

Kodierhinweis

Allgemeine Informationen

Update
2026

GETINGE 

Hinweise zu Kodierung und Vergütung in der stationären Versorgung

Das Jahr 2026 markiert eine neue Phase der Krankenhausreform. Nach dem Inkrafttreten des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) und dem Beginn der Umsetzungsarbeiten in den Bundesländern rückt nun die konkrete Ausgestaltung der neuen Finanzierungs- und Planungslogik stärker in den Fokus.

Das aG-DRG-System bleibt auch 2026 weiterhin Grundlage der leistungsbezogenen Vergütung. Gleichzeitig gewinnt die ergänzende Vorhaltevergütung zunehmend an Bedeutung. Mit ihr wird ein Teil der bisherigen fallbezogenen Erlöse entkoppelt und an strukturelle Voraussetzungen sowie Leistungsgruppen gebunden. Für Krankenhäuser entsteht damit ein zusätzlicher Steuerungsrahmen, der Auswirkungen auf Erlösstrukturen, Leistungsportfolios und strategische Investitionsentscheidungen hat.

Parallel schreitet die Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen voran. Die Zuordnung von Leistungen zu bundesweit definierten Leistungsgruppen sowie die Prüfung der damit verbundenen Strukturvorgaben werden für viele Häuser im Jahr 2026 konkret relevant. Damit verändert sich nicht nur die Planungssystematik, sondern auch die Bedeutung einzelner Leistungen innerhalb des Vergütungssystems.

Auch die Ambulantisierung bleibt ein zentrales gesundheitspolitisches Ziel. Die Weiterentwicklung des AOP-Katalogs und der Hybrid-DRGs setzt sich fort, mit

klar definierten Mengenzielen für die kommenden Jahre. Krankenhäuser stehen damit vor der Aufgabe, stationäre und sektorenübergreifende Versorgungsformen zunehmend gemeinsam zu denken und Prozesse entsprechend auszurichten.

Diese Broschüre gibt einen Überblick über die aktuellen Rahmenbedingungen der stationären Vergütung im Jahr 2026. Sie beleuchtet die relevanten Entwicklungen rund um DRG-System, Vorhaltevergütung, Leistungsgruppen sowie ambulante und sektorenunabhängige Abrechnungsformen und ordnet diese aus Reimbursement-Sicht ein.

Sollten Sie Fragen zu den dargestellten Inhalten haben oder weiterführende Informationen wünschen, sprechen Sie uns gerne an. Auch Hinweise und Anregungen zur Weiterentwicklung dieser Broschüre nehmen wir dankbar auf.

Bitte haben Sie Verständnis, dass der Inhalt all unserer Broschüren zum Thema Reimbursement zwar mit großer Sorgfalt zusammengestellt ist, sie dennoch keinen

Abkürzungsverzeichnis

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

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

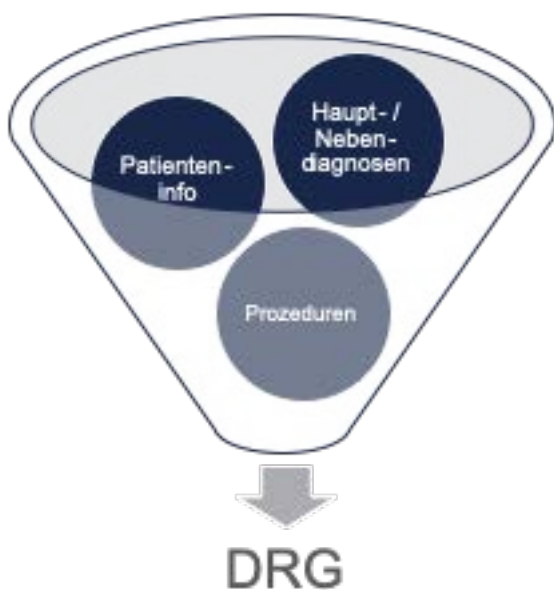


Abbildung 1: Vereinfachte Darstellung der Einflussfaktoren zur DRG-Gruppierung

Das aG-DRG-System

Fallpauschalen

Die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen erfolgt in Deutschland weiterhin überwiegend über das aG-DRG-System (German Diagnosis Related Groups). Ziel des Systems ist es, Patientinnen und Patienten mit vergleichbarem Krankheitsbild und ähnlichem Behandlungsaufwand zu Fallgruppen zusammenzufassen und diese über pauschalierte Entgelte zu vergüten.

