

Kodierhinweis

Allgemeine Informationen

Update 2025



Hinweise zu Kodierung und Vergütung in der stationären Versorgung

Das Jahr 2025 steht ganz im Zeichen der Krankenhausreform. Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) ist verabschiedet und geht nun in die Umsetzung. Das aG-DRG-System wird in diesem Jahr noch wie bisher weitergeführt. Im Hintergrund laufen jedoch bereits die Vorbereitungen zur Einführung einer ergänzenden Vorhaltevergütung.

Die Umsetzung der beschlossenen Veränderungen im Bereich der Krankenhausplanung hat ebenfalls begonnen. Zum aktuellen Zeitpunkt, Anfang 2025, haben viele Bundesländer bereits erste Analysen der aktuellen Versorgungssituation in ihren Regionen erstellt oder beauftragt. Auf deren Basis kann im nächsten Schritt dann eine bedarfsgerechte Planung der Krankenhausstrukturen erfolgen.

Aufgrund der Planungssystematik anhand von Leistungsgruppen wird die Krankenhausplanung zukünftig detaillierter und zielgerichteter. Die bisher genutzte Differenzierung nach Fachabteilungen als Planungsgröße wird heruntergebrochen und erlaubt eine spezifischere Planung bestimmter Leistungsangebote. Demgegenüber stehen jedoch auch sehr weitgefaste Leistungsgruppen: Die Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ sowie die „Allgemeine Chirurgie“ sind ein Sammelbecken für Angebote der Grundversorgung, enthalten jedoch auch Leistungen aus spezielleren Fachbereichen wie der Gefäßchirurgie oder Gastroenterologie. Letztlich fallen doch über die Hälfte der

stationären Fälle in diese allgemeinen Leistungsgruppen.

Auch die Ambulantisierung wird im Jahr 2025 weiter vorangetrieben – wenn auch aus Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) nicht schnell genug. Sowohl der AOP-Katalog als auch die Hybrid-DRGs sind durch neue Prozeduren ergänzt worden. Und weitere Ergänzungen müssen folgen: Die durch Hybrid-DRGs erfassten Fälle sollen bis zum Jahr 2030 auf mindestens 2 Millionen anwachsen.

Weitere Details zur Krankenhausreform und der Erweiterung der ambulanten bzw. sektorenunabhängigen Abrechnungsformen finden Sie in dieser Broschüre.

Sollten Sie Fragen zu den Inhalten haben oder weitergehende Informationen wünschen, wenden Sie sich gerne an uns. Wir freuen uns auch über Hinweise oder Anmerkungen zu aus Ihrer Sicht fehlenden Inhalten, um diese bei der Weiterentwicklung zu berücksichtigen.

Bitte haben Sie Verständnis, dass der Inhalt all unserer

Abkürzungsverzeichnis

BWR	Bewertungsrelation	HD	Hauptdiagnose	OEM	Original Equipment Manufacturer (Hersteller des Originalerzeugnisses)
BBFW	Bundesbasisfallwert	HLM	Herz-Lungen-Maschine		
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte	HZV	Herzzeitvolumen	OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
CM	Case Mix	IABP	Intraaortale Ballonpumpe	PBWR	Pflege-Bewertungsrelation
CMI	Case Mix Index	ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten	PCI	Percutaneous coronary intervention - Perkutane Koronarintervention
DRG	Diagnosis Related Groups – Diagnosebezogene Fallgruppen	InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH	PECLA	Pumpenlose Extrakorporale Membranoxygenierung
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien	LBFW	Landesbasisfallwert	Prä-MDC	den MDCs vorgeschaltete Hauptdiagnosegruppe
ECLS	Extracorporeal Life Support System	MD	Medizinischer Dienst (vormals Medizinischer Dienst der Krankenkassen)	SAPS	Simplified Acute Physiology Score
ECMO	Extrakorporale Membranoxygenierung	MDC	Major Diagnostic Group – Hauptdiagnosegruppe	TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
FoKa	Fachausschuss für die ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung	ND	Nebendiagnose	VWD	Verweildauer
G-DRG	German Diagnosis Related Groups			ZE	Zusatzentgelt

Broschüren zum Thema Reimbursement zwar mit großer Sorgfalt zusammengestellt ist, sie dennoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Die Inhalte sind mit besonderem Augenmerk auf unsere Produkte erstellt, sodass in den fachbezogenen Broschüren nur Verfahren und Therapien dargestellt sind, die durch die jeweiligen Produkte unterstützt werden. Auch die Informationen und Erläuterungen, die sich auf das Vergütungssystem beziehen, sind nicht als vollständige Darstellung des aG-DRG-Systems oder aktuell gültiger Abrechnungsbestimmungen zu verstehen und können das Studium einschlägiger rechtlicher Grundlagen und Vorschriften in diesem Zusammenhang nicht ersetzen.

