

Ambulantes Operieren

stationersersetzende Leistungen/Behandlungen im Krankenhaus | Hybrid-DRG

Olaf Winkler

Leiter Referat Industrieller Gesundheitsmarkt



AOP-Vertrag



- Dreiseitiger Vertrag zwischen KBV, GKV-Spitzenverband und DKG (§ 115b SGB V)
- einheitliche Rahmenbedingungen ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen
- Vermeidung nicht notwendiger vollstationärer Eingriffe
- Umsetzung gemäß MDK-Reformgesetz bis 31.12.2023
- Ausgabenvolumen GKV nach KJ 1 2023 rd. 854 Mio. Euro

AOP-Vertrag

Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V (AOP-Vertrag) unter:
https://www.kbv.de/media/sp/AOP-Vertrag_unterschrieben.pdf

Inhalt:

- Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen
- Abrechnungsvorschriften (Sachkostenregelung)
- Qualitätsanforderungen für Leistungen des Kataloges nach § 115 b SGB V



Ambulantes Operieren im Krankenhaus

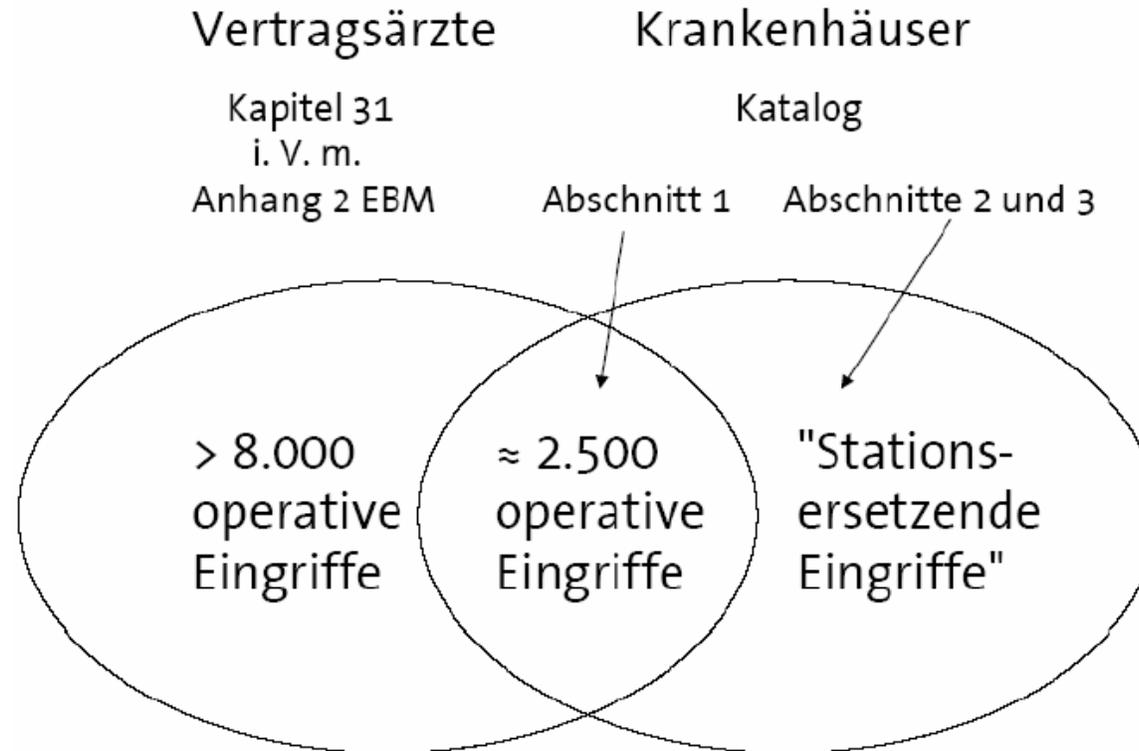


Zulassung der Krankenhäuser (§ 1 AOP-Vertrag):

- in den Leistungsbereichen, in denen sie auch stationäre Leistungen erbringen
- bedarf lediglich der Mitteilung an die LV der KK, KV und den Zulassungsausschuss
- abteilungsbezogene Leistungsbereiche und einzelne Leistungen sind maschinenlesbar zu benennen



