

# **Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung**

(Hybrid-DRG-Verordnung)

## **A. Problem und Ziel**

Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wurden durch § 115f Absatz 1 Satz 1 SGB V verpflichtet, bis zum 31. März 2023 eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird, sowie eine Auswahl von Leistungen des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationärsersetzender Eingriffe und stationärsersetzender Behandlungen nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V (AOP-Katalog) zu vereinbaren, für die die spezielle sektorengleiche Vergütung erfolgt. Eine fristgerechte Vereinbarung hierzu ist auf Grund einer fehlenden Einigung zwischen den Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 SGB V nicht zustande gekommen.

Ziel der speziellen sektorengleichen Vergütung ist es, bestehende Ambulantisierungspotenziale bei bislang unnötig stationär erbachten Leistungen zu heben. Hierdurch soll das in den Krankenhäusern tätige Pflegepersonal entlastet werden, ohne die Qualität der medizinischen Versorgung für die Patientinnen und Patienten einzuschränken. Auch zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung ist es erforderlich, die Ambulantisierung weiter voranzutreiben. Die spezielle sektorengleiche Vergütung ist daher zeitnah als neue Vergütungssystematik einzuführen.

## **B. Lösung**

Nachdem die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 SGB V bis zum 31. März 2023 keine Einigung erzielen konnten, wird die spezielle sektorengleiche Vergütung und die Auswahl von Leistungen, für die diese Vergütung erfolgt, gemäß § 115f Absatz 4 Satz 1 und 3 SGB V durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit ohne Zustimmung des Bundesrates bestimmt.

## **C. Alternativen**

Keine.

## **D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand**

Für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden entstehen keine zusätzlichen Ausgaben. Für die gesetzliche Krankenversicherung ist die Einführung der speziellen sektorengleichen Vergütung finanzneutral, da die in dieser Rechtsverordnung ausgewiesenen Vergütungen als mit dem Ambulantisierungsgrad gewichtete Mischpreise kalkuliert wurden.

## **E. Erfüllungsaufwand**

### **E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger**

Keiner.

## **E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft**

Für die Krankenhausambulanzen und Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ergibt sich insgesamt ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 140 000 Euro durch die erstmalige Anwendung des ausgegliederte German-Diagnosis Related Groups-Groupierungsalgorithmus des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Abrechnung der speziellen sektorengleichen Vergütung.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Keine.

## **E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung**

Keiner.

## **F. Weitere Kosten**

Keine.

# **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<sup>\*)</sup> 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.

---

<sup>\*)</sup> Das Definitionshandbuch ist bei der Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH, Siegburg, zu beziehen und bei dieser archivmäßig gesichert niedergelegt.

## Leistungen

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)
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, allogenes 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.

<b>Leistungsbereich Entfernung von Harnleitersteinen</b>	
<b>OPS-Kode</b>	<b>OPS-Text</b>
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: Extraktion 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

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 Sphincter 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.

<b>Leistungsbereich Ovariektomien</b>	
<b>OPS-Kode</b>	<b>OPS-Text</b>
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: Adhäsiolyse: 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)
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	Ovariectomie: Restovariectomie: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-652.4x	Ovariectomie: Restovariectomie: Sonstige
5-652.52	Ovariectomie: Partiell: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-652.5x	Ovariectomie: Partiell: Sonstige
5-652.62	Ovariectomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-652.6x	Ovariectomie: Total: Sonstige
5-652.y	Ovariectomie: N.n.bez.
5-653.22	Salpingoovariectomie: Einseitige Ovariectomie mit bilateraler Salpingektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-653.2x	Salpingoovariectomie: Einseitige Ovariectomie mit bilateraler Salpingektomie: Sonstige
5-653.32	Salpingoovariectomie: Salpingoovariectomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)
5-653.3x	Salpingoovariectomie: Salpingoovariectomie (ohne weitere Maßnahmen): Sonstige
5-653.y	Salpingoovariectomie: N.n.bez.
5-657.62	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-657.6x	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Sonstige

5-657.72	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Endoskopisch (laparoskopisch)
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)
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

