

Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für das Jahr 2026 in Zusammenhang mit den Definitionshandbüchern der aG-DRG-Versionen 2024/2026 und 2025/2026 bzw. den darauf beruhenden Groupern

Die aG-DRG-Version 2024/2026 dient der Verarbeitung von Daten aus dem Jahr 2024 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2024 und OPS Version 2024) mit dem im Jahr 2026 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus. Entsprechend dient die aG-DRG-Version 2025/2026 der Verarbeitung von Daten aus 2025 (beruhend auf den Katalogen ICD-10-GM Version 2025 und OPS Version 2025) mit dem im Jahr 2026 zur Abrechnung verwendeten Grouperalgorithmus.

Diese Grouperversionen sind insbesondere für die Leistungsplanung bzw. Budgetverhandlung von Bedeutung. Grundsätzlich ist zu beachten, dass Änderungen des Grouperalgorithmus, der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), der ICD-/OPS-Kataloge oder der Abrechnungsbestimmungen die Aussagekraft des Grouperergebnisses beeinflussen. Hier ist zu unterscheiden zwischen Parametern, die im Datenjahr noch nicht erfasst werden konnten (z. B. für 2026 neu eingeführte OPS-Kodes) und Parametern, die im Datenjahr noch nicht gruppierungsrelevant waren und daher möglicherweise unvollständig oder fehlerhaft erfasst worden sind.

Eine unkritische Übernahme der Gruppierungsergebnisse der aG-DRG-Version 2024/2026 für die Daten aus 2024 bzw. der aG-DRG-Version 2025/2026 für die Daten aus 2025 ist deshalb nicht zu empfehlen.

Insbesondere sollten die folgenden Punkte bedacht werden:

(Diese Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und wird bei Bedarf ergänzt. Bitte beachten Sie die Aktualisierungsstände der einzelnen Hinweise. Nicht aus allen genannten Punkten muss sich zwingend ein Handlungsbedarf ergeben.)

1. Änderungen der Diagnosenklassifikation (ICD)

1.1. Neue oder geänderte Kodes in der ICD-10-GM Version 2025

1.1.1. Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte (Stand: 15.12.2025)

Die Diagnose M96.6 ist innerhalb der MDC 08 in verschiedenen operativen DRGs, beispielsweise DRG I08E *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur [...], mit bestimmten komplizierenden Diagnosen* oder DRG I13C *Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit best. Mehrfacheingr. od. kompliz. Diag. [...]*, gruppierungsrelevant. Für den ICD-10-GM Version 2025 erfolgte eine Ergänzung im Hinweistext, so dass diese Schlüsselnummer auch bei einer Knochenfraktur nach Entfernen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte verwendet werden kann. Es ist davon auszugehen, dass es sich hierbei um die Klarstellung einer bereits bestehenden Kodierpraxis handelt. Sollten Sie jedoch bislang diesen Code nicht bei einer Knochenfraktur nach Entfernen eines orthopädischen Implantates [...] verwendet haben, kann es sein, dass sich Fälle des Jahres 2025 innerhalb der operativen Partition anders eingruppieren als dies anhand einer Analyse von Daten aus dem Jahr 2024 zu erwarten ist.

1.2. Neue oder geänderte Codes in der ICD-10-GM Version 2026

1.2.1. Infektion und entzündliche Reaktion durch zentralen Gefäßkatheter und Dialysekatheter (Stand: 15.12.2025)

Für die ICD-10-GM Version 2026 wurde der Code T82.7 *Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen* sechsfach differenziert. Neben den neuen Codes für z.B. *Infektion und entzündliche Reaktion durch ein kardiales elektronisches Gerät, Implantat und Transplantat im Herzen oder Herzunterstützungssystem und künstliches Herz* wurde auch ein spezifischer Code für *Infektion und entzündliche Reaktion durch zentralen Gefäßkatheter und Dialysekatheter* (T82.74) etabliert. Die Überleitung des Codes T82.74 wurde vom BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) auf den Code T82.7 vorgenommen. Fälle mit der Hauptdiagnose T82.74 wären damit in der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* und bei konservativer Behandlung in der Basis-DRG F75 *Andere Krankheiten des Kreislaufsystems* abgebildet worden und hätten auch in der PCCL-Schweregradsystematik die Funktion des Altkodes T82.7 „geerbt“.

