

LA-Regio Kliniken gKU, Klinik Landshut-Mitte, Robert-Koch-Str.1, 84034 Landshut
berechnet ab dem **15.04.2026** folgende Entgelte:

1. Fallpauschalen (DRGs) gemäß § 7 Abs. 1 S. 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 ca. 13.000 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2026) und ca. 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 Basisfallwert liegt bei 4.562,26€ und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Entgelt
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	0,541	4.562,26 €	2.468,18 €
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	3,015	4.562,26€	13.755,21€

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 der Fallpauschalenvereinbarung 2026 (FPV 2026) vorgegeben.

2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) gemäß § 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	Fallpauschale der Hybrid-DRG <u>ohne</u> postoperative Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte A) in Euro	Fallpauschale der Hybrid-DRG <u>zuzüglich</u> postoperativer Nachbehandlung im Krankenhaus (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)	2.885,11	2.915,11
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)	2711,39	2.741,39

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 KHEntgG vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet werden.

Redakteur:	Prüfer:	Freigeber / Verantwortlich:	Dok. Id:	R.0002.17.06.26
Sternecker, Sonja	Sternecker, Sonja	Weiboltshamer, Nicole	43007	Seite 3 von 29

Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2026 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung noch keine krankenhaushausindividuelle 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 krankenhaushausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

Das Krankenhaus berechnet folgende krankenhaushausindividuelle Zusatzentgelte: (siehe Anlage 1).

5. Sonstige Entgelte für Leistungen gemäß § 7 FPV 2026

Für die Vergütung von Leistungen, die noch nicht von den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden, hat das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG mit den zuständigen Kostenträgern folgende fall- bzw. tagesbezogene krankenhaushausindividuelle Entgelte vereinbart:

Leistungen nach Anlage 3a FPV 2026		Entgelthöhe je Behand- lungstag
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	386,35 €
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	277,70 €

Unbewertete teilstationäre Leistungen, die nicht in Anlage 3b aufgeführt sind		Entgelthöhe je Behand- lungstag
Tagesklinik Schmerztherapie		368,89 €
Tagesklinik Nephrologie		230,16 €
Tagesklinik Onkologie		425,00 €

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.

6. Zu- und Abschläge bzw. Abzüge

Das Krankenhaus berechnet außerdem folgende Zu- und Abschläge:

- Zuschlag zur Finanzierung von **Ausbildungskosten** nach § 17a KHG in Höhe von **60,97 €** je voll- und teilstationärem Fall
- Zuschlag zur Finanzierung von **Ausbildungskosten** nach §33 PflBG in Höhe von **108,70 €** je voll- und teilstationärem Fall
- Zuschlag für die med. notwendige Aufnahme von **Begleitpersonen** in Höhe von **60,00 €** pro Tagⁱ
- Zuschlag für die **Wahrnehmung von besonderen Aufgaben als Zentrum** für die stationäre Versorgung von Patienten nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG in Höhe von **20,04 €** voll- und teilstationärem Fall
- Zuschlag für die **Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung** nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG in Höhe von **34,75 €** je vollstationärem Fall
- Zuschlag für Sofort Transformationskosten nach §8 Abs. 11 Satz 1 KHEntgG in Höhe von **3,25 %** des Rechnungsbetrages bei Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Zu- und Abschläge für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG
 - Zuschlag für die Finanzierung der Aufwände für die interne Dokumentation im Krankenhaus, die sich aus Richtlinien des G-BA nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 13 i. V. m. § 36 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die **einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung** für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser ergeben in Höhe von **0,84 €** je abgerechnetem vollstationären Fall
 - Zuschlag für die Finanzierung der Aufwände für die interne Dokumentation in dem Leistungsbereich „**Akutversorgung Schlaganfall**“ im Krankenhaus in Höhe von **3,10 €** je ausgefülltem QS-Bogen 85/1, der sich aus einer ICD-Einschluss- und Ausschlussliste der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung (BAQ) ergibt
- Zuschlag für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an **einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen** nach § 17b Abs. 1a Nr. 4 KHG in Höhe von **0,20 €** je abgerechnetem vollstationären Fall
- Zuschlag nach §5 Abs. 3k KHEntgG zur Auszahlung des Erlösvolumens für die Versorgung von Kinderung Jugendlichen in Höhe von **11,692 %** auf die abgerechnete Höhe der DRG Fallpauschale gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG bei voll- oder teilstationären Patienten die mindestens 28 Tage und unter 16 Jahre alt sind.
- Zuschlag für klinische Sektionen (Obduktionen) gemäß § 5 Abs 3 KHEntgG **0,63 €** je voll und teilstationärem Fall.
- Zuschlag nach §5 Abs. 3g S. 1 KHEntgG für jeden voll- und teilstationären Fall, für den es im Rahmen der Krankenhausbehandlung entstandene Daten auf der elektronischen Patientenakte speichert in Höhe von 5,00 €.
- Zuschlag nach § 5 Abs. 3d KHEntgG für implantatbezogene Maßnahmen nach § 2 Nr. 4 Implantateregistergesetz in Höhe von **18,24 €**

Redakteur:	Prüfer:	Freigeber / Verantwortlich:	Dok. Id:	R.0002.17.06.26
Sternecker, Sonja	Sternecker, Sonja	Weiboltshamer, Nicole	43007	Seite 5 von 29

7. Sonstige Zuschläge für Satelliten-Kliniken des Schlaganfall-Netzwerks TEMPIS in Bayern

- Zuschlag für Satelliten-Kliniken für die **telemedizinische Versorgung von Schlaganfällen in krankenhauserplanerisch abgestimmten Netzwerken** in Bayern in Höhe von **191,30** jeden vollstationären Fall mit der DRG-Hauptdiagnose G45, I60, I61, I63 oder I64
- Zuschlag für Satelliten-Kliniken für die **Thrombektomie-Intervention durch "Flying Interventionalist in krankenhauserplanerisch abgestimmten Netzwerken"** in Bayern in Höhe von **21.150,00 €** für jeden Einsatz des FIT-Hubschraubers

8. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 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 gemäß § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen sind, rechnet das Krankenhaus gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG folgende zeitlich befristete fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte ab: (siehe Anlage 2)

9. 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 krankenhauserindividuellen 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 krankenhauserindividuelle Pflegeentgeltwert liegt **für Aufnahmen ab 01.01.2026 bei 251,54 €**.

10. Zuschläge zur Finanzierung von Selbstverwaltungsaufgaben

- **DRG-Systemzuschlag** nach § 17b Abs. 5 KHG in Höhe von **1,59 €** für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall
- Zuschlag für die **Finanzierung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen** nach § 139a i.V.m. § 139c SGB V und für die **Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses** nach § 91 i.V.m. § 139c SGB V bzw. des **Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen** nach § 137a Abs. 8 i.V.m. § 139c SGB V in Höhe von **3,12 €** für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall

11. Telematikzuschlag nach §377 Abs. 1 SGB V

Zuschlag zum Ausgleich der den Krankenhäusern entstehenden Kosten der erforderlichen erstmaligen Ausstattung in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrastruktur sowie der Betriebskosten des laufenden Betriebs der Telematikinfrastruktur (Telematikzuschlag) nach §377 Abs. 1 SGB V für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall in Höhe von **6,99 €**.

