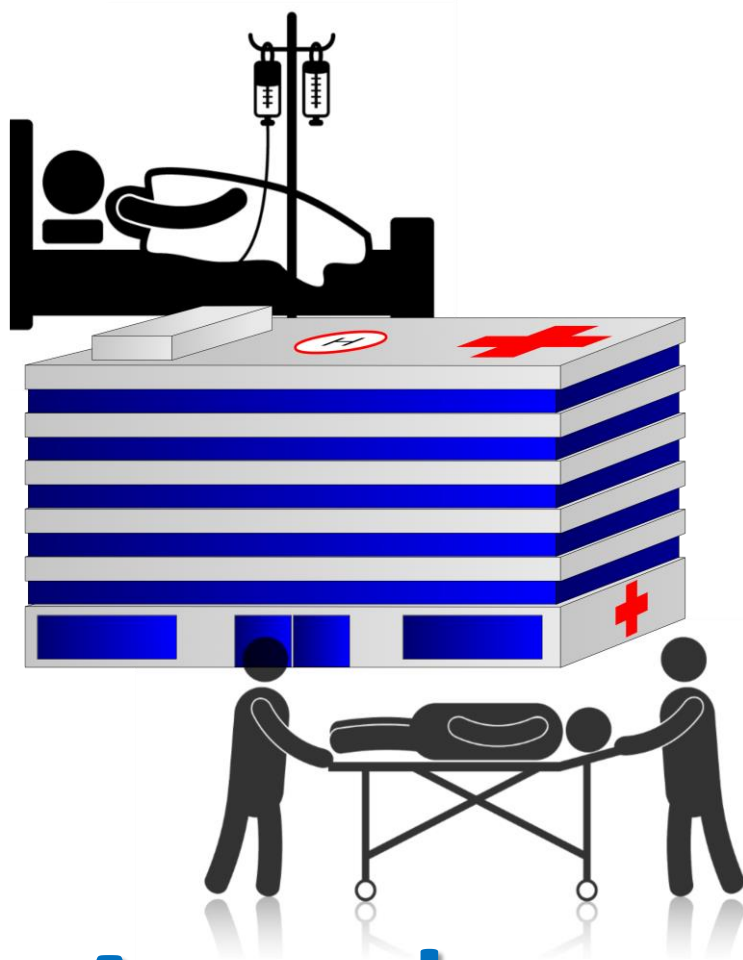




## Vereinbarungen zur Umsetzung des Abrechnungsverfahrens der speziellen sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f SGB V (Hybrid-DRG)

Weiterverwendung bei  
Quellenangabe möglich  
(CC-BY-SA)





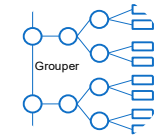
# Agenda



Gesetzliche Grundlage



Verhandlungsverlauf



Beauftragung des InEK



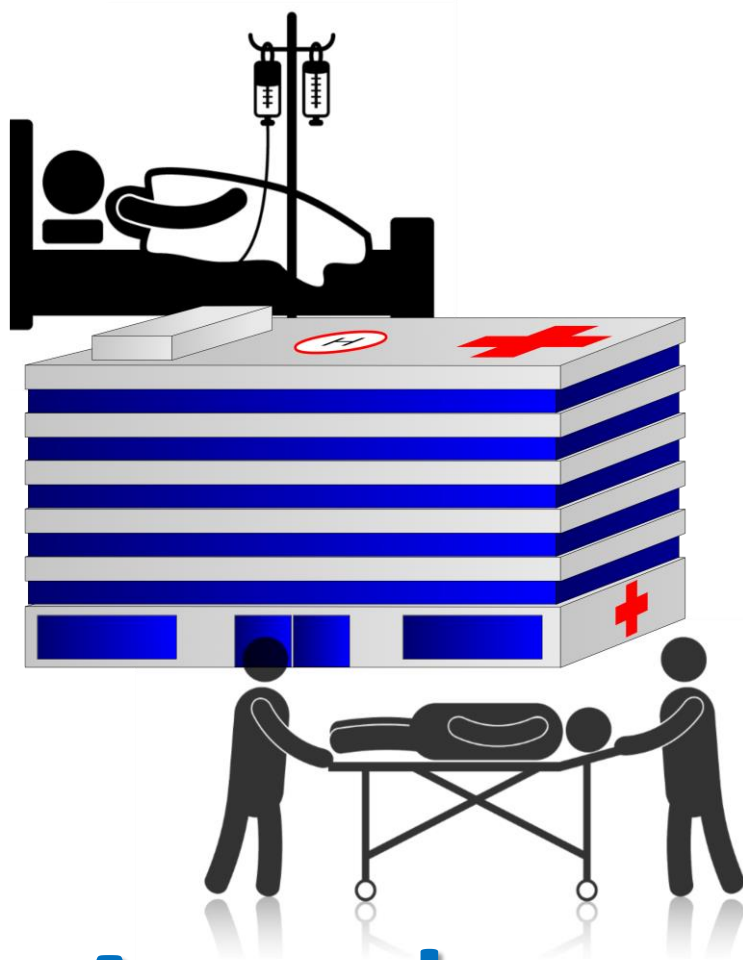
Ersatzvornahme



Vereinbarung zu  
Abrechnungsbestimmungen



Konsequenzen und Handlungsoptionen  
für die Krankenhäuser



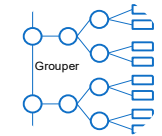
# Agenda



**Gesetzliche Grundlage**



**Verhandlungsverlauf**



**Beauftragung des InEK**



**Ersatzvornahme**

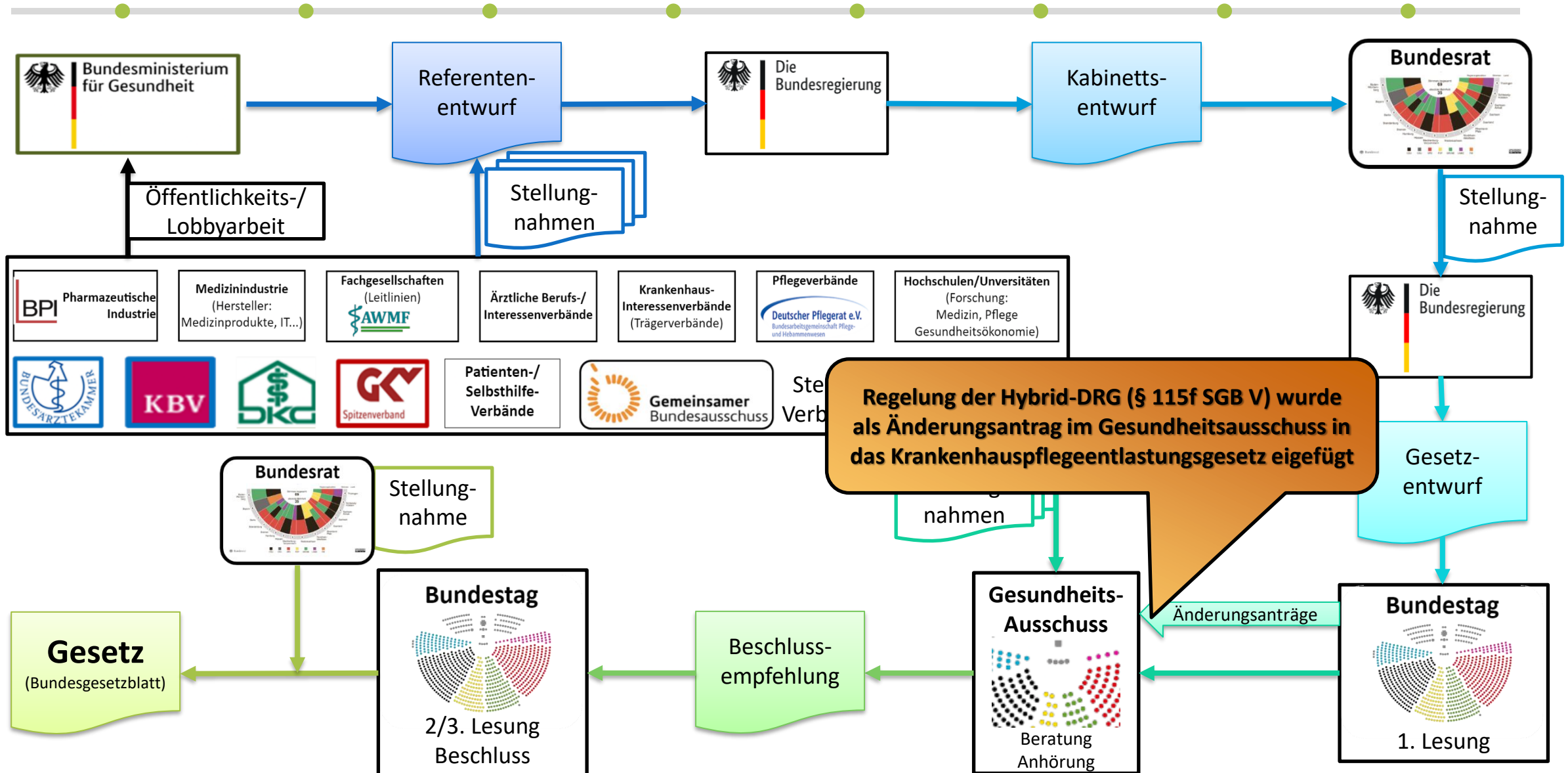


**Vereinbarung zu  
Abrechnungsbestimmungen**



**Konsequenzen und Handlungsoptionen  
für die Krankenhäuser**

# Gesetzgebungsverfahren (nicht zustimmungspflichtiger Gesetze)



## Gesetzliche Grundlage § 115f SGB V

- (1) Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 vereinbaren bis zum 31. März 2023
1. eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird, und
  2. für welche der in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog [AOP-Katalog] genannten Leistungen die Vergütung nach Nummer 1 erfolgt.

Die nach Satz 1 Nr. 1 vereinbarte Vergütung ist für jede nach Satz 1 Nr. 2 vereinbarte Leistung individuell als Fallpauschale zu kalkulieren.

Unterschiede nach dem Schweregrad der Fälle sind dabei durch die Bildung von Stufen zu berücksichtigen.

Bei der erstmaligen Kalkulation sind die für die jeweilige Leistung im stationären und ambulanten Bereich für das zum Zeitpunkt der Kalkulation letzte Abrechnungsjahr gezahlten Vergütungsvolumina sowie die Anzahl der erbrachten Fälle zu berücksichtigen.

Berücksichtigt werden können auch die jeweiligen Anteile der ambulanten und stationären Fälle an der Gesamtzahl der Fälle und die Kosten der ausschließlich stationären Behandlung.

Spätestens ab dem Jahr 2026 ist die Fallpauschale auf Grundlage geeigneter empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs zu kalkulieren und anzupassen.



### Leistungen

- Verschluss einer Hernia...
- Entfernung von Harnleitersteinen...
- Ovarektomie...
- .....

### AOP-Katalog

### Vergütung

- Fallpauschale
- Berücksichtigung des Schweregrades (in Stufen)
- Mischkalkulation ambulante/stationäre Vergütung unter Berücksichtigung der jeweiligen Fallzahl
- Ab 2026 Kalkulation auf empirischen Kostendaten

## Gesetzliche Grundlage § 115f SGB V

(2) Als Kriterien bei der Auswahl von Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 sind insbesondere

- eine hohe Fallzahl im Krankenhaus,
- eine kurze Verweildauer und
- ein geringer klinischer Komplexitätsgrad

zu berücksichtigen.

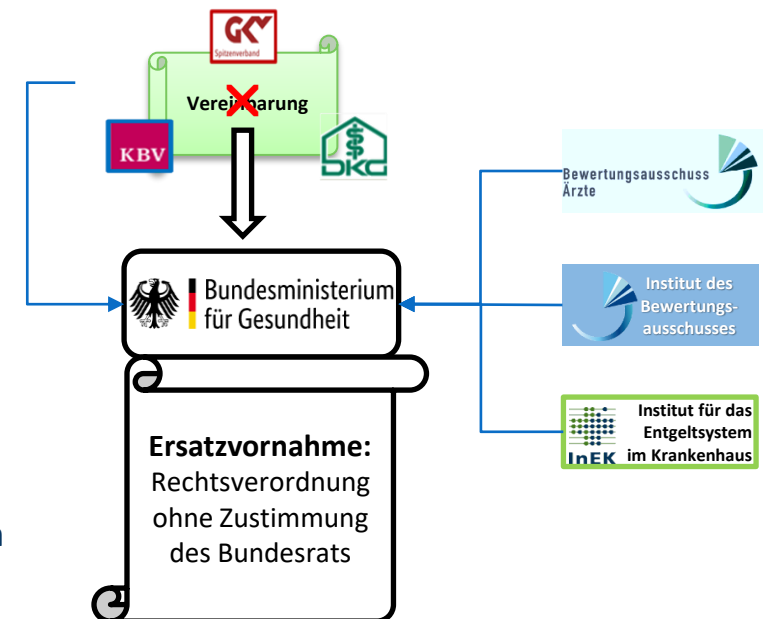
Die Auswahl von Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 ist im Abstand von jeweils zwei Jahren zu überprüfen und, sofern erforderlich, anzupassen, erstmals spätestens bis zum 31. März 2025.

(3) Das BMG wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die spezielle sektorengleiche Vergütung und die nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 zu vereinbarenden Leistungen zu bestimmen, soweit eine Vereinbarung der Vertragsparteien oder eine Anpassung ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande gekommen ist.

