

HNO-relevante Änderungen im G-DRG-System 2025

—
Prof. Dr. med. Martin Jäckel



Agenda

- Besonderheiten im DRG-System
- Struktur der MDC 03
- Prozeduren-/Diagnoseklassifikationen
- AOP-Vertrag
- Hybrid-DRG's
- CCL-Matrix der Nebendiagnosen



Besonderheiten 2025

- **Zahlreiche neue Tätigkeitsfelder des InEK**
 - Hybrid-DRG's
 - Leistungsgruppen-Groupier
 - Bundes-Klinik-Atlas
 - Anpassung der Pflegepersonalausgliederung
- DRG-Algorithmus in geringerem Ausmaß angepasst
 - weniger Fallwanderungen
 - nur punktuelle CCL-Matrixänderungen



Besonderheiten 2025

Anpassung der Pflegepersonalausgliederung

- Ab 2025 nur noch Pflegepersonal mit unmittelbarer Patientenversorgung am Bett, d.h.
 - Pflegefach- und -hilfskräfte
 - Auszubildende
 - **Neu:** Hebammen
- Rückführung sonstiger Berufsgruppen in das aG-DRG-System
- Normierung des aG-DRG-Budget um rund 500 Mio € (entspricht 122.000 CM-Punkte = **+0,8%**)



Besonderheiten 2025

Absenkung expliziter und impliziter **Ein-Belegungstag-DRGs** um **15 %**

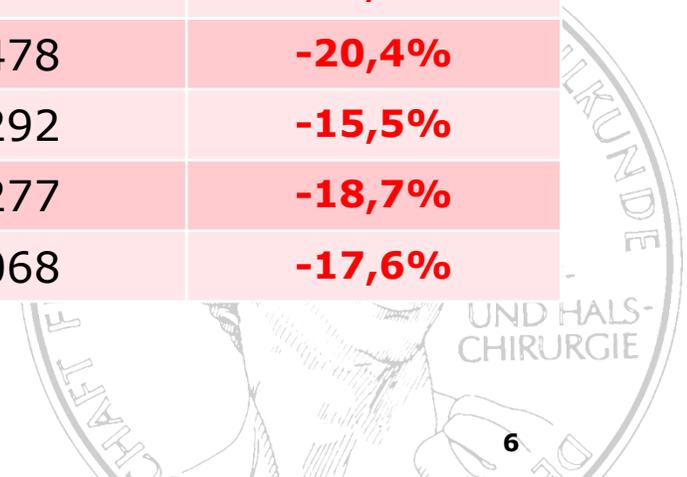
- Ausnahme Mutter-DRG's der Hybrid-DRG's
- mit erlösneutraler Umverteilung im System (Beispiel: Helios-Fälle)

Verweildauer	Fallzahl	Überg. BWReff	Sim. BWReff	Diff. BWReff	Änderung in %
Gesamt	872.207	786.252.052	776.422.661	9.931,291	1,28%
1				-6.543,629	-10,08%
2				4.574,997	4,00%
3				2.482,202	2,99%
4				1.519,342	2,28%
5				875,579	1,57%
6				659,492	1,39%
7				661,087	1,51%
8				618,202	1,86%
9				478,510	2,00%
10				370,820	1,97%
11				308,996	1,90%
12				267,381	1,97%
13				220,796	1,77%
14				439,465	2,68%
15				573,220	3,13%

Besonderheiten 2025

BWR-Verluste 1-Tages-Fälle (HNO-relevante Beispiele)

DRG	Titel	Abschlag 24	Abschlag 25	BWR-Verlust
D01B	Kochleaimplantat, unilateral	0,275	1,218	-14,9%
D25C	Mäßig kompl. Eingriffe bei BNB	0,365	0,606	-13,6%
D05A	Komplexe Parotidektomie	0,211	0,434	-9,2%
D05B	Kompl. Eingriffe Speicheldrüsen	0,178	0,446	-35,1%
D12A	Andere Eingriffe (aufwändig)	0,331	0,829	-42,0%
D22A	Eingriffe Mundhöhle	0,246	0,546	-42,2%
D06A	NNH, Mittelohr, < 6 Jahre	0,297	0,478	-20,4%
D06B	NNH, Mittelohr, < 16 Jahre	0,177	0,292	-15,5%
D30A	TE, versch. aufwändige Eingriffe	0,163	0,277	-18,7%
D30C	Kleine Eingriffe	0,030	0,068	-17,6%



