RoMed Klinikum Rosenheim

Lehrkrankenhaus der
Ludwig-Maximilians-Universität München

DRG-Entgelttarif für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG Unterrichtung des Patienten gem. § 8 KHEntgG

Das RoMed Klinikum Rosenheim berechnet **ab 01. Oktober 2026** folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 7 Abs. 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 2025) und circa 28.000 Prozeduren (OPS Version 2025) 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 bei 4.615,06 € und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiele (Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen	0,541	€ 4.615,06	€ 2.496,75
DRG	**DRG-Definition**	**Relativgewicht**	**Basisfallwert**	**Entgelt**
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoproth. am Kniegelenk mit komplizierender Diagn. oder 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 2025 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2025 (FPV 2025) 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 2025

Der nach der oben beschriebenen DRG-Systematik zu ermittelnder 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 2025 (FPV 2025).

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 2025 (Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung) am 18.12.2024 abgeschlossen.

Die betreffenden Leistungen sind in der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung 2025 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 der Hybrid-DRG ohne postoperative Nachbehandlung im Krankenhaus	Fallpauschale der Hybrid-DRG zuzüglich postoperativer Nachbehandlung im Krankenhaus

		(Spalte A) in Euro	(Spalte B) in Euro
G09N	Hybrid-DRG der DRG G09Z (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)	2.227,33	2.257,33
G24N	Hybrid-DRG der DRG G24B (Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC)	2.000,81	2.030,81

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 Zusatzentgeltekatalogen gem. § 5 FPV 2025

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 2025 werden die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2025 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2025 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 2025 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 2025 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2025 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Das RoMed Klinikum Rosenheim berechnet folgende Zusatzentgelte nach § 6 KHEntgG:

Bezeichnung	Preis
ZE2026-106 Gabe von Abatacept, subkutan, je 125 mg Fertigspritze; OPS 6-003.t*	433,25 €
ZE2026-112 Gabe von Abirateronacetat, oral, je mg; OPS 6-006.2*	0,12 €
ZE2026-148 Gabe von Adalimumab, parenteral, je mg; OPS 6-001.d*	2,05 €
ZE2026-142 Gabe von Aflibercept, intravenös, je mg; OPS 6-007.3*	3,57 €
ZE2026-202 Gabe von Aldesleukin, parenteral, je 1 Mio. IE; OPS 6-001.8*	20,16 €
ZE2026-58 Gabe von Alpha-1-Proteinaseninhibitor human, parenteral, je mg; OPS 8-812.0*	0,39 €
ZE2026-84 Gabe von Ambrisentan, oral, bei Verabreichung einer 5 mg Tablette, je mg; OPS 6-004.2*	2,90 €
ZE2026-84 Gabe von Ambrisentan, oral, bei Verabreichung einer 10 mg Tablette, je mg; OPS 6-004.2*	1,52 €
ZE2026-154 Gabe von Anidulafungin, parenteral, je mg; OPS 6-003.k*	0,33 €
ZE2026-180 Gabe von Azacytidin, parenteral, je 1 mg; OPS 6-005.0*	0,77 €
ZE2026-130 Gabe von Belimumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-006.6*	1,29 €
ZE2026-170 Gabe von Bevacizumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-002.9*	0,85 €
ZE2026-159 Gabe von Blinatumomab, parenteral, je µg; OPS 6-008.7*	65,68 €
ZE2026-147 Gabe von Bortezomib, parenteral, je mg; OPS 6-001.9*	16,67 €
ZE2026-56-1 Bosentan, eine Tablette zu 62,5 oder 125 mg	14,51 €
ZE2026-140 Gabe von Brentuximabvedotin, parenteral, je mg; OPS 6-006.b*	64,48 €
ZE2026-150 Gabe von Busulfan, parenteral, je mg; OPS 6-002.d*	1,56 €
ZE2026-113 Gabe von Cabazitaxel, parenteral, je mg; OPS 6-006.1*	7,91 €
ZE2026-162 Gabe von Carfilzomib, parenteral, je mg; OPS 6-008.9*	17,48 €
ZE2026-123 Gabe von Caspofungin, parenteral, je mg; OPS 6-002.p*	0,55 €
ZE2026-171 Gabe von Clofarabin, parenteral, je mg; OPS 6-003.j*	50,58 €
ZE2026-200 Gabe von Daratumumab, intravenös, je 1 mg; OPS 6-009.q*	4,39 €
ZE2026-201 Gabe von Daratumumab, subkutan, je 1 mg; OPS 6-009.r*	3,17 €
ZE2026-91 Gabe von Dasatinib, oral, je 1 mg, bei Verwendung Originalprodukt bei chronischer myeloischer Leukämie (CML); OPS 6-004.3*	2,10 €
ZE2026-131 Gabe von Defibrotid, parenteral, je mg; OPS 6-005.k*	2,53 €
ZE2026-63 Gabe von Dibotermin alfa, Implantation am Knochen, je 1 mg bei Verwendung einer 12 mg Durchstechflasche; OPS 6-003.4*	310,09 €
ZE2026-191 Gabe von Dinutuximab beta, parenteral, je 1 mg; OPS 6-009.b*	511,70 €
ZE2026-203 Gabe von Durvalumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-00b.7*	3,98 €
ZE2026-183 Gabe von Elotuzumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-009.d*	3,64 €
ZE2026-143 Gabe von Eltrombopag, oral, je mg; OPS 6-006.0*	2,14 €
ZE2026-141 Gabe von Enzalutamid, oral, je mg; OPS 6-007.6*	0,66 €
ZE2026-121 Gabe von Etanercept, parenteral, je mg; OPS 6-002.b*	4,03 €
ZE2026-175 Gabe von Filgrastim, parenteral, je 1 Mio. IE; OPS 6-002.1*	0,20 €
ZE2026-204 Gabe von Gemtuzumab ozogamicin, parenteral, je 1 mg; OPS 6-00b.a*	1.606,50 €
ZE2026-69 Gabe von Hämin, parenteral, je mg; OPS 6-004.1*	3,55 €
ZE2026-145 Gabe von Ibrutinib, oral, je mg; OPS 6-007.e*	0,47 €
ZE2026-122 Gabe von Imatinib, oral, je mg; OPS 6-001.g*	0,01 €
ZE2026-149 Gabe von Infliximab, parenteral, je mg; OPS 6-001.e*	0,89 €
ZE2026-166 Gabe von Isavuconazol, parenteral, je mg; OPS 6-008.g*	2,26 €
ZE2026-167 Gabe von Isavuconazol, oral, je mg; OPS 6-008.h*	0,62 €
ZE2026-127 Gabe von L-Asparaginase aus Erwinia chrysanthemi [Erwinase], parenteral, je IE; OPS 6-003.r*	0,11 €