Jeder stationäre Behandlungsfall wird einer DRG zugeordnet, die eine medizinisch und vor allem ökonomisch vergleichbare Leistung abbildet. Die Höhe der Vergütung ergibt sich aus der Bewertungsrelation der DRG und dem jeweils gültigen Landesbasisfallwert. Die Bewertungsrelation spiegelt den durchschnittlichen Ressourcenverbrauch der in dieser DRG zusammengefassten Fälle wider.

Die DRG-Zuordnung erfolgt auf Basis der im Behandlungsfall dokumentierten Diagnosen und Prozeduren. Bedeutung haben dabei:

- die Hauptdiagnose,
- relevante Nebendiagnosen,
- durchgeführte Operationen und Prozeduren,
- patientenindividuelle Merkmale wie Alter oder Verweildauer.

Die Zuordnung eines Behandlungsfalls zu einer DRG erfolgt automatisiert über den sogenannten Grouper. Dieser berücksichtigt die dokumentierten ICD [1]- und OPS [2]-Kodes sowie weitere fallbezogene Parameter und ordnet den Fall einer Basis-DRG und – je nach Komplexität – einem entsprechenden Schweregrad zu.

Neben der Hauptdiagnose können insbesondere zusätzliche Prozeduren, Nebendiagnosen mit Schweregradrelevanz sowie intensivmedizinische Leistungen und Beatmungszeiten maßgeblichen Einfluss auf die DRG-Gruppierung haben.

Die DRG bildet dabei weiterhin die zentrale leistungsbezogene Vergütungseinheit im stationären Bereich. Sie dient sowohl der Erlösermittlung als auch der internen und externen Leistungsbewertung von Krankenhäusern.

Pflegepersonalkosten

Die Kosten für Pflegepersonal am Bett sind seit mehreren Jahren aus den DRG-Fallpauschalen ausgegliedert und werden über ein eigenständiges Pflegebudget nach dem Selbstkostendeckungsprinzip vergütet. Damit werden die tatsächlich entstandenen Personalkosten der Pflege am Bett vollständig refinanziert.

Da die realen Personalkosten im Detail jedoch erst retrospektiv ermittelt werden, erfolgt die laufende Abrechnung auf Basis der Pflege-Bewertungsrelationen. Diese werden analog der DRG-Bewertungsrelationen berechnet und gemeinsam mit der Fallpauschale abgerechnet, um eine kontinuierliche Liquidität der Krankenhäuser sicherzustellen.

Auch im Jahr 2026 bleiben die Pflegepersonalkosten formal DRG-unabhängig. Sie sind weder Bestandteil der Fallpauschale noch der Vorhaltevergütung im engeren Sinne. Ihrem Charakter nach erfüllen die Pflegepersonalkosten jedoch eine ähnliche Funktion wie die Vorhaltefinanzierung, da sie die fallunabhängige Finanzierung personeller Ressourcen sicherstellen. Die Trennung von Pflegekosten und leistungsbezogener Vergütung bleibt damit ein zentrales Element des Finanzierungssystems und ergänzt die Vorhaltefinanzierung um einen eigenständigen, strukturbezogenen Finanzierungsbaustein.

Vorhaltevergütung

Mit der Einführung der Vorhaltevergütung verändert sich ab 2026 die Rolle der Fallpauschalen innerhalb der Krankenhausfinanzierung. Die aG-DRGs bleiben Grundlage der leistungsbezogenen Vergütung, jedoch wird ein Teil der bisher in der DRG enthaltenen Erlösanteile aus der Fallpauschale herausgelöst und als fallunabhängige Vorhaltevergütung vergütet.

