

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V)

A. Problem und Ziel

Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wurden durch § 115f Absatz 1 Satz 1 SGB V beauftragt, bis zum 31. März 2023 eine spezielle sektorengleiche Vergütung 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, auf die die spezielle sektorengleiche Vergütung unabhängig davon angewendet wird, ob die Leistung ambulant oder stationär durchgeführt wird. Eine fristgerechte Vereinbarung hierzu ist mangels einer 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 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, auf die diese Vergütung angewendet wird, gemäß § 115f Absatz 4 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 Krankenhausambulanzen und Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ergibt sich ein geringfügiger, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand insbesondere durch die erstmalige Anwendung des aG-DRG-Groupieralgorithmus des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Abrechnung der Hybrid-DRG. Ein ähnlicher Erfüllungsaufwand wäre auch bei einer Vereinbarung durch die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 SGB V auf der Grundlage von § 115f Absatz 1 Satz 1 SGB V entstanden.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Keine.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsteht ein geringfügiger Verwaltungsaufwand durch das Erfordernis, Vereinbarungen über den Nachweis von Abrechnungsvoraussetzungen sowie über inhaltliche und technische Anforderungen der Datenübermittlung bei der Abrechnung zu schließen. Ein ähnlicher Erfüllungsaufwand wäre auch bei einer Vereinbarung durch die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 SGB V auf der Grundlage von § 115f Absatz 1 Satz 1 SGB V entstanden.

F. Weitere Kosten

Keine.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung

(Hybrid-DRG-V)

Vom ...

Auf Grund des § 115f Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der durch Artikel 1 Nummer 1a des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

§ 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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie Krankenhäuser nach § 108 SGB V, die die in § 115b Absatz 1 Satz 5 SGB V genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen, sind zur Erbringung der Leistungen nach § 3 und zur Abrechnung der Vergütung nach § 4 berechtigt.

§ 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.

(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 die Leistung nach § 3 durchführenden Arzt die im Zusammenhang mit der vorgeesehenen Leistung bedeutsamen Unterlagen zur Verfügung.

§ 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.

§ 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 nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes bleibt unberührt.

(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 gemäß § 1 berechtigt, die in der Anlage 1 genannten Leistungen alternativ nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztlichen Leistungen abzurechnen. Abweichend von Satz 1 sind Krankenhäuser gemäß § 1 berechtigt, Zusatzentgelte gemäß § 6 Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes im Zusammenhang mit der Durchführung von Dialysebehandlungen und der Behandlung von Versicherten mit Hämophilie sowie zusätzlich zu der jeweiligen Hybrid-DRG die in Anlage 3c des Fallpauschalen-Kataloges nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes festgelegte Bewertungsrelation des Pflegeerlös-Katalogs für die jeweilige Hybrid-DRG gesondert zu berechnen.

(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.

§ 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 Absatz 1 und 2 SGB V und bei ambulanter Behandlung der in der Vereinbarung nach § 120 Absatz 3 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 nach § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V übermitteln der Krankenkasse, gegebenenfalls über eine gemäß § 115f Absatz 3 Satz 3 SGB V 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.

(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.

§ 6

Inkrafttreten

Die Verordnung tritt am 1. Januar 2024 in Kraft.

Anlage 1**Startkatalog gemäß § 3 Absatz 1**

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.

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: 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.

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: 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

Leistungsbereich Arthrodesen der Zehengelenke	
OPS-Kode	OPS-Text
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.

Anlage 2**Hybrid-DRG gemäß § 4 Absatz 1**

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 Polyarthritiden 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 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

Anlage 3**Grundlage für eine erweiterte Leistungsauswahl gemäß § 3 Absatz 2**

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
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	Andere 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
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. angeb. 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	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre und Alter < 16 Jahre, ohne schwere CC oder Alter > 15
G26A	Andere 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	Andere 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
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
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder best. Osteosynthesen an der Klavikula ohne kompliz. Diagnose, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen oder sonst. arthroskopische 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

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 stationärem (diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG)) Niveau liegt, kann die ambulante Leistungserbringung angereizt und unnötiger stationärer Behandlungsaufwand, vermieden werden. Dadurch wird auch das Pflegepersonal deutlich entlastet.