Aus Sicht der DRG-Klassifikation ist jedoch der ICD-Code T80.2 *Infektionen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken* der geeignetere Code für die Überleitung des Neukodes T82.74, weshalb die Überleitung des Codes T82.74 für die aG-DRG-Version 2026 vom BfArM abweichend auf den Code T80.2 vorgenommen wurde. Damit werden zukünftig Fälle mit der Hauptdiagnose T82.74 der MDC 18B *Infektiöse und parasitäre Krankheiten* und bei konservativer Behandlung der Basis-DRG T64 *Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten* zugeordnet, auch im PCCL-System ergibt sich die Funktion des Codes entsprechend.

Bei der Leistungsplanung für 2026 gilt es zu beachten, dass Fälle mit *Infektion und entzündliche Reaktion durch zentralen Gefäßkatheter und Dialysekatheter* in Abhängigkeit von der bisherigen Kodierung, in der aG-DRG-Version 2026 anders eingruppiert werden können, als dies anhand einer Analyse von Daten aus den Jahren 2024 und 2025 zu erwarten ist.

1.3. Neue oder geänderte Codes in der OPS-10-GM Version 2025

1.3.1. Offen chirurgische Arthrodesen an Zehengelenken (Stand: 15.12.2025)

Im OPS Version 2025 wurden die Codes für die *Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Kleinzehengelenk* (5-808.b2 bis .b6) differenziert in „Metatarsophalangealgelenk, Digitus II bis V“ und „Interphalangealgelenk, Digitus II bis V“.

Analog zum OPS bis einschließlich zur Version 2024 ist auch die Anzahl der versorgten Gelenke kodierbar. In der aG-DRG-Version 2024/2026 sind die Codes für mindestens zwei Gelenke in der Splitbedingung der DRGs I20E *Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritis oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre* und I20N *Hybrid-DRG der DRG I20E in Kombination mit bestimmten Eingriffen an der Großzehe* gruppierungsrelevant. Ab 2025 sind Fälle, die sowohl einen Eingriff am Metatarso- als auch am Interphalangealgelenk Digitus II bis V haben, mit zwei Codes zu verschlüsseln. Um eine geänderte Gruppierung durch Änderung der Kodierung einer offen chirurgischen Arthrodesen an den Kleinzehengelenken zu vermeiden, wurde nach der Überleitung die Definition der DRGs I20E/N in der Weise angepasst, dass die Kombination der beiden Codes 5-808.b9 *Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Metatarsophalangealgelenk, Digitus II bis V, 1 Gelenk* und 5-808.bd *Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk:*

Interphalangealgelenk, Digitus II bis V, 1 Gelenk analog der Eingruppierung der Codes für die offen chirurgische Arthrodeese von mindestens zwei Kleinzehengelenken in der aG-DRG-Version 2024/2026 in die DRGs I20E bzw. I20N führt. In der Definition der Hybrid-DRGs I20M, I20N und I20O sind hingegen komplexe Eingriffe mit Arthrodeese an fünf oder mehr Kleinzehengelenken nicht enthalten. Daher wurde auch in diesen DRGs die Definition in der Weise angepasst, dass Arthrodesen, bei denen in Summe mindestens fünf Kleinzehengelenken operiert wurden, weiterhin nicht der Hybrid-DRG zugeordnet sind. Innerhalb der Basis-DRG I20 *Eingriffe am Fuß* wurde trotz des strukturellen Umbaus des OPS in diesem Bereich somit eine weitestgehend kongruente Anpassung zwischen Kalkulations- und Abrechnungsjahr erreicht.

