



**DRG-Entgelttarif 2026 für das Alice-Hospital Darmstadt**  
 und  
**Unterrichtung von Patient\*innen gemäß § 8 KHEntgG<sup>1</sup>**  
 gültig ab 11.03.2026

**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 grundsätzlich nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalls.

Die Zuweisung zu einer DRG erfolgt über verschiedene Parameter. Die wichtigsten sind hierbei die Hauptdiagnose sowie gegebenenfalls durchgeführte Prozeduren (Operationen, aufwändige diagnostische oder therapeutische Leistungen). Eventuell vorhandene Nebendiagnosen können zudem die Schweregradeinstufung beeinflussen. Für die Festlegung der Diagnosen beziehungsweise Prozeduren stehen Kataloge mit circa 13.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2026) und circa 30.000 Prozeduren (OPS 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 derzeit gültige Landesbasisfallwert liegt bei **4.563,60 €** und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Landesbasisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel:

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Landesbasisfallwert	DRG-Entgelthöhe
a	b	c	d	Sp.c x Sp.d
<b>F74Z</b>	Thoraxschmerz und sonstige und	0,343	4.563,60€	<b>1.565,31 €</b>

	nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems			
<b>O60D</b>	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose	0,294	4.563,60€	<b>1.341,70 €</b>

Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Diagnose(n) am Ende des stationären Aufenthaltes gestellt und welche diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Für das Jahr 2026 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 Fallpauschalenvereinbarung 2026 (FPV 2026) vorgegeben. Parallel dazu wurden die für das Jahr 2026 anzuwendenden Abrechnungsbestimmungen nach § 17b Abs. 2 S. 1 KHG von Seiten des GKV-Spitzenverbandes sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Fallpauschalenvereinbarung 2026 – FPV 2026 vereinbart, welche hinsichtlich der einzelnen Entgelte auf die vom Bundesministerium per Rechtsverordnung festgesetzten Anlagen der FPV 2026 verweist.

**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 § 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. Die betreffenden Leistungen sind in den Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 aufgeführt, ebenso wie die jeweils abzurechnende 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	Bewertung (€)
G09M	Hybrid-DRG 1 der DRG G09Z (Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomie oder Operation einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm)	3.492,10 €
G24N	Hybrid-DRG 1 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)	2.760,24 €

Die Leistungen beginnen nach Abschluss der Indikationsstellung und der Überprüfung der Operationsfähigkeit mit der Einleitung der Maßnahmen zur Operationsplanung und -vorbereitung und enden mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung. Für die gesamte Dauer der erbrachten Leistungen ist die Fallpauschale unabhängig von der Anzahl der beteiligten Leistungserbringer nur einmal berechnungsfähig. Im Falle einer postoperativen Nachbehandlung kann eine um 30 € erhöhte Fallpauschale berechnet werden. Eine Berechnung von Entgelten für vereinbarte Wahlleistungen bleibt unberührt.

**4. Zusatzentgelte nach den Zusatzentgeltkatalogen gemäß § 5 FPV 2026**

Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) 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 2026 werden die **bundeseinheitlichen Zusatzentgelte** durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2026 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 der FPV 2026 genannten Zusatzentgelte **krankenhausindividuelle Zusatzentgelte** nach § 6 Abs. 1 KHEntG vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntG abgerechnet werden.

Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine

krankenhausindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2026 für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2026 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen. Das Krankenhaus berechnet insbesondere folgende Zusatzentgelte:

ZE136.01	Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen, Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamente-freisetzender Ballon an Koronargefäßen	186,96 €
ZE136.02	Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen, Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamente-freisetzender Ballons an Koronargefäßen	575,07 €

**5. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2026**

Können für die Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **600,00 €** abzurechnen. Können für die Leistungen nach **Anlage 3b** FPV 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag **300,00 €** abzurechnen.

Wurden in der Budgetvereinbarung für das Jahr 2026 für Leistungen nach **Anlage 3a** FPV 2026 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntG für jeden Belegungstag **450,00 €** abzurechnen.

**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 Patient\*innen, 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 Patient\*innen mit Aufnahmedatum ab dem 01.05.2023: **30,40 €**
- Testungen mittels Antigen-Test zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patient\*innen mit Aufnahmedatum ab dem 01.08.2021: **11,50 €**

**7. Zu- und Abschläge bzw. Abzüge**

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten

nach § 17a KHG je voll- und teilstationärem Fall  
in Höhe von **34,35 €**

- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten  
nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall  
in Höhe von **195,75 €**

- Zuschlag für die Aufnahme von medizinisch  
begründeten Begleitpersonen  
in Höhe von **60,00 €** pro Tag

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

- Qualitätssicherungszuschlag  
in Höhe von **0,84 €**

- Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche gemäß § 5  
Abs. 4 KHEntgG  
in Höhe von **z.Zt. ohne Berechnung**  
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

- Zuschlag für Maßnahmen zur Verbesserung der  
Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach §  
4 Abs. 8a KHEntgG  
in Höhe von **0,10 %**  
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 Kran-  
kenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG  
in Höhe von **0,59 %**  
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.