<b>Leistungsbereich Arthrodesen der Zehengelenke</b>	
<b>OPS-Kode</b>	<b>OPS-Text</b>
5-780.0v	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Exploration von Knochengewebe: Metatarsale
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): Digitus I
5-788.0b	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Digitus II bis V, 1 Phalanx
5-788.0c	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Digitus II bis V, 2 Phalangen
5-788.0d	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Digitus II bis V, 3 Phalangen
5-788.0e	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Digitus II bis V, 4 Phalangen
5-788.0f	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Digitus II bis V, 5 oder mehr Phalangen
5-788.0x	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Sonstige
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
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: Metatarsophalangealgelenk, 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: Metatarsale
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: Metatarsophalangealgelenk
5-800.6q	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Metatarsophalangealgelenk
5-808.b0	Offen chirurgische Arthrodesse: Zehengelenk: Großzehengrundgelenk
5-808.b1	Offen chirurgische Arthrodesse: Zehengelenk: Großzehenendgelenk
5-808.b2	Offen chirurgische Arthrodesse: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 1 Gelenk
5-808.b3	Offen chirurgische Arthrodesse: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 2 Gelenke
5-808.b4	Offen chirurgische Arthrodesse: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 3 Gelenke
5-808.b5	Offen chirurgische Arthrodesse: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 4 Gelenke
5-808.bx	Offen chirurgische Arthrodesse: 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, lokal
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.

**Fallpauschalen (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	Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder anderer Eingriff an der Harnblase oder Adhäsiolyse, Alter > 15 Jahre	1.554,58
N07N	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit bestimmtem Eingriff	1.587,73
N25N	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder andere kleine Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, Alter > 13 Jahre	1.458,20

## **Begründung**

### **A. Allgemeiner Teil**

#### **I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen**

Der internationale Vergleich zeigt, dass in Deutschland noch große Ambulantisierungspotenziale bestehen. Einige in Deutschland vorwiegend vollstationär durchgeführte Leistungen werden in anderen Ländern regelhaft ambulant erbracht. Mit einer Vergütung, deren Höhe zwischen dem ambulanten (einheitlicher Bewertungsmaßstab, EBM) und dem stationären (diagnosebezogenen Fallgruppen, DRG) Niveau liegt, kann die ambulante Leistungserbringung angereizt und unnötiger stationärer Behandlungsaufwand vermieden werden. Dadurch wird auch das in den Krankenhäusern tätige Pflegepersonal deutlich entlastet.

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 1793) wurden daher der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gemäß § 115f Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) verpflichtet, bis zum 31. März 2023 eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird, sowie eine Auswahl von Leistungen des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen nach § 115b Absatz 1 Nummer 1 SGB V (AOP-Katalog) zu vereinbaren, für die die spezielle sektorengleiche Vergütung erfolgt.

Soweit eine Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande gekommen ist, ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gemäß § 115f Absatz 4 Satz 1 SGB V ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats die spezielle sektorengleiche Vergütung und die nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V zu vereinbarenden Leistungen zu bestimmen. In diesem Fall sind gemäß § 115f Absatz 4 Satz 2 SGB V jeweils GKV-SV, DKG, KBV, der Bewertungsausschuss und der ergänzte Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen sowie das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) verpflichtet, dem BMG unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten. Mit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz vom 15. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) wurde § 115f Absatz 4 Satz 3 SGB V angefügt, wonach Gegenstand der Rechtsverordnung des BMG auch Leistungen sein können, die nicht in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V vereinbarten Katalog genannt sind.

Am 3. April 2023 haben GKV-SV, DKG und KBV mit gemeinsamen Schreiben das BMG darüber informiert, dass kein Konsens für eine vollständige Vereinbarung zur Einführung der speziellen sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f SGB V erzielt werden konnte. Einvernehmliche Formulierungen wurden von den drei Parteien zu einzelnen eher technischen Aspekten einer Vereinbarung nach § 115f SGB V erarbeitet und dem BMG für die Erarbeitung der Rechtsverordnung am 19. April 2023 zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus haben GKV-SV, DKG und KBV dem BMG jeweils separat ihre Vorschläge und Konzepte für die Umsetzung einer Rechtsverordnung übermittelt.