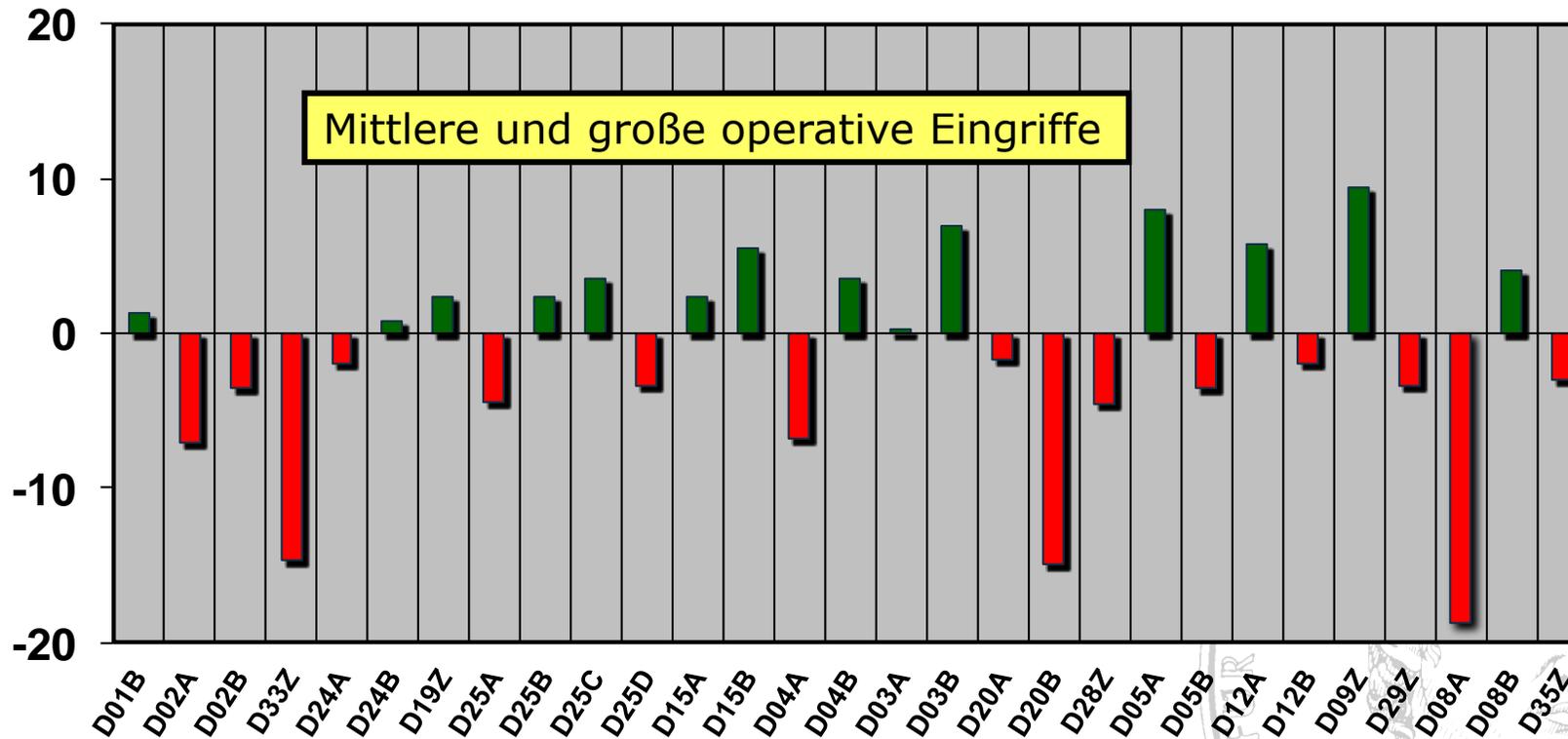
Agenda

- Besonderheiten im DRG-System
- Struktur der MDC 03
- Prozeduren-/Diagnoseklassifikationen
- AOP-Vertrag
- Hybrid-DRG's
- CCL-Matrix der Nebendiagnosen



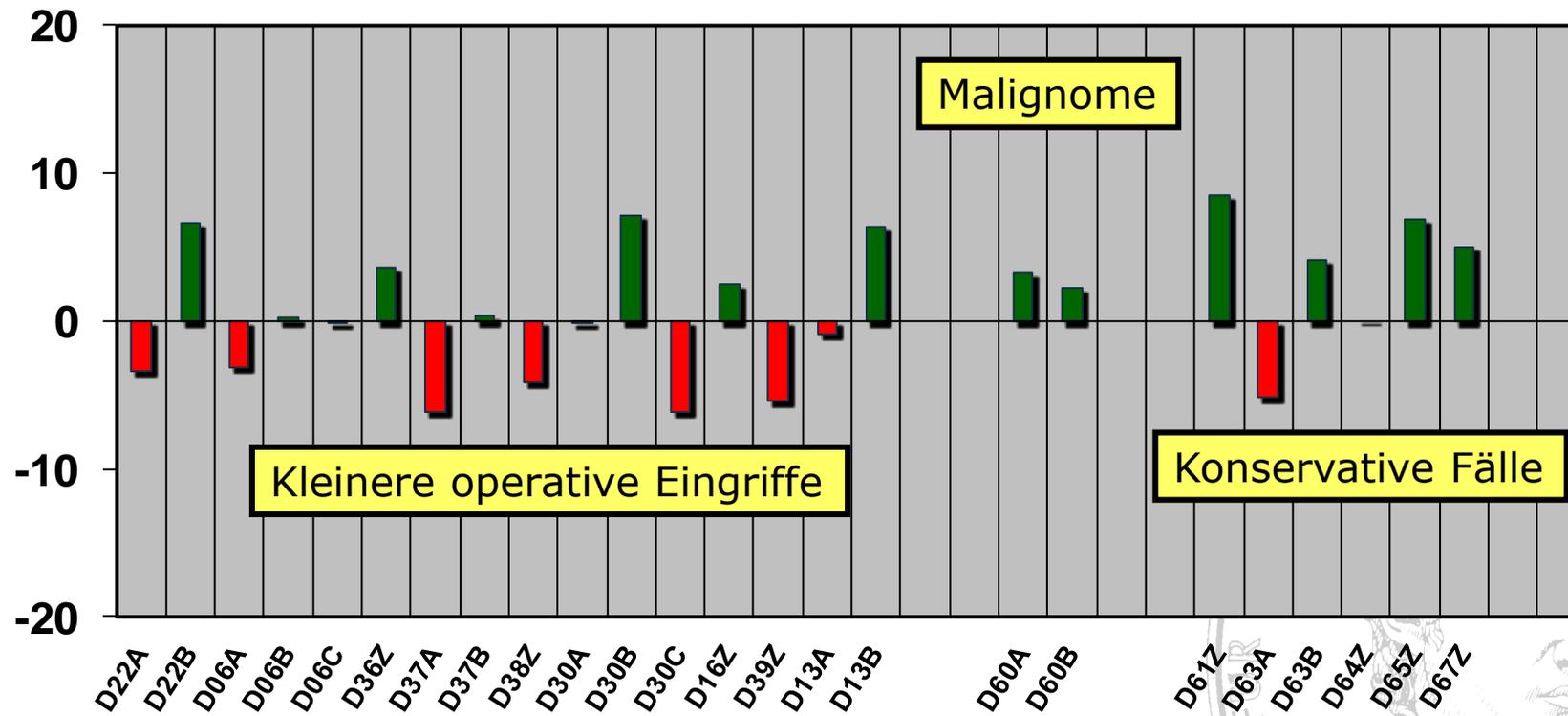
Struktur der MDC 03

- Verschiebung der Kostengewichte in %



Struktur der MDC 03

- Verschiebung der Kostengewichte in %



Struktur der MDC 03

- Neuzuordnung von Prozeduren

5-771.10 Partielle Resektion Maxilla

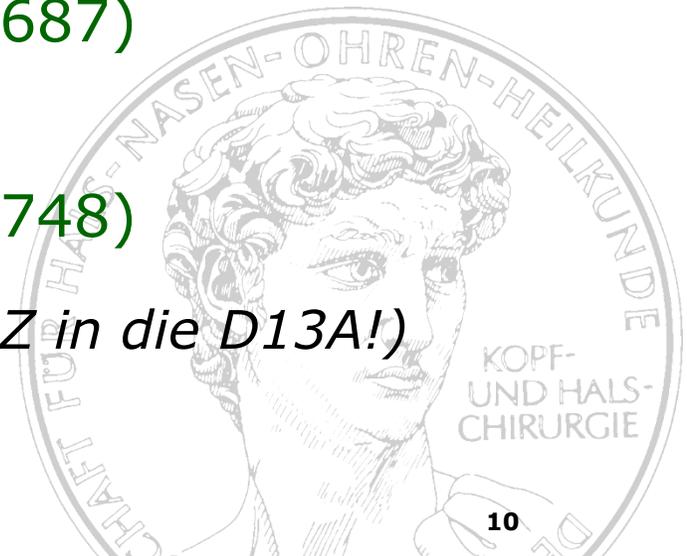
2024: **D13A** (0,857)

bei Karzinom: **D25C** (1,687)