1.3.2. Erweiterte Hemihepatektomie links (Stand: 15.12.2025)

In der OPS Version 2025 wurde ein Code für die *Erweiterte Hemihepatektomie links [Resektion der Segmente 2 bis 5 und 8]* (OPS 5-502.9) neu aufgenommen. Laut klassifikatorischer Überleitung des BfArM sollte dieser neue OPS-Code auf den unspezifischen Code („Sonstige“) für *Anatomische (typische) Leberresektion: Resektion sonstiger Segmentkombinationen* (OPS 5-502.5) übergeleitet werden. Dies würde in der Gruppierung der entsprechenden Fälle bedeuten, dass diese Leistung in der MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* – im Gegensatz zur *Hemihepatektomie links [Resektion der Segmente 2, 3, 4a und 4b]* (OPS 5-502.1) – nicht in der Basis-DRG H01 *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie [...]* abgebildet wird. Um zu gewährleisten, dass zukünftig eine Eingruppierung analog zu Codes erfolgt, die eine Teilleistung (Resektion der Lebersegmente 2, 3, 4a und 4b) des neuen Verfahrens beschreiben, wurde von der klassifikatorischen Überleitung des BfArM abgewichen. Im Ergebnis wurde der neue Code 5-502.9 auf den Code 5-502.1 *Hemihepatektomie links [Resektion der Segmente 2, 3, 4a und 4b]* übergeleitet und wird damit in den aG-DRG-Versionen 2025/2026 und 2026 in der Basis-DRG H01 der MDC 07 abgebildet. In Abhängigkeit von der bisherigen Kodierung ist zu berücksichtigen, dass in den aG-DRG-Versionen 2025/2026 und 2026 gegebenenfalls mehr Fälle mit erweiterter Hemihepatektomie links der Basis-DRG H01 zugeordnet werden, als dies eine Analyse auf Basis der Daten des Jahres 2024 vermuten lässt.

2. Zusatzentgelte (Stand: 15.12.2025)

2.1. Neue Zusatzentgelte (Stand: 15.12.2025)

In der Fallpauschalenvereinbarung 2026 (FPV 2026) werden in den Anlagen nachfolgende Leistungen aufgeführt, die im Jahr 2026 neu über Zusatzentgelte vergütet werden:

Unbewertete Zusatzentgelte

Zusatzentgelt	Bezeichnung
ZE2026-231	<i>Gabe von Ravulizumab, parenteral</i>
ZE2026-232	<i>Gabe von Darolutamid, oral</i>
ZE2026-233	<i>Gabe von Mogamulizumab, parenteral</i>
ZE2026-234	<i>Gabe von Dostarlimab, parenteral</i>
ZE2026-235	<i>Gabe von Enfortumab vedotin, parenteral</i>
ZE2026-236	<i>Gabe von Sacituzumab govitecan, parenteral</i>
ZE2026-237	<i>Gabe von Tafasitamab, parenteral</i>
ZE2026-238	<i>Gabe von Trastuzumab deruxtecan, parenteral</i>
ZE2026-239	<i>Gabe von Glofitamab, parenteral</i>
ZE2026-240	<i>Gabe von Tebentafusp, parenteral</i>

Ein Teil dieser Leistungen ist über OPS-Kodes definiert, die in den Daten des Jahres 2024 oder 2025 noch nicht oder nicht in der erforderlichen Differenzierung vorliegen. Für die Leistungsplanung 2026 müssen somit ggf. über die per OPS verschlüsselten Prozeduren hinausgehende Informationen herangezogen werden.

