



Anlage zu den AVB

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

Die Katholische Marienkrankenhaus gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung berechnet ab dem 1. Januar 2012 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 Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sowie des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) in der jeweils gültigen Fassung. Danach werden allgemeine Krankenhausleistungen überwiegend über diagnose-orientierte 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 2012) und circa 28.000 Prozeduren (OPS Version 2012) 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 für unsere Klinik beträgt **2.975,00 Euro** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel:

<b>DRG</b>	<b>DRG-Definition</b>	<b>Relativgewicht</b>	<b>Basisfallwert</b>	<b>Entgelt</b>
P67D	Neugeborenes, Aufnahme- Gewicht > 2499g (...)	0,259	€ 2.975,00	€ 770,53
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals (...)	0,722	€ 2.975,00	€ 2.147,95

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 2012 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2012 (FPV 2012) 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 2012**

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 Fallpauschalenverordnung (FPV) 2012.

**3. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2012**

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. Die *bundeseinheitlichen* Zusatzentgelte werden durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5-der FPV 2012 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur FPV 2012 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 2012 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 2012 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2012 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

Das Marienkrankenhaus berechnet folgende *krankenhausindividuelle* Zusatzentgelte der Anlage 4 FPV 2012:

	OPS	Preis
ZE2012-03 ECMO und PECLAIBP (Intraortale Ballonpumpe)	8-852.00	€ 4.100,00
ZE2012-22 IABP perkutan	8-839.0	€760,00
ZE2012-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	5-429.j1 5-429.jc	€ 700,00 € 760,00
ZE2012-77 Gabe von Lemalidomid	6-003.g0	€ 543,34

**4. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2012**

Für die Vergütung von Leistungen, die nach § 7 Abs. 1 FPV 2012 noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden, hat das Krankenhaus gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhausindividuelle Entgelte vereinbart:

Leistungen nach Anlage 3a der FPV 2012:

B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson	€ 331,74 / Berechnungstag
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt.	€ 274,20 / Berechnungstag
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	€ 290,00 / Berechnungstag
K01Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus	€ 329,70 / Berechnungstag

Leistungen nach Anlage 3b der FPV 2012:

A90A	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung	€ 144,60 / Berechnungstag
A90B	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung	€ 144,60 / Berechnungstag

Teilstationäre Leistungen:

Tagesklinik Schmerztherapie	€ 218,35 / Tag
Tagesklinik Onkologie	€ 231,47 / Tag

Können für die Leistungen nach Anlage 3a FPV 2012 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 2011 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 2012 für Leistungen nach Anlage 3a FPV 2012 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von §8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jeden Belegungstag 450,00 € abzurechnen.

#### 5. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. §7 Ziffer 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 folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab:

	Darreichungsform	Inhalt in mg	€	Preis in € /mg
Catumaxomab	Fertigspritze	10µg	595,00	59,50
		50µg	2.975,00	59,50
Dasatinib		20	45,15	2,26
		50	90,31	1,81
		70	90,31	1,29
		100	180,62	1,81
Certolizumab	Fertigspritze 200 mg	1	724,14	724,14
Everolimus		5	105,67	21,13
		10	150,96	15,10
Golimumab	Fertigspritze		1.813,99	1.813,99
Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, nicht koronar		1	1.373,56	1.373,56
Nilotinib		200	42,84	0,21

Pazopanib		200	36,67	0,18
Romiplostim		250 µg	760,05	3,04
Einlage beschichteter Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße	Stent	Länge 5cm	1.705,35	1.705,35
	Stent	Länge 10cm	2.129,07	2.129,07
	Stent	Länge 15cm	2.576,33	2.576,33
	Stent	Länge 25cm	3.838,73	3.838,73
Temozolomid iv		100	333,20	3,33
Tocilizumab		80	233,14	2,91
		200	582,87	2,91
		400	1.165,75	2,91
Vinflunin		2 ml / 50 mg	296,31	
		10 ml / 250 mg	1.481,55	