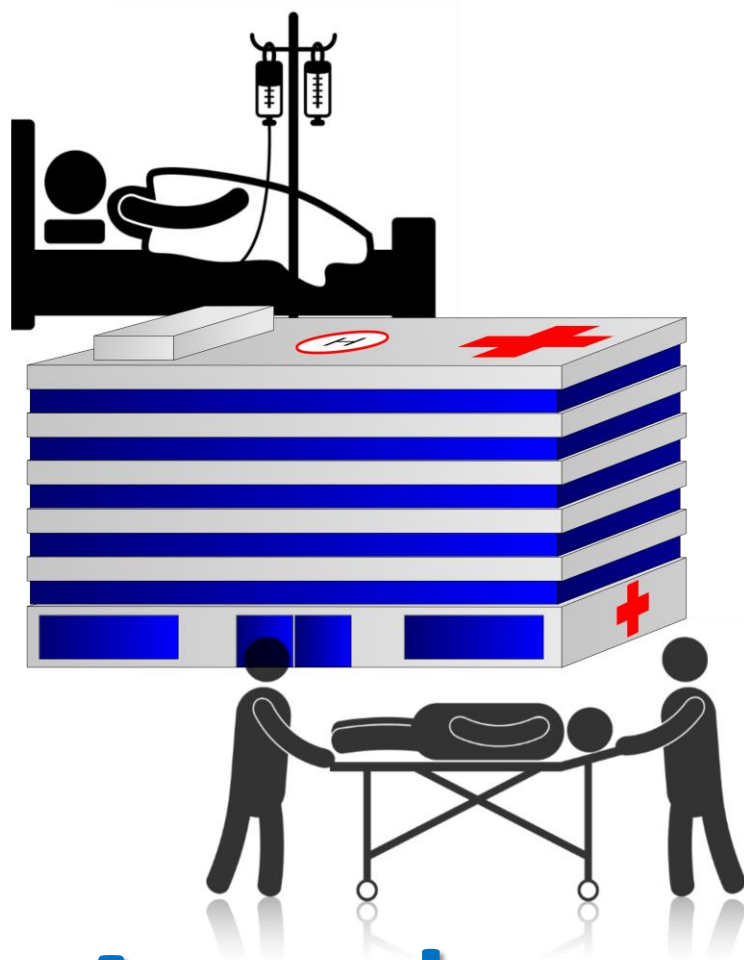
Zur Vorbereitung einer Regelung nach Satz 1 sind

- die einzelnen Vertragsparteien,
- der (ergänzte) Bewertungsausschuss für Ärzte,
- das Institut des Bewertungsausschusses und
- das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten.



## Agenda



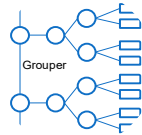
# Agenda



Gesetzliche Grundlage



Verhandlungsverlauf



Beauftragung des InEK



Ersatzvornahme

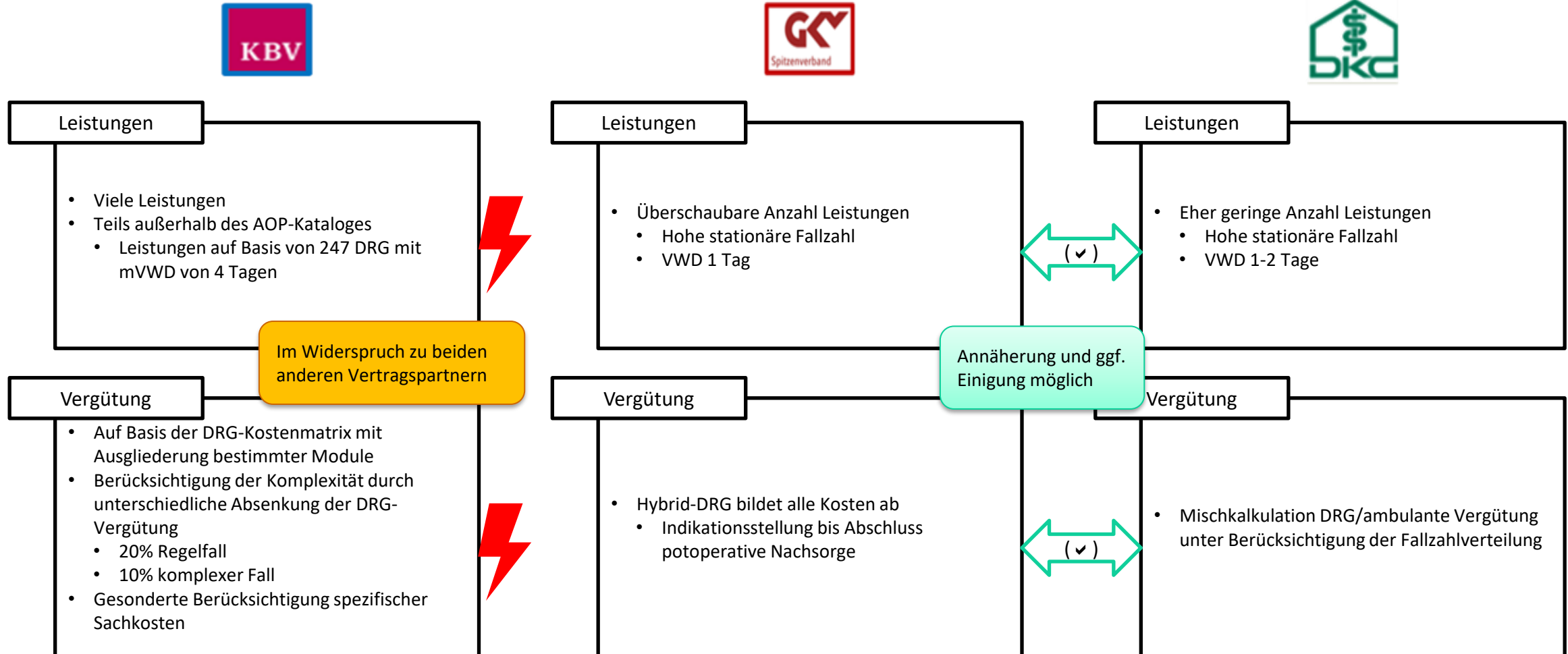


Vereinbarung zu  
Abrechnungsbestimmungen



Konsequenzen und Handlungsoptionen  
für die Krankenhäuser

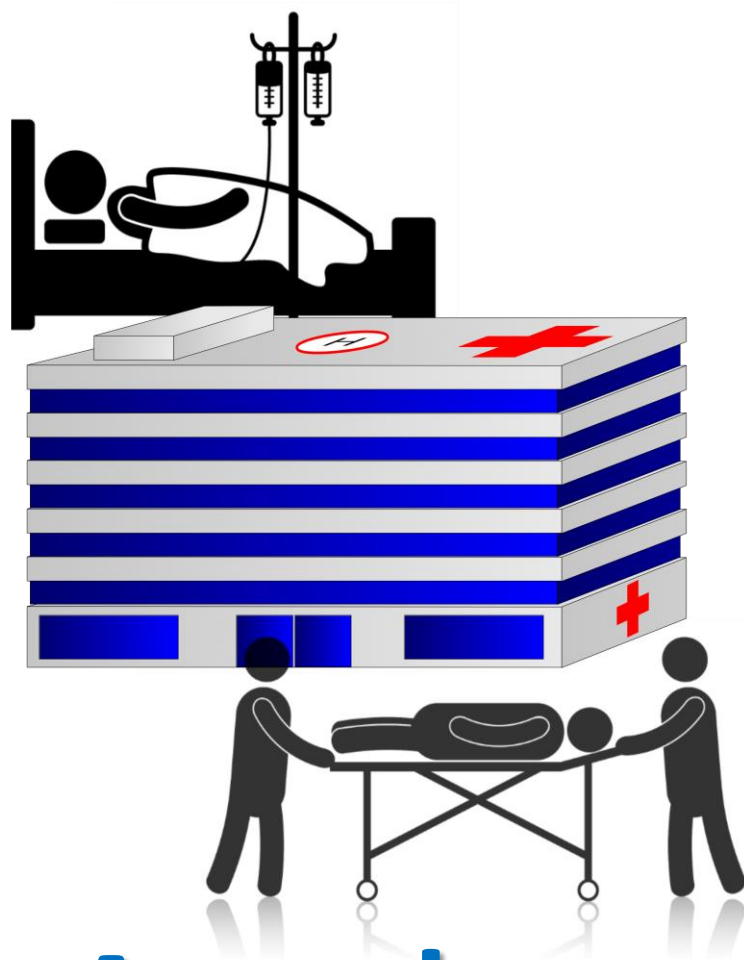
## Verhandlungen der Selbstverwaltung



⇒ Verhandlungen gescheitert



## Agenda



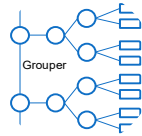
# Agenda



Gesetzliche Grundlage



Verhandlungsverlauf



Beauftragung des InEK



Ersatzvornahme



Vereinbarung zu  
Abrechnungsbestimmungen



Konsequenzen und Handlungsoptionen  
für die Krankenhäuser

## Beauftragung des InEK

---

- BMG beauftragt InEK mit der Entwicklung der Hybrid-DRG
  - Startkatalog des BMG mit 24 OPS aus fünf Leistungsbereichen:
    - Bestimmte Hernienoperationen
    - Entfernung von Harnleitersteinen
    - Ovariectomien
    - Arthrodesen (Versteifung) der Zehengelenke
    - Exzision eines Sinus pilonidalis
  - Bedingungen für die Hybrid-DRG
    - OPS aus dem Startkatalog (ggf. weitere)
    - Verweildauer = 1 (ein Belegungstag)
    - PCCL < 3

## Beauftragung des InEK

- Analyse der OPS des Startkatalogs
  - Prozeduren kommen selten als einzige Leistung vor, meist in Kombination mit anderen – teils im DRG-System ebenfalls vergütungsrelevanten – OPS
  - Die entsprechenden stationären DRG enthalten oft weitere (verwandte bzw. ähnlich aufwändige) Leistungen
  - Wie ist der Startkatalog zu interpretieren?

- Fälle mit ausschließlich einem OPS des Startkatalogs  
→ Sehr kleine Fallzahl
- Fälle mit mindestens einem OPS des Startkatalogs  
→ Auch komplexe Fälle betroffen
- Wie soll mit „ähnlichen“ (z. B. unspezifischen) OPS umgegangen werden?

Am Beispiel der Arthrodesen in DRGs I20E/F	Arthrodesen ist einziger Eingriff (mehr „draußen“)	Alle Fälle mit Arthrodesen (mehr „drin“)	Weiterentwicklung: Ergänzen unspezifischer und ähnlicher Codes sowie weiterer Ausnahmen
Fallzahl Hybrid-DRG:	sehr klein	relevant, aber im Vergleich zur Gesamtfallzahl der DRGs auch klein	deutlich höhere Zahl von Fällen vergleichbarer Komplexität
„Robustheit“ in Bezug auf zukünftige Kodierung	Hinzukodieren einer weiteren, auch unspezifischen Prozedur → Fall nicht mehr in Hybrid-DRG	Hybrid-DRG nur zu vermeiden, wenn die Kodierung der Arthrodesen zukünftig weggelassen wird	vergleichsweise „robuste“ Definition einer homogenen Fallmenge
„Gefahr“ der Abwertung komplexer Konstellationen in die Hybrid-DRG	sehr klein (möglich nur für komplexe Fälle, die keine weiteren OPS-Kodes aufweisen)	gegeben (gewisser „Schutz“ durch Hierarchie des DRG-Systems und Vorgaben zu Verweildauer und PCCL)	deutlich vermindert (durch Etablierung weiterer Ausnahmen (Diagnosen, Prozeduren, Beatmung > 0 etc.))

Quelle: InEK

## Beauftragung des InEK

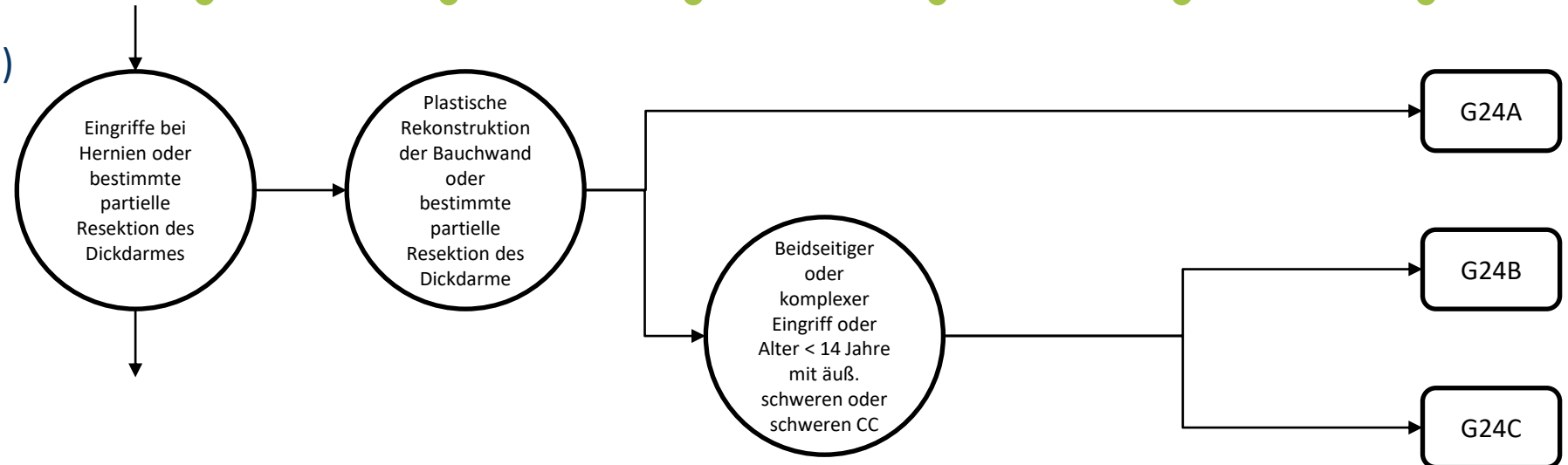
- Kontextfaktoren

IGES Kontextfaktor	Interpretation InEK
ICD- oder OPS-Kodes, die komplexere Fälle beschreiben	Als Ausnahmen weitgehend übernommen, teilweise in Bezug auf den jeweiligen Leistungsbereich erweitert
Erhebliche Funktionseinschränkungen oder höherer Pflegegrad	Keine Übernahme <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nur teilweise kodiert</li> <li>● Kein höherer Aufwand erkennbar (Tagesfälle ohne schwere Begleiterkrankungen)</li> </ul>
Beatmungszeit (außerhalb OP) > 0	Übernommen, aber nur sehr wenige Fälle
Alter < 1 Jahr	Keine Übernahme, meist jedoch Eingruppierung vor der Hybrid-DRG
Beidseitige Eingriffe (Hernien)	Nicht in jedem Fall, jedoch für komplexere Konstellationen übernommen
	Weitere bereichsspezifische Ausnahmen (OPS)