Des Weiteren möchten wir darauf hinweisen, dass es sich bei allen DRG- und Gruppierungsbeispielen um vereinfachte Darstellungen handelt. Zur besseren Verständlichkeit wurden Fallkonstellationen angenommen, die sich auf vergleichsweise wenige Parameter beziehen (bspw. Hauptdiagnose, einzelne Prozeduren). Bei Kodierung weiterer Diagnosen oder Prozeduren sind abweichende Gruppierungsergebnisse möglich

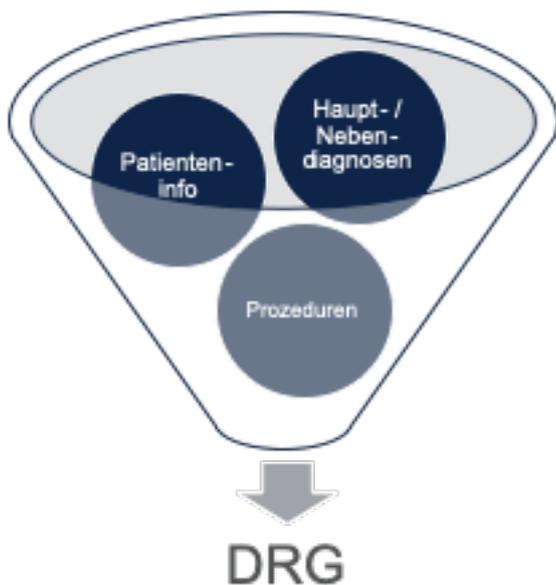


Abbildung 1: Vereinfachte Darstellung der Einflussfaktoren zur DRG-Gruppierung

Das aG-DRG-System

Fallpauschalen

Die Vergütung der stationären Versorgung in Deutschland erfolgt weiterhin nach einem pauschalierenden und leistungsorientierten Entgeltsystem, dem aG-DRG-System. Es handelt sich dabei um ein Patientenklassifikationssystem, in dem Patientinnen und Patienten mit ähnlicher Erkrankung bzw. Behandlung einer gemeinsamen Fallpauschale, der DRG zugeordnet werden.

Ausschlaggebend für die Gruppierung, also die Auswahl einer DRG für einen individuellen Fall sind verschiedene Faktoren. Insbesondere die Hauptdiagnose sowie eventuell erfolgte diagnostische bzw. therapeutische Maßnahmen haben einen weitgehenden Einfluss. Weiterhin sind aber auch patientenindividuelle Faktoren, wie z. Bsp. Alter, Geschlecht oder Vorerkrankungen relevant.

Um eine leistungsgerechte Vergütung zu erreichen, ist somit die korrekte und vollständige Dokumentation von Diagnosen und erbrachten Leistungen unabdinglich. Zur Gewährleistung einer durchgängigen Abbildung, sind allgemeingültige, einheitliche Klassifikationssysteme notwendig, die vom BfArM, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, zur Verfügung gestellt und jährlich aktualisiert werden:

- Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten, German Modification (ICD-10-GM) ist die amtliche Klassifikation für Diagnosen im ambulanten und stationären Bereich in Deutschland ^[1]
- Operationen, Prozeduren und weitere allgemeine medizinische Maßnahmen werden anhand des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) in seiner aktuellen Fassung, der Version 2025 verschlüsselt ^[2]

Für die Einführung, Betreuung und Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems zeichnet sich das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) verantwortlich, das eigens hierfür von den Selbstverwaltungspartnern im deutschen Gesundheitssystem gegründet wurde. Das InEK stellt die aktuell gültigen Dokumente wie beispielsweise den Fallpauschalen-Katalog oder Informationen zu Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), sowie eine Reihe von Hintergrundinformationen zur Verfügung.

Die Internetadressen der genannten Institute sowie Hinweise zu weiterführenden Informationsquellen finden Sie am Ende dieser Broschüre.

Pflegepersonalkosten

Mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRGs im Jahr 2020 wurde der Fallpauschalen-Katalog

um die Bewertungsrelationen für den tagesbezogenen Pflegeerlös je DRG ergänzt. Entsprechend wurden die Bewertungsrelationen der „Rumpf-DRGs“ um den Pflegeanteil gekürzt. Die Bewertungsrelationen der Pflege setzen den pflegerischen Aufwand der DRGs untereinander in Relation und werden seither zusätzlich zu den DRG-Erlösen abgerechnet. Dazu werden die Pflege-Bewertungsrelationen mit einem krankenhausindividuell verhandelten Pflegeentgeltwert bewertet. Allerdings handelt es sich dabei lediglich um Abschlagszahlungen auf die Pflegepersonalkosten.

