Ilm-Kreis-Kliniken
Arnstadt-Ilmenau gGmbH

Anlage 1

zu den Allgemeinen Vertragsbedingungen der

Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH

DRG-Entgelttarif 2024 für Krankenhäuser

im
Anwendungsbereich des KHEntgG
und
Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Stand: 01.02.2024

DRG-Entgelttarif 2024 für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG und Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Die Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt-Ilmenau gGmbH

berechnen ab dem 01.02.2024 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 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 2024) und circa 30.000 Prozeduren (OPS Version 2024) 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 **4.205,76 €** 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, Somnolenz, Sopor oder andere Kopfverletzungen und bestimmte Fraktur	0,513	€ 4.205,76	€ 2.157,55
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	3,116	€ 4.205,76	€ 13.105,15

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 2024 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2024 (FPV 2024) 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 2024

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 2024 (FPV 2024).

3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltekatalogen gemäß § 5 FPV 2024

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 2024 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2024 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2024 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 2024 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 2024 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2024 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende Zusatzentgelte:

Bezeichnung	**OPS**	**Entgelthöhe**
Modulare Endoprothesen		1.520,00 €
Modulare Endoprothese	5-829.k1	1.274,50 €
Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-429.j1	456,58 €
Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-469.k3	957,00 €
Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-513.m0	678,91 €
Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-513.n0	678,91 €
Mikroaxial-Blutpumpe	8-839.46	8.800,00 €
Gabe von Sunitinib, oral	6-003.a0	716,28 €
Gabe von Paclitaxel, als an Albumin gebundene Nanopartikel, parenteral	6-005.d0	797,33 €
Gabe von Abirateronacetat, oral	6-006.21	823,27 €
Gabe von Caspofungin, parenteral	6-002.p1	47,61 €
Gabe von Caspofungin	6-002.p2	72,14 €
Gabe von Caspofungin	6-002.p3	101,00 €
Gabe von Caspofungin	6-002.p6	187,57 €
Gabe von Caspofungin	6-002.p8	245,29 €
Gabe von Caspofungin	6-002.p9	274,15 €
Gabe von Caspofungin	6-002.pa	317,43 €
Gabe von Caspofungin	6-002.pb	375,15 €
Gabe von Caspofungin	6-002.pc	432,86 €
Gabe von Caspofungin, parenteral	6-002.pd	490,58 €
Gabe von Voriconazol, oral	6-002.54	33,55 €
Gabe von Voriconazol, parenteral	6-002.r5	64,79 €
Gabe von Voriconazol	6-002.ra	176,70 €
Gabe von Voriconazol, parenteral	6-002.ru	262,28 €
Gabe von Ramucirumab, parenteral	6-007.m1	2.077,15 €
Gabe von Infliximab, parenteral	6-001.e3	206,17 €
Gabe von Infliximab, parenteral	6-001.e4	274,89 €
Gabe von Bevacizumab, parenteral	6-002.91	334,69 €
Gabe von Bevacizumab, parenteral	6-002.92	446,25 €
Gabe von Filgrastim, parenteral	6-002.13	52,50 €
Gabe von Ustekinumab, subkutan	6-005.q3	2.437,00 €

4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2024

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

- z.B. Leistungen nach Anlage 3a und 3b FPV 2024
  keine Vereinbarung

- z.B. unbewertete teilstationäre Leistungen, die nicht in Anlage 3b aufgeführt sind
  keine Vereinbarung

- z.B. Leistungen besonderer Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 S. 10 KHG
  keine Vereinbarung

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2024 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 2024 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 2024 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2024 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 gemäß § 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 gemäß § 6 Abs. 2a KHEntgG folgende gesonderte Zusatzentgelte vereinbart:

6. 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 folgende Zusatzentgelte ab:

- Testungen durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.07.2022:

  37,80 €,

- 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 €.

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

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall

  in Höhe von 2,60 €

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall

  in Höhe von 170,40 €

- Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen

  in Höhe von 45,00 € pro Tag

  auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2a KHEntgG.

- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG

  in Höhe von 0,48 %

  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.