2025: **D38Z** (0,751)

bei Karzinom: **D25C** (1,748)

(In 2023 bereits Abwertung von der D29Z in die D13A!)



Agenda

- Besonderheiten im DRG-System
- Struktur der MDC 03
- Prozeduren-/Diagnoseklassifikationen
- AOP-Vertrag
- Hybrid-DRG's
- CCL-Matrix der Nebendiagnosen



Prozeduren (OPS)

5-282 Tonsillektomie mit Adenotomie

5-282.1 Partiiell, transoral

Inkl.: Tonsillotomie mit Adenotomie

Hinw.: ~~Dieser Kode ist im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17b KHG) nicht zu verwenden. Dafür ist bei einer partiellen Tonsillektomie mit gleichzeitiger Adenotomie der Kode 5-281.5 zusammen mit einem Kode aus 5-285 ff. anzugeben~~

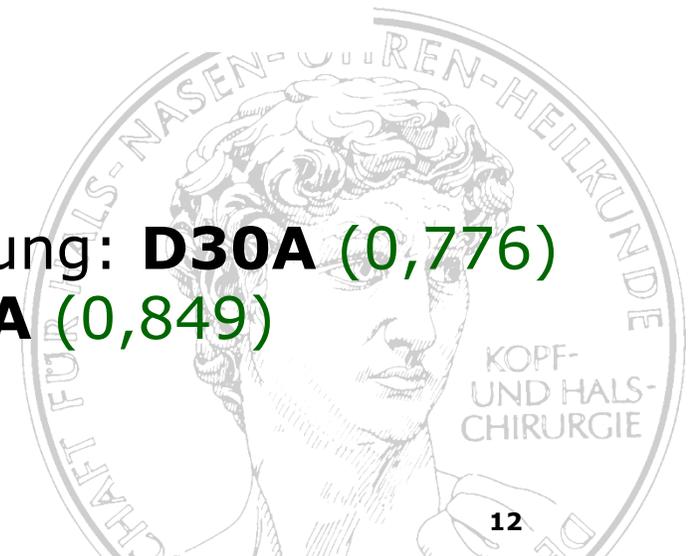
.10 Mit primärer Adenotomie

.11 Mit Readenotomie

.1x Sonstige

.1y N.n.bez.

DRG-Zuordnung: **D30B (0,648)**
bei Gerinnungsstörung: **D30A (0,776)**
bei Karzinom: **D13A (0,849)**



Diagnosen (ICD 10)

C97!

Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen

Hinw.: Die einzelnen **Tumoren** **bösartigen Neubildungen** sind separat zu kodieren. Die Schlüsselnummer C97! kann auch dann verwendet werden, wenn die einzelnen **bösartigen** Primärtumoren nur durch eine einzige Schlüsselnummer (z.B. C43.5 Bösartiges Melanom des Rumpfes) kodiert werden.

► CCL-Relevanz vorhanden!
(*unverändert*)



Diagnosen (ICD 10)

J03.-

Akute Tonsillitis

Inkl.: Rezidivierende Tonsillitis mit bestehender akut-entzündlicher Episode

Exkl.: Peritonsillarabszess (J36)

Chronische Tonsillitis (J35.0)

Halsentzündung:

- akut (J02.-)
- durch Streptokokken (J02.0)
- o.n.A. (J02.9)

Peritonsillarabszess (J36)



Diagnosen (ICD 10)

J35.- Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel

J35.0 Chronische Tonsillitis

Exkl.: Tonsillitis:

- akut (J03.-)
- rezidivierend, mit bestehender akut-entzündlicher Episode (J03.-)
- o.n.A. (J03.9)

- Dem Änderungsvorschlag der DGHNO-KHC nach Aufgliederung des Codes – abhängig von zurückliegenden akut-entzündlichen Episoden – wurde erneut nicht gefolgt!



Diagnosen (ICD 10)

J36

Peritonsillarabszess

Inkl.: Phlegmone, peritonsillär
Tonsillarabszess

Soll der Infektionserreger angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (B95-B98) zu benutzen.

Exkl.: Retropharyngealabszess (J39.0)

Tonsillitis:

- akut (J03.-)
- chronisch (J35.0)
- rezidivierend, mit bestehender akut-entzündlicher Episode (J03.-)
- o.n.A. (J03.9)



Diagnosen (ICD 10)

J95.- Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert

J95.0 Funktionsstörung eines Tracheostomas

Blutung aus dem Tracheostoma

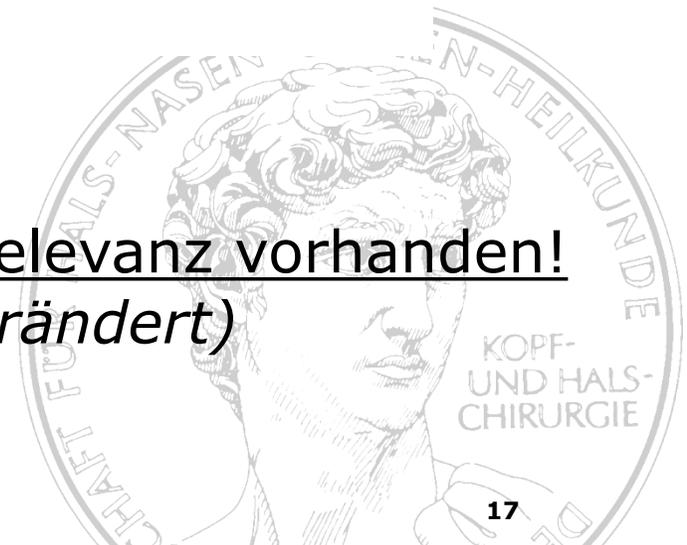
Infektion des Tracheostomas

Obstruktion des durch Tracheotomie geschaffenen Luftweges

~~Sepsis des Tracheostomas~~

Tracheo-Ösophagealfistel nach Tracheotomie

► CCL-Relevanz vorhanden!
(*unverändert*)



Kodierrichtlinien

KDE-202 (19.08.2020)

Frage:

Wie wird die Biopsie an der Lippe kodiert? Handelt es sich um eine Biopsie mit Inzision oder um eine Biopsie ohne Inzision?

