

Ambulantisierung  
in Deutschland

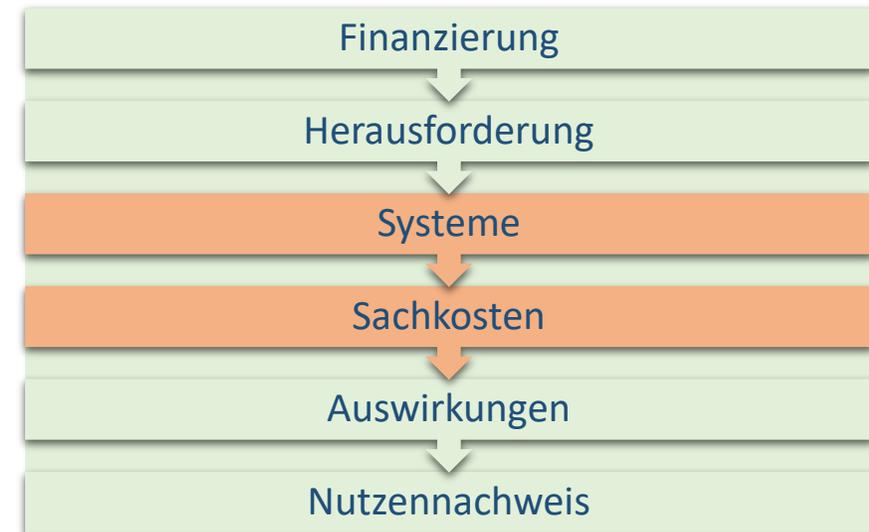
Workshop BVMED  
24. Juni 2025

Arbeitsmaterialien

# Ambulantisierung, ...

... wie sie sich ausbreitet und was das bedeutet.

In welchen Systemen bewegen wir uns heute?  
Welche Herausforderungen werden entstehen?  
Wie werden Gesundheitsleistungen erstattet?  
Wie werden Sachleistungen vergütet?  
Welche Auswirkungen haben die Umstellungen?  
Und der Nutznachweis?



# Tagesprogramm

## 09:30 - Begrüßung und Einführung

## 09:35 - Finanzierung von Gesundheitsleistungen

- Sektoren und Versorgungsformen
- Erstattungswege

## 09:45 - Positionen der Marktteilnehmer

- Industrie
- Leistungserbringer
- Kostenträger

## 10:00 - Kostenerstattungssysteme

- Fallpauschale – Haupt-, Beleg-, Hybrid-DRG
- Ambulante Operation – AOP
- Ambulante spezialfachärztliche Versorgung – ASV
- Einheitlicher Bewertungsmaßstab – EBM
- Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ
- Zukünftig: Vorhaltepauschale

## 11:15 - Kaffeepause

## 11:30 Erstattung als Sachkosten

- Fallpauschale (DRG)
  - Eingepreiste Sachkosten
- Neue Untersuchungsmethode (NUB)
  - Verhandelte Sachkosten
- Zusatzentgelt (ZE)
  - Verhandelte und festgelegte Sachkosten
- Fallpauschale Hybrid
  - abgespeckte DRG ohne ZE und NUB
- Sachkostenerstattung per AOP-Vereinbarung
- Sachkostenpauschale im EBM
- Sachkostenvergütung im GOÄ

## 12:45 Exklusivbereiche/ Exkurs

- Pflegehilfsmittel
- Digitale Gesundheitsanwendungen – DiGA
- Neue Laborleistungen/ Diagnostik
- Tagesstationäre Behandlung
- Ambulantisierungsprogramme in der Schweiz

## 13:00 Mittagspause

## 13:45 Auswirkungen intensivierter Vergütungsformen

- DRG versus Hybrid-DRG
- AOP versus Hybrid-DRG
- Hybrid-DRG versus EBM
- Krankenhausverweildauer
- Prüfungsverhalten Kostenträger

## 14:30 Nachweis des medizinischen Nutzens

- Stationäre Leistungserbringung
- NUB und Erprobungsstudie
- Ambulante Leistungserbringung

## 15:00 Kaffeepause

## 15:15 Analyse von zwei prominenten Fallbeispielen

- Ausgangsvoraussetzung
- Strategieentwicklung

## 16:30 Ende

# Finanzierung

# Das Deutsche Gesundheitswesen



83,5 Mio. Einwohner (2024)



~ 90 % gesetzlich Versicherte (GKV)



94 Krankenkassen (2025, GKV)



Sektorale Kostenerstattung: Ambulant versus Stationär

# Der Klassische Marktzugang

1

Europa



Ein Medizinprodukt erhält das CE-Zeichen und damit die Freiverkehrsfähigkeit in Europa.

2

Deutschland



Das Medizinprodukt wird im Grundsatz von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet.

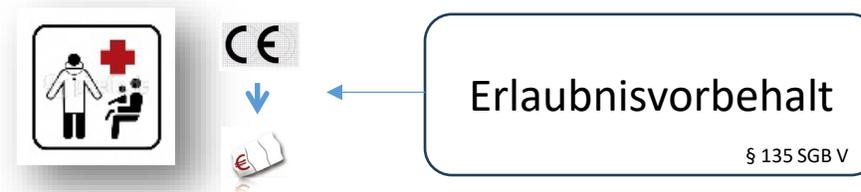
3

Krankenhaus



Das Medizinprodukt erzielt auskömmliche Finanzierung über Fallpauschalen und Zusatzentgelte im Krankenhaus.