Das Pflegebudget ist als Selbstkostendeckungsprinzip zu verstehen und soll daher die tatsächlich entstandenen Personalkosten der Pflege im Krankenhaus decken. Diese sind jedoch erst retrospektiv bekannt. Durch die vorläufige Abrechnung der Pflegeerlöse kann die Liquidität des Krankenhauses sichergestellt werden. Wurde für das laufende Jahr noch kein Pflegentgeltwert vereinbart, kommt der Wert des Vorjahrs zum Einsatz. Konnte seit Einführung des Pflegebudgets noch kein Budget vereinbart werden, kommt der gesetzlich vorgeschriebene Vorläufige Pflegeentgeltwert zur Anwendung. Dieser beträgt für 2023 230€ und ist Grundlage unserer Beispielrechnung.

Nach Ablauf des Budgetzeitraums findet dann schließlich ein Ausgleich von Mehr- oder Mindererlösen aus den vorläufig abgerechneten Pflegerlösen gegenüber den Ist-Personalkosten statt.

Das Beispiel verdeutlicht die Ermittlung beider Erlösbestandteile der DRG F06D Koronare Bypass-Operation: Erlöse aus der DRG und der Pflege. Im Fallpauschalen-Katalog sind die BWR der DRG mit ihren verweildauerabhängigen Zu- und Abschlägen sowie die BWR für Pflege pro Tag genannt.

DRG	Bezeichnung	BWR DRG	Ø VWD	UGWD	UGWD-Abschlag pro Tag	OGWD	OGWD-Zuschlag pro Tag	BWR Pflege pro Tag
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren	4,758	13,4	3	0,457	26	0,215	1,6027

Tabelle 1: Auszug aus dem Fallpauschalen-Katalog 2025 [3]

Bei einer Verweildauer von 11 Tagen ergibt sich

Erlös der „Rumpf-DRG“ **BWR DRG** x fiktiver BBFW*
4,758 x 4.400 € = 20.935 €

zzgl. Pflegeerlös **BWR Pflege pro Tag** x VWD x Pflegeentgeltwert**
1,6027 x 11 x 230 € = 4.055 €

Gesamt 24.990 €

(zzgl. evtl. Zusatzentgelte)

Zusatzentgelte im aG-DRG-System

Ergänzend zur Vergütung durch Fallpauschalen existieren innerhalb der stationären Abrechnung auch Zusatzentgelte (ZEs), die parallel zu einer Fallpauschale abgerechnet werden können. Diese kommen in der Regel dann zur Anwendung, wenn bestimmte Verfahren, Medizinprodukte oder Medikamente unregelmäßig in mehreren DRGs auftreten, sodass eine feste Zuordnung zu einer einzelnen DRG nicht möglich ist und diese deshalb nicht sachgerecht in den DRGs abgebildet werden können. Die Vergütung durch ein Zusatzentgelt ist außerdem nur dann notwendig, wenn die Leistung mit einem nicht unerheblichen Kostenaufwand verbunden ist. Angesteuert werden die Entgelte über definierte Prozedurschlüssel, sodass auch in diesem Zusammenhang eine korrekte Dokumentation der relevanten OPS-Kodes wichtig ist.

Grundsätzlich können bundeseinheitliche von individuellen ZEs unterschieden werden. Für erstgenannte werden mit dem Fallpauschalen-Katalog einheitliche Preise vom InEK kalkuliert und veröffentlicht (Anlage 2 im Fallpauschalen-Katalog^[3]). Auch die individuellen ZEs werden vom InEK vorgegeben bzw. hinsichtlich ihrer Leistung definiert (Anlage 4 und 6 im Fallpauschalen-Katalog^[3]). Das heißt es können keine Zusatzentgelte für beliebige Leistungen vereinbart werden, sondern nur für die vom InEK vorgegebenen Prozeduren-Kodes. Für die individuellen ZEs werden allerdings keine Preise festgelegt. Dies resultiert aus stark abweichenden Kosten, die die Krankenhäuser dem InEK mitteilen. In diesen Fällen findet auf Ortsebene zwischen den Krankenhäusern und Kostenträgern eine individuelle Verhandlung der Entgelte statt.

Eine spezielle Form von ZEs stellen die Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (kurz NUBs) dar. Im Unterschied zu den vorher beschriebenen ZEs handelt es sich hier um zeitlich befristete Entgelte. Es geht darum neuartige Methoden im Entgeltsystem abzubilden. Da die Aktualisierung des Fallpauschalen-Katalogs systembedingt immer einen zeitlichen Versatz von 2 Jahren aufweist, sollen durch die NUB-Entgelte neue Verfahren kurzfristig und zeitlich begrenzt abgebildet werden. Voraussetzung für die Vereinbarung eines NUB ist jedoch zunächst die grundsätzliche Anerkennung als solches durch das InEK. Hierzu prüft das InEK auf Anfrage eines Krankenhauses, ob es sich bei dem Verfahren um eine Neuheit handelt, die

* Berechnung der DRG-Erlöse erfolgt mit einem fiktivem Bundesbasisfallwert in Höhe von 4.400 €, da der BBFW zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Unterlage noch nicht zur Verfügung stand.