Redakteur:	Prüfer:	Freigeber / Verantwortlich:	Dok. Id:	R.0002.17.06.26
Sternecker, Sonja	Sternecker, Sonja	Weiboltshamer, Nicole	43007	Seite 6 von 29

12. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß §115a SGB V

Gemäß § 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 €
Geriatric	72,09 €
Kardiologie	156,97 €
Hämatologie und internistische Onkologie	75,67 €
Allgemein- und Viszeralchirurgie	100,72 €
Unfallchirurgie	82,32 €
Neurochirurgie	48,57 €
Gefäßchirurgie	134,47 €
Urologie	103,28 €
Orthopädie	133,96 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	119,13 €
Neurologie	114,02 €
Nuklearmedizin	162,08 €
Strahlentherapie	186,62 €
Intensivmedizin	104,30 €

b. nachstationäre Behandlung

Innere Medizin	53,69 €
Geriatric	30,68 €
Kardiologie	61,36 €
Hämatologie und internistische Onkologie	46,02 €
Allgemein- und Viszeralchirurgie	17,90 €
Unfallchirurgie	21,47 €
Neurochirurgie	21,99 €
Gefäßchirurgie	23,01 €
Urologie	41,93 €
Orthopädie	20,96 €
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22,50 €
Neurologie	40,90 €
Nuklearmedizin	123,22 €
Strahlentherapie	330,29 €
Intensivmedizin	36,81 €

Gemäß § 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.

Redakteur:	Prüfer:	Freigeber / Verantwortlich:	Dok. Id:	R.0002.17.06.26
Sternecker, Sonja	Sternecker, Sonja	Weiboltshamer, Nicole	43007	Seite 7 von 29

Entgelte für Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten (CT, MRT, LHM, LIN/CO, PET) im Rahmen vor- und nachstationärer Behandlung können aus dem Aushang bei der Patientenaufnahme entnommen, eingesehen und ggf. kopiert werden.

13. Entgelte für die Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen bei Erwachsenen gemäß § 115a Abs. 3 SGB V

Die Leistung nach § 1 der Landesvereinbarung nach § 115a Abs. 3 SGB V wird wie folgt ab 01.01.2026 vergütet:

- Für den ersten Behandlungstag/die erste Behandlungsnacht: **407,00 €**
- Für jeden weiteren Behandlungstag/jede weitere Behandlungsnacht: **244,00 €**

14. Entgelte für sonstige Leistungen

1. Für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung berechnen das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand.
2. Für die Vornahme der Leichenschau und die Ausstellung einer Todesbescheinigung berechnet das Krankenhaus **26,00 €**.
3. Für die Bereitstellung und Nutzung der Kühlzelle berechnet das Krankenhaus **45,00 €** pro Tag.

15. Zuzahlungen

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten

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 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** beim Patienten eingefordert.

Zuzahlungspflicht der gesetzlich versicherten Patienten für Übergangspflege nach § 39e Abs. 2 SGB V

Als Eigenbeteiligung zieht das Krankenhaus vom gesetzlich versicherten Patienten von Beginn der Übergangspflege nach § 39e SGB V – innerhalb eines Kalenderjahres für höchstens 28 Tage – eine Zuzahlung ein. Der Zuzahlungsbetrag beträgt derzeit 10,00 € je Kalendertag (§ 61 S. 2 SGB V). Dieser Betrag wird vom Krankenhaus nach § 43c Abs. 1 SGB V beim Patienten geltend gemacht. Dabei sind bereits geleistete Zuzahlungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen anzurechnen.

16. 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.

Redakteur:	Prüfer:	Freigeber / Verantwortlich:	Dok. Id:	R.0002.17.06.26
Sternecker, Sonja	Sternecker, Sonja	Weiboltshamer, Nicole	43007	Seite 8 von 29

17. Belegärzte, Beleghebammen, -entbindungspfleger

Mit den Entgelten nach Nr. 1 - 13 sind nicht abgegolten:

1. die ärztlichen Leistungen von Belegärzten in Belegkrankenhäusern und Belegabteilungen sowie die von ihnen veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses;
2. die Leistungen von Beleghebammen bzw. Entbindungspflegern.

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt bzw. der Hebamme / dem Entbindungspfleger gesondert berechnet.ⁱⁱ

18. 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 Patienteninformation über die Entgelte der wahlärztlichen Leistungen entnehmen.

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 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 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 der Regel gesondert von den jeweils liquidationsberechtigten Krankenhausärzten in einer gesonderten Rechnung 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, von dem auf der Rückseite der Wahlleistungsvereinbarung aufgeführten Wahlarzt der Fachabteilung oder der ärztlich geleiteten Einrichtung persönlich oder unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung von einem nachgeordneten Arzt der Abteilung oder 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.

Redakteur:	Prüfer:	Freigeber / Verantwortlich:	Dok. Id:	R.0002.17.06.26
Sternecker, Sonja	Sternecker, Sonja	Weiboltshamer, Nicole	43007	Seite 9 von 29

b) Unterbringung im 1-Bett-Zimmer: 100,00 EUR

Unterbringung im 1-Bett-Zimmer-Komfort 130,00 EUR

Serviceleistung im 2-Bett-Zimmer: 50,00 €

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

Das Zweibettzimmer wird als sogenannte Regelleistung angeboten, d.h. hierfür wird kein eigener Zuschlag erhoben.

c) Telefon und Internet

- Telefon am Patientenbett:

Grundgebühr je Kalendertag: **1,30 €**

Gebühr pro Gesprächseinheit: **0,10 €**

Pfand für Guthabekarte: **10,00 €** (wird bei Rückgabe wieder ausgezahlt)

- Internetzugang am Patientenbett kostenlos über WLAN möglich

d) Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson nicht med. 115,00 €/ Tag mit Verpflegung

e) Unterbringung einer med. Begleitperson Verpflegung 60,00 €/ Tag

Inkrafttreten

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am **15.04.2026** in Kraft. Gleichzeitig wird der DRG-Entgelttarif vom **01.01.2026** aufgehoben.

Landshut, 15.04.2026

Andrè Naumann
Vorstand

Redakteur:	Prüfer:	Freigeber / Verantwortlich:	Dok. Id:	R.0002.17.06.26
Sternecker, Sonja	Sternecker, Sonja	Weiboltshamer, Nicole	43007	Seite 10 von 29

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

sollten Sie zu Einzelheiten noch ergänzende Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen des Patientenmanagements 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.