# Die zentralen Vergütungsformen

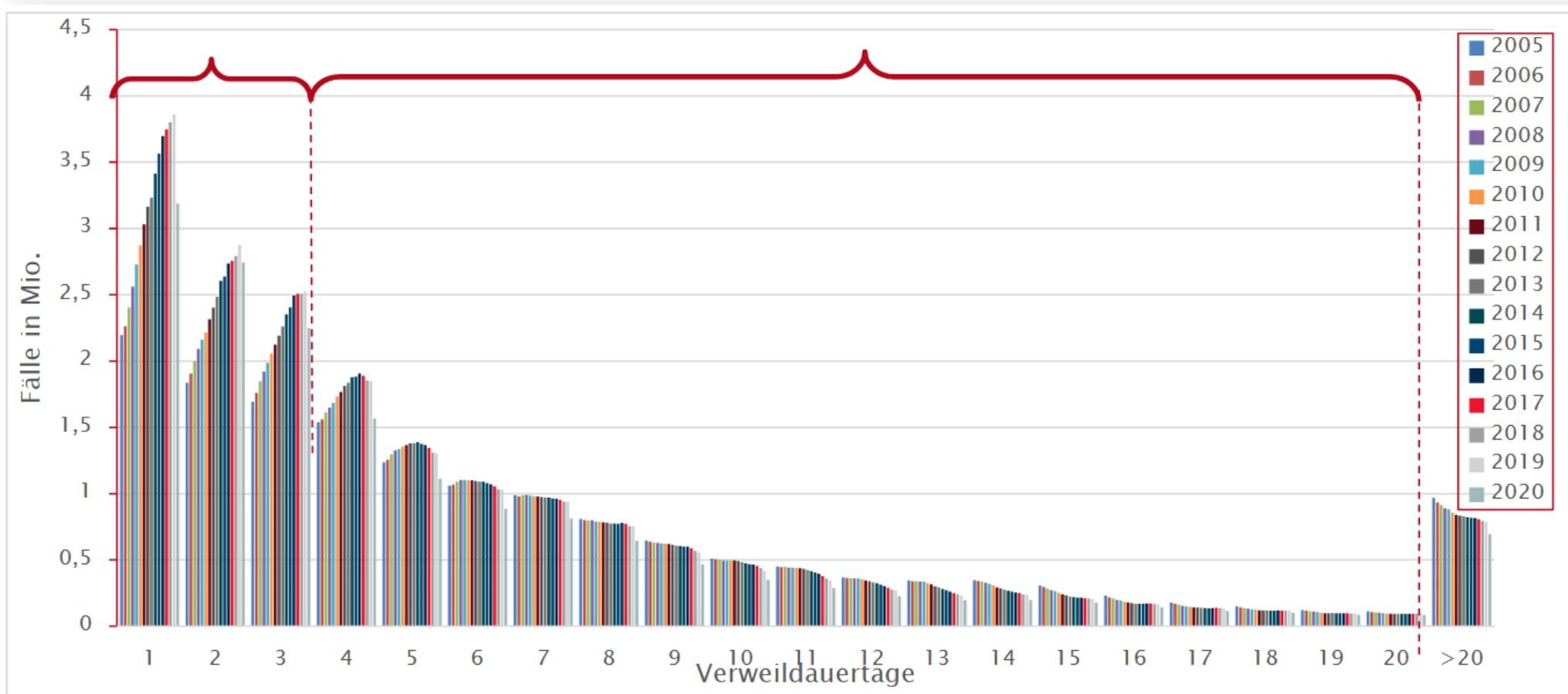


# Herausforderung

# Sechs Herausforderungen

| # | Herausforderung                   | Stichwort                |
|---|-----------------------------------|--------------------------|
| 1 | Druck auf die KH-Verweildauer     | Untere Grenzverweildauer |
| 2 | Ambulantisierung                  | Hybrid-DRG, AOP-Katalog  |
| 3 | Verschiebung Sachkostenerstattung | DRG, ZE, NUB, EBM, GOÄ   |
| 4 | Sektorenübergreifende Versorgung  | Level1i-Einrichtung      |
| 5 | Vorhaltefinanzierung              | Ausdünnung DRG-Entgelt   |
| 6 | Leistungsgruppen                  | Klinikverschiebungen     |

# Ambulantisierungspotenzial



Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG: Verweildauer gemäß § 21 KHEntgG 2005 bis 2019 (Jahr der Entlassung)

# aG-DRG und die Liegezeit

Die DRG wird unterhalb der Unteren Grenzverweildauer massiv im Erlös abgewertet.

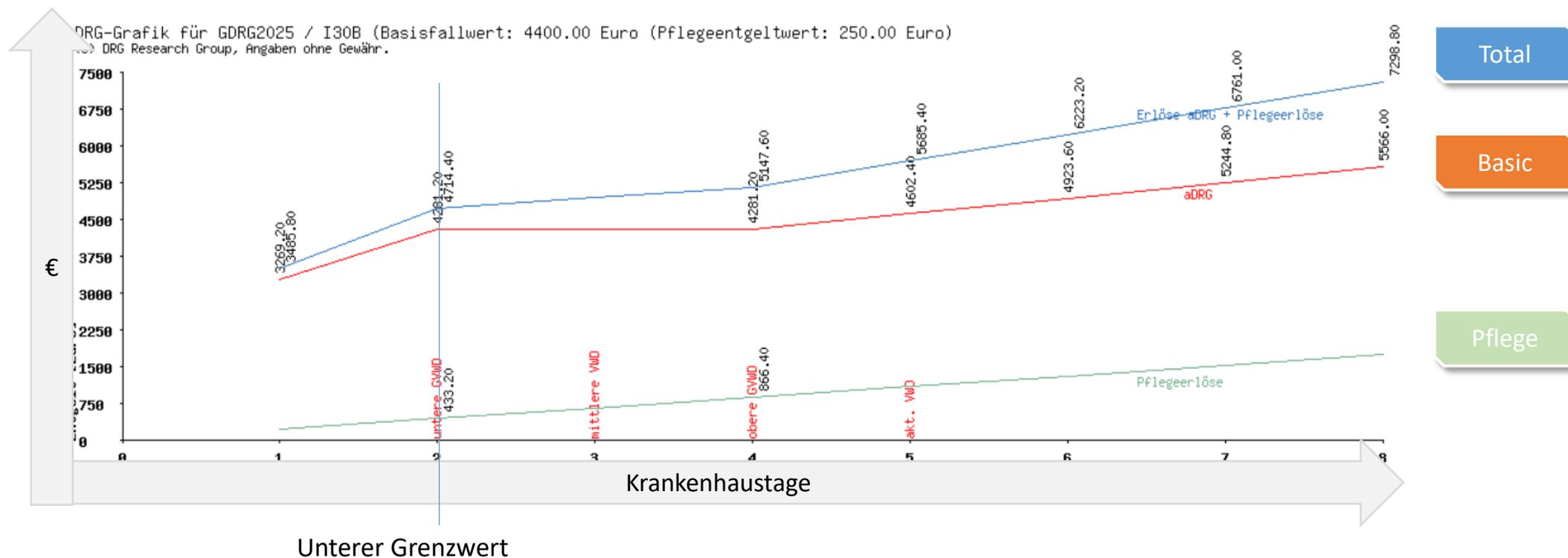
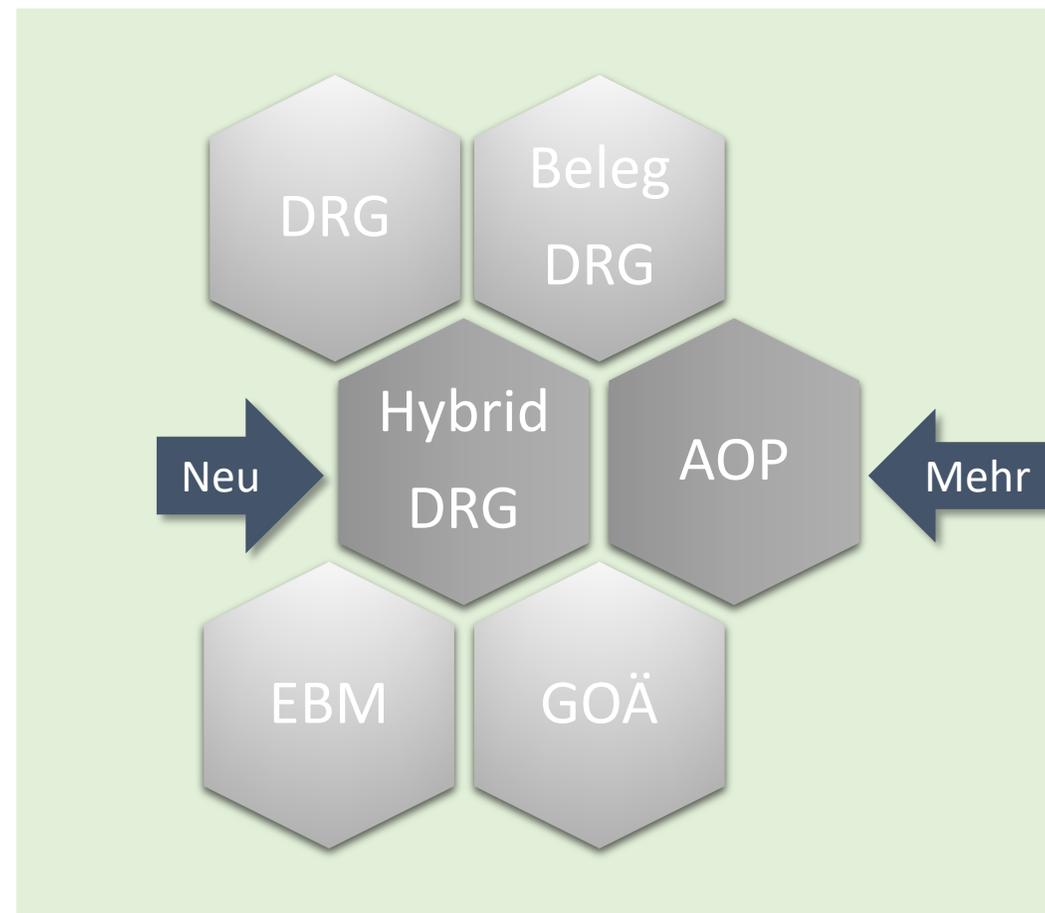
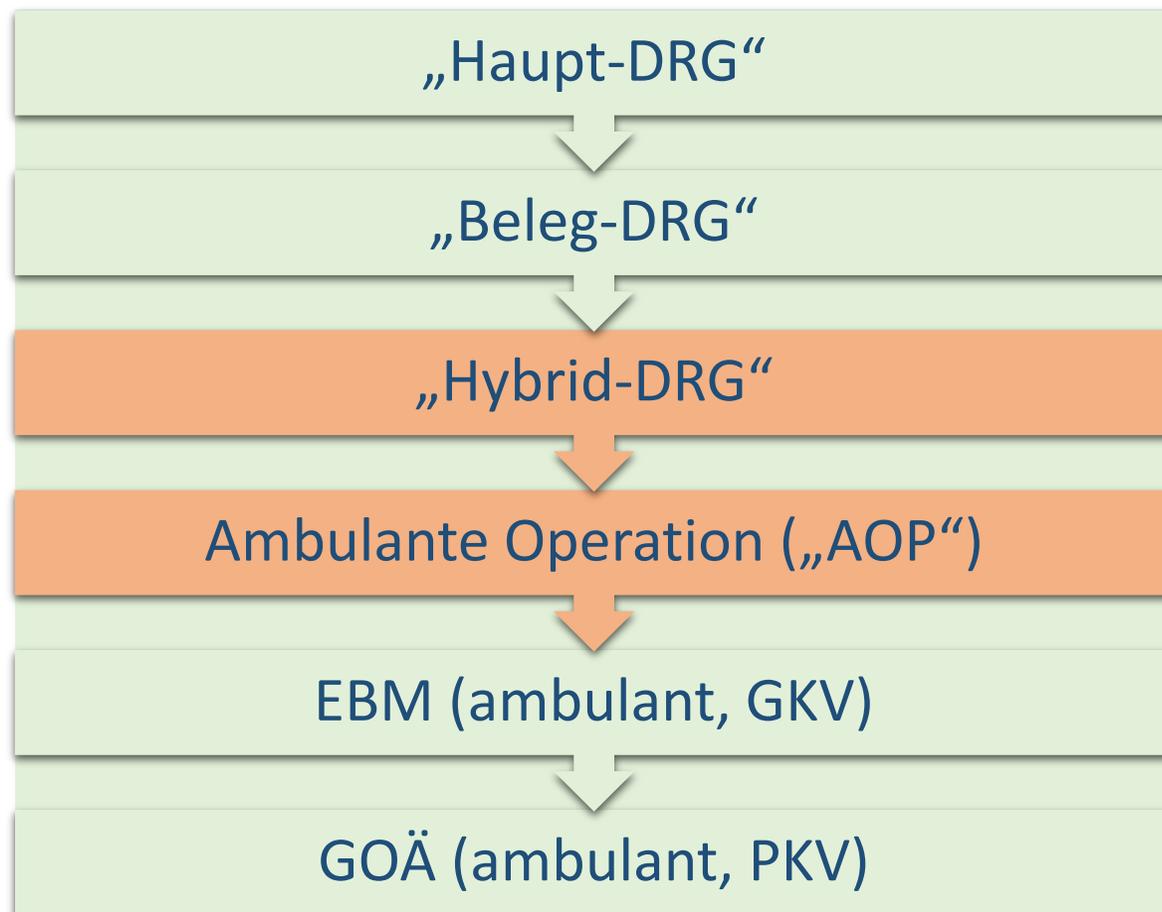