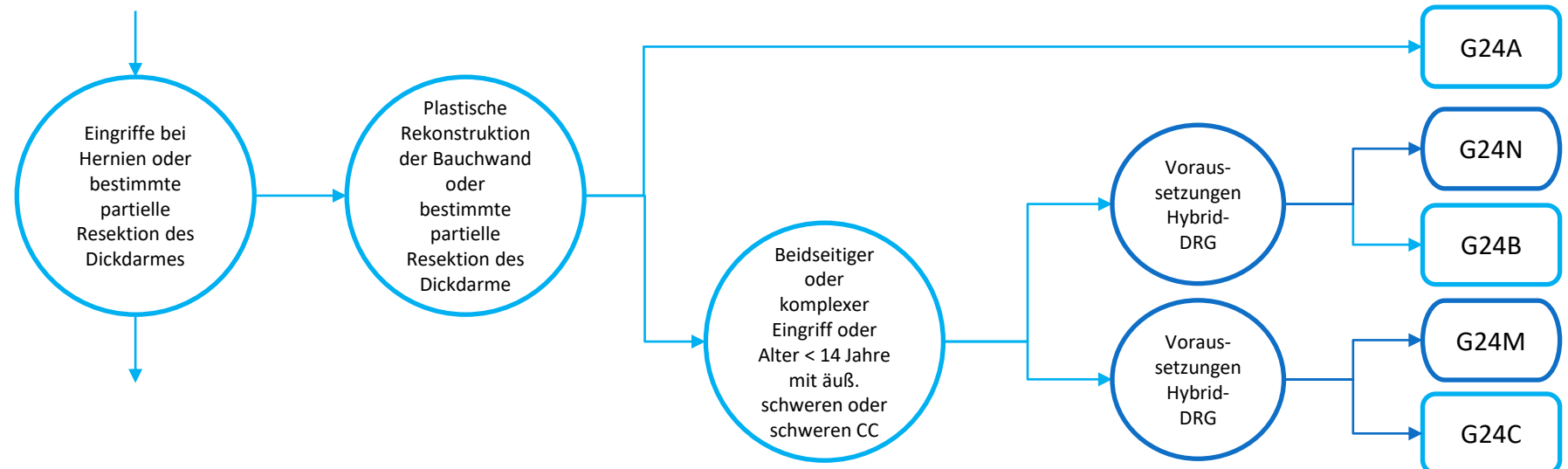
## Beauftragung des InEK

- Gruppierung (Beispiel)

- Bisher (DRG-System 2023)  
(gemäß Def. Handbuch InEK)



- Mit Hybrid-DRG  
(...ergänzt um mögliche Abfrage)



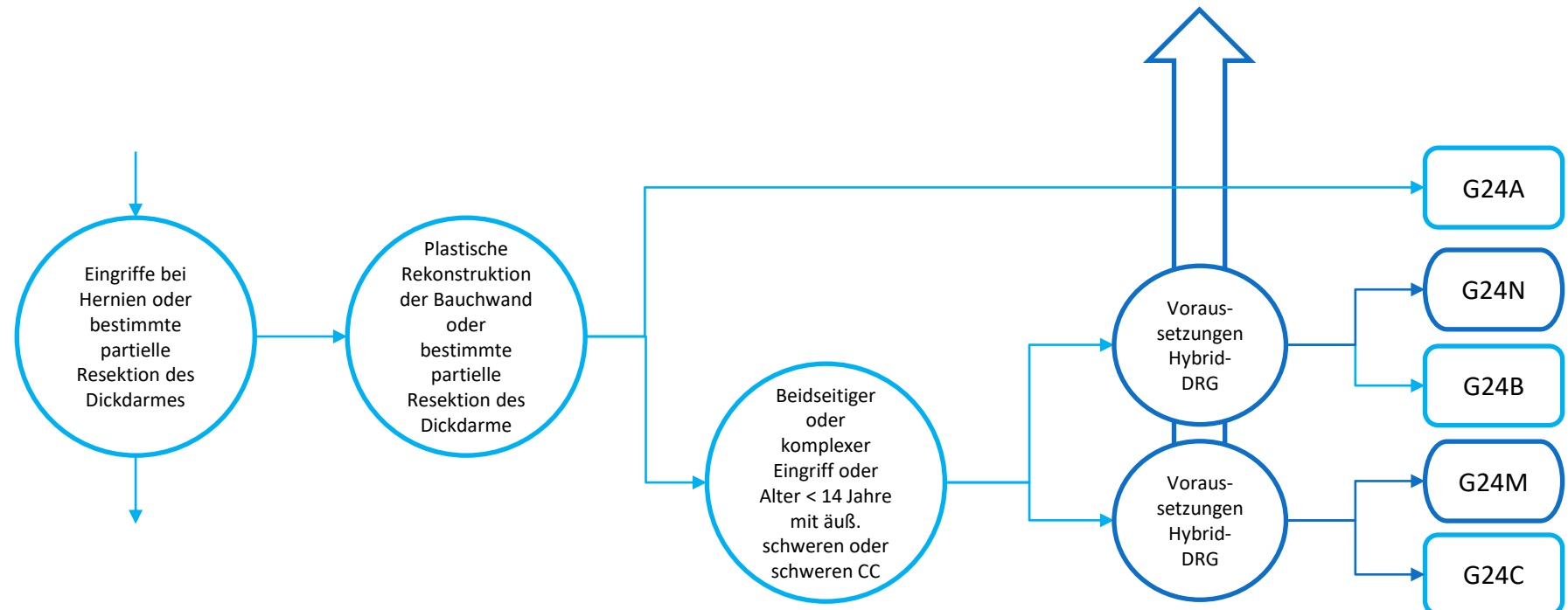
## Beauftragung des InEK

- Gruppierung (Beispiel)

Hybrid-DRG sind nicht Bestandteil des DRG-Kataloges, werden jedoch über den Grouper ermittelt

<b>Funktion Ausschluss Kontextfaktoren nicht</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pr Aufwendiger Eingriff</li> <li>Dg Komplexe Diagnosen</li> <li>Dg Bösartige Neubildungen</li> <li>Beatmung &gt; 0 St</li> </ul>	PCCL < 3	VWD < 2 T	DRG spezifischer Ein- oder Ausschluss von Prozeduren
--	----------	-----------	--

- Mit Hybrid-DRG  
(...ergänzt um mögliche Abfrage)



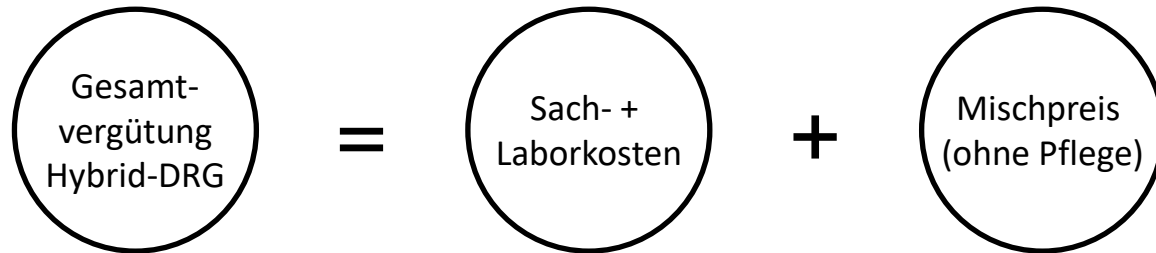
## Beauftragung des InEK

---

- Preiskalkulation
  - Datengrundlage
    - InEK: stationär im Krankenhaus
      - Daten der Datenlieferung gem. § 21 Abs. 1 KHEntgG, Datenjahr 2022
      - Kostendaten der Kalkulationsstichprobe, Datenjahr 2022
    - InBA: ambulant nicht im Krankenhaus
      - Fallbezogene Abrechnungsdaten aller Fälle der GKV für die ersten drei Quartale 2021, hochgerechnet auf das Gesamtjahr
    - Vom BMG bereitgestellt: Ambulantes Operieren im Krankenhaus
      - §-115b-SGB-V-Daten mit einer der genannten Prozeduren aus dem AOP-Katalog, hochgerechnet auf alle GKV-Fälle, Datenjahr 2022

## Beauftragung des InEK

- Methodik der Hybrid-DRG Vergütung

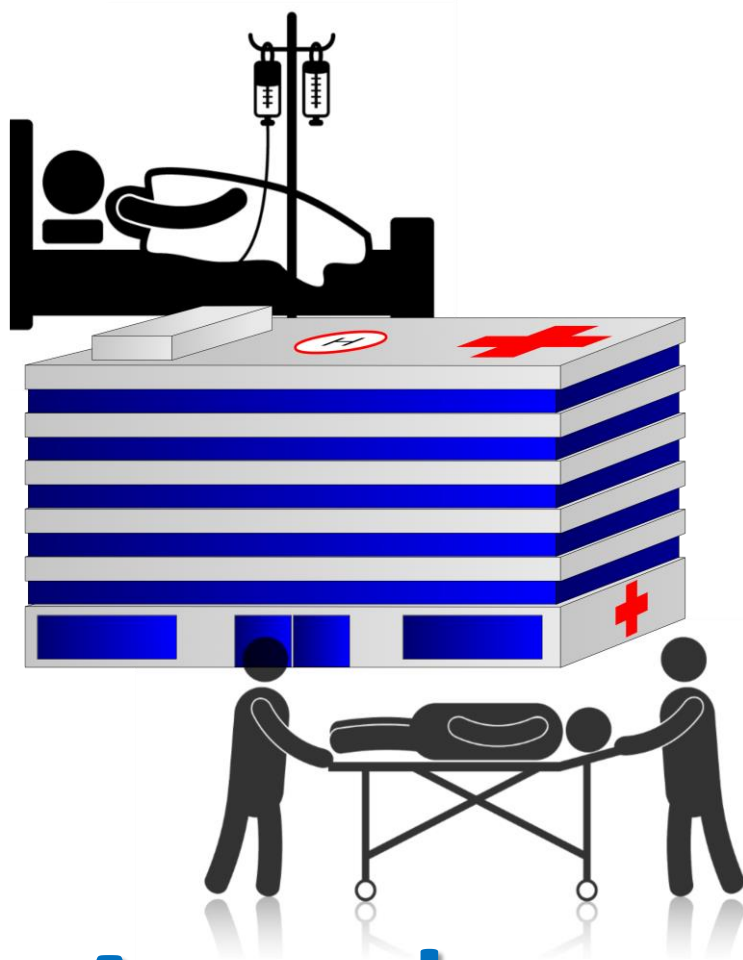


- Verwendung der InEK Daten für Sach- und Laborkosten
- Median als geeigneter Kostenschätzer (Robust gegen Ausreißer) für InEK-übrige Kosten ohne Pflege (InEK)
- Ambulante Kosten (Erlöse) ohne Sach- und Laborkosten (InBA)
- $Ambulantisierungsgrad = \frac{Fallzahl_{ambulant}}{Fallzahl_{gesamt}}$  (ambulante Fallzahl: AOP + InBA)
- $Mischpreis = (100\% - Ambulantisierungsgrad) \times InEK + Ambulantisierungsgrad \times InBA$



Hybrid-DRG	Anzahl Fälle	Fallanteil je Entität	übrige Kosten ohne Pflege	Sach- und Laborkosten
<b>Bestimmte Hernienoperationen</b>	<b>98.735</b>			
G09N Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder...	10.243	10%	2.183,04	498,19
G24N Eingriffe bei Hernien ohne plastische Bauchwandrekonstruktion, mit beidseitigem...	7.274	7%	2.107,07	453,62
G24M Eingriffe bei Hernien ohne plastische Bauchwandrekonstruktion, ohne beidseitigen...	81.218	82%	1.792,14	327,25
<b>Arthrodesese</b>	<b>12.536</b>			
I20N Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritits oder Diabetes Mellitus...	2.916	23%	1.785,50	389,97
I20M Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15...	9.620	77%	1.653,44	257,20
<b>Exzision eines Sinus pilonidalis</b>	<b>10.647</b>			
J09N Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre	10.647	100%	1.218,80	170,25
<b>Entfernung Harnleitersteine</b>	<b>32.388</b>			
L17N Andere Eingriffe Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe Harnorgane...	5.733	18%	1.205,46	202,93
L20N Transurethrale Eingriffe außer ... ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre...	15.130	47%	1.725,87	453,05
L20M Transurethrale Eingriffe außer ... ohne äußerst schwere CC oder Alter > 15 Jahre...	11.525	36%	1.391,56	297,71
<b>Ovariectomien</b>	<b>25.504</b>			
N05N Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer ...	9.342	37%	1.905,15	365,63
N07N Andere Eingriffe Uterus, Adnexen, bestimmten Hernien... mit komplexer Diagnose...	5.052	20%	2.002,55	352,80
N25N Andere Eingriffe Uterus, Adnexen, bestimmten Hernien... ohne komplexe Diagnose..	11.110	44%	1.814,03	298,44

## Agenda



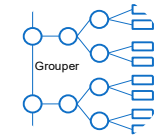
# Agenda



Gesetzliche Grundlage



Verhandlungsverlauf



Beauftragung des InEK



Ersatzvornahme



Vereinbarung zu  
Abrechnungsbestimmungen



Konsequenzen und Handlungsoptionen  
für die Krankenhäuser

## Ersatzvornahme

Referentenentwurf vom 21.09.2023

## § 1 Berechtigung zur Leistungserbringung und Abrechnung

Die an der Versorgung teilnehmenden

- Vertragsärztinnen und Vertragsärzte,
- medizinischen Versorgungszentren und
- Belegärztinnen und Belegärzte gemäß § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V

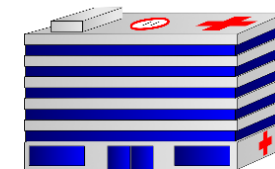
sowie

- Krankenhäuser nach § 108 SGB V,
  - die die in § 115b Abs. 1 Satz 5 SGB V genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen,

sind zur Erbringung der Leistungen nach § 3 und zur Abrechnung der Vergütung nach § 4 berechtigt.



MVZ



Entspricht den Vorgaben  
des AOP-Kataloges

## § 2 Zugang der Patienten zu Leistungen nach § 3

(1) Die ambulante Erbringung von Leistungen gemäß § 3 **soll in der Regel** auf Veranlassung eines niedergelassenen Vertragsarztes oder einer niedergelassenen Vertragsärztin unter Verwendung eines Überweisungsscheins erfolgen.

Die stationäre Erbringung von Leistungen gemäß § 3 **hat in der Regel** nach Maßgabe der Vorgaben der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenhausbehandlung zu erfolgen.