Aus Sicht des BMG war ein weiteres Abwarten auf eine Verhandlungslösung der Selbstverwaltung vor diesem Hintergrund nicht sachgerecht. Eine Einigung erschien auf Grund des Schreibens vom 3. April 2023 ausgeschlossen, so dass eine Ersatzvornahme durch Rechtsverordnung als notwendig und dringlich angesehen wurde. Insbesondere war ein unnötiger stationärer Behandlungsaufwand zu vermeiden und waren damit zugleich die vom Fachkräftemangel besonders betroffenen Pflegeberufe zu entlasten. Das BMG hat

daher im Juni 2023 auf Grundlage von § 115f Absatz 4 Satz 2 SGB V sowohl das InEK als auch das InBA mit umfänglicher Zuarbeit zur Vorbereitung einer Rechtsverordnung beauftragt. Das InEK wurde gebeten, ein Kalkulationsmodell für die spezielle sektorengleiche Vergütung zu entwickeln und Fallpauschalen (Hybrid-DRG) in durch das BMG vorgegebenen Leistungsbereichen eines Startkatalogs zu ermitteln. Das InBA wurde um vollumfängliche Unterstützung des InEK bei dieser Aufgabe gebeten. Im August 2023 wurde dem BMG die finale Kalkulation der Hybrid-DRG durch das InEK übermittelt.

## **II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs**

Mit der Verordnung werden die spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V und die Leistungen, für die diese Vergütung erfolgt, bestimmt.

## **III. Alternativen**

Keine.

## **IV. Regelungskompetenz**

Die Regelungskompetenz des BMG, die spezielle sektorengleiche Vergütung und die Leistungen, für die diese Vergütung erfolgt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, folgt aus § 115f Absatz 4 Satz 1 und 3 SGB V, da eine Vereinbarung der Vertragsparteien nicht fristgerecht zustande gekommen ist.

## **V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen**

Die Verordnung ist mit dem Recht der Europäischen Union und mit den völkerrechtlichen Verträgen, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat, vereinbar.

## **VI. Regelungsfolgen**

### **1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung**

Der Entwurf führt nicht zu einer Rechts- und Verwaltungsvereinfachung.

### **2. Nachhaltigkeitsaspekte**

Der Verordnungsentwurf steht im Einklang mit dem Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich Gesundheit, Lebensqualität und sozialen Zusammenhalts der Bürgerinnen und Bürger im Sinne der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie. Der Verordnungsentwurf dient der zeitnahen Einführung von Hybrid-DRG als neue Vergütungssystematik und trägt damit zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung bei, indem Ambulantisierungspotenziale gehoben werden. Insofern zielt der Verordnungsentwurf auf das Nachhaltigkeitsziel 3 „Gesundheit und Wohlergehen“ und dabei insbesondere auf das Unterziel 3.8. ab, das unter anderem eine allgemeine Gesundheitsversorgung und den Zugang zu hochwertigen Gesundheitsdiensten vorsieht. Auch wird dem Prinzip 4 „Nachhaltiges Wirtschaften stärken“ Rechnung getragen, indem die Hybrid-DRG als spezielle sektorengleiche Vergütung dafür sorgt, dass gleiche Leistungen unabhängig vom Ort der Leistungserbringung gleich vergütet werden. Der Verordnungsentwurf trägt damit zur Stärkung des sozialen Zusammenhalts und somit zum fünften Prinzip einer nachhaltigen Entwicklung bei.

### **3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand**

Für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden entstehen keine zusätzlichen Ausgaben. Für die gesetzliche Krankenversicherung ist die Einführung der speziellen sektorengleichen Vergütung finanzneutral, da die in dieser Rechtsverordnung ausgewiesenen Vergütungen als mit dem Ambulantisierungsgrad gewichtete Mischpreise kalkuliert wurden.

### **4. Erfüllungsaufwand**

#### **4.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger**

Keiner.

#### **4.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft**

Für Krankenhausambulanzen und Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ergibt sich insgesamt ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 140 000 Euro durch die erstmalige Anwendung des ausgegliederte German-Diagnosis Related Groups (aG-DRG)-Groupierungsalgorithmus des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Abrechnung der Hybrid-DRG.