Leistungsumfang ambulanter Operationen



Leistungen

- Präoperative Leistungen (Labor, Radiologie)
- Intraoperative Leistungen (Histologie, Pathologie, Labor)
- Postoperative Leistungen der Klinik
- Behandlungsdauer soll 21 Tage nicht überschreiten



AOP-Katalog – Abschnitt 1

Ambulanten Operationen auf OPS-Basis

Abschnitt 1

Abschnitt 1 beinhaltet Leistungen gem. § 115b SGB V, die im Anhang 2 des EBM enthalten sind. Hier finden sich ausschließlich Angaben zu OPS-Kodes. Abrechnungsgrundlage ist der jeweils gültige EBM. Die Anpassung des Anhangs 2 des EBM an den OPS 2023 tritt zum 01.01.2023 in Kraft.



AOP-Katalog – Abschnitt 1



Abschnitt 1: Leistungen gemäß § 115 b SGB V aus Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM

Die Zuordnung der jeweils zutreffenden EBM-Leistung erfolgt laut gültigem Anhang 2 des EBM.

OPS-Kode 2023	Zusatzkennzeichen 2023(!)	OPS-Text 2023
1-471.2		Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage
1-472.0		Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio
1-502.0		Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Hals
1-502.1	↔	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Schulterregion
1-502.2	↔	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Oberarm und Ellenbogen
1-502.3	↔	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Unterarm und Hand
1-502.4		Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Rumpf
1-502.5	↔	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Oberschenkel
1-502.6	↔	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Unterschenkel
1-502.7	↔	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Fuß
1-504.0	↔	Biopsie an Gelenken und Schleimbeuteln durch Inzision: Kiefergelenk
1-513.0	↔	Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision: Hirnnerven, extrakraniell
1-513.3	↔	Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision: Nerven Arm
1-513.4	↔	Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision: Nerven Hand
1-513.5		Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision: Nerven Rumpf
1-513.8	↔	Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision: Nerven Bein
1-513.9	↔	Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision: Nerven Fuß
1-586.0	↔	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision: Zervikal
1-586.1	↔	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision: Supraklavikulär
1-586.2	↔	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision: Axillär
1-586.6	↔	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision: Inguinal
1-672		Diagnostische Hysteroskopie
1-694		Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)
1-697.0	↔	Diagnostische Arthroskopie: Kiefergelenk

AOP-Katalog – Abschnitt 2

Ambulante Operationen auf OPS-Basis

Abschnitt 2

Abschnitt 2 beinhaltet Leistungen gem. § 115b SGB V, die im EBM außerhalb des Anhanges 2 zu Kapitel 31 aufgeführt sind. Hier finden sich im Gegensatz zu Abschnitt 1 neben dem OPS auch Angaben über die dazugehörigen EBM-Leistungen. Dies ergibt sich aus dem Umstand, dass für diese Leistungen im EBM keine eindeutige Zuordnung von OPS-Kodes zu EBM-Ziffern existiert



AOP-Katalog – Abschnitt 2



Abschnitt 2: Leistungen gemäß § 115 b SGB V außerhalb Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM
Die Zuordnung der zutreffenden EBM-Leistung zu den einzelnen OPS-Kodes ist diesem Abschnitt 2 zu entnehmen.

OPS-Kode 2023	Zusatzkennzeichen 2023 (!)	OPS-Text 2023	EBM-Nr. (!)	EBM-Leistung	Anmerkungen
1-204.2		Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	02342	Lumbalpunktion	01510*
1-275.0		Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	01520
1-275.1		Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	01520
1-275.2		Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	01520
1-275.3		Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	01520
1-275.4		Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	01520
1-275.5		Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen	34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	01520
1-275.6		Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Ventrikulographie mit Druckmessung im linken Ventrikel und Aortenbogendarstellung	34291*	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	01520*
1-276.0		Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Pulmonalisangiographie	34290*	Angiokardiographie bei Kindern, Jugendlichen	ohne Altersbeschränkung
1-276.20		Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Ventrikulographie: Rechter Ventrikel	34290*	Angiokardiographie bei Kindern, Jugendlichen	ohne Altersbeschränkung
1-276.21		Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Ventrikulographie: Linker Ventrikel	34290*	Angiokardiographie bei Kindern, Jugendlichen	ohne Altersbeschränkung 01520*
1-276.22		Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Ventrikulographie: Rechter und linker Ventrikel	34290*	Angiokardiographie bei Kindern, Jugendlichen	ohne Altersbeschränkung 01520*
1-279.a		Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronären Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung	34291 + 34298	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie + Zuschlag für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve	01520
1-432.1	↔	Perkutane Biopsie an respiratorischen Organen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Pleura	34505	CT-gesteuerte Intervention(en)	
1-440.6		Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Gallengänge	13430	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Diagnostik	
1-440.7		Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Sphincter Oddi	13430	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Diagnostik	