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz 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) beauftragt, bis zum 31. März 2023 eine spezielle sektorengleiche Vergütung sowie eine Auswahl von Leistungen des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationärsersetzender Eingriffe und stationärsersetzender Behandlungen nach § 115b Absatz 1 Nummer 1 SGB V (AOP-Katalog) zu vereinbaren, auf die die spezielle sektorengleiche Vergütung unabhängig davon angewendet wird, ob die Leistung ambulant oder stationär durchgeführt wird.

Soweit eine Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande gekommen ist, wird das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gemäß § 115f Absatz 4 Satz 1 SGB V ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats Vorschriften zur speziellen sektorengleichen Vergütung sowie zur Auswahl von Leistungen zu erlassen. 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 Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) und das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) verpflichtet, dem BMG unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten.

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 § 115 f 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 der unnötige stationäre Behandlungsaufwand zu vermeiden und 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 umfangreicher 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. Auf Basis weiterer dem BMG vorgelegter Vorschläge wurde eine Grundlage für eine erweiterte Auswahl von Leistungen erstellt.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Mit der Verordnung werden die spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V und die Leistungen, auf die diese Vergütung angewendet wird, bestimmt sowie eine Grundlage für eine weitere Leistungsauswahl geschaffen. Darüber hinaus werden Vorschriften in unmittelbarem Zusammenhang mit der speziellen sektorengleichen Vergütung, insbesondere ihrer Abrechnung, erlassen.

III. Alternativen

Keine.

IV. Regelungskompetenz

Die Regelungskompetenz des BMG, die spezielle sektorengleiche Vergütung und die Leistungen, auf die diese Vergütung angewendet wird, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, folgt aus § 115f Absatz 4 Satz 1 SGB V, da eine Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 115f Absatz 1 Satz 1 SGB V 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 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. Mit dem Verordnungsentwurf wird darüber hinaus das Prinzip 3b der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie unterstützt, da durch die Ambulantisierung Gefahren und unvermeidbare Risiken für die menschliche Gesundheit durch bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen vermieden werden. 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 Vertragsärzte ergibt sich ein geringfügiger, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand insbesondere durch die erstmalige Anwendung des aG-DRG-Groupierungsalgorithmus des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Abrechnung der Hybrid-DRG. Ein ähnlicher Erfüllungsaufwand wäre auch bei einer Vereinbarung durch die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 SGB V auf der Grundlage von § 115f Absatz 1 Satz 1 SGB V entstanden.

4.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsteht ein geringfügiger Verwaltungsaufwand durch das Erfordernis, Vereinbarungen über den Nachweis von Abrechnungsvoraussetzungen sowie über inhaltliche und technische Anforderungen der Datenübermittlung bei der Abrechnung zu schließen. Ein ähnlicher Erfüllungsaufwand wäre auch bei einer Vereinbarung durch die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 SGB V auf der Grundlage von § 115f Absatz 1 Satz 1 SGB V entstanden.

5. Weitere Kosten

Keine.

6. Weitere Regelungsfolgen

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

VII. Befristung; Evaluierung

Die Rechtsverordnung gilt ohne Befristung ab dem 1. Januar 2024.

Eine Evaluierung der Auswirkungen der mit dieser Verordnung festgelegten speziellen sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der 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 (Berechtigung zur Leistungserbringung und Abrechnung)