Illustration: DRG I30B („Komplexe Intervention am Knie ...“)

# Hybrid-DRG und AOP

In 2024: Erste Hybrid-DRGs. Der AOP-Katalog wird erweitert. Beides bekräftigt eine Ambulantisierung.



# Verlust von NUB oder ZE

Bei einer Verlagerung in die Erstattung durch Hybrid-DRG und EBM und GOÄ entfällt die Refinanzierung hochpreisiger Medizinprodukte über Zusatzentgelte.



- DRG = Fallpauschale für den Krankenhausaufenthalt eines Patienten
- NUB = Zeitlich begrenzte Zusatzbezahlung zusätzlich zur Fallpauschale
- ZE = Extravergütung für hochpreisige Behandlungsverfahren, zusätzlich zur Fallpauschale
- EBM = Abrechnungstarif der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV)
- GOÄ = Abrechnungstarif der Privaten Krankenkassen (PKV)

# Level 1i-Einrichtungen

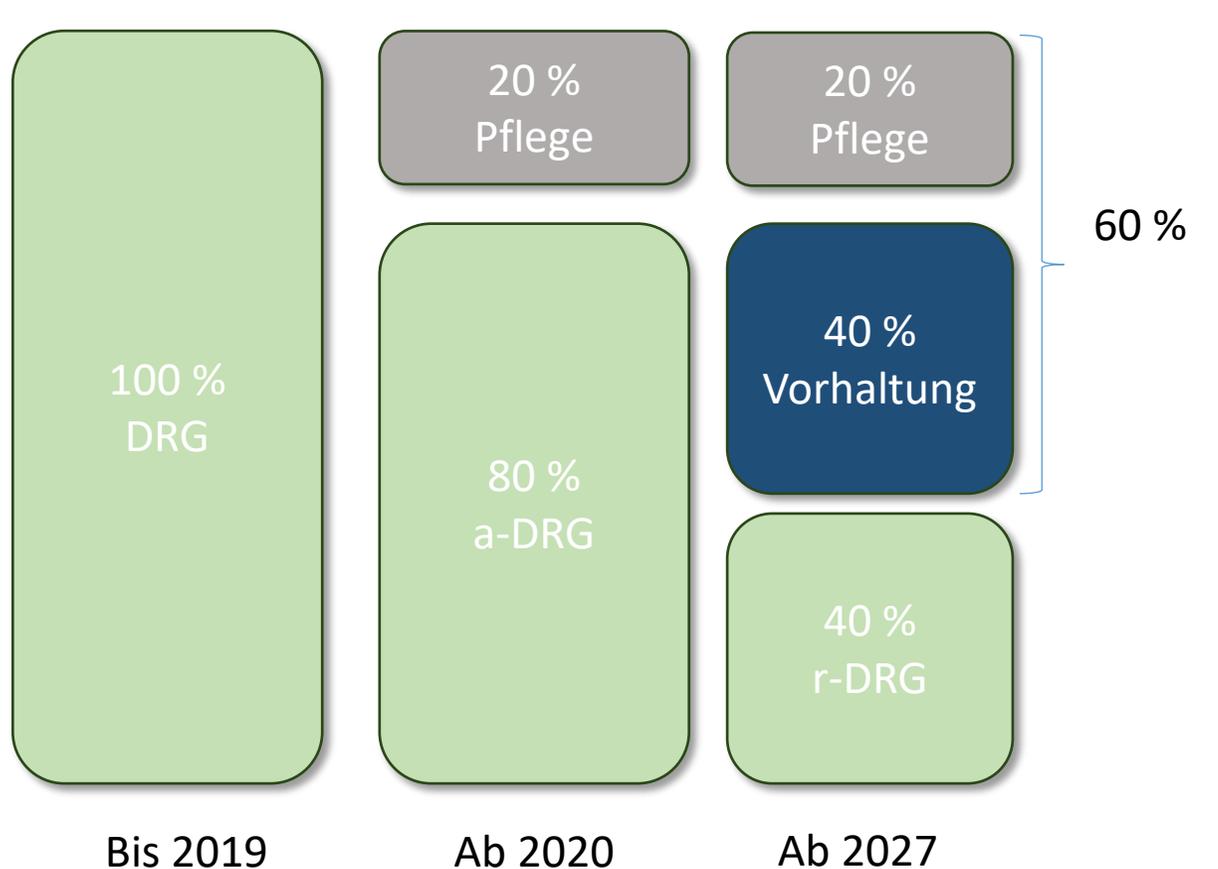
Level 1i-Einrichtungen übernehmen eine “Brückenfunktion” zwischen stationär und ambulant.

|   |  |                   |
|---|--|-------------------|
|    | Innere Medizin , Geriatrie, + X        | § 115g SGB V      |
|    | Kurzzeitpflege, Übergangspflege        | §§ 39e, 39c SGB V |
|    | Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtpflege | §§ 42, 41 SGB XI  |
|   | Ambulante Behandlung (Ermächtigung)    |                   |
|  | Ambulantes Operieren                   | §§ 115b SGB V     |



# Zukünftig: Vorhaltepauschale

Ein erheblicher Teil des Krankenhausbudgets wird für die Vorhaltung einer Infrastruktur gezahlt werden.