AOP-Katalog – Abschnitt 3

Ambulante Operationen auf OPS-Basis

Abschnitt 3

Abschnitt 3 enthält Leistungen gem. § 115b SGB V ohne OPS-Zuordnung. D.h. hier werden ausschließlich EBM-Leistungen aufgeführt. Aufgrund inhaltlicher Differenzen in der Leistungsbeschreibung von EBM und OPS wurde auf eine Zuordnung von OPS-Kodes zu den einzelnen EBM-Leistungen verzichtet. Für die Operationen und Eingriffe des Abschnittes 3 gilt die Leistungsbeschreibung des EBM.



AOP-Katalog – Abschnitt 3



Abschnitt 3: Leistungen gemäß § 115b SGB V des EBM ohne OPS-Zuordnung		
EBM-Nr.	EBM-Leistung	Anmerkungen
01851	Untersuchung zur Durchführung des operativen Eingriffs bei Sterilisation	
01857	Beobachtung und Betreuung nach Sterilisation	
08535	Stimulationsbehandlung zur In-Vitro-Fertilisation (IVF), Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) oder zum intratubaren Gametentransfer (GIFT), einmal im Zyklusfall	Es gelten die Vorgaben des § 121 a SGB V.
08537	Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Follikelpunktion zur intendierten Eizellentnahme im Zusammenhang mit Nr. 10.3, 10.4, und 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung, einmal im Zyklusfall	Es gelten die Vorgaben des § 121 a SGB V.
08539	Identifizierung von Eizelle(n) in der Follikelflüssigkeit und Beurteilung der Reifestadien der Eizelle(n), nach Durchführung einer ultraschallgezielten und/oder einer laparoskopischen Follikelpunktion entsprechend der Gebührenordnungsposition 08537, einmal im Zyklusfall	Es gelten die Vorgaben des § 121 a SGB V.
08550	Extrakorporale Befruchtung mit natürlicher Eizell-Spermien-Interaktion (In-vitro-Fertilisation (IVF)), einschl. Kultivierung bis längstens zum Embryo-Transfer (ET) gemäß Nr. 10.3 der Richtlinien über künstliche Befruchtung, einschl. aller zur Durchführung erforderlichen Leistungen im Zyklusfall außer den Maßnahmen nach Nr. 12.1, 12.2, und 12.6, einschl. der	Es gelten die Vorgaben des § 121 a SGB V.



Kontextfaktoren begründen stationäre Behandlung

Die Kontextfaktoren dienen der Begründung einer stationären Durchführung der Leistungen.

Das **Vorliegen eines Kontextfaktors** ist ausreichend für die **Begründung einer stationären Leistung**.

Beispiele:

ICD und OPS-Codes (Anlage 2 des Vertrages)

OPS-Kode	Bezeichnung (2023)
9-984.9	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4
9-984.a	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5

Eine **Beatmungszeit gemäß DKR von >0** begründet eine stationäre Durchführung einer Leistung.

Bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres kann eine stationäre Durchführung einer Leistung begründet sein.

Vergütung nach § 9 Abs. 1 Satz 1 – AOP-Vertrag

Die im Katalog nach § 3 aufgeführten ambulant durchführbaren Operationen, sonstigen stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen sowie die nach den §§ 4, 5 und 6 erbrachten Leistungen des Krankenhauses und der Vertragsärzte werden mit **den Preisen für den Regelfall der für den Standort des Krankenhauses geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Absatz 2 SGB V bzw. den diesen zu Grunde liegenden Punktwerten und den Punktzahlen des EBM vergütet.** Die Abrechnungsbestimmungen des EBM gelten für die Krankenhäuser entsprechend.