¹ Die Höhe des Zuschlages von 60,00 € ist in der *Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 S. 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 zu unterscheiden

^{II} Nach § 121 Abs. 5 SGB V i.V.m. § 18 Abs. 3 KHEntgG können Krankenhäuser mit Belegbetten zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten auch Honorarverträge schließen. Die Leistungen des Belegarztes würden ihm in dieser Konstellation vom Krankenhaus vergütet werden.

Redakteur:	Prüfer:	Freigeber / Verantwortlich:	Dok. Id:	R.0002.17.06.26
Sternecker, Sonja	Sternecker, Sonja	Weiboltshamer, Nicole	43007	Seite 11 von 29

Anlage 1: Zusatzentgelte gemäß §5 FPSV 2025

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Abrechnungsbestimmungen	Entgelthöhe
ZE2025-01	Beckenimplantate	OPS 5-785.4d	11.615,61 €
ZE2025-04	Individuell nach CAD gefertigte Rekonstruktionsimplantate im Gesichts- und Schädelbereich	OPS 5-020.65; 5-020.66; 5-020.67; 5-020.68; 5-020.6b; 5-020.6c; 5-020.6d; 5-020.6e; 5-020.71; 5-020.72; 5-020.74; 5-020.75; 5-774.71; 5-774.72; 5-775.71 oder 5-775.72	4.780,32 €
ZE2025-05	Distraktion am Gesichtsschädel	OPS 5-776.6 oder 5-776.7 oder 5-776.9 oder 5-777.*1	1.669,44 €
ZE2025-09	Hämoperfusion (Vollblut-Adsorption)	OPS 8-821.30; 8.821,31 oder 8-821.32	1.175,00 €
ZE2025-10	Leberersatztherapie	OPS 8-858.0 oder 8-858.1	2.820,00 €
ZE2025-13	Immunadsorption	OPS 8-821.0	2.412,34 €
ZE2025-15	Zellapherese	OPS 8-823 oder 8-825.*	621,35 €
ZE2025-25	Modulare Endoprothesen	OPS 5-829.k* oder 5-829.m	2.120,00 €
ZE2025-46A-5	Gabe von Anti-Human-T-Lymphozyten-Immunglobulin, vom Kaninchen parenteral, je applizierte volle 25 mg;	OPS 8-812.3	341,50 €
ZE2025-49	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	OPS 8-546.y oder 8-546.0 oder 8-546.1	4.343,50 €
ZE2025-50	Implantation einer (Hybrid)-Prothese an der Aorta	OPS 5-384.8	11.837,21 €
ZE2025-54	Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt	OPS 5-429.j0; 5-429.j1; 5-429.j3; 5-429.j4; 5-429.j9; 5-429.ja; 5-429.jb; 5-429.jc; 5-429.jd; 5-429.je; 5-429.jf; 5-429.jg; 5-449.h*; 5-469.k*; 5-489.g0; 5-513.m*; 5-513.n*; 5-517.** 5-526.e0; 5-526.f0; 5-529.g*; 5-529.j*; 5-529.n4; 5-529.p2; 5-529.r3 oder 5-529.s2	926,71 €

Redakteur:	Prüfer:	Freigeber / Verantwortlich:	Dok. Id:	R.0002.17.06.26
Sternecker, Sonja	Sternecker, Sonja	Weiboltshamer, Nicole	43007	Seite 12 von 29

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Abrechnungsbestimmungen	Entgelthöhe
ZE2025-56-1	Gabe von Bosentan, je Tablette zu 62,5 oder 125 mg	OPS 6-002.f*	10,70 €
ZE2025-58-25	Gabe von Alpha-1-Proteinaseninhibitor human, parenteral, je 1000 mg	OPS 8-812.0*	394,51 €
ZE2025-61	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar	OPS 5-028.92; 5-028.a2; 5-028.c2; 5-039.e2; 5-039.f2; 5-039.n2; 5-059.cc; 5-059.cd; 5-059.dc; 5-059.dd; 5-059.g3 oder 5-059.g4	20.320,00 €
ZE2025-62	Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge bis 2,5 l	OPS 8-839.46	11.185,90 €
ZE2025-62-1	Mikroaxial-Blutpumpe, Fördermenge bis 4,3 l	OPS 8-839.46	19.585,50 €
ZE2025-65	Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90- oder Rhenium-188- oder Holmium-166-markierten Mikrosphären	OPS 8-530.a5	15.300,00 €
ZE2025-65-1	Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie [SIRT] mit Yttrium-90- oder Rhenium-188- oder Holmium-166-markierten Mikrosphären	OPS 8-530.a8	8.814,00 €
ZE2025-67	Implantation einer Stent-Prothese an der Aorta, perkutan-transluminal	OPS 8-840.*4 oder 8-841.*4 oder 8-843.*4 oder 8-849.*4 oder 8-84a.*4 oder 8-84b.*4	1.304,91 €
ZE2025-69	Gabe von Hämin, parenteral, je angefangene 10 ml Ampulle à 25 mg/ml	OPS 6-004.1*	1.037,50 €
ZE2025-74	Gabe von Sunitinib, oral, je 50 mg Tablette	OPS 6-003.a*	15,00 €
ZE2025-75	Gabe von Sorafenib, oral, je 200 mg Tablette	OPS 6-003.b*	4,00 €
ZE2025-77-29	Gabe von Lenalidomid, oral, pro 25 mg	OPS 6-003.g*	5,80 €
ZE2025-79	Gabe von Nelarabin, parenteral; je mg	OPS 6-003.e*	1,94 €
ZE2025-82	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)	OPS 8-857.20	120,82 €

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Abrechnungsbestimmungen	Entgelthöhe
ZE2025-82-1	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)	OPS 8-857.21	241,67 €
ZE2025-82-2	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)	OPS 8-857.22	559,86 €
ZE2025-82-3	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)	OPS 8-857.23	1.064,68 €
ZE2025-82-4	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)	OPS 8-857.24	1.821,89 €
ZE2025-82-6	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)	OPS 8-857.26	2.699,93 €
ZE2025-82-7	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)	OPS 8-857.27	4.082,80 €
ZE2025-82-8	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)	OPS 8-857.28	5.959,75 €
ZE2025-82-9	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)	OPS 8-857.29	7.847,41 €
ZE2025-82-10	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)	OPS 8-857.2a	9.724,36 €
ZE2025-82-11	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)	OPS 8-857.2b	11.612,03 €
ZE2025-82-12	Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)	OPS 8-857.2c	11.761,00 €
ZE2025-84	Gabe von Ambrisentan, oral, je Tablette (5mg)	OPS 6-004.2*	14,67 €
ZE2025-85	Gabe von Temsirolimus, parenteral, je 30 mg	OPS 6-004.e*	1.311,90 €
ZE2025-91	Gabe von Dasatinib, oral, je 140 mg Tablette	OPS 6-004.3*	190,16 €
ZE2025-101	Gabe von Mifamurtid, parenteral, je 4 mg Flasche	OPS 6-005.g*	3.866,33 €
ZE2025-103	Gabe von Rituximab, subkutan, je 1400 mg Fertigspritze	OPS 6-001.j*	2.505,84 €
ZE2025-104	Gabe von Trastuzumab, subkutan, je 600 mg Fertigspritze	OPS 6-001.m*	2.161,71 €
ZE2025-106	Gabe von Abatacept, subkutan, je 125 mg Fertigspritze	OPS 6-003.t*	433,25 €
ZE2025-107	Medikamente-freisetzende bioresorbierbare Koronarstents	OPS 8-83d.0*	975,00 €