**Berechnung der Pflegeerlöse erfolgt mit dem gemäß § 15 IIa KHEntgG ab 01.01.2023 gültigen vorläufigen Pflegeentgeltwert in Höhe von 230 €.

im aktuellen aG-DRG-System nicht oder nicht sachgerecht abgebildet ist. Das Prüfergebnis gilt anschließend jeweils für das folgende Systemjahr. Im darauffolgenden Jahr findet eine erneute Prüfung statt, sofern das Verfahren nicht ins aG-DRG-System überführt wurde.^[4]

Kalkulation von individuellen Zusatzentgelten

Erbringt ein Krankenhaus eine Leistung, für die ein individuelles ZE abrechenbar ist, muss dieses Entgelt im Rahmen der Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern vereinbart werden, wofür in der Regel die Vorlage einer Kalkulation notwendig ist. Zur Unterstützung bei der Kalkulation von ZEs stellt das InEK einen Leitfaden zur Verfügung, der die grundsätzliche Vorgehensweise beschreibt und dessen Vorgaben zu berücksichtigen sind. Es werden differenzierte Ansätze für die drei unterschiedlichen Gruppen von Leistungsarten vorgestellt: operative und interventionelle Verfahren, die Gabe von Medikamenten und Blutprodukten sowie Dialysen und verwandte Verfahren. Ergänzend stellt das InEK auch Kalkulationsblätter zur Verfügung.^[5]

Die Kalkulationsempfehlungen des InEK sollten in jedem Fall berücksichtigt werden. Zusätzlich ist zu empfehlen, sich mit dem Handbuch zur Kalkulation von Behandlungskosten des InEK^[7] vertraut zu machen, da dieses als grundlegendes Regelwerk zur Fallkostenermittlung zu betrachten ist. Die Kalkulation der DRGs führt das InEK auf Basis von Echtdateien aus Krankenhäusern durch, die an der jährlichen Kostenkalkulation teilnehmen und dazu ihre im Rahmen einer Kostenträgerrechnung ermittelten Fallkosten zur Verfügung stellen. Um eine einheitliche Vorgehensweise zur Ermittlung dieser Fallkosten zu gewährleisten, hat das InEK eben dieses Kalkulationshandbuch herausgegeben. Insofern dürften die Regelungen und Vorgaben aus dem Handbuch in erster Linie den an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern geläufig sein. Da die Definition der Fallkosten ebenso für die Kosten von ZEs gelten, sollten Sie sich im Rahmen Ihrer ZE-Kalkulation damit vertraut machen.

Häufig geltend gemacht für ZEs sind Kosten für den Einsatz teurer Sachmittel. Dazu gehören zum Beispiel Implantate, spezielle Materialsets oder Medikamente. Auch weitere Sachkosten des medizinischen Bedarfs können in der Kalkulation berücksichtigt werden. Natürlich sind ebenfalls Personalkosten im Ärztlichen Dienst oder für Funktionspersonal zu kalkulieren. Betroffene Leistungsbereiche sind hier häufig der OP sowie auch diagnostische Bereiche. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System ab dem Jahr 2020 auch bei der ZE-Kalkulation keine Personalkosten des Pflegedienstes (im Sinne des Pflegebudgets) mehr geltend gemacht werden können, da dies eine Doppelfinanzierung

bedeuten würde. Hier gilt es zu prüfen, ob die Zuordnung von Mitarbeitenden zu den unterschiedlichen Diensten korrekt ist bzw. ob diese Zuteilung im Einklang mit Ihrem Pflegebudget steht.

Bei der Ermittlung des Kostenumfanges für ein Zusatzentgelt ist außerdem zu berücksichtigen, dass es sich dabei ausschließlich um zusätzlich entstandene Kosten handelt. Das bedeutet, dass in der abgerechneten Fallpauschale bereits Kosten einer Leistung enthalten sind, die bei diesen Fällen üblicherweise zur Anwendung kommt. Das Zusatzentgelt soll nur diejenigen Kosten abbilden, die durch die abweichende (zusatzentgeltauslösende) Leistung darüber hinaus entstehen. Das bedeutet, dass in die Kalkulation des ZEs nur die Mehrkosten eingebracht werden können, um eine Doppelvergütung auszuschließen.

