

Healthcare Heads GmbH  
Sven Sauermann

## DRG-Sprechstunde - Meet the Expert

Expertenwissen zu Medizinprodukten und  
DRG-Vergütung

13.05.2025

Healthcare Heads GmbH

<http://www.healthcareheads.com>  
[info@healthcareheads.com](mailto:info@healthcareheads.com)  
[+49 431 800 147 0](tel:+494318001470)

BV **Med**AKADEMIE



**HEALTHCARE HEADS**

MARKET ACCESS NAVIGATORS

10:05 bis 11:00 Uhr

Überblick zu Medizinprodukten und  
DRG-Vergütung

11:00 bis 12:00 Uhr

Aktive und offene Diskussions- &  
Fragerunde





## Healthcare Heads Geschäftsführung

Dr. med. Susanne Habetha  
Sven Sauermann

- Healthcare Heads GmbH (HcH) bietet Beratungsleistungen im Gesundheitswesen an.
- Der Fokus liegt auf Erstattungs- und Marktzugangslösungen für Medizintechnikunternehmen.
- Unser Ziel ist es, Lösungen höchster Qualität zu liefern und die Erwartungen unserer Kunden zu übertreffen.
- Wir sind motiviert, mit unserer Expertise patientenorientierte Marktzugangslösungen zu entwickeln.
- Unser USP ist die multidisziplinäre Expertise, die einen einzigartigen Ansatz ermöglicht, der sich zwischen den Polen von Medizin, öffentlichem Gesundheitswesen, Wirtschaft und den Interessen der Medizinindustrie erstreckt.



**Dr. med. Susanne Habetha MPH**

- Ärztin mit beruflicher Erfahrung im Krankenhaus und ambulanten Einrichtungen
- Master Abschluss in Public Health (MPH)
- Mehrjährige Tätigkeit im InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH)
- Mitwirkung bei der Gestaltung, Implementierung und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems (German-Diagnosis Related Groups System) in Deutschland
- Erfolgreiche mehrjährige Erfahrung in der Beratung für die Medizinindustrie im Bereich Reimbursement und Market Access

**Sven Sauermann, FA Chirurgie**

- Facharzt für Chirurgie mit mehrjähriger klinischer Erfahrung
- Beschäftigung im InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH) und Mitwirkung an der Vorbereitung von Erstattungsentscheidungen und der Entwicklung des G-DRG-Systems 2005 bis 2009
- Masterstudium Betriebswirtschaftslehre (MBA), Schwerpunkt Krankenhausökonomie
- 10 Jahre erfolgreiche Erfahrung in verschiedenen Positionen im Bereich Market Access, Reimbursement, Hospital und Health Economics in der Medizinindustrie

## Market Access

- Marktanalysen
- Strategieentwicklung
- Marktpotential und Tools
- Pricing
- Training zum deutschen Gesundheitssystem

## Reimbursement

- Reimbursement Status Analysen
- DRG/ZE/OPS/NUB Anträge
- Ausarbeitung und Begleitung von besonderen Vergütungsformen /Projekten mit Krankenkassen (iGV)
- Kodierinformationen (Broschüren)
- Unterstützung bei der Erreichung ambulanter Vergütung
- Begleitung bei der DiGA und DiPA Listung

## Economics

- Deckungsbeitrags- und Profitabilitätsanalysen für Medizinprodukte und Therapien
- InEK Datenanalysen
- Dynamische Tools zur Darstellung ökonomischer Ergebnisse
- Durchführung von Kalkulationsprojekten mit InEK Krankenhäusern
- Case Studies und Value Messaging

## Evidence

- Identifikation von Evidenz Gaps
- Erstellung von Evidenz- und Value Dossiers
- Beratung bei der klinischen und ökonomischen Evidenzgenerierung
- Absicherung der klinischen Vergütung durch Qualitätssicherungsprojekte (z.B. KIP)

## External Affairs

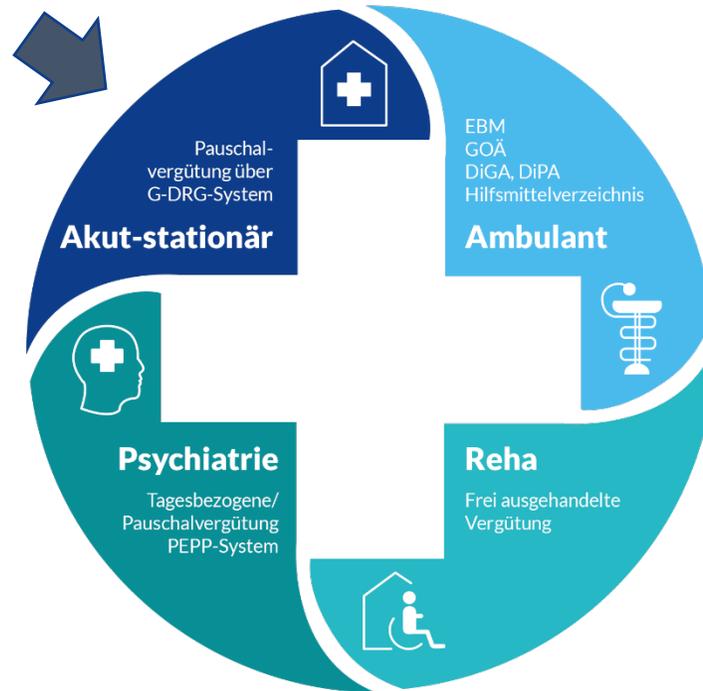
- KOL Mapping aus Reimbursement und Market Access Sicht
- Stakeholder channel management
- Nutzung unseres Netzwerks mit Ansprechpartnern aus Krankenkassen, Verbänden, Politik und Selbstverwaltung, klinischen Anwendern und Verwaltungen



## Einführung in das DRG-System: Grundlagen der dualen Krankenhausfinanzierung

# Überblick über die verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems

## German Reimbursement Overview (Kassenleistung)



Primärer Gesundheitsmarkt

## Kein Reimbursement (Keine Kassenleistung)



Sekundärer Gesundheitsmarkt

## Die Zuordnung der Fälle zum ambulanten oder stationären Sektor ist unabhängig vom Ort der Leistung geregelt

### Stationärer Sektor

- Nicht der Standort "Krankenhaus", sondern die **Kontextfaktoren** sind entscheidend
- Das Vorliegen eines Kontextfaktors ist für eine stationäre Behandlung ausreichend.
- GKV-Spitzenverband, DKG und KBV definieren folgende Kontextfaktoren im AOP-Vertrag:
  - ➔ Prozeduren (OPS-Kodes), die eine stationäre Behandlung begründen.
  - ➔ Beatmungspflichtige Patienten (§ 301 SGB V).
  - ➔ Diagnosen (ICD-Kodes), die eine stationäre Behandlung begründen.
  - ➔ Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad und Barthel-Index)
  - ➔ Untere Altersgrenze: Vollendung des ersten Lebensjahres

### Ambulanter Sektor

- Wenn die Behandlungskonstellation nicht die Bedingungen/Kriterien für eine stationäre Behandlung erfüllt,
  - ➔ ist nur eine Erstattung auf ambulanter Basis möglich.
- Leistungen, die ambulant erbracht werden können, dürfen nicht stationär erstattet werden, es sei denn, sie sind individuell begründet (Kontextfaktoren)

## Grundlegend unterschiedlicher Erstattungszugang für Innovationen im ambulanten vs. stationären Sektor

### Stationärer Sektor

- Prinzip der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt (§ 137c SGB V “Erlaubnisprinzip mit Verbotsvorbehalt”)
- Neue Methoden sind, sofern sie nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) untersagt sind (bei Schädlichkeit oder Unwirksamkeit), für die Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung zugelassen – sofern das Krankenhaus im Einzelfall vorab dokumentiert, warum eine neue Methode die Kriterien für das „Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative“ erfüllt.

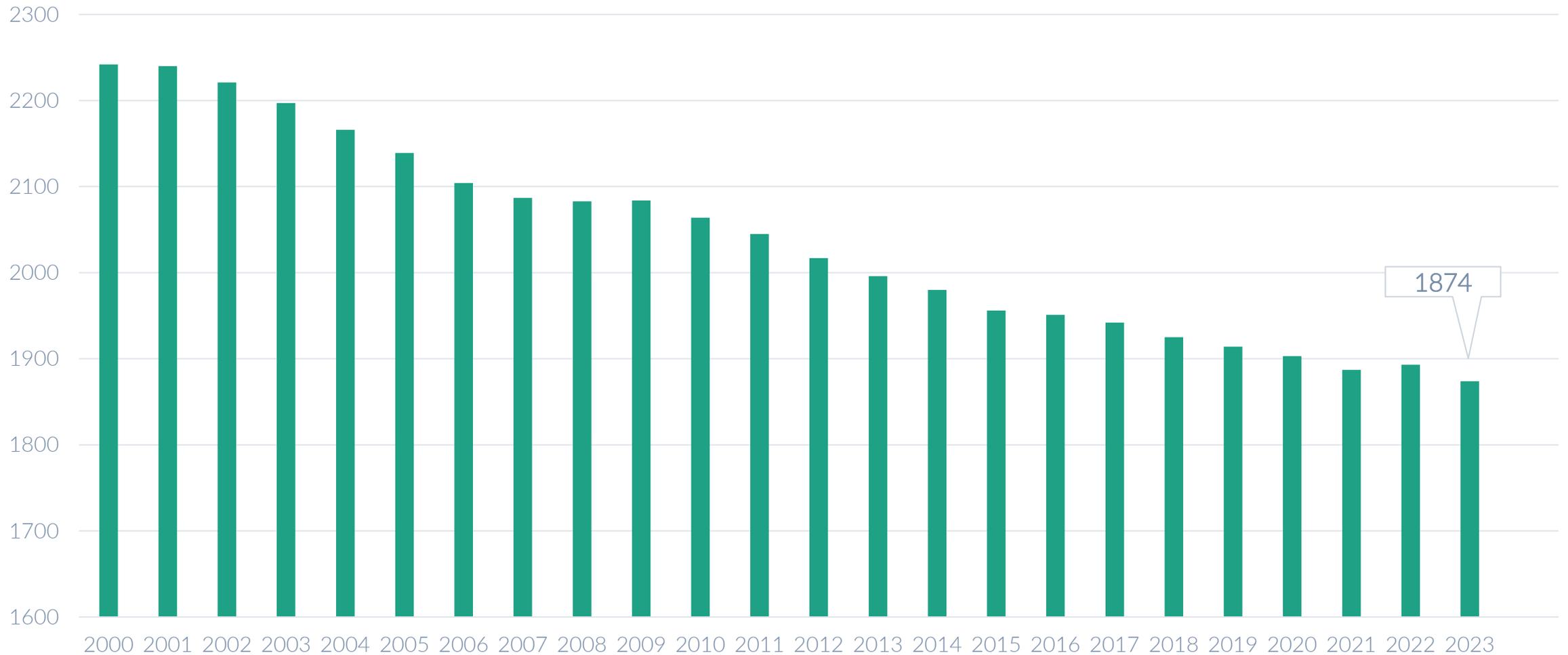
Abrechnung kann grundsätzlich nur durch Verbot untersagt werden.

### Ambulanter Sektor

- Prinzip des Verbots mit Erlaubnisvorbehalt (§ 135 SGB V “Verbotsprinzip mit Erlaubnisvorbehalt”)
- Methoden, die nicht im bestehenden Erstattungssystem EBM enthalten sind, sind nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung finanzierbar, es sei denn, der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat sie auf der Grundlage von HTA zugelassen.

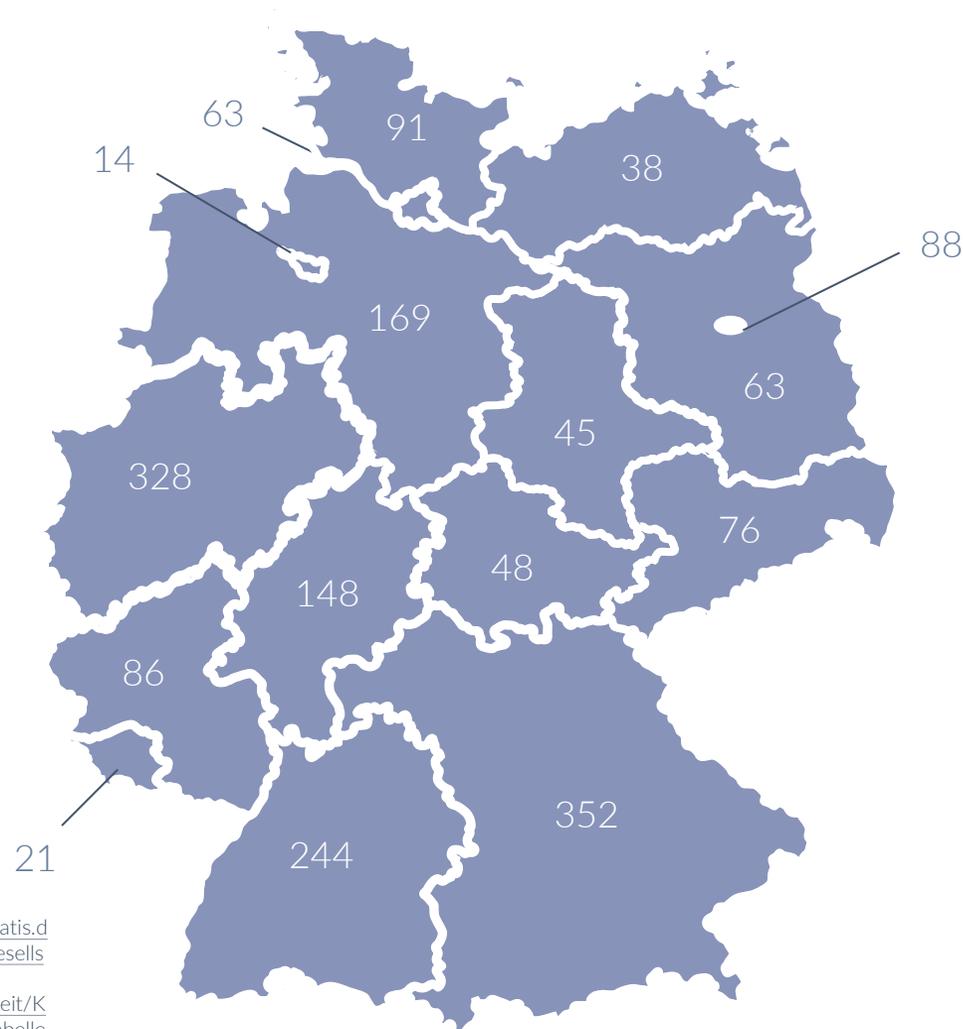
Leistung darf nur mit Erlaubnis des G-BA abgerechnet werden.

## Krankenhaus Kennzahlen – Anzahl der Krankenhäuser

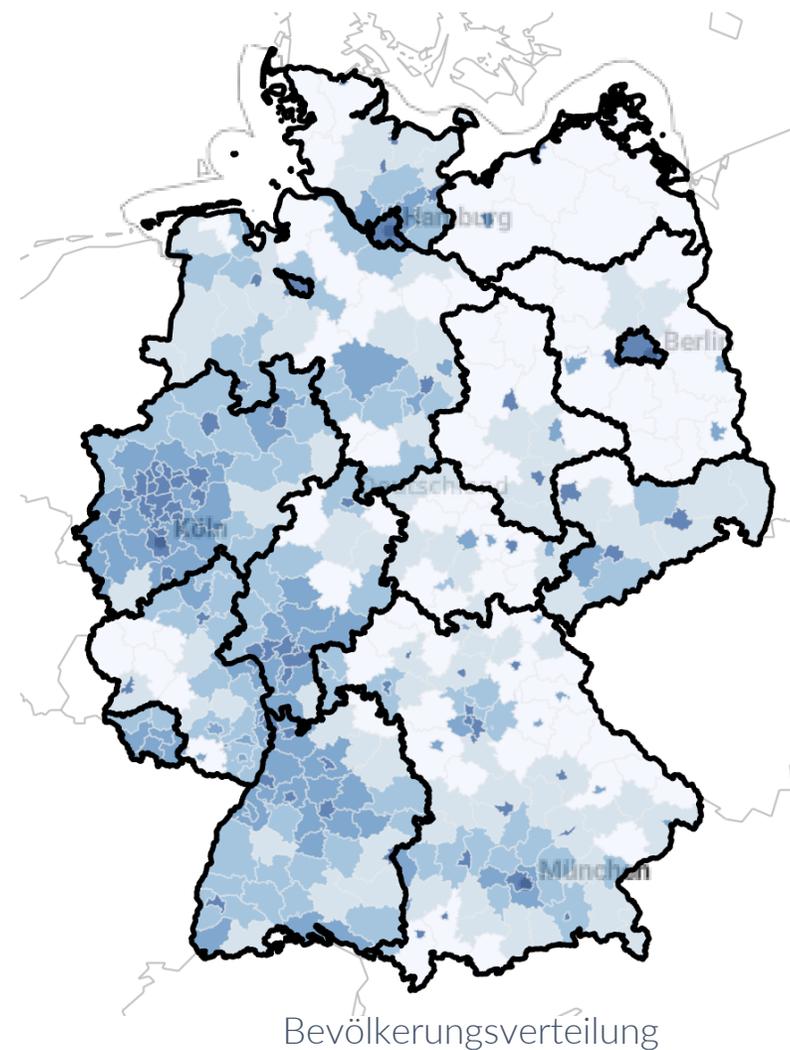


2004:  
Einführung des  
DRG-Systems

# Anzahl der Krankenhäuser nach Bundesländern 2023



Gesamt: 1.874 Krankenhäuser



Bevölkerungsdichte (EW je qkm)  
2022

Regionale Ebene:

Kreise / Kreisfreie Städte

- 35,6 bis unter 106,1
- 106,1 bis unter 158,1
- 158,1 bis unter 284,7
- 284,7 bis unter 866,6
- 866,6 bis unter 4.868,1

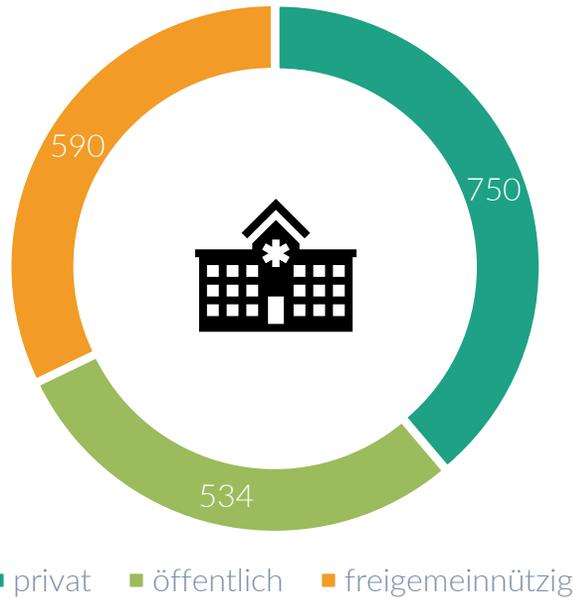
Deutschlandwert: 235,9

(Quelle:  
<https://regionalatlas.statistikportal.de/>  
(05.05.2025))