Entscheidung:

Eine Lippenbiopsie ohne Inzision ist mit dem Kode 1-420.0 *Biopsie ohne Inzision an Mund und Mundhöhle, Lippe* und eine Lippenbiopsie mit Inzision mit dem Kode 1-545.x *Biopsie an anderen Strukturen des Mundes und der Mundhöhle durch Inzision, Sonstige* zu kodieren. Die Inzision bezieht sich auf die Art des Zugangs und erfordert eine Freilegung des Biopsiegebietes durch Inzision. Eine Stichinzision, die ausschließlich der leichteren Einführung einer Biopsienadel dient, stellt keine Inzision im Sinne des OPS 1-545.x dar.

(Schlichtungsausschuss auf Bundesebene)

Agenda

- Besonderheiten im DRG-System
- Struktur der MDC 03
- Prozeduren-/Diagnoseklassifikationen
- AOP-Vertrag
- Hybrid-DRG's
- CCL-Matrix der Nebendiagnosen



AOP-Vertrag 2025

- 14 neue OPS-Ziffern:
 - neu in 2023/24: 208 bzw. 178
 - Vorschlag IGES-Gutachten: 2476
(Umsetzungsgrad: 15,8%)
- Wesentlich betroffene Fachrichtung:
 - Orthopädie
- HNO-relevante Ziffern: 2
(Lasertonsillotomie + AT: 5-281.-)



AOP-Vertrag 2025

Kontextfaktoren (I)

- Lebensalter < 1 Jahr (unverändert)
- Lebensalter > 1 Jahr bis < 13 Jahre
 - wenn gleichzeitig Pflegegrad ≥ 2
- **Neu:** Lebensalter < 16 Jahre
 - Herzkatheteruntersuchungen bei angeborenen Herzfehlern



AOP-Vertrag 2025

Kontextfaktoren (II)

- **ICD-Liste**
keine neuen Ziffern!
- **OPS-Liste** (neue Ziffern)
 - Autologe Fettgewebstransplantation (5-909.5-)
(inkl. Kopf-Hals-Bereich)



AOP-Vertrag 2025

Kontextfaktoren (III)

- Fallindividuelle Begründung weiterhin möglich:

*Liegen andere, nicht aufgeführte medizinische oder soziale Gründe für eine stationäre Behandlung vor, so sind diese **„fallindividuell“** darzustellen!*



AOP-Vertrag 2025

Schweregrad-Differenzierung

- unverändert:
Vergütungsaufschlag für Re-Operationen
 - Kodierung der 5-983
 - Abrechnung von Zeitzuschlägen nach EBM möglich
(*bei entsprechend verlängerter OP-Zeit*)
- unverändert:
Zuschlag für die Versorgung bestimmter Frakturen und Luxationen
 - Kopf-Hals-Bereich nicht beteiligt



Agenda

- Besonderheiten im DRG-System
- Struktur der MDC 03
- Prozeduren-/Diagnoseklassifikationen
- AOP-Vertrag
- Hybrid-DRG's
- CCL-Matrix der Nebendiagnosen



Spezielle sektorengleiche Vergütung

Neufassung des § 115f im Rahmen des KHVVG

 Bundesministerium der Justiz Bundesamt für Justiz

[← zurück](#) [weiter →](#)

[Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis](#)

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)

§ 115f Spezielle sektorengleiche Vergütung

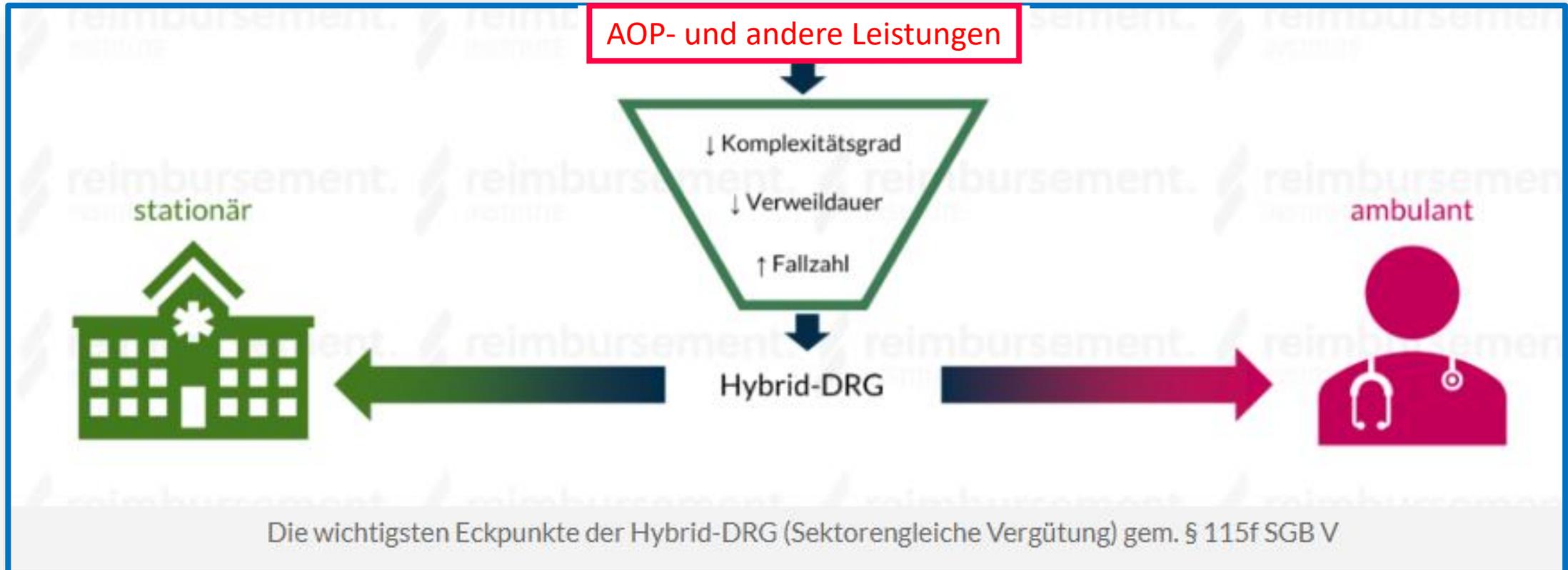
(1) Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 vereinbaren

1. eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär mit Übernachtung erbracht wird, und
2. für welche der in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten Leistungen die Vergütung ausschließlich nach Nummer 1 erfolgt.