- Zuschlag für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser  
oder wesentliche Teile der Einrichtungen an  
einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen  
nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG je abgerechneten  
vollstationärem Fall  
in Höhe von **0,20 €**

- Zuschlag Notfallversorgung § 9 Abs. 1a Nr. 5  
KHEntgG  
in Höhe von **4,30 €**

- Zuschlag nach § 5 Abs. 2c KHEntgG zur Förderung  
der geburtshilflichen Versorgung in  
Krankenhäusern  
in Höhe von **z.Zt. ohne Berechnung**

- Zuschlag nach § 4a Abs. 4 KHEntgG zur  
Auszahlung des Erlösvolumens für die Versorgung  
von Kindern und Jugendlichen  
in Höhe von **11,692 %**

- Zuschlag für Sofort-Transformationskosten nach §

8 Abs 11 Satz 1 KHEntgG  
in Höhe von **3,25 %**

des Rechnungsbetrages bei Patient\*innen der  
gesetzlichen Krankenversicherung

#### **8. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben**

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

in Höhe von **1,59 €**

- 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 für jeden  
abzurechnenden Krankenhausfall

in Höhe von **3,12 €**

#### **9. Telematikzuschlag nach § 377 Abs. 1 SGB V**

- Zuschlag zum Ausgleich der den Krankenhäusern  
entstehenden Kosten der Telematikinfrastruktur  
sowie der Betriebskosten des laufenden Betriebs  
der Telematikinfrastruktur (Telematikabschlag)  
nach § 377 Abs. 1 SGB V für jeden  
abzurechnenden voll- und teilstationären  
Krankenhausfall

in Höhe von **5,47 €**

#### **10. 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. Der  
derzeitig gültige Pflegeentgeltwert liegt bei **370,35 €**.

#### **11. Zuzahlungen**

**Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten  
Patient\*innen für vollstationäre  
Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 4 SGB V**

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom  
gesetzlich versicherten Patient\*innen von Beginn der  
vollstationären Krankenhausbehandlung an – innerhalb  
eines Kalenderjahres für höchstens 28 Kalendertage –  
eine Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beträgt  
derzeit **10,00 € je Kalendertag** (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser  
Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 3 SGB V  
**im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen** bei den  
Patient\*innen eingefordert.

#### **12. Wiederaufnahme und Rückverlegung**

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

#### **13. Belegärzt\*innen und Beleghebammen/ Entbindungspfleger**

Mit den Entgelten nach Nr. 1 - 9 sind **nicht** abgegolten:

1. die ärztlichen Leistungen von Belegärzt\*innen in  
Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie  
die von ihnen veranlassten Leistungen von  
Ärzt\*innen und ärztlich geleiteten Einrichtungen

- außerhalb des Krankenhauses;  
2. die Leistungen von Beleghebammen bzw. Entbindungspflegern.

Diese Leistungen werden von Belegärzt\*in bzw. Hebamme/ Entbindungspfleger gesondert berechnet.

**14. Entgelte für vorstationäre Behandlungen gem. § 115 a SGB V**

Gem. § 115 a SGB V berechnet das Krankenhaus für vorstationäre Behandlungen folgende Entgelte, soweit diese nicht bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind: **219,34 €**. Gem. § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 4 KHEntG ist eine **vorstationäre Behandlung** neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar.

