

**D R G - Entgelttarif ( KHEntgG )**  
**und**  
**Unterrichtung des Patienten ( § 8 KHEntgG )**  
  
**für das Krankenhaus Leonberg**  
**- gültig ab 01.02.2026 -**

## **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 Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sowie des Krankenhausentgeltgesetzes (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 Diagnose bzw. 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 und Prozeduren.

Die jeweilige DRG ist mit einem entsprechenden Relativgewicht bewertet, welches im Rahmen der DRG -Systempflege jährlich variieren kann. Diesem Relativgewicht ist ein in Euro ausgedrückter Basisfallwert (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet. Der derzeit gültige Basisfallwert für das Krankenhaus Leonberg liegt bei 4.517,37 € (vorauss. ab 01.03.26 bei 4.700,00 €) und unterliegt jährlichen Veränderungen. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Welche DRG bei Ihrem Krankheitsbild letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Hierfür kommt es darauf an, welche Diagnose(n) am Ende des stationären Aufenthaltes gestellt und welche diagnostischen bzw. therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Für das Jahr 2026 werden die bundeseinheitlichen Fallpauschalen durch die Anlage 1 der 2026 (FPV 2026) vorgegeben.

Beispiel (Relativgewicht und Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG - Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
I08C	Eingriff Hüftgelenk ohne Begleiterkrankungen	2,9	€ 3.200,-	€ 9.280,-
I08B	Eingriff Hüftgelenk mit Begleiterkrankungen	3,7	€ 3.200,-	€ 11.840,-

## 2. Über- und Unterschreiten der Grenzverweildauer bzw. der mittleren Verweildauer der Fallpauschale (DRG) - § 1 Abs. 2 und 3 und § 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 Unterschreitungen dieser Verweildauern werden gesetzlich vorgegebene Zu- und Abschläge fällig. Die näheren Einzelheiten und das Berechnungsverfahren hierzu regelt die 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 der Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung) aufgeführt. Die jeweils anwendbare Hybrid-DRG wird mit einem festen Eurobetrag vergütet, der ebenfalls in der Rechtsverordnung aufgeführt ist. Bei postoperativen Nachbehandlungen wird die Pauschale um 30 € erhöht.

Beispiel:

OPS-Kode	OPS-Text
5-530.00	Verschluss einer Hernia inguinale: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchfortenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion
5-530.01	Verschluss einer Hernia inguinale: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchfortenverschluss: Mit Hydrozelenwandresektion

Hybrid-DRG	Bezeichnung	Bewertung (in Euro)
G09N	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dünnd- und Dickdarm	2.885,11€
G24N	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	2.711,39 €

Die Leistung beginnt mit den Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung und endet mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung, jeweils in der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird. Mit der Hybrid-DRG sind alle im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten entstandenen Aufwände abgegolten. **Eine Abrechnung von weiteren Entgelten gemäß der nachfolgenden Ziffern in Verbindung mit der Hybrid-DRG ist somit ausgeschlossen.** Eine Berechnung von Entgelten für vereinbarte Wahlleistungen bleibt unberührt.

Die Abrechnung einer Hybrid-DRG erfolgt unabhängig von der Anzahl der beteiligten Leistungserbringer nur einmalig.

## 4. Zusatzentgelte gemäß § 5 FPV 2026

Gem. § 17 b Abs. 1, S. 7 KHG können die für die Entwicklung und Pflege des deutschen DRG-Systems zuständigen Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene (GKV-Spitzenverbände, PKV-Verband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der

Entgelte. Für das Jahr 2026 werden die bundeseinheitlichen Zusatzentgelte durch die Anlage 2 in Verbindung mit der Anlage 5 der FPV 2026 vorgegeben.

Daneben können für die in Anlage 4 in Verbindung mit Anlage 6 zur 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.

Wurden in der Budgetvereinbarung für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 FPV 2026 keine krankenhausindividuellen Zusatzentgelte vereinbart, sind auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen.