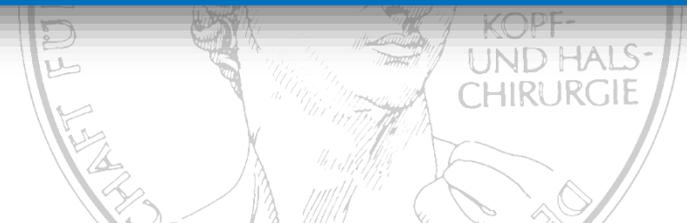
Die nach Satz 1 Nummer 1 vereinbarte Vergütung ist für jede nach Satz 1 Nummer 2 vereinbarte Leistung individuell als Fallpauschale zu kalkulieren. Unterschiede nach dem Schweregrad der Fälle sind dabei durch die Bildung von Stufen



Spezielle sektorengleiche Vergütung



Quelle: Reimbursement Institute



Spezielle sektorengleiche Vergütung

- **Kalkulation einer Fallpauschale (unverändert)**
 - finanzieller Anreiz durch Vergütung zwischen ambulantem (EBM) und stationärem Niveau (DRG)
 - Pflegebudget bleibt unberücksichtigt
 - Sach- und Laborkosten aus den stationären InEK-Daten (Daten ambulanter Eingriffe unzureichend)
 - Übrige Kosten als „Mischpreis“ (Berücksichtigung des bisherigen Ambulantisierungsgrads)



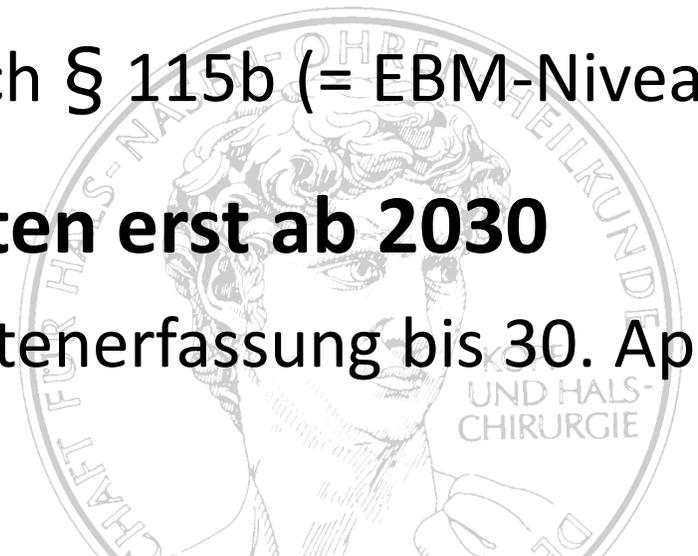
Spezielle sektorengleiche Vergütung

- **(Alt): Neuanpassung spätestens in 2026**
 - Kalkulation aufgrund realer Kostendaten
 - Aufbau einer entsprechenden Datenerfassung für den ambulanten Bereich
(ähnlich wie InEK)