ZE2026-77-31 Gabe von Lenalidomid, oral, pro 1 mg; OPS 6-003.g*	**0,15 €**
ZE2026-176 Gabe von Lenograstim, parenteral, je 1 Mio. IE; OPS 6-002.2*	**0,32 €**
ZE2026-214 Gabe von Letermovir, oral, je 1 mg; OPS 6-00b.c*	**0,73 €**
ZE2026-215 Gabe von Letermovir, parenteral, je 1 mg; OPS 6-00b.d*	**0,73 €**
ZE2026-178 Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral, je 1 mg; OPS 6-007.7*	**23,80 €**
ZE2026-169 Gabe von Liposomalem Irinotecan, parenteral, je 1 mg; OPS 6-009.e*	**23,13 €**
ZE2026-163 Gabe von Macitentan, oral, je mg; OPS 6-007.h*	**4,90 €**
ZE2026-196 Gabe von Micafungin, parenteral, je 1 mg; OPS 6-004.5*	**0,63 €**
ZE2026-192 Gabe von Midostaurin, oral, je 1 mg; OPS 6-00a.b*	**5,52 €**
ZE2026-101 Gabe von Mifamurtid, parenteral, je mg	**972,86 €**
ZE2026-111 Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral, je mg; OPS 6-005.d*	**2,24 €**
ZE2026-79-29 Gabe von Nelarabin, parenteral, je mg; OPS 6-003.e*	**1,94 €**
ZE2026-128 Gabe von nicht pegylierter Asparaginase, parenteral, je 10.000 IE; OPS 6-003.n*	**296,33 €**
ZE2026-161 Gabe von Nivolumab, parenteral, je mg; OPS 6-008.m*	**12,04 €**
ZE2026-165 Gabe von Nusinersen, intrathekal, je 12 mg; OPS 6-00a.d	**77.350,00 €**
ZE2026-144 Gabe von Obinutuzumab, parenteral, je mg; OPS 6-007.j*	**2,52 €**
ZE2026-177 Gabe von Pegfilgrastim, parenteral, je 1 mg; OPS 6-002.7*	**12,82 €**
ZE2026-129 Gabe von pegylierter Asparaginase, parenteral, je IE; OPS 6-003.p*	**0,68 €**
ZE2026-120 Gabe von Pemetrexed, parenteral, je mg; OPS 6-001.c*	**0,08 €**
ZE2026-158 Gabe von Pertuzumab, parenteral, je mg; OPS 6-007.9*	**6,29 €**
ZE2026-157 Gabe von Pixantron, parenteral, je mg; OPS 6-006.e*	**15,39 €**
ZE2026-205 Gabe von Polatuzumab vedotin, parenteral, je 1 mg; OPS 6-00c.c*	**73,67 €**
ZE2026-156 Gabe von Posaconazol, parenteral, je mg; OPS 6-007.k*	**0,96 €**
ZE2026-172 Gabe von Posaconazol, oral, Suspension, je mg; OPS 6-007.0*	**0,12 €**
ZE2026-173 Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten, je 1 mg; OPS 6-007.p*	**0,12 €**
ZE2026-146 Gabe von Ramucirumab, parenteral, je mg; OPS 6-007.m*	**4,05 €**
ZE2026-219 Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII bei postpartaler Blutung; OPS 8-810.67 oder 8-810.68 oder 8-810.69 oder 8-810.6a oder 8-810.6b oder 8-810.6c oder 8-810.6d oder 8-810.6e oder 8-810.6f oder 8-810.6g oder 8-810.6h oder 8-810.6j oder 8-810.6k oder 8-810.6m oder 8-810.6n oder 8-810.6p oder 8-810.6q oder 8-810.6r oder 8-810.6s oder 8-810.6u oder 8-810.6v oder 8-810.6w oder 8-810.6z	**885,47 €**
ZE2026-164 Gabe von Riociguat, oral, je 0,5 - 2,5 mg Filmtablette; OPS 6-008.0*	**16,67 €**
ZE2026-103 Gabe von Rituximab, subkutan, je 1400 mg Fertigspritze; OPS 6-001.j*	**3.325,47 €**
ZE2026-151 Gabe von Rituximab, intravenös, je mg; OPS 6-001.h*	**0,58 €**
ZE2026-75 Gabe von Sorafenib, oral, je mg; OPS 6-003.b*	**0,02 €**
ZE2026-74 Gabe von Sunitinib, oral, je mg; OPS 6-003.a*	**0,30 €**
ZE2026-85 Gabe von Temsirolimus, parenteral, je 1 mg; OPS 6-004.e*	**41,29 €**
ZE2026-132 Gabe von Thiotepa, parenteral, je mg; OPS 6-007.n*	**3,51 €**
ZE2026-110 Gabe von Tocilizumab, subkutan, je Fertigspritze 162 mg; OPS 6-005.n*	**514,47 €**
ZE2026-104 Gabe von Trastuzumab, subkutan, je 600 mg Durchstechflasche; OPS 6-001.m*	**2.286,73 €**
ZE2026-153 Gabe von Trastuzumab, intravenös, je mg; OPS 6-001.k*	**1,06 €**
ZE2026-194 Gabe von Ustekinumab, intravenös, je 1 mg; OPS 6-005.p*	**43,02 €**
ZE2026-195 Gabe von Ustekinumab, subkutan, je 45 mg oder 90 mg; OPS 6-005.q*	**5.593,15 €**
ZE2026-182 Gabe von Vedolizumab, parenteral, je 300 mg; OPS 6-008.5*	**2.313,72 €**
ZE2026-182 Gabe von Vedolizumab, parenteral, je 108 mg; OPS 6-008.5*	**578,44 €**
ZE2026-124 Gabe von Voriconazol, oral, je 200 mg Tablette; OPS 6-002.5*	**1,17 €**
ZE2026-125 Gabe von Voriconazol, parenteral, je 200 mg; OPS 6-002.r*	**5,66 €**
ZE2026-01 Beckenimplantate; OPS 5-785.2d oder 5-785.3d oder 5-785.4d oder 5-785.5d	**3.333,53 €**
ZE2026-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.00	**6.157,96 €**
ZE2026-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.01	**6.610,17 €**