2.2. Gestrichene Zusatzentgelte (Stand: 15.12.2025)

Nachfolgende Zusatzentgelte sind für 2026 gestrichen und werden deshalb in den entsprechenden Anlagen der Fallpauschalenvereinbarung 2026 nicht mehr aufgeführt:

Bewertete Zusatzentgelte

Zusatzentgelt bis 2026	Bezeichnung
ZE101	<i>Medikamente-freisetzende Koronarstents</i>
ZE153	<i>Zügeloperation mit alloplastischem Material, adjustierbar</i>

2.3. Änderung von bewerteten in unbewertete Zusatzentgelte (Stand: 15.12.2025)

In der Fallpauschalenvereinbarung für 2026 wurden die in 2025 nachfolgend gelisteten, bewerteten Zusatzentgelte in unbewertete Zusatzentgelte umgewandelt:

FPV 2025 (Anlage 2 und 5)	FPV 2026 (Anlage 4 und 6)
ZE176 <i>Gabe von Nirsevimab, parenteral, 50 mg oder 100 mg, Alter < 1 Jahr</i>	ZE2026-230 <i>Gabe von Nirsevimab, parenteral, 50 mg oder 100 mg, Alter < 1 Jahr</i>

Für Leistungen, die bereits beim Wechsel der letztjährigen FP-Kataloge von 2024 auf 2025 von bewerteten Entgelten in unbewertete Entgelte überführt wurden oder bei denen aufgrund der Differenzierung eines bewerteten Entgelts eine Teilmenge als unbewertetes Entgelt weitergeführt wurde, gilt, dass in FPV 2026, – bei Nichtvorliegen einer Budgetvereinbarung zum 1.1. des neuen Systemjahres – der ZE-Betrag aus 2024 nicht mehr zu 100%, sondern bis zum Beginn des Wirksamwerdens der Budgetvereinbarung nur noch zu 70% abzurechnen ist. Dies gilt für folgende, im FP-Katalog 2026 mit einer entsprechenden Fußnote gekennzeichnete Zusatzentgelte:

FPV 2026 (Anlage 4 und 6)	FPV 2024 (Anlage 2 und 5)
ZE2026-221 <i>Gabe von Atezolizumab, subkutan</i>	ZE172 <i>Gabe von Atezolizumab, parenteral</i>
ZE2026-222 <i>Gabe von Ocrelizumab, subkutan</i>	ZE173 <i>Gabe von Ocrelizumab, parenteral</i>

2.4. Änderungen von unbewerteten Zusatzentgelten (Stand: 15.12.2025)

Das in 2025 unbewertete Zusatzentgelt für die *Gabe von Nivolumab, parenteral* wurde für 2026 nach seiner Applikationsform differenziert.

FPV 2025 (Anlage 4 und 6)	FPV 2026 (Anlage 4 und 6)
ZE2025-161 <i>Gabe von Nivolumab, parenteral</i>	ZE2026-241 <i>Gabe von Nivolumab, intravenös</i>
	ZE2026-242 <i>Gabe von Nivolumab, subkutan</i>

2.5. Differenzierung von Zusatzentgelt-definierenden OPS-Kodes (Stand: 15.12.2025)

Wenn bei OPS-Kodes, die ein Zusatzentgelt des Fallpauschalenkataloges definieren, eine weitere Ausdifferenzierung vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vorgenommen wird, erfolgt typischerweise auch eine Aufnahme der entsprechenden differenzierten Kodes in die Zusatzentgelt-Anlagen des Fallpauschalenkataloges an entsprechender Stelle.

Ein Beispiel hierfür aus den Vorjahren ist die im OPS 2009 vorgenommene Ausdifferenzierung der Codes für die intermittierende Hämodialyse mit der Schaffung eines neuen Codes für *Hämodialyse: Verlängert intermittierend, zur Elimination von Proteinen mit einer Molekularmasse bis 60.000* (8-854.8). Da diese Leistung zuvor nicht spezifisch kodierbar war, konnte sie nur als "intermittierende Hämodialyse" verschlüsselt werden. Entsprechend wurden die neuen Codes auch – analog dem Vorgängerkode – den Zusatzentgelten ZE01.01 *Hämodialyse, intermittierend, Alter > 14 Jahre* sowie ZE01.02 *Hämodialyse, intermittierend, Alter < 15 Jahre* zugeordnet. (Dies galt bis 2014, seit 2015 sind diese Codes einem eigenen unbewerteten Zusatzentgelt ZE20XX-109 *Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran* zugeordnet.)