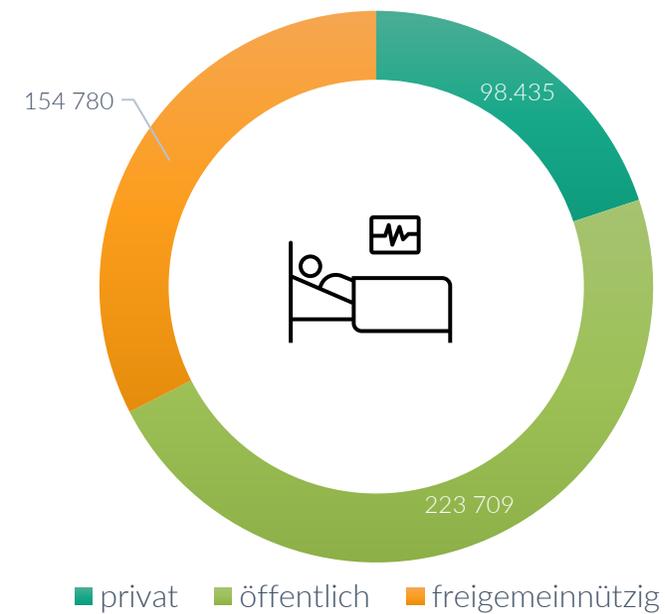
(Quelle:  
[https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabelle\\_n/eckzahlen-krankenhaeuser.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabelle_n/eckzahlen-krankenhaeuser.html)  
(05.05.2025))

# Krankenhäuser nach Trägern und Betten 2023

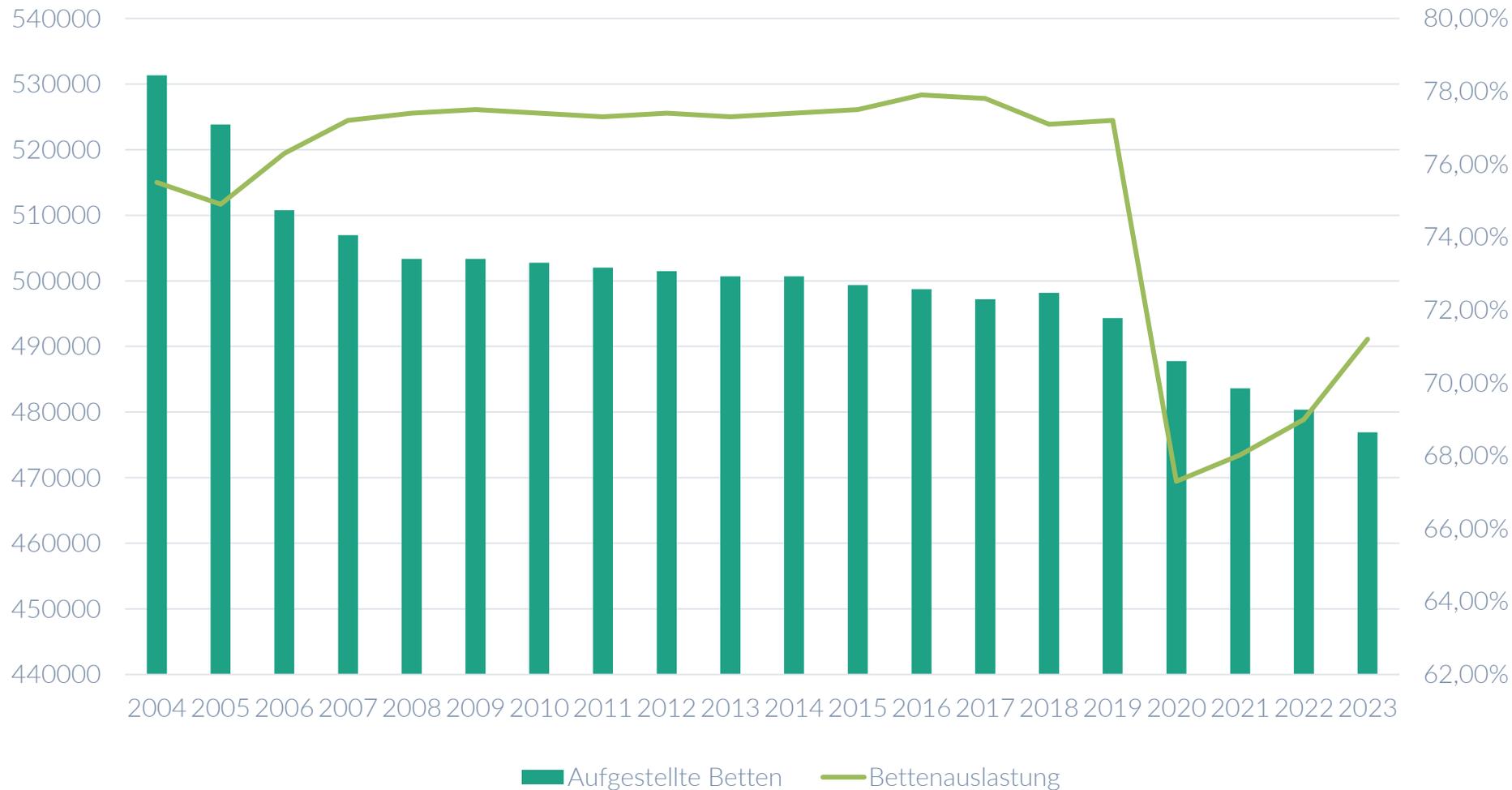
## Krankenhäuser Gesamt: 1.874



## Krankenhausbetten Gesamt: 476 924

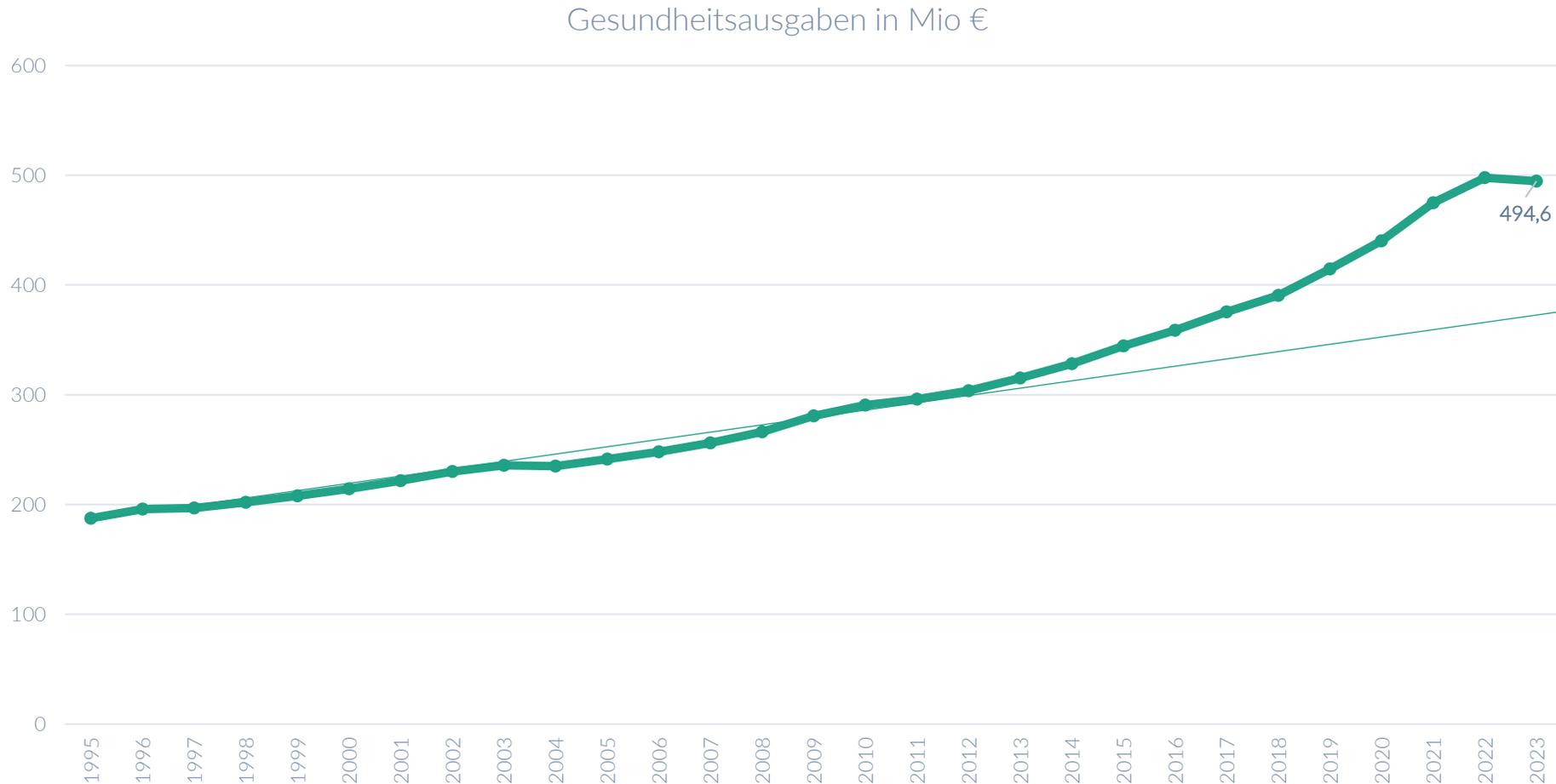


# Krankenhaus Kennzahlen – aufgestellte Betten und Auslastung

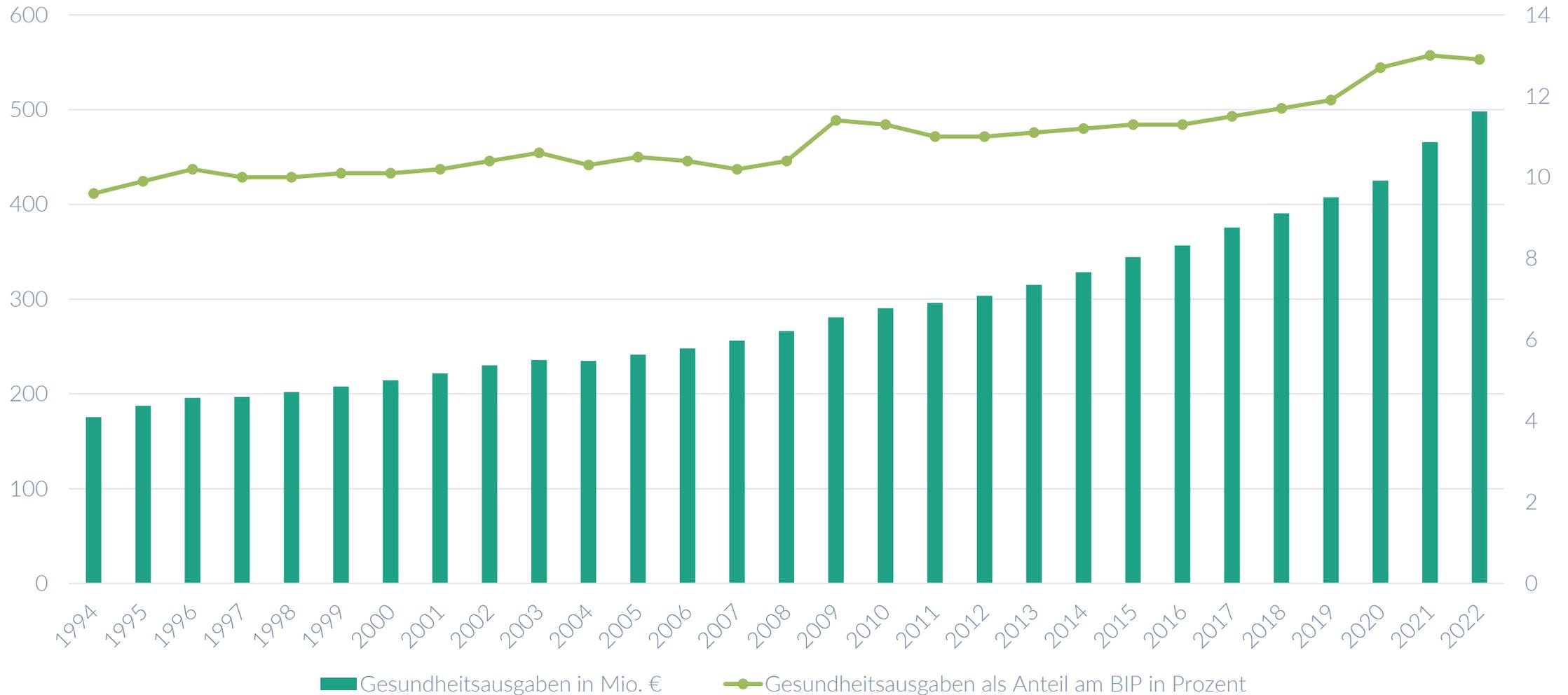


Jahr	Fallzahl
2000	17.262.929
2001	17.325.083
2002	17.432.272
2003	17.295.910
2004	16.801.649
2005	16.539.398
2006	16.832.883
2007	17.178.573
2008	17.519.579
2009	17.817.180
2010	18.032.903
2011	18.344.156
2012	18.620.442
2013	18.787.168
2014	19.148.626
2015	19.239.574
2016	19.532.779
2017	19.442.810
2018	19.392.466
2019	19.415.555
2020	16.793.962
2021	16.742.344
2022	16.805.170
2023	17.202.131

# Anstieg der Gesundheitskosten in Deutschland

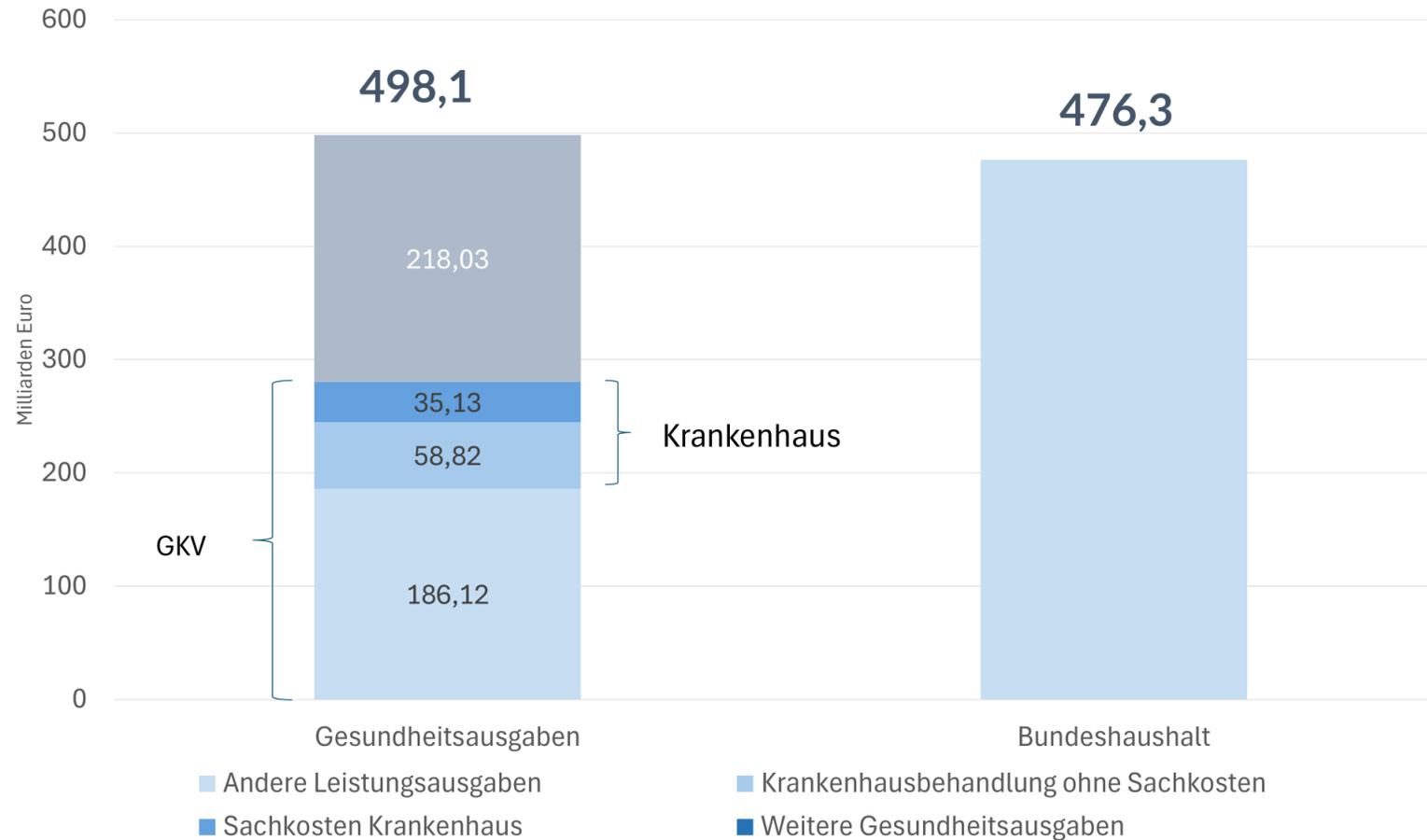


# Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP



Quelle: [https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/\\_Politikfelder/Finanzierung/Datensammlung/PDF-Dateien/abb1141.pdf](https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Finanzierung/Datensammlung/PDF-Dateien/abb1141.pdf)

## Ausgaben: Gesundheitsausgaben vs. Bundeshaushalt 2023



Quelle: VDEK , DeStatis

## Warum ein DRG-System?

### GKV Ausgabenstabilität



- Gleiche Vergütung für gleiche Leistung  
(kein Selbstkostendeckungsprinzip mehr / ökonomischer Druck auf die Krankenhäuser)

Leistungs- und Krankenhausabhängige Vergütung  
(„Geld folgt der Leistung“)

- Reduzierung der Verweildauer
- Steigende Kosten und Transparenz der Leistungen im Krankenhaus



**Implizite Krankenhausstrukturreform über die Krankenhausfinanzierung**

## SGB V § 108

### Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis

### **Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 108 Zugelassene Krankenhäuser**

Die Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung nur durch folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen:

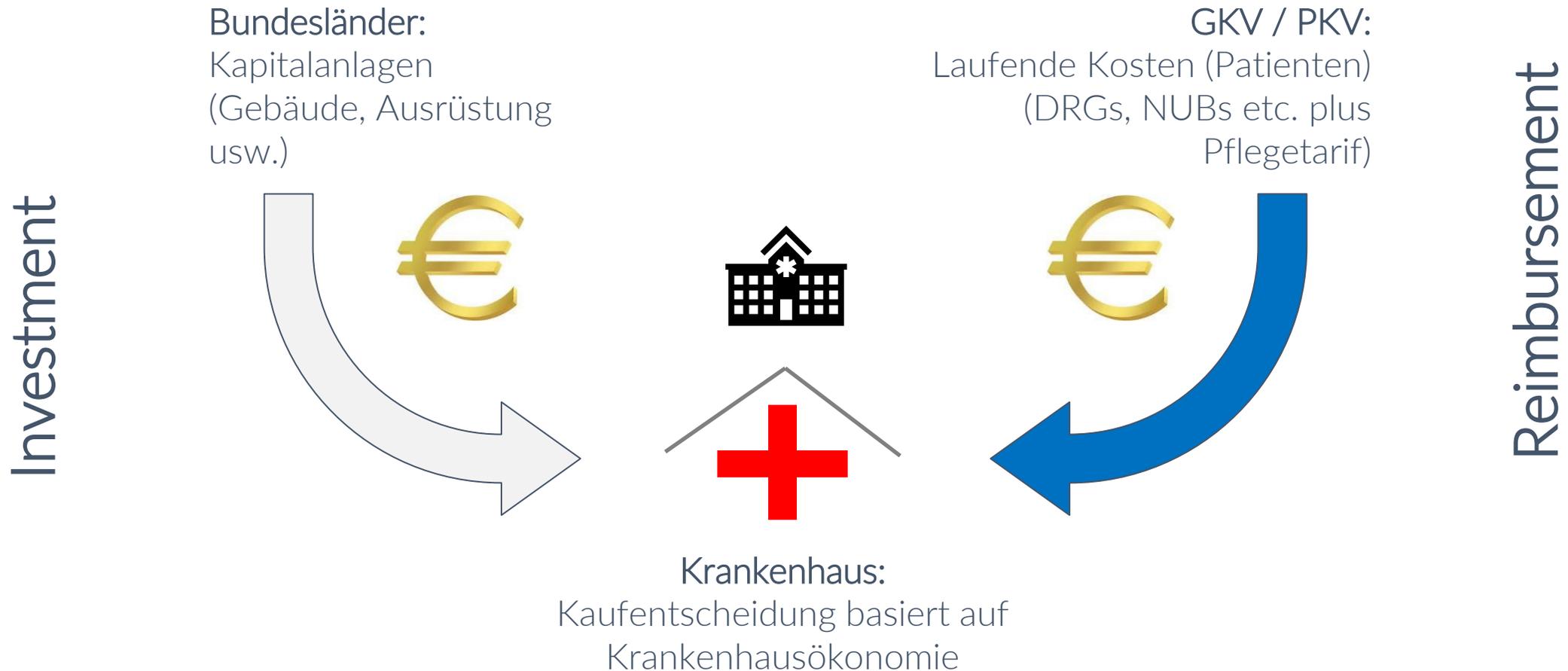
1. Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind,
2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder
3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