ZE2026-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.03	**7.286,60 €**
ZE2026-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.04	**8.587,31 €**
ZE2026-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.05	**9.316,94 €**
ZE2026-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.06	**9.980,81 €**
ZE2026-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.07	**10.988,77 €**
ZE2026-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.08	**12.298,70 €**
ZE2026-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.09	**13.516,91 €**
ZE2026-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.0b	**15.141,12 €**
ZE2026-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.0c	**17.297,64 €**
ZE2026-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.0d	**18.876,99 €**
ZE2026-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.0e	**20.843,61 €**
ZE2026-03 ECMO und PECLA; OPS 8-852.30	**5.547,26 €**
ZE2026-04 Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich; OPS 5-020.65 oder 5-020.66 oder 5-020.67 oder 5-020.68 oder 5-020.6b oder 5-020.6c oder 5-020.6d oder 5-020.6e oder 5-020.71 oder 5-020.72 oder 5-020.74 oder 5-020.75 oder 5-774.71 oder 5-774.72 oder 5-775.71 oder 5-775.72	**4.578,41 €**
ZE2026-05 Distraktion am Gesichtsschädel; OPS 5-776.6 oder 5-776.7 oder 5-776.9 oder 5-777.1	**1.598,93 €**
ZE2026-09 Hämoperfusion und Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen; OPS 8-821.2	**1.081,81 €**
ZE2026-09 Hämoperfusion and Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen; OPS 8-856	**633,27 €**
ZE2026-13 Immunadsorption; OPS 8-821.0	**2.059,00 €**
ZE2026-15 Zellapherese; OPS 8-823 oder 8-825.	**621,35 €**
ZE2026-22 IABP; OPS 5-376.00 oder 8-839.0	**818,26 €**
ZE2026-25 Modulare Endoprothesen, Knie; OPS 5-829.k oder 5-829.m	**2.275,69 €**
ZE2026-25 Modulare Endoprothesen, Hüfte; OPS 5-829.k oder 5-829.m	**1.468,94 €**
ZE2026-25 Modulare Endoprothesen, Schulter; OPS 5-829.k oder 5-829.m	**1.601,22 €**
ZE2026-41 Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems; OPS 8-977	**1.243,81 €**
ZE2026-49 Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) in Kombination mit Peritonektomie und ggf. mit Multiviszeralresektion oder hypertherme intrathorakale Chemotherapie (HITOC) in Kombination mit Pleurektomie und ggf. mit Tumorreduktion	**4.127,00 €**
ZE2026-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestina	**814,33 €**
Hier ist Ihre Liste, bei der alle Vorkommen von ZE2025 erfolgreich durch ZE2026 ersetzt wurden:	**1.203,16 €**
Bezeichnung	**23.095,87 €**
ZE2026-106 Gabe von Abatacept, subkutan, je 125 mg Fertigspritze; OPS 6-003.t*	**21.792,41 €**
ZE2026-112 Gabe von Abirateronacetat, oral, je mg; OPS 6-006.2*	**19.262,95 €**
ZE2026-148 Gabe von Adalimumab, parenteral, je mg; OPS 6-001.d*	**33.000,00 €**
ZE2026-142 Gabe von Aflibercept, intravenös, je mg; OPS 6-007.3*	**1.166,73 €**
ZE2026-202 Gabe von Aldesleukin, parenteral, je 1 Mio. IE; OPS 6-001.8*	**1.472,41 €**
ZE2026-58 Gabe von Alpha-1-Proteinaseninhibitor human, parenteral, je mg; OPS 8-812.0*	**1.326,51 €**
ZE2026-84 Gabe von Ambrisentan, oral, bei Verabreichung einer 5 mg Tablette, je mg; OPS 6-004.2*	**2.236,36 €**
ZE2026-84 Gabe von Ambrisentan, oral, bei Verabreichung einer 10 mg Tablette, je mg; OPS 6-004.2*	**4.440,62 €**
ZE2026-154 Gabe von Anidulafungin, parenteral, je mg; OPS 6-003.k*	**5.380,25 €**
ZE2026-180 Gabe von Azacytidin, parenteral, je 1 mg; OPS 6-005.0*	**10.367,00 €**
ZE2026-130 Gabe von Belimumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-006.6*	**10.320,67 €**
ZE2026-170 Gabe von Bevacizumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-002.9*	**10.506,00 €**
ZE2026-159 Gabe von Blinatumomab, parenteral, je µg; OPS 6-008.7*	**1.053,00 €**
ZE2026-147 Gabe von Bortezomib, parenteral, je mg; OPS 6-001.9*	**1.678,00 €**
ZE2026-56-1 Bosentan, eine Tablette zu 62,5 oder 125 mg	**2.058,00 €**
ZE2026-140 Gabe von Brentuximabvedotin, parenteral, je mg; OPS 6-006.b*	**919,57 €**
ZE2026-150 Gabe von Busulfan, parenteral, je mg; OPS 6-002.d*	**933,98 €**
ZE2026-113 Gabe von Cabazitaxel, parenteral, je mg; OPS 6-006.1*	**1.300,07 €**