Es wird auf die bestehende gesetzliche Regelung in § 115f Absatz 3 Satz 1 SGB V Bezug genommen, wonach die nach § 95 Absatz 1 Satz 1 sowie § 108 SGB V an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die die Qualitätsvoraussetzungen für das ambulante Operieren (AOP) nach § 115b Absatz 1 Satz 5 SGB V erfüllen, berechtigt sind, die durch Rechtsverordnung nach § 115f Absatz 4 SGB V bestimmten Leistungen zu erbringen und die nach § 115f Absatz 1 Satz 2 SGB V kalkulierte Fallpauschale (Hybrid-DRG) abzurechnen. Die vorgenannten Leistungen werden in § 3, die Vergütung in § 4 dieser Verordnung aufgeführt. Ergänzend zu der in der Gesetzesbegründung zu § 115f Absatz 2 SGB V erfolgten, nicht abschließenden Aufzählung in Betracht kommender Leistungserbringer (Krankenhäuser, ambulante Operationszentren, Praxiskliniken, medizinische Versorgungszentren sowie im Zusammenhang mit ambulanten Operationen zusammenwirkenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzten) werden im Verordnungstext explizit auch Belegärztinnen und Belegärzte genannt.

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die ambulante Operationen auf Grundlage des EBM abrechnen, verfügen bereits über eine Abrechnungsgenehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 2 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Absatz 2 SGB V zum ambulanten Operieren. Erbringen dürfen Vertragsärzte nur die Leistungen nach § 3, die zu ihrem jeweiligen Fachgebiet gehören.

Es wird davon ausgegangen, dass GKV-SV, DKG und KBV ein Verfahren für die Übermittlung der Nachweise zum Vorliegen der Abrechnungsvoraussetzungen regeln werden, wie es ihr konsentierter Regelungsentwurf vorsieht, den sie dem BMG zur Vorbereitung dieser Rechtsverordnung gemäß § 115f Absatz 4 Satz 2 vorgelegt haben. Dies kann auf Grundlage § 295 Absatz 1b Satz 1 und 2, § 295a und § 301 Absatz 1 und 2 SGB V vereinbart werden.

Zu § 2 (Zugang der Patienten zu Leistungen nach § 3)

Zu Absatz 1

Es wird geregelt, dass die ambulante Erbringung von Leistungen nach dieser Verordnung in der Regel auf Veranlassung einer niedergelassenen Vertragsärztin oder eines niedergelassenen Vertragsarztes unter Verwendung eines Überweisungsscheins erfolgen soll. Für die Leistungserbringung durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ergibt sich dies aus § 24 Absatz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte, für die Leistungserbringung durch Krankenhäuser ergibt sich dies aus § 2 Absatz 1 Satz 1 AOP-Vertrag. Für die stationäre Erbringung von Leistungen nach dieser Verordnung wird geregelt, dass diese in der Regel nach Maßgabe der Vorgaben der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisungs-Richtlinie) zu erfolgen hat.

Falls eine Patientin oder ein Patient ohne Überweisungs- oder Einweisungsschein ein Krankenhaus oder eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt zur Erbringung einer Leistung nach dieser Verordnung aufsucht, beispielsweise im Rahmen einer Notfallbehandlung, gilt die elektronische Gesundheitskarte in Verbindung mit einem amtlichen Lichtbildausweis als Nachweis für die Mitgliedschaft. Dies ist auch in § 2 Absatz 1 Satz 2 AOP-Vertrag entsprechend vorgesehen.

Klarstellend sei darauf hingewiesen, dass mit der Regelung ausschließlich der Zugang von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten zu Leistungen nach § 115f SGB V geregelt wird. § 1 Absatz 3 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) bestimmt zwar, dass die von den Krankenhäusern erbrachten speziellen sektorengleichen Leistungen für alle Patientinnen und Patienten unabhängig von deren Versicherungsstatus mit der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V vergütet werden. Der Zugang von nicht gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten zu Leistungen nach § 115f SGB V kann jedoch mit dieser Rechtsverordnung auf Grundlage § 115f Absatz 4 Satz 1 SGB V nicht geregelt werden.

Zu Absatz 2

Mit der Regelung in Absatz 2 wird die jeweils ein- oder überweisende Vertragsärztin und der jeweils ein- oder überweisende Vertragsarzt verpflichtet, alle im Zusammenhang mit der vorgesehenen Leistung nach dieser Verordnung bedeutsamen Befunde und Untersuchungsergebnisse dem behandelnden Leistungserbringenden zu übermitteln, mit dem Ziel, Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Auch diese Regelung findet sich entsprechend im AOP-Vertrag (§ 4 Absatz 1 Satz 1).