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Abrechnungsbestimmungen	Entgelthöhe
ZE2025-109	Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran	OPS 8-854.8	950,63 €
ZE2025-110	Gabe von Tocilizumab, subkutan, je Fertigspritze 162 mg	OPS 6-005.n*	514,47 €
ZE2025-111	Gabe von Nab-Paclitaxel, parenteral, je 100 mg	OPS 6-005.d*	388,00 €
ZE2025-112	Gabe von Abirateronacetat, oral, je 500 mg	OPS 6-006.2*	60,01 €
ZE2025-113	Gabe von Cabazitaxel, parenteral, je 60 mg	OPS 6-006.1*	474,60 €
ZE2025-115	Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Molekulargenetische Identifikation und Herstellung von patientenspezifischen Markern	OPS 1-991.0	2.100,00 €
ZE2025-116	Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Patientenspezifische molekulargenetische Quantifizierung	OPS 1-991.1	350,00 €
ZE2025-118	Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalstimulator	OPS 5-028.90 oder 5-028.a0 oder 5-028.c0	5.031,17 €
ZE2025-120	Gabe von Pemetrexed, parenteral, je 500 mg	OPS 6-001.c*	40,00 €
ZE2025-121	Gabe von Etanercept, parenteral, je Fertigspritze à 25 mg	OPS 6-002.b*	100,75 €
ZE2025-122	Gabe von Imatinib, oral, je 400 mg Tablette	OPS 6-001.g*	4,00 €
ZE2025-123	Gabe von Caspofungin, parenteral, je 50 mg	OPS 6-002.p*	29,15 €
ZE2025-124	Gabe von Voriconazol, oral, je 200 mg Tablette	OPS 6-002.5*	1,25 €
ZE2025-125	Gabe von Voriconazol, parenteral, je 200 mg	OPS 6-002.r*	6,19 €
ZE2025-129	Gabe von pegylierter Asparaginase, parenteral, je angef. 3.750 IE;	OPS 6-003.p*	2.550,00 €
ZE2025-130	Gabe von Belimumab, parenteral, je angebrochene 400 mg	OPS 6-006.6*	516,00 €

Redakteur:	Prüfer:	Freigeber / Verantwortlich:	Dok. Id:	R.0002.17.06.26
Sternecker, Sonja	Sternecker, Sonja	Weiboltshamer, Nicole	43007	Seite 15 von 29

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Abrechnungsbestimmungen	Entgelthöhe
ZE2025-131	Gabe von Defibrotid, parenteral, je 2,5 ml Durchstechflasche à 80 mg/ml	OPS 6-005.k*	506,94 €
ZE2025-132	Gabe von Thiotepa, parenteral, je 15 mg Ampulle	OPS 6-007.n*	52,65 €
ZE2025-140	Gabe von Brentuximabvedotin, parenteral, je angefangene Durchstechflasche à 50 mg	OPS 6-006.b*	3.224,16 €
ZE2025-141	Gabe von Enzalutamid, oral, je 40 mg	OPS 6-007.6*	26,40 €
ZE2025-142	Gabe von Aflibercept, intravenös je mg	OPS 6-.007.3*	3,57 €
ZE2025-143	Gabe von Eltrombopag, oral, je 75 mg Filmtablette	OPS 6-006.0*	160,50 €
ZE2025-144	Gabe von Obinutuzumab, parenteral, je angefangene Durchstechflasche à 1000 mg	OPS 6-007.j*	2.520,00 €
ZE2025-145	Gabe von Ibrutinib, oral, je 140 mg	OPS 6-007.e*	65,80 €
ZE2025-146	Gabe von Ramucirumab, parenteral, je 500 mg	OPS 6-007.m*	2.025,00 €
ZE2025-147	Gabe von Bortezomib, parenteral, je 1,4 ml Durchstechflasche à 2,5 mg/ml	OPS 6-001.9*	53,30 €
ZE2025-148	Gabe von Adalimumab, parenteral, je 40 mg	OPS 6-001.d*	82,00 €
ZE2025-149	Gabe von Infliximab, parenteral, je 100 mg	OPS 6-001.e*	89,00 €
ZE2025-151	Gabe von Rituximab, intravenös, je 500 mg	OPS 6-001.h*	340,58 €
ZE2025-153	Gabe von Trastuzumab, intravenös, je 150 mg	OPS 6-001.k*	159,00 €
ZE2025-154	Gabe von Anidulafungin, parenteral, je 100 mg	OPS 6-003.k*	48,70 €
ZE2025-156	Gabe von Posaconazol, parenteral, je 300 mg	OPS 6-007.k*	288,00 €
ZE2025-158	Gabe von Pertuzumab, parenteral, je 420 mg	OPS 6-007.9*	2.604,00 €
ZE2025-159	Gabe von Blinatumomab, parenteral, je 38,5 µg	OPS 6-008.7*	2.528,75 €

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Abrechnungsbestimmungen	Entgelthöhe
ZE2025-161	Gabe von Nivolumab, parenteral, je 100 mg	OPS 6-008.m*	1.205,00 €
ZE2025-162	Gabe von Carfilzomib, parenteral, je 10 mg	OPS 6-008.9*	174,80 €
ZE2025-163	Gabe von Macitentan, oral, je 10 mg	OPS 6-007.h*	49,00 €
ZE2025-164	Gabe von Riociguat, oral, je 0,5 - 2,5 mg Filmtablette	OPS 6-008.0*	16,67 €
ZE2025-166	Gabe von Isavuconazol, parenteral, je 200 mg	OPS 6-008.g*	452,00 €
ZE2025-167	Gabe von Isavuconazol, oral, je 100 mg	OPS 6-008.h*	62,00 €
ZE2025-169	Gabe von Liposomalem Irinotecan, parenteral, je 43 mg/10 ml	OPS 6-009.e*	1.101,51 €
ZE2025-170	Gabe von Bevacizumab, parenteral, je 100 mg	OPS 6-002.9*	85,00 €
ZE2025-171	Gabe von Clofarabin, parenteral, je 20 mg	OPS 6-003.j*	1.338,80 €
ZE2025-172	Gabe von Posaconazol, oral, Suspension je 105 ml	OPS 6-007.0*	36,75 €
ZE2025-173	Gabe von Posaconazol, oral, Tabletten, je 1 mg Tablette	OPS 6-007.p*	0,12 €
ZE2025-175	Gabe von Filgrastim, parenteral, je 30 Mio.IE	OPS 6-002.1*	6,00 €
ZE2025-176	Gabe von Lenograstim, parenteral, je 1 Mio.IE	OPS 6-002.2*	3,46 €
ZE2025-177	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral; je 6 mg	OPS 6-002.7*	85,68 €
ZE2025-178	Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral, je 6 mg	OPS 6-007.7*	142,80 €
ZE2025-180	Gabe von Azacytidin, parenteral; je 100 mg	OPS 6-005.0*	77,00 €
ZE2025-182	Gabe von Vedolizumab, parenteral, 300 mg Pulver	OPS 6-008.5*	2.313,72 €
ZE2025-182-1	Gabe von Vedolizumab, parenteral, je 108 mg	OPS 6-008.5*	578,44 €
ZE2025-183	Gabe von Elotuzumab, parenteral, je 1 mg	OPS 6-009.d*	3,64 €