Für Detailinfo, lese:



# Vorhaltefinanzierung ab 2027

Ab 2027 beginnt die Umstrukturierung im Rahmen der Vorhaltepauschalen.

Die Höhe des Vorhaltebudgets pro Leistungsgruppe hängt jährlich davon ab, wie viele Fälle im Bundesland behandelt wurden.

Das Vorhaltebudget pro Leistungsgruppe wird in den Folgejahren bei Überschreitung oder Unterschreitung von 20 Prozent angepasst.

Es wird also eine “rollende” Budget-Planung geben müssen.

# Einführung von Leistungsgruppen

## 65 Leistungsgruppen

| LG | Internistisch                            | ID | LG | Chirurgisch                             | ID | LG | Weitere  | ID | LG | Weitere                      | ID |
|----|--|----|----|---|----|----|--|----|----|------------------------------|----|
| 1  | Allgemeine Innere Medizin                | A  | 14 | Allgemeine Chirurgie                    | A  | 35 | Augenheilkunde   | A  | 51 | Cochleaimplantate            | S  |
| 2  | Komplexe Endokrinologie und Diabetologie | A  | 15 | Kinder- und Jugendchirurgie             | A  | 36 | Haut- und Geschlechtskrankheiten                             | A  | 52 | Neurochirurgie               | A  |
| 3  | Infektiologie                            | /  | 16 | Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie   | /  | 37 | MKG  | A  | 53 | Allgemeine Neurologie        | A  |
| 4  | Komplexe Gastroenterologie               | A  | 17 | Plastische und Rekonstruktive Chirurgie | A  | 38 | Urologie   | A  | 54 | Stroke Units                 | S  |
| 5  | Komplexe Nephrologie                     | A  | 18 | Bauchaortenaneurysma                    | S  | 39 | Allgemeine Frauenheilkunde                                   | A  | 55 | Neuro-Frühreha (NF, Phase B) | S  |
| 6  | Komplexe Pneumologie                     | A  | 19 | Carotis operativ/ interventionell       | S  | 40 | Ovarial-CA   | S  | 56 | Geriatrie                    | S  |
| 7  | Komplexe Rheumatologie                   | A  | 20 | Komplexe periphere arterielle Gefäße    | S  | 41 | Senologie  | S  | 57 | Palliativmedizin             | S  |
| 8  | Stammzeltransplantation                  | S  | 21 | Herzchirurgie                           | S  | 42 | Geburten   | S  | 58 | Darmtransplantation          | S  |
| 9  | Leukämie und Lymphome                    | S  | 22 | Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche  | S  | 43 | Perinataler Schwerpunkt                                      | S  | 59 | Herztransplantation          | S  |
| 10 | EPU/ Ablation                            | S  | 23 | Endoprothetik Hüfte                     | S  | 44 | Perinatalzentrum Level I                                     | S  | 60 | Lebertransplantation         | S  |
| 11 | Interventionelle Kardiologie             | S  | 24 | Endoprothetik Knie                      | S  | 45 | Perinatalzentrum Level II                                    | S  | 61 | Lungentransplantation        | S  |
| 12 | Kardiale Devices                         | S  | 25 | Revision Hüftendoprothese               | S  | 46 | Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin                         | A  | 62 | Nierentransplantation        | S  |
| 13 | Minimalinvasive Herzklappenintervention  | S  | 26 | Revision Knieendoprorthese              | S  | 47 | Spezielle Kinder- und Jugendmedizin                          | /  | 63 | Pankreastransplantation      | S  |
|    |  |    | 27 | Spezielle Traumatologie                 | /  | 48 | Kinder-Hämatologie und –Onkologie - Stammzelltransplantation | S  | 64 | Intensivmedizin              | /  |
|    |  |    | 28 | Wirbelsäuleneingriffe                   | S  | 49 | Kinder-Hämatologie und –Onkologie – Leukämie und Lymphome    | S  | 65 | Notfallmedizin               | /  |
|    |  |    | 29 | Thoraxchirurgie                         | S  | 50 | HNO  | A  |    |                              |    |
|    |  |    | 30 | Bariatrische Chirurgie                  | S  |    |  |    |    |                              |    |
|    |  |    | 31 | Lebereingriffe                          | S  |    |  |    |    |                              |    |
|    |  |    | 32 | Ösophaguseingriffe                      | S  |    |  |    |    |                              |    |
|    |  |    | 33 | Pankreaseingriffe                       | S  |    |  |    |    |                              |    |
|    |  |    | 34 | Tiefe Rektumeingriffe                   | S  |    |  |    |    |                              |    |

S = Spezifische Leistungsgruppe  
A = Allgemeine Leistungsgruppe  
Bedeutung bei der Zuordnung der Behandlungsfälle zu Leistungsgruppen, analog NRW-Modell.  
Spezifische Leistungsgruppen werden auf Basis von ICD-10 und OPS zugeordnet.  
Allgemeine Leistungsgruppen werden auf Basis der entlassenen Fachabteilungen zugeordnet.

# Klinikverschiebungen

## KHVVG: Eine ambitionierte Strukturveränderung

Zuweisung zu 65 Leitungsgruppen

Qualitätsorientierte Vergütung mit Personalvorgaben

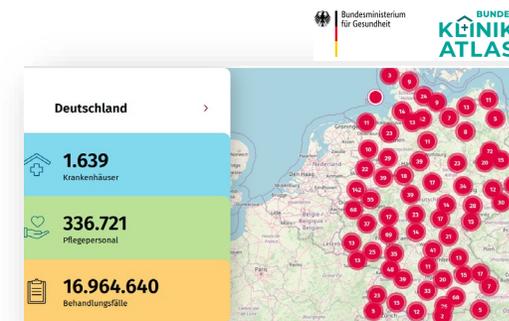
Regionale Krankenhausplanung durch die Bundesländer

Neues Vergütungssystem für Level 1i-Kliniken

Vergütungszuschläge für bestimmte Leistungen

Neuregelung der Notfallversorgung

Einführung eines Transformationsfonds



Enorme  
Klinikverschiebungen  
ab 2027

← Herz 

← Lunge 

← Krebs 

← Knochen und Gelenke 

← Neurologie 

← Gynäkologie und Geburt 

← Bauchraum 

← Niere 

← Gefäße 

# Systeme

# Sechs Systeme für drei Sektoren

Im Wesentlichen gibt es drei Sektoren: Stationär, ambulant, und ein Nischensektor dazwischen.



