



**ST. VINCENZ
GESUNDHEITS
VERBUND**

St. Vincenz-Krankenhaus Limburg

DRG-Entgelttarif für Krankenhäuser im

Anwendungsbereich des KHEntgG und

Unterrichtung des Patienten gemäß § 8 KHEntgG

Der **St. Vincenz Gesundheitsverbund** berechnet ab dem 01.01.2026 folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gem. § 17b KHG

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, aufwendige diagnostische oder therapeutische Leistungen). Eventuell vorhandene Nebendiagnosen können zudem die Schweregradeinstufung beeinflussen. Für die Festlegung der Diagnosen beziehungsweise Prozeduren stehen Kataloge mit ca. 13.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2026) und ca. 23.000 Prozeduren (OPS 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 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 gültige **Basisfallwert** ab dem 01.01.2026 liegt bei **4563,60 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Relativgewicht und Basisfallwert 2026):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht bei Hauptabteilungen	Basisfallwert	Erlös
B79Z	Schädelfrakturen	0,541	4.563,60 €	2.468,91 €
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Kniegelenksendoprothese mit komplizierter Diagnose	3,015	4.563,60 €	13.759,25 €

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 2026 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 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 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 2026 (FPV 2026).

3. Hybrid-DRG gemäß § 115f SGB V

Gemäß § 115 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.

4. Pflegebudget und Pflegeentgeltwert gemäß § 6a KHEntgG

Ab 01. Januar 2026 sind gemäß § 15 Abs. 2a Satz 1 Nr. 5 KHEntgG für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog mit einem Pflegeentgeltwert in Höhe von 193,11 € zu multiplizieren.

5. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2026

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 2026 werden die **bundeseinheitlichen** Zusatzentgelte durch die **Anlage 2** in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2026 vorgegeben.

Beispiel:

Nummer	Definition	Entgelthöhe
ZE 01.01	Hämodialyse, Alter > 14 Jahre	174,58 €

Daneben können für die in **Anlage 4** in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2026 genannten Zusatzentgelte **krankenhausindividuelle** Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden. In der Krankenhausgesellschaft St. Vincenz mbH werden folgende Zusatzentgelte abgerechnet:

ZE	OPS	Leistung	Entgelthöhe
ZE 2026-09	8-821.2	Hämaperfusion	1.135,00 €
ZE 2026-22	8-839.0	IABP	800,95 €
ZE 2026-111	6-005.d*	Gabe von Paclitaxel, als an Albumin gebundene Nanopartikel, parenteral, je mg	2,59 €
ZE 2026-113	6-006.1*	Gabe von Cabazitaxel, parenteral, je mg	7,91 €
ZE 2026-120	6-001.c*	Gabe von Pemetrexed, parenteral, je mg	0,09 €
ZE 2026-123	6-002.p*	Gabe von Caspofungin, parenteral, je mg	0,53 €
ZE 2026-140	6-006.b*	Gabe von Brentuximab vedotin, parenteral	63,74 €
ZE 2026-141	6-007-6*	Gabe von Enzalutamid, oral je mg	0,66 €
ZE 2026-144	6-007.j*	Gabe von Obinutuzumab, parenteral, je mg	2,39 €
ZE 2026-146	6-007.m*	Gabe von Ramucirumab, parenteral, je mg	3,85 €
ZE 2026-147	6-001.9*	Gabe von Bortezomib, parenteral, je mg	64,20 €
ZE 2026-148	6-001.d*	Gabe von Adalimumab, parenteral, je mg	2,63 €
ZE 2026-149	6-001.e*	Gabe von Infliximab, parenteral, je mg	2,00 €
ZE 2026-151	6-001.h*	Gabe von Rituximab, intravenös, je mg	1,20 €
ZE 2026-161	6-008.m*	Gabe von Nivolumab, parenteral, je mg	11,68 €
ZE 2026-169	6-009.e*	Gabe von Liposomalem Irinotecan, parenteral, je mg	21,30 €
ZE 2026-170	6-002.9*	Gabe von Bevacizumab, parenteral, je mg	0,85 €
ZE 2026-177	6-002.7*	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral, je mg	12,82 €
ZE 2026-189	5-38a.c1	Stent-Prothese, mit 1 Öffnung	12.500,00 €
ZE 2026-200	6-009.q*	Gabe von Daratumumab, intravenös, je mg	4,30 €
ZE 2026-201	6-009.r*	Gabe von Daratumumab, subkutan, je mg	3,16 €
ZE 2026-25 Ellenbogen	5-829.k*	Modulare Endoprothesen- Andere gelenkplastische Eingriffe Ellenbogen	1.877,41 €
ZE 2026-25 Hüfte	5-829.k*	Modulare Endoprothesen- Andere gelenkplastische Eingriffe Hüfte	1.500,00 €
ZE 2026-25 Knie	5-829.k*	Modulare Endoprothesen- Andere gelenkplastische Eingriffe Knie	2.100,00 €
ZE 2026-25 Schulter	5-829.k*	Modulare Endoprothesen- Andere gelenkplastische Eingriffe Schulter	1.620,00 €