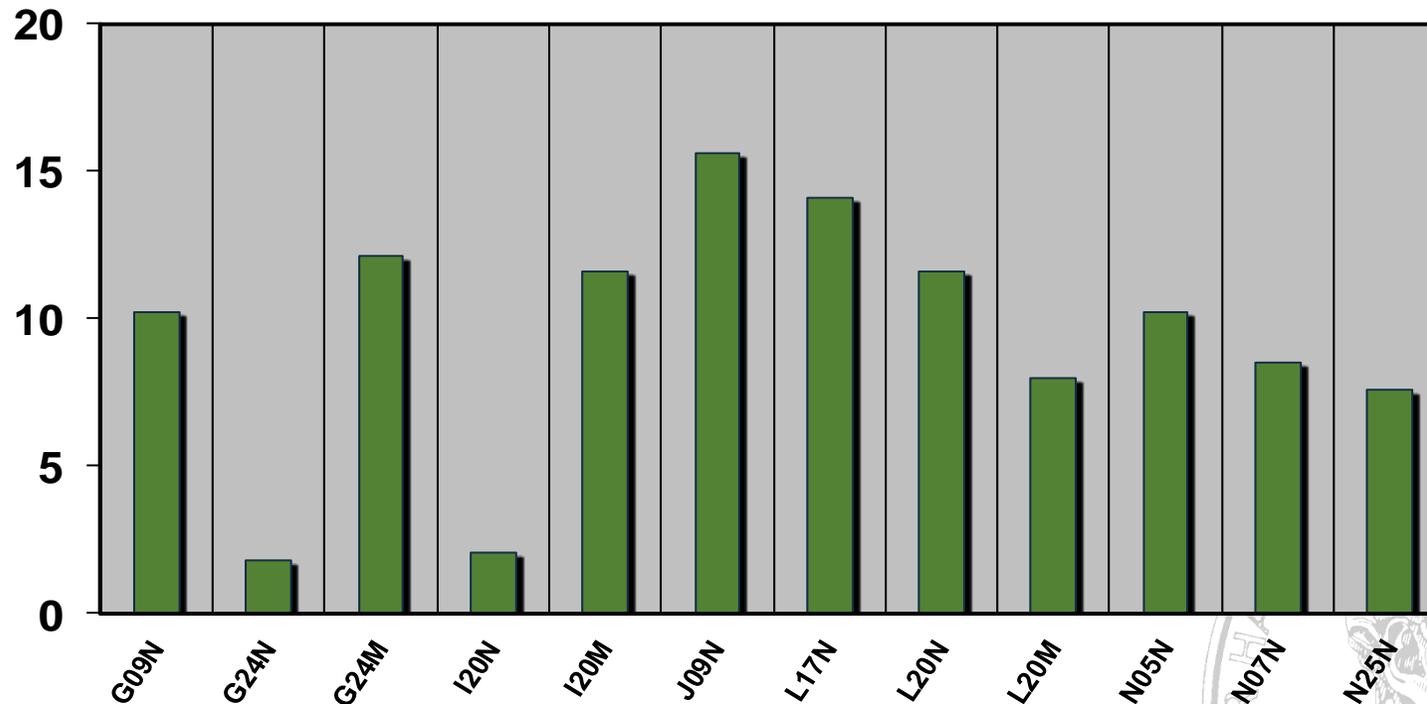
Spezielle sektorengleiche Vergütung

- **Neu: Jährliche Anpassung der Fallpauschale (bis 2030)**
 - auf der Grundlage des steigenden Ambulantisierungsgrads
 - Kalkulation/Vorschlag durch InBA und InEK bis 15. Mai
 - Vereinbarung durch Vertragsparteien bis zum 30. Juni
 - Wirkung zum 01. Januar des Folgejahres
 - Ziel bis 2030: Höhe der Vergütungen nach § 115b (= EBM-Niveau)
- **Kalkulation aufgrund realer Kostendaten erst ab 2030**
 - InBA und InEK erarbeiten Konzept zur Datenerfassung bis 30. April 2025



Spezielle sektorengleiche Vergütung

- Preisentwicklung der bisherigen 12 Hybrid-DRG's



Neu: fakultativer 30,- € Zuschlag für postoperative Nachbehandlung

Spezielle sektorengleiche Vergütung

- **Eingeschlossene Leistungen: Alles!**
 - Operation und postoperative Nachbeobachtung (ärztl. Behandlung, Sachkosten, OP-Pflege)
 - Kosten für Unterkunft und Pflege für eine Übernachtung
- **Zusätzlich abrechenbare Leistungen: Nichts!**
 - ~~BWR des Pflegeerlös-Katalogs (nur bei Übernachtung!)~~
 - ~~Zusatzentgelte (Dialysebehandlung, Hämophilie)~~
- ~~Alternative Abrechnung nach EBM gestattet~~



Spezielle sektorengleiche Vergütung

- **Jährliche Erweiterung der Leistungsauswahl**

- Vorschlag von InBA und InEK zum 15. Februar
- Vereinbarung der Vertragsparteien zum 31. März
- Ausschluss: Leistungen für Kinder und Behinderte (!)

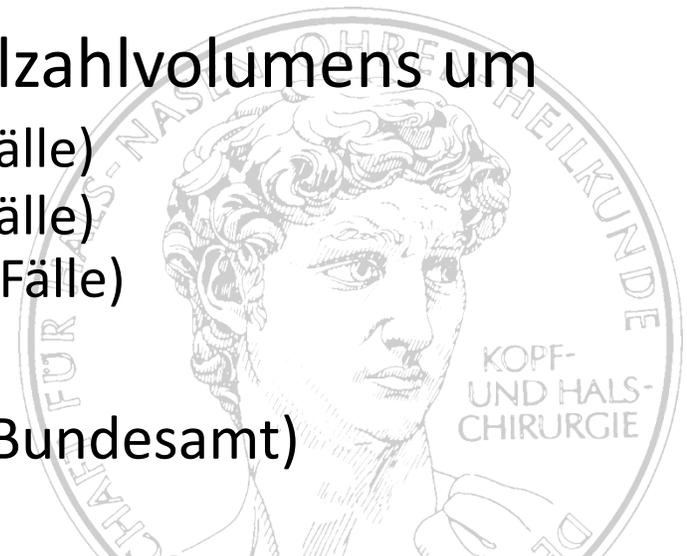
- **Zielgrößen**

- Steigerung des jährlichen ambulanten Fallzahlvolumens um

1 Mio	ab 2026	(ca. 6% der stationären Fälle)
1,5 Mio	ab 2028	(ca. 9% der stationären Fälle)
2 Mio	ab 2023	(ca. 12% der stationären Fälle)

(2024: ca. 180.000 Fälle!)

Bezug: stationäre Fälle in 2023 = 17,2 Mio (Stat. Bundesamt)



Spezielle sektorengleiche Vergütung

- „Einstiegskatalog“ **244 OPS-Kodes** in 12 Hybrid-DRG's
(Ausarbeitung durch das InEK)

- Bestimmte Hernienoperationen

48 OPS (ACH)

- Entfernung von Harnleitersteinen

37 OPS (URO)

- Ovariectomien

82 OPS (GYN)

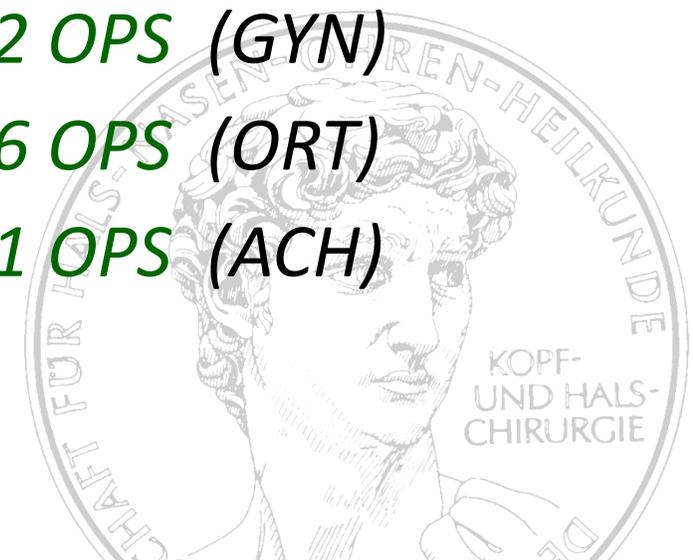
- Arthrodesen Zehengelenke

66 OPS (ORT)

- Exzision Sinus pilonidalis

11 OPS (ACH)

- **Rechtsverordnung vom 19.12.2023**



Spezielle sektorengleiche Vergütung

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 Dünn- und Dickdarm	2.021,82
G24N	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	1.965,05
G24M	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	1.653,41
I20N	Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritits oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre	1.072,95
I20M	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre	909,25
J09N	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre	1.038,17
L17N	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, ohne bestimmte Eingriffe an der Urethra, Alter > 15 Jahre	1.189,09