Aus einer solchen (durch eine klassifikatorische Überleitung bedingten) Aufnahme neuer Codes in ein Zusatzentgelt ist jedoch kein automatischer Rückschluss auf die Sachgerechtigkeit der Abbildung und damit etwa auf einen zukünftigen NUB-Status der bezeichneten Leistung möglich.

Sofern eine solche Leistung zukünftig den NUB-Status 1 (angefragte Methoden/Leistungen, welche die Kriterien der NUB-Vereinbarung der Vertragsparteien erfüllen) erhalte und somit zusätzlich ein krankenhausesindividuelles Entgelt für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für die Erbringung dieser Leistung vereinbart werden könnte, wäre der bereits über Zusatzentgelte vergütete Betrag in Form einer Differenzkostenrechnung zu berücksichtigen.

2.6. Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2026-41 *Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems* (Stand: 15.12.2025)

In den Anlagen 4 und 6 des Fallpauschalenkataloges ist seit 2006 ein Zusatzentgelt für die Leistung *Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems* ausgewiesen. Aufgrund von Rückfragen zur Vorgehensweise bei der Vereinbarung dieses Zusatzentgeltes vor Ort enthält der Fallpauschalenkatalog 2026 folgenden Hinweis zu ZE2026-41:

„Die Bewertung des Zusatzentgeltes mittels einer Differenzkostenbetrachtung hat in Abhängigkeit der abzurechnenden DRG-Fallpauschalen zu erfolgen.“

Mittels Zusatzentgelten soll für bestimmte Leistungen der Mehraufwand vergütet werden, der über die typischen Aufwendungen der DRG, der ein Fall mit einer solchen Leistung zugeordnet wird, hinausgeht. Im Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2005, der Definition und Kalkulation von Zusatzentgelten detailliert darstellt, ist dazu (im Hinblick auf die im Fallpauschalenkatalog einheitlich bewerteten Zusatzentgelte) beschrieben:

„Die Kalkulation der mit der untersuchten Leistung verbundenen Kosten erfolgt durch eine Differenzkostenberechnung zwischen Fällen mit und Fällen ohne betrachtete Leistung. Für die Differenzkostenberechnung [ist] die Verteilung der Fälle auf die betroffenen DRG-Fallgruppen ausschlaggebend. Der Vergütungsbetrag eines Zusatzentgeltes entspricht damit dem gewichteten Mittelwert der Differenzkosten über die betroffenen DRGs.“

Aus Sicht des InEK ist die dargestellte Differenzkostenbetrachtung auch bei einer krankenhausesindividuellen Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2026-41 als sachgerecht anzusehen. Somit ist für die zu ermittelnde Höhe des Zusatzentgeltes die DRG-Zuordnung der Fälle mit ausschlaggebend.

Es ist z. B. vorstellbar, dass der Mehraufwand, der durch die Leistungserbringung gemäß der Definition des Zusatzentgeltes *Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des*

Bewegungssystems entsteht, im Vergleich zu DRGs der Basis-DRG I68 *Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich [...]* höher ist, als der ZE-bedingte Mehraufwand der im Vergleich zu DRGs der Basis-DRG I42 *Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* anfällt. Ein möglicher Grund für diesen Unterschied ist darin zu sehen, dass die letztgenannten DRGs einen höheren Anteil der für die Erbringung des ZE2026-41 typischen Leistungen bereits als Bestandteil der jeweiligen DRG enthalten könnten.