Abrechnung von Zusatzentgelten

Es ist weiterhin zu beobachten, dass die Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern zunehmend spät im Laufe eines Jahres stattfinden. Durch diesen zeitlichen Verzug kann der Fall eintreten, dass zum Abrechnungszeitpunkt eines Falls keine aktuell gültige Preisvereinbarung vorliegt. Wie mit der Abrechnung in solch einem Fall zu verfahren ist, hängt davon ab, ob im vorhergehenden Vereinbarungszeitraum ein Preis für das betreffende Zusatzentgelt vereinbart war oder nicht. Handelt es sich um ein bereits im Vorjahr vereinbartes ZE, kann der zuletzt gültige Preis bis zur Genehmigung einer neuen Vereinbarung weiterhin abgerechnet werden. Entstehen dadurch Mehr- oder Mindererlöse werden diese im Nachhinein ausgeglichen.

Für nicht vereinbarte Zusatzentgelte kann gemäß der Fallpauschalenvereinbarung der Spitzenverbände ein Betrag in Höhe von 600 € abgerechnet werden.^[7]

Umsetzung der Krankenhausreform: die wichtigsten Änderungen

Ende 2024 konnte das KHVG nach einer langen Vorbereitungsphase verabschiedet werden. In diesem Jahr kann mit der Umsetzung begonnen werden. Im Wesentlichen geht es nun um die Planung nach Leistungsgruppen sowie die Einführung der Vorhaltevergütung. Beide Themen sind mit einem nicht unwesentlichen Aufwand an Vorbereitungen verbunden, die bereits angelaufen sind.

Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen

Ziel der Erneuerung ist es eine bedarfsorientierte Krankenhausplanung zu etablieren sowie die Versorgungsqualität zu verbessern. Erreicht werden soll das durch eine differenziertere Planung als bisher. Hierzu unterteilen



die Leistungsgruppen Fachabteilungen noch einmal und ermöglichen eine granulare Planung bestimmter medizinischer Leistungsbereiche. Wie ausdifferenziert ein Fachbereich in der Leistungsgruppensystematik ist, unterscheidet sich von Fachbereich zu Fachbereich.

Aus Sicht des Krankenhauses ist im ersten Schritt relevant, die eigenen Leistungen den jeweiligen Leistungsgruppen zuzuordnen und so einen Überblick zu erhalten, welche Leistungsgruppen relevant für das eigene Haus sind. Da für jede Leistungsgruppe bundeseinheitliche Strukturvorgaben definiert werden, ist wichtig das Leistungsgruppenspektrum des eigenen Hauses zu kennen und die örtlichen Gegebenheiten mit den Strukturvoraussetzungen abzugleichen.

Die Zuordnung zu Leistungsgruppen erfolgt - wie auch schon bei der DRG-Zuordnung - mit Hilfe eines Groupers. Bei der Definition der bundesweiten Leistungsgruppen hat sich das InEK weitgehend an den bereits in Nordrhein-Westfalen entwickelten Leistungsgruppen orientiert. Dabei lassen sich allgemeine und spezifische Leistungsgruppen unterscheiden.

Allgemeine Leistungsgruppen orientieren sich an der Weiterbildungsordnung für Ärzte und entsprechen den bisher genutzten Planungsparametern. Es gibt insgesamt 18 allgemeine Leistungsgruppen.

Hinzu kommen spezifische Leistungsgruppen, die spezielle Leistungsbereiche umschreiben. Diese werden anhand von OPS- und / oder ICD-Kodes definiert. In dieser Kategorie gibt es 42 Leistungsgruppen.

Hinzu kommen 5 weitere Leistungsgruppen, die im nordrhein-westfälischen Modell, das als Vorbild dient, nicht vorgesehen sind. Es handelt sich um die Gruppen Notfallmedizin, spezielle Kinder- und Jugendmedizin, spezielle Kinder- und Jugendchirurgie, spezielle Traumatologie und Infektiologie.

Systematik der Leistungsgruppenzuordnung

Für die Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer Leistungsgruppe hat das InEK einen eigenen Leistungsgruppengrouper entwickelt. Ein zentrales Element dieses Verfahrens ist die Abfragereihenfolge des Groupers. Zunächst wird geprüft, ob der Fall anhand von OPS- oder ICD-Kodes einer spezifischen Leistungsgruppe zugeordnet werden kann. In einigen Fällen spielen zusätzlich weitere Faktoren wie das Alter der PatientInnen eine Rolle.

Da ein Behandlungsfall häufig mehrere OPS-Kodes aufweist, könnte er grundsätzlich mehreren Leistungsgruppen zugeordnet werden. Hier kommt die Abfragereihenfolge ins Spiel: Die verschiedenen Leistungsgruppen werden nacheinander anhand ihrer Kriterien überprüft, und der Fall wird der ersten passenden Gruppe zugewiesen. Diese Reihenfolge ist jedoch nicht für alle Fälle identisch. Verschiedene Algorithmen bestimmen sie, oft basierend auf Merkmalen des aG-DRG-Systems wie Hauptdiagnose, DRG oder MDC.