## 6. 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:

Klinik	vorstationäre Behandlung je Fall	nachstationäre Behandlung je Behandlungstag
Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie	€ 100,72	€ 17,90
Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie	€ 82,32	€ 21,47
Frauenklinik	€ 119,13	€ 22,50
Klinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Krankheiten	€ 78,74	€ 37,84
Zentrum für Innere Medizin	€ 147,25	€ 53,69
Geriatrische Klinik	€ 72,09	€ 30,68
Neurologische Klinik	€ 114,02	€ 40,90
Urologische Klinik	€ 103,28	€ 41,93
Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie	€ 104,30	€ 36,81

Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten bei vor- und nachstationärer Behandlung:  
Computer-Tomographie-Gerät (CT)

DKG-NT-I-Ziffer	Bezeichnung	Pauschale
5369	Höchstwert für Leistungen 5370-5374	€ 122,71
5370, 5375	CT im Kopfbereich, CT der Aorta	€ 81,81
5371	CT im Hals- und/oder Thoraxbereich	€ 94,08
5372	CT im Abdominalbereich	€ 106,35
5373, 5374	CT des Skeletts, CT der Zwischenwirbelräume	€ 77,72
5376	Ergänzende CT mit mindestens einer zusätzlichen Serie	€ 20,45
5377	Zuschlag für computergesteuerte Analyse	€ 32,72

Magnet-Resonanz-Geräte (MR)

DKG-NT-I-Ziffer	Bezeichnung	Pauschale
5700	MRT im Bereich des Kopfes, MRT im Bereich des Abdomens und/oder des Beckens	€ 179,97
5705	MRT im Bereich der Wirbelsäule	€ 171,79
5715	MRT im Bereich des Thorax, der Thoraxorgane und/oder der Aorta	€ 175,88
5721, 5730	MRT der Mamma(e), MRT einer oder mehrerer Extremitäten	€ 163,61
5729	MRT eines oder mehrerer Gelenke oder	

5731, 5732	Abschnitte von Extremitäten Ergänzende Serie(n)	€ 98,17
	Zuschlag für Positionswechsel oder Spulenwechsel	€ 40,90
5733	Zuschlag für computergesteuerte Analyse	€ 32,72
5735	Höchstwert für Leistungen 5700-5730	€ 245,42

Gemäß § 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.

**7. Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen gem. § 17a Abs. 6 KHEntgG und sonstige Zu- und Abschläge**

- Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen  
in Höhe von € 74,24  
Der Betrag wird an einen Fonds weitergeleitet, der an die Ausbildungsstätten ausgeschüttet wird.

**8. Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG**

Zuschlag für die medizinisch notwendige Aufnahme von Begleitpersonen € 45,00 / Belegungstag

**9. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG**

Qualitätssicherungszuschlag je vollstationärem Fall € 1,02

Davon werden € 0,36 weitergeleitet zur Finanzierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen auf Landesebene und € 0,59 verbleiben dem Krankenhaus als Entgelt für den zusätzlichen Dokumentationsaufwand.

**10. DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG**

Zur Finanzierung der Entwicklung und Pflege des in Deutschland eingeführten pauschalierenden Entgeltsystems für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG) berechnet das Krankenhaus einen

DRG-Systemzuschlag für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von € 1,14

Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an die in § 17 b KHG benannten Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene abgeführt.

**11. Systemzuschlag nach § 91 SGB V i.V.m. 139a Abs.1 SGB V**

Zur Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen berechnet das Krankenhaus einen

Systemzuschlag für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von € 0,93

Dieser Betrag wird vom Krankenhaus an den Gemeinsamen Bundesausschuss weitergeleitet.

## 12. Zu- und Abschläge für besondere Tatbestände

- Zuschlag Ausgleich gem. § 5 Abs.4 KHEntgG  
in Höhe von 6,96%  
auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte sowie auf die sonstigen Entgelte nach §6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a KHEntgG

## 13. Zuzahlungen

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich krankenversicherten Patienten von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an – innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein (§ 39 Abs. 4 SGB V). Der Zuzahlungsbetrag beträgt zurzeit € 10,- je Kalendertag (§ 61 Satz 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43 b Abs. 3 SGB V im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen eingezogen.

Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sowie Krankenhausaufenthalte zur Entbindung sind von dieser Eigenbeteiligung befreit. Falls im laufenden Kalenderjahr durch stationäre Aufenthalte bereits Zuzahlungen vom Patienten entrichtet wurden oder die Krankenkasse den Patienten in schriftlicher Form von der Zuzahlung befreit hat, sind die Quittungen bzw. der Befreiungsausweis dem Krankenhaus in Kopie zur Verfügung zu stellen. Nur bei Vorlage der Zahlungsnachweise können diese Informationen berücksichtigt werden.

Die Eigenbeteiligung ist unverzüglich nach Erhalt der Zuzahlungsaufforderung zu begleichen, welche nach Beendigung der Behandlung postalisch zugestellt wird.

## 14. Wiederaufnahme und Rückverlegung

Im Falle der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus gemäß § 2 FPV 2012 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2012 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2012 zusammengefasst und abgerechnet.

## 15. Entgelte für Wahlleistungen

Zwischen dem Patienten und dem Krankenhaus können – wenn dadurch die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt werden - die folgenden Wahlleistungen vereinbart werden. Sie 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 Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer ärztlichen Leistungen im Rahmen der voll- und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 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 § 6 a Abs. 1 GOÄ erfolgt bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären 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 einer gesonderten Rechnung geltend gemacht.

Die gesondert berechenbaren ärztlichen Leistungen werden, auch soweit sie vom Krankenhaus berechnet werden, vom in der Anlage zur Wahlleistungsvereinbarung 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 ärztlichen Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen werden von diesen nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

b) Unterbringung in einem 1-Bett- oder 2-Bett-Zimmer

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.

Für die gewünschte Unterkunft in einem 1-Bett- oder 2-Bett-Zimmer werden die folgenden Zuschläge berechnet::

Klinik	1-Bett-Zimmer je Berechnungstag	2-Bett-Zimmer je Berechnungstag
Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie	€ 121,65	€ 73,61
Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie	€ 121,65	€ 73,61
Frauenklinik	€ 121,65	€ 73,61
Klinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Krankheiten	€ 108,78	€ 63,06
Zentrum Innere Medizin	€ 121,65	€ 73,61
Geriatrische Klinik	€ 116,97	€ 68,92
Neurologische Klinik	€ 116,97	€ 68,92
Urologische Klinik	€ 121,65	€ 73,61
Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie	€ 116,97	€ 68,92

Für den Fall einer aus medizinischen Gründen notwendigen Verlegung (z. B. Intensivstation) wird die gewählte Unterbringung bis zu vier Tagen kostenpflichtig freigehalten. Während der Zeit des Freihaltens, in welcher das Zimmer nicht anderweitig belegt wird, berechnet das Krankenhaus einen um 25 % geminderten Zimmerpreis.

c) Unterbringung und Verpflegung einer medizinisch nicht notwendigen Begleitperson

auf der Kinderstation je Kalendertag	€ 29,00 incl. Mwst.
auf allen übrigen Stationen je Kalendertag	€ 68,00 incl. Mwst.

d) Telefon, Telefax, Internet

Telefon	Gebühr pro Kalendertag (max. 10 Tage je Aufenthalt) zuzüglich pro Gesprächseinheit	€ 2,10 incl. Mwst. € 0,18 incl. Mwst.
Telefon incl. Telefax	Gebühr pauschal zuzüglich pro Gesprächseinheit	€ 26,00 incl. Mwst. € 0,18 incl. Mwst.
Internet-Nutzung	pro Tag	€ 2,00 incl. Mwst.

In Entbindungsfällen erstreckt sich die Inanspruchnahme von Wahlleistungen durch die Mutter nicht auf das gesunde Neugeborene. Für das gesunde Neugeborene bedarf es einer gesonderten Wahlleistungsvereinbarung.

Das Krankenhaus kann die Erbringung von Wahlleistungen sofort vorübergehend einstellen, soweit und solange dies für die Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber anderen Patienten erforderlich wird. Im übrigen kann die Vereinbarung vom Patienten an jedem Tag zum Ende des folgenden Tages gekündigt werden. Aus wichtigem Grund kann die Vereinbarung von beiden Teilen ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.

#### Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif gilt für Patienten, die ab dem 1. Januar 2012 in das Krankenhaus aufgenommen werden. Gleichzeitig wird der bisher geltende DRG-Entgelttarif aufgehoben.

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

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter der Aufnahmen unseres Krankenhauses hierfür 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.**