Die für das Krankenhaus Leonberg individuell vereinbarte Zusatzentgelte finden Sie in Anlage 1.

## **5. Sonstige Entgelte 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 €, mit Vereinbarung sind je Belegungstag 450,00 € abzurechnen.

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

Für das Krankenhaus Leonberg wurden individuell vereinbart:

DRG B61B 608.19 € (297.91 € DRG + 310.28 € Pflegeentgelt)

## **6. Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen - § 115 a SGB V -**

Eine vorstationäre Behandlung ist neben einer Fallpauschale (DRG) nicht gesondert abrechenbar (§ 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 4 KHEntG). 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.

Die Entgelte für vor- und nachstationäre Behandlungen (§ 115 a SGB V) finden Sie in der Anlage 2.

## 7. DRG - Systemzuschlag ( § 17b Abs. 5 KHG )

Für jeden voll- bzw. teilstationären Krankenhausaufenthalt sind wir verpflichtet (§ 17 b Abs. 5 KHG) bei jedem selbstzahllenden Patienten oder dem jeweiligen Kostenträger einen DRG - Systemzuschlag zusätzlich zu den DRG Fallpauschalen in Rechnung zu stellen. Dieser Betrag dient als Finanzierung der Entwicklung und Pflege des DRG Vergütungssystems und ist an das DRG - Institut abzuführen.

Der DRG - Systemzuschlag beträgt derzeit **1.59 €**

#### **8. Zuschlag nach § 17b Abs. 1a KHG für Beteiligung an Fehlermeldesystem CIRS**

Für die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen wird für jeden vollstationären Patienten ein **Zuschlag in Höhe von 0,20 €** erhoben.

## **9. Qualitätssicherungszu- und abschläge ( § 7 Abs. 4 KHEntgG )**

Für Maßnahmen zur Qualitätssicherung erhebt das Krankenhaus Leonberg einen Zuschlag nach der Vereinbarung zwischen der DKG und den Bundesverbänden der Krankenkassen für jeden vollstationären Krankenhausfall.

Der Zuschlag beträgt für jede DRG **0,84 €.**

## **10. Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG nach § 91 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 139 c SGB V)**

Für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen wird im stationären Bereich für jeden abgerechneten voll- und teilstationären Krankenhausfall ein Systemzuschlag in Höhe von **3,12 €** erhoben.

## **11. Zuschlag nach § 17a KHG und § 7 KHEntgG für Ausbildungsstätten**

Für die Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen wird für jeden voll- bzw. teilstationären Patienten ein Zuschlag erhoben.

Der Ausbildungskostenzuschlag beträgt je Fall **330,46 €**.

## **12. Zuschlag nach § 4 Abs. 9 KHEntgG für Infektiologie-Förderprogramm**

Für jeden voll- bzw. teilstationären Patienten wird ein **Zuschlag in Höhe von 0,02 %** auf die im Erlösbudget und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG enthaltenen Entgelte berechnet.

## **13. Zuschlag nach § 4 Abs. 8a KHEntgG für Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf**

Für jeden voll- bzw. teilstationären Patienten wird derzeit kein Zuschlag auf die im Erlösbudget und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG enthaltenen Entgelte berechnet.

## **14. Zuschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG für Notfallstrukturen**

Für jeden vollstationären Patienten wird ein **Zuschlag in Höhe von 27,92 €** erhoben.

## **15. Zuschlag nach § 9 Abs. 1a Nr. 7 KHEntgG für Implantateregistermeldevergütung**

Für jeden vollstationären Patienten wird ein **Zuschlag in Höhe von 18,24 €** erhoben.

## **16. Tagesbezogene Pflegeentgelte nach § 7 Abs. 1 Ziff. 6a KHEntgG**

Für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte je Behandlungstag wird bei jedem voll- bzw. teilstationären Patienten die Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 Satz 5 KHG mit **251,08 €** multipliziert. Die Zahl der abrechenbaren Belegungstage berechnet sich nach § 1 Abs. 7 und § 7 Abs. 3 FPV.