L20N	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre oder Alter > 89 Jahre	1.791,58
L20M	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter > 15 Jahre oder Alter < 90 Jahre	1.412,05
N05N	Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder anderer Eingriff an der Harnblase oder Adhäsiolyse, Alter > 15 Jahre	1.554,58
N07N	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit bestimmtem Eingriff	1.587,73
N25N	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder andere kleine Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, Alter > 13 Jahre	1.458,20

- Abschlag von rund 30% gegenüber der 1-Tages-DRG



Spezielle sektorengleiche Vergütung

- Hybrid-DRG Vereinbarung (27.03.2024)

94 neue OPS-Kodes

- AOP-Katalog 2024 50 OPS
- nicht im AOP-Katalog 2024 44 OPS
 - davon IGES-Empfehlung 8 OPS
 - keine IGES-Empfehlung 36 OPS



Spezielle sektorengleiche Vergütung

- Hybrid-DRG Änderungsvereinbarung

327 neue OPS-Kodes / 10 neue Hybrid-DRG's

- AOP-Katalog 2024 *102 OPS*
- nicht im AOP-Katalog 2024 *225 OPS*
 - davon IGES-Empfehlung *32 OPS*
 - keine IGES-Empfehlung *193 OPS*

- Gesamtsumme: 568 OPS-Codes

- 3 Codes aus dem ursprünglichen Startkatalog sind entfallen!
- Geschätzte Gesamtfallzahl: 287.000 Fälle!



Spezielle sektorengleiche Vergütung

- Hybrid-DRG Änderungsvereinbarung

- Hernienoperationen

(ACH)

- ERCP

(ACH, GAS)

- Proktologie

(ACH)

- männliches Genitale

(URO)

- Knochen/Gelenke

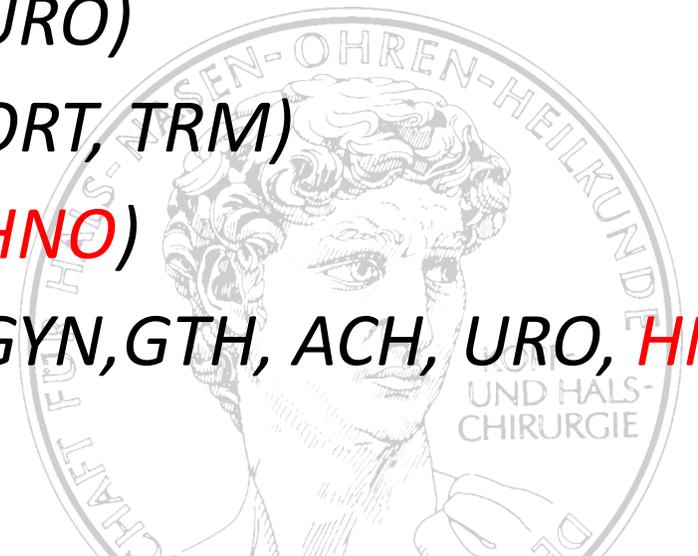
(ORT, TRM)

- Trachea

(HNO)

- Lymphknotenbiopsien

(GYN, GTH, ACH, URO, HNO)



Spezielle sektorengleiche Vergütung

- HNO-relevante Ziffern

Rekonstruktion der Trachea

5-316.2	Verschluss Tracheostoma	E02N	(1.880,22 €)
5-316.3	Erweiterungsplastik Tracheostoma	E02N	(1.880,22 €)

Wechsel einer trachealen Schiene (Stent)

5-319.61	Schiene aus Kunststoff	E02N	(1.880,22 €)
----------	------------------------	-------------	---------------------



Spezielle sektorengleiche Vergütung

- HNO-relevante Ziffern

Perkutane (Nadel-)Biopsie an Lymphknoten

1-425.0 zervikal

1-425.1 supraclavikulär

Perkutane (Nadel-)Biopsie an Lymphknoten mit Steuerung durch bildgebendes Verfahren

1-426.0 zervikal

1-426.1 supraklavikulär

Biopsie an Lymphknoten durch Inzision

1-586.0 zervikal



Spezielle sektorengleiche Vergütung

- HNO-relevante Ziffern

Vergütung abhängig von der Hauptdiagnose:

Gutartige LK-Erkrankungen (z.B. R59.0, I88.1, L04.9)	Q03N	1.693,16 €
Metastatische LK-Erkrankungen (z.B. C77.0, C80.0)	R14N	1.484,37 €
Maligne Lymphome	R11C	(BWR: 0,441)

Biopsie an Lymphknoten durch Inzision

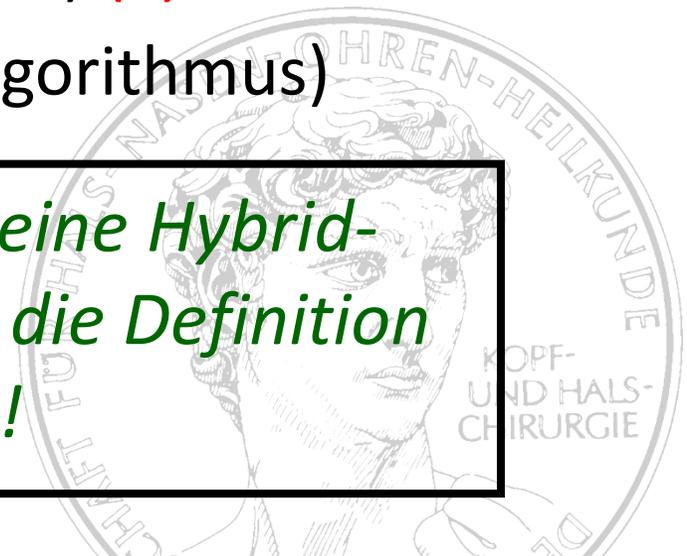
1-586.0 zervikal



Spezielle sektorengleiche Vergütung

- **Ausnahmen für Zuordnung in Hybrid-DRG's**
 - Verweildauer > 1 Tag
 - PCCL > 2
 - Erfüllung der Kontextfaktoren (AOP-Vertrag)
 - Bösartige Neubildungen (auch als ND!) (?)
 - Komplizierender Konstellationen (Algorithmus)

InEK: Gefahr, dass komplexe Fälle in eine Hybrid-DRG gruppiert werden, wurde durch die Definition von logischen Ausnahmen minimiert!