# Haupt-DRG

Eine Fallpauschale (DRG) kann über eine Erkrankung oder eine Prozedur angesteuert werden. Eine zusätzliche Erstattung über NUB-Entgelte oder ZE-Entgelte ist möglich.

| Gruppierungsergebnis (G-DRG 2025) |          |   |                                    |  |                          |
|-----------------------------------|----------|---|------------------------------------|--|--------------------------|
| MDC                               | 08       | Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe  |                                    |  |                          |
| DRG                               | 1 118B   | Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk            |                                    |  |                          |
| PCCL                              | 0        | Status: normales Grouping (GetDRG-Grouper 2025) (GetDRG V24.2.1.0)  |                                    |  |                          |
| Verweildauer                      |          | aktuelle VWD: 2   | 1. Tag Abschlag: 1                 | 1. Tag Zuschlag: 7                           |                          |
|                                   |          | mittl. VWD (arith.): 3,2  | untere GVWD: 2                     | obere GVWD: 6                                |                          |
| Bewertungsrelation (DRG)          |          | Katalog-BWR (DRG): 0,742  | eff. DRG-Bewertungsrelation: 0,742 | (Zuschlag: 0)                                |                          |
| DRG-Entgelt                       |          | Basisentgelt: 3264,80 €   | eff. DRG-Entgelt: 3264,80 €        | (Zuschlag: 0,00 €; Basisfallwert: 4400,00 €) |                          |
| Pflege-Entgelt                    |          | Pflege BWR/Tag: 0,8836  | eff. Pflege-BWR (VWD=2): 1,7672    | eff. Pflege-Entgelt: 441,80 €                | Pflegeentgeltwert: 250 € |
| Summe Entgelte:                   | 2        | 3706,6 €  |                                    |  |                          |
| Diagnosen (ICD-10-GM 2025)        |          |   |                                    |  |                          |
| 3                                 | Kode     | Bezeichnung   | Verwendet CCL                      |  |                          |
|                                   | M94.96   | Knorpelkrankheit, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]   | N                                  | 0  | gültig                   |
| Prozeduren (OPS Version 2025)     |          |   |                                    |  |                          |
| 4                                 | Kode     | Bezeichnung   | Verwendet                          | OR/NOR                                       | Amtlich                  |
|                                   | 5-801.0h | Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Kniegelenk  | J                                  | OR-Prozedur, Lokalisierung falsch            | 5-801.0h                 |
|                                   | 5-801.g  | Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Kniegelenk   | N                                  | OR-Prozedur, Lokalisierung falsch            | 5-801.g                  |
|                                   | 5-801.hh | Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk | N                                  | OR-Prozedur, Lokalisierung falsch            | 5-801.hh                 |

- 1 DRG
- 2 Rate [€]
- 3 ICD-10
- 4 OPS

Illustration: DRG I18B („Weniger komplexe Intervention am Knie ...“)

# Beleg-DRG

## Anwendungsbereiche

Operateur

Anästhesist

Hebamme

HNO

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Urologie

Augenheilkunde

Geburtshilfe und Gynäkologie

---

## Beschreibung

Ein niedergelassener Arzt führt den Eingriff unter Nutzung der Krankenhausinfrastruktur durch.

Der Arzt rechnet seine Leistung nach dem ambulanten Gebührenkatalog (über EBM oder GOÄ) ab.

Die restlichen Kosten werden über diskontierte DRG-Sätze erstattet.

# Hybrid DRGs

|    | A                         | B      | C        | D    | E    | F    | G     | H         |
|----|---------------------------|--------|----------|------|------|------|-------|-----------|
| 1  | Bereich                   | Hybrid | [€]      | DRG  | UGVD | OGVD | BWR   | [€]       |
| 2  | Arthrodesen               | I20N   | 1.095,02 | I20E | 1    | 7    | 0,835 | 3674,00   |
| 3  |                           | I20M   | 1.014,94 | I20F | 1    | 6    | 0,681 | 2996,40   |
| 4  |                           | G09N   | 2.227,33 | G09Z | 1    | 6    | 0,909 | 3999,60   |
| 5  | Hernien                   | G24N   | 2.000,81 | G24B | 1    | 7    | 0,892 | 3924,80   |
| 6  |                           | G24M   | 1.852,71 | G24C | 1    | 7    | 0,794 | 3493,60   |
| 7  | Analfisteln               | G26N   | 961,98   | G26A | 1    | 9    | 0,700 | 3080,00   |
| 8  |                           | G26M   | 929,36   | G26B | 1    | 7    | 0,556 | 2446,40   |
| 9  | Galle, Leber,<br>Pankreas | H41N   | 1.641,24 | H41D | 1    | 13   | 0,912 | 4012,80   |
| 10 |                           | H41M   | 1.380,29 | H41F | 1    | 11   | 0,665 | 2926,00   |
| 11 | Hoden                     | M04N   | 1.587,87 | M04C | 1    | 4    | 0,831 | 3656,40   |
| 12 |                           | M04M   | 1.445,25 | M04D | 1    | 7    | 0,683 | 3005,20   |
| 13 |                           | M05N   | 1.171,39 | M05Z | 1    | 8    | 0,649 | 2855,60   |
| 14 | Harnleiter                | L17N   | 1.356,45 | L17B | 1    | 6    | 0,520 | 2288,00   |
| 15 |                           | L20N   | 1.999,51 | L20B | 1    | 7    | 0,759 | 3339,60   |
| 16 | Steißbeinfistel           | L20M   | 1.525,54 | L20C | 1    | 7    | 0,591 | 2600,40   |
| 17 |                           | J09N   | 1.199,83 | J09B | 1    | 6    | 0,547 | 2406,80   |
| 18 | Biopsie<br>Lymphknoten    | E02N   | 1.880,22 | E02E | -    | -    | 0,921 | 4052,40   |
| 19 |                           | Q03N   | 1.693,16 | Q03B | 1    | 9    | 0,743 | 3269,20   |
| 20 | Ovariektomie              | R14N   | 1.484,37 | R14Z | 1    | 8    | 0,774 | 3405,60   |
| 21 |                           | N05N   | 1.712,81 | N05B | 1    | 6    | 0,811 | 3568,40   |
| 22 |                           | N07N   | 1.722,32 | N07A | 1    | 7    | 0,862 | 3792,80   |
| 23 |                           | N25N   | 1.568,91 | N25Z | 1    | 6    | 0,761 | 3348,40   |
| 24 |                           |        |          |      |      |      |       |           |
| 25 | 2025 eingeführt           |        |          |      |      |      |       | BWR*4.400 |

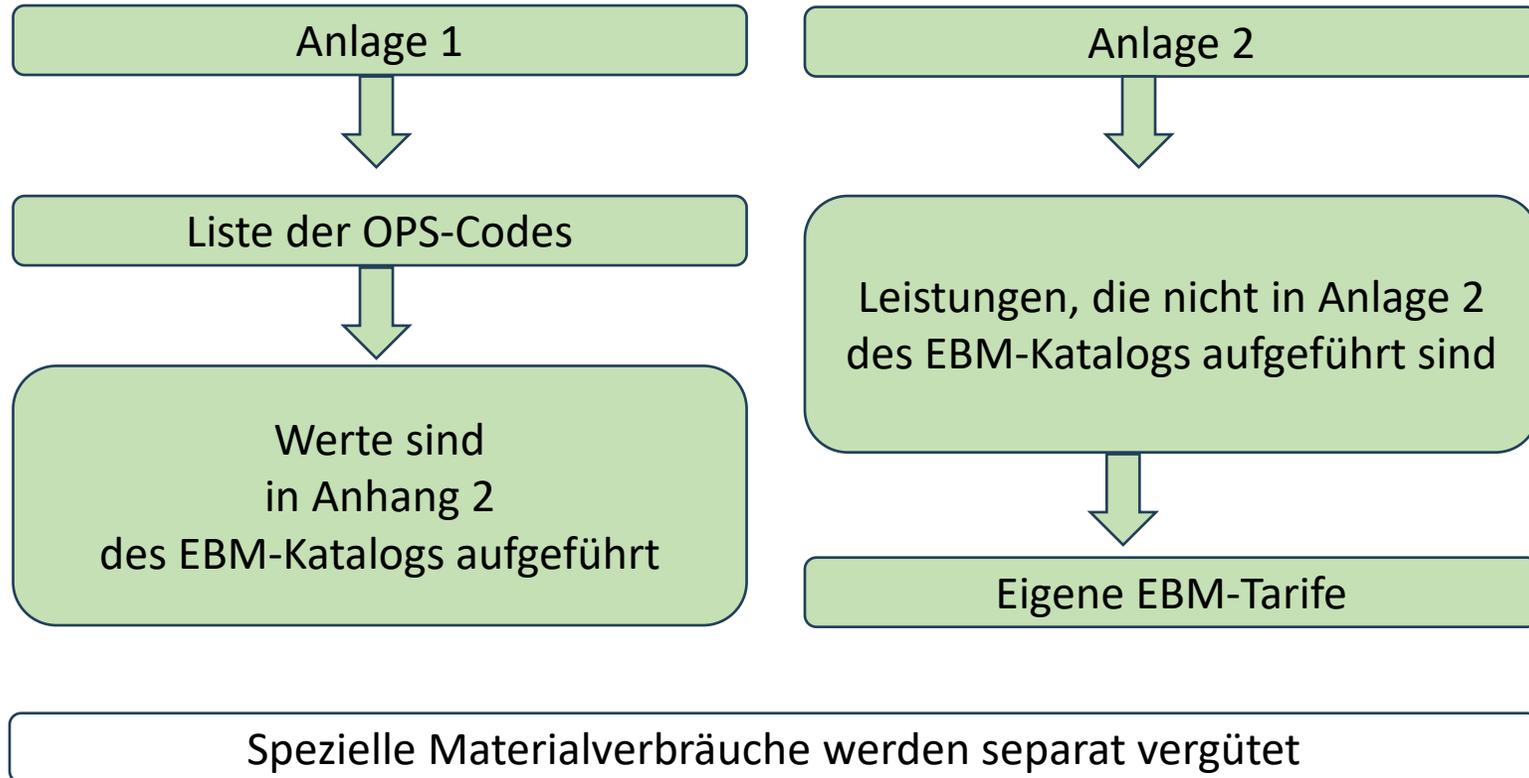
Die Hybrid-DRG ist ein neues Vergütungssystem für medizinische Leistungen <sup>1</sup>, bei denen Krankenhäuser und Vertragsarztpraxen spezielle Fallpauschalen erhalten.