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Abrechnungsbestimmungen	Entgelthöhe
ZE2025-188	Patientenindividuell hergestellte Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Öffnung	OPS 5-38a.70; 5-38a.80; 5-38a.c0 in Verbindung mit OPS 5-38a.w0	698,32 €
ZE2025-191	Gabe von Dinutuximab beta, parenteral, je 20 mg	OPS 6-009.b*	10.234,00 €
ZE2025-192	Gabe Midostaurin, oral, je 25 mg	OPS 6-00a.b*	138,00 €
ZE2025-194	Gabe von Ustekinumab, intravenös, je 130 mg	OPS 6-005.p*	5.592,60 €
ZE2025-195	Gabe von Ustekinumab, subkutan, je 45 mg oder 90 mg	OPS 6-005.q*	5.593,15 €
ZE2025-198	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD): Molekulargenetische Identifikation von krankheitsspezifischen Markern	OPS 1-991.2	657,20 €
ZE2025-199	Molekulares Monitoring der Resttumorlast (MRD): Krankheitsspezifische molekulargenetische Quantifizierung	OPS 1-991.3	371,00 €
ZE2025-200	Gabe von Daratumumab, intravenös, i.V. 1 Glasflasche 5 ml 100 mg	OPS 6-009.q*	439,00 €
ZE2025-200-1	Gabe von Daratumumab intravenös; i.V. 1 Glasflasche 20ml 400 mg	OPS 6-009.q*	1.756,00 €
ZE2025-201	Gabe von Daratumumab, subkutan; je mg	OPS 6-009.r*	3,17 €
ZE2025-202	Gabe von Aldesleukin, parenteral, je 18 Mio. IE; Fertigspritze zu 1,1 mg	OPS 6-001.8*	818,91 €
ZE2025-203	Gabe von Durvalumab, parenteral, je 120 mg; 1 Glasflasche 2,40ml 120 mg	OPS 6-00b.7*	477,60 €
ZE2025-203-1	Gabe von Durvalumab, parenteral, je 500 mg; 1 Glasflasche 10 ml 500 mg	OPS 6-00b.7*	1.990,00 €

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Abrechnungsbestimmungen	Entgelthöhe
ZE2025-204	Gabe von Gemtuzumab ozogamicin, parenteral, je 5 mg; 1 Glasflasche 5 mg	OPS 6-00b.a*	8.032,50 €
ZE2025-205	Gabe von Polatuzumab vedotin, parenteral, je 30 mg; 1 Glasflasche 30 mg	OPS 6-00c.c*	1.592,85 €
ZE2025-205-1	Gabe von Polatuzumab vedotin, parenteral, je 140 mg; 1 Glasflasche 140 mg	OPS 6-00c.c*	7.265,19 €
ZE2025-206	Gabe von Natalizumab, parenteral, je mg	OPS 6-003-f*	8,33 €
ZE2025-208	Gabe von Trabectedin, parenteral, je 1 mg	OPS 6-004.a*	2.522,80 €
ZE2025-209	Gabe von Plerixafor, parenteral je mg	OPS 6-005.e*	323,20 €
ZE2025-210	Gabe von Eculizumab, parenteral je mg	OPS 6-003.h*	17,50 €
ZE2025-211	Gabe von Tocilizumab,intravenös je mg	OPS 6-005.m*	2,73 €
ZE2025-212	Gabe von Idarucizumab, parenteral, je 2,5 g	OPS 6-008.f	1.487,50 €
ZE2025-213	Gabe von Andexanet alfa, parenteral, je mg	OPS 6-00c.0	11,01 €
ZE2025-214	Gabe von Letermovir, oral je mg	OPS 6-00b.c*	0,73 €
ZE2025-215	Gabe von Letermovir, parenteral je mg	OPS 6-00b.d*	0,73 €
ZE2025-216	Gabe von Avelumab, parenteral je mg	OPS 6-00a.2*	3,88 €
ZE2025-217	Gabe von Apalutamid, oral je mg	OPS 6-00c.1*	0,38 €
ZE2025-218	Gabe von Cemiplimab, parenteral je mg	OPS 6-00c.3*	11,84 €
ZE2025-221	Gabe von Atezolizumab, subkutan	OPS 6-00a.n*	2,11 €
ZE2025-222	Gabe von Ocrelizumab, subkutan	OPS 6-00a.q*	13,26 €

Redakteur:	Prüfer:	Freigeber / Verantwortlich:	Dok. Id:	R.0002.17.06.26
Sternecker, Sonja	Sternecker, Sonja	Weiboltshamer, Nicole	43007	Seite 19 von 29

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Abrechnungsbestimmungen	Entgelthöhe
ZE2025-223	Gabe von Inotuzumab ozogamicin parenteral	OPS 6-00a.8*	11.305,00 €
ZE2025-224	Gabe von Isatuximab, parenteral	OPS 6-00e.n*	3,04 €
ZE2025-225	Gabe von Ivacaftor, oral	OPS 6-006.d	1,39 €
ZE2025-226	Gabe von Ivacaftor Tezacafor Elexacaftor, oral	OPS 6-00d.e	0,83 €
ZE2025-227	Gabe von Lumacaftor Ivacaftor, oral	OPS 6-008.k	0,32 €
ZE2025-228	Gabe von Tezacaftor Ivacaftor, oral	OPS 6-00b.k	0,73 €
ZE2025-229	Gabe von Liposomalem Cytarabin Daunorubicin, parenteral	OPS 6-00b.6	42,56 €
ZE2024-137	Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII	Für die Zusatzentgelte gelten neben den Abrechnungsbestimmungen des KHEntgG und der FPV 2025 die Definitionen und Abrechnungsbestimmungen der Anlagen 4, 6 und 7 der FPV 2025. Die abgerechneten Kosten sind auf Anforderung der Krankenkasse zu belegen.	Kosten- erstattung
ZE2024-138	Gabe von Fibrinogenkonzentrat	Für die Zusatzentgelte gelten neben den Abrechnungsbestimmungen des KHEntgG und der FPV 2025 die Definitionen und Abrechnungsbestimmungen der Anlagen 4, 6 und 7 der FPV 2025. Die abgerechneten Kosten sind auf Anforderung der Krankenkasse zu belegen.	Kosten- erstattung