- **Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG**
  - § 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte
  
- **Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG**
  - Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG)  
§ 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser,  
Verordnungsermächtigung



Einführung in das DRG-  
System: Duale  
Krankenhausfinanzierung

## Duale Krankenhausfinanzierung



## Investition



(keine)  
Finanzierung über die Länder

## Betriebskosten



Finanzierung über  
Krankenkassen (DRG-System)

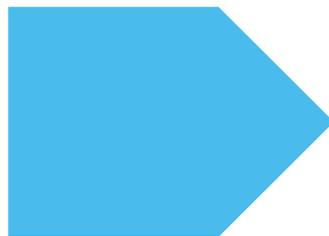
## Pay Per Use

Kalkulation von Behandlungskosten  
Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern



Version 4.0  
10. Oktober 2016





Diagnose  
ICD-10-GM

Kopfschmerz G44.8

Bösartige Neubildung des Gehirns  
C71.-



Prozedur  
OPS

Chirurgische Entfernung eines  
Gehirntumors 5-015.0



**ICD-10-GM  
Version 2023  
Systematisches Verzeichnis**

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification

---

**OPS  
Version 2023  
Systematisches Verzeichnis**

Operationen- und Prozedurenclassifikation  
Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS)  
Systematisches Verzeichnis  
Stand: 01. Oktober 2022

**DEUTSCHE  
KODIERRICHTLINIEN**

Allgemeine und Spezielle  
Kodierrichtlinien  
für die Verschlüsselung von  
Krankheiten und Prozeduren

Version 2023

Deutsche Krankengrupprichtlinien (DRG)  
ÖGK-Spitzenverband  
Verband der privaten Krankenkassen (BKK)  
Initiative für das Leistungssystem im Krankenhaus (iALK, GekfH)

Fallpauschalen-Katalog und Pflegeerlöskatalog  
Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

DRG	Parti- kenn- zahl	Bezeichnung <sup>1)</sup>	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegabteilung	Mittlere Verweil- dauer <sup>2)</sup>	Untere Grenz- verweildauer Erster Tag mit Abschlag <sup>3)</sup>	Untere Grenz- verweildauer Bewertungs- relation pro Tag
1	2	3	4	5	6	7	8
B20A	O	Kranioleomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestmöglicher komplexer Prozedur, Alter < 18 Jahre oder mit komplizierenden Faktoren, Alter > 16 Jahre oder mit bestmöglicher intrakranieller Bildung	3,443	-	11,9	3	0,588
B20B	O	Kranioleomie oder große WS-Operation mit kompl. Prozedur, mit kompliz. Faktoren, Alter > 15 Jahre, ohne best. intrakran. Bildung oder Alter < 13 mit kleiner oder großer intrakran. oder best. Eingriff oder mit kompl. Diagnose od. bei bösart. Neubildung	2,616	-	8,8	2	0,430
B20C	O	Kranioleomie oder große WS-Operation, Alter < 3 Jahre oder interventioneller Eingriff oder Alter > 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff oder mit kompl. Diagnose, wobei best. Eingriff, Alter > 16 J oder best. Prozedur, Neuroleomie, Alter > 15 Jahre	1,950	-	6,1	1	0,721

BWR 2,616 \* BFFW (4.394,22€)

DRG  
B20B

Vergütung = 11.495,28 €

# Was ist das DRG-System?

## Messinstrument

- Das InEK entwickelte das DRG-System als präzises Messinstrument, das den Ressourcenverbrauch definiert.
- Die Vergütung basiert auf dem realen Ressourcenverbrauch.

## Vergütungsinstrument

- Fallpauschalen-System
- Therapiefinanzierung der Krankenhäuser
- Betriebskosten der Krankenhäuser aber
- seit 2020: Pflegekosten werden separat vergütet

## Controlling Instrument

Die Rahmenbedingungen des DRG-Systems

- Fixkostendegressionsabschlag
- Budgetverhandlungen
- Prüfungen des Medizinischen Dienstes (MD) etc.

## Prinzip des DRG-Systems

Krankenhaus „A“

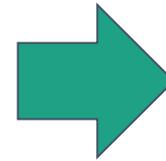


X Mio. € = Budget A

Krankenhaus „B“



Y Mio. € = Budget B



**DRG**

Resultierende KPIs:

- **Casemix (CM)**  
(Summe aller Relativgewichte  
= Krankenhaus-Erlös)
- **Casemix Index (CMI)**  
CM / Anzahl aller Fälle  
= durchschnittlicher Erlös pro Fall

## Was ist das DRG-System nicht?

### Zahlt keine im Einzelfall ausreichende Vergütung der Betriebskosten

- Pauschales Vergütungssystem
- Krankenhäuser verhandeln ein Budget
- Jeder Patient bringt „seinen“ zuvor verhandelten Budgetanteil mit ins Krankenhaus.

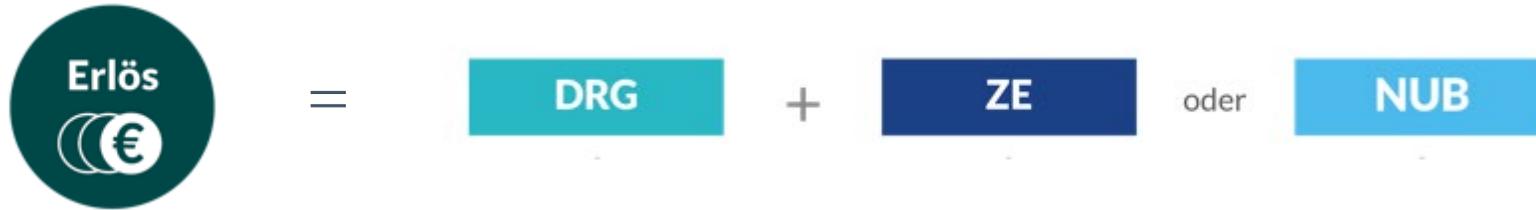
### Ist nicht alleine für die Krankenhausfinanzierung verantwortlich

- Die Krankenkassen zahlen über das DRG-System Pauschalen für die Betriebskosten, die für die zuvor verhandelten Leistungen im Mittel ausreichend sind.

### Ist kein starres unveränderliches System

- Mehrere tausend Anpassungen pro Jahr

## DRG-System – Stakeholder und Begrifflichkeiten



InEK

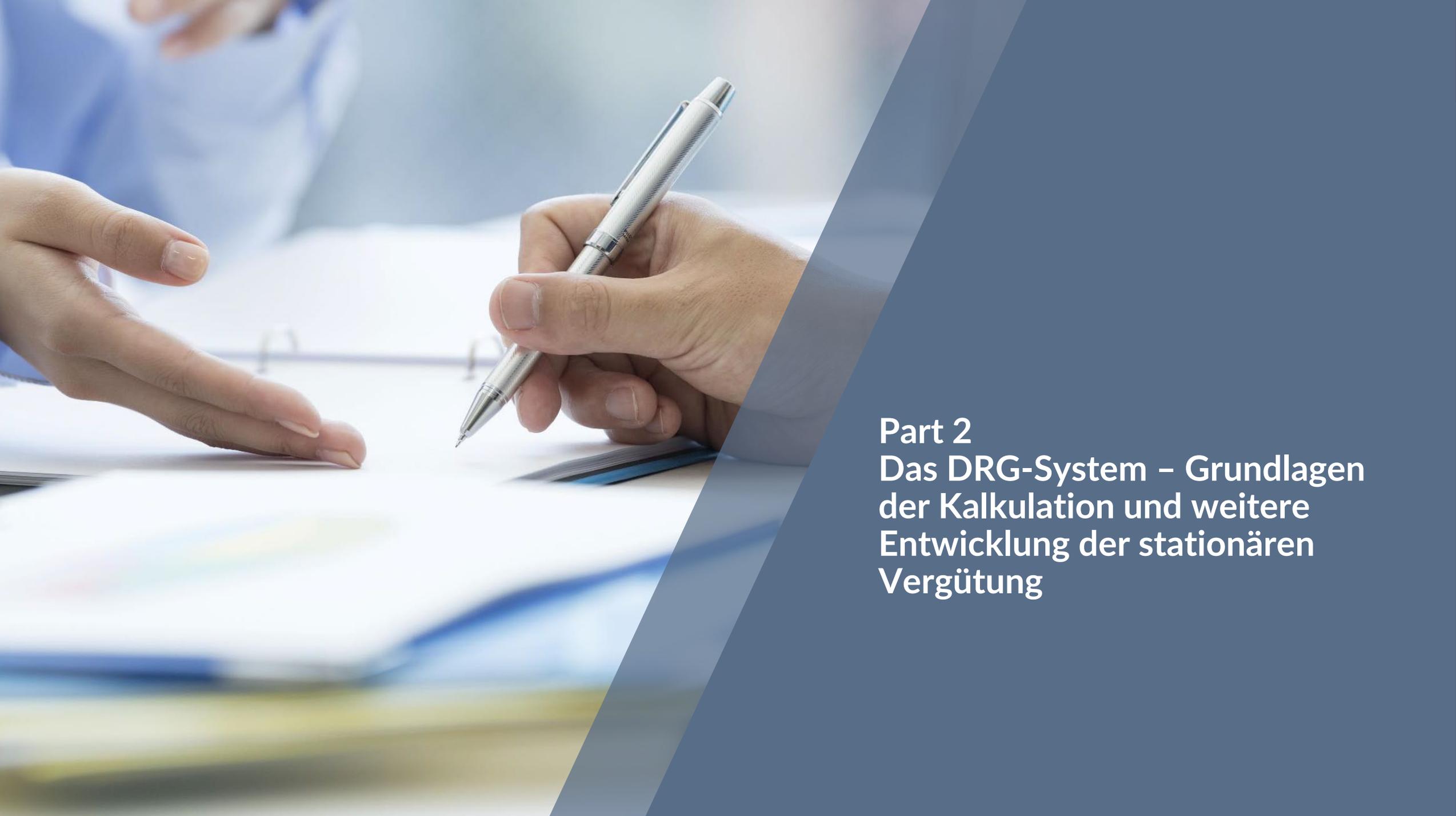
BfArM

DRG-System  
G-DRG-System  
aG-DRG-System

Diagnose- Kodes  
ICD-10-GM

DRGs  
NUBs  
ZEs bewertet  
ZEs unbewertet

Prozeduren-Kodes  
OPS-Kodes



**Part 2**  
**Das DRG-System – Grundlagen**  
**der Kalkulation und weitere**  
**Entwicklung der stationären**  
**Vergütung**

# DRG Algorithmus



Weitere [Informationen](#) zum Poster.

## Krankenhaus-Budget

Behandlungsfall



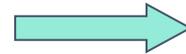
genau eine DRG

Jede DRG



kalkuliertes Rg

Rg \* Basisfallwert



Behandlungserlös

Summe aller Rg



Casemix (CM)

CM \* Basisfallwert + ZEs



DRG-Erlös + Pflegekosten  
= Krankenhaus Budget

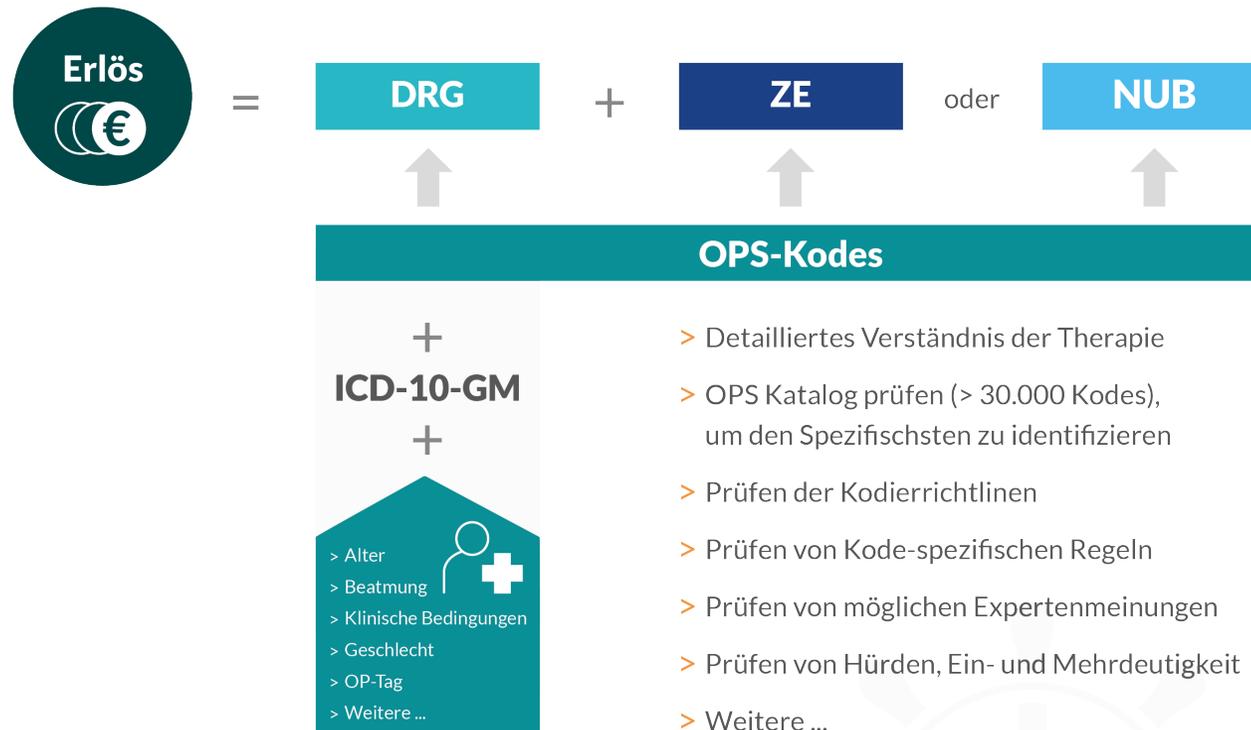
---

CM / Anzahl Fälle



Casemix Index (durchschnittliche  
Fallschwere)

## Nur eine detaillierte Bewertung der relevanten Leistungsbezeichner führt zu belastbarer Vergütung





**Das DRG-System:  
Kodierung**

# Die Werkzeuge des DRG-Systems



## Warum ist die korrekte und vollständige Kodierung so wichtig?

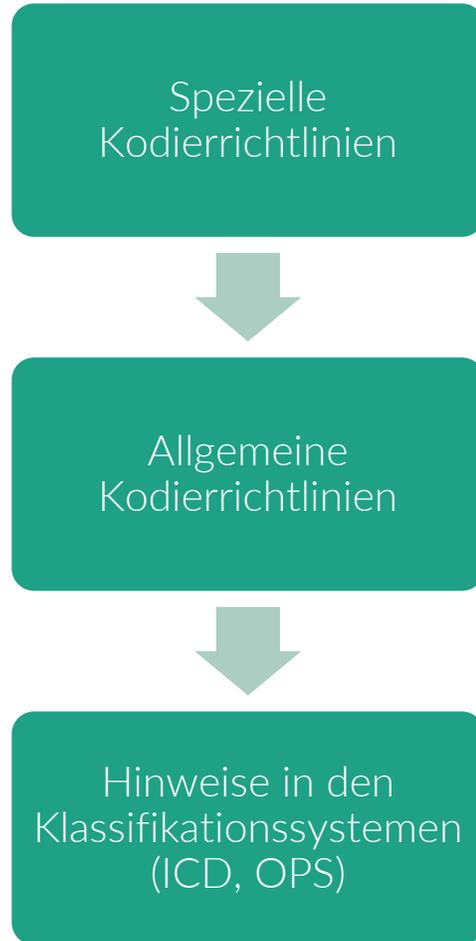
- Kodierung:
  - das Verschlüsseln eines Behandlungsfalles mit Diagnose- (ICD-10-GM) und Prozedurenkodes (OPS)

Grundvoraussetzung dafür, dass ein Fall einer DRG zugeordnet werden kann.

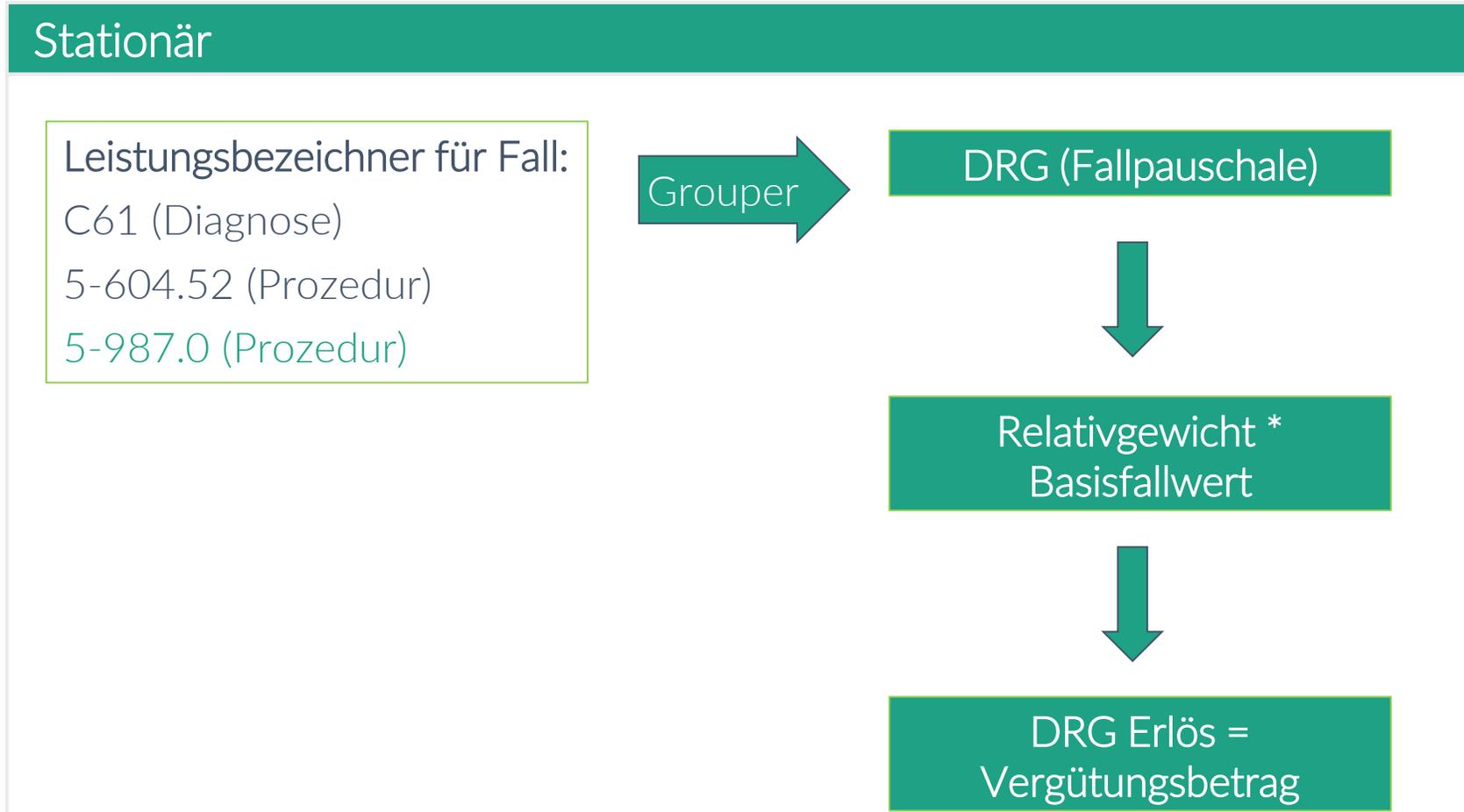


- Die korrekte und vollständige Kodierung eines stationären Behandlungsfalles ist daher die Basis für die Vergütung des Behandlungsfalles und die Entgeltabrechnung des Krankenhauses.
- Grundlage für die Kodierung bildet die patientenindividuelle Dokumentation in der Krankenakte, inklusive OP-Bericht/Eingriffsdokumentation.