Zu § 3 (Leistungen)

Zu Absatz 1

Mit Absatz 1 werden durch einen Verweis auf die Anlage 1 die Leistungen genannt, für die ab dem 1. Januar 2024 die spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 4 erfolgt. Anlage 1 bildet somit den Startkatalog für die Hybrid-DRG.

Zu Absatz 2

Die Regelung in Absatz 2 verweist auf Anlage 3. Anlage 3 bildet die Grundlage für eine erweiterte, noch auf Ebene von Codes des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS-Codes) zu konkretisierende Auswahl von Leistungen, für die die Vergütung im Laufe des Jahres 2024 festgelegt wird. Sowohl die Konkretisierung der Leistungsauswahl als auch die Festsetzung entsprechender Vergütungen wird mit einer Anpassung dieser Rechtsverordnung durch das BMG erfolgen.

Hintergrund für die schrittweise Einführung von Hybrid-DRG ist die Tatsache, dass mit der sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V eine neue Vergütungssystematik eingeführt wird, von deren Anwendung Auswirkungen auf den stationären und den vertragsärztlichen Bereich ausgehen können. Mit der schrittweisen Erweiterung des Anwendungsbereichs der speziellen sektorengleichen Vergütung ist es möglich, die Auswirkungen zunächst begrenzt auf einzelne Leistungs- und Leistungserbringerbereiche begleiten und bei Bedarf steuernd eingreifen zu können.

Klarstellend sei darauf hingewiesen, dass es sich bei der Erbringung von Leistungen nach § 3 dieser Verordnung durch ein Krankenhaus entweder um ambulante oder stationäre Krankenhausbehandlung handeln kann. Bestandteil einer stationären Krankenhausbehandlung ist auch das Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a SGB V.

Zu § 4 (Vergütung)

Zu Absatz 1

Gemäß den Regelungen in Absatz 1 werden die in Anlage 1 genannten Leistungen mit einer in Anlage 2 aufgeführten Hybrid-DRG vergütet, sofern der betreffende Fall bei Anwendung des jeweils gültigen aG-DRG-Groupierungsalgorithmus in die betreffende Hybrid-DRG eingruppiert wird. Der Algorithmus stellt in diesem Fall also die Verknüpfung zwischen

den Anlagen 1 und 2 her. Allein die Dokumentation eines oder mehrerer OPS-Kodes des Startkatalogs ist nicht ausreichend für die Abrechnungsfähigkeit der Hybrid-DRG. Weitere im Algorithmus 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, wie bösartigen Neubildungen, durch den Algorithmus als Hybrid-DRG ausgeschlossen. Für die Definition der Hybrid-DRG wird auf das Definitionshandbuch 2024 des InEK verwiesen, welches ab Dezember 2023 auf der Internetseite des InEK (<https://www.g-drg.de/>) abrufbar ist. Die in Anlage 2 aufgeführte Hybrid-DRG ist für die gesamte Dauer der erbrachten Leistungen insgesamt einmal berechnungsfähig. Der Beginn der Leistungen wird definiert als der Zeitpunkt (nach Abschluss der Indikationsstellung) der Einleitung der Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung, als Ende der Leistungen gilt der Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung. Nachsorge, die erforderlich werden kann, um den Erfolg einer nach § 3 erbrachten Leistung zu sichern oder zu festigen, ist grundsätzlich Aufgabe der vertragsärztlichen Versorgung.