#### **4.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung**

Keiner.

### **5. Weitere Kosten**

Keine.

### **6. Weitere Regelungsfolgen**

Die Regelungen zielen auf eine Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen. Hierdurch werden für Patientinnen und Patienten unnötige, nicht selten als belastend empfundene stationäre Krankenhausaufenthalte vermieden.

## **VII. Befristung; Evaluierung**

Die Rechtsverordnung gilt vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2024.

Eine Evaluierung der Auswirkungen der mit dieser Verordnung festgelegten speziellen sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen hat nach § 115f Absatz 5 SGB V durch die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 SGB V im Abstand von jeweils 18 Monaten zu erfolgen. Erstmals ist dem BMG am 1. April 2024 ein Bericht über das Ergebnis der Evaluation vorzulegen.

## **B. Besonderer Teil**

### **Zu § 1 (Spezielle sektorengleiche Vergütung und Leistungen)**

Gemäß Satz 1 sind die in Anlage 1 genannten Leistungen mit einer in Anlage 2 genannten Hybrid-DRG zu vergüten, sofern sich aus dem Definitionshandbuch des InEK Version 2024 beziehungsweise dem dort beschriebenen aG-DRG-Klassifikationssystem eine Zuordnung des betreffenden Falles in die betreffende Hybrid-DRG ergibt. Das Definitionshandbuch des

InEK Version 2024, bestehend aus fünf Bänden, das bei dieser archivmäßig gesichert niedergelegt sowie auf der Internetseite des InEK (<https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2024/definitionshandbuch/definitionshandbuch-2024>) abrufbar ist, stellt die Verknüpfung zwischen den Anlagen 1 und 2 her. Allein die Dokumentation eines oder mehrerer in der Anlage 1 genannter Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Kodes) ist nicht ausreichend für die Abrechnungsfähigkeit der Hybrid-DRG. Weitere im Klassifikationssystem berücksichtigte Bedingungen betreffen die Verweildauer und den klinischen Komplexitätsgrad (Patient Clinical Complexity Level (PCCL)). Zugleich werden Fälle von Patientinnen und Patienten mit komplexen, ausschließlich stationär zu erbringenden Eingriffen sowie mit aufwendigen Diagnosen durch das Klassifikationssystem als Hybrid-DRG ausgeschlossen. Datenverarbeitungslösungen, die gleiche Leistungen stets gleich eingruppieren, sind von den Akteuren der Selbstverwaltung in eigener Initiative unter Beachtung der Anforderungen des InEK zu vereinbaren und bereitzustellen. Um dies zu gewährleisten, ist eine Zertifizierung von Lösungen der elektronischen Datenverarbeitung, die das aG-DRG-Klassifikationssystem als Gruppierungsalgorithmus abbilden, durch das InEK naheliegend.

Durch Satz 2 wird der Zeitraum der Leistung bestimmt. Der Beginn der Leistung wird festgelegt auf den Zeitpunkt, an dem die Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung in der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird, beginnen. Als Ende der Leistung gilt der Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung in der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird. Eine Nachsorge, die erforderlich werden kann, um den Erfolg einer erbrachten, in Anlage 1 genannten Leistung zu sichern oder zu festigen, ist grundsätzlich Aufgabe der vertragsärztlichen Versorgung und nicht von der Hybrid-DRG umfasst.

Gemäß Satz 3 sind mit der Hybrid-DRG sämtliche Aufwände im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten mit einer in Anlage 1 genannten Leistung abgegolten. Hiermit werden Anreize für eine wirtschaftliche Leistungserbringung gesetzt. Bezogen auf Sachmittel, die ebenfalls mit der Fallpauschale abgegolten sind, wird damit eine wirtschaftliche Beschaffung (zum Beispiel in Einkaufsgemeinschaften) und ein effizienter Einsatz angestrebt. Auch die Aufwände für Unterkunft und Verpflegung der Patientin oder des Patienten, die bei Übernachtung anfallen, gelten mit der Fallpauschale als abgedeckt. Ebenso sind ärztliche Aufwände, auch wenn sie einem anderen an der Leistung beteiligten Arzt als dem Operateur entstehen, mit der Fallpauschale abgegolten, sofern sie mit der Erbringung der Leistung in unmittelbarem Zusammenhang stehen, beispielsweise erforderliche Anästhesien, aber auch perioperatives Labor sowie intraoperative und unmittelbar postoperative Röntgenleistungen.