Zusatzentgelt	Bezeichnung	Abrechnungsbestimmungen	Entgelthöhe
ZE2024-139	Gabe von Blutgerinnungs-faktoren	Für die Zusatzentgelte gelten neben den Abrechnungsbestimmungen des KHEntgG und der FPV 2025 die Definitionen und Abrechnungsbestimmungen der Anlagen 4, 6 und 7 der FPV 2025. Die abgerechneten Kosten sind auf Anforderung der Krankenkasse zu belegen.	Kosten- erstattung
ZE2024-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	Für die Zusatzentgelte gelten neben den Abrechnungsbestimmungen des KHEntgG und der FPV 2025 die Definitionen und Abrechnungsbestimmungen der Anlagen 4, 6 und 7 der FPV 2025. Die abgerechneten Kosten sind auf Anforderung der Krankenkasse zu belegen.	Kosten- erstattung

Anlage 2: neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß §7 Abs. 1 Ziff. 6KHEntgG

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode	Abrechnungs- bestimmungen	Entgelthöhe
Abemaciclib,oral je 50 mg	OPS: 6-00b.0	36,30 €
Acalabrutinib je 100 mg Hartkapsel	OPS 6-00d.1	99,00 €
Alectinib, je 150 mg Hartkapsel	OPS: 6-00a.0	25,50 €
Antikörperbeschichteter Koronarstent, pro Implantat	Je Stent OPS 8-837.x	501,68 €
Anifrolumab, je 300 mg	OPS 6-00e.1	990,00 €
Arsentrioxid, 10 mg	OPS: 6-005.5	66,67 €
Aszitesbehandlung mittels einer vollimplantierbaren Pumpe	OPS: 5-549.6	23.900,00 €
Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik, für zwei und mehr Stents, je Stent	Status 1: für zwei und mehr Chimney-Stents	1.827,18 €
Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik, Stent 80 mm, zwei und mehr Stents	Status 1: für zwei und mehr Chimney-Stents, Status 2: für einen Chimney-Stent	1.827,18 €
Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik, Stent 100 mm, zwei und mehr Stents	Ausschaltung von Aortenaneurysmen mit der Chimney-Technik, Stent 100 mm, zwei und mehr Stents	1.827,18 €
Avacopan, je 10 mg	OPS 6-00e.4	34,60 €
Avapritinib, je 100 mg; 200 mg oder 300 mg Filmtablette	OPS 6-00d.3	489,45 €
Avatrombopag, oral, 20 mg	OPS 6-00e.5	71,60 €
Axitinib, je 5 mg	OPS 6-006.g	48,49 €
Axitinib, je 7 mg	OPS 6-006.g	67,89 €
Azacitidin oral je 200 mg oder 300 mg Tablette	OPS 6-005.0*	1.217,86 €
Bioaktive Coils, zur intrakraniellen Aneurysmatherapie mit Hydrogel-aktiven Coils	je Coil ab dem zweiten Coil; OPS 8-836.m0 in Verbindung mit OPS 8-83b.39	120,00 €
Bosutinib, je 500 mg Tablette	OPS: 6-007.4	110,00 €
Brigatinib, je 90 mg	OPS: 6-00b.3	101,70 €
Brolucizumab, intravitreal, je 6 mg Fertigspritze	OPS 6-00d.b	834,49 €

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode	Abrechnungs- bestimmungen	Entgelthöhe
Bulevirtid, je 2 mg	OPS 6-00d.6	195,62 €
Cabozantinib, je 20, 40, 60 mg Tablette;	OPS: 6-008.8	157,73 €
Canakinumab, je 150 mg	je 150 mg Injektionslösung; OPS: 6-006.7	13.950,00 €
Caplacizumab, je 10 mg	OPS: 6-00b.5	4.257,70 €
Ceritinib, je 150 mg	OPS: 6-008.a	58,50 €
Cladribin, oral, je 10 mg Tablette	OPS: 6-00a.4	1.921,80 €
Cobimetinib, je 20 mg Tablette	OPS: 6-008.c	88,80 €
Crizotinib, je 250 mg	OPS: 6-006.c	87,50 €
Dabrafenib, je 50 mg Kapsel	OPS 6-007.5	31,00 €
Dabrafenib, je 75 mg	OPS: 6-007.5	46,50 €
Darolutamid, je 300 mg	OPS 6-00d.8	30,00 €
Dostarlimab je 500 mg	OPS 6-00e.a	2.815,00 €
Einkanal-Neurostimulator zur sakralen Neuromodulation, wiederaufladbar	OPS 5-059.ce oder 5-059.de oder 5-059.g5 Status 1: wenn das ZE2023-61 bzw. ZE2023-86 nicht geltend gemacht werden kann	8.930,00 €
Einlage beschichteter (gecoverter) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße	pro Implantat OPS: 8-842.*s oder 8-842.*t i.V.m. 8-83b.e1 oder 8-83b.f1 bis 8-83b.f4	2.500,00 €
Elacestrant je 86 mg Tablette	OPS: 6-00m.2	120,42 €
Elbasvir-Grazoprevir, je 50 mg Elbasvir, je 100 mg Grazoprevir	Elbasvir-Grazoprevir (Kombi-Nationstherapie bei chron. Infektion mit dem Hepatitis-C Virus am 18 Jahre); pro 50 mg/100mg Filmtablette; OPS: 6-009.c	298,52 €
Elranatamab, je 1 mg	OPS 6-00m.3	56,63 €
Emicizumab, je 30 mg	OPS 6-00b.8	1.419,00 €
Encorafenib in Kombination mit Binimetinib, Encorafenib je 15 mg	Encorafenib in Kombination mit Binimetinib, Encorafenib je 15 mg; OPS 6-00b.2 und 6-00b.9	17,36 €

Redakteur:	Prüfer:	Freigeber / Verantwortlich:	Dok. Id:	R.0002.17.06.26
Sternecker, Sonja	Sternecker, Sonja	Weiboltshamer, Nicole	43007	Seite 23 von 29