# Referentenentwurf zur Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung

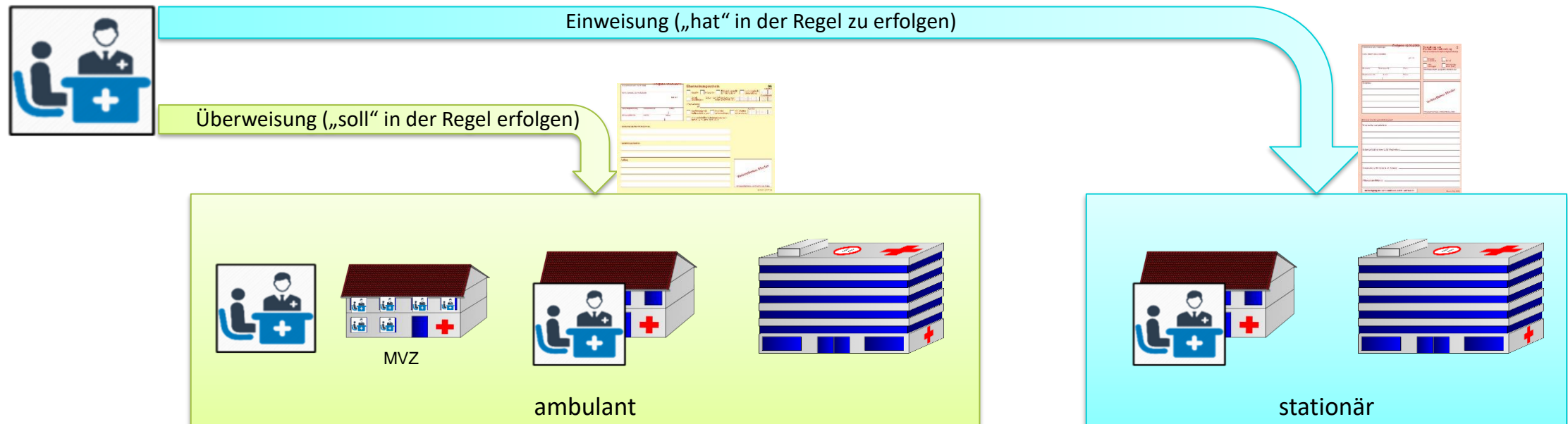
## § 2 Zugang der Patienten zu Leistungen nach § 3

(1) Die ambulante Versorgung durch Vertragsärzte hat in der Regel auf Veranlassung eines niedergelassenen Vertragsarztes oder einer Vertragsärztin unter Verwendung eines Überweisungsscheins erfolgen.

**Juristisch:**

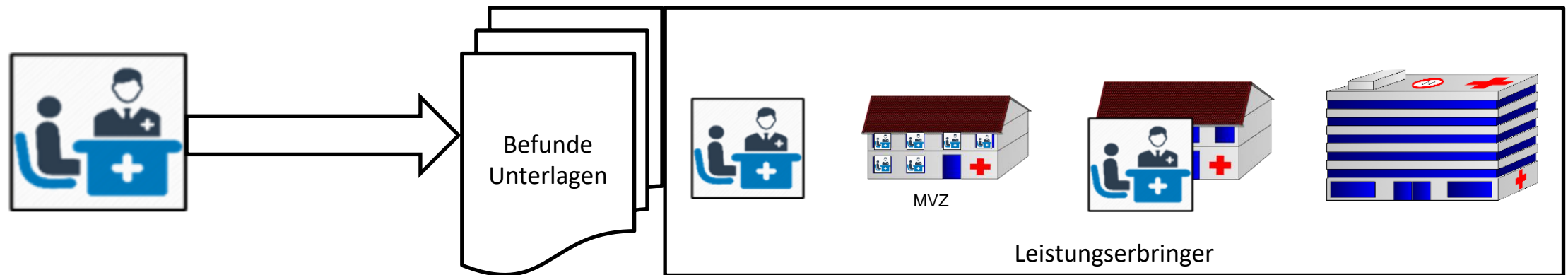
- „hat“ ist verbindlicher als „soll“
- aber beides lässt begründete Ausnahmen zu
- zumal „in der Regel“ bereits eine Abschwächung (im Gegensatz zu immer) ist

Die stationäre Versorgung durch Vertragsärzte hat in der Regel nach Maßgabe der Vorgaben der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenhausbehandlung zu erfolgen.



## § 2 Zugang der Patienten zu Leistungen nach § 3

(2) Zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen stellt die ein- oder überweisende Ärztin oder der ein- oder überweisende Arzt der die Leistung nach § 3 durchführenden Ärztin oder dem durchführenden Arzt die im Zusammenhang mit der vorgesehenen Leistung bedeutsamen Unterlagen zur Verfügung.



# Referentenentwurf zur Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung

## § 3 Leistungen

- (1) Die Leistungen, für die ab 1. Januar 2024 die Vergütung nach § 4 erfolgt, sind in Anlage 1 (Startkatalog) aufgeführt.
- (2) Die Grundlage für eine erweiterte Leistungsauswahl, für die die Vergütung im Laufe des Jahres 2024 festgelegt wird, ist in Anlage 3 aufgeführt

### Anlage 1 (Startkatalog)

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

### Anlage 3

DRG	DRG-Bezeichnung
B05Z	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom oder kleine Eingriffe an den Nerven
B77Z	Kopfschmerzen
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung
C03B	Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Entfernung Augapfel ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Faktoren, mit bestimmtem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre
C08B	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) ohne komplexe Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Auge, Alter > 9 Jahre
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte Transplantation am Auge außer bei bösartiger Neubildung am Auge
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides
...	...





# Referentenentwurf zur Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung

## Anlage 1 (Startkatalog):

Leistungsbereich Bestimmte Hernieneingriffe	
OPS-Kode	OPS-Text
5-530.00	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion
5-530.01	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Hydrozelenwandresektion
5-530.02	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Funikulolyse und Hodenverlagerung
5-530.03	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen
5-530.0x	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Sonstige
5-530.1	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss
5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]
5-530.32	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]
5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)
5-530.34	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, präperitoneal/retromuskulär (posterior)
5-530.3x	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Sonstige
5-530.90	Verschluss einer Hernia inguinalis: Laparoskopisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion
5-530.91	Verschluss einer Hernia inguinalis: Laparoskopisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen
5-530.9x	Verschluss einer Hernia inguinalis: Laparoskopisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Sonstige
5-530.x	Verschluss einer Hernia inguinalis: Sonstige
5-530.y	Verschluss einer Hernia inguinalis: N.n.bez.
5-531.0	Verschluss einer Hernia femoralis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss
5-531.1	Verschluss einer Hernia femoralis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss
5-531.31	Verschluss einer Hernia femoralis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]
5-531.32	Verschluss einer Hernia femoralis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]
5-531.33	Verschluss einer Hernia femoralis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)
5-531.34	Verschluss einer Hernia femoralis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, präperitoneal/retromuskulär (posterior)

Leistungsbereich Bestimmte Hernieneingriffe	
OPS-Kode	OPS-Text
5-531.3x	Verschluss einer Hernia femoralis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Sonstige
5-531.x	Verschluss einer Hernia femoralis: Sonstige
5-531.y	Verschluss einer Hernia femoralis: N.n.bez.
5-534.01	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Exstirpation einer Nabelzyste
5-534.02	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Abtragung des Urachus
5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen
5-534.0x	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Sonstige
5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss
5-534.x	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Sonstige
5-534.y	Verschluss einer Hernia umbilicalis: N.n.bez.
5-535.0	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss
5-535.1	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss
5-535.x	Verschluss einer Hernia epigastrica: Sonstige
5-535.y	Verschluss einer Hernia epigastrica: N.n.bez.
5-539.0	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss
5-539.1	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss
5-539.30	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch
5-539.31	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]
5-539.32	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]
5-539.3x	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Sonstige
5-539.4	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Laparoskopisch, ohne alloplastisches, allogenem oder xenogenes Material
5-539.x	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Sonstige
5-539.y	Verschluss anderer abdominaler Hernien: N.n.bez.
5-546.2x	Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum: Plastische Rekonstruktion der Bauchwand: Sonstige
5-546.x	Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum: Sonstige
5-546.y	Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum: N.n.bez.

# Referentenentwurf zur Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung

## Anlage 1 (Startkatalog):

Leistungsbereich Entfernung von Harnleitersteinen	
OPS-Kode	OPS-Text
1-460.1	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata: Ureter
5-550.21	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines: Ureterorenoskopisch
5-550.2x	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines: Sonstige
5-550.31	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines mit Desintegration (Lithotripsie): Ureterorenoskopisch
5-550.3x	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines mit Desintegration (Lithotripsie): Sonstige
5-550.4	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Erweiterung des pyeloureteralen Überganges
5-550.x	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Sonstige
5-561.2	Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums: Inzision, transurethral
5-561.5	Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums: Resektion, transurethral
5-562.2	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Schlingenextraktion
5-562.3	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Einlegen einer Verweilschlinge
5-562.4	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch
5-562.5	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch, mit Desintegration (Lithotripsie)
5-562.8	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Exzision mit Dormia-Körbchen
5-562.9	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Steinreposition
5-563.3	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, Ureterresektion und Ureterektomie: Exzision von erkranktem Gewebe des Ureters, ureterorenoskopisch
5-563.4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, Ureterresektion und Ureterektomie: Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, ureterorenoskopisch
5-563.xx	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, Ureterresektion und Ureterektomie: Sonstige: Sonstige

Leistungsbereich Entfernung von Harnleitersteinen	
OPS-Kode	OPS-Text
5-563.y	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, Ureterresektion und Ureterektomie: N.n.bez.
5-570.0	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Entfernung eines Steines, transurethral, mit Desintegration (Lithotripsie)
5-581.0	Plastische Meatotomie der Urethra: Inzision
5-581.x	Plastische Meatotomie der Urethra: Sonstige
5-581.y	Plastische Meatotomie der Urethra: N.n.bez.
5-582.1	Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Resektion, transurethral
5-584.x	Rekonstruktion der Urethra: Sonstige
5-584.y	Rekonstruktion der Urethra: N.n.bez.
5-585.0	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, ohne Sicht
5-585.1	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, unter Sicht
5-585.2	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, mit Laser
5-585.3	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Inzision des Sphinkter urethrae externus
5-585.x	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Sonstige
5-585.y	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: N.n.bez.
5-589.2	Andere Operationen an Urethra und periurethralem Gewebe: Inzision von periurethralem Gewebe
5-589.3	Andere Operationen an Urethra und periurethralem Gewebe: Exzision von periurethralem Gewebe
5-589.4	Andere Operationen an Urethra und periurethralem Gewebe: Adhäsiolyse
5-589.x	Andere Operationen an Urethra und periurethralem Gewebe: Sonstige
5-589.y	Andere Operationen an Urethra und periurethralem Gewebe: N.n.bez.

# Referentenentwurf zur Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung

## Anlage 1 (Startkatalog):

Leistungsbereich Ovariektomien	
OPS-Kode	OPS-Text
1-470.0	(Perkutane) (Nadel-)Biopsie an weiblichen Genitalorganen: Ovar
1-470.1	(Perkutane) (Nadel-)Biopsie an weiblichen Genitalorganen: Tuba(e) uterina(e)
1-474.0	(Perkutane) Biopsie an weiblichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Ovar
1-474.1	(Perkutane) Biopsie an weiblichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Tuba(e) uterina(e)
1-570.0	Biopsie an Ovar, Tuba(e) uterina(e) und Ligamenten des Uterus durch Inzision: Ovar
1-570.1	Biopsie an Ovar, Tuba(e) uterina(e) und Ligamenten des Uterus durch Inzision: Tuba(e) uterina(e)
1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)
1-851	Diagnostische (perkutane) Punktion des Ovars
5-469.11	Andere Operationen am Darm: Bridenlösung: Laparoskopisch
5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsionolyse: Laparoskopisch
5-650.4	Inzision des Ovars: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-650.x	Inzision des Ovars: Sonstige
5-650.y	Inzision des Ovars: N.n.bez.
5-651.82	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzisionsbiopsie: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-651.8x	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzisionsbiopsie: Sonstige
5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-651.9x	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Sonstige
5-651.a2	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Keilexzision des Ovars: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-651.ax	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Keilexzision des Ovars: Sonstige
5-651.b2	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Endoskopisch (laparoskopisch)

Leistungsbereich Ovariektomien	
OPS-Kode	OPS-Text
5-651.bx	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Sonstige
5-651.x2	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Sonstige: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-651.xx	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Sonstige: Sonstige
5-651.y	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: N.n.bez.
5-652.42	Ovariektomie: Restovariektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-652.4x	Ovariektomie: Restovariektomie: Sonstige
5-652.52	Ovariektomie: Partiell: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-652.5x	Ovariektomie: Partiell: Sonstige
5-652.62	Ovariektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-652.6x	Ovariektomie: Total: Sonstige
5-652.y	Ovariektomie: N.n.bez.
5-653.22	Salpingoovariektomie: Einseitige Ovariektomie mit bilateraler Salpingektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-653.2x	Salpingoovariektomie: Einseitige Ovariektomie mit bilateraler Salpingektomie: Sonstige
5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)
5-653.3x	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Sonstige
5-653.y	Salpingoovariektomie: N.n.bez.
5-657.62	Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-657.6x	Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Sonstige
5-657.72	Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Endoskopisch (laparoskopisch)

# Referentenentwurf zur Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung

## Anlage 1 (Startkatalog):

Leistungsbereich Ovariektomien	
OPS-Kode	OPS-Text
5-657.7x	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Sonstige
5-657.82	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-657.8x	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Sonstige
5-657.92	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-657.9x	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Sonstige
5-657.x2	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Sonstige: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-657.xx	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Sonstige: Sonstige
5-657.y	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: N.n.bez.
5-658.6	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens
5-658.7	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: Am Ovar
5-658.8	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: An der Tuba uterina
5-658.9	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert
5-658.x	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: Sonstige
5-658.y	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: N.n.bez.
5-659.x2	Andere Operationen am Ovar: Sonstige: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-659.xx	Andere Operationen am Ovar: Sonstige: Sonstige
5-659.y	Andere Operationen am Ovar: N.n.bez.
5-660.4	Salpingotomie: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-660.x	Salpingotomie: Sonstige
5-660.y	Salpingotomie: N.n.bez.
5-661.42	Salpingektomie: Restsalpingektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-661.4x	Salpingektomie: Restsalpingektomie: Sonstige
5-661.52	Salpingektomie: Partiell: Endoskopisch (laparoskopisch)