## **17. Zuschlag nach § 4a Abs. 4 KHEntgG für Versorgung von Kindern und Jugendlichen**

Für jeden voll- bzw. teilstationären Patienten mit einem Alter über 28 Tage und unter 16 Jahre zum Zeitpunkt der Aufnahme wird ein **Zuschlag in Höhe von 11,692 %** auf die Fallpauschalen berechnet.

## **18. Zuschlag nach § 5 Abs. 2c KHEntgG für Förderung geburtshilflicher Versorgung**

Für jeden voll- bzw. teilstationären Patienten wird derzeit kein Zuschlag erhoben.

## **19. Zusatzentgelt Testung auf Coronavirus SARS-CoV-2 nach § 26 Abs. 2 KHG**

Für jeden voll- bzw. teilstationären Patienten wird bei PCR-Testung auf Coronavirus SARS-CoV-2 ein **Zuschlag in Höhe von 30,40 €** erhoben. Bei Antigen-Testung beträgt dieser Zuschlag **19,00 €**.

## **20. Zuschlag nach § 7 Corona-Ausgleichsvereinbarung**

Für jeden voll- bzw. teilstationären Patienten wird derzeit kein Zuschlag auf die im Erlösbudget und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG enthaltenen Entgelte berechnet.

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

Für jeden voll- bzw. teilstationären Patienten wird ein **Zuschlag in Höhe von 9,15 €** erhoben

## **22. Zuschlag für Erlösausgleich nach § 5 Abs. 4 KHEntgG**

Für jeden voll- bzw. teilstationären Patienten wird ein **Zuschlag in Höhe von 1,77 %** auf die im Erlösbudget und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG enthaltenen Entgelte berechnet.

## **23. PpUG-Abschlag gemäß § 4 Abs. 1 PpUG-Sanktions-Vereinbarung vom 02.03.2021**

Nach § 4 Abs. 1 PpUG wird für jeden vollstationären Patienten ein **Abschlag in Höhe von 0,06 %** auf die im Erlösbudget nach § 4 Abs. 1 KHEntgG enthaltenen Entgelte berechnet

## **24. Zuschlag für die Speicherung von Daten auf elektronischer Patientenakte**

Nach § 5 Abs. 3g KHEntgG wird für jeden voll- bzw. teilstationären Patienten ein **Zuschlag in Höhe von 5,00 €** erhoben.

## **25. Zuschlag bei erstmaliger Befüllung der elektronischen Patientenakte**

Nach § 5 Abs. 3g KHEntgG wird für die Unterstützung von Versicherten bei erstmaliger Befüllung der elektronischen Patientenakte ein **Zuschlag in Höhe von 10,00 €** erhoben.

## **26. Unterbringung einer Begleitperson mit medizinischer Notwendigkeit**

Sofern es medizinisch geboten ist, werden für Begleitpersonen (einschließlich Unterbringung und Verpflegung) je Berechnungstag **60,00 €** abgerechnet.

## **27. Entgelte für Wahlleistungen**

Für die außerhalb der allgemeinen Krankenhausleistungen in Anspruch genommenen Wahlleistungen (§ 7 AVB) werden gesondert berechnet (§ 17 KHEntgG):

1. Wahlarztbehandlung = Ärztliche Leistungen aller an der Behandlung beteiligten angestellten und beamteten Ärzte des Krankenhauses, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

(Liste der Wahlärzte und der ständigen ärztlichen Vertreter können Sie der Anlage 4 entnehmen.)

a) Die ärztlichen Leistungen werden vom **Krankenhaus** nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung berechnet bzw. eingezogen. Nach § 6a GOÄ erfolgt eine Minderung der Gebühren um 25 %, bei stationären Leistungen von Belegärzten oder sonstigen niedergelassenen Ärzten um 15 %.