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode	Abrechnungs- bestimmungen	Entgelthöhe
Encorafenib in Kombination mit Binimetinib, Encorafenib je 50 mg	Encorafenib in Kombination mit Binimetinib, Binimetinib je 50 mg; OPS 6-00b.2 und 6-00b.9	26,56 €
Encorafenib in Kombination mit Binimetinib, Encorafenib je 75 mg	Encorafenib in Kombination m. Binimetinib, Encorafenib je 75 mg; OPS 6-00b.2 und 6-00b.9	39,84 €
Endovaskuläre Anlage einer peripheren AV-Fistel durch Gleichstrom	Endovaskuläre Anlage einer AV-Fistel durch Gleichstrom	3.780,00 €
Endovaskuläre Anlage eines inneren AV-Shunts mittels magnetgeführter Hochfrequenzenergie	Endovaskuläre Anlage eines AV-Shunts mittels magnetgeführter Hochfrequenzenergie	4.511,18 €
Endovaskuläre Implantation/Reparatur einer Stent-Prothese mittels eines Endo-Staplers	OPS 5-98c.4	4.722,49 €
Enfortumab Vedotin je 20 mg	OPS 6-00e.d	515,80 €
Entrectinib, je 1 mg	OPS 6-00d.9	0,30 €
Epcoritamab je 1 mg	OPS 6-00m.4	128,96 €
Erdaftinib je 5 mg	OPS 6-00m.5	455,74 €
Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation	bei DRG F50A; OPS 5-377.8	2.671,63 €
Eribulin, je 2 ml Durchstechflasche	OPS: 6-006.5	345,48 €
Esketamin, nasal, Esketaminhydrochlorid, je 28 mg Nasenspray	OPS 6-00c.6	214,20 €
Everolimus bei Neoplasie, Typ A, je 10 mg	Typ A, je 10 mg; OPS: 6-005.8	18,55 €
Everolimus bei Neoplasie, Typ V, je 10 mg	Typ V, je 10 mg OPS: 6-005.8	18,55 €
Externes Stabilisierungsgerüst bei Anastomose eines AV-Shunts im Rahmen der Shuntchirurgie	Kein OPS vorhanden	1.476,80 €
Fedratinib je 100 mg	OPS 6-00e.e	30,00 €
Fruquintinib je 1 mg, Tablette		80,48 €
Gecovertete Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision, je Endoprothese	je Stent für alle Längen; OPS: 8-842.03 oder 8-842.0e i.V.m. 8-83b.e1 oder 8-83b.f1 bis 8-83b.f4	2.078,00 €

Redakteur:	Prüfer:	Freigeber / Verantwortlich:	Dok. Id:	R.0002.17.06.26
Sternecker, Sonja	Sternecker, Sonja	Weiboltshamer, Nicole	43007	Seite 24 von 29

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode	Abrechnungs- bestimmungen	Entgelthöhe
Gilteritinib, je 40 mg Tablette	OPS 6-00c.7	222,40 €
Givosiran	je 189 mg Injektionslösung	38.843,28 €
Glasdegib, je 25 mg Filmtablette	OPS 6-00d.c	74,75 €
Glasdegib, je 100 mg Filmtablette	OPS 6-00d.c	299,00 €
Glecaprevir-Pibrentasvir, je 100 mg/40 mg Filmtablette	OPS: 6-00a.6	172,65 €
Glofitamab je 2,5 mg	OPS 6-00j.4	1.085,78 €
Glucarpidase, je 1000 Einheiten	OPS 6-00e.g	27.816,25 €
Golimumab, je 50 mg	OPS: 6-005.2	728,00 €
Golimumab, je 100 mg Fertigspritze	OPS: 6-005.2	1.456,00 €
Guselkumab, je mg	OPS 6-00a.7	25,66 €
Icatibant, 30 mg	OPS: 6-005.4	580,80 €
Idelalisib, je 150 mg	OPS: 6-007.f	72,45 €
Implantation eines Magenschrittmachers	OPS 5-449.n*	9.950,00€
Implantation einer Gefäßprothese mit integriertem Stent im Rahmen von arteriovenöser Shunt- und Bypasschirurgie, Shunt-System Status 1	OPS 5-392.31	2.007,33 €
Inclisiran, 284 mg Injektionslösung i.e. Fertigspritze	OPS 6-00e.k	2.357,20 €
Inebilizumab je 1 mg	OPS 6-00e.m	180,76 €
Ivosidenib je 250 mg	OPS 6-00j.5	217,50 €
Ixazomib, je 4 mg Kapsel	OPS: 6-00a.9	2.062,67 €
Ixezumab, je 80 mg	OPS: 6-00a.a	1.272,00 €
Lanadelumab, je 300 mg Injektionslösung	OPS 6-00c.8	10.431,00 €
Larotrectinib, je 100 mg Hartkapsel	OPS 6-00c.9	93,00 €
Ledipasvir-Sofosbuvir, je 90 mg/400 mg Filmtablette	OPS: 6-007.g	517,95 €
Lenvatinib, je 4 mg, Indikation: Niere	Indikation Niere; OPS 6-008.j	10,34 €
Lenvatinib, je 4 mg, Indikation: Schilddrüse und Leber	Indikation: Leber und Schilddrüse; OPS: 6-008.j	9,27 €
Loncastuximab tesirin je 1 mg	OPS 6-00j.6	740,81 €
Lorlatinib, je 1 mg	OPS 6-00c.a	1,73 €
Luspatercept, je 25 mg	OPS 6-00d.f	887,25 €
Maribavir, je 1 mg	OPS 6-00j.8	1,19 €
Melphalanflufenamid je 1 mg	OPS 6-00j.9	209,98 €
Mirikizumab je 1 mg bei Gabe der 100 mg Fertigspritze	OPS 6-00j.b	7,80 €
Mirvetuximab-Soravtansin je 1 mg		35,70 €

Redakteur:	Prüfer:	Freigeber / Verantwortlich:	Dok. Id:	R.0002.17.06.26
Sternecker, Sonja	Sternecker, Sonja	Weiboltshamer, Nicole	43007	Seite 25 von 29

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode	Abrechnungs- bestimmungen	Entgelthöhe
Mogamulizumab, je 20 mg	OPS 6-00d.g	1.309,00 €
Mosunetuzumab, je 1 mg	OPS 6-00j.c	249,00 €
Neratinib, je 40 mg Tablette	OPS 6-00c.b	22,80 €
Nilotinib, je 150 mg	OPS: 6-004.6	30,00 €
Nirmatrelvir-Ritonavir, je 1 mg	OPS 6-008.e	0,27 €
Niraparib, je 100 mg Hartkapsel	OPS: 6-00a.c	68,00 €
Olaparib, je 150 mg	OPS: 6-009.0	40,50 €
Osimertinib, je 80 mg	OPS: 6-00b.f	184,55 €
Palbociclib, je 75/100/125 mg	OPS: 6-009.j	84,48 €
Panobinostat, je 20 mg	OPS: 6-009.2	744,14 €
Pazopanib, 400 mg	OPS: 6-005.a	92,00 €
Pegcetacoplan, je 1080 mg	OPS 6-00f.3	3.715,20 €
Pemigatinib, je 13,5 mg	OPS 6-00f.4	513,85 €
Pirtobrutinib je 1 mg	OPS: 6-00m.c	2,02 €
Pomalidomid, je 4 mg Hartkapsel	OPS: 6-007.a	418,45 €
Ponatinib, je 15mg / 30 mg	OPS: 6-007.b	7,16 €
Radioliganden-Therapie des Prostatakarzinoms mit Lutetium (177Lu)-Vipivotid-Tetraxetan	je Therapiezyklus; OPS 8-350.d0	14.572,21 €
Radium-223-Dichlorid	pro Zyklus/Gabe maximal eine Durchstechflasche (max. 4.551,75 € brutto) abrechenbar"; kein OPS vorhanden	4.551,75 €
Ranibizumab, intravitreal, bei Verwendung der 1,65 mg Fertigspritze oder der 2,3 mg Durchstechflasche, je Leistung	je Leistung, OPS 6-003.c	1.178,40 €
Ravulizumab, je 300 mg Konzentrat	OPS 6-00c.d	4.509,00 €
Remdesivir, je 100 mg Infusionslösung	OPS 6-00f.9*	411,00 €
Rezafungin, je mg	OPS: 6-00m.e	14,50 €
Ribociclib, je 200 mg Tablette	OPS: 6-00a.f	52,00 €
Risankizumab, je 150 mg Injektionslösung	OPS 6-00c.e	700,50 €
Ropeginterferon alfa-2b, je 250 µg/0,5 ml Injektionslösung	OPS 6-00c.f	1.580,51 €
Rucaparib, je mg	OPS 6-00c.g	0,14 €
Ruxolitinib, je 5 mg Tablette	OPS: 6-009.4	33,77 €
Sacituzumab Govitecan je mg	OPS: 6-00f.8	5,81 €
Secukinumab, je 1 mg	OPS 6-009.5	4,28 €
Selexipag, je 200, 400, 600, 800, 1000, 1200, 1400 oder 1600 µg	OPS: 6-009.k	42,95 €