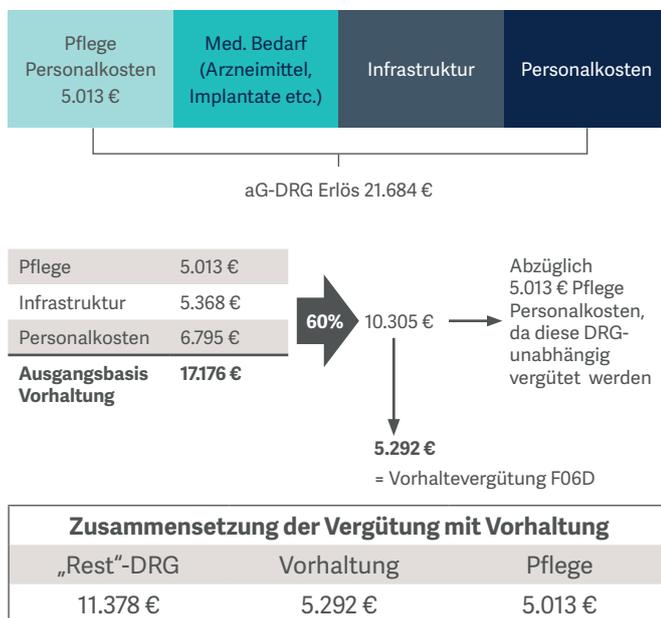
Am Ende der Abfragereihenfolge stehen die allgemeinen Leistungsgruppen. Ihre Reihenfolge ist weniger relevant, da die Zuordnung hier nach Fachabteilungen erfolgt. In der Regel kann ein Behandlungsfall eindeutig einer Fachabteilung zugewiesen werden. Falls eine Patientin oder ein Patient während des Aufenthalts in mehreren Fachabteilungen behandelt wird, zählt die Abteilung mit der längsten Aufenthaltsdauer. Ähnliche Fachabteilungen werden dabei zusammengefasst – beispielsweise könnten die Aufenthaltszeiten in der Inneren Medizin und der Kardiologie addiert und der Gesamtdauer eines Aufenthalts in der Chirurgie gegenübergestellt werden.

Vorhaltevergütung und deren Einflussfaktoren

Die Einführung einer Vorhaltevergütung ist ein zentrales Element der Krankenhausreform. Ziel ist es, wirtschaftlich motivierte Fallzahlsteigerungen zu begrenzen, indem ein Teil der Vergütung unabhängig von der Fallzahl erfolgt. Konkret bedeutet dies, dass ein bestimmter Anteil der DRG-Erlöse herausgerechnet und als fixe Vorhaltevergütung ausgezahlt wird. Allerdings bleibt die Fallzahl nicht völlig unberücksichtigt: Die Vorhaltevergütung gilt nur innerhalb festgelegter Fallzahlkorridore. Werden diese über- oder unterschritten, erfolgt eine Anpassung der Vergütung.

Die Berechnung der Vorhaltevergütung erfolgt durch das InEK. Hierzu wird für jede aG-DRG der fallunabhängige Kostenanteil ermittelt, insbesondere Personal- und Infrastrukturkosten. Von diesem Betrag werden 60 % aus den aG-DRGs ausgegliedert und als Vorhaltevergütung vergütet. Allerdings müssen bei der Berechnung die Pflegepersonalkosten berücksichtigt werden: Diese fließen bei der Berechnung zunächst in den Ausgangswert ein, werden aber anschließend wieder abgezogen, da sie bereits zuvor aus den DRGs ausgegliedert wurden. Das folgende Beispiel verdeutlicht die Vorgehensweise.

Beispielrechnung zur Ermittlung der Vorhaltevergütung anhand der DRG F06D (auf Basis CM 2025 & fiktivem BBWF i.H.v. 4.400 €)



Aus dem Beispiel zeigt sich, dass sowohl der Anteil der Pflegepersonalkosten als auch der Anteil der Sachkosten innerhalb einer aG-DRG einen wesentlichen Einfluss auf die Höhe der Vorhaltevergütung haben. Die realen Anteile der Vorhaltevergütung können von DRG zu DRG deutlich schwanken, da sie von deren Kostenzusammensetzung abhängen. Grundsätzlich gilt:

- je höher die Pflegekosten, desto geringer die Vorhaltevergütung

- je höher die Sachkosten, desto geringer die Vorhaltevergütung

Vergütung ambulanter Operationen im Krankenhaus

AOP-Katalog

Die Förderung der ambulanten Behandlung ist ein zentraler Bestandteil des Umbaus der Versorgungsstrukturen in Deutschland. Auch für 2025 wurden erneut neue OPS-Kodes in den AOP-Katalog aufgenommen.