Die Vergütung nach den Absätzen 1 und 2 kann nach Maßgabe des § 10 für Vertragsärzte und Krankenhäuser **nach Schweregraden** differenziert werden



Vergütung von Sachkosten § 11

Verbrauchsmaterialien, Verbandmittel, Arzneimittel, Hilfsmittel



nicht gesondert berechnungsfähige Sachmittel

- Praxisbedarf: Kosten der Sachmittel mit Gebühr für ärztliche Leistung abgegolten (Nr. 7.1 Allg. Bestimmungen EBM)
- Sachmittel, die explizit Leistungsinhalt der Leistungen des EBM sind

Sachkosten durch einen pauschalen Zuschlag auf die gesamte Honorarsumme **von 7,0 %** vergütet

- nicht mit dem Praxisbedarf
- nicht im EBM
- nicht gem. Abs. 4 bis 7 abgegolten sind, werden.

Die im Kapitel 40 des EBM ausgewiesenen Kostenpauschalen sind berechnungsfähig.

Die Kostenpauschalen sind nicht in die Honorarsumme zur Berechnung des pauschalen Zuschlags nach Absatz 3 einzurechnen.

Vergütung von Sachkosten § 11 (Positivliste)

Zusätzlich nach Einzelaufwand erstattete Sachkosten

soweit sie den Betrag von 6,25 Euro im Behandlungsfall übersteigen:

- im Körper verbleibende Implantate in Summe
- Röntgenkontrastmittel
- Nahtmaterial
- diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, Gefäßschleuse und Einführbesteck und Verschlussysteme ...
- Trokare etc. i. Z. mit laparoskopischen Eingriffen
- Iris-Retraktoren und Injektionshalterungen bei ophthalmologischen Eingriffen
- Narkosegase, Sauerstoff
- Schienen, Kompressionsstrümpfe (nicht Anti-Thrombosestrümpfe) etc.



Vergütung von Sachkosten § 9

Abrechnungsregeln

- Abrechnung der Sachkosten erfolgt zwischen der Klinik und der Kasse
- Der Krankenhausarzt ist nicht berechtigt per Rezept zu verordnen
- Wirtschaftlichkeitsgebot
- Barzahlungsrabatt bis 3 % möglich
- Werden die Materialien bei mehreren Patienten verbraucht, so ist ein durchschnittlicher Preis je Patient zu ermitteln und nach Maßgabe der Krankenkasse nachzuweisen.



Abrechnungsbeispiel Arthroskopie am Knie

Tag	EBM	OPS 5-811.0h arthroskop.OP Knie der Synoviales		Euro
Prä-op Tag	7211	Grundpauschale		26,02 €
	5211	Grundpauschale		10,14 €
	5310	Präanesthesiologische Untersuchung		10,87 €
OP-Tag	31141	Endos.Gelenkeingriff E1		175,30 €
	31821	Anästhesie Operateur		112,32 €
	31503	Postoperative Überwachung		27,83 €
		Zwischensumme		366,48 €
	7%	Sachmittel	Sofern eine leistungsbezogene Kostenpauschale nach Kapitel 40 in Rechnung gestellt wird, ist die entsprechende ärztliche Leistung des EBM für die Berechnung der Zuschlagshöhe aus der Honorarsumme auszuklammern.	19,82 €
	40750	Kostenpauschale	bei Endoskopischen Eingriffen	122,00 €
1.Postoperativer Tag		A-P-Kontakt	(Mit Grundpauschale abgegolten)	508,30 €

Speziell Sektorengleiche Vergütung nach §115f SGB V (Hybrid-DRG)

- Bis zum 31.03.2023 ist eine **spezielle sektorengleiche Vergütung**, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird, aus dem Katalog nach §115 b Abs.1 Nr.1 SGB V zu vereinbaren. Verhandlung sind gescheitert.
- Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V)
- Ersatzvornahme durch das BMG per Verordnung
- Start 01.01.2024



Berechtigung zur Leistungserbringung und Abrechnung

§ 1 Hybrid-DRG-Verordnung

Die an der Versorgung teilnehmenden

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

sowie

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

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



Leistungen

§ 3 Hybrid-DRG-Verordnung

- (1) Die Leistungen, für die ab 1. Januar 2024 die Vergütung nach § 4 erfolgt, sind in Anlage 1 (Startkatalog) aufgeführt.