**Die aktuelle GOÄ liegt zur Einsicht in der Patientenaufnahme und in den Wahlarztsekretariaten aus.**

b) Werden ärztliche Leistungen der Konsiliarärzte und der fremden ärztlich geleiteten Einrichtungen in den Praxisräumen oder in einem anderen Krankenhaus erbracht, werden sie von diesen nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

2. Unterbringung im 1- oder 2-Bett-Zimmer:

Zuschläge werden nach Anlage 3 erhoben

### 3. Bereitstellung eines Telefons:

(Soweit keine Wahlleistung 1 / 2 Bettzimmer beantragt wurde)

Einmalige Anschlussgebühr	<b>5,00 €</b>
Grundgebühr je Tag	<b>1,50 €</b>
Gebühreneinheit je Einheit / Taktung je Netzanbieter	<b>0,10 €</b>

### 4. Bereitstellung eines Fernsehapparates:

Kopfhörer einmalig	<b>2,00 €</b>
--------------------	---------------

### 5. Bereitstellung einer Sonderwache:

Erstattung des tatsächlichen Aufwands

### 6. Unterbringung einer Begleitperson ohne medizinische Notwendigkeit

Je Berechnungstag	<b>194,10 € inkl. gesetzl. MwSt.</b>
-------------------	--------------------------------------

### 7. Unterbringung eines gesunden Säuglings als Begleitperson:

Je Berechnungstag	<b>54,10 € inkl. gesetzl. MwSt.</b>
-------------------	-------------------------------------

### 8. Übernachtung vor / nach Ambulanter Behandlung:

Je Berechnungstag	<b>105,00 € inkl. gesetzl. MwSt.</b>
-------------------	--------------------------------------

### 9. Wahlessen

Je Berechnungstag	<b>22,00 € inkl. gesetzl. MwSt.</b>
-------------------	-------------------------------------

### 10. Medizinische Wahlleistungen:

Die Gebührenaufstellung erfolgt auf Grundlage der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) gemäß Kostenvoranschlag.

## **28. Belegärzte / Beleghebammen**

Mit den Entgelten nach Nr. 1 - 27 sind nicht abgegolten:

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

Diese Leistungen werden von dem Belegarzt sowie den von ihm beauftragten Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen bzw. der Beleghebamme / dem Entbindungslegern außerhalb des Krankenhauses nach den für sie geltenden Tarifen berechnet.

## **29. Entgelte für sonstige Leistungen**

Leistungen:	Entgelte:
Hilfsmittel (z.B. Prothesen, orthopädische Schuhe, Stützstrümpfe, usw.)	Erstattung des tatsächlichen Aufwands
Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung – bis 40 Min	99,46 €
Leichenschau und Ausstellung einer Todesbescheinigung – mehr als 40 Min.	165,77 €
Kühlraumnutzung pro Tag (intern ab 5. Tag, extern ab 1. Tag), inkl. gesetzl. MwSt.	135,01 €
Nutzung Trauerraum pauschal bis 2 Stunden, inkl. gesetzl. MwSt.	35,00 €
Nutzung Trauerraum pauschal bei mehr als 2 Stunden, inkl. gesetzl. MwSt.	50,00 €
BCG-Schutzimpfung von Neugeborenen	15,50 €
Serviceleistung Standesamt pro Entbindung	16,00 €
(Hinzu kommen die amtlichen Standesamtsgebühren von z.Zt. € 20,00 je Geburtsurkunde)	

## **30. Zuzahlungen nach § 39 Abs. 4 SGB V**

Das Krankenhaus zieht von gesetzlich versicherten Patienten zur Weiterleitung an die Krankenkassen von Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres maximal begrenzt auf 28 Tage ein:

**10,00 € je Kalendertag**

### 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 Krankenhausbehandlung anzurechnen.

## **31. 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.

## **32. Inkrafttreten**

Dieser DRG-Entgelttarif tritt am 01.02.2026 in Kraft. Gleichzeitig werden alle vorherigen DRG-Entgelttarife aufgehoben.

