



DRG-Entgelttarif 2025 für das Alice-Hospital Darmstadt und Unterrichtung von Patient*innen gemäß § 8 KHEntgG¹ gültig ab 01.01.2025

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 2025) und circa 30.000 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 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 **4.386,25 €** 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
F74Z	Thoraxschmerz und sonstige und	0,318	4.386,25€	1.394,83 €

	nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems			
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose	0,228	4.386,25€	1.000,07 €

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 Fallpauschalenvereinbarung 2025 (FPV 2025) vorgegeben. Parallel dazu wurden die für das Jahr 2025 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 2025 – FPV 2025 vereinbart, welche hinsichtlich der einzelnen Entgelte auf die vom Bundesministerium per Rechtsverordnung festgesetzten Anlagen der FPV 2025 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 2025

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 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) gem. § 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	Bewertung (€)
G09N	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 €
G24N	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 €

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 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 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 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 KHEntG für jedes Zusatzentgelt **600,00 €** abzurechnen. Das Krankenhaus berechnet insbesondere folgende Zusatzentgelte:

ZE101.	Medikamente-freisetzende Koronarstents (Preis je Stent)	39,18 €
ZE107.03	Gabe von Erythrozytenkonzentraten (16TE bis unter 24 TE)	1.853,22 €
ZE136.01	Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen, Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamente-freisetzender Ballon an Koronargefäßen	179,36 €
ZE136.02	Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen, Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamente-freisetzender Ballons an Koronargefäßen	587,07 €

5. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2025

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 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 **z.Zt. ohne Berechnung**
- Zuschlag zur Finanzierung von Ausbildungskosten nach § 33 PflBG je voll- und teilstationärem Fall in Höhe von **184,39 €**
- 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 **0,86 €**
- 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 **0,09 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 S. 1 und Abs. 2a KHEntgG.
- Zuschlag zur finanziellen Förderung der personellen Ausstattung in der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG in Höhe von **0,56 %** 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 **3,68 €**
- Zuschlag nach § 4a Abs. 4 KHEntgG zur Auszahlung des Erlösvolumens für die Versorgung

von Kindern und Jugendlichen in Höhe von **12,022 €**

8. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

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

in Höhe von **1,73 €**

- 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 **3,17 €**

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 **1,08 €**

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 krankenhausespezifischen 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 derzeit gültige Pflegeentgeltwert liegt bei **328,96 €**.

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 2025 oder der Rückverlegung gemäß § 3 Abs. 3 FPV 2025 werden die Falldaten der Krankenhausaufenthalte nach Maßgabe des § 2 Abs. 4 FPV 2025 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. der Hebamme/ dem 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 KHEntgG 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 Belegärzt*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 04.12.2024 b.a.w.
Ein-Bett-Zimmer Comfort	163,16 €
Zwei-Bett-Zimmer Comfort	84,44 €
Zwei-Bett-Zimmer Standard	64,10 €
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 Krankenversiche-

rung (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 01.01.2025 in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom 04.12.2024 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.

¹ KHEntgG = Krankenhausentgeltgesetz