DRG-Entgelttarif 2026 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Die **Kliniken Nordoberpfalz AG** berechnet ab dem **1. Oktober 2026** für die Standorte **Weiden, Tirschenreuth und Kemnath** 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 grundsätzlich 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 2026) und circa 30.000 Prozeduren (OPS-301 Version 2026) 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 textlicher 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 ab **01.10.2026** bei **4.615,06 €** 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, Sopor**	**0,541**	**€ 4.615,06**	**€ 2.496,75**
I04Z	**Implantation, Wechsel oder Entf. einer Endoprothese am Kniegelenk m. kompl. Diagnose od. Arthrodese …**	**3,015**	**€ 4.615,06**	**€ 13.914,41**

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 2026 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2026 (Fallpauschalenvereinbarung 2026 – FPV 2026) 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 2026

Der nach der oben beschriebenen DRG-Systematik zu ermittelndem 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 2026 (FPV 2026).

3. Hybrid-DRG gemäß § 115f SGB V

Gemäß § 115f Abs. 1 SGB V unterfallen die in einem Katalog festgelegten Leistungen einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG), unabhängig davon, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird. Als Anschlussregelung zur Hybrid-DRG-Verordnung vom 19.12.2023 wurde durch die Selbstverwaltungspartner die Vereinbarung zu der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) gemäß § 115f SGB V für das Jahr 2026 (Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung) am 19.12.2025 abgeschlossen.

Die betreffenden Leistungen sind in der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung 2026 aufgeführt, ebenso wie die jeweils anwendbare Hybrid-DRG, welche mit einem festen Eurobetrag vergütet wird.

Beispiel: **Leistungsbereich Bestimmte Hernieneingriffe**

OPS-Kode	OPS-Text
5-530.00	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion
5-530.01	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Hydrozelenwandresektion

Hybrid-DRG	Bezeichnung	Fallpauschale ohne postoperative Nachbehandlung im Krankenhaus (in Euro)	Fallpauschale mit postoperative Nachbahandlung im Krankenhaus (in Euro)
G09N	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	2.885,11 €	2.915,11 €
G24N	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	2.711,39 €	2.741,39

Die Leistungen beginnen nach Abschluss der Indikationsstellung und der Überprüfung der Operationsfähigkeit mit der Einleitung der Maßnahmen zur Operationsplanung und -vorbereitung und enden mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung.

Für die gesamte Dauer der erbrachten Leistungen ist die Fallpauschale unabhängig von der Anzahl der beteiligten Leistungserbringer nur einmal berechnungsfähig. Im Falle einer postoperativen Nachbehandlung kann eine um 30 € erhöhte Fallpauschale berechnet werden.

Eine Berechnung von Entgelten für vereinbarte Wahlleistungen bleibt unberührt.

4. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2026

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) gem. § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Entgelte. Für das Jahr 2026 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2026 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2026 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 2026 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 2026 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2026 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:
Siehe Anlage zum DRG-Entgelttarif. Dieser kann in der Patientenaufnahme oder im Patientenmanagement eingesehen und dem Patienten mitgegeben werden.

5. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV 2026

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

Siehe Anlage zum DRG-Entgelttarif. Dieser kann in der Patientenaufnahme oder im Patientenmanagement eingesehen und dem Patienten mitgegeben werden.

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2026 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 2026 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 2026 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2026 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

6. Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen gem. § 7 Abs. 1 S. 1 Ziff. 3 KHEntgG

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

7. Zu- und Abschläge bzw. Abzüge:

a) Standort Weiden und Tirschenreuth:

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

Zuschlag zur Finanzierung von **Ausbildungskosten nach § 17a KHG** je voll- und teilstationärem Fall i.H.v:	**186,74 €**
Zuschlag zur Finanzierung von **Ausbildungskosten nach § 33 PflBG** je voll- und teilstationärem Fall i.H.v:	**108,70 €**
Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von **Begleitpersonen** pro Tag i.H.v:	**60,00 €**
Zuschlag für **Zentren/Schwerpunkte nach § 5 Abs. 3 KHEntgG** i.H.v:	**0,34 %***
Zuschlag wegen Teilnahme an der **Notfallversorgung nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG** je vollstationären Fall i.H.v:	**29,86 €**
Zuschlag Sicherstellung **ländlicher Krankenhäuser** gemäß § 136c Absatz 3 SGB V je vollstationären Fall	**18,65 €**
Zuschlag G-BA, inkl. IQWiG und IQTIG je voll- und teilstationärem Fall i.H.v:	**3,12 €**

DRG-System-Zuschlag je voll- und teilstationären Fall i.H.v:	**1,59 €**
Zuschlag für die Beteiligung des Krankenhauses an **Maßnahmen zur Qualitätssicherung** nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG i.H.v:	**0,84 €**
Zuschlag für die Beteiligung des Krankenhauses an Maßnahmen zur Qualitäts-sicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG für die **Schlaganfallbehandlung** i.H.v:	**3,10 €**
Zuschlag für die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden **Fehlermeldesystemen nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG** je abgerechneten vollstationären Fall i.H.v.:	**0,20 €**
Zuschlag Infektiologieförderprogramm gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG	**0,05 %***
Telematikzuschlag nach § 377 SGB V	**11,33 €**
Zuschlag Pädiatrie nach § 4a KHEntgG	**11,692 %***
Zuschlag Sofort-Transformationskosten gemäß § 8 Abs. 11 Satz 1 KHEntgG	**3,25 %****
Vergütungsabschlag gem. § 4 PpUGV-Sanktions-Vereinbarung	**-0,05 %***
Zuschlag nach § 5 Abs. 4 KHEntgG – Erlöseausgleich	**5,73 %***
Zuschlag geburtshilfliche Versorgung in Krankenhäusern **gem. § 5 Abs. 2b und 2c KHEntgG**	**17,18 €**

*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. 2 a KHEntgG.