Können für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausesindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, so sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

6. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2026

Für die Vergütung von Leistungen, die nach den Feststellungen der, für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen, Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und bundeseinheitlich festgelegten Zusatzentgelten erfasst werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern keine tagesbezogenen Entgelte vereinbart.

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2026 auf Grund fehlender Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, so 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 S. 3 KHEntgG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

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

Gem. § 115a SGB V berechnet das Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen folgende Entgelte:

Fachabteilung	Vorstationäre Pauschale gesamt	Nachstationäre Pauschale je Behandlungstag
Gastroenterologie	164,64 €	63,91 €
Kardiologie	156,97 €	61,36 €
Pneumologie	219,34 €	66,47 €
Nephrologie	140,61 €	67,49 €
Hämatologie und Onkologie	75,67 €	46,02 €
Allgemeinchirurgie	100,72 €	17,90 €
Gefäßchirurgie	134,47 €	23,01 €
Unfallchirurgie	82,32 €	21,47 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13 €	22,50 €
Neurologie	114,02 €	40,90 €
Intensivmedizin	104,30 €	36,81 €
Pädiatrie	94,08 €	37,84 €
Urologie	103,28 €	41,93 €

Gem. § 8 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG ist eine vorstationäre Behandlung neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar. Eine nachstationäre Behandlung kann zusätzlich zur Fallpauschale (DRG) berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale (DRG) übersteigt.

Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten:

Zusätzlich zu diesen Pauschalen dürfen bei vor- oder nachstationärer Behandlung folgende Einzelleistungen nach DKG-NT in Rechnung gestellt werden.

5369	Höchstwert f. Leistungen nach Nr. 5370-5374	122,71 €
5370	CT im Kopfbereich ggf. einschl. d. kraniozerv. Übergang	81,81 €
5375	CT der Aorta	81,81 €
5371	CT im Hals- und/oder Thoraxbereich	94,08 €
5372	CT im Abdominalbereich	106,35 €
5373	CT des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten od. Gelenke)	77,72 €
5374	CT der Zwischenwirbelräume Hals-,Brust-u. o. Lendenwirbelsäule	77,72 €
5376	Ergänzende CT mit mind.1 zus.Serie b. High-Res. Techn.	20,45 €
5377	Zuschl. f. computergest. Analyse einschl.3D-Rekon.	32,72 €
5378	CT zur Bestrahlungsplanung	40,90 €
5380	Bestimmung des Mineralgehaltes (Osteodensitometr.)	12,27 €
5700	MRT im Bereich Kopf/Hals	179,97 €
5720	MRT im Bereich des Abdomens u./o. Beckens	179,97 €
5705	MRT der Wirbelsäule	171,79 €