Redakteur:	Prüfer:	Freigeber / Verantwortlich:	Dok. Id:	R.0002.17.06.26
Sternecker, Sonja	Sternecker, Sonja	Weiboltshamer, Nicole	43007	Seite 26 von 29

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode	Abrechnungs- bestimmungen	Entgelthöhe
Selinexor, je 20 mg	OPS 6-00f.a	317,60 €
Selpercatinib, je mg	OPS 6-00f.b	0,41 €
Siltuximab, je 100 mg	OPS: 6-008.1	598,00 €
Siltuximab, je 400 mg	OPS: 6-008.1	2.392,00 €
Sofosbuvir, je 400 mg	OPS: 6-008.3	495,55 €
Sofosbuvir-Velpatasvir, je 400 mg Sofosbuvir, je 100 mg Velpatasvir	OPS: 6-009.m	344,64 €
Sofosbuvir-Velpatasvir-Voxilaprevir, je 400 mg/100 mg/100 mg Filmtablette	OPS: 6-00a.h	460,00 €
Sonidegib, je 1 mg	OPS 6-00c.h	0,88 €
Sotorasib, je mg	OPS 6-00f.d	0,16 €
Sotrovimab, je mg	OPS 6-00f.e	4,52 €
Streptozotocin, auch Streptozotozin, je g	OPS 6-00b.h	810,00 €
Strömungsreduzierendes Drahtgeflecht im Koronarsinus	OPS: 8-83d.5	6.300,00 €
Sutimlimab, je mg	OPS 6-00k.4	1,03 €
Tafamidis, Meglumin, je 61 mg Weichkapsel	OPS 6-006.9	421,46 €
Tafasitamab, je mg	OPS 6-00f.f	3,03 €
Tagraxofusp je mg	OPS 6-00d.h	10.710,00 €
Talimogen Laherparepvec, je 1 Mio. Einheiten	OPS: 6-00b.j	1.452,42 €
Talquetamab, je 3 mg	OPS 6-00k.6	239,19 €
Talquetamab, je 40 mg	OPS 6-00k.6	3.189,20 €
Tebentafusp, je 1 µg	OPS: 6-00k.7	117,81 €
Teclistamab, je 1 mg	OPS 6-00k.8	16,79 €
Teduglutid, je 5 mg	OPS: 6-008.4	727,45 €
Temozolomid, intravenös, je 100 mg	OPS: 6-005.c	349,00 €
Tepotinib, je 1 mg	OPS: 6-00f.g	0,28 €
Thrombektomie an Lungengefäßen mittels Disc-Retriever-System		5.495,00 €
Tivozanib, je 890 µg oder 1340 µg	OPS: 6-00a.j	181,39 €
Tixagevimab-Cilgavimab, je 150 mg	je 150 mg	444,00 €
Trametinib, je 2 mg	OPS: 6-009.7	69,74 €
Trastuzumab-Emtansin, je 100 mg	OPS: 6-007.d	1.827,00 €
Trastuzumab-Emtansin, je 160 mg	OPS: 6-007.d	2.923,20 €
Trastuzumab-Deruxtecan je 100 mg	OPS 6-00f.j	1.417,00 €
Tremelimumab, je 1 mg	OPS: 6-00k.a	66,89 €
Treosulfan, je 1000 mg	OPS 6-00c.j	122,87 €
Trifluridin-Tipiracil, je 15 mg Trifluridin, je 6,14 mg Tipiracil	OPS: 6-009.n	27,90 €

Redakteur:	Prüfer:	Freigeber / Verantwortlich:	Dok. Id:	R.0002.17.06.26
Sternecker, Sonja	Sternecker, Sonja	Weiboltshamer, Nicole	43007	Seite 27 von 29

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode	Abrechnungs- bestimmungen	Entgelthöhe
Überlange Coils, intrakraniell	OPS 8-836.m0 in Verbindung mit OPS 8-83b.33 oder 8-83b.35 in Verbindung mit OPS 8-836.n*	115,35 €
Vandetanib, je 300 mg	OPS: 6-009.8	153,67 €
Vemurafenib, je mg	OPS 6-006.f	0,10 €
Vismodegib, je 150 mg Kapsel	OPS 6-00c.k	189,80 €
Volumencoils zur Aneurysmathherapie, Großvolumige Metallspiralen [Volumencoils] für arterielle und venöse Embolisation im peripheren Gefäßsystem, v.a. für die Behandlung von Aneurysmen/vaskulären Malformationen	Gleichzeitige Abrechnung des ZE105.01 Status 1: für die Lokalisation intrakraniell, Status 4: für alle übrigen Lokalisationen; OPS 8-83b.35	817,82 €
Zanubrutinib je 80 mg	6-00f.n	44,31 €

-
- ⁱ Die Höhe des Zuschlages von 60,00 € ist in der *Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 S. 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 zu unterscheiden.
- ⁱⁱ Nach § 121 Abs. 5 SGB V i.V.m. § 18 Abs. 3 KHEntgG können Krankenhäuser mit Belegbetten zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten auch Honorarverträge schließen. Die Leistungen des Belegarztes würden ihm in dieser Konstellation vom Krankenhaus vergütet werden.

Redakteur:	Prüfer:	Freigeber / Verantwortlich:	Dok. Id:	R.0002.17.06.26
Sternecker, Sonja	Sternecker, Sonja	Weiboltshamer, Nicole	43007	Seite 29 von 29