Die Vorhaltevergütung dient der Finanzierung von strukturellen und personellen Voraussetzungen für die Leistungserbringung. Maßgeblich sind dabei vor allem fallunabhängige Kostenanteile, insbesondere für Personal und Infrastruktur. Sachkosten, wie Implantate, Einmalartikel oder Medikamente, wirken sich hingegen nicht oder nur sehr eingeschränkt auf die Vorhaltevergütung aus.

Für Krankenhäuser ergibt sich daraus eine neue Erlöslogik, bei der sich die Vergütung eines stationären Falls künftig aus mehreren Komponenten zusammensetzt:

- der Vorhaltevergütung als fallunabhängiger Anteil,
- der Rest-DRG als verbleibender leistungsbezogener Anteil,
- den Pflegeerlösen, die weiterhin separat vergütet werden.

Die Zusammensetzung der Kosten innerhalb einer DRG gewinnt damit an Bedeutung. DRGs mit hohem Personal- und Infrastrukturanteil entfalten eine stärkere Vorhaltewirkung als DRGs, deren Kostenstruktur überwiegend durch Sachkosten geprägt ist. Für die wirtschaftliche Bewertung einzelner Leistungen reicht es daher zunehmend nicht mehr aus, ausschließlich die Höhe der DRG zu betrachten; vielmehr rückt die Kostenstruktur der jeweiligen Leistungen in den Fokus.

Zusatzentgelte im aG-DRG-System

Neben der Vergütung über Fallpauschalen sieht das aG-DRG-System die Möglichkeit vor, bestimmte Leistungen über Zusatzentgelte (ZE) gesondert zu vergüten. Zusatzentgelte dienen dazu, Leistungen oder Materialien abzubilden, die in der jeweiligen DRG nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt sind.

Zusatzentgelte kommen insbesondere dann zum Einsatz, wenn mit einer Leistung ein außergewöhnlich hoher, variabler oder fallabhängiger Ressourcenverbrauch verbunden ist. Typische Beispiele sind der Einsatz kostenintensiver Medizinprodukte, spezieller Verfahren oder besonders aufwendiger Therapien.

Ein Zusatzentgelt wird zusätzlich zur DRG abgerechnet, sofern die im Fallpauschalen-Katalog definierten Voraussetzungen erfüllt sind. Maßgeblich ist dabei in der Regel die Kodierung einer bestimmten Prozedur (OPS-Kode).

Grundsätzlich wird zwischen zwei Formen von Zusatzentgelten unterschieden:

- bundeseinheitlich bewertete Zusatzentgelte, deren Höhe im Fallpauschalen-Katalog festgelegt ist
- krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte, deren Preis zwischen Krankenhaus und Kostenträger verhandelt wird

Im MedTech-Umfeld spielen insbesondere die krankenhausindividuellen Zusatzentgelte eine zentrale Rolle. Sie ermöglichen es, standortspezifische Kostenstrukturen, Fallzahlen und Versorgungsaufträge angemessen zu berücksichtigen.

Ein Zusatzentgelt wird ausgelöst, wenn die im Fallpauschalen-Katalog definierten Voraussetzungen erfüllt sind. In der Regel handelt es sich dabei um die Kodierung eines spezifischen OPS-Kodes, teilweise ergänzt um weitere Kriterien wie Anwendungsdauer oder Behandlungskonstellation.

Die Abrechnung eines Zusatzentgelts erfolgt zusätzlich zur DRG, unabhängig von deren Schweregrad. Die DRG selbst bleibt unverändert bestehen; das Zusatzentgelt stellt eine ergänzende Erlös Komponente dar.