5715	MRT im Bereich des Thorax ggfs. einschl. Hals/ Thorax	175,88 €
5721	MRT der Mamma(e)	163,61 €
5730	MRT einer oder mehrerer Extremität(en)	163,61 €
5729	MRT eines oder mehrerer Gelenke od. Abschn. v. Extr.	98,17 €
5731	Ergänzende Serie(n) zu Nrn.5700-5730	40,90 €
5732	Zuschlag zu 5700-5730 f. Posit.- u./o. Spulenwechsel	40,90 €
5733	Zuschlag f. computergest. Analyse z.B. Kinetik,3D-Rek.	32,72 €
5735	Höchstwert f. Leistungen nach 5700-5730	245,42 €
627	Linksherzkatheterismus	61,36 €
628	Herzkathether m. Druckmessung u.oxymetr. Untersuchungen	32,72 €
629	Transsept. Linksherzkath. einschl. Druckm. u. oxym. Untersuchung	81,81 €
5315	Angiokardiographie einer Herzhälfte / eine Serie	89,99 €
5316	Angiokardiographie beider Herzhälften / eine Serie	122,71 €
5325	Selekt. Koronarangiogr. aller Herzkrankgef./Cinetechnik	122,71 €
5317	Zweite bis dritte Serie an 5315 od.5316 je Serie	16,36 €
5326	Selekt. Koronarangiogr. Herzkranzgefäße 5324/5325 zweite bis fünfte Serie, je Serie	16,36 €
5318	Weitere Serien mit Anschl.an 5317, insgesamt	24,54 €
5324	Selekt. Koronarangiogr. e. Herzkranzgef. o. Bypasses mittels Cinetechnik, eine Serie	98,17 €
5327	Zus. Linksventrikulographie. b. selekt. Koronarangiographie	40,90 €
5328	Zuschl.zu 5300-5327 b. simult. Zwei-Ebenen-Techn.	49,08 €
5831	Bestrahlungsplan f. 5834-5837, je Bestrahlungsserie	61,36 €
5832	Zuschl.z.5831 b. Anw .e. Simulators Anfertig.e. Körperquerschnittszeichn. o. Benutz. e. Querschnitts anhand CT	20,45 €
5833	Zuschlag zu 5831 b. individ. Berechnung d. Dosisverteilung	81,81 €
5834	Bestrahlung mittels Telecobaltger. bis zu 2 Eintrittsfelder	29,65 €
5835	Zuschlag zu 5834 b. Bestrahlung m. Großfeld od.>2 Eintr. Feld.	5,11 €
5837	Zuschlag zu 5836 b. Bestrahlung m. Großfeld od.>2 Eintr. Feld.	5,11 €
5836	Bestrahl. m. Beschleuniger m. bis zu 2 Eintrittsfeldern	40,90 €
5488	PET ggfs. einschl. Darstellung in mehreren Ebenen	245,42 €
5489	PET mit quantifiz. Auswertung. ggfs. Darst.in mehrerer Ebenen	306,78 €

Leistungen nach der Maßgabe des § 5 der Allg. Tarifbestimmungen des DKG-NT I werden nach dem Einstandspreis berechnet (z.B. Kontrastmittel)

8. Finanzierung der Ausbildungsstätte gemäß § 17a Abs. 5 KHG

Ab dem 01. Januar 2026 wird zur Finanzierung der Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen ein Zuschlag von **38,18 €** je voll- und teilstationären Krankenhausfall berechnet.

9. Finanzierung der Ausbildungsstätte gemäß § 33 Abs. 3 PflBG i.V.m. § 13 PflAFinV

Ab dem 01. Januar 2026 wird zur Finanzierung der Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen ein Zuschlag von **195,75 €** je voll- und teilstationären Krankenhausfall berechnet.

10. Sonstige Zuschläge gemäß § 17b Abs. 1 Satz 4 und 6 KHG

Das Krankenhaus berechnet gemäß § 17 Abs. 1 Satz 4 KHG einen Zuschlag für die Aufnahme einer Begleitperson in Höhe von **60,00 € pro Tag**.

Die Höhe des Zuschlages von 60,00 € ist in der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17 Abs. 1 Satz 4 KHG geregelt. Dieser Zuschlag betrifft im Übrigen nur die Fälle der **medizinisch notwendigen Aufnahme** von Begleitpersonen und ist von der **wahlweisen Unterbringung** und Verpflegung einer Begleitperson nach Ziffer 17 c zu **unterscheiden**.

11. Zuschlag Notfallversorgung

Ab dem 01.01.2026 wird gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG ein Zuschlag von 29,26 € abgerechnet.

12. Zuschlag nach § 4a KHEntgG zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin

Ab dem 01.01.2026 wird für den Zuschlag gem. § 4a Abs. 4 KHEntgG zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin mit **11,692 %** von der Fallpauschale abgerechnet. Dies gilt für Patienten, die älter als 14 Tage und jünger als 16 Jahre alt sind.