ZE2026-162 Gabe von Carfilzomib, parenteral, je mg; OPS 6-008.9*	**22.500,00 €**
ZE2026-123 Gabe von Caspofungin, parenteral, je mg; OPS 6-002.p*	**17.243,00 €**
ZE2026-171 Gabe von Clofarabin, parenteral, je mg; OPS 6-003.j*	**12.300,00 €**
ZE2026-200 Gabe von Daratumumab, intravenös, je 1 mg; OPS 6-009.q*	**17.400,00 €**
ZE2026-201 Gabe von Daratumumab, subkutan, je 1 mg; OPS 6-009.r*	**11.100,00 €**
ZE2026-91 Gabe von Dasatinib, oral, je 1 mg, bei Verwendung Originalprodukt bei chronischer myeloischer Leukämie (CML); OPS 6-004.3*	**24.065,00 €**
ZE2026-131 Gabe von Defibrotid, parenteral, je mg; OPS 6-005.k*	**24.065,00 €**
ZE2026-63 Gabe von Dibotermin alfa, Implantation am Knochen, je 1 mg bei Verwendung einer 12 mg Durchstechflasche; OPS 6-003.4*	**26.750,00 €**
ZE2026-191 Gabe von Dinutuximab beta, parenteral, je 1 mg; OPS 6-009.b*	**24.065,00 €**
ZE2026-203 Gabe von Durvalumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-00b.7*	**24.065,00 €**
ZE2026-183 Gabe von Elotuzumab, parenteral, je 1 mg; OPS 6-009.d*	**26.750,00 €**
ZE2026-143 Gabe von Eltrombopag, oral, je mg; OPS 6-006.0*	**29.500,00 €**
ZE2026-141 Gabe von Enzalutamid, oral, je mg; OPS 6-007.6*	**24.065,00 €**
ZE2026-121 Gabe von Etanercept, parenteral, je mg; OPS 6-002.b*	**24.065,00 €**
ZE2026-175 Gabe von Filgrastim, parenteral, je 1 Mio. IE; OPS 6-002.1*	**26.750,00 €**
ZE2026-204 Gabe von Gemtuzumab ozogamicin, parenteral, je 1 mg; OPS 6-00b.a*	**11,01 €**
ZE2026-69 Gabe von Hämin, parenteral, je mg; OPS 6-004.1*	**0,38 €**
ZE2026-145 Gabe von Ibrutinib, oral, je mg; OPS 6-007.e*	**3,88 €**
ZE2026-122 Gabe von Imatinib, oral, je mg; OPS 6-001.g*	**11,84 €**
ZE2026-149 Gabe von Infliximab, parenteral, je mg; OPS 6-001.e*	**1.487,50 €**
ZE2026-166 Gabe von Isavuconazol, parenteral, je mg; OPS 6-008.g*	**16,78 €**
ZE2026-167 Gabe von Isavuconazol, oral, je mg; OPS 6-008.h*	**2.522,80 €**
ZE2026-127 Gabe von L-Asparaginase aus Erwinia chrysanthemi [Erwinase], parenteral, je IE; OPS 6-003.r*	**2,62 €**
ZE2026-77-31 Gabe von Lenalidomid, oral, pro 1 mg; OPS 6-003.g*	**281,06 €**
ZE2026-176 Gabe von Lenograstim, parenteral, je 1 Mio. IE; OPS 6-002.2*	**5,52 €**
ZE2026-214 Gabe von Letermovir, oral, je 1 mg; OPS 6-00b.c*	
ZE2026-215 Gabe von Letermovir, parenteral, je 1 mg; OPS 6-00b.d*	
ZE2026-178 Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral, je 1 mg; OPS 6-007.7*	
ZE2026-169 Gabe von Liposomalem Irinotecan, parenteral, je 1 mg; OPS 6-009.e*	
ZE2026-163 Gabe von Macitentan, oral, je mg; OPS 6-007.h*	