Leistungsbereich Ovariektomien	
OPS-Kode	OPS-Text
5-661.5x	Salpingektomie: Partiell: Sonstige
5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-661.6x	Salpingektomie: Total: Sonstige
5-661.y	Salpingektomie: N.n.bez.
5-665.42	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-665.4x	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Sonstige
5-665.52	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Destruktion: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-665.5x	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Destruktion: Sonstige
5-665.x2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Sonstige: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-665.xx	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Sonstige: Sonstige
5-665.y	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: N.n.bez.
5-669	Andere Operationen an der Tuba uterina
5-692.02	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien: Exzision: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-692.0x	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien: Exzision: Sonstige
5-692.12	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien: Destruktion: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-692.1x	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien: Destruktion: Sonstige
5-692.x2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien: Sonstige: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-692.xx	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien: Sonstige: Sonstige
5-692.y	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien: N.n.bez.
5-699.x	Andere Operationen an Uterus und Parametrien: Sonstige

# Referentenentwurf zur Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung

## Anlage 1 (Startkatalog):

Leistungsbereich Arthrodesen der Zehengelenke	
OPS-Kode	OPS-Text
5-780.0v	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Exploration von Knochengewebe: Me- tarsale
5-780.0w	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Exploration von Knochengewebe: Phalangen Fuß
5-780.1v	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Knochenbohrung: Metatarsale
5-780.1w	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Knochenbohrung: Phalangen Fuß
5-780.6v	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Metatarsale
5-780.6w	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Phalangen Fuß
5-780.xv	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sonstige: Metatarsale
5-788.00	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale I
5-788.06	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale II bis V, 1 Os metatarsale
5-788.07	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale II bis V, 2 Ossa metatarsalia
5-788.08	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale II bis V, 3 Ossa metatarsalia
5-788.09	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale II bis V, 4 Ossa metatarsalia
5-788.0a	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Digi- tus I
5-788.0b	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Digi- tus II bis V, 1 Phalanx
5-788.0c	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Digi- tus II bis V, 2 Phalangen
5-788.0d	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Digi- tus II bis V, 3 Phalangen
5-788.0e	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Digi- tus II bis V, 4 Phalangen
5-788.0f	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Digi- tus II bis V, 5 oder mehr Phalangen
5-788.0x	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Sons- tige
5-788.40	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Weichteilkorrektur: In Höhe des 1. Zehenstrahles
5-788.41	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Weichteilkorrektur: In Höhe des 2. bis 5. Zehenstrahles, 1 Zehenstrahl
5-788.42	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Weichteilkorrektur: In Höhe des 2. bis 5. Zehenstrahles, 2 Zehenstrahlen

Leistungsbereich Arthrodesen der Zehengelenke	
OPS-Kode	OPS-Text
5-788.43	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Weichteilkorrektur: In Höhe des 2. bis 5. Zehenstrahles, 3 Zehenstrahlen
5-788.44	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Weichteilkorrektur: In Höhe des 2. bis 5. Zehenstrahles, 4 Zehenstrahlen
5-788.51	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, Doppelosteotomie
5-788.52	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale II bis V, 1 Os metatarsale
5-788.56	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Digitus I
5-788.5c	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, distal
5-788.5e	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, mehrdimensionale Osteotomie
5-788.5x	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Sonstige
5-788.61	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Metatar- sopalangealgelenk, Digitus II bis V, 1 Gelenk
5-788.6x	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Sonstige
5-788.x	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Sonstige
5-788.y	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: N.n.bez.
5-789.xv	Andere Operationen am Knochen: Sonstige: Metatarsale
5-789.xw	Andere Operationen am Knochen: Sonstige: Phalangen Fuß
5-790.0v	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Metatarsale
5-790.xv	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Sonstige: Metatarsale
5-795.xv	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Sonstige: Metatar- sale
5-800.0r	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie: Zehengelenk
5-800.3r	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Zehengelenk
5-800.5q	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Metatar- sopalangealgelenk
5-800.6q	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Me- tarsopalangealgelenk

# Referentenentwurf zur Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung

## Anlage 1 (Startkatalog):

Leistungsbereich Arthrodesen der Zehengelenke	
OPS-Kode	OPS-Text
5-808.b0	Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Großzehengrundgelenk
5-808.b1	Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Großzehenendgelenk
5-808.b2	Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 1 Gelenk
5-808.b3	Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 2 Gelenke
5-808.b4	Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 3 Gelenke
5-808.b5	Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 4 Gelenke
5-808.bx	Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Sonstige
5-809.1m	Andere Gelenkoperationen: Arthrorise, offen chirurgisch: Unteres Sprunggelenk
5-809.2q	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, offen chirurgisch: Metatarsophalangealgelenk
5-809.2r	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, offen chirurgisch: Zehengelenk
5-809.xm	Andere Gelenkoperationen: Sonstige: Unteres Sprunggelenk
5-809.xq	Andere Gelenkoperationen: Sonstige: Metatarsophalangealgelenk
5-809.xr	Andere Gelenkoperationen: Sonstige: Zehengelenk
5-811.2k	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Oberes Sprunggelenk
5-811.xk	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Sonstige: Oberes Sprunggelenk
5-819.xq	Andere arthroskopische Operationen: Sonstige: Metatarsophalangealgelenk
5-819.xr	Andere arthroskopische Operationen: Sonstige: Zehengelenk
5-851.1a	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, offen chirurgisch: Fuß
5-851.2a	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, perkutan: Fuß
5-851.xa	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Sonstige: Fuß
5-855.19	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, primär: Unterschenkel
5-859.1a	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Fuß
5-859.xa	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Sonstige: Fuß

Leistungsbereich Exzision eines Sinus pilonidalis	
OPS-Kode	OPS-Text
5-490.0	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Inzision
5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision
5-490.x	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Sonstige
5-490.y	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: N.n.bez.
5-491.0	Operative Behandlung von Analfisteln: Inzision (Spaltung)
5-491.2	Operative Behandlung von Analfisteln: Fadendrainage
5-492.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Destruktion, lo- kal
5-891	Inzision eines Sinus pilonidalis
5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision
5-897.x	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Sonstige
5-897.y	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: N.n.bez.

# Referentenentwurf zur Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung

## Anlage 3 Grundlage für eine erweiterte Leistungsauswahl:

DRG	Bezeichnung
B05Z	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom oder kleine Eingriffe an den Nerven
B77Z	Kopfschmerzen
B81B	Anderer Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung
C03B	Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Entfernung Augapfel ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Faktoren, mit bestimmtem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre
C08B	Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE) ohne komplexe Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Auge, Alter > 9 Jahre
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte Transplantation am Auge außer bei bösartiger Neubildung am Auge
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides
D06C	Bestimmte Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, mit bestimmter Prozedur
D13B	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals ohne komplizierende Diagnose, ohne bestimmten Eingriff, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre
D30B	Tonsillektomie außer bei BNB oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals, Alter > 15 oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 12 Jahre oder Alter > 11 Jahre bei BNB oder mit anderem Eingriff oder ohne Eingriff an Hals, Trachea
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen, Gesichtsschädelknochen
E02E	Anderer OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 J., ohne best. Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwendigen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne endoskop. Lungenvolumenreduktion, ohne andere mäßig kompl. Eingriffe, ein Belegungstag
E63B	Schlafapnoesyndrom oder Polysomnographie oder kardiorespiratorische Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte invasive kardiologische Diagnostik
E71D	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag od. ohne äußerst schwere CC, ohne Ösophagusproth., ohne Stufenbiopsie, ohne Chemoth. od. ohne endoskop. Biop. am Respir.-Trakt, ohne Bronchoskopie mit starrem Instr., ohne perkut. Biopsie am Respir.-Trakt
F12F	Impl. HSM, Zweikammersys., oh. äuß. schwere CC, oh. isol. offen chir. Sondenimpl., oh. aufw. Sondenentf., oh. mäßig kompl. PTCA od. Impl. HSM, Einkammersys. od. Impl. Ereignisrekorder, oh. invasive kardiolog. Diagnostik bei best. Eingriffen, Alter > 15 J.
F39A	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC

DRG	Bezeichnung
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC
F49F	Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr.
F49G	Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, ohne best. Eingr.
F50A	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen oder Implantation eines Ereignisrekorders oder Alter < 16 Jahre oder best. angegeb. Herzfehler oder mit kompl. Ablation, Alter < 18 Jahre
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie oder koronare Lithoplastie
F58B	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC
F59D	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit bestimmtem Eingriff oder anderem Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag oder mit pAVK mit Gangrän, mehr als ein Belegungstag
F59E	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwend. Gefäßinterv., mit best. anderen Eingriff oder best. Mehrfacheingriff oder PTA, mehr als ein Belegungstag, ohne aufwendigen oder bestimmten Eingr., Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
F59F	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, ohne aufwendigen, bestimmten oder bestimmten anderen Eingriff, ohne Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
F75C	Anderer Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre und Alter < 16 Jahre, ohne schwere CC oder Alter > 15
G26A	Anderer Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter < 18 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder mit kleinem Eingriff am Rektum
G26B	Anderer Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 17 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne kleinen Eingriff am Rektum

# Referentenentwurf zur Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung

## Anlage 3 Grundlage für eine erweiterte Leistungsauswahl:

DRG	Bezeichnung
G47B	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, ohne bestimmte endoskopische Maßnahme am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit bestimmten komplizierenden Faktoren
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane
H41D	Andere aufwendige ERCP oder bestimmter endoskopischer Eingriff oder andere ERCP mit bestimmter BNB oder bestimmter Pankreatitis
H41E	Andere ERCP ohne bestimmte oder andere aufwendige ERCP, Alter > 15 Jahre
I16B	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität ohne bestimmten Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen, mit bestimmtem anderem Eingriff an Klavikula, Schulter und Ellenbogen
I16C	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität ohne bestimmten Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen, ohne bestimmten anderen Eingriff an Klavikula, Schulter und Oberarm
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk
I23B	Andere kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen mit bestimmten kleinen Eingriffen an Knochen und Weichteilen, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I23C	Andere kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen ohne bestimmte kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I24A	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe oder Alter < 18 Jahre
I24B	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne komplexen Eingriff, Alter > 17 Jahre

DRG	Bezeichnung
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder best. Osteosynthesen an der Klavikula ohne kompliz. Diagnose, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen oder sonst. arthroscopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit bestimmten Eingriffen an der Schulter
I29C	Sonstige arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette ohne bestimmte Eingriffe an der Schulter
I30B	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre oder bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I30C	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk ohne bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder bestimmte arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre
I32F	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe oder ohne bestimmtem mäßig komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag
I68F	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag oder Prellung am Oberschenkel
J09A	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter < 16 Jahre
L06C	Andere kleine Eingriffe an den Harnorganen, Alter > 15 Jahre
L64B	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, außer bei angeborener Fehlbildung, außer bei BNB der Harnorgane, Alter > 2 Jahre
N09B	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, kleine Eingriffe an Blase, Uterus, Bauchwand und Peritoneum
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation und kleine Eingriffe an Vagina und Vulva
Z64C	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, ohne bestimmten Kontaktanlass oder allergologische Provokationstestung bis 2 Belegungstage



## § 4 Vergütung

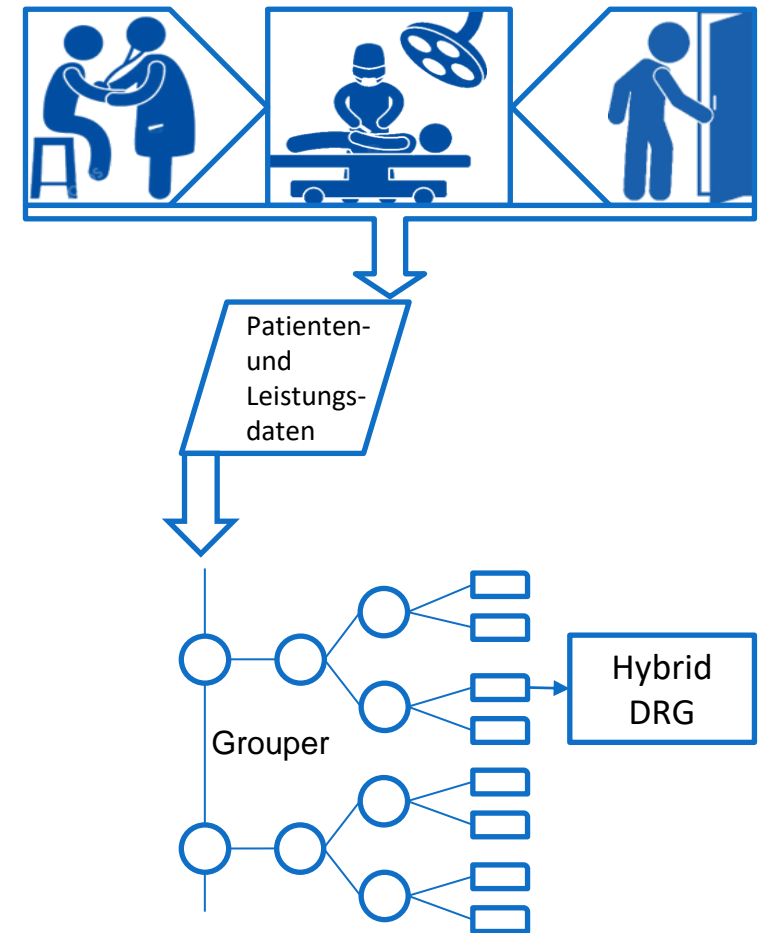
(1) Für die in der Anlage 1 genannten Leistungen ist eine in der Anlage 2 aufgeführte Fallpauschale (Hybrid-DRG) berechnungsfähig, sofern sie nach Anwendung des aktuell gültigen aG-DRG-Groupierungsalgorithmus im Ergebnis zur Abrechnung der erbrachten Leistung ausgewiesen wird.

Die in der Anlage 2 aufgeführte Hybrid-DRG ist für die gesamte Dauer der erbrachten Leistungen insgesamt einmal berechnungsfähig.

Die Leistungen beginnen nach Abschluss der Indikationsstellung mit der Einleitung der Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung und enden mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung.