Die Schweregraddifferenzierung (Zuschläge gemäß § 10 AOP-Katalog) bleibt für 2025 unverändert. Eine Weiterentwicklung ist jedoch im Laufe des Jahres geplant.

Hybrid-DRGs

Nach anfänglichen Herausforderungen bei der Abrechnung haben die Hybrid-DRGs ihr erstes Praxisjahr erfolgreich absolviert. Im Jahr 2025 wird der Katalog erweitert. Zusätzliche Eingriffe werden in bereits bekannte Leistungsbereiche aus 2024 aufgenommen, darunter [9]:

- Arthrodesen der Zehengelenke
- Bestimmte Hernieeingriffe
- Entfernung von Harnleitersteinen
- Exzision der Sinus pilonidalis
- Ovariektomien

Darüber hinaus werden neue Leistungsbereiche ergänzt [9]:

- Eingriffe an Analfisteln
- Eingriffe Galle, Leber, Pankreas
- Eingriffe Hoden und Nebenhoden
- Lymphknotenbiopsie

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat jedoch klare Erwartungen an die Weiterentwicklung des Hybrid-DRG-Katalogs. § 115e Absatz 2 SGB V legt fest, dass ab 2026 mindestens 1 Million, ab 2028 mindestens 1,5 Millionen und ab 2030 schließlich mindestens 2 Millionen Behandlungsfälle über Hybrid-DRGs vergütet werden sollen. Zum Vergleich: 2024 wurden durch das InEK lediglich rund 180.000 Fälle identifiziert, die über den Startkatalog abgedeckt waren.

Zudem ist eine schrittweise Anpassung der Vergütungshöhe vorgesehen. Bis 2030 soll eine Angleichung an das Vergütungsniveau des AOP-Katalogs erreicht werden. Krankenhäuser sollten diesen Zeitraum nutzen, um Prozesse weiter zu optimieren und Effizienzsteigerungen umzusetzen.

Weiterführende Informationen

Wir haben Sie bereits darauf hingewiesen, dass die hier dargestellten Informationen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Das Studium der einschlägigen Gesetze und Vorschriften in diesem Zusammenhang ist notwendig, wenn Sie mit Themen wie Kodierung, Vergütung, Abrechnung etc. betraut sind. Als ersten Einstieg für das Selbststudium können wir die nachfolgenden Informationsquellen empfehlen, wobei auch hier der Hinweis gilt, dass es sich um keine vollständige Aufzählung handelt.

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)

www.g-drg.de

Das InEK ist für alle Aufgaben im Zusammenhang mit der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des deutschen Vergütungssystems für die stationäre Versorgung zuständig und stellt auf seinen Internetseiten alle wichtigen Informationen und Vereinbarungen auf Bundesebene in Bezug auf das G-DRG-System zur Verfügung

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

www.bfarm.de

Das BfArM - vormals DIMDI - ist Herausgeber verschiedener medizinischer Klassifikationen, unter anderem des ICD- und OPS-Katalogs. Zudem gehört zu den Aufgaben des BfArM beispielsweise auch die Pflege von medizinischen Terminologien und Nomenklaturen sowie die Entwicklung und Aktualisierung datenbankgestützter Informationssysteme zum Beispiel für Arzneimittel, Medizinprodukte oder klinische Studien.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

www.dkgev.de

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist Vertreter der Krankenhäuser und als Selbstverwaltungspartner in die Verhandlung zahlreicher Vereinbarungen involviert. Auf der Internetseite der DKG finden sich unter anderem alle relevanten Dokumente zum aktuellen AOP-Katalog (AOP-Vertrag, Kontextfaktoren, Schweregradzuschläge etc.) sowie die Vereinbarung zu Hybrid-DRGs.

Gesetzliche Grundlagen

Relevant für die Krankenhausfinanzierung sind insbesondere das Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG) und das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG). In Teilbereichen ist auch die Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflugesatzverordnung – BpflV) gültig

Hauptsächlich zur Regelung der Abrechnung von DRGs und weiteren Entgelten schließen die Spitzenverbände jährlich eine Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser in ihrer jeweils aktuell gültigen Fassung.

Rechtliche Hinweise:

Die Ausführungen und Erläuterungen in dieser Broschüre zu Getinge Produkten dienen lediglich als Orientierungshilfe hinsichtlich der Vergütungssituation in der stationären Versorgung in Deutschland.

Die Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Für die Inhalte, insbesondere zu Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität kann jedoch keine Haftung und Gewähr übernommen werden. Die einschlägigen gesetzlichen Grundlagen, Regelungen und Vereinbarungen werden in dieser Broschüre nicht vollständig dargestellt und unterliegen zudem fortlaufenden Änderungen, sodass die hier bereitgestellten Informationen nicht das Studium dieser Vorschriften ersetzen können. Die Broschüre soll lediglich als Hilfestellung im Rahmen der Abrechnung dienen.