# Kodierrichtlinien



## Von der Leistung zur Vergütung



## Bei der Auswahl von OPS-Kodes ist Folgendes zu beachten



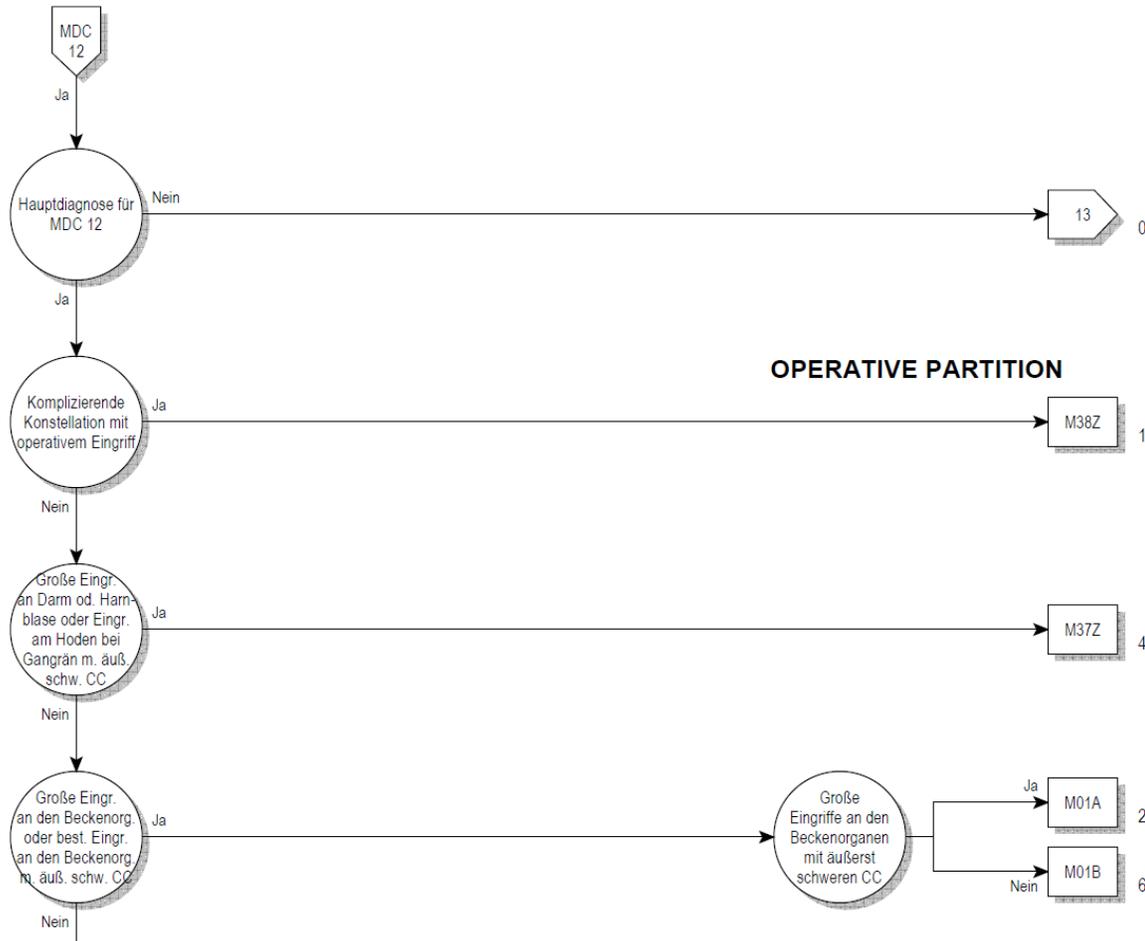
Spezifische Kodierung



Interpretationen von OPS-Kode Texten sind nicht erlaubt

Basierend auf Urteilen des Bundessozialgerichtes (BSG),  
OPS-Kodes müssen „wörtlich“ genommen werden.\*

# DRG für radikale Prostatektomie M01: Entscheidungsalgorithmus führt in die M01B



## ADRG M01 Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC

PCCL > 3	Beids. Pr Exploration bei Kryptorchismus, abdominal, offen chir. (M01-V1)
	Pr Bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann (M01-V2)
Pr Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann (M01-V3) außer Bestimmte Harnblaseneingriffe (M01-V4)	

## DRG M01A Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC

Pr Große Eingriffe (bei BNB) an den Beckenorganen beim Mann (M01-V5)	PCCL > 3	Pr Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann (M01-V3) außer Bestimmte Harnblaseneingriffe (M01-V4)
		Beids. Pr Exploration bei Kryptorchismus, abdominal, offen chir. (M01-V1)
		Pr Bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann (M01-V2)

## DRG M01B Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC

## Beispiel Prozedurentabelle M01-V2

### Bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann (M01-V2)

1-559.2	Biopsie am Mesenterium durch Inzision	5-404.j↔	Rad (sys) Lymphaden selbst Eingr: Peribronchial, off chir
1-559.3	Biopsie am Omentum durch Inzision	5-404.k↔	Rad (sys) Lymphaden selbst Eingr: Peribronchial, thorakoskop
1-559.4	Biopsie am Peritoneum durch Inzision	5-404.m	Rad (sys) Lymphaden selbst Eingr: Abdominal, off chir
1-559.5	Biopsie an retroperitonealem Gewebe durch Inzision	5-404.n	Rad (sys) Lymphaden selbst Eingr: Abdominal, laparoskopisch
1-559.x	Biopsie sonst VerdOrg, Perit u retroperit Gew d Inzis	5-404.x↔	Rad (sys) Lymphaden selbst Eingr: Sonstige
1-559.y	Biopsie and VerdOrg, Perit u retroperit Gew d Inzis, nnbez	5-578.50	Reduktionsplastik Harnblase, offen chirurgisch
5-404.1	Rad (sys) Lymphaden selbst Eingr: Mediastinal, off chir	5-578.51	Reduktionsplastik Harnblase, laparoskopisch
5-404.8	Rad (sys) Lymphaden selbst Eingr: Mediastinal, thorakoskop	5-578.52	Reduktionsplastik Harnblase, Umsteigen lapsk off chir
5-404.d↔	Rad (sys) LA: Retroperito (iliakal, paraaort, parakaval), off chir	5-578.5x	Reduktionsplastik Harnblase, sonstiger Zugang
5-404.e↔	Rad (sys) LA: Retroperito (iliakal, paraaortal), laparoskopisch	5-603.00	Suprapub-transves Exzisi/Destrukt Prostatagewebe: Offen chir
5-404.f↔	Rad (sys) Lymphaden selbst Eingr: Pelvin, offen chirurgisch	5-603.10	Retropubische Exzisi/Destrukt Prostatagewebe: Offen chir
5-404.g↔	Rad (sys) Lymphaden selbst Eingr: Pelvin, laparoskopisch	5-603.12	Retropub Exzisi/Destrukt Prostatagewebe: Umstg lapsk off chir
5-404.h↔	Rad (sys) Lymphaden selbst Eingr: Inguinal		

# Fallpauschalen-Katalog (FPK) 2025

aG-DRG-Version 2025 und Pflegeerlöskatalog 2025

**Fallpauschalen-Katalog und Pflegeerlöskatalog**  
Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

DRG	Parti- tion	Bezeichnung <sup>6)</sup>	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beleghebamme	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenz- verweildauer: Erster Tag mit Abschlag <sup>2), 5)</sup>	Untere Grenz- verweildauer: Bewertungs- relation pro Tag	Obere Grenz- verweildauer: Erster Tag mit zusätzlichem Entgelt <sup>3), 5)</sup>	Obere Grenz- verweildauer: Bewertungs- relation pro Tag	Externe Verlegung Abschlag pro Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederaufnahme <sup>4)</sup>	Pflegeerlös Bewertungs- relation pro Tag
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
M01B	O	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC	2,140	-	6,9	1	0,656	11	0,076	0,095	-	-	0,7258



Geburtsdatum	02.01.1985	Alter Jahre	40	Verweildauer	6	Tage ohne Berechnung vor Kürzung des MD	0	Verlegefall	<input type="checkbox"/>	Beatmung	0
Aufnahmegewicht	0	Alter Tage	0	IK verlegendes KH		Tage ohne Berechnung nach Kürzung des MD	0	Tagesfall	<input type="checkbox"/>	Einweisung	freiwillig
Wohnort		Abrechnungsart	DRG	Fachabteilungstyp	1	Versorgung durch Hauptabteilung		Weitere Falldaten			
Krankenkassen IK:		Krankenhaus IK:	123456780	Groupen Version:	2025	Basisfallwert:	4.394,22	Basisfallwert Pflege:	250,00		

Diagnosen / Prozeduren						Entgelte	Fachabteilungen				
Diagnosedaten ICD 10 GM 2025						Alternative Gruppierung anzeigen <input type="checkbox"/> Mehrere Zeilen anzeigen <input type="checkbox"/>					
HDG	ICD	OK	DRG	CCL	Bezeichnung	Lokal.	Fab-Nr.	aktiv			
<input checked="" type="checkbox"/>	C61	<input checked="" type="checkbox"/>			Bösartige Neubildung der Prostata		1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

Operationsdaten OPS 2025						Mehrere Zeilen anzeigen <input type="checkbox"/>					
OPS	OK	DRG	OR	Bezeichnung			Lokal.	OP Tag	Fab-Nr.	aktiv	
5-604.42	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch: Mit regionaler Lymphadenektomie				02.01.2025 00:00	1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

<b>DRG</b>	<b>Leistungsgruppen KHTG</b>										
Hauptgruppe MDC	12	Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane									
Gruppe DRG	M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe									
Groupenstatus	00	normale Gruppierung			Partition	operativ					
VWD des Falls	6	durch. VWD d. DRG	6,9	Schweregrad (PCCL)	0	Entgelthöhe	10.492,33				
Kostengewicht	2,140	OGVD 1. Tag	11	Entgelthöhe erfasst	0,00						
Kostengewicht Pflege	4,3548	UGVD 1. Tag	1								
Ausnahme Wiederaufnahme	<input type="checkbox"/>	Verlegungsfallpauschale	<input type="checkbox"/>								

	OK	DRG	OK	DRG
Alter	<input checked="" type="checkbox"/>		Beatmung	<input checked="" type="checkbox"/>
Geschlecht	<input checked="" type="checkbox"/>		Aufnahmegewicht	<input checked="" type="checkbox"/>
Verweildauer	<input checked="" type="checkbox"/>		Aufnahmeanlass	<input checked="" type="checkbox"/>
Entlassungsgrund	<input checked="" type="checkbox"/>		Aufnahmegrund	<input checked="" type="checkbox"/>
Entlassungsgrund3	<input checked="" type="checkbox"/>		Tagesfall	<input checked="" type="checkbox"/>

## Potenziell streitbefangenes Beispiel

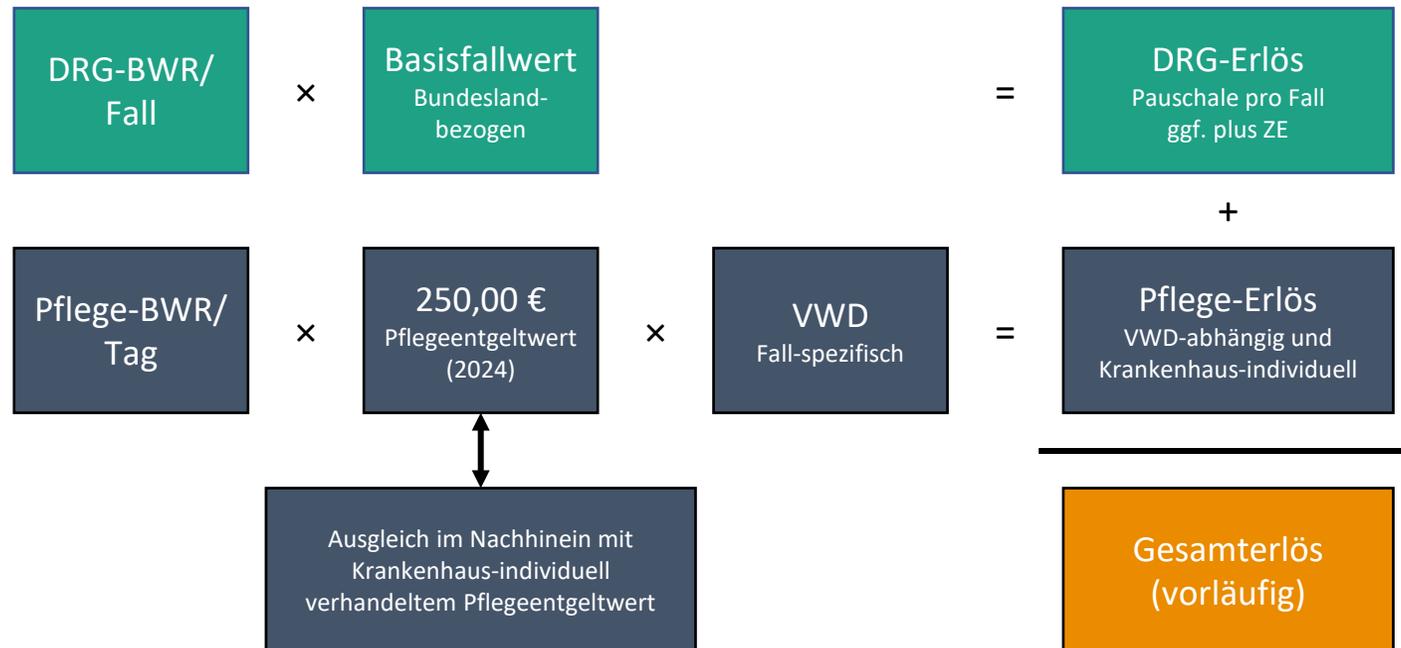
Kodierung					
Hauptdiagnose	Prozeduren				
S22.02 Fraktur eines Brustwirbels: T3 und T4	5-839.90 Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation von Material in einen Wirbelkörper ohne Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufrichtung: 1 Wirbelkörper				
	5-839.a0 Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufrichtung: 1 Wirbelkörper				
DRG und Kennzahlen					
DRG	BWR (DRG)	Pflegeerlös BWR/Tag	Pflegeerlös/Tag~	mVWD	uGV
I10G	0,726	0,7249	181,23 €	4,8	2
I09I	1,358	0,6869	171,73 €	7,8	3
Erlös (vorläufig) bei mittlerer Verweildauer					
DRG	I10G		I09I		Delta
DRG-Erlös~	3.190,20 €		5.967,35 €		2.777,15 €
Pflegeerlös~	869,88 €		1.339,46 €		469,58 €
Gesamterlös~	4.060,08 €		7.306,81 €		3.246,73 €

~ Erlöse kalkuliert mit dem BBFW 2025 (4.394,22 €), dem gesetzlich festgelegten Pflegeentgeltwert (250,00 €) und der mittleren Verweildauer der entsprechenden DRG.

## Berechnung der Vergütung bis 2019



## Neu seit 2020: Vergütung setzt sich aus DRG-Erlös plus Pflege-Erlös zusammen



## Bundesbasisfallwert und Pflegeentgeltwert

BBFW  
2025:  
4.394,22 €

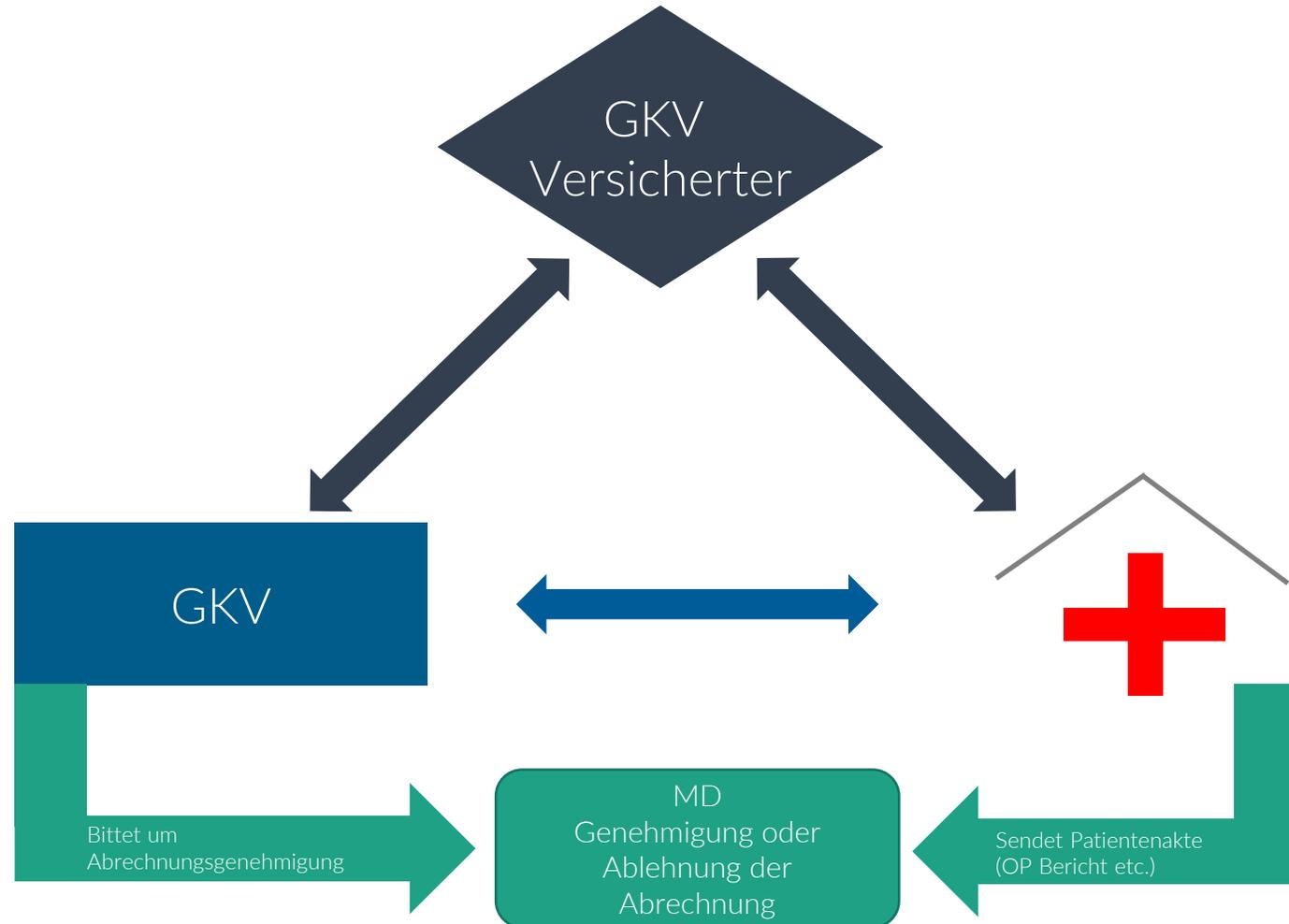
Pflegeentgeltwert  
seit 28.03.2024:  
250,00€

Seit 2021 - Neues Verfahren zur Bestimmung des Bundesbasisfallwertes (BBFW)

- Der BBFW wird nicht mehr prospektiv vereinbart
- Der BBFW wird ab sofort als Mittelwert aus allen Landesbasisfallwerten gebildet
- Der endgültige BBFW muss bis 31.03. veröffentlicht werden

Der Pflegeentgeltwert dient zur Berechnung des Pflege-Erlöses und ist vorläufig bis zur Verhandlung des krankenhausindividuellen Wertes.