Weiter wird bestimmt, dass mit der Hybrid-DRG sämtliche Leistungen und Aufwände im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten mit einer in Anlage 1 genannten Leistung abgegolten sind. Hiermit werden Anreize für eine wirtschaftliche Leistungserbringung gesetzt. Bezogen auf Sachmittel, die ebenfalls mit der Fallpauschale abgegolten sind, wird damit eine wirtschaftliche Beschaffung (z.B. in Einkaufsgemeinschaften) und ein effizienter Einsatz angestrebt. Auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung der Patientin oder des Patienten, die im Falle einer Übernachtung anfallen, gelten mit der Fallpauschale als abgedeckt. Ebenso sind ärztliche Leistungen, die von einem anderen als dem die Operation durchführenden Arzt erbracht werden, in der Fallpauschale enthalten, wenn sie mit der Erbringung der Leistung nach § 3 in Zusammenhang stehen, bspw. erforderliche Labor- und Röntgenleistungen. Da Pflegekosten in der Kalkulation der Hybrid-DRG unberücksichtigt blieben, bleibt das Pflegebudget des Krankenhauses unberührt. Auch Zuzahlungsregelungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39 Absatz 4 SGB V) bleiben bestehen.

Zu Absatz 2

Mit Absatz 2 wird der bereits in der Begründung zu § 115f Absatz 1 SGB V erläuterte Abrechnungsausschluss für Leistungen des Startkatalogs in die Rechtsverordnung aufgenommen. Die Regelung soll sicherstellen, dass eine sektorengleiche Leistung, unbeschadet der im Folgenden genannten Ausnahmen, nur noch über die Hybrid-DRG abgerechnet wird.

Als Ausnahme vom Abrechnungsausschluss nach Satz 1 bleibt es für die Leistungserbringenden weiterhin möglich, die Leistung gemäß EBM abzurechnen. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte rechnen ihre Leistungen im Zusammenhang mit einer ambulanten Operation bereits heute nach Kapitel 31 EBM ab. Auch für Krankenhäuser, die bislang auf Grundlage des AOP-Vertrags Eingriffe durchführen, bildet der EBM die Abrechnungsgrundlage, da Abschnitt 1 AOP-Vertrag mittels OPS-Kodes auf Anhang 2 zu Kapitel 31 EBM verweist bzw. Abschnitt 2 und 3 AOP-Vertrag unmittelbar EBM-Ziffern beinhalten. Wenngleich die Abrechnung der Hybrid-DRG für Leistungsbringende aus wirtschaftlicher Perspektive vorzugswürdig gegenüber einer Abrechnung nach EBM sein dürfte, könnte letztere im Einzelfall eine relevante Ersatzoption darstellen. Daneben wird als weitere Ausnahme vom Abrechnungsausschluss die gesonderte Berechnung von Zusatzentgelten gemäß § 6 Absatz 1 Satz 1 des KHEntgG im Zusammenhang mit der Durchführung von Dialysebehandlungen und der Behandlung von Versicherten mit Hämophilie sowie die gesonderte Berechnung der zu einer Hybrid-DRG dazugehörigen Bewertungsrelation des Pflegeerlös-Katalogs, die in Anlage 3c des Fallpauschalen-Katalogs festgelegt und ausgewiesen wird, zugelassen.

Zu Absatz 3

Da an der Erbringung einer Leistung nach § 3 mehrere abrechnungsberechtigte Leistungserbringende mitwirken können, ist sicherzustellen, dass die in Anlage 2 aufgeführte Hybrid-

DRG nur einmal abgerechnet wird. Daher regelt Absatz 3 für diesen Fall, dass der abrechnende Leistungserbringende eine Erklärung abzugeben hat, dass von keinem anderen Leistungserbringenden gemäß § 1 die Leistung abgerechnet wird, weder über die Hybrid-DRG noch über den EBM. Die vorgenannte Konstellation ist beispielsweise dann möglich, wenn die Leistung nach § 3 durch eine Belegärztin oder einen Belegarzt erbracht wird. Diese oder dieser hat sich mit dem Krankenhaus zu einigen, wer die Fallpauschale abrechnet und wie die Aufteilung der Vergütung im Binnenverhältnis erfolgt. Wird die Kassenärztliche Vereinigung nach § 115 Absatz 3 Satz 3 SGB V gegen Aufwandsersatz mit der Abrechnung der Leistung nach § 3 beauftragt, kann die Kassenärztliche Vereinigung bei der Auf- und Verteilung der Vergütung unterstützen.