Die Vertragspartner haben sich auf rund 100 zusätzliche Prozeduren aus sieben Leistungsbereichen geeinigt, die ab 2025 mit den neuen Fallpauschalen vergütet werden sollen.



<sup>1</sup> Dazu gehören bislang Operationen am Schlüsselbein, die chirurgische Behandlung von Analfisteln, brusterhaltende Operationen bei kleineren Tumoren, Operationen an Hoden und Nebenhoden sowie endoskopische Untersuchungen und Eingriffe an Bauchspeicheldrüse, Leber und Gallenblase.

# AOP



Die Beteiligten vereinbaren jährlich<sup>1,2</sup> einen Katalog von ambulant durchführbaren Operationen und anderen Eingriffen, die eine stationäre Versorgung ersetzen, sowie eine einheitliche Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte.



<sup>1</sup> Der AOP-Katalog wird ab 1. Januar 2024 um 171 OPS-Codes erweitert, insbesondere um Dienste mit komplexeren regulatorischen Anforderungen.

<sup>2</sup> Der AOP-Katalog wird ab 1. Januar 2025 um 11 OPS-Codes (Anlage 1) bzw. 3 OPS-Codes (Anlage 2) erweitert, z.B. Tonsillektomie, Arthrodesse Zehengelenk, Exzision Bandscheibe endoskopisch bzw. Biopsie und OP Harnblase

# AOP - Kontextfaktoren

GKV-Spitzenverband, DKG und KBV haben sich auf die Aufnahme der nachfolgend genannten Kontextfaktoren in den AOP-Vertrag geeinigt, die die Notwendigkeit einer stationären Leistungserbringung begründen:

- Liste von stationär zu behandelnden Diagnosen (ICD-Kodes), z.B. Myokardinfarkt.<sup>1</sup>
- Liste von stationär durchführbaren Prozeduren (OPS-Kodes).<sup>2</sup>
- Beatmungspflichtige Patienten.
- Gebrechlichkeit.<sup>3</sup>
- Altersgrenze: Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung (OPS 1-275.\*)



<sup>1</sup> Gelistet sind N= 1.474 ICD-10 in 2025.

<sup>2</sup> Gelistet sind N= 5.605 OPS-Titel in 2025, allesamt aus Kapitel 5 des OPS-Katalogs.

<sup>3</sup> Operationalisiert über Pflegegrad IV (OPS 9-984.9) und V (OPS 9-984.a) und Funktionseinschränkungen (ICD-10 U50.40, U50.41, U50.50, U50.51, U51.20, U51.21, U51.22)

# EBM



Der Einheitliche Bewertungsmaßstab

## EBM 2025/Q2



- > I Allgemeine Bestimmungen
- > II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen
- > III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen
- > IV Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen
- ▼ V Kostenpauschalen
  - > 40 Kostenpauschalen
- > VI Anhänge
- > VII Ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen
- > VIII Ausschließlich im Rahmen von Erprobungsverfahren gemäß § 137e SGB V berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ist die Abrechnungsbasis für ambulant erbrachte Leistungen.<sup>1</sup>

Einige EBM-Positionen definieren Vergütungen für Einwegartikel und Materialien.



Bewertungsausschuss

§ 87 (1) SGB V.

Der EBM ist Online abrufbar unter <https://ebm.kbv.de/>

| Kap. | Text   | Ziffer      |
|------|--|-------------|
| A    | Gebühren in besonderen Fällen  | -           |
| B    | Grundleistungen und Allgemeine Leistungen  | 1 - 109     |
| C    | Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen  | 200 - 449   |
| D    | Anästhesieleistungen   | 450 - 498   |
| E    | Physikalisch-medizinische Leistungen   | 500 - 569   |
| F    | Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie                                      | 600 - 793   |
| G    | Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie   | 800 - 887   |
| H    | Geburtshilfe und Gynäkologie   | 1001 - 1168 |
| I    | Augenheilkunde   | 1200 - 1386 |
| J    | Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde  | 1400 - 1639 |
| K    | Urologie   | 1700 - 1860 |
| L    | Chirurgie, Orthopädie  | 2000 - 3321 |
| M    | Laboratoriumsuntersuchungen  | 3500 - 4787 |
| N    | Histologie, Zytologie und Zytogenetik  | 4800 - 4873 |
| O    | Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie | 5000 - 5855 |
| P    | Sektionsleitungen  | 6000 - 6018 |
|      | Analoge Bewertungen  |             |

Ärzte, die Patienten behandeln, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, rechnen nach der sogenannten Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ab. <sup>1</sup>

Materialkosten werden nach § 10 GOÄ gesondert vergütet.



<sup>1</sup> Die GOÄ wird von der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates erlassen und legt die Mindest- und Höchstbeträge der Gebühren für ärztliche Leistungen fest.

Die GOÄ in der Version "Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), die zuletzt durch Artikel 3b des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197) geändert worden ist,, ist Online unter [https://www.gesetze-im-internet.de/go\\_1982/anlage.html](https://www.gesetze-im-internet.de/go_1982/anlage.html) einsehbar.

# Sachkosten

# Verschiebung der Sachkostenübernahme GKV



Verbotsvorbehalt § 137c SGB V



Erlaubnisvorbehalt § 135 SGB V

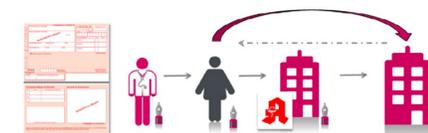


Zulassung § 31, 32, 33 SGB V

- Anlagegut
- Verbrauchsgut
- Fallpauschale
- Zusatzentgelt
- NUB

- EBM Ziffer
- Sachkostenvereinbarung
- Sprechstundenbedarfsvereinbarung
- Rechnung

- Arzneimittel
- Hilfsmittel
- Verbandmittel
- Arzneimittelähnliche Medizinprodukte



Rezept • Arzt • Patient • Apotheke/ Vertrieb • Krankenkasse

# DRG Kostenmatrix

Eine DRG-Fallpauschale deckt Personal- und Sachkosten ab. Die Pflegekosten werden seit einigen Jahren über eine DRG-Vergütung je Krankenhaustag finanziert. In der Kalkulation des verantwortlichen DRG-Instituts (InEK) werden Sachkosten für Implantate/Transplantate separat ausgewiesen.