Mit der Hybrid-DRG sind alle Leistungen und Aufwände im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten mit einer in Anlage 1 genannten Leistung abgegolten, insbesondere ärztliche Leistungen, Sachkosten sowie Kosten für Unterkunft und Verpflegung für eine Übernachtung.

Das Pflegebudget des Krankenhauses bleibt unberührt.



# Referentenentwurf zur Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung

## Anlage 2 Hybrid-DRG:

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	Ovariectomien 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 re- konstruktive 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

## Konsequenzen und Handlungsoptionen für die Krankenhäuser

### Preisvergleich: Hybrid-DRG zu korrespondierender stationärer DRG (DRG 2023, 1 Belegungstag (Abschlag), Bundesbasisfallwert)

Hybrid-DRG	Bezeichnung	Bewertung (in Euro)	Stat. DRG (2023)	Bewertung stat. DRG 1 Tag BFW 2023	Differenz
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	G09Z	2.896,51	874,69
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	G24B	2.580,46	615,41
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	G24C	2.236,40	582,99
I20N	Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritits oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre	1.072,95	I20E	2.384,42	1.311,47
I20M	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre	909,25	I20F	1.944,35	1.035,10
J09N	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre	1.038,17	J09B	1.408,25	370,08
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	L17B	1.500,27	311,18
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	L20B	2.388,42	596,84
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	L20C	1.764,31	352,26
N05N	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder anderer Eingriff an der Harnblase oder Adhäsioolyse, Alter > 15 Jahre	1.554,58	N05B	2.304,41	749,83
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	N07A	2.472,44	884,71
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	N25Z	2.108,37	650,17

## § 4 Vergütung

(2) Ist für eine in Anlage 1 genannte Leistung eine in der Anlage 2 aufgeführte Hybrid-DRG gemäß Absatz 1 Satz 1 berechnungsfähig, ist eine anderweitige Abrechnung der Leistung ausgeschlossen.

Abweichend von Satz 1 sind Leistungserbringer berechtigt, die in der Anlage 1 genannten Leistungen alternativ nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztlichen Leistungen abzurechnen.

Abweichend von Satz 1 sind Krankenhäuser berechtigt, Zusatzentgelte zur

- Durchführung von Dialysebehandlungen und der
- Behandlung von Versicherten mit Hämophilie

sowie

- zusätzlich zu der jeweiligen Hybrid-DRG die in Anlage 3c des Fallpauschalen-Kataloges festgelegte Bewertungsrelation des Pflegeerlös-Katalogs für die jeweilige Hybrid-DRG

gesondert zu berechnen.



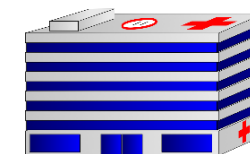
ZE Dialyse



ZE Bluter



Pflegeentgelt



Hybrid  
DRG

+

In dieser Formulierung (keine Einschränkung) wäre dies auch bei ambulanter Behandlung möglich

## § 4 Vergütung

- (3) Haben an der Behandlung nach Absatz 1 mehrere Leistungserbringer gemäß § 1 mitgewirkt, erklärt der abrechnende Leistungserbringer mit der Abrechnung, dass die Leistungen von keinem anderen Leistungserbringer nach Absatz 1 oder alternativ nach Absatz 2 Satz 2 abgerechnet werden

# Referentenentwurf zur Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung

## § 5 Abrechnungsverfahren

- (1) Krankenhäuser verwenden zur Abrechnung der Vergütung nach § 4 Absatz 1 den Datenaustausch nach § 301 SGB V.

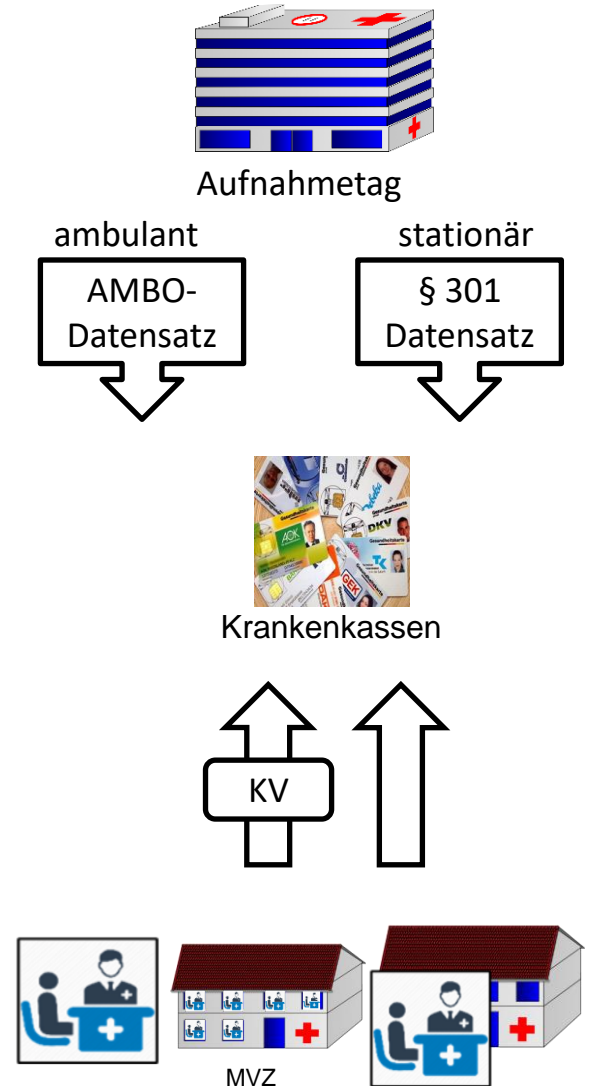
Bei stationärer Behandlung sind die Daten nach § 301 SGB V und bei ambulanter Behandlung der in der Vereinbarung nach § 120 SGB V geregelte Rechnungssatz Ambulante Operation (AMBO-Datensatz) an die Krankenkasse zu übermitteln.

Maßgeblich für die Abrechnung ist der Aufnahmetag

- (2) Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren und Belegärztinnen und Belegärzte übermitteln der Krankenkasse, gegebenenfalls über eine beauftragte Kassenärztliche Vereinigung oder einen beauftragten Dritten gegen Aufwandsersatz, die Daten zur Abrechnung der Vergütung nach § 4. § 295 Absatz 1b Satz 1 und 2 SGB V gilt entsprechend.

Maßgeblich für die Abrechnung ist der Tag der durchgeführten Leistung.

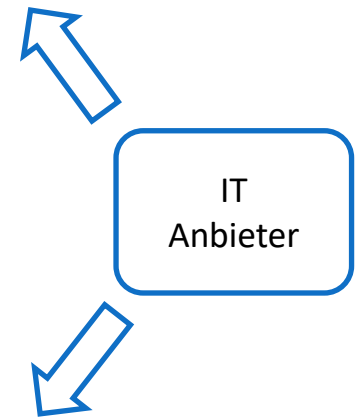
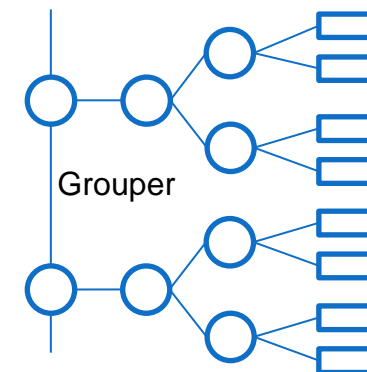
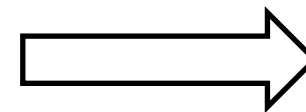
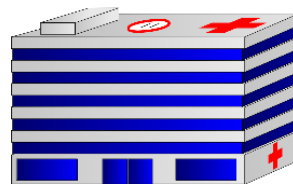
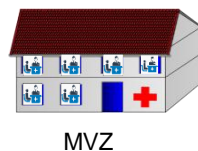
- (3) Es gelten die Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils aktuellen Fassung.



## § 5 Abrechnungsverfahren

(4) Für die Zuordnung der in Anlage 1 genannten Leistungen zu den in Anlage 2 aufgeführten Hybrid-DRG sind vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu zertifizierende Datenverarbeitungslösungen einzusetzen, die zu gewährleisten haben, dass gleiche Leistungen gleich zugeordnet werden.

Der Aufwand des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus ist aus dem DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren.



# Referentenentwurf zur Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung

## § 5 Inkrafttreten

Die Verordnung tritt am 1. Januar 2024 in Kraft



## Ersatzvornahme

Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung  
Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt am 21. Dezember 2023

# Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung

- Schreiben des BSG an die Vertragsparteien vom 19.12.2023:

*Aus rechtlichen Gründen war es nicht möglich, Regelungen zum Abrechnungsverfahren der HybridDRG zu treffen.*

*Hier ist auf die bestehenden gesetzlichen Regelungen nach § 115f Absatz 3 Satz 5 SGB V zu verweisen, die eine entsprechende Geltung der §§ 295 Absatz 1b Satz 1 und 301 Absatz 1 und 2 SGB V bestimmen.*

*Es liegt damit in der Verantwortung der Selbstverwaltung, Verfahren zu finden und die Hybrid-DRG damit in der Praxis gangbar zu machen.*

*Das betrifft insbesondere auch die Anwendung der Vorgaben aus dem InEK-Definitionshandbuch bei der Zuordnung von Behandlungsfällen zu Hybrid-DRG.*

*Hier bedarf es pragmatischer Lösungen.*



Bundesministerium  
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 53123 Bonn

Spitzenverband Bund der Krankenkassen  
Herrn Dr. Torsten Fürstenberg  
Reinhardtstr. 28  
10117 Berlin  
Ausschließlich per E-Mail:  
[Torsten.Fuerstenberg@gkv-spitzenverband.de](mailto:Torsten.Fuerstenberg@gkv-spitzenverband.de)

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Herrn Dr. Ulrich Casser  
Herbert-Lewin-Platz 2  
10623 Berlin  
Ausschließlich per E-Mail: [UCasser@kbv.de](mailto:UCasser@kbv.de)

Deutsche Krankenhausgesellschaft  
Herrn Dr. Roland Laufer  
Wegelystraße 3  
10623 Berlin  
Ausschließlich per E-Mail: [R.Laufer@dkgev.de](mailto:R.Laufer@dkgev.de)

**Betreff: Hybrid-DRG-Verordnung nach § 115f Absatz 4 Satz 1 und 3 SGB V**

Bonn, 19.12.2023  
Seite 1 von 2

Sehr geehrter Herr Dr. Fürstenberg,  
sehr geehrter Herr Dr. Casser,  
sehr geehrter Herr Dr. Laufer,

mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz sind die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 SGB V beauftragt worden, bis zum 31. März 2023 eine spezielle sektorengleiche Vergütung (sog. Hybrid-DRG) zu vereinbaren. Da dieser Auftrag von den Vertragsparteien nicht erfüllt wurde, wird das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) von seiner Ermächtigung nach § 115f Absatz 4 Satz 1 und 3 SGB V Gebrauch machen und die spezielle sektorengleiche Vergütung sowie die Auswahl von Leistungen, für die diese Vergütung erfolgt, per Rechtsverordnung bestimmen. Die Hybrid-DRG-Verordnung (in der Fassung des überarbeiteten Referentenentwurfs vom 14. Dezember 2023), die voraussichtlich noch dieses Jahr im Bundesgesetzblatt verkündet wird, übersende ich Ihnen beigefügt zu Ihrer Vorabinformation.

**Michael Weller**  
Leiter der Abteilung 2  
Gesundheitsversorgung,  
Krankenversicherung  
Mauerstraße 29, 10117 Berlin  
Rochusstraße 1, 53123 Bonn  
Postanschrift:  
11055 Berlin, 53107 Bonn  
Tel. +49 30 18441-1330/1331  
Fax +49 30 18441-4847  
[Michael.Weller@bmg.bund.de](mailto:Michael.Weller@bmg.bund.de)  
[www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)

## Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung

---

### § 115f

(3) *Das BMG wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates **die spezielle sektorengleiche Vergütung** und die nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 **zu vereinbarenden Leistungen** zu bestimmen, soweit eine Vereinbarung der Vertragsparteien oder eine Anpassung ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande gekommen ist.*

- Verordnungsermächtigung erstreckt sich nur auf
  - Definition der Leistungen und
  - deren Vergütungen
- ⇒ Abrechnungsregeln werden von der Verordnungsermächtigung nicht erfasst und bleiben Aufgabe der Vertragsparteien

# Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung

## § 1 Spezielle sektorengleiche Vergütung und Leistungen

- Die in Anlage 1 genannten Leistungen sind mit einer in Anlage 2 genannten Fallpauschale (Hybrid-DRG) zu vergüten, sofern sich aus dem Definitionshandbuch „aG-DRG German Diagnosis Related Groups Version 2024“ des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus vom 28. November 2023 eine Zuordnung der jeweiligen Leistung zu der jeweiligen Hybrid-DRG ergibt.
- Die Leistung beginnt mit den Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung und endet mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung, jeweils in der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird.
- Mit der Hybrid-DRG sind alle im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten mit einer in Anlage 1 genannten Leistung entstandenen Aufwände abgegolten.
- Die Hybrid-DRG erfolgt unabhängig von der Anzahl der beteiligten Leistungserbringer nur einmalig.



# Bundesgesetzblatt

Teil I

2023

Ausgegeben zu Bonn am 21. Dezember 2023

Nr. 380

## Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung)

Vom 19. Dezember 2023

Auf Grund des § 115f Absatz 4 Satz 1 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, dessen Absatz 4 Satz 1 durch Artikel 1 Nummer 1a des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) eingefügt und dessen Absatz 4 Satz 3 durch Artikel 8e Nummer 2 des Gesetzes vom 15. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

### § 1

#### Spezielle sektorengleiche Vergütung und Leistungen

Die in Anlage 1 genannten Leistungen sind mit einer in Anlage 2 genannten Fallpauschale (Hybrid-DRG) zu vergüten, sofern sich aus dem Definitionshandbuch „aG-DRG German Diagnosis Related Groups Version 2024“ des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus vom 28. November 2023\* eine Zuordnung der jeweiligen Leistung zu der jeweiligen Hybrid-DRG ergibt. Die Leistung beginnt mit den Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung und endet mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung, jeweils in der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird. Mit der Hybrid-DRG sind alle im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten mit einer in Anlage 1 genannten Leistung entstandenen Aufwände abgegolten. Die Hybrid-DRG erfolgt unabhängig von der Anzahl der beteiligten Leistungserbringer nur einmalig.

