den Zuschlägen für das Einbett- bzw. Zweibettzimmer enthalten	
D. Mitaufnahme einer Begleitperson/Pflegekraft, Unterkunft und Verpflegung ohne medizinische Indikation inkl. MwSt. täglich	52,00 €

26. Mitaufnahme von Begleitpersonen/Pflegekräften bei medizinischer Indikation

Mitaufnahme einer Begleitperson oder Pflegekraft, Unterkunft und Verpflegung (bei medizinischer Indikation werden die Kosten von den privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen), täglich **45,00 €**

27. Vorauszahlungen

Die Höhe der Vorauszahlungen richtet sich bei den Allgemeinen Krankenhausleistungen grundsätzlich nach den durchschnittlichen Fallkosten je Klinik, wenn die voraussichtliche DRG bei der Aufnahme nicht bekannt ist. Vor der Aufnahme wird folgende Vorauszahlung fällig:

Augen-, Frauen-, Haut-, HNO-, Kinderchirurgie	4.000 €
Kliniken für Innere Medizin und Neurologie (Ausnahme der Nephrologie und der Hämatologie), Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Klinik für Urologie, Strahlenklinik, Klinik für Allgemeine Pädiatrie, Neonatologie und Kinderkardiologie, Klinik für Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie,	6.000 €
Klinik für Nephrologie, Klinik für Päd. Onkologie, Hämatologie und Immunologie	8.000 €
Kliniken für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Neurochirurgie und Gefäßchirurgie	10.000 €
Klinik für Hämatologie, Onkologie und Klinische Immunologie	12.000 €
Klinik für Herzchirurgie	19.000 €

Abweichend hiervon richtet sich die Höhe der Vorauszahlungen für Leistungen im Rahmen der Organtransplantation bzw. Langzeitbeatmung nach dem Fallpauschalenkatalog (siehe Hauptdiagnosegruppe Prä-MDC).

Bei teilstationären Behandlungen wird die Vorauszahlung gem. lfd. Nr. 4.1 multipliziert mit Anzahl der Tage berechnet. Bei den Krankenhauswahlleistungen wird grundsätzlich ein Abschlag für 10 Tage fällig.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2022 in Kraft. Gleichzeitig wird der Entgelttarif vom 01.01.2021 aufgehoben.