5. Sonstige Entgelte für Leistungen gem. § 7 FPV 2025

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 tages- bzw. fallbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

B61B	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks außer bei Transplantation	Abrechnung pro Tag	€ 385,99
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	Abrechnung pro Tag	€ 293,01
B76A	Anfälle, mehr als 1 Beleg.tag, mit	Abrechnung pro Tag	€ 373,30

	komplexer Diagnostik und Therapie		
U41Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen	Abrechnung pro Tag	€ 304,21
Palliativmedizin (Besondere Einrichtung)		Abrechnung pro Tag	€ 311,47

Teilstationäre Leistungen (Leistungen nach Anlage 3b FPV 2025 und sonstige teilstationäre Leistungen**)**		
Teilstationäre Onkologie	Abrechnung pro Tag	€ 480,52
Teilstationäre Behandlung Pädiatrie	Abrechnung pro Tag	€ 344,18
Teilstationäre Anästhesie	Abrechnung pro Tag	€ 394,03

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2025 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 2025 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 2025 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2025 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

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

Keine Entgelte

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

a) Gem. § 17 a KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten.
Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig: **60,97 €**

b) Gem. §33 Abs. 3 S.1 PflBG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag je voll- und teilstationären Fall zur Finanzierung von Ausbildungskosten Der Ausbildungszuschlag beträgt gegenwärtig: **108,70 €**

c) Ferner berechnet das Krankenhaus gem. § 17b Abs. 1 Satz 4 und 6 KHG folgende Zuschläge / Abschläge:

Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen

in Höhe von 60,- € pro Tag

Zuschlag für das Onkologische Zentrum nach § 5 Abs. 1 bis 3 KHEntgG für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

in Höhe von 10,36 €

Zuschlag Hygieneförderprogramm nach § 4 Abs. 9 KHEntgG in Höhe von **0,19%** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen, der Zusatzentgelte und der sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 und 2a KHEntgG

Zuschlag gem. § 4a KHEntgG § zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin in Höhe von **11,692%** (Altersgruppe >28 Tag und <16 Jahren) auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschale.