- Zu- und Abschläge für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG

  in Höhe von 0,93 €

- 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 €

8. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 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 gemäß § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

NUB-Bezeichnung	OPS	Entgelthöhe
gecoverte Stent-Grafts mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße je 5 cm	8-842.*c oder 8-842.*s oder 8-842.*t i.V.m. 8-83b.e1	1.200,00 €
gecoverte Stent-Grafts mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße je 10 cm	8-83b.e1 i.V.m. 8-842.*b oder 8-842.*c OPS 8-842.*s oder 8-842.*t oder 8-842.*c in Verbindung mit OPS 8-83b.f1	1.700,00 €
gecoverte Stent-Grafts mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße je 15 cm	8-83b.e1 i.V.m. 8-842.*b oder 8-842.*c OPS 8-842.*s oder 8-842.*t oder 8-842.*c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f2	2.300,00 €
gecoverte Stent-Grafts mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße je 25 cm	8-83b.e1 i.V.m. 8-842.*b oder 8-842.*c OPS 8-842.*s oder 8-842.*t oder 8-842.*c in Verbindung mit OPS 8-83b.e1 in Verbindung mit OPS 8-83b.f4	3.400,00 €
Gecoverte Endoprothese mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision	8-842.02/.03/0e mit 8-83b.e1 mit 8-83b.f1 8-83b.e1 in Verbingung mit OPS 8-83b.f4	1.475,70 €
Dupilumab	6-00a.5	683,50 €
Implantation einer Gefäßprothese mit integriertem Stent im Rahmen von arteriovenöser Shunt- und Bypasschirurgie	5-392.31	1.456,28 €

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.

Als Übergangsbetrag aufgrund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2024, beträgt gemäß § 15 Abs. 2a S. 1 und 2 KHEntgG der Pflegeentgeltwert **374,97 €.**

10. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

in Höhe von 1,43 €

- 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 2,94 €

11. Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a S. 1 SGB V

- Zuschlag für die Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Investitions- und Betriebskosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der elektronischen Gesundheitskarte (Telematikzuschlag) nach § 291a Abs. 7a S. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von 1,72 €

12. 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:

Fachabteilung	**vorstationäre Behandlung**	**nachstationäre Behandlung pro Tag**
Chirurgie	100,72 €	17,90 €
Innere Medizin	147,25 €	53,69 €
Orthopädie und Unfallchirurgie	133,96 €	20,96 €
Kinder- und Jugendmedizin	94,08 €	37,84 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13 €	22,50 €
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	78,74 €	37,84 €
Suchtmedizin	147,25 €	53,69 €
Urologie	103,28 €	41,93 €

Zuzüglich der Vergütung von Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten wie z. B.

- Computer-Tomographie-Geräte (CT):
- Magnet-Resonanz-Geräte (MRT):
- Linksherzkatheter-Messplätze (LHKM):

Gemäß § 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.

13. Entgelte für sonstige Leistungen

Entgelte im Todesfall inkl. MwSt.	
einmaliger Verwaltungsaufwand	11,90 €
Leichensack	11,90 €
Aufbewahrung vom 2. bis 3. Tag (pro Tag)	35,70 €
Aufbewahrung ab dem 4. Tag (pro Tag)	23,80 €

Verwaltungsentgelte inkl. MwSt.	
Anfertigung von Fotokopien bis DIN A4, pro Seite	0,50 €
Anfertigung von Fotokopien bis DIN A4, ab der 51. Seite	0,15 €
Anfertigung von Fotokopien bis DIN A3, pro Seite	0,50 €
Anfertigung von Fotokopien bis DIN A4, ab der 51. Seite	0,30 €
Versandkosten Standardbrief bis 20g	0,85 €
Versandkosten Kompaktbrief bis 50g	1,00 €
Versandkosten Großbrief bin 500g	1,60 €
Versandkosten Maxibrief A5 oder A4 bis 1000g	2,75 €
Ausdruck aus EDV-Programmen, je Seite	0,40 €
Anfertigung von Kopien eines Röntgenbildes, pro Kopie	5,50 €
CD Röntgenbilder	5,10 €
Telefongebühren pro Tag	1,50 €
Telefongebühren je Einheit	0,15 €
Parkgebühren für Besucher pro angefangene Stunde	1,00 €
Parkgebühren für Patienten/ Begleitpersonen pro Tag	max.5,00 €
Nutzung Waschmaschine am Standort Ilmenau	1,00 €

14. 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 § 43c 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 – 12 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. Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung und der Patienteninformation über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen entnehmen.

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2024 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif / Pflegekostentarif vom 01.01.2023 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung Medizincontrolling gerne zur Verfügung.

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.