13. Zuschlag Hygiene-Förderprogramm nach §4 Abs. 9 KHEntgG

Ab dem 01.01.2026 berechnet das Krankenhaus gem. §4 Abs. 9 KHEntgG einen Zuschlag zur finanziellen Förderung an die personelle Ausstattung in Höhe von **0,39 %** zur Erfüllung des Infektionsschutzgesetzes.

14. Zuschlag Telematik § 377 Abs. 1 und 2 SGB V

Gem. § 377 Abs. 1 und 2 SGB V berechnet das Krankenhaus ab dem 01.01.2026 zum Ausgleich der in § 376 SGB V genannten Ausstattungs- und Betriebskosten der Telematik Infrastruktur einen Zuschlag von den Krankenkassen in Höhe von **3,40 €** je Fall ab.

15. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17d Abs. 2 Satz 4 i.V.m § 17b Abs. 1a Nr.4 KHG und §§ 136 und 136b SGB V

Gem. § 17b KHG berechnet das Krankenhaus einen Zuschlag in Höhe von **0,84 €** je Fall für die Beteiligung der Krankenhäuser an der Qualitätssicherung auf der Grundlage des § 136 SGB V.

16. 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 Krankenhaus einen DRG-Systemzuschlag in Höhe von **1,59 €** je voll- und teilstationärem Krankenhausfall. Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die in § 17b KHG benannten Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene abgeführt.

17. Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss gem. § 91 SGB V sowie für das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit

Die Höhe des Systemzuschlags beträgt **3,12 €** je Krankenhausfall. Darin enthalten ist auch der Zuschlag für das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Zu den Aufgaben des GBA gehören die Definition der medizinischen Leistung zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Erstellung von Anforderungskriterien an das Qualitätsmanagement und Qualitätssicherungsmaßnahmen für die verschiedenen Bereiche im Gesundheitswesen.

18. Zuzahlungen

Das Krankenhaus zieht zur Weiterleitung an die Krankenkassen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an, innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage, **10,00 €** je Berechnungstag ein (der Entlassungstag wird mit eingerechnet), angerechnet werden vollstationäre Tage bei bereits geleisteten Zuzahlungen für eine von einem Rentenversicherungsträger gewährte stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation (§ 32 Abs. 1 Satz 2 SGB IV) sowie für ein Anschlussrehabilitation (§ 40 Abs. 6 Satz 1 SGB I).

Im Rahmen der Entbindungsanstaltspflege ist bei einer Verweildauer von mehr als 6 Tagen nach der Entbindung ab dem 7. Tag die Zuzahlung von **10,00 €** je Berechnungstag zu entrichten.

19. Wiederaufnahme und Rückverlegung

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

20. Belegärzte und Beleghebammen

Mit den Entgelten nach Nr. 1 - 10 sind *nicht* abgegolten:

- Die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegabteilungen, sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.
- Weiterhin die Leistungen freiberuflicher Hebammen und Entbindungspfleger.

Diese Leistungen werden vom Belegarzt bzw. der Hebamme oder dem Entbindungspfleger berechnet.

21. Entgelte für Wahlleistungen

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntgG). Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung entnehmen.

22. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Für Kopfhörer einmalig	1,50 €
2. TV+WLAN Kombipaket (1 Tag)	3,00 €
3. TV+WLAN Kombipaket (3 Tage)	8,00 €
4. TV+WLAN Kombipaket (7 Tage)	15,00 €
5. WLAN-Einzelticket (Kinderstation, 3 Tage)	3,00 €
6. WLAN-Einzelticket (Kinderstation, 7 Tage)	7,00 €
7. Leichenschau (nach GOÄ Ziffer 100)	66,31 €
8. Leichenhallengebühr (Pauschale für bis zu 3 Nächte)	60,00 €
9. Leichenhallengebühr pro Nacht (bei Überschreitung der Pauschale)	23,00 €

* incl. 19% Mehrwertsteuer

23. Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.01.2026 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 01.01.2025 aufgehoben.

**Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,**

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen der Patientenaufnahme unter der Telefonnummer (06431) 292-2000 oder die stationäre Abrechnung (06431) 292-7193 gerne zur Verfügung. Alle Angaben gelten unter Vorbehalt von Änderungen.

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.