Satz 4 regelt, dass die Hybrid-DRG nur einmal gezahlt wird, auch wenn mehrere Leistungserbringer an der Erbringung der Leistung mitgewirkt haben. Die beteiligten Leistungserbringer sind in diesem Fall Gesamtgläubiger hinsichtlich der Hybrid-DRG. Die Aufteilung der Vergütung bleibt damit den mitwirkenden Leistungserbringern überlassen. Wird eine Kassenärztliche Vereinigung nach § 115f Absatz 3 Satz 3 SGB V mit der Abrechnung der Leistung beauftragt, kann die Kassenärztliche Vereinigung bei der Aufteilung und Weiterleitung der Vergütung unterstützen.

Berechtigt zur Erbringung der in Anlage 1 genannten Leistungen sind gemäß § 115f Absatz 3 Satz 1 SGB V die nach § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V sowie § 108 SGB V an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die die für das ambulante Operieren nach § 115b Absatz 1 Satz 5 SGB V geltenden Qualitätsvoraussetzungen erfüllen. Ausweislich der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf eines Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes und hier konkret der Begründung zu § 115f Absatz 3 SGB V kommen damit neben Krankenhäusern insbesondere ambulante Operationszentren, Praxiskliniken, medizinische Versorgungszentren sowie die im Zusammenhang mit ambulanten Operationen zusammenwirkenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte als Leistungserbringer in Betracht (BT-Drs. 20/4708 (neu), S. 101). Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich nach § 121 Absatz 2 SGB V auch bei Belegärztinnen und Belegärzten um Vertragsärztinnen beziehungsweise Vertragsärzte handelt. Weiter zählen auch

ermächtigte Ärztinnen und Ärzte sowie ermächtigte Einrichtungen zu den nach § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern.

Die Übermittlung von Leistungsdaten zur Abrechnung der Vergütung mit den Krankenkassen ist nicht Regelungsgegenstand dieser Rechtsverordnung. Sie ergibt sich aus § 115f Absatz 3 Satz 5 SGB V, wonach § 295 Absatz 1b Satz 1 SGB V für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren und § 301 Absatz 1 und 2 SGB V für die zugelassenen Krankenhäuser oder Krankenhausträger entsprechend gilt.

### **Zu § 2 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)**

Die Verordnung tritt am 1. Januar 2024 in Kraft und am 31. Dezember 2024 außer Kraft. Mit der Befristung auf ein Kalenderjahr wird dem Umstand der jährlichen Weiterentwicklung des DRG-Systems nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Rechnung getragen.

### **Zu Anlage 1 (Leistungen)**

Anlage 1 bildet den Leistungskatalog gemäß § 1. Der Katalog besteht aus fünf Leistungsbereichen, denen jeweils eine indikationsspezifische Prozedurenliste (OPS-Kodes) zugeordnet ist. Bei den Leistungsbereichen handelt es sich um bestimmte Hernieneingriffe, Entfernung von Harnleitersteinen, Ovariectomien, Arthrodesen der Zehengelenke sowie Exzision eines Sinus pilonidalis.

### **Zu Anlage 2 (Fallpauschalen (Hybrid-DRG))**

Anlage 2 beinhaltet die zwölf Hybrid-DRG, ihre inhaltliche, textliche Beschreibung sowie ihre Bewertung in Euro.

In der Kalkulation der Hybrid-DRG wurden Pflegepersonalkosten gemäß § 17b Absatz 4 und 4a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht berücksichtigt. Ebenso wenig sind in der Hybrid-DRG Aufwände für Gerinnungspräparate für die Behandlung von Hämophilie-Patienten sowie für Dialyseleistungen als Teil der allgemeinen Krankenhausbehandlung enthalten. Auch Sprechstundenbedarf ist in der Hybrid-DRG nicht enthalten.