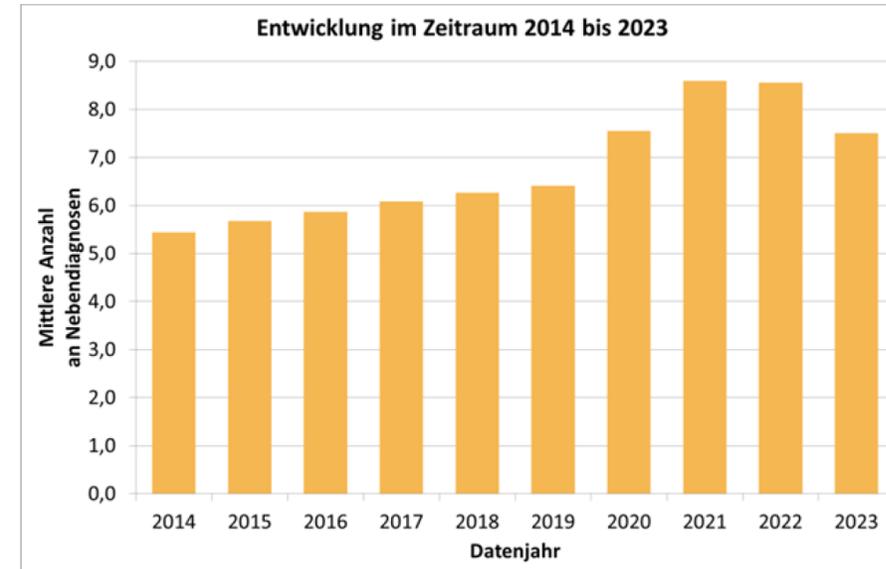
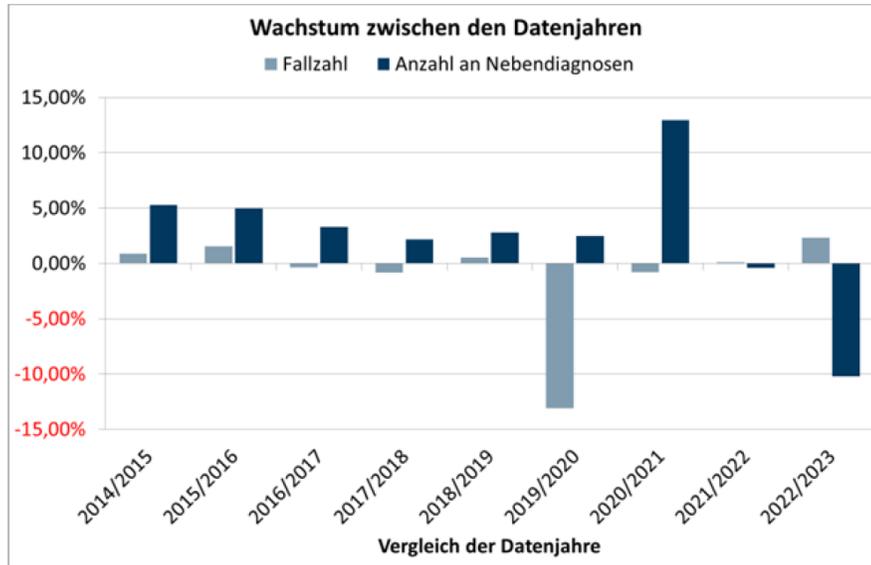


Agenda

- Besonderheiten im DRG-System
- Struktur der MDC 03
- Prozeduren-/Diagnoseklassifikationen
- AOP-Vertrag
- Hybrid-DRG's
- CCL-Matrix der Nebendiagnosen



Umbau der CCL-Matrix



Quelle: INEK-Abschlussbericht 2025

(Anzahl der kodierten Nebendiagnosen während der letzten Jahre)

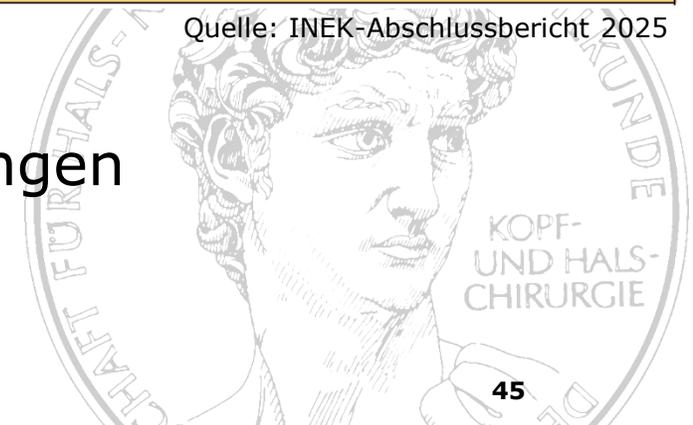
- ▶ deutliche Reduktion der Zahl der Nebendiagnosen (rückläufiger Corona-Effekt)

Umbau der CCL-Matrix

	für 2019	für 2020	für 2021	für 2022	für 2023	für 2024	für 2025
DRG-spezifische Abwertungen in 1-2 Basis-DRGs	726	467	635	197	691	345	0
DRG-spezifische Abwertungen in 3-9 Basis-DRGs	514	46	639	4	401	28	2
DRG-spezifische Abwertungen in 10-29 Basis-DRGs	208	7	436	4	61	23	8
DRG-spezifische Abwertungen >29 Basis-DRGs	16	78	227	1	68	135	11
Abwertungen aus dem Vorschlagsverfahren	22	0	2	0	9	2	6
Aufwertungen aus dem Vorschlagsverfahren	0	0	0	0	5	1	2
Weitere Aufwertungen	0	0	5	1	11	38	2
Neu aufgenommene Codes	1	1	27	0	2	5	1
Gesamt (beinhaltet Doppelnennungen)	1.487	599	1.971	207	1.248	577	30

Quelle: INEK-Abschlussbericht 2025

- ▶ in 2025 nur punktuelle Anpassungen



Umbau der CCL-Matrix

- HNO-relevante Abwertungen

ICD	Bezeichnung
D62	<i>Akute Blutungsanämie</i>
E87.6	<i>Hypokaliämie</i>
J18.9	<i>Pneumonie, nicht näher bezeichnet</i>
J95.0	<i>Funktionsstörung eines Tracheostomas</i>
J95.88	<i>Sonstige Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen</i>
J96.00	<i>Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]</i>
J96.09	<i>Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet</i>

Quelle: INEK-Abschlussbericht 2025