Zuschlag für Sofort-Transformationskosten beträgt **3,25 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen, der Zusatzentgelte und der sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 und 2a KHEntgG für Voll- u. Teilstationäre Patienten.

8. 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:

- Testung durch Nukleinsäurenachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR, PoC-PCR oder weiterer Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.05.2023:

  in Höhe von € 30,40

  Labordiagnostik mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum dem 15.10.2020:

  in Höhe von € 19,00

- Testung mittels Antigen-Test zur patientennahen Anwendung durch Dritte zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (PoC-Antigentest) bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2021:

  in Höhe von € 11,50

9. 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 das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG die in **Anhang 1** aufgeführten zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte in EURO ab.

10. Qualitätssicherungszu- und abschläge nach § 7 Abs. 1 Ziff. 7 KHEntgG

Qualitätssicherungszuschlag entsprechend der zweiten Ergänzungsvereinbarung zur Qualitätssicherung

in Höhe von € 0,84

11. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

in Höhe von € 1,59

b) Zuschlag für die Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139 a i.V.m. § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 i.V.m. § 139 c SGB V und für die Finanzierung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im

Gesundheitswesen nach § 137 a SGB V für jeden abzurechnenden Krankenhausfall

in Höhe von € 3,12

c) Zuschlag Notfallversorgung §9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG für jeden abzurechnenden Krankenhausfall

in Höhe von € 24,78

d) Zuschlag für Telematikinfrastruktur nach § 377 Abs. 1 u. 2 SGB V

in Höhe von € 1,15

e) Zuschlag geburtshilfliche Versorgung §5 Abs. 2b/2c KHEntgG

In Höhe von € 13,73

12. 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 aktuell

in Höhe von **€ 348,79**

13. Weitere Zu- und Abschläge

a) Zuschlag für die Qualitätssicherung für Schlaganfallpatienten

in Höhe von € 3,10

b) Zuschlag für das Telemedizinische Pilotprojekt zur integrierten Schlaganfall-versorgung (TEMPiS)

in Höhe von € 191,30

c) Zuschlag für das Thrombektomie-Intervention durch „Flying Interventionalist“ Satelliten-Kliniken, Schlaganfallnetzwerk, Bayern

in Höhe von € 21.150,00

14. 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

- Innere Medizin € 147,25
- Pädiatrie € 94,08
- Neonatologie € 51,64
- Allgemeine Chirurgie € 100,72
- Unfallchirurgie € 82,32
- Urologie € 103,28
- Orthopädie € 133,96
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe € 119,13
- Neurologie € 114,02
- Intensivmedizin € 104,30
- Kinderchirurgie (Beleg) € 61,36
- Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (Beleg) € 78,74
- Augenheilkunde (Beleg) € 68,51
- Zahn- und Kieferheilkunde (Beleg) € 64,42
- Schlaflabor 1. Nacht € 407,00
- Schlaflabor jd. weitere Nacht innerh. 5 Tg € 244,00

b) nachstationäre Behandlung

- Innere Medizin € 53,69
- Pädiatrie € 37,84
- Neonatologie € 23,01
- Allgemeine Chirurgie € 17,90
- Unfallchirurgie € 21,47
- Urologie € 41,93
- Orthopädie € 20,96
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe € 22,50
- Neurologie € 40,90
- Intensivmedizin € 36,81
- Kinderchirurgie (Beleg) € 24,54
- Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (Beleg) € 37,84
- Augenheilkunde (Beleg) € 38,86
- Zahn- und Kieferheilkunde (Beleg) € 23,52

Zusätzlich zu den Pauschalen für vor- oder nachstationäre Behandlung können Leistungen mit medizinisch technischen Großgeräten (Computer-Tomographie-Geräte – CT, Magnet-Resonanz-Geräte – MR, Linksherzkatheter-Messplätze – LHM, Hochvolttherapie-Geräte, Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte – PET) nach entsprechenden DKG-NT-Ziffern abgerechnet werden.
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.

15. Entgelte für sonstige Leistungen

a) Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
b) Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus 100,00 Euro.