### § 2

#### Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2024 in Kraft und am 31. Dezember 2024 außer Kraft.

Bonn, den 19. Dezember 2023

Der Bundesminister für Gesundheit

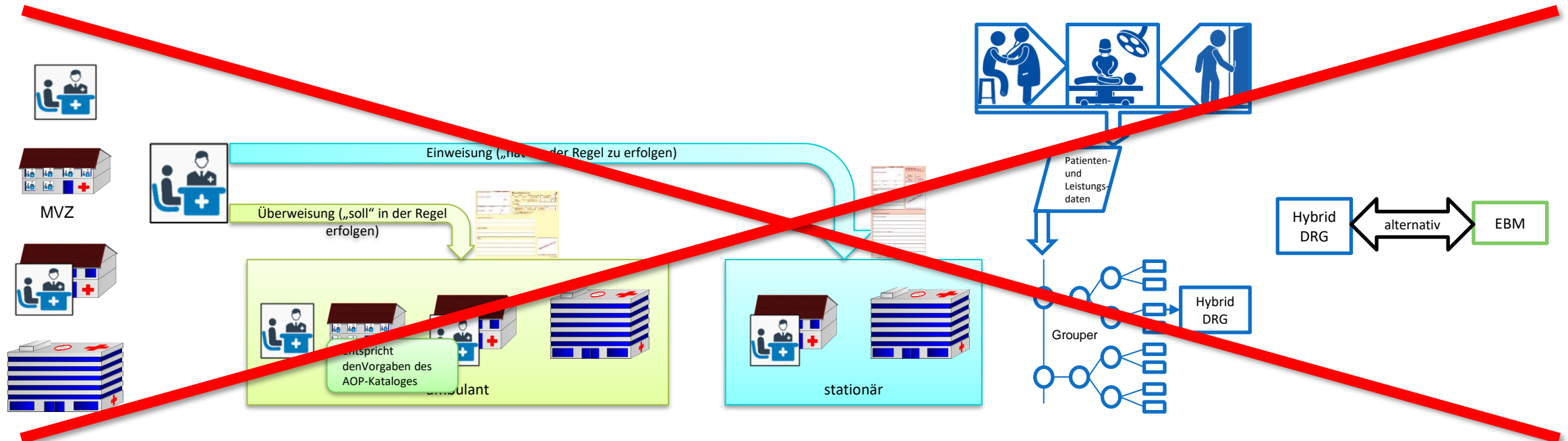
Karl Lauterbach



Herausgeber: Bundesministerium der Justiz

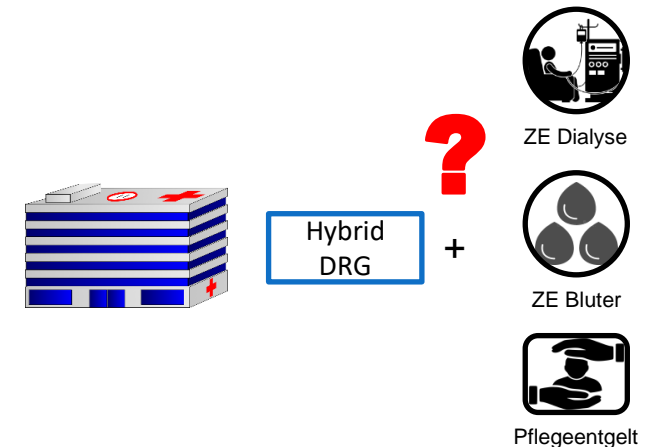
## Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung

- „Wenn durch Grouper ermittelt, dann Hybrid-DRG abrechnen“
  - Keine Regelung zur Berechtigung zur Leistungserbringung
  - Keine Regelungen zu Zugang zur Leistung (Ein-/Überweisung)
  - Keine Vorgaben für die Abrechnung, Verwendung des Groupers usw. für Niedergelassene
  - Keine alternative EBM-Abrechnung



## Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung

- Die Leistung beginnt mit den Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung und endet mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung, **jeweils in der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird.**
  - Vorbereitung, z. B. durch Hausarzt/Internisten (EKG usw.) jetzt wieder gesondert abrechenbar?
- Mit der Hybrid-DRG sind alle im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten mit einer in Anlage 1 genannten Leistung entstandenen Aufwände abgegolten.
  - Keine Ausnahme:
  - ⇒ Zusatzentgelte, Pflegeentgelt jetzt nicht mehr abrechenbar???
- Die Hybrid-DRG erfolgt unabhängig von der Anzahl der beteiligten Leistungserbringer nur einmalig.



## Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung

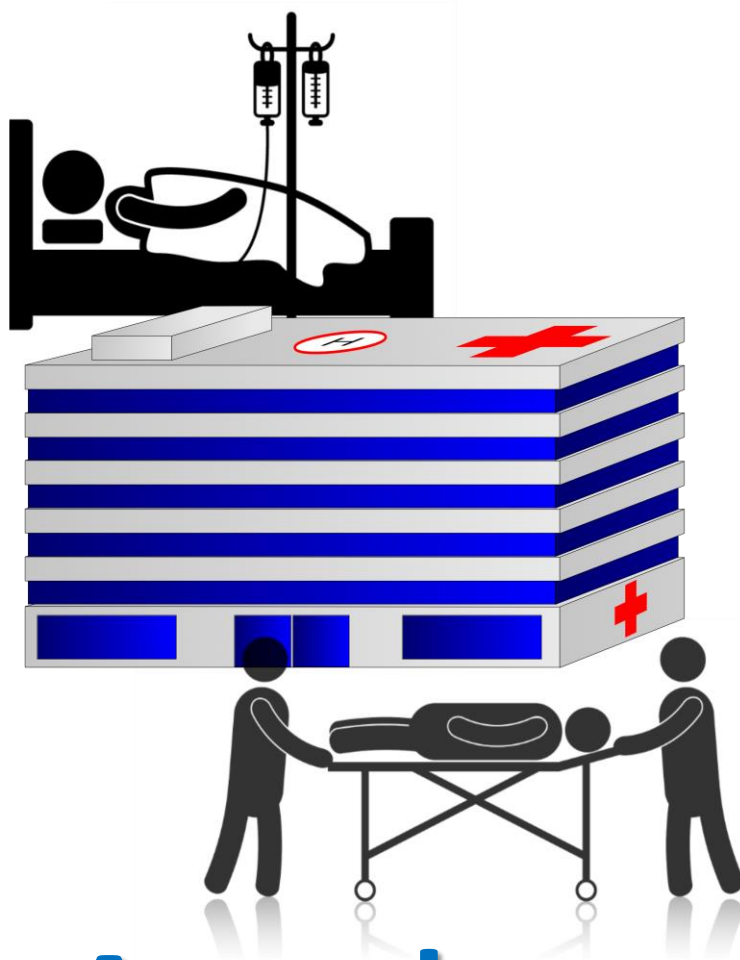
---

### ⇒ Folgen

- ⇒ Verordnung ist in Kraft
- ⇒ Entsprechende Leistungen sind als Hybrid-DRG abzurechnen
- ⇒ Aufgaben der Selbstverwaltung:
  - Regelung zum Zugang der Patientinnen und Patienten
  - Regelung zur Patientenadministration (Aufnahmegrund)
  - Abrechnungsbestimmungen
  - Regelung zur Datenübertragung
  - Regelung zur Rechnungsstellung
    - Papierrechnung möglich???



## Agenda



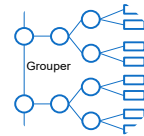
# Agenda



Gesetzliche Grundlage



Verhandlungsverlauf



Beauftragung des InEK



Ersatzvornahme



**Vereinbarung zu  
Abrechnungsbestimmungen**



Konsequenzen und Handlungsoptionen  
für die Krankenhäuser



## Vereinbarung zu Abrechnungsbestimmungen

---

- Verhandlungsverlauf
  - Unmittelbar im Januar 2024 Aufnahme von Gesprächen zwischen DKG und GKV-SV bzw. PKV
  - Alle Beteiligten hatten Interesse an rascher Umsetzung und pragmatischer Lösung
  - Ursprünglich sollte die Vereinbarung auch eine vorläufige Abrechnung (als Zwischenrechnungen) ermöglichen
    - Da entsprechende technische Umsetzung wiederum zeit- und kostenaufwändig gewesen wäre und die endgültige technische Umsetzung ggf. auch verzögert hätte, wurde der Schwerpunkt auf die endgültige Regelung gelegt
  - Hauptkonflikt:
    - DKG: Hybrid-DRG-Fälle als stationäre Fälle betrachten, auch um eine Auswirkung auf die Investitionsförderung zu vermeiden
    - GKV: Hybrid-DRG als eigener Leistungsbereich mit eigenem Aufnahmegrund (dafür allerdings Rezertifizierung der Grouper erforderlich)
  - Administration wie stationäre Fälle, allerdings als eigenständiger Leistungsbereich mit eigenem Aufnahmegrund

## Vereinbarung zu Abrechnungsbestimmungen

### § 1 Grundlagen der Abrechnung

(1) Für die in der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung genannten Leistungen ist eine in der Anlage 2 Hybrid-DRG-Verordnung aufgeführte Fallpauschale (Hybrid-DRG) abzurechnen, sofern sich aus dem Definitionshandbuch „aG-DRG German Diagnosis Related Groups Version 2024“ des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus vom 28.11.2023 eine Zuordnung der jeweiligen Leistung zu der jeweiligen Hybrid-DRG ergibt.

*Es gelten die Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils aktuellen Fassung.*

*Maßgeblich für die Eingruppierung ist der Tag der Aufnahme in das Krankenhaus.*

(2) Die in der Anlage 2 der Hybrid-DRG-Verordnung aufgeführte Hybrid-DRG ist für die gesamte Dauer der erbrachten Leistungen insgesamt einmal berechnungsfähig.

(3) Mit der Hybrid-DRG sind alle Leistungen und Aufwände im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten mit einer in Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung genannten Leistung entstandenen Aufwände abgegolten.

*Eine Abrechnung von weiteren Entgelten ist in Verbindung mit der Abrechnung der Hybrid-DRG gemäß Anlage 2 der Hybrid-DRG-Verordnung ausgeschlossen.*

Weitgehend Wiederholung  
der Inhalte der Verordnung

Klarstellung:  
Es gilt Tag der Aufnahme

Klarstellung:  
Keine Abrechnung weiterer  
Entgelte mit der Hybrid-DRG  
(Zu-/Abschläge, Pflegeentgelt,  
Zusatzentgelte)  
Aber:  
Nach Interpretation der DKG  
können davon unabhängige  
(ambulante) Leistungen  
(Dialyse, Bluter) abgerechnet  
werden

## Vereinbarung zu Abrechnungsbestimmungen

### § 1 Grundlagen der Abrechnung

(4) Eine Abrechnung für die in der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung genannten Leistungen über die Vergütungssystematik für Leistungen des Vertrages nach § 115b SGB V ist ausgeschlossen.

Klarstellung:  
Keine alternative EMB-  
Abrechnung

(5) Wird ein Patient oder eine Patientin, für die eine Hybrid-DRG gemäß der Anlage 2 der Hybrid-DRG-Verordnung abrechenbar ist, am Tag der Entlassung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V zur vollstationären Krankenhausbehandlung wiederaufgenommen, sind die Falldaten der Aufenthalte zusammenzufassen.

Wiederaufnahmeregel:  
Wiederaufnahme am selben  
Tag im Zusammenhang mit  
der Leistung ist ein Fall.  
Ggf. dann vollstationäre  
Abrechnung

Das sich aus der Neugruppierung der zusammengefassten Falldaten nach Satz 1 ergebende Entgelt ist dann entsprechend der maßgeblichen vergütungsrechtlichen Vorgaben abzurechnen.

## Vereinbarung zu Abrechnungsbestimmungen

### § 2 Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken

- (1) Die Krankenhäuser verwenden zur Abrechnung der Vergütung nach § 1 den Datenaustausch nach § 301 Absatz 3 SGB V.
- (2) Hybrid-DRG-Fälle, die ab dem 01.05.2024 in das Krankenhaus aufgenommen werden, verwenden zur Abrechnung einen gemäß Absatz 4 gesondert zu vereinbarenden neuen Aufnahmegrund („12“ „Krankenhausbehandlung nach § 115f SGB V“).
- (3) Für Hybrid-DRG-Fälle, die bis zum 30.04.2024 in das Krankenhaus aufgenommen wurden, nehmen Krankenkassen ab dem 15.02.2024 eine Zwischenabrechnung dieser Leistungen mit dem Aufnahmegrund („01“ „Krankenhausbehandlung, vollstationär“) und gesonderter Kennzeichnung an.  
  
*Diese Zwischenrechnung ist ab dem Beginn einer regulär möglichen Abrechnung gemäß Absatz 4 im Nachgang bis 31.08.2024 endabzurechnen.*
- (4) Das Nähere zur elektronischen Übermittlung vereinbaren die Vertragsparteien in der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 SGB V zu Abrechnungszwecken.