## Reimbursement im stationären Sektor



# Einfluss der Verweildauer auf die Vergütung – Beispiel 2025

aG-DRG-Version 2025 und Pflegeerlöskatalog 2025

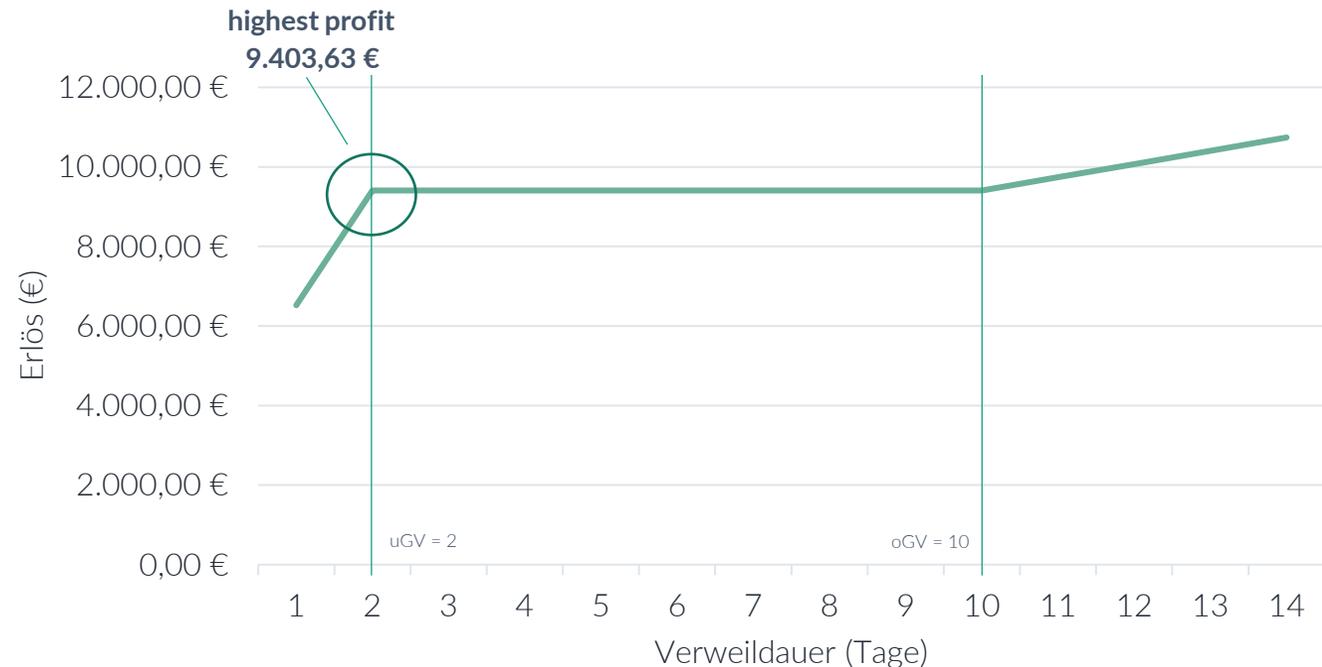
Fallpauschalen-Katalog und Pflegeerlöskatalog  
Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

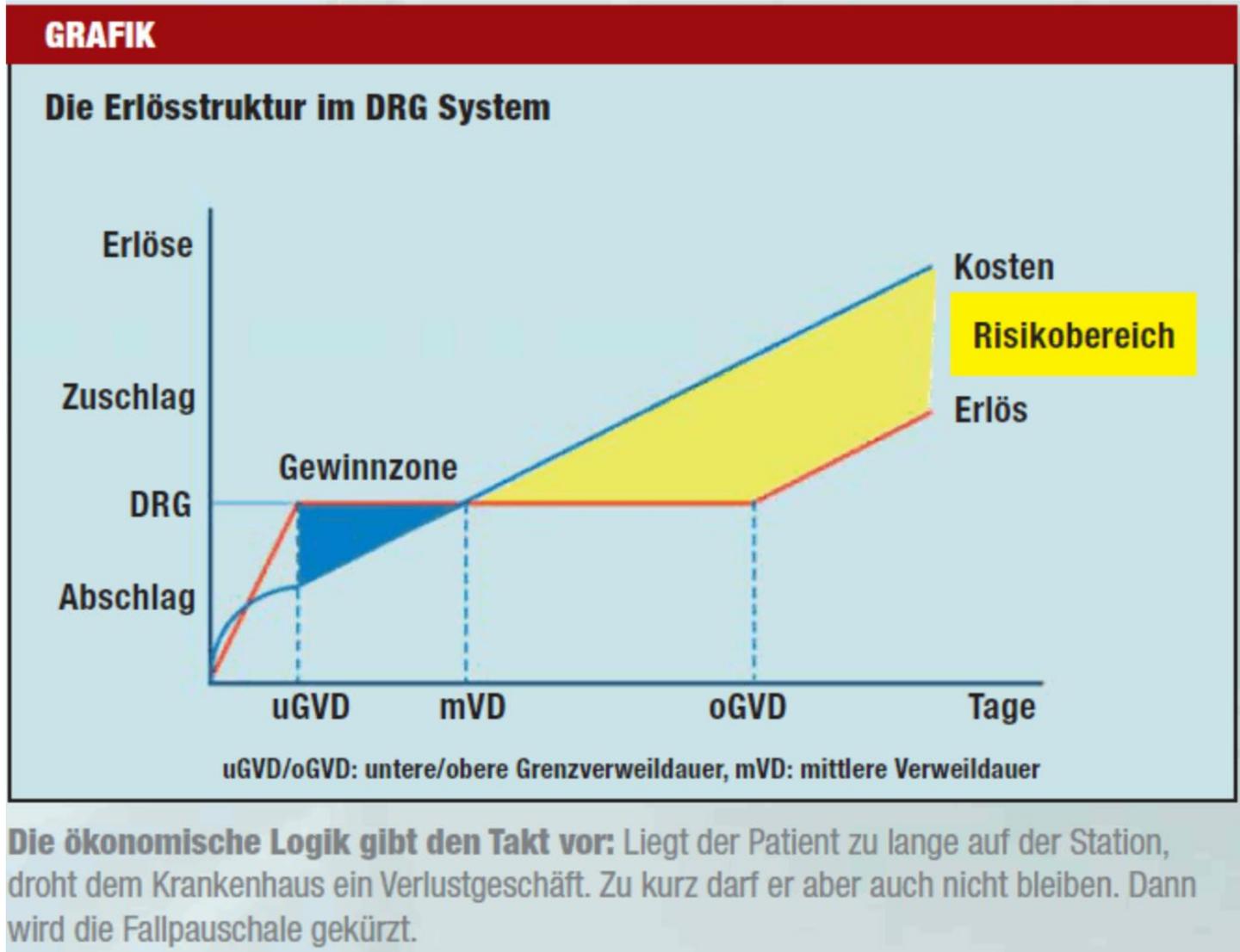
DRG	Parti- tion	Bezeichnung <sup>6)</sup>	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beleghebamme	Mittlere Verweil- dauer <sup>1)</sup>	Untere Grenz- verweildauer: Erster Tag mit Abschlag <sup>2), 5)</sup>	Untere Grenz- verweildauer: Bewertungs- relation pro Tag	Obere Grenz- verweildauer: Erster Tag mit zusätzlichem Entgelt <sup>3), 5)</sup>	Obere Grenz- verweildauer: Bewertungs- relation pro Tag	Externe Verlegung Abschlag pro Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederaufnahme <sup>4)</sup>	Pflegeerlös Bewertungs- relation pro Tag
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
M01B	O	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC	2,140	-	6,9	1	0,656	11	0,076	0,095	-	-	0,7258

## Highest profit:

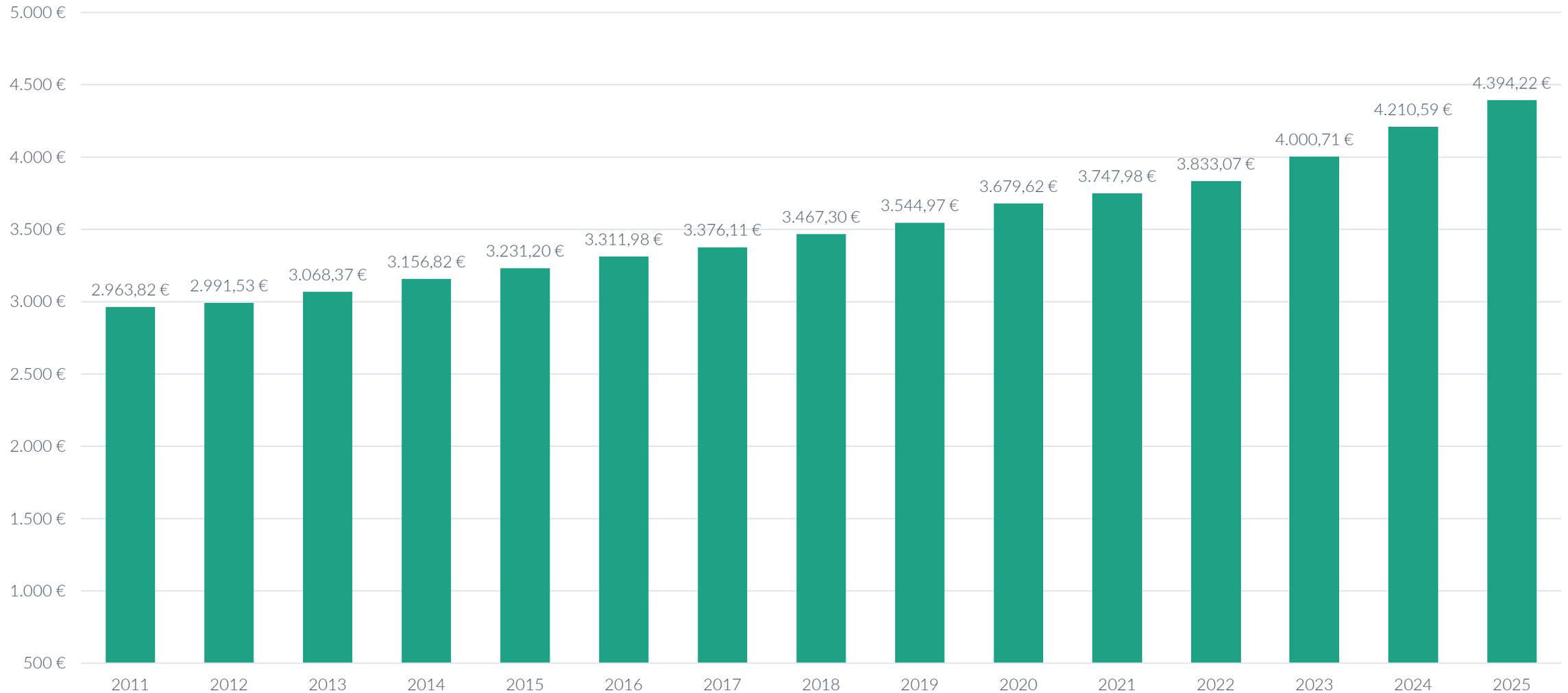
Bundesbasisfallwert x  
Bewertungsrelation bei  
Hauptabteilung  
 $4.394,22\text{€} \times 2,140 = 9.403,63\text{€}$

-> höchster Profit an unterer  
Grenzverweildauer:  
1 Tag + 1 Tag = 2 Tage

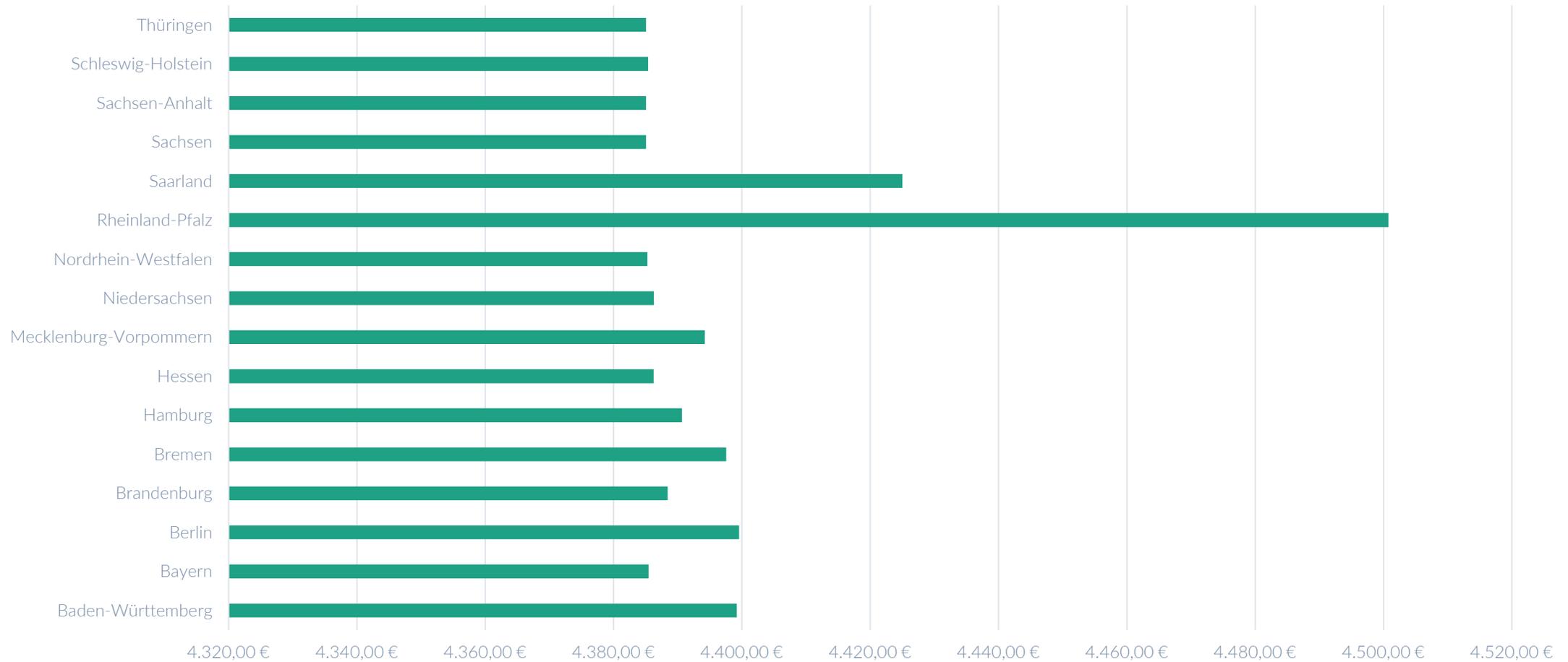




# Veränderungen des Bundesbasisfallwerts



# Landesbasisfallwerte 2025



Quelle: [https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/landesbasisfallwerte/\\_jcr\\_content/par/download\\_180935136/file.res/LBFW\\_2025\\_Stand\\_03.02.2025.pdf](https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/landesbasisfallwerte/_jcr_content/par/download_180935136/file.res/LBFW_2025_Stand_03.02.2025.pdf)



**Das DRG-System:  
Praktische Beispiele**

## Fiktives Beispiel zur Beurteilung des Leistungsgeschehens



Städt. KH

Leistung	Anzahl
Herzschrittmacher 1 Kammer	500
Prostatektomien	500
einfache ventrale WS Fusion	50
einfache dorsale WS Fusion	10
komplexe Wirbelsäulen Operationen	2
Ballonkyphoplastie	0

Ressourcenverbrauch: 8.000.000 €

(Die beiden KH liegen  
in derselben Region)



Kirchl. KH

Leistung	Anzahl
Herzschrittmacher 1 Kanal	150
Prostatektomien	400
einfache ventrale WS Fusion	200
einfache dorsale WS Fusion	400
komplexe Wirbelsäulen Operationen	150
Ballonkyphoplastie	400

Ressourcenverbrauch: 13.000.000 €

Frage 1:  
Welches Krankenhaus wirtschaftet besser?

Frage 2:  
Sowohl Krankenhaus „A“ als auch „B“ wollen im kommenden Jahr mit der Krankenkasse 100 Prostatektomien mehr verhandeln. Welches Krankenhaus hat die besseren Karten?

## Kodierung von Fallbeispielen – am Beispiel eines Herzschrittmachers

Kodierung					
Hauptdiagnose	Prozeduren				
I48.9 Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet	5-377.1 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Einkammersystem				
DRG und Kennzahlen					
DRG	BWR (DRG)	Pflegeerlös BWR/Tag	Pflegeerlös/Tag~	mVWD	uGV
F12F	1,277	0,9237	230,93 €	5,5	2
Erlös (vorläufig) bei mittlerer Verweildauer					
DRG-Erlös~					5.391,71 €
Pflegeerlös~					1.270,09 €
Gesamterlös~					6.661,80 €

~ Erlöse kalkuliert mit dem BBFW 2025 (4.394,22 €), dem gesetzlich festgelegten Pflegeentgeltwert (250,00 €) und der mittleren Verweildauer der entsprechenden DRG.