### Anlagen

Leistung	OPS	Zusatz	Preis
ZE2026-25	5-829.k*	Schulter	1.037,10 €
ZE2026-54	5-429.j1	je Stück	578,67 €
ZE2026-54	5-429.jc	je Stück	694,51 €
ZE2026-54	5-469.k3	je Stück	772,37 €
ZE2026-54	5-513.m0	je Stück	737,45 €
ZE2026-54	5-517.03	je Stück	817,41 €
ZE2026-54	5-517.13	je Stück	1.634,82 €
ZE2026-54	5-517.43	je Stück	842,03 €
ZE2026-54	5-517.53	je Stück	1.378,29 €
ZE2026-54	5-526.e0	je Stück	857,84 €
ZE2026-54	5-529.n4 i.V.m. 5-54a.0	je Stück	4.280,00 €
ZE2026-77	6-003.g*	je mg	0,09 €
ZE2026-112	6-006.2*	je g	4,00 €
ZE2026-123	6-002.p*	je mg	0,48 €
ZE2026-125	6-002.r*	je g	22,48 €
ZE2026-141	6-007.6*	je mg	0,66 €
ZE2026-149	6-001.e*	je mg	0,89 €
ZE2026-151	6-001.h*	je mg	0,58 €
ZE2026-154	6-003.k*	je mg	0,49 €
ZE2026-163	6-007.h*	je mg	4,90 €
ZE2026-164	6-008.0*	je mg	10,92 €
ZE2026-170	6-002.9*	je mg	0,80 €
ZE2026-182	6-008.5*	je mg	7,33 €
ZE2026-188	5-38a.c0 i.V.m. 5-38a.w0	je Stück	8.061,64 €
ZE2026-189	5-38a.8f	je Stück	33.693,47 €
ZE2026-189	5-38a.c3	je Stück	18.717,74 €
ZE2026-194	6-005.p*	je mg	21,32 €
ZE2026-195	6-005.q*	je mg	46,10 €
ZE2026-213	6-00c.0	je mg	10,89 €
ZE2026-217	6-00c.1*	je mg	0,38 €
Bioaktiver Stent für periphere Gefäße < 5 cm VBX-Version	8-83b.e1ohneLängen-OPS	je Stück	1.652,68 €
Bioaktiver Stent für periphere Gefäße 5 cm < 10cm VBX-Version	8-83b.e1ohneLängen-OPS	je Stück	2.241,73 €
Bioaktiver Stent für periphere Gefäße < 5 cm	8-83b.e1ohneLängen-OPS	je Stück	1.602,00 €
Bioaktiver Stent für periphere Gefäße 5 cm bis < 10 cm	8-83b.e1ohneLängen-OPS	je Stück	2.042,84 €
Bioaktiver Stent für periphere Gefäße 10 cm bis < 15 cm	8-83b.e1i.V.m.8-83b.f1	je Stück	2.500,21 €
Bioaktiver Stent für periphere Gefäße 15 cm bis < 25 cm	8-83b.e1i.V.m.8-83b.f2 oder .f3	je Stück	3.773,14 €

Anlage 1: Zusatzentgelte gemäß § 5 FPV 2026  
 01.02.2026 Leonberg

Bioaktiver Stent für periphere Gefäße ab 25 cm	8-83b.e1i.V.m.8-83b.f4	je Stück	3.773,14 €
Remdesivir (Veklury®)	6-00f.p*	je mg	4,11 €
Palbociclib (Ibrance®)	6-009.j	je mg	0,67 €
Lenvatinib (Kisplyx®)	6-008.j	je mg	6,79 €
Dabrafenib, oral	6-007.5	je mg	0,62 €
Gecoverte Endoprothesen mit bioaktiver Oberfläche zur Dialyse-Shunt-Revision 10 cm	8-842.02/8-842.03 + 8.83b.e1	je Prothese	1.727,06 €
Implantation einer Gefäßprothese mit integriertem Stent im Rahmen von arteriovenöser Shunt- und Bypasschirurgie	5-392.31; 5-39a.2	je Stück; ausschließlich im Rahmen arteriovenöser Shuntchirurgie in der MDC 11	1.835,60 €
Gefäßtransplantatersatz mittels Gefäßhomograft	5-394.3 i.V.m. 5-930.2 oder .3	je Stück; nur für den Ersatz einer infizierten Gefäßprothese	6.346,28 €