Anlage 1 (Startkatalog)

Bestimmte Hernieneingriffe

Entfernung von Harnleitersteinen

Ovariectomien

Arthrodesen der Zehengelenke

Exzision eines Sinus pilonidalis

Übersicht der neuen Leistungsbereiche für 2025

Endoskopische Eingriffe an der Galle, der Leber und am Pankreas

Proktologische Eingriffe an Analfisteln

Eingriffe an Hoden und Nebenhoden

Brusterhaltende Eingriffe der Mammachirurgie

Osteosynthetische Versorgung von Klavikulafrakturen

Darüber hinaus werden diese bereits im Katalog enthaltenen Leistungsbereiche um weitere OPS-Kodes erweitert:

Hernienchirurgie und

Operationen am Sinus pilonidalis



**Vereinbarung
für 2025 durch
GKV/DKG/KBV**

Anlage 1 (Startkatalog)

Leistungsbereich Bestimmte Hernieneingriffe	
OPS-Kode	OPS-Text
5-530.00	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfor- tenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion
5-530.01	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfor- tenverschluss: Mit Hydrozelenwandresektion
5-530.02	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfor- tenverschluss: Mit Funikulolyse und Hodenverlagerung
5-530.03	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfor- tenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen
5-530.0x	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfor- tenverschluss: Sonstige
5-530.1	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpforten- verschluss
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 Bruchpforten- verschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion
5-530.91	Verschluss einer Hernia inguinalis: Laparoskopisch, ohne plastischen Bruchpforten- verschluss: Ohne weitere Maßnahmen
5-530.9x	Verschluss einer Hernia inguinalis: Laparoskopisch, ohne plastischen Bruchpforten- verschluss: 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 Bruchpfor- tenverschluss
5-531.1	Verschluss einer Hernia femoralis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpforten- verschluss
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

Leistungsbereich Bestimmte Hernieneingriffe	
OPS-Kode	OPS-Text
5-531.3x	Verschluss einer Hernia femoralis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Sonstige
5-531.x	Verschluss einer Hernia femoralis: Sonstige
5-531.y	Verschluss einer Hernia femoralis: N.n.bez.
5-534.01	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfor- tenverschluss: Mit Exstirpation einer Nabelzyste
5-534.02	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfor- tenverschluss: Mit Abtragung des Urachus
5-534.03	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfor- tenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen
5-534.0x	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfor- tenverschluss: Sonstige
5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfor- tenverschluss
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 Bruchpfor- tenverschluss
5-535.1	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfor- tenverschluss
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 Bruch- pfortenverschluss
5-539.30	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Mit alloplastischem, allogenem oder xe- nogenem Material: Offen chirurgisch
5-539.31	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Mit alloplastischem, allogenem oder xe- nogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]
5-539.32	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Mit alloplastischem, allogenem oder xe- nogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]
5-539.3x	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Mit alloplastischem, allogenem oder xe- nogenem Material: Sonstige
5-539.4	Verschluss anderer abdominaler Hernien: Laparoskopisch, ohne alloplastisches, al- logenes 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 Rekonstruk- tion 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.

§ 4 Vergütung (Hybrid-Verordnung)

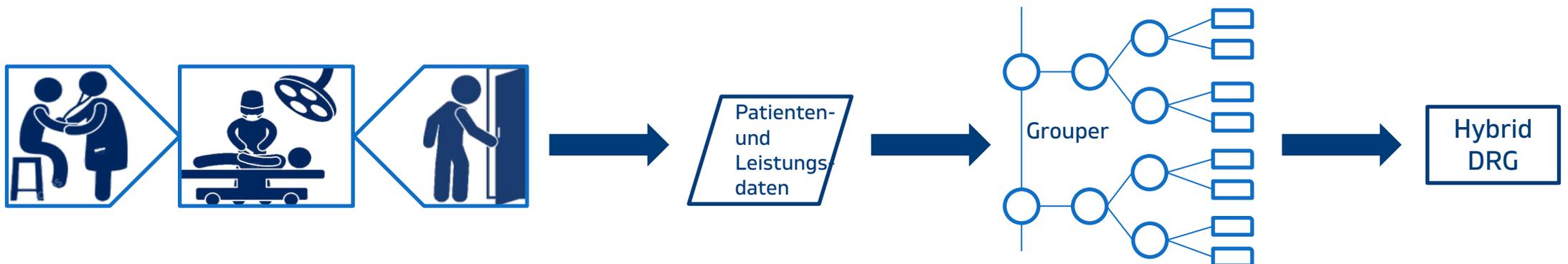
- (1) Für die in der Anlage 1 genannten Leistungen ist eine in der Anlage 2 aufgeführte Fallpauschale (Hybrid-DRG) berechnungsfähig, sofern sie nach Anwendung des aktuell gültigen aG-DRG-Groupierungsalgorithmus im Ergebnis zur Abrechnung der erbrachten Leistung ausgewiesen wird.