Städt. KH

Leistung	Anzahl	DRG	RG (BWR)	CM
Herzschrittmacher 1 Kammer	500	F12F	1,227	613,500
Prostatektomien	500	M01B	2,140	1070,000
einfache ventrale WS Fusion	50	I10C	1,488	74,400
einfache dorsale WS Fusion	10	I09G	2,298	22,980
komplexe Wirbelsäulen Operationen	2	I06C	3,844	7,688
Ballon-Kyphoplastie	0	I09I	1,358	0,000

CaseMix (CM) 1.788,568

Budget (€) ~7.733.169

CaseMix Index (CMI) 1,684

(Die beiden KH liegen  
in derselben Region)

Ressourcenverbrauch: 8.000.000 €



Kirchl. KH

Leistung	Anzahl	DRG	RG (BWR)	CM
Herzschrittmacher 1 Kanal	150	F12F	1,227	184,050
Prostatektomien	400	M01B	2,140	856,000
einfache ventrale WS Fusion	200	I10C	1,488	297,600
einfache dorsale WS Fusion	400	I09G	2,298	919,200
komplexe Wirbelsäulen Operationen	150	I06C	3,844	576,600
Ballon-Kyphoplastie	400	I09I	1,358	543,200

CaseMix (CM) 3.376,650

Budget (€) 14.667.590

CaseMix Index (CMI) 1,986

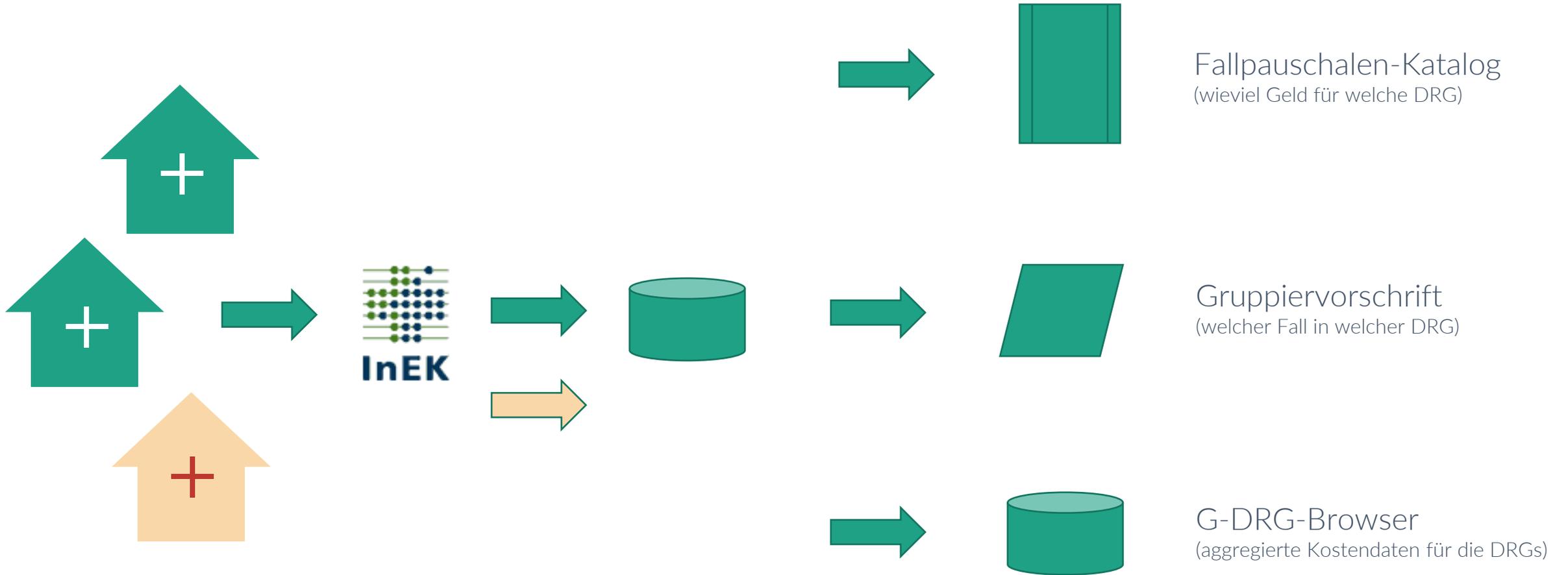
Ressourcenverbrauch: 13.000.000 €



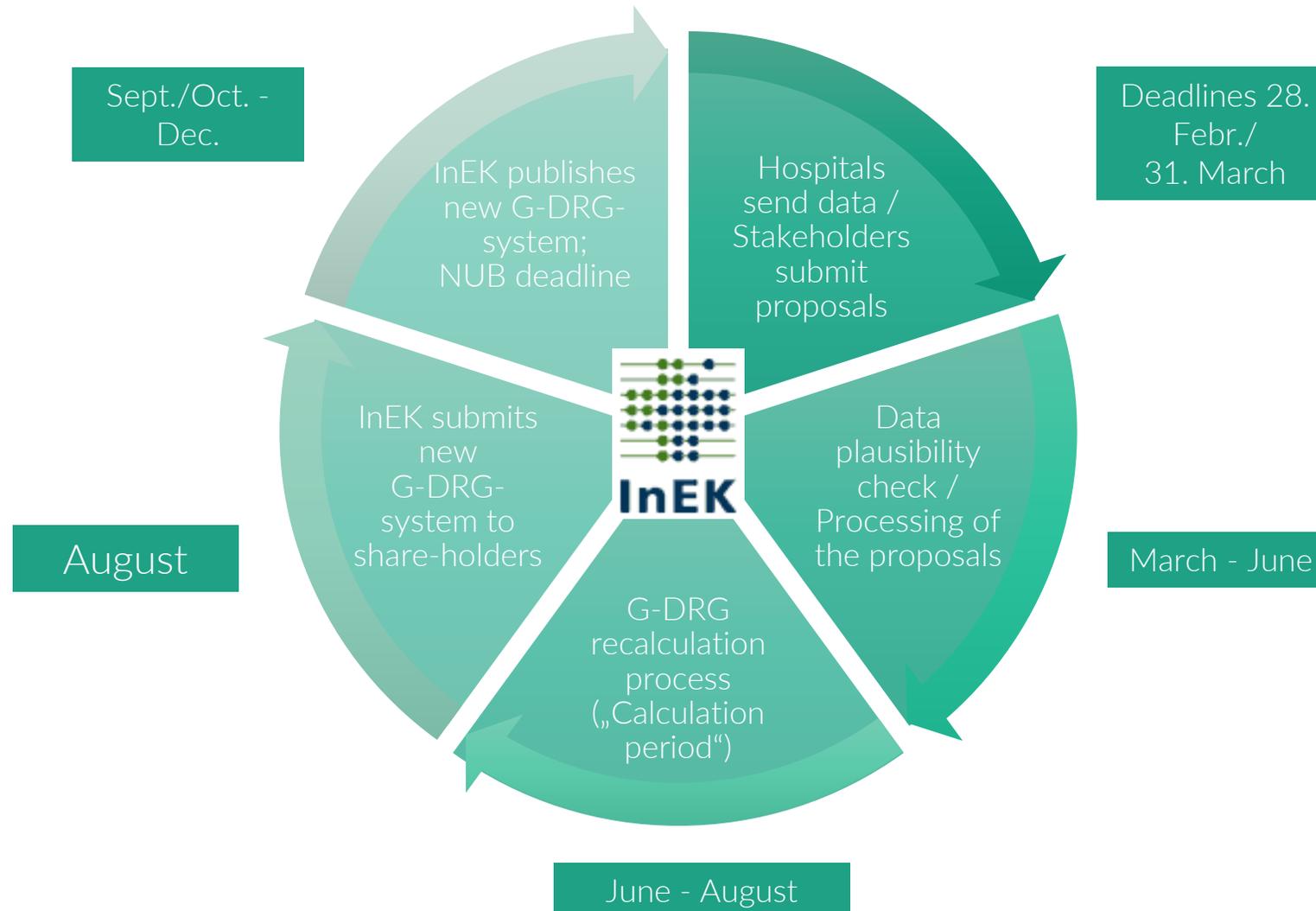
**Das DRG-System:**

**InEK Kostenrechnung /  
DRG-System  
Weiterentwicklung**

# Kalkulation des G-DRG-Systems



## Das Reimbursement Jahr



# Krankenhauskostenrechnung

01. Normalstation

02. Intensivstation

04. OP-Bereich

05. Anästhesie

07. Kardiolog. D./Th.

08. Endoskop. D./Th.

09. Radiologie

10. Laboratorien

11. Diagnost. Bereiche

12. Therapeut. Bereiche

13. Patientenaufnahme

Sie kennen eine ähnliche Art der Kostenrechnung aus der Gewinn- und Verlustrechnung.

(Engl. P&L)

Wo?

Fallen die Kosten / Leistungen an



Kostenstellen

# Krankenhauskostenrechnung



## DRG M01B Kostenstruktur im InEK Browser<sup>1</sup>

- Der InEK Browser stellt eine Kostenmatrix pro DRG zur Verfügung
  - Durchschnittliche Kosten pro Fall und DRG
  - Basierend auf klinischen und Kostendaten der InEK Kalkulationshäuser (ca. 250-290 von 2.000 Krankenhäusern)

Kostenmatrix DRG M01B

Gesamtkosten pro Fall

Kostenstellen ↓	Kostenarten ↘	Personalkosten			Sachkosten						Personal-/Sachkosten		Summe
		Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	med.-techn./ Funktionsdienst	Arzneimittel		Implantate	übriger medizinischer Bedarf			medizi. Infrastuktur	nicht medizin. Infrastruktur	
					Gemein-kosten	Einzelkosten		Gemein-kosten	Einzelkosten	Leistung durch dritte			
		1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8	
		538,12 €	0,00 €	84,91 €	55,68 €	5,31 €	0,00 €	63,12 €	0,80 €	8,43 €	320,99 €	827,98 €	1.905,34 €
		52,11 €	0,00 €	1,25 €	6,98 €	0,62 €	0,00 €	13,01 €	0,01 €	0,00 €	17,59 €	53,48 €	145,05 €
		855,66 €	0,00 €	731,96 €	26,80 €	4,13 €	6,71 €	362,43 €	1.041,38 €	0,36 €	649,78 €	587,29 €	4.266,50 €
		615,26 €	0,00 €	427,35 €	31,56 €	0,73 €	0,00 €	112,08 €	0,44 €	1,01 €	75,77 €	182,60 €	1.446,80 €
		0,32 €	0,00 €	0,32 €	0,03 €	0,00 €	0,04 €	0,14 €	0,10 €	0,00 €	0,18 €	0,24 €	1,37 €
		2,89 €	0,00 €	3,13 €	0,33 €	0,02 €	0,00 €	2,38 €	0,10 €	0,00 €	2,02 €	1,60 €	12,47 €
		21,69 €	0,00 €	27,18 €	0,68 €	0,01 €	0,00 €	8,32 €	0,86 €	2,72 €	16,00 €	17,68 €	95,14 €
		69,99 €	0,00 €	114,55 €	2,69 €	3,60 €	0,00 €	96,09 €	0,64 €	209,27 €	19,29 €	65,70 €	581,82 €
		48,78 €	1,88 €	36,09 €	2,28 €	0,06 €	0,00 €	19,07 €	0,46 €	2,05 €	24,77 €	25,38 €	160,82 €
		10,81 €	3,83 €	72,30 €	0,19 €	0,00 €	0,00 €	4,37 €	0,33 €	7,01 €	3,52 €	21,49 €	123,85 €
		21,09 €	1,77 €	19,03 €	0,42 €	0,00 €	0,00 €	5,42 €	0,44 €	0,01 €	7,39 €	17,76 €	73,33 €
	Summe	2.236,72 €	7,48 €	1.518,07 €	127,64 €	14,48 €	6,75 €	686,43 €	1.045,56 €	230,86 €	1.137,30 €	1.801,20 €	8.812,49 €
		Personalkosten: Kostenarten 1-3			Sachkosten: Kostenarten 4-6						Infrastruktur Personal-/ Sachkosten: Kostenart. 7-8		

## DRG M01B Kostenstruktur im InEK Browser<sup>1</sup>

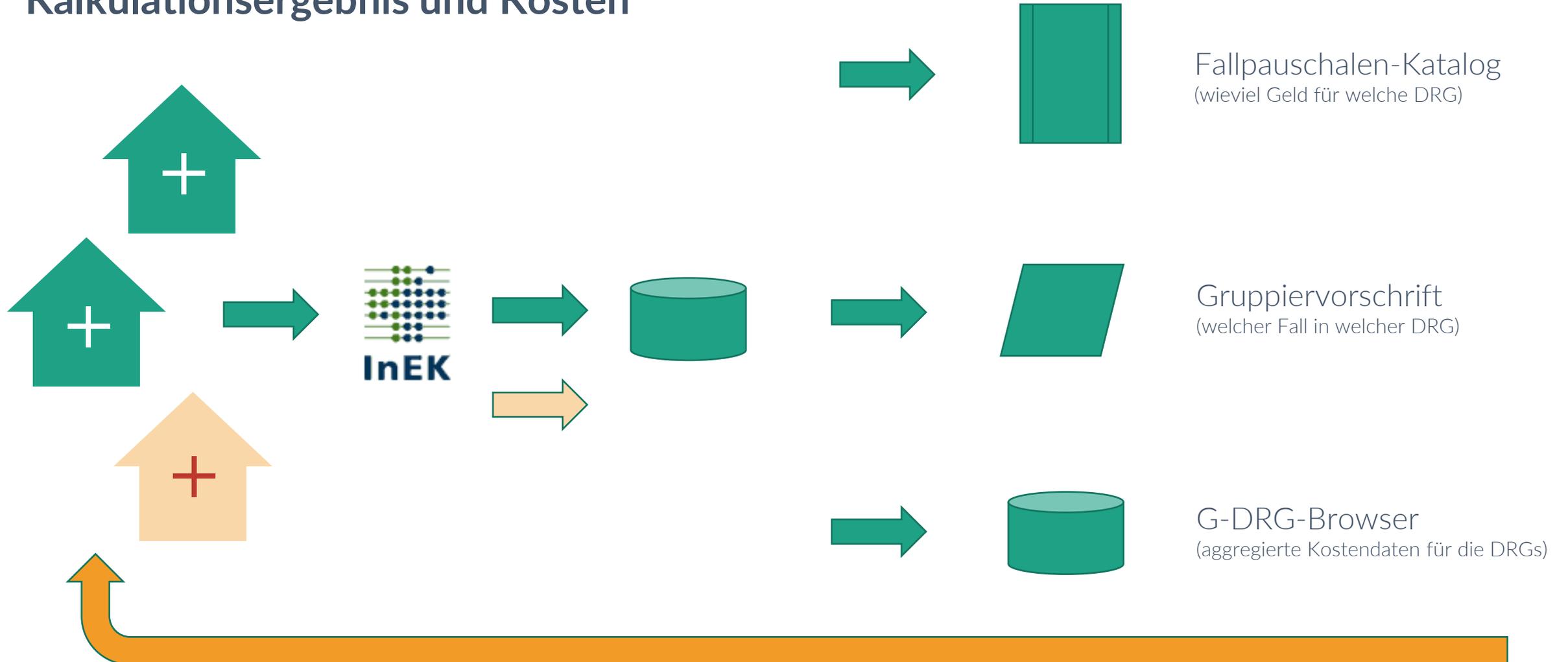
- Der InEK Browser stellt eine Kostenmatrix pro DRG zur Verfügung
  - Durchschnittliche Kosten pro Fall und DRG
  - Basierend auf klinischen und Kostendaten der InEK Kalkulationshäuser (ca. 250-290 von 2.000 Krankenhäusern)

Kostenmatrix DRG M01B

Gesamtkosten pro Fall

Kostenstellen ↓	Kostenarten ↘	Personalkosten			Sachkosten						Personal-/Sachkosten		Summe
		Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	med.-techn./ Funktionsdienst	Arzneimittel		Implantate	übriger medizinischer Bedarf			medizi. Infrastuktur	nicht medizin. Infrastruktur	
					Gemeinkosten	Einzelkosten		Gemeinkosten	Einzelkosten	Leistung durch dritte			
		1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8	
01. Normalstation		538,12 €	0,00 €	84,91 €	55,68 €	5,31 €	0,00 €	63,12 €	0,80 €	8,43 €	320,99 €	827,98 €	1.905,34 €
02. Intensivstation		52,11 €	0,00 €	1,25 €	6,98 €	0,62 €	0,00 €	13,01 €	0,01 €	0,00 €	17,59 €	53,48 €	145,05 €
04. OP-Bereich		855,66 €	0,00 €	731,96 €	26,80 €	4,13 €	6,71 €	362,43 €	1.041,38 €	0,36 €	649,78 €	587,29 €	4.266,50 €
05. Anästhesie		615,26 €	0,00 €	427,35 €	31,56 €	0,73 €	0,00 €	112,08 €	0,44 €	1,01 €	75,77 €	182,60 €	1.446,80 €
07. Kardiologische Diagnostik/Therapie		0,32 €	0,00 €	0,32 €	0,03 €	0,00 €	0,04 €	0,14 €	0,10 €	0,00 €	0,18 €	0,24 €	1,37 €
08. Endoskopische Diagnostik/Therapie		2,89 €	0,00 €	3,13 €	0,33 €	0,02 €	0,00 €	2,38 €	0,10 €	0,00 €	2,02 €	1,60 €	12,47 €
09. Radiologie		21,69 €	0,00 €	27,18 €	0,68 €	0,01 €	0,00 €	8,32 €	0,86 €	2,72 €	16,00 €	17,68 €	95,14 €
10. Laboratorien		69,99 €	0,00 €	114,55 €	2,69 €	3,60 €	0,00 €	96,09 €	0,64 €	209,27 €	19,29 €	65,70 €	581,82 €
11. Diagnostische Bereiche		48,78 €	1,88 €	36,09 €	2,28 €	0,06 €	0,00 €	19,07 €	0,46 €	2,05 €	24,77 €	25,38 €	160,82 €
12. Therapeutische Verfahren		10,81 €	3,83 €	72,30 €	0,19 €	0,00 €	0,00 €	4,37 €	0,33 €	7,01 €	3,52 €	21,49 €	123,85 €
13. Patientenaufnahme		21,09 €	1,77 €	19,03 €	0,42 €	0,00 €	0,00 €	5,42 €	0,44 €	0,01 €	7,39 €	17,76 €	73,33 €
<b>Summe</b>		<b>2.236,72 €</b>	<b>7,48 €</b>	<b>1.518,07 €</b>	<b>127,64 €</b>	<b>14,48 €</b>	<b>6,75 €</b>	<b>686,43 €</b>	<b>1.045,56 €</b>	<b>230,86 €</b>	<b>1.137,30 €</b>	<b>1.801,20 €</b>	<b>8.812,49 €</b>
		Personalkosten: Kostenarten 1-3			Sachkosten: Kostenarten 4-6						Infrastruktur Personal-/ Sachkosten: Kostenart. 7-8		

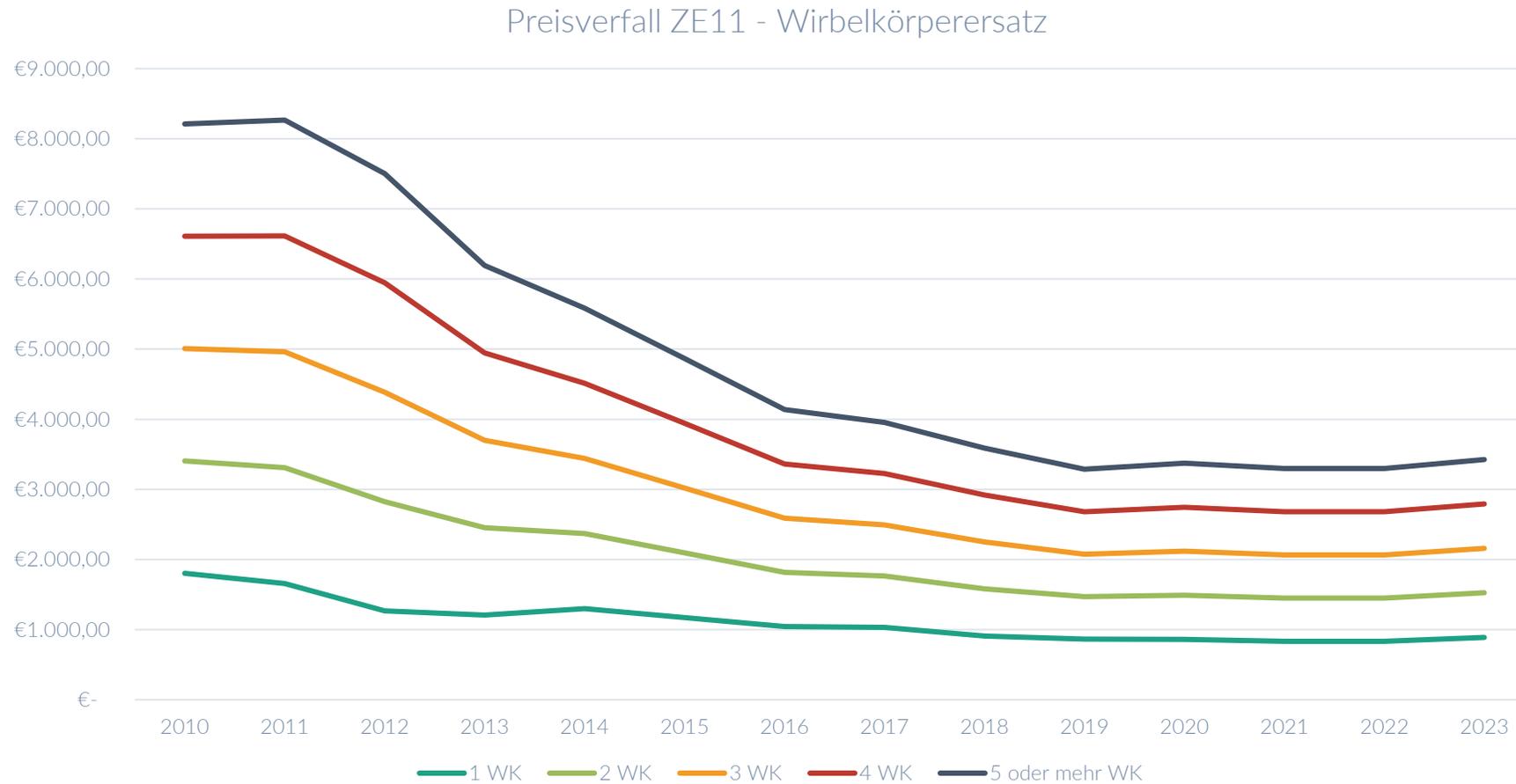
# Wechselbeziehung zwischen Kalkulation, Kalkulationsergebnis und Kosten