Zu § 5 (Abrechnungsverfahren)

Im Zusammenhang mit der speziellen sektorengleichen Vergütung, die auf Grundlage von § 115f Absatz 4 Satz 1 SGB V mit dieser Verordnung festgelegt wird, ist auch das Nähere zur Abrechnung dieser Vergütung zu regeln.

Zu Absatz 1

Mit Absatz 1 wird geregelt, dass die Krankenhäuser für die Übermittlung der zur Abrechnung der Hybrid-DRG erforderlichen Daten an die Krankenkassen den Datenaustausch nach § 301 SGB V zu verwenden haben. Dies ergibt sich unmittelbar aus § 115f Absatz 3 Satz 5 SGB V. Hinsichtlich Form und Inhalt der Abrechnung ist jedoch zu differenzieren, ob es sich bei der nach dieser Rechtsverordnung erbrachten Leistung um stationäre oder ambulante Krankenhausbehandlung handelt. Bei stationärer Behandlung hat das Krankenhaus die Daten nach § 301 Absatz 1 und 2 SGB V zu übermitteln, bei ambulanter Behandlung den in der Vereinbarung nach § 120 Absatz 3 SGB V geregelten Rechnungssatz Ambulante Operation (AMBO-Datensatz). Es wird davon ausgegangen, dass die technische Umsetzung der Datenübermittlung zeitnah durch den GKV-SV und die DKG in der Vereinbarung zum Datenaustausch nach § 301 Absatz 3 SGB V geregelt wird.

Zu Absatz 2

Mit Absatz 2 wird geregelt, dass Leistungserbringende nach § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V den Krankenkassen die Daten zur Abrechnung der nach dieser Rechtsverordnung erbrachten Leistungen zu übermitteln haben, gegebenenfalls über eine beauftragte Kassenärztliche Vereinigung oder einen beauftragten Dritten. Durch den Verweis auf eine entsprechende Gültigkeit von § 295 Absatz 1b Satz 1 und Satz 2 SGB V wird klargestellt, dass die Inhalte der Abrechnungsdaten sowie die technischen und organisatorischen Anforderungen zur Datenübermittlung durch den GKV-Spitzenverband festgelegt werden können.

Zu Absatz 3

Mit Absatz 3 wird geregelt, dass die Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils aktuellen Fassung für die Datenübermittlung zu beachten sind.

Zu Absatz 4

Um eine bundeseinheitliche und auch sektorenunabhängig einheitliche Zuordnung der in Anlage 1 genannten Leistungen zu den in Anlage 2 aufgeführten Hybrid-DRG zu gewährleisten, sind von den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten wie auch von den Krankenhäusern nur vom InEK vorab zertifizierte Datenverarbeitungslösungen zulässig. Ein grundsätzlich vergleichbares Zertifizierungsverfahren ist auch für die Software der bestehenden DRG-Groupen bereits langjährig etabliert und bewährt. Die Kosten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus sind aus dem DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu decken, der bei Bedarf zu erhöhen ist.

Zu § 6 (Inkrafttreten)

Die Verordnung tritt am 1. Januar 2024 in Kraft.

Zu Anlage 1 (Startkatalog gemäß § 3 Absatz 1)

Anlage 1 bildet den Startkatalog gemäß § 3 Absatz 1. Der Startkatalog 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, Ovariektomien, Arthrodesen der Zehengelenke sowie Exzision eines Sinus pilonidalis.

Zu Anlage 2 (Hybrid-DRG gemäß § 4 Absatz 1)

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

Zu Anlage 3 (Grundlage für eine erweiterte Leistungsauswahl gemäß § 3 Absatz 2)

Anlage 3 bildet die Grundlage für eine erweiterte Auswahl von Leistungen, die noch durch eine Anpassung dieser Rechtsverordnung des BMG konkretisiert wird. Anlage 3 führt 55 diagnosebezogene Fallpauschalen (DRG) aus einem breiten Spektrum verschiedener medizinischer Fachgebiete auf.