Wir weisen außerdem darauf hin, dass es sich bei den in der Broschüre dargestellten DRGs, Fall- und Gruppierungsbeispielen nur um vereinfachte Darstellungen handelt. Zur besseren Verständlichkeit wurden Konstellationen angenommen, die sich auf vergleichsweise wenige Parameter beziehen (z. Bsp. Hauptdiagnose, einzelne Prozeduren). Eine Allgemeingültigkeit ist aus den dargestellten Beispielen nicht ableitbar. Bei Kodierung weiterer Diagnosen oder Prozeduren sind insbesondere abweichende Gruppierungsergebnisse möglich. Die Abrechnung von Leistungen und Produkten ist daher in jedem Fall gesondert zu überprüfen.

Die individuelle therapeutische Entscheidung in Bezug auf die Auswahl medizinischer Verfahren und Medizinprodukten soll ausdrücklich unberührt bleiben. Auch die Einhaltung aller im Zusammenhang mit der Anwendung der Produkte stehenden Vorschriften ist vom Anwender zu berücksichtigen.

Quellenangaben

- [1] BfArM (Hrsg.) (2024); ICD-10-GM Version 2025, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 13.09.2024; URL: <https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2025/index.htm> [zuletzt aufgerufen am 05.03.2025]
- [2] BfArM (Hrsg.) (2024); OPS Version 2025, Systematisches Verzeichnis, Operationen- und Prozedurenschlüssel, Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS), Stand: 18.10.2024; URL: <https://klassifikationen.bfarm.de/ops/kode-suche/htmlops2025/index.htm> [zuletzt aufgerufen am 05.03.2025]
- [3] InEK (Hrsg.) (2024); Fallpauschalen-Katalog 2025; URL: <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2025/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-2025/fallpauschalen-katalog-20253> [zuletzt aufgerufen am 05.03.2025]
- [4] InEK (Hrsg.) (2021); Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB); URL: https://www.g-drg.de/Neue_Untersuchungs-_und_Behandlungsmethoden_NUB/DRG [zuletzt aufgerufen am: 12.03.2025]
- [5] InEK (Hrsg.) (2006); Empfehlungen für die Kalkulation von Zusatzentgelten; Stand: 11.11.2005 URL: <https://www.g-drg.de/kalkulation/empfehlung-fuer-die-kalkulation-von-zusatzentgelten> [zuletzt aufgerufen am 12.03.2025]
- [6] InEK (Hrsg.) (2016); Kalkulation von Behandlungskosten – Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern; Version 4.0; URL: <https://www.g-drg.de/kalkulation/drg-fallpauschalen-17b-khg/kalkulationshandbuch> [zuletzt aufgerufen am 12.03.2025]
- [7] Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2025 (Fallpauschalenvereinbarung 2025 – FPV 2025) zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Verband der Privaten Krankenversicherung sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft; URL: <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2025/abrechnungsbestimmungen/fpv-2025> [zuletzt aufgerufen am 12.03.2025]
- [8] Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V); URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/hybrid-drg-v.html> [zuletzt aufgerufen am 12.03.2025]

Diese Informationen richten sich ausschließlich an medizinisches Fachpersonal oder andere Fachkreise und dienen nur zu Informationszwecken, erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und sollten daher nicht als Ersatz für die Gebrauchsanweisung, das Servicehandbuch oder medizinischen Rat herangezogen werden. Getinge trägt keine Verantwortung oder Haftung für Handlungen oder Unterlassungen einer Partei, die auf diesem Material basiert und Risiken trägt ausschließlich der Benutzer.

Möglicherweise sind die genannten Therapien, Lösungen oder Produkte in Ihrem Land nicht verfügbar oder erlaubt. Ohne schriftliche Genehmigung von Getinge dürfen die Informationen weder ganz noch teilweise kopiert oder verwendet werden. Die geäußerten Ansichten, Meinungen und Behauptungen sind ausschließlich die der Befragten und spiegeln nicht unbedingt die Ansichten von Getinge wider.

Ihren lokalen Getinge-Vertriebspartner finden Sie unter der folgenden Adresse:

Getinge Deutschland GmbH • Kehler Str. 31 · 76437 Rastatt • Deutschland • +49 7222 932-0 • info.vertrieb@getinge.com

Getinge Österreich GmbH • Lemböckgasse 49 • 1230 Wien • Österreich • +43 1 8651487-0 • info-at@getinge.com

Getinge Schweiz AG • Quellenstrasse 41B · 4310 Rheinfelden · Schweiz • +41 61 836 47 70 • info@getinge.ch

Besuchen Sie unser Experience Center:

Getinge Experience Center Frankfurt · De-Saint-Exupéry-Straße 10 · 60549 Frankfurt am Main · Deutschland · gec.frankfurt@getinge.com

www.getinge.de

GETINGE 