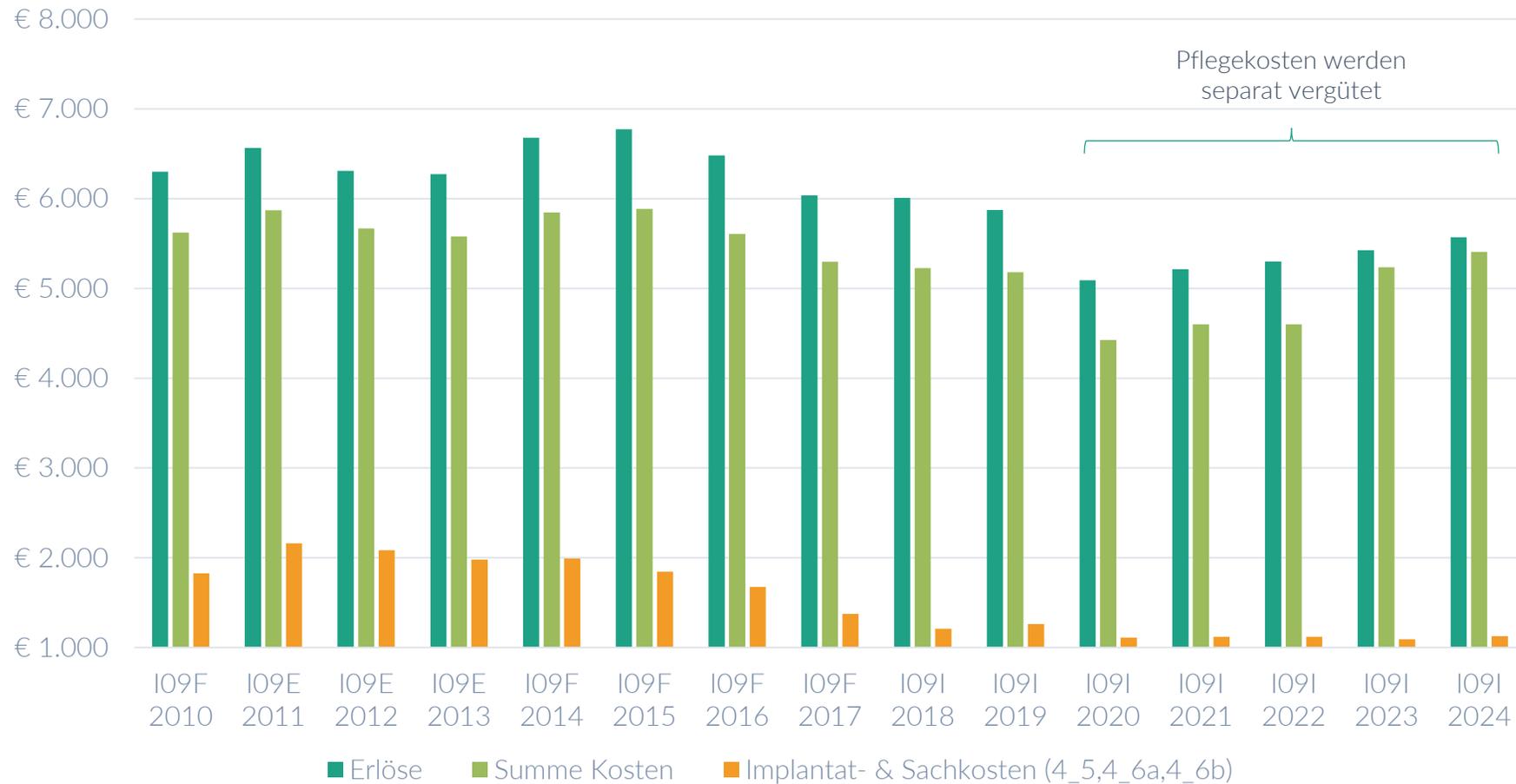


**Das DRG-System:  
Einfluss der Industrie**

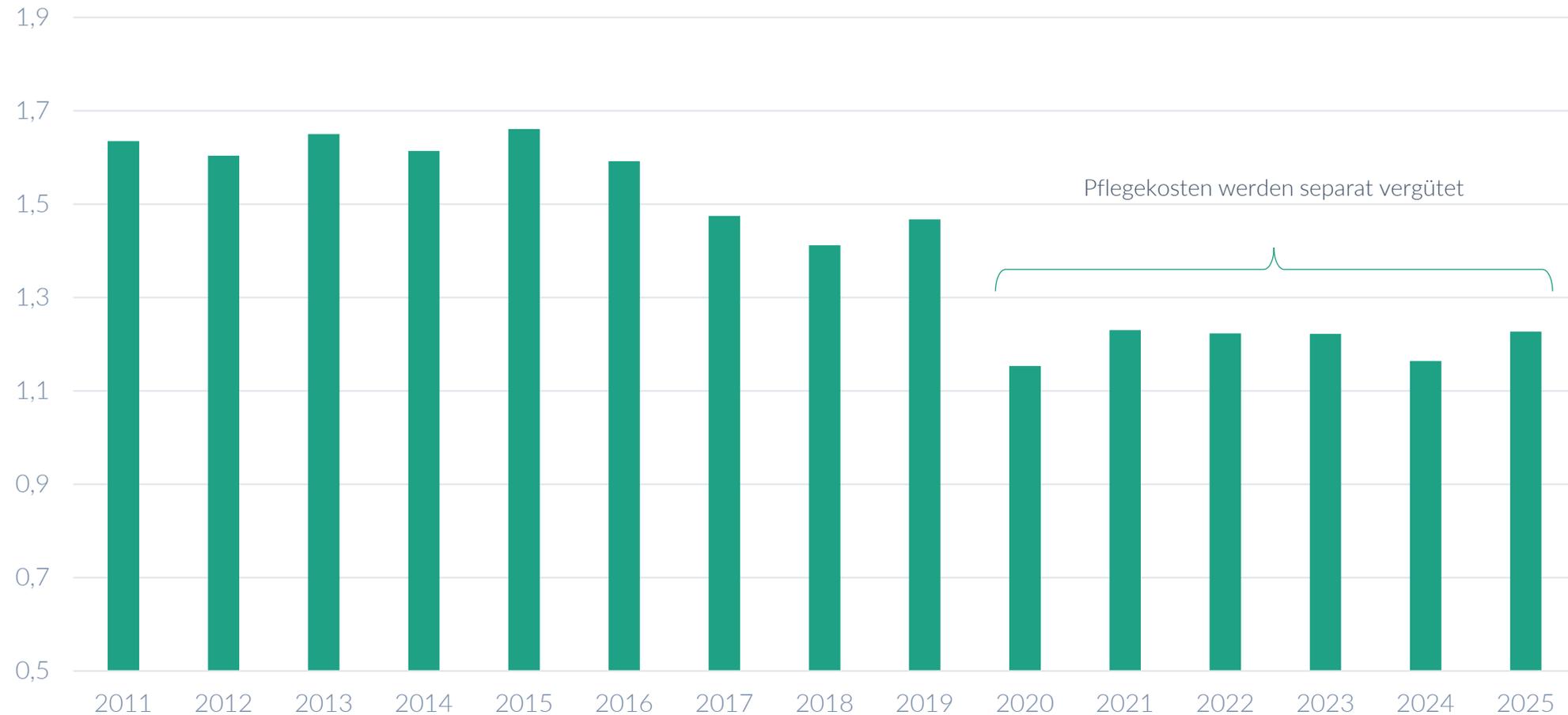
# Preisverfall Zusatzentgelte – Beispiel



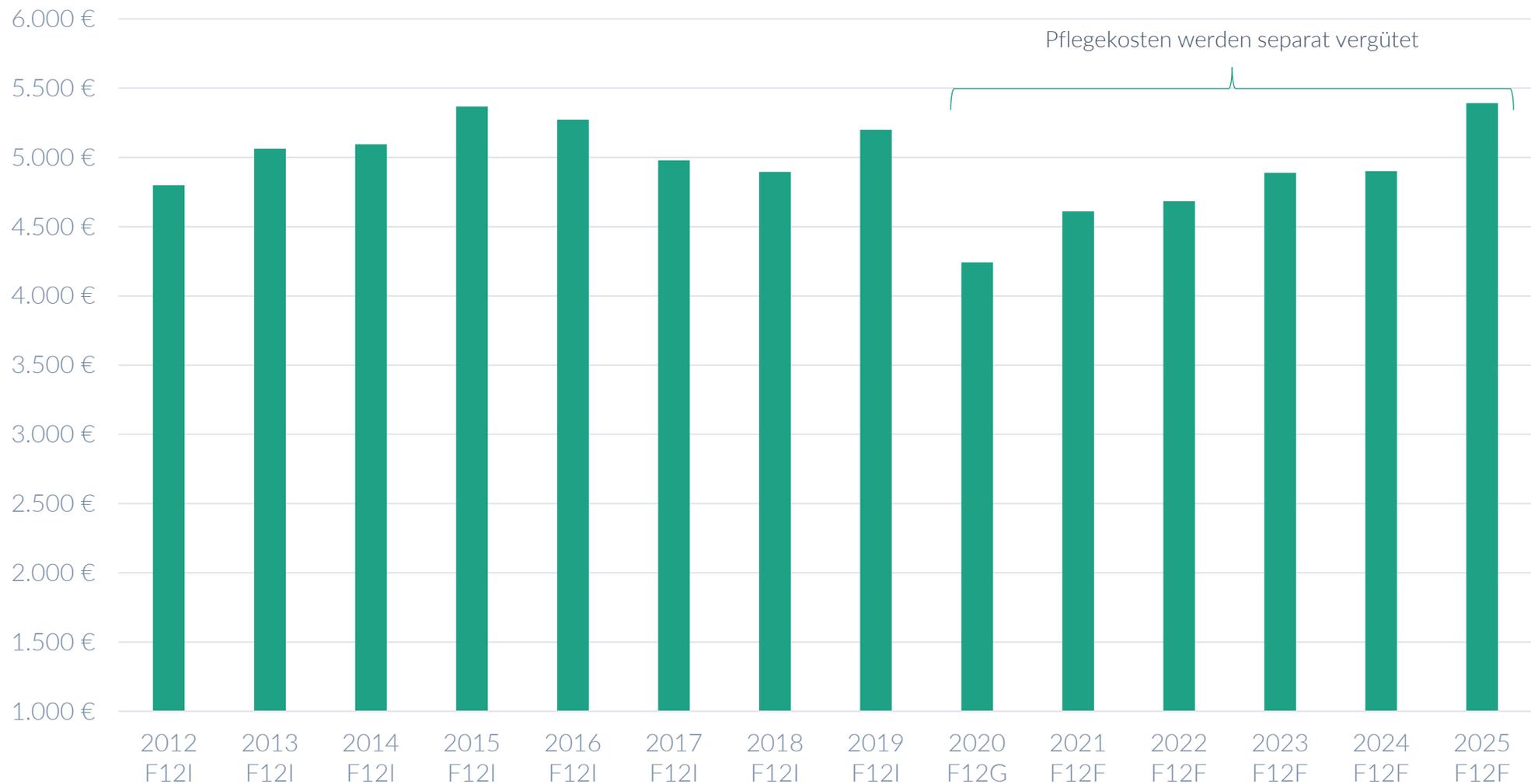
## Preisfall von DRGs – am Beispiel der Ballon-Kyphoplastie



## Relativgewichte – Implantation eines Herzschrittmachers – 2011 bis 2025



## DRG-Erlös – Implantation eines Herzschrittmachers– 2011 bis 2025



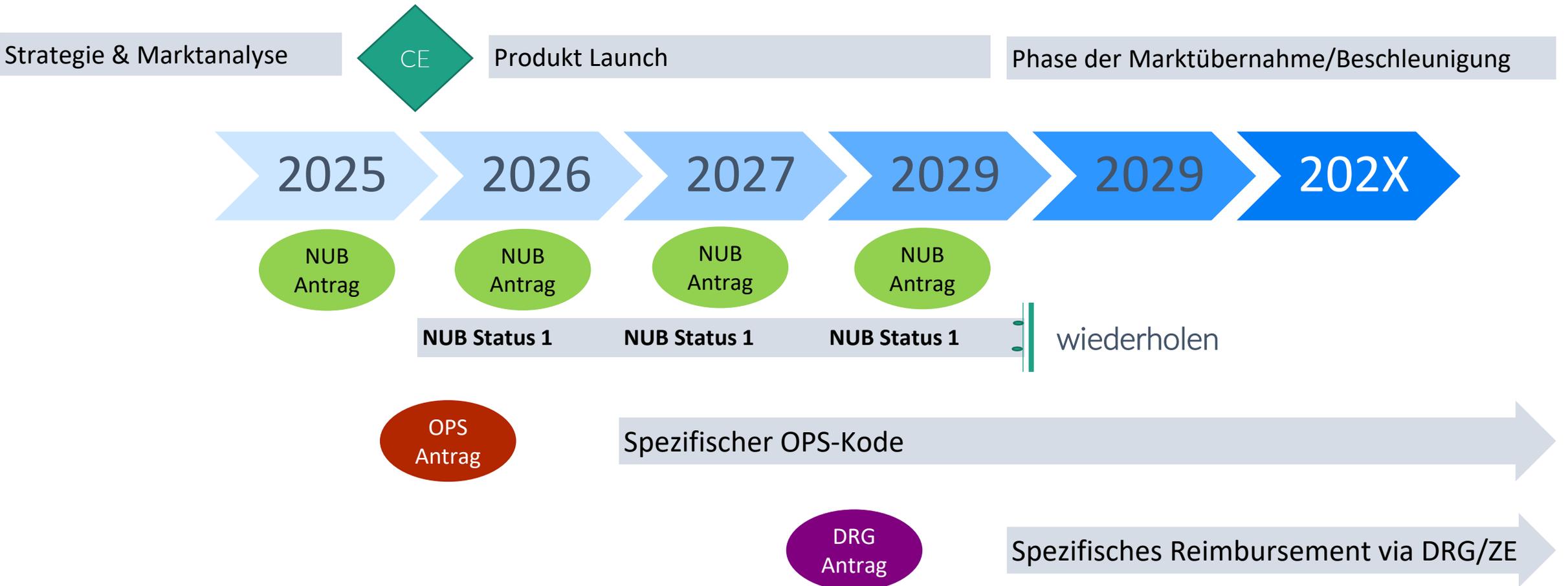


**Das DRG-System:  
DRG / ZE und NUB**

# Übersicht Market Access und Reimbursement Aktivitäten

DRG	Standard Reimbursement	DRG Vorschlagsverfahren	Frist: InEK 31.03.
ZE			
OPS	Leistungsbezeichner für spezifische Vergütung u/o Versorgungsforschung	OPS-Kode Antrag	Frist: BfArM 28.02.
NUB	Krankenhausindividuell zu verhandelndes Entgelt	NUB Antrag (pro Krankenhaus)	Frist: InEK 31.10.
iGV	Integrierter Versorgungsvertrag	Individuelle Verträge zwischen Krankenhäusern und Gesetzlichen Krankenkassen	

## Erstattungsweg für stationäre Leistungen – der Weg zum Erfolg

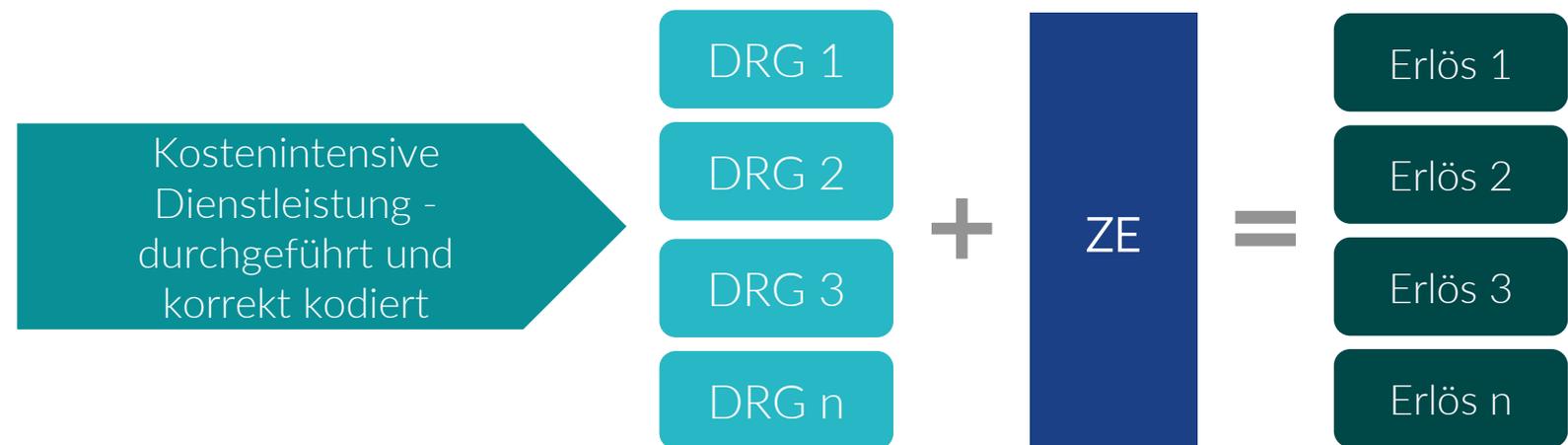


## Zusatzentgelt (ZE): Erstattung für definierte, teure Leistungen – zusätzlich zu den DRGs

Die Zusatzentgelte (ZEs):

- sind **begrenzte "Ausnahmen"** im DRG-System (§ 17b Abs. 1 Satz 12 KHG)
- sind ein Instrument zur **Ergänzung** der Fallpauschalen (DRGs), wenn erforderlich (§ 17 b Abs. 1 Satz 12 KHG)
- dienen der Erstattung **kostenintensiver Therapien/Diagnosen**, die **in verschiedenen DRGs** vorkommen können
- werden typischerweise **durch OPS-Kodes definiert**
- werden **zusätzlich zu der zugrunde liegenden DRG** abgerechnet
- sind Teil des **Krankenhausbudgets**

Wird eine Leistung erbracht und korrekt über einen OPS-Kode kodiert, der ein ZE definiert, kann ein ZE abgerechnet werden.