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

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

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

Das Pflegebudget des Krankenhauses bleibt unberührt.



Anlage 2: Hybrid-DRG für 2024

Hybrid-DRG	Bezeichnung	Bewertung (in Euro)
G09N	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	2.021,82
G24N	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	1.965,05
G24M	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	1.653,41
I20N	Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritits oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre	1.072,95
I20M	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre	909,25
J09N	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre	1.038,17
L17N	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, ohne bestimmte Eingriffe an der Urethra, Alter > 15 Jahre	1.189,09
L20N	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre oder Alter > 89 Jahre	1.791,58
L20M	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter > 15 Jahre oder Alter < 90 Jahre	1.412,05
N05N	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder anderer Eingriff an der Harnblase oder Adhäsioyse, Alter > 15 Jahre	1.554,58
N07N	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine re- konstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit bestimmtem Eingriff	1.587,73

§ 4 Vergütung

- (2) Ist für eine in Anlage 1 genannte Leistung eine in der Anlage 2 aufgeführte Hybrid-DRG gem. Abs. 1 S. 1 berechnungsfähig, ist eine anderweitige Abrechnung der Leistung ausgeschlossen.

Abweichend:

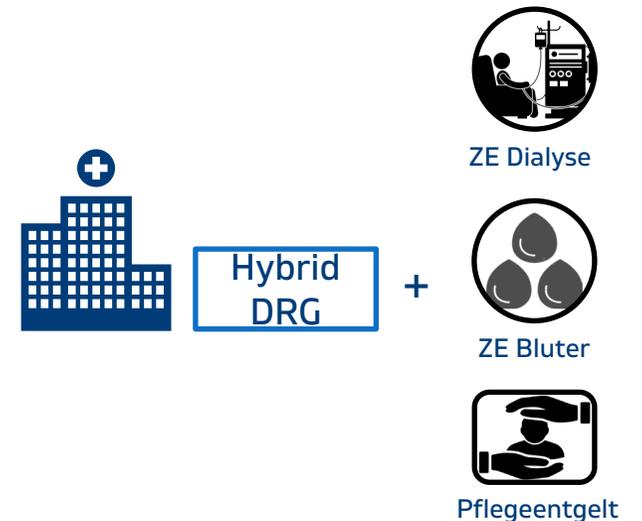
Leistungserbringer sind berechtigt, die in der Anlage 1 genannten Leistungen alternativ nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen abzurechnen.

Krankenhäuser sind berechtigt, Zusatzentgelte gesondert zu berechnen

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

sowie

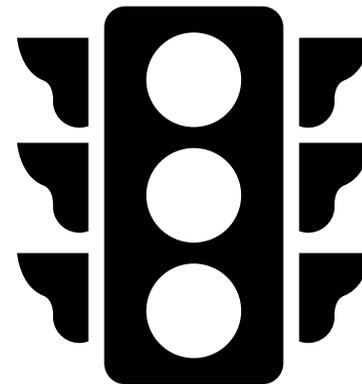
- zusätzlich zu der jeweiligen Hybrid-DRG die in Anlage 3c des Fallpauschalen-Kataloges festgelegte Bewertungsrelation des Pflegeerlös-Katalogs für die jeweilige Hybrid-DRG



Reform des § 115 f SGB V im Rahmen KHVVG

- Klarstellung nur § 115 f SGB V ist abrechenbar
- Sachkosten durch Meldung der KK nach § 115b und §83 SGB V an GKV Spibu
- Vertrag ist bis zum 30.06. jährlich zu vereinbaren mit Wirkung 01.01. 2026
- Anpassung der Vergütung bis 2030 nach §115 b SGB V Niveau!!! (EBM)
- Ab 2026: 1 Million Fälle
- Ab 2028: 1.5 Million Fälle
- Ab 2030: 2 Million Fälle
- Auch Fälle außerhalb §115 b SGB V möglich

Hybrid
DRG



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Olaf Winkler
Leiter Referat Industrieller
Gesundheitsmarkt
knorr@bvmed.de

BVMed folgen!

Newsletter:
bvmed.de/abo

Twitter: @bvmed

LinkedIn: @bvmed

Instagram: @bvmed.de