Wird eine Leistung mehrfach innerhalb eines Behandlungsfalls erbracht, ist zu prüfen, ob das Zusatzentgelt einmalig oder mehrfach abrechnungsfähig ist. Maßgeblich sind hierfür die jeweiligen Katalogvorgaben.

Zusatzentgelte im Kontext der Vorhaltevergütung

Auch mit Einführung der Vorhaltevergütung behalten Zusatzentgelte ihre uneingeschränkte Bedeutung. Sie sind weiterhin Bestandteil der leistungsbezogenen Vergütung und

werden nicht in die Vorhaltefinanzierung einbezogen.

Zusatzentgelte bilden überwiegend variable Sachkosten ab, insbesondere für Medizinprodukte, Einmalartikel oder spezielle Verbrauchsmaterialien. Diese Kostenanteile wirken sich nicht vorhaltewirksam aus und werden daher weiterhin ausschließlich fallbezogen refinanziert.

Für Krankenhäuser ergibt sich daraus eine klare Trennung:

- Vorhaltevergütung finanziert fallunabhängige Struktur- und Personalkosten
- Zusatzentgelte refinanzieren fallabhängige, variable Kosten
- DRG (Rest-DRG) bildet die verbleibende leistungsbezogene Vergütung ab

Gerade bei Leistungen mit hohem Sachkostenanteil gewinnen Zusatzentgelte damit an strategischer Bedeutung, da sie unabhängig von der Vorhaltefinanzierung einen wesentlichen Beitrag zur Kostendeckung leisten können.

Hinweis zur individuellen ZE-Kalkulation

Die konkrete Ausgestaltung von Zusatzentgelten – insbesondere bei krankenhausindividuellen Vereinbarungen – unterliegt dem Verhandlungsspielraum der Vertragsparteien. Die in dieser Broschüre dargestellten Hinweise dienen daher ausschließlich der Orientierung und ersetzen nicht die Prüfung der individuellen Gegebenheiten des jeweiligen Krankenhauses.

Für Krankenhäuser ist es daher empfehlenswert,

- den Einsatz zusatzentgeltfähiger Leistungen systematisch zu analysieren,
- die zugrunde liegenden Kosten realistisch zu kalkulieren,
- und Zusatzentgelte regelmäßig an veränderte Rahmenbedingungen anzupassen.

Eine fundierte Datenbasis unterstützt dabei nicht nur die Verhandlung mit Kostenträgern, sondern auch interne Entscheidungsprozesse zur Leistungsplanung und Investitionssteuerung. Hinweise zur Vorgehensweise bei der Kalkulation von Zusatzentgelten stellt auch das InEK zur Verfügung ^[5].

Umsetzung der Krankenhausreform: die wichtigsten Änderungen

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) verändert sich nicht die grundsätzliche Systematik der Vergütung, wohl aber deren Gewichtung und Steuerungswirkung. Für Krankenhäuser rücken damit Fragen der Leistungsplanung, der strukturellen Voraussetzungen und der langfristigen Erlösstabilität stärker in den Vordergrund.

Die folgenden Abschnitte fassen die aus Sicht der stationären Versorgung wesentlichen Änderungen zusammen.

Leistungsgruppen als neues Steuerungselement

Ein zentrales Element der Krankenhausreform ist die Einführung bundesweit einheitlicher Leistungsgruppen. Diese dienen der Strukturierung des Leistungsangebots und bilden die Grundlage für die Zuweisung der Vorhaltevergütung.



Leistungsgruppen definieren, welche Leistungen ein Krankenhaus unter welchen strukturellen Voraussetzungen erbringen darf. Maßgeblich sind hierbei unter anderem personelle, technische und organisatorische Kriterien. Die Zuteilung der Leistungsgruppen je Krankenhaus erfolgt auf Ebene der Bundesländer.