16. Zuzahlungen

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

17. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gem. § 2 FPV 2025 oder der Rückverlegung gem. § 3 Abs. 3 FPV 2025 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2025 zusammengefasst und abgerechnet.

18. Belegärzte, Beleghebammen, Belegentbindungspfleger

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

a) die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses;

b) die Leistungen von Beleghebammen bzw. Belegentbindungspflegern.

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Beleghebamme / dem Belegentbindungspfleger gesondert berechnet.

19. Entgelte für Wahlleistungen

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

a) Ärztliche Leistungen

Bei der Inanspruchnahme der Wahlleistung "ärztliche Leistungen" kann die Wahl nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärzte des Krankenhauses beschränkt werden (§ 17 Abs. 3 KHEntgG). Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären, teilstationären, einer vor- und nachstationären sowie einer stationsäquivalenten Behandlung (§ 115a SGB V) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Dies gilt auch, soweit das Krankenhaus selbst wahlärztliche Leistungen berechnet.

Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung. Nach § 6a GOÄ erfolgt bei vollstationären, teilstationären, vor- und nachstationären, sowie einer stationsäquivalenten wahlärztlichen/ privatärztlichen Leistungen eine Minderung der Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25 %; bei Leistungen und Zuschlägen von Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten um 15 %. Das Arzthonorar wird in der Regel gesondert von den jeweils liquidationsberechtigten Krankenhausärzten geltend gemacht, sofern nicht die Verwaltung des Klinikums oder eine externe Abrechnungsstelle für den liquidationsberechtigten Arzt tätig wird.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom nachfolgend aufgeführten Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtungen persönlich oder unter der Aufsicht des Wahlarztes nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung bzw. des Instituts (§ 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ/ GOZ) oder von dem ständigen ärztlichen Vertreter (§ 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ/ GOZ) erbracht. Die Auflistung der Wahlärzte und deren ständige ärztliche Vertreter befindet sich in der Anlage zu diesem Entgelttarif und ist Bestandteil der Wahlleistungsvereinbarung.

b) Unterkunft

Die Gesamtkosten für die Unterbringung werden aus den Kosten pro Berechnungstag gebildet. Berechnungstag in diesem Sinne ist der Tag der Aufnahme zuzüglich jedes weiteren Aufenthaltstages. Der Tag der Entlassung bzw. Verlegung wird bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Begleitperson

- Für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson, welche aus medizinischen Gründen **nicht erforderlich** ist (**Wahlleistung**), werden **€ 60,00** pro Tag berechnet.

Unterbringung in einem 1-Bett-Zimmer:

- **Sh. Wahlleistungsvereinbarung u. Anhang 2**
- Eine Reservierung bzw. das Freihalten eines 1-Bett-Zimmers ist nach Vereinbarung kostenpflichtig. Für einen Zeitraum von maximal vier Tagen besteht die Möglichkeit der Reservierung bzw. des Freihaltens des gebuchten 1-Bett-Zimmers für den Fall, dass das Zimmer vorübergehend nicht genutzt werden kann. Während der Zeit der Reservierung / des Freihaltens, in welcher das Zimmer nicht anderweitig belegt wird, berechnet das Krankenhaus einen um 25 % geminderten Zimmerpreis.

Unterbringung in einem 2-Bett-Zimmer:

- **Sh. Wahlleistungsvereinbarung u. Anhang 2**

c)Telefon u. TV	inklusive Flatrate, Grundgebühr: Gesprächsgebühren für Auslands-Mobil-Telefonate:	**€ 3,90 je Berechnungstag;**
d) Internetzugang:	sofern technisch vorhanden	**kostenlos**

Inkrafttreten

Dieser **DRG-Entgelttarif tritt am 01.10.2026 in Kraft**. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.01.26 aufgehoben.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter unseres Krankenhauses hierfür gerne zur Verfügung.
Gleichzeitig können Sie beim Medizincontrolling auch jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten sowie die zugehörigen Abrechnungsregeln nehmen. Alle relevanten Dokumente sowie weiterführende Informationen finden Sie auch auf der offiziellen Homepage des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) [www.g-drg.de]

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.