**15. Entgelte für Wahlleistungen**

Die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen werden gesondert berechnet. Einzelheiten der Berechnung lassen sich der jeweiligen Wahlleistungsvereinbarung und der Patient\*inneninformation über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen entnehmen. Wahlleistungen sind Leistungen die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören und über die Regelleistungen hinausgehen. Zu ihnen gehören insbesondere wahlärztliche Leistungen. Auch im Belegarztsystem ist eine wahlärztliche Behandlung, also Chefarztbehandlung, möglich. Die Verträge über diese wahlärztliche Behandlung werden direkt zwischen Ihnen und dem Sie behandelnden Arzt abgeschlossen. Sofern eine entsprechende Vereinbarung in der Belegarztpraxis vor der stationären Aufnahme noch nicht abgeschlossen wurde und Sie eine entsprechende Vereinbarung möchten, wenden Sie sich bitte direkt an den/ die Sie behandelnde\*n Belegarzt\*in oder unsere Aufnahmeabteilung. Die Vereinbarung über die wahlärztliche Leistung erstreckt sich auf alle an der Behandlung beteiligten Ärzt\*innen und ärztlich geleiteten Einrichtungen, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind. Die Abrechnung der ärztlichen Leistung erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), durch die Sie behandelnden liquidationsberechtigten Ärzt\*innen. Die GOÄ kann in unserer Aufnahmeabteilung eingesehen werden. Zusätzlich zu den wahlärztlichen Leistungen können Sie auch Leistungen für besondere Unterkunft (1- und 2-Bett-Zimmer), die Leistungen für Patient\*innentelefon und -fernsehen und die Leistungen für die Unterbringung (und Verpflegung) einer Begleitperson vereinbaren. Die Wahlleistungen sind vor ihrer Erbringung grundsätzlich schriftlich zu vereinbaren. Sofern Sie besondere Leistungen des Krankenhauses in Anspruch nehmen wollen, wenden Sie sich bitte an unsere Aufnahmeabteilung.

Wahlleistungen pro Tag	Entgelt ab 11.03.2026	
	Kategorie A	Kategorie B
Ein-Bett-Zimmer	183,00 €	169,00 €
Zwei-Bett-Zimmer	89,00 €	70,00 €
Begleitperson bei Geburt	0,00 €	
Begleitperson, medizinisch nicht begründet, erwachsene Patient*in	75,00 €	
Begleitpersonen, medizinisch nicht begründet, Patient*in ist ein Kind	60,00 €	

Die Wahlleistungszuschläge für Ein- und Zweibett-Zimmer wurden mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) in der oben genannten Höhe vereinbart. Allerdings ist die Wahlleistung Begleitperson für Erwachsene

nur in Verbindung mit der Wahlleistung Einbett-Zimmer möglich.

Eine Vereinbarung über die Bereitstellung von Telefon und Fernsehen können Sie an unserer Information im Alice-Hospital oder in der Aufnahmeabteilung abschließen. Beachten Sie bitte hierzu unser gesondertes Falblatt „Wahlleistungen“. Grundsätzlich gilt, dass Wahlleistungen nur gewährt werden können, soweit diese verfügbar sind und insoweit dadurch der allgemeine Krankenhausbetrieb nicht gestört wird.

**Inkrafttreten**

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 11.03.2026 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 23.02.2026 aufgehoben.

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,** sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeitenden der Aufnahmeabteilung, der Information und der Verwaltung 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.**

**Hinweis zur gesetzlichen Zuzahlung bei gesetzlich krankenversicherten Patient\*innen (gesetzlicher Eigenanteil)**

(nicht für Privatpatient\*innen) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen gem. § 39 SGB V vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 SGB V ergebenden Betrag (z.Zt. 10, -- €) je Kalendertag an das Krankenhaus, das diesen Betrag an die Krankenkasse weiterleitet. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 SGB VI sowie die nach § 40 Abs. 6 Satz 1 SGB V geleistete Zahlung sind auf die Zahlung anzurechnen, soweit die entsprechenden Nachweise (Quittungen) vorgelegt werden.

Die Krankenhäuser sind gesetzlich verpflichtet die Zuzahlung von den Patient\*innen einzuziehen und an die zuständige Krankenkasse weiterzuleiten. **Bitte helfen Sie mit, unnötigen Verwaltungsaufwand zu vermeiden.** Sobald wir von Ihrer Krankenkasse eine Kostenzusage für Ihre stationäre Behandlung einschließlich der Mitteilung über Ihre Zuzahlungspflicht erhalten haben, senden wir Ihnen die Zuzahlungsanforderung mit dem von Ihnen zu tragenden Zuzahlungsbetrag nach Hause. Bitte überweisen Sie den Betrag innerhalb der im Anschreiben angegebenen Zahlungsfrist (innerhalb 14 Tage). Eine Barzahlung ist nicht möglich. Die gesetzliche Zuzahlung steht in keinem Zusammenhang mit den von Ihnen ggfs. gewünschten Wahlleistungen für die Unterbringung in einem 1- oder 2-Bett-Zimmer oder mit den Leistungen für Telefon und Fernsehen!

**Ausnahmeregelungen bestehen für Versicherten der AOK Hessen und andere gesetzliche Krankenkassen:**

Diese gesetzlichen Krankenkassen teilen uns elektronisch mit, ob sie die Krankenhauszuzahlung selbst einziehen oder von uns als Krankenhaus einziehen lassen.

<sup>1</sup> KHEntG = Krankenhausentgeltgesetz