** auf die Höhe des Brutto-Rechnungsbetrags; ausgeschlossen definierte Entgeltarten.

b) Standort Kemnath:

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

Zuschlag zur Finanzierung von **Ausbildungskosten nach § 33 PflBG** je voll- und teilstationärem Fall i.H.v:	**108,70 €**
Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von **Begleitpersonen** pro Tag i.H.v:	**60,00 €**
Zuschlag Sicherstellung **ländlicher Krankenhäuser** gemäß § 136c Absatz 3 SGB V je vollstationären Fall	**118,82 €**
Zuschlag G-BA, inkl. IQWiG und IQTIG je voll- und teilstationärem Fall i.H.v:	**3,12 €**
DRG-System-Zuschlag je voll- und teilstationären Fall i.H.v:	**1,59 €**
Zuschlag für die Beteiligung des Krankenhauses an **Maßnahmen zur Qualitätssicherung** nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG i.H.v:	**0,84 €**
Zuschlag für die Beteiligung des Krankenhauses an Maßnahmen zur Qualitäts-sicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG für die **Schlaganfallbehandlung** i.H.v:	**3,10 €**
Zuschlag für die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden **Fehlermeldesystemen nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG** je abgerechneten vollstationären Fall i.H.v.:	**0,20 €**
Zuschlag Infektiologieförderprogramm gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG	**0,03 %***

Telematikzuschlag nach § 377 SGB V	**22,70 €**
Zuschlag Pädiatrie nach § 4a KHEntgG	**11,692 %**
Zuschlag Sofort-Transformationskosten gemäß § 8 Abs. 11 Satz 1 KHEntgG	**3,25 %****
Zuschlag zur Finanzierung von **Ausbildungskosten nach § 17a KHG** je voll- und teilstationärem Fall i.H.v:	**60,97 €**
Zuschlag nach § 5 Abs. 4 KHEntgG – Erlöseausgleich	**0,67 %***

*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. 2 a KHEntgG.
****** auf die Höhe des Brutto-Rechnungsbetrags; ausgeschlossen definierte Entgeltarten.

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 die Klinik gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

➔ Siehe Anlage zum DRG-Entgelttarif zu Punkt 8.

9. 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 krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert, welcher berechnet wird, indem das vereinbarte Pflegebudget dividiert wird durch die nach dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 KHG ermittelte voraussichtliche Summe der Bewertungsrelationen für das Vereinbarungsjahr in Höhe von **319,21 € ab 01.07.2026 für die Standorte Weiden und Tirschenreuth** und in Höhe von **241,66 € ab 01.07.2026 für den Standort Kemnath**.

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

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

Fachbereich	**Vorstationäre Behandlung**	**nachstationäre Behandlung**
Kardiologie	156,97 €	61,36 €
Gastroenterologie	164,64 €	63,91 €
Pädiatrie	94,08 €	37,84 €
Neonatologie	51,64 €	23,01 €
Allgemeine Chirurgie	100,72 €	17,90 €
Gefäßchirurgie	134,47 €	23,01 €
Unfallchirurgie	82,32 €	21,47 €
Neurochirurgie	48,57 €	21,99 €
Urologie	103,28 €	41,93 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13 €	22,50 €
Neurologie	114,02 €	40,90 €

Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten

Computer-Tomographie-Geräte (CT)	
Magnet-Resonanz-Geräte (MRT)	
Linksherzkatheter-Messplätze (LHM)	
Hochvolttherapie-Geräte	
Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET)	

Gem. § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 3 KHEntgG ist eine **vorstationäre Behandlung** neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Eine **nachstationäre Behandlung** kann zusätzlich zur Fallpauschale (DRG) berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale (DRG) übersteigt.

11. 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 165,00 €.
3. Für den Neugeborenen-Notarztdienst (NNAD) berechnet die Klinik ein Entgelt nach der Vereinbarung über die Durchführung des Neugeborenen-Notarztdienstes in der jeweils geltenden Fassung. Diese Vereinbarung gilt neben den Kassenpatienten auch für Heilfürsorgeberechtigte und Selbstzahler. Aktuell beträgt die Vergütung **541,97 €**

12. Zuzahlungen

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 4 SGB V

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

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten für Übergangspflege nach § 39e Abs. 2 SGB V

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der Übergangspflege nach § 39e SGB V – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beträgt derzeit 10,00 € je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 1 SGB V beim Patienten geltend gemacht. Dabei sind bereits geleistete Zuzahlungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung anzurechnen.

13. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2026 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2026 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2026 zusammengefasst und abgerechnet.

14. Belegärzte, Beleghebammen, Entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 - 14 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.

15. 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 **01.10.2026** in Kraft.
Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.07.2026 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter unserer Patientenverwaltung hierfür gerne zur Verfügung. Gleichzeitig können Sie in der Patientenverwaltung 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.