Die Zuordnung von Leistungen zu Leistungsgruppen hat keinen direkten Einfluss auf die DRG-Gruppierung, wirkt

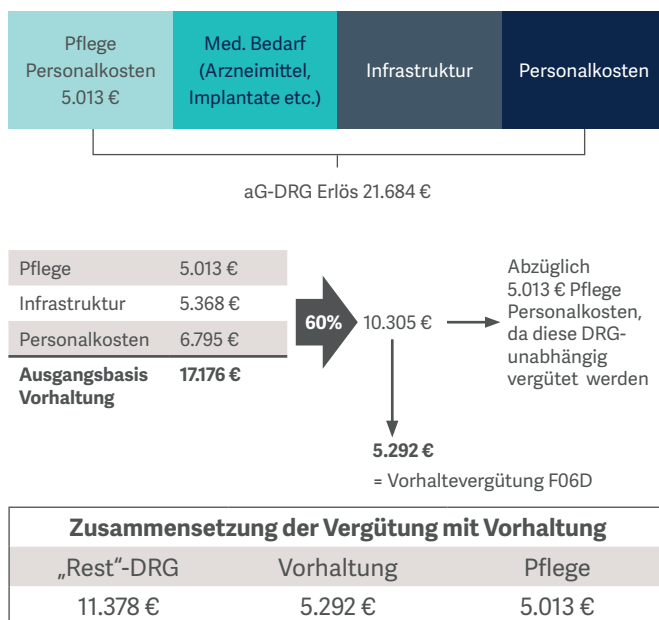
sich jedoch mittelbar auf die wirtschaftliche Bewertung von Leistungen aus, da die Vorhaltevergütung an das Vorliegen bestimmter Leistungsgruppen geknüpft ist.

Aufspaltung der DRG: Vorhalteanteil und Rest-DRG

Mit Einführung der Vorhaltevergütung wird die bisherige DRG-Fallpauschale rechnerisch in unterschiedliche Erlösbestandteile aufgeteilt. Dies kann eine erhebliche Bedeutung für die Erlösstruktur eines Krankenhauses haben.

Zur Veranschaulichung zeigt das folgende Beispiel die Aufteilung einer DRG in Vorhalteanteil und verbleibenden leistungsbezogenen Anteil („Rest-DRG“).

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



Das Beispiel verdeutlicht, dass die wirtschaftliche Bewertung stationärer Leistungen künftig nicht mehr allein auf der Höhe der DRG basiert. Vielmehr gewinnt die Kostenstruktur der Leistung an Bedeutung, insbesondere im Hinblick auf den Anteil fallunabhängiger Kosten, die über die Vorhaltevergütung refinanziert werden. Grundsätzlich gilt:

- je höher der Pflegekostenanteil einer Leistung, desto geringer fällt die Vorhaltevergütung aus, da Pflegepersonalkosten bereits separat refinanziert werden
- je höher der Sachkostenanteil einer Leistung, desto geringer fällt die Vorhaltevergütung aus, da Sachkosten nicht Bestandteil der Vorhaltefinanzierung sind

Leistungen mit einem hohen Anteil an Personal- und Infrastrukturkosten entfalten hingegen eine stärkere Vorhaltewirkung. Für Krankenhäuser gewinnt damit die

differenzierte Betrachtung einzelner Leistungsbereiche und ihrer Kostenstruktur zunehmend an Bedeutung.

Vergütung ambulanter Operationen im Krankenhaus

Die Ambulantisierung medizinischer Leistungen ist weiterhin ein zentrales Ziel und gewinnt auch im Jahr 2026 weiter an Bedeutung. Für Krankenhäuser ergeben sich daraus neue Anforderungen an die Organisation von Behandlungsprozessen sowie an die wirtschaftliche Bewertung einzelner Leistungen.

AOP-Katalog und Hybrid-DRGs verfolgen unterschiedliche Ansätze zur Vergütung ambulanter Leistungen im Krankenhaus:

- Der AOP-Katalog bildet ambulante Leistungen innerhalb einer sektoralen Logik ab und stellt eine Weiterentwicklung bestehender Vergütungsmechanismen dar.
- Hybrid-DRGs verfolgen einen sektorenenabhängigen Ansatz und stellen ein zentrales Instrument der weiteren Ambulantisierung dar.