|                                   | 1        | 2    | 3      | 4a    | 4b   | 5      | 6a     | 6b     | 6c     | 7      | 8      | Summe    |
|-----------------------------------|----------|------|--------|-------|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|
| Normalstation                     | 289,68   | 0,00 | 20,31  | 18,14 | 1,18 | 0,00   | 27,99  | 0,47   | 1,15   | 134,03 | 385,13 | 878,08   |
| Intensivstation                   | 1,30     | 0,00 | 0,02   | 0,17  | 0,01 | 0,00   | 0,45   | 0,00   | 0,00   | 0,38   | 0,95   | 3,28     |
| OP-Bereich                        | 372,39   | 0,00 | 333,10 | 11,39 | 1,81 | 316,79 | 183,14 | 229,29 | 105,71 | 223,24 | 262,38 | 2.039,24 |
| Anästhesie                        | 298,68   | 0,00 | 200,99 | 15,28 | 0,19 | 0,00   | 50,59  | 0,16   | 11,42  | 33,24  | 88,28  | 698,83   |
| Kardiolog. Diagnostik/ Therapie   | 0,00     | 0,00 | 0,01   | 0,00  | 0,00 | 0,00   | 0,00   | 0,00   | 0,00   | 0,00   | 0,00   | 0,01     |
| Endoskopische Diagnostik/Therapie | 0,03     | 0,00 | 0,08   | 0,00  | 0,00 | 0,00   | 0,05   | 0,00   | 0,00   | 0,06   | 0,03   | 0,25     |
| Radiologie                        | 7,44     | 0,00 | 11,86  | 0,04  | 0,00 | 0,00   | 1,15   | 0,01   | 5,66   | 2,98   | 6,89   | 36,03    |
| Laboratorien                      | 1,24     | 0,00 | 4,62   | 0,48  | 0,05 | 0,00   | 1,62   | 0,00   | 5,76   | 0,93   | 2,57   | 17,27    |
| Diagnostische Bereiche            | 1,97     | 0,14 | 2,33   | 0,03  | 0,00 | 0,00   | 0,21   | 0,00   | 0,01   | 0,30   | 1,18   | 6,17     |
| Therapeutische Verfahren          | 4,41     | 0,87 | 57,53  | 0,11  | 0,00 | 0,00   | 1,44   | 0,01   | 7,75   | 1,80   | 19,94  | 93,86    |
| Patientenaufnahme                 | 38,36    | 5,32 | 25,07  | 0,76  | 0,00 | 0,00   | 4,58   | 0,02   | 0,00   | 6,26   | 21,87  | 102,24   |
| Summe                             | 1.015,50 | 6,33 | 655,92 | 46,40 | 3,24 | 316,79 | 271,22 | 229,96 | 137,46 | 403,22 | 789,22 | 3.875,26 |

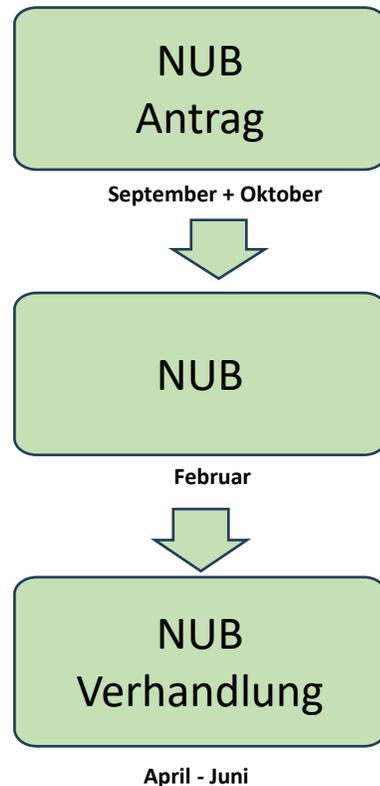


InEK DatenBrowser - Kosten der Datenlieferung 2022 gruppiert nach 2024 ("Report browser"), Werte in [€], N= 6.939 Patientenfälle

Legende Kostenspalten:

1: Personalkosten Ärztlicher Dienst; 2: Personalkosten Pflegedienst; 3: Personalkosten Med.-techn. Dienst/Funktionsdienst; 4a: Sachkosten Arzneimittel; 4b: Sachkosten Arzneimittel (Einzelkosten/Istverbrauch); 5: **Sachkosten Implantate/Transplantate**; 6a: Sachkosten übriger med. Bedarf; 6b: Sachkosten übriger med. Bedarf (Einzelkosten/Istverbrauch); 6c: Sachkosten für von Dritten bezogene med. Behandlungsleistungen; 7: Personal- und Sachkosten med. Infrastruktur; 8: Personal- und Sachkosten nicht med. Infrastruktur

Illustration: DRG I30B („Komplexe Interventionen am Knie ...“)



Das NUB-Verfahren ist eine Möglichkeit für Krankenhäuser, zusätzliche Erstattungen für neu entwickelte und hochpreisige medizinische Technologien zu erhalten.

Das antragstellende Krankenhaus kann mit der örtlichen GKV-Gruppe eine zusätzliche Erstattung aushandeln.

**Beispiel 1:**  
Einsetzen von beschichteten (abgedeckten) Stents mit bioaktiver Oberfläche für periphere Gefäße.  
N=591 (2025)

**Beispiel 2:**  
Ablösbare, ultraweiche Mikrocoils zur intrakraniellen Therapie von Gefäßfehlbildungen und Aneurysmen.  
N=331 (2025)

# ZE

Bewertetes ZE



DRG-Katalog, Anlage 2 und 5



Vergütung wird vom InEK festgelegt

Beispiel: Neurostimulation

Unbewertetes ZE



DRG-Katalog, Anlage 4 und 6



Vergütung wird jährlich verhandelt

Beispiel: Zwerchfellschrittmacher

Neben der DRG werden einige Medizinprodukte zusätzlich mit einem Zusatzentgelt (ZE) vergütet.

# Hybrid DRGs **Verordnung**

In der endgültigen Richtlinie vom 19.12.2023 heißt es lediglich in § 1:

***„Die Hybrid-DRG deckt alle Kosten ab, die im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten mit einer in Anlage 1 aufgeführten Leistung entstehen.“<sup>1</sup>***