Fachabteilung	vorstat. fallbez. Pauschale	nachstat. Fallbez. Pauschale
Medizinische Klinik	147,25 €	53,69 €
Klinik für Allgem.-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	100,72 €	17,90 €
Unfallchirurgische Klinik	82,32 €	21,47 €
Frauenklinik	119,13 €	22,50 €
Radiologisches Zentralinstitut	186,62 €	330,29 €
Kinderklinik	94,08 €	37,84 €
Neonatologie	51,64 €	23,01 €
Neurologie	114,02 €	40,90 €
Orthopädische Klinik	133,96 €	20,96 €
Urologische Klinik	103,28 €	41,93 €
Intensivmedizin	104,30 €	36,81 €
Belegabteilung HNO	78,74 €	37,84 €
Belegabteilung Augen	68,51 €	38,86 €

Computer-Tomographie-Gerät (CT) Leistungen nach Gebührenziffer DKG-NT I/BG-T	Preis
5369 Höchstwert 5370-5374	122,71 €
5370, 5375 CT Untersuchung des Kopfes, der Aorta	81,81 €
5371 CT Untersuchung Hals-/Thoraxbereich	94,08 €
5372 CT Untersuchung Abdominalbereich	106,35 €
5373, 5374 CT Untersuchung Skelett, Zwischenwirbelräume	77,72 €
5376 ergänzende CT Untersuchung	20,45 €
5377 Zuschlag für computergesteuerte Analyse	32,72 €
5378 CT Untersuchung zur Bestrahlungsplanung	40,90 €
5380 Bestimmung des Mineralgehalts	12,27 €

Magnet-Resonanz-Gerät (MR) Leistungen nach Gebührenziffer DKG-NT I/BG-T	Preis
5700, 5720 Magnetresonanztomographie Kopf	179,97 €
5705 Magnetresonanztomographie Wirbelsäule	171,79 €
5715 Magnetresonanztomographie Thorax	175,88 €
5721, 5730 Magnetresonanztomographie Mamma	163,61 €
5729 Magnetresonanztomographie eines oder mehrerer Gelenke	98,17 €
5731, 5732 ergänzende Serie, Zuschlag für Positionswechsel	40,90 €
5733 Zuschlag für computergesteuerte Analyse	32,72 €
5735 Höchstwert 5700 bis 5730	245,42 €

Linksherzkatheter-Meßplatz (LHM) Leistungen nach Gebührenziffer DKG-NT I/BG-T	Preis
627 Linksherzkatheretismus einschl. fortlaufender EKG, Röntgenkontrolle	61,36 €
628 Herzkatheretismus einschl. fortlaufender EKG, Röntgenkontrolle	32,72 €
629 Transseptaler Linksherzkatheretismus	81,81 €
5315 Angiokardiographie einer Herzhälfte	89,99 €
5316, 5325 Angiokardiographie beider Herzhälften, Selektive	122,71 €
5317, 5326 Zweite bis dritte Serie nach 5315, 5316	16,36 €
5318 weitere Serie nach 5317	24,54 €
5324 Selektive Koronarangiographie eines Herzkrankgefäßes	98,13 €
5327 zusätzliche Linksventrikulographie	40,90 €
5328 Zuschlag zu 5300 bis 5327 bei Anwendung d. 2-Ebenen-Technik	49,08 €