## Der Preis für unbewertete ZEs muss vor Ort vereinbart werden



## Was ist ein NUB (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden)?

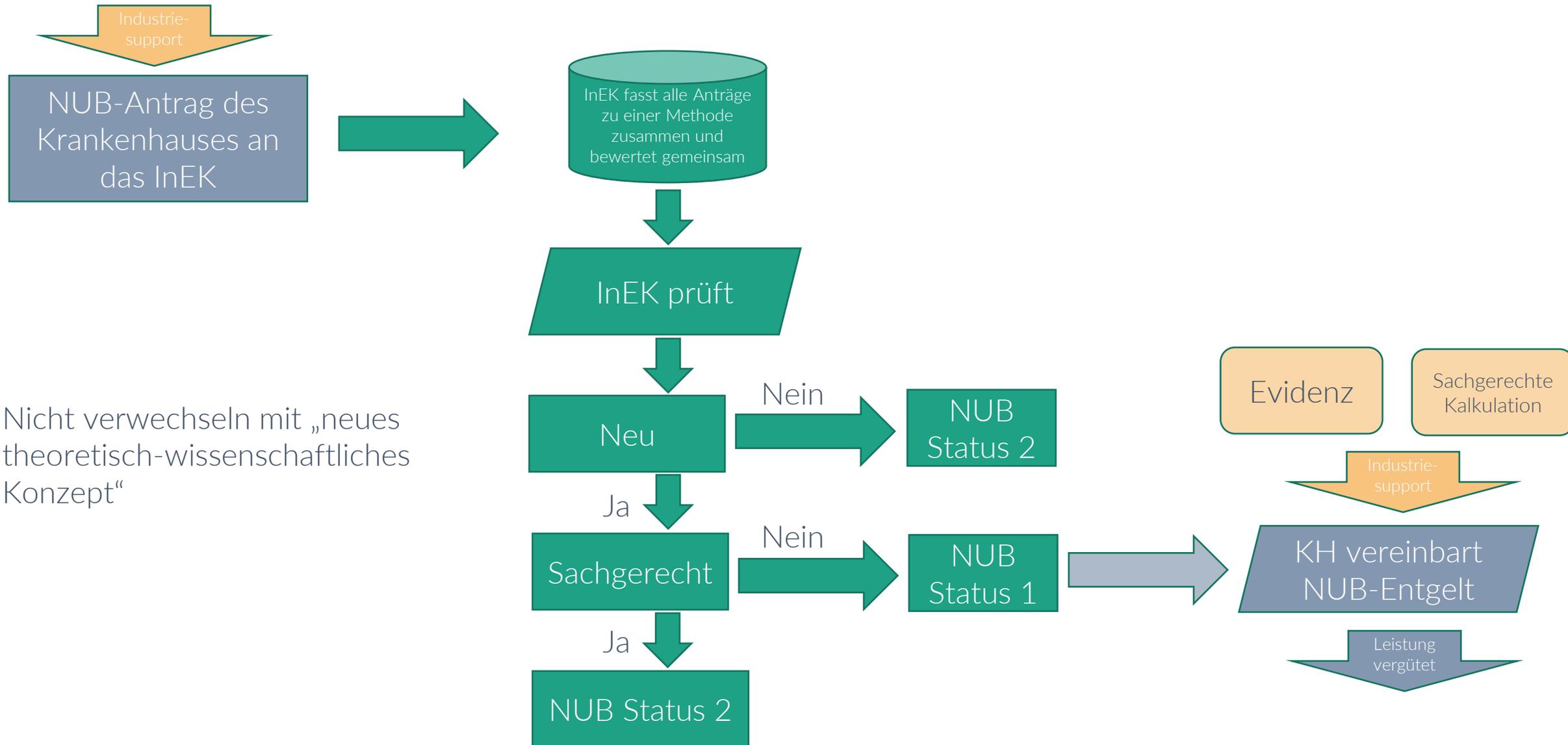
- Eine Methode muss
  - 1.) neu

UND

  - 2.) **nicht sachgerecht** über das G-DRG-System vergütet sein, um den Status 1 zu erhalten.
- Ein NUB-Antrag kann jedes Jahr bis zum 31.10. nur von Krankenhäusern beim InEK eingereicht werden.
- Jedes Krankenhaus kann für Methoden, für die es Status 1 erhalten hat, eine Vergütung mit den Kostenträgern verhandeln.

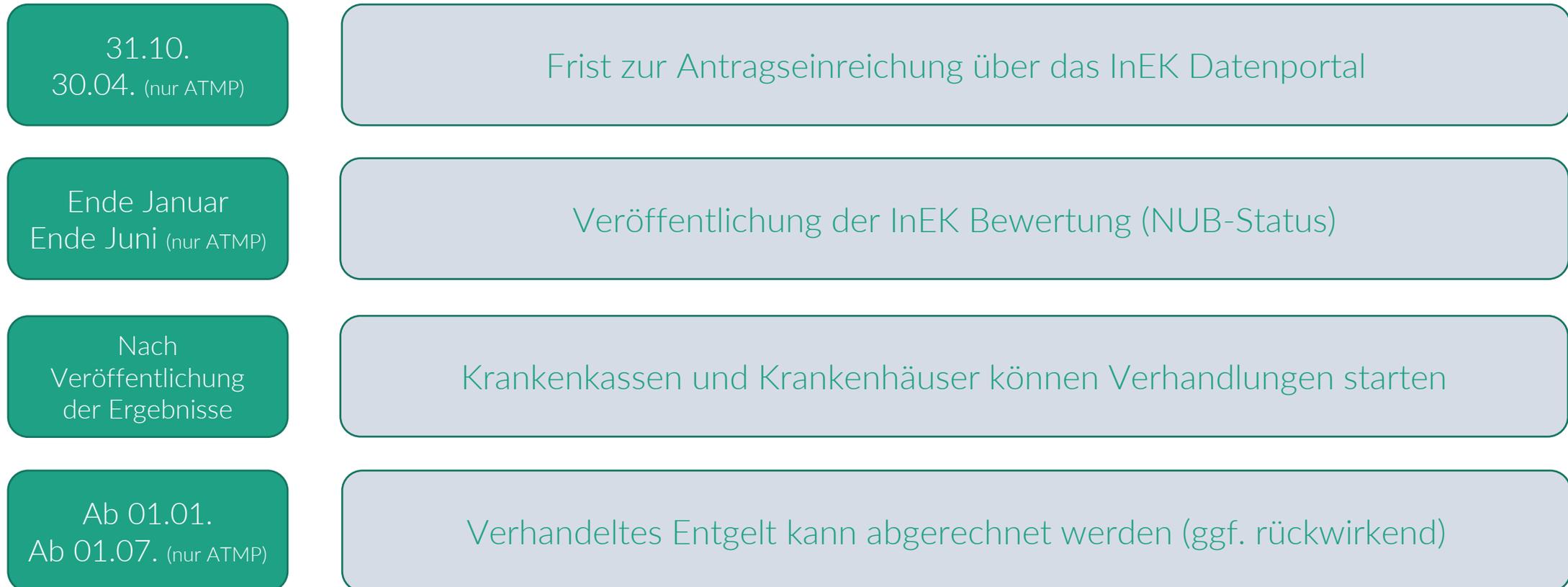
## Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 KHEntgG

- Für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 **noch** nicht sachgerecht vergütet werden können und die nicht gemäß § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von der Finanzierung ausgeschlossen worden sind, sollen die Vertragsparteien nach § 11 zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte außerhalb des Erlösbudgets nach § 4 Abs. 2 und der Erlössumme nach Absatz 3 vereinbaren.....
- Die Entgelte sind sachgerecht zu kalkulieren;
- ...hat das Krankenhaus bis spätestens zum 31. Oktober vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus eine Information einzuholen...
- melden die an der Vereinbarung beteiligten gesetzlichen Krankenkassen Art und Höhe des Entgelts an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
- Für das Schiedsstellenverfahren nach § 13 kann eine Stellungnahme des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eingeholt werden.
- In eng begrenzten Ausnahmefällen können die Vertragsparteien nach § 11 für Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, im Rahmen der Erlössumme nach Absatz 3 ein gesondertes Zusatzentgelt vereinbaren, wenn
- diese Leistungen auf Grund einer Spezialisierung nur von sehr wenigen Krankenhäusern in der Bundesrepublik Deutschland mit überregionalem Einzugsgebiet erbracht werden [...]



Nicht verwechseln mit „neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept“

## NUB Antrag und Fristen: Jährliche Timeline



NUB = Neue Untersuchungs und Behandlungsmethode



Wer:	InEK	G-BA (J-FC)
Basis:	§6 Abs. 2 KHEntgG	§137h SGB V
Ziel:	Zuschüsse, Rückerstattung für Innovation und neue Methoden	Nutzenbewertung (HTA) Ausschluss von der Kostenerstattung
Was kann erreicht werden:	Spezifische Kostenerstattung Ja / Nein	Allgemeiner Ausschluss von der Kostenerstattung Obligatorische klinische Studie

\* gleiches Akronym für sehr unterschiedliche Prozesse

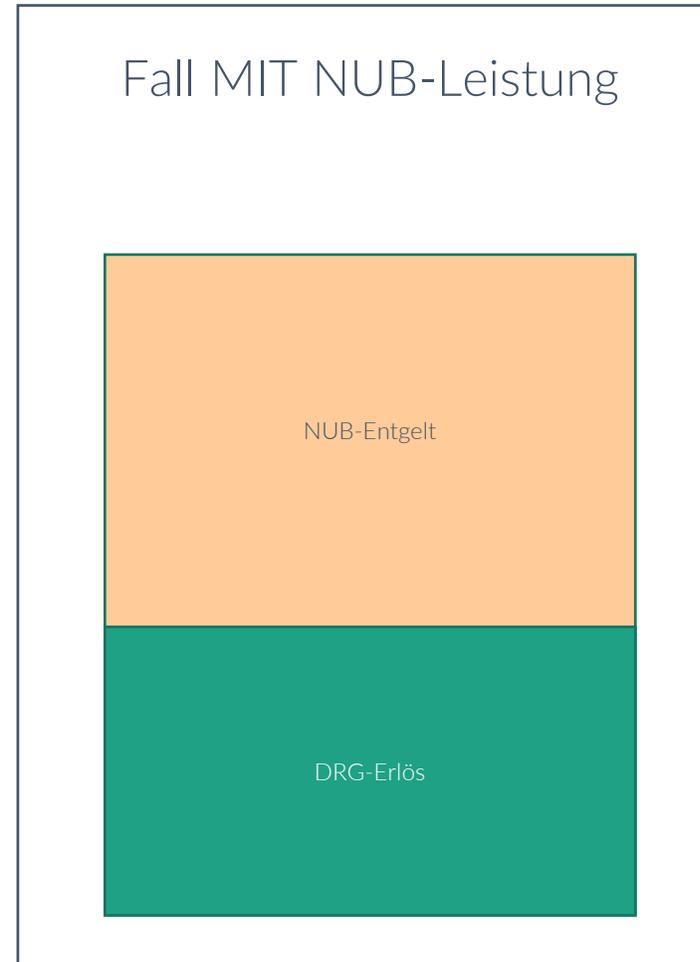
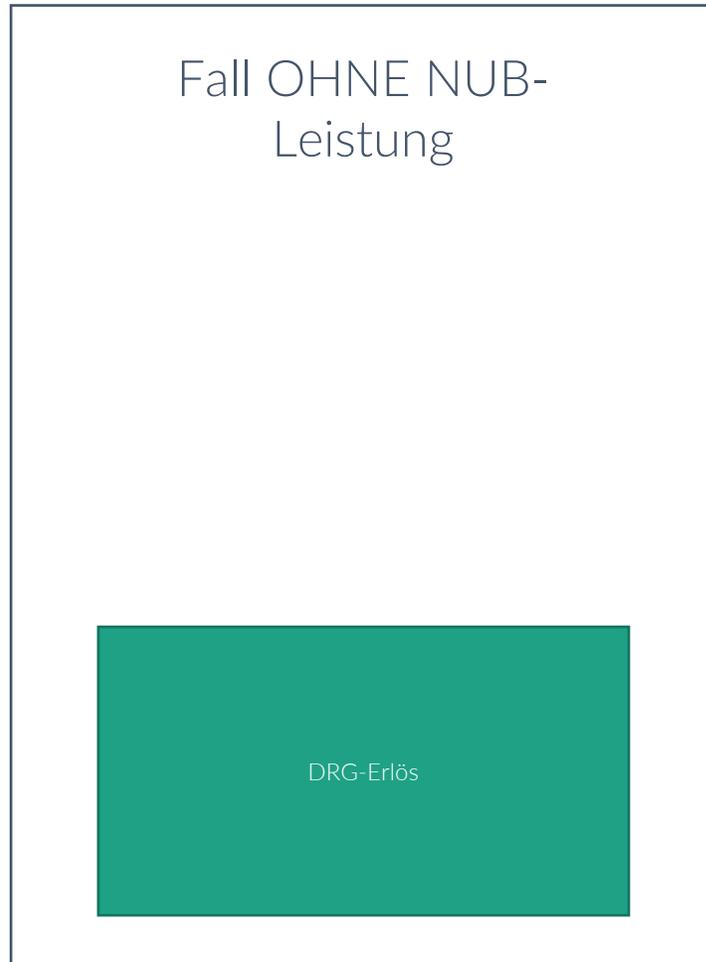
vereinfachte Darstellung

**Zusammenfassung:** Bitte stellen Sie sicher, dass Sie keine Nutzenbewertung auslösen, wenn Sie nicht dazu verpflichtet sind.

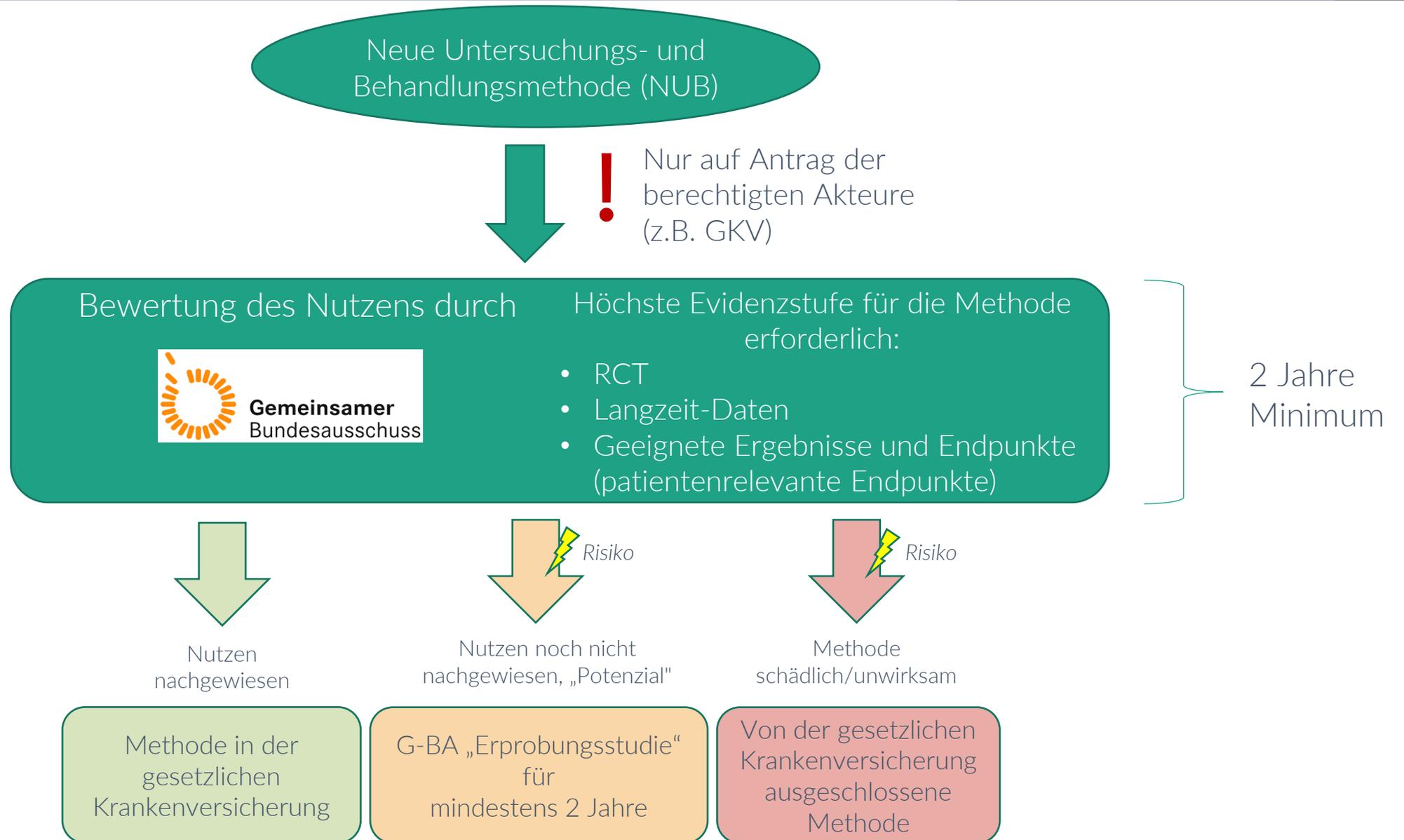
## InEK und G-BA arbeiten getrennt und prüfen unterschiedliche Kriterien

- **InEK: § 6 Abs. 2 KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz): „Vereinbarung sonstiger Entgelte“**
  - InEK prüft, ob die Methode neu (im Sinne des DRG-Systems) ist und ob sie bereits sachgerecht vergütet wird.
- **G-BA: § 137h SGB V: „Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse“**
  - G-BA prüft, ob die Methode auf einem neuen theoretisch-wissenschaftliches Konzept beruht.
  - Wenn ja, wird eine verkürzte Nutzenbewertung durchgeführt, die zu folgenden Ergebnissen führen kann:
    - Ausschluss der Methode (Methode schädlich oder unwirksam)
    - Initiierung einer Erprobungsstudie (Nutzen nicht ausreichend belegt)
    - Aufnahme in den Leistungskatalog (Nutzen belegt)

## NUB-Entgelt soll Mehrkosten gegenüber DRG-Erlös ausgleichen



Höhe des NUB-Entgelts wird vom Krankenhaus kalkuliert



## Warum ein DRG-System?

### GKV Ausgabenstabilität



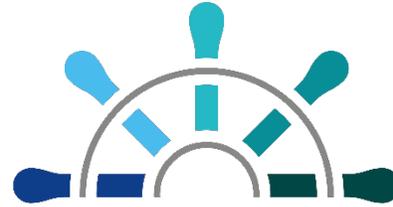
- Gleiche Vergütung für gleiche Leistung  
(kein Selbstkostendeckungsprinzip mehr / ökonomischer Druck auf die Krankenhäuser)

Leistungs- und Krankenhausabhängige Vergütung  
(„Geld folgt der Leistung“)

- Reduzierung der Verweildauer
- Steigende Kosten und Transparenz der Leistungen im Krankenhaus



**Implizite Krankenhausstrukturreform über die Krankenhausfinanzierung**



# HEALTHCARE HEADS

MARKET ACCESS NAVIGATORS

Specialized in Market Access for Medical Devices

**Sven Sauermann, FA Chirurgie**

sven.sauermann@healthcareheads.com

+49 431 - 80014722

**Dr. med. Susanne Habetha MPH**

susanne.habetha@healthcareheads.com

+49 431 - 80014711

**Healthcare Heads GmbH**

Fleethörn 7 | 24103 Kiel | Germany

[info@healthcareheads.com](mailto:info@healthcareheads.com) | +49 431 - 8001470

[www.healthcareheads.com](http://www.healthcareheads.com)

Geschäftsführung: Dr. med. Susanne Habetha MPH, Sven Sauermann

Sitz: Kiel | Amtsgericht Kiel | HRB 21293 KI

## Abkürzungsverzeichnis

aG-DRG	Ausgliedertes G-DRG-System	IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
AOP	Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus	iGV	Integrierter Versorgungsvertrag
ATMP	Advanced Therapy Medicinal Products	InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
BBFW	Bundesbasisfallwert	KBV	Kassenärztliche Vereinigung
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte	KH	Krankenhaus
BIP	Bruttoinlandsprodukt	KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
BSG	Bundessozialgericht	KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
BWR	Bewertungsrelation	KIP	Klinischer Indikationspfad
CM	Casemix	KOL	Key Opinion Leader
CMI	Casemix Index	MD	Medizinischer Dienst
DiGA	Digitale Gesundheitsanwendung	mVD	Mittlere Verweildauer
DiPA	Digitale Pflegeanwendung	NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft	oGV	Obere Grenzverweildauer
DRG	Diagnosis Related Group	OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab	PEPP	pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
FPK	Fallpauschalen-Katalog	PKV	Private Krankenversicherung
FPV	Fallpauschalenvereinbarung	RCT	Randomized Controlled Trial
G-AEP	German Appropriateness Evaluation Protocol	Rg	Relativgewicht
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss	SGB	Sozialgesetzbuch
G-DRG	German-Diagnosis Related Groups	uGV	Untere Grenzverweildauer
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung	USP	Unique Selling Proposition
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte	VWD	Verweildauer
HTA	Health Technology Assessment	ZE	Zusatzentgelt
ICD-10-GM	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Version, German Modification		