Beide Instrumente bestehen parallel und ergänzen sich. Für Krankenhäuser ergibt sich daraus die Notwendigkeit, ambulante Leistungen differenziert zu betrachten und sowohl medizinische als auch wirtschaftliche Aspekte in die Leistungsplanung einzubeziehen.

AOP-Katalog

Der AOP-Katalog (Ambulantes Operieren und stationärsersetzende Eingriffe) regelt, welche operativen Leistungen im Krankenhaus ambulant erbracht und gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden können. Grundlage ist § 115b SGB V.

Der Katalog enthält eine Liste von Operationen und Prozeduren, die grundsätzlich ambulant durchzuführen sind, sofern keine patientenindividuellen oder medizinischen Gründe eine stationäre Behandlung erforderlich machen. Die Abrechnung erfolgt dabei über spezifische Vergütungsregelungen außerhalb des DRG-Systems.

Der AOP-Katalog wird regelmäßig angepasst und weiterentwickelt. Auch für 2026 sind Erweiterungen und Präzisierungen vorgesehen, die den ambulanten Leistungskatalog schrittweise ausbauen. Für Krankenhäuser bedeutet dies, dass die Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung weiterhin sorgfältig zu prüfen ist.

Der AOP-Katalog bildet weiterhin einen wichtigen Bestandteil der ambulanten Vergütung im Krankenhaus, folgt jedoch einer klassischen sektoralen Logik.

Hybrid-DRGs

Mit der Einführung der Hybrid-DRGs wurde eine neue Form der sektorenunabhängigen Vergütung geschaffen. Hybrid-DRGs sind Fallpauschalen, die unabhängig davon gelten, ob eine Leistung ambulant oder stationär erbracht wird. Ziel ist es, finanzielle Fehlanreize zwischen den Versorgungssektoren zu reduzieren und die Ambulantisierung geeigneter Leistungen gezielt zu fördern.

Hybrid-DRGs kommen für ausgewählte Leistungsbereiche zur Anwendung und werden schrittweise ausgebaut [6]. Die Vergütung erfolgt über eine einheitliche Pauschale, die sowohl die ambulante als auch die stationäre Leistungserbringung abdeckt. Eine zusätzliche Vorhaltevergütung ist bei Hybrid-DRGs nicht vorgesehen.

Für Krankenhäuser haben Hybrid-DRGs eine besondere strategische Bedeutung, da sie neue Anforderungen an Prozesse, Organisation und Kostenstrukturen stellen. Die wirtschaftliche Bewertung der Leistung hängt hier stärker von effizienten Abläufen, kurzen Verweildauern und einer klaren sektorenübergreifenden Prozessgestaltung ab.

Mit Blick auf die kommenden Jahre ist davon auszugehen, dass Hybrid-DRGs weiter an Bedeutung gewinnen und einen zunehmenden Anteil der bislang stationär erbrachten Leistungen abbilden werden.

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 (inkl. Fallpauschalen-Katalog^[3]).

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 (Bundespfllegesatzverordnung – BPfIV) 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.) (2025); ICD-10-GM Version 2026, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 12.09.2025; URL: <https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2026/index.htm> [zuletzt aufgerufen am 20.01.2026]

[2] BfArM (Hrsg.) (2025); OPS Version 2026, Systematisches Verzeichnis, Operationen- und Prozedurenschlüssel, Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS), Stand: 17.10.2025; URL: <https://klassifikationen.bfarm.de/ops/kode-suche/htmlops2026/index.htm> [zuletzt aufgerufen am 20.01.2026]

[3] InEK (Hrsg.) (2025); Fallpauschalen-Katalog 2026; URL: <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2026/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-2026> [zuletzt aufgerufen am 20.01.2026]

[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 20.01.2026]

[6] 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 20.01.2026]

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 