Hochvolttherapie-Gerät (Linearbeschleuniger = LIN / Telecobalt-Gerät = CO)	Preis
5831 Erstellung eines Bestrahlungsplans, je Bestrahlungsserie	61,36 €
5832 Zuschlag bei Anwendung eines Simulators	20,45 €
5833 Zuschl. bei indiv. Berechn. d. Dosisverteilung m. Prozeßrechner	81,81 €
5834 Bestrahlung mit Telekobalt-Gerät, je Fraktion	29,65 €
5835, 5837 Zuschlag zu 5834, 5836 bei Bestrahlung mit Großfeld	5,11 €
5836 Bestrahlung mit Beschleuniger, bis zu 2 Strahleneintrittsfelder	40,90 €

Positronen-Emissions-Tomographie-Gerät (PET) Leistungen nach Gebührenziffer DKG-NT I/BG-T	Preis
5488 Positronen-Emissions-Tomographie	245,42 €
5489 Positronen-Emissions-Tomographie mit quantifiz. Auswertung	306,78 €

Ausgenommen sind die Leistungen nach Maßgabe des § 5 der Allgemeinen Tarifbestimmungen des DKG-NT I/BG-T (z.B. Kontrastmittel).

Krankenhaus Leonberg



**Wahlleistungen 1 - bzw. 2 - Bettzimmerzuschläge ab 01.02.2026**

	Zweibettzimmer	Einbettzimmer
Klinik / Zimmer	Gesamtbetrag	Gesamtbetrag
alle Kliniken	70,00 €	140,00 €
Familienzimmer Geburtshilfe inkl. MwSt. nur bei Aufenthalt der Entbindung -	--	183,40 €

## **Wahlarzt und ständiger ärztlicher Vertreter (§ 4 Abs. 2 GOÄ)**

### **Medizinische Klinik I, Schwerpunkt Kardiologie**

N.N. Vertretung N.N.

### **Medizinische Klinik II, Schwerpunkt Gastroenterologie**

N.N. Vertretung N. N.

### **Akutgeriatrie/Neurogeriatrie und geriatrische Frührehabilitation**

Herr N. Sheikholeslami Vertretung Herr Dr. M. Azizi

### **Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie**

Chefarzt Prof. Dr. med. W. Steurer	Vertretung	Viszeralchirurgie
		Herr Dr. T. Schleh
		Colorektale Chirurgie
		Herr Dr. N. Shaif
		Allgemeinchirurgie
		Frau Dr. F. Bilgin
		Proktologie
		Frau Dr. A.-K. Moll

### **Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie**

Chefarzt Dr. med. H. Rieske	Vertretung	Allgemeine Unfallchirurgie
		Herr Prof. Dr. B. Schmidt-Rohlfing
		Arthroskopische Chirurgie / Bruchbehandlung
		Herr Dr. M. Heinichen
		Extremitätenverletzungen / Verletztenversorgung
		Herr Dr. F. Ben Ayed
		Minimalinvasive Traumatologie / Orthopädie
		Herr Dr. Y. Adhrij

### **Klinik für Gefäßchirurgie**

Senior Consultant Dr. med. J. Quendt Station 1.1 (bis 28.02.2026)	Vertretung	Chefarzt Dr. Dr. med. habil (rus) V. Reichert
Chefarzt Dr. Dr. med. habil (rus) V. Reichert Station 3.2	Vertretung	Herr Dr. S. Pfeiffer
Station 1.1 (ab 01.03.2026)		

### **Frauenklinik**

Chefarzt Dr. med. A. Praski (bis 31.03.2026)	Vertretung	Herr Dr. C. Fagadar
---	------------	---------------------

### **Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin**

N.N. Vertretung N.N.

### **Klinik für Labormedizin**

Chefärztin Dr. B. Schwenz Vertretung N.N.

### **Klinik für Radiologie**

Chefarzt Dr. med. J. Schneider, MHBA Vertretung Herr Dr. F. Welke