Neuer Aufnahmegrund:  
12: Krankenhausbehandlung  
nach § 115f SGB V

Möglichkeit zur kurzfristigen  
Zwischenabrechnung, falls  
technisch möglich

## Vereinbarung zu Abrechnungsbestimmungen

### § 3 Umsetzung im Pflegebudget gemäß § 6a KHEntgG

(1) *Pflegekosten der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen sind in der Kalkulation der Hybrid-DRG unberücksichtigt geblieben.*

*Aus diesem Grund bleibt das Pflegebudget gemäß § 6a KHEntgG des Krankenhauses durch die Abrechnung der Hybrid-DRG unberührt.*

*Es gelten die Vorgaben zur Abgrenzung nach Anlage 3 der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung 2023.*

(2) *Entgelte der Anlage 3c der FPV 2024 sind für die Hybrid-DRG nicht abrechenbar.*

*Die Vertragsparteien auf der Bundesebene vereinbaren zeitnah die Streichung der Anlage 3c im Rahmen einer Änderungsvereinbarung zur FPV 2024.*

Klarstellung:  
Abgrenzung des  
Pflegebudgets bleibt  
unverändert, Hybrid-DRG-  
Fälle bleiben unberücksichtigt

Keine Abrechnung von  
Pflegeentgelten bei Hybrid-  
DRG-Fällen, Anlage 3c wird  
gestrichen

## Vereinbarung zu Abrechnungsbestimmungen

---

### **§ 4 Zuzahlungen gemäß § 39 Absatz 4 SGB V**

*Die Zuzahlungsregelungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung gemäß § 39 Absatz 4 SGB V finden bei der Abrechnung von Leistungen nach der Hybrid-DRG-Verordnung keine Anwendung.*

Keine Zuzahlung der Patienten erforderlich

### **§ 5 Entlassmanagement gemäß § 39 Absatz 1a SGB V**

*Das Entlassmanagement gemäß § 39 Absatz 1a SGB V ist Bestandteil der Leistungserbringung nach der Hybrid-DRG-Verordnung.*

*Die Vertragsparteien wirken darauf hin, die Vereinbarung zum Entlassmanagement gemäß § 39 Absatz 1a SGB V bis zum 31.05.2024 auf Anpassungsnotwendigkeiten zu überprüfen und bei Bedarf erforderliche Klarstellungen vorzunehmen.*

Regelungen des Entlassmanagements finden auch bei Hybrid-DRG-Fällen Anwendung

## Vereinbarung zu Abrechnungsbestimmungen

---

### § 6 Zahlungsfrist

*Die von den Krankenhäusern auf Grundlage der Hybrid-DRG-Verordnung erbrachten und in Rechnung gestellten Leistungen sind von den Krankenkassen innerhalb von fünf Tagen nach § 415 Satz 1 SGB V nach Rechnungseingang zu begleichen.*

Zahlungsfrist: 5 Tage

*Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrags an ein Geldinstitut oder der Versendung von Zahlungsmitteln an das Krankenhaus.*

*Ist der Fälligkeitstag ein Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag, so verschiebt er sich auf den nächstfolgenden Arbeitstag.*

*Dies gilt auch für Zwischenrechnungen.*

## Vereinbarung zu Abrechnungsbestimmungen

---

### **§ 7 Salvatorische Klausel**

*Sollten einzelne Klauseln oder eine Bestimmung dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Die Vertragsparteien werden die ungültige Bestimmung durch eine wirksame Bestimmung ersetzen, die dem Zweck der ungültigen Bestimmung möglichst nahekommt.*

### **§ 8 Inkrafttreten**

*Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.01.2024 in Kraft und gilt für Hybrid-DRG-Fälle mit Aufnahme der Patientin oder des Patienten vom 01.01.2024 bis zum 31.12.2024.*

Vereinbarung mit dem PKV-Verband entsprechend.  
Allerdings auch keine besondere Regelung zu Wahlleistungen



## Vereinbarung zu Abrechnungsbestimmungen

---

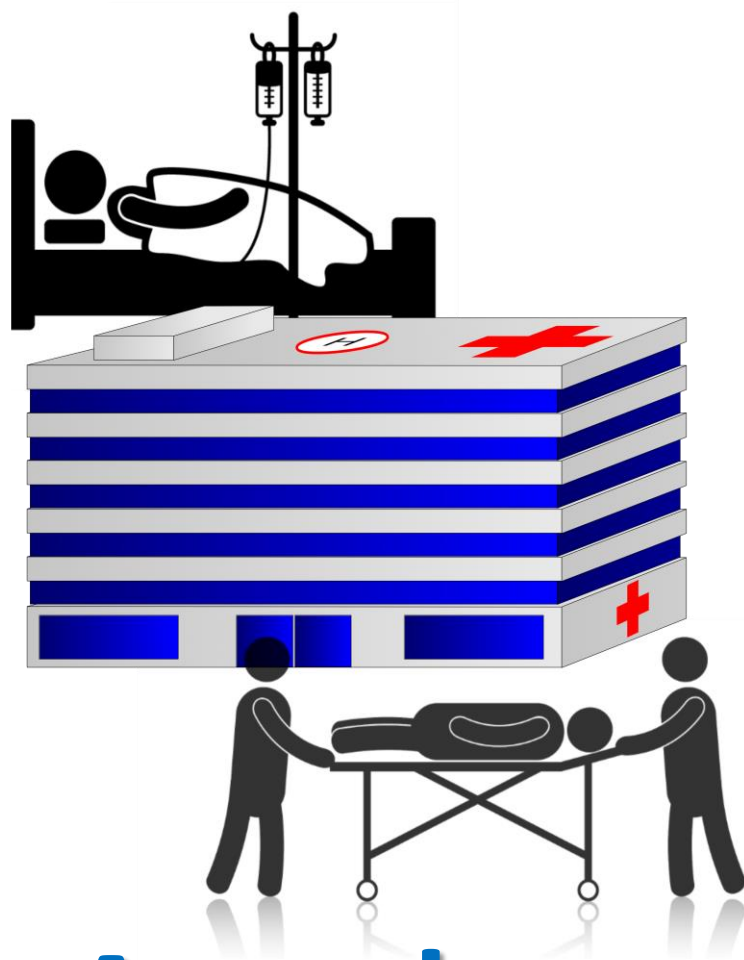
### Bewertung

- Angesichts der mangelnden Regelung der Verordnung handelt es sich um eine kurzfristige und pragmatische Vereinbarung
- Auf dieser Grundlage ist eine Administration und – nach Anpassung der technischen Möglichkeiten – Abrechnung der Hybrid-DRG-Fälle möglich.

Allerdings bleiben einige **offene Fragen**:

- Wie und wann müssen Hybrid-DRG-Fälle bei der PPUGV berücksichtigt werden?
- Wie wirken sich die Hybrid-DRG langfristig auf das Pflegebudget aus?
- Wie werden Hybrid-DRG-Fälle bei der Bemessung der Investitionsförderung berücksichtigt?
  - Werden für Hybrid-DRG auch Investitionsbewertungsrelationen (IBR) vom InEK kalkuliert?
  - Sind grundsätzlich im Rahmen der zunehmenden Ambulantisierung von Krankenhausleistungen die Förderbedingungen zu überarbeiten?
- Unter welchen Voraussetzungen sind Wahlleistungen (Unterkunft, ärztliche Leistung) im Zusammenhang mit Hybrid-DRG möglich?
- ...

## Agenda



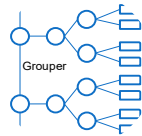
# Agenda



Gesetzliche Grundlage



Verhandlungsverlauf



Beauftragung des InEK



Ersatzvornahme



Vereinbarung zu  
Abrechnungsbestimmungen



**Konsequenzen und Handlungsoptionen  
für die Krankenhäuser**

## Konsequenzen und Handlungsoptionen für die Krankenhäuser

---

- Einstieg in sektorgleiche Vergütung
  - Ausweitung wird kommen
    - Inhaltlich: Mehr Leistungen
    - Formal: Weniger Ausschlusskriterien (z. B. VWD)
  - ⇒ Krankenhäuser müssen sich von der stationären Denkweise lösen
    - Krankenhäuser werden zukünftig mehr ambulante (hybride) Leistungen erbringen
    - Zur Kostendeckenden Leistungserbringung braucht es
      - einen ausreichenden Anteil ambulanter Leistungen im jeweiligen Leistungsbereich
      - kostengünstige (ambulante) Leistungsstrukturen und Prozesse
  - ⇒ Spezialisierte niedergelassene Leistungserbringer, Praxen und MVZ werden die Chance nutzen
    - Deutlich höhere, außerbudgetäre Vergütung als bisher für ambulante Leistung
    - kostengünstige Strukturen und Prozesse meist bereits vorhanden
    - Möglichkeit der Patientenselektion
  - Könnte als Bremse für die Weiterentwicklung wirken, da aus Kassensicht teurer

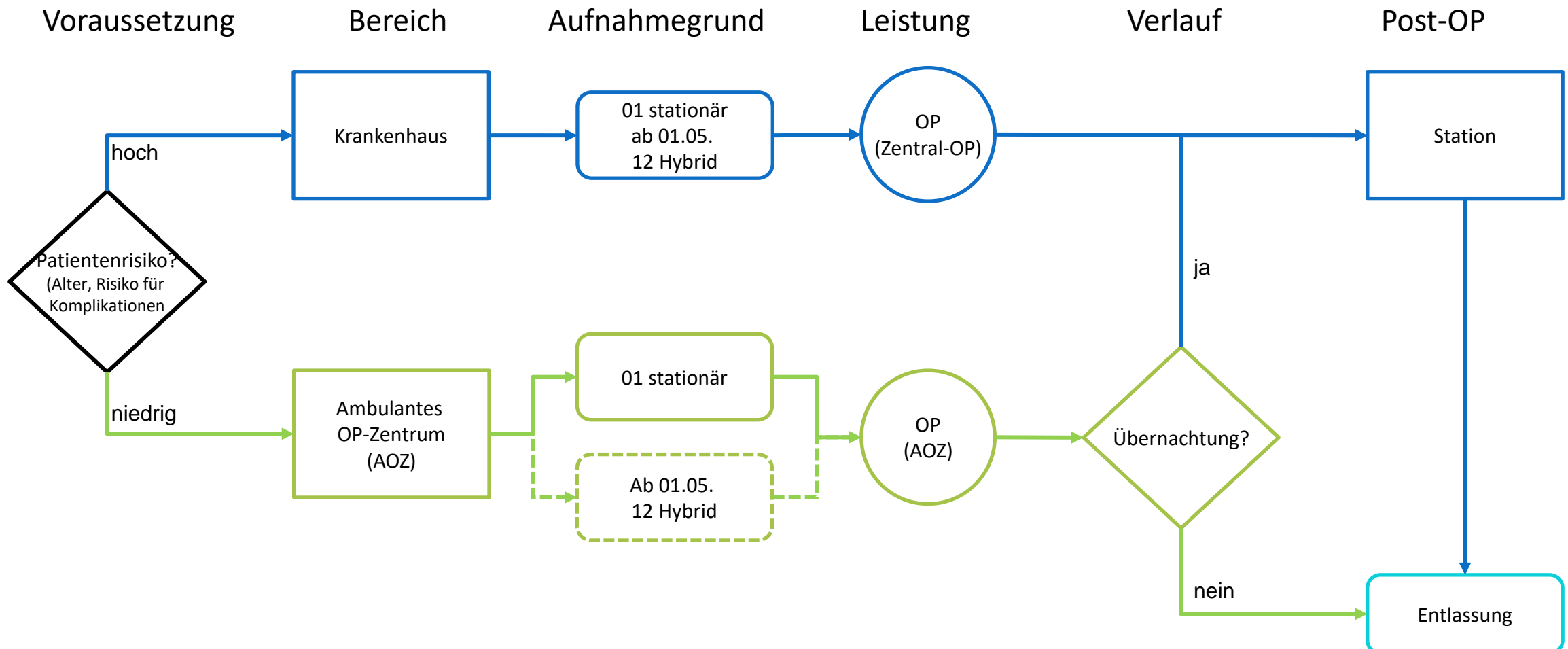
## Konsequenzen und Handlungsoptionen für die Krankenhäuser

---

- ⇒ Aufbau entsprechender ambulanter Strukturen (falls noch nicht geschehen)
  - ⇒ AOP-Zentrum außerhalb des zentral-OPs
  - ⇒ Ggf. in MVZ-Struktur
  - ⇒ Ambulantes Personal (z. B. MFA statt OP-Pflegekraft)
  - ⇒ Ambulant erfahrene Operateure und Anästhesisten
  - ⇒ Prozessoptimierung
    - ⇒ Keine/geringe Fluktuation der Operateure
    - ⇒ Behandlungsprozess über gesamten Leistungsumfang organisieren

## Konsequenzen und Handlungsoptionen für die Krankenhäuser

- **Vorschlag** zum möglichen Patientenmanagement unter den gegebenen Umständen:



Save the Date:

# Zukunft Gesundheit

Fachkongress

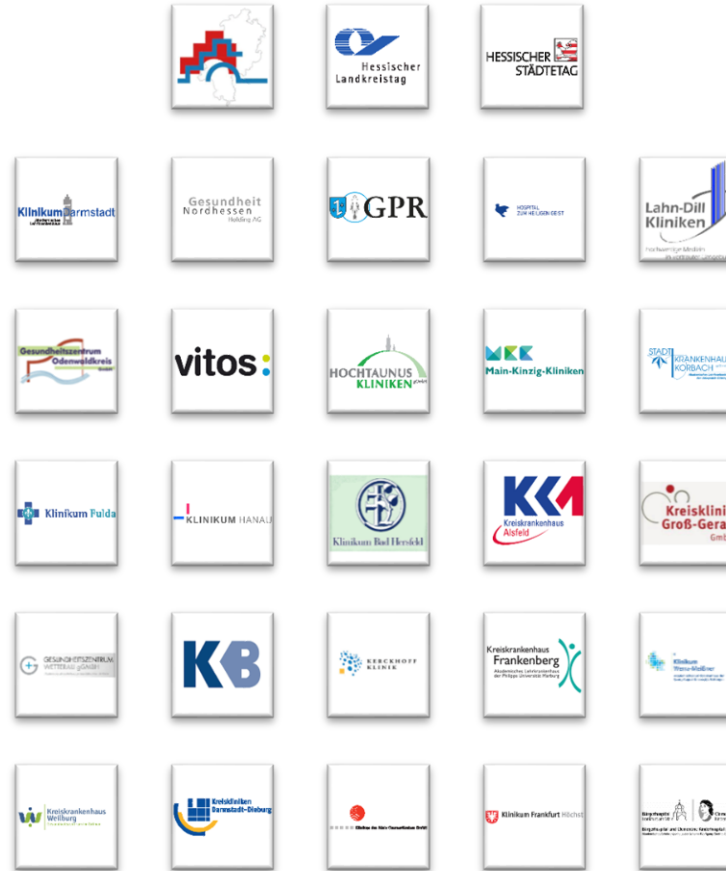
6. und 7. März

2024

in Wiesbaden

<https://www.kongress-zukunftgesundheit.de>

# Vielen Dank



**Geschäftsstelle:**  
Frankfurter Straße 2  
65189 Wiesbaden  
+49 611 50595820  
[gf@klinikverbund-hessen.de](mailto:gf@klinikverbund-hessen.de)



[klinikverbund-hessen.de](http://klinikverbund-hessen.de) | [bestens-fairsorgt.de](http://bestens-fairsorgt.de)