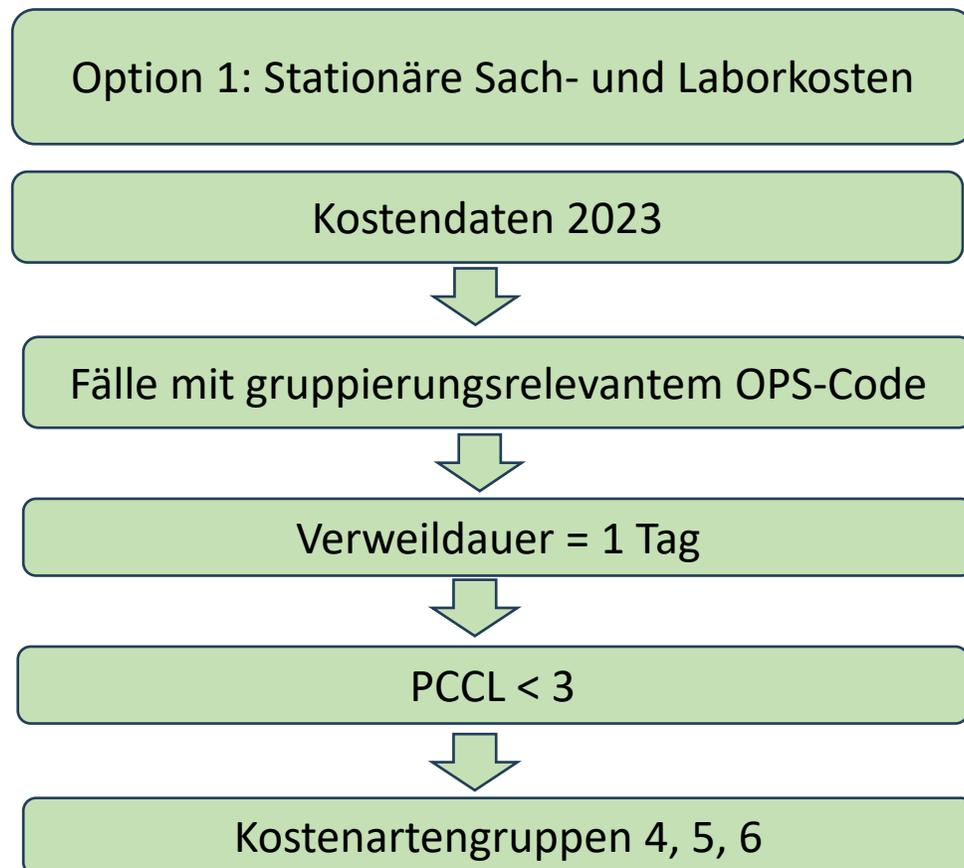
---

<sup>1</sup> Mehrere Verbände haben darauf hingewiesen, dass die Sachkosten durch die Neuregelung in § 4 der Hybrid-DRG-Richtlinie nicht ausreichend abgedeckt sind: *„Die Hybrid-DRG umfasst alle Leistungen und Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten mit einer in Anlage 1 aufgeführten Leistung stehen, insbesondere ärztliche Leistungen, Sachkosten und Kosten für Unterkunft und Verpflegung bei einer Übernachtung“*. Siehe Stellungnahmen durch BVAD, BDC, BVASK, BV HNO, DGAV, DGVS, DGOU, DGPRÄC, GFFC, VUD. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/hybrid-drg-v.html>

Im Entwurf der Hybrid-DRG-V wurden zwei Ausnahmefälle definiert, in denen die Möglichkeit besteht, Aufschläge zu berechnen.

*„Abweichend von Satz 1 sind die Krankenhäuser nach Absatz 1 berechtigt, für die Erbringung von **Dialysebehandlungen** und die Behandlung von Versicherten mit **Hämophilie** Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes und zusätzlich zu der jeweiligen Hybrid-DRG den in Anlage 3c des Fallpauschalenkatalogs nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes für die jeweilige Hybrid-DRG genannten Bewertungsmaßstab des Pflegeerlöskatalogs zu berechnen.“*

# Hybrid DRGs Vereinbarung zu Sachkosten



Option 2: Ambulante Sach- und Laborkosten

Empirische, den stationären Kostendaten (insbesondere hinsichtlich der Repräsentativität vergleichbare Datengrundlage der ambulanten Sach- und Laborkosten

Quelle: Anlage 2 zur Hybrid-DRG-Vereinbarung vom 27.03.2024, Kapitel 4.1 und 4.2

# AOP-Vereinbarung

§ 11 (4)



EBM Kapitel 40



| Kap.  | Bereich   |
|-------|---|
| 40.10 | Radionuklide  |
| 40.11 | Phototherapeutische Keratektomie (Ophthalmology)                  |
| 40.13 | Endoskopische Gelenkeingriffe inklusive Arthroskopielösungen      |
| 40.14 | Renale Ersatzverfahren und extrakorporale Blutreinigungsverfahren |
| 40.15 | Radiotherapie   |
| 40.16 | Mammographiescreening   |
| 40.17 | Vakuumversiegelungstherapie                                       |
| 40.18 | Telemonitoring Herzversagen                                       |
| 40.6  | Herzkatheteruntersuchung und koronare Rekanalisationsbehandlung   |
| 40.0  | Vakuumbiopsie(n) der Brust  |

§ 11 (5)



Nach Aufwand



- Im Körper verbleibende Implantate in Summe
- Röntgenkontrastmittel
- Nahtmaterial
- Diagnostische und interventionelle Katheter
- Trokare, Endoclips und Einmalapplikatoren

§ 11 (3)



Pauschaler Zuschlag auf die gesamte Honorarsumme in Höhe von 7 %



# AOP-Vereinbarung § 11 (6)

Das Krankenhaus ist verpflichtet, die tatsächlich erzielten Preise abzurechnen und den Nachweis gegenüber der Krankenkasse zu erbringen.

Vom Hersteller oder Lieferanten gewährte Rückvergütungen wie Preisnachlässe, Rabatte, Boni und rückvergütungsgleiche Gewinnanteile, mit Ausnahme von Skonti, müssen weitergegeben werden.

Ein Skonto (Preisnachlass für rechtzeitige Zahlung) muss weitergegeben werden, wenn er 3 % übersteigt.

Werden die Materialien für mehrere Patienten verwendet, ist ein Durchschnittspreis pro Patient zu berechnen, der in Abstimmung mit der Krankenkasse ermittelt und dokumentiert werden muss.

# EBM Kapitel 7.3 und 7.4

In Kapitel 7.3 der allgemeinen Vorschriften des EBM heißt es:

Sofern nicht anders angegeben, enthalten die Gebührenordnungspositionen **nicht**

- Kosten für Medikamente, Verbandstoffe, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Substanzen, die nach dem Gebrauch verbraucht werden oder die der Patient zur weiteren Verwendung behält,
- Kosten für Einweg-Infusionssets, Einweg-Infusionskatheter, Einweg-Infusionsnadeln und Einweg-Biopsienadeln.

Im Kapitel 7.4 gibt es eine Art Öffnungsklausel, die eine Berechnung von nicht in den GOP enthaltenen Kosten nur nach Maßgabe der Gesamtverträge zulässt. Die Gesamtverträge werden von jeder Kassenärztlichen Vereinigung mit den Krankenkassen geschlossen und laufend angepasst.

Zu unterscheiden ist dabei der Praxisbedarf und der Sprechstundenbedarf. Zum Praxisbedarf gehört die Grundausstattung einer Arztpraxis. Die Kosten des Praxisbedarfs sind oft mit der Gebühr der ärztlichen Leistung abgegolten.

# EBM Kapitel 40

Im EBM gibt es verschiedene Honorarnummern, die sich auf die Materialkosten beziehen.

| Kap.         | Bereich  |
|--------------|--|
| 40.10        | Radionuklide   |
| 40.11        | Phototherapeutische Keratektomie (Ophthalmology)                       |
| <b>40.13</b> | <b>Endoskopische Gelenkeingriffe inklusive Arthroskopielösungen</b>    |
| 40.14        | Renale Ersatzverfahren und extrakorporale Blutreinigungsverfahren      |
| 40.15        | Radiotherapie  |
| 40.16        | Mammographiescreening  |
| 40.17        | Vakuumversiegelungstherapie  |
| 40.18        | Telemonitoring Herzversagen  |
| <b>40.6</b>  | <b>Herzkatheteruntersuchung und koronare Rekanalisationsbehandlung</b> |
| 40.0         | Vakuumbiopsie(n) der Brust   |

# EBM Kapitel 40.13

Kapitel 40.13 des EBM regelt die Sachkosten für endoskopische Eingriffe am Gelenk inklusive Arthroskopie.

Abhängig von der Schnitt-Naht-Zeit gibt es unterschiedliche Beträge für Materialkosten.

| EBM   | Kategorie | Minuten * |
|-------|-----------|-----------|
| 31141 | E1        | <15       |
| 31142 | E2        | 15-30     |
|       |           |           |



|                  |                |
|------------------|----------------|
| <b>EBM 40750</b> | <b>EUR 122</b> |
|------------------|----------------|

| EBM   | Kategorie | Minuten * |
|-------|-----------|-----------|
| 31143 | E3        | 30-35     |
| 31144 | E4        | 45-60     |
|       |           |           |



|                  |                |
|------------------|----------------|
| <b>EBM 40752</b> | <b>EUR 200</b> |
|------------------|----------------|

| EBM   | Kategorie | Minuten * |
|-------|-----------|-----------|
| 31145 | E5        | 60-90     |
| 31146 | E6        | 90-120    |
| 31147 | E7        | > 120     |
|       |           |           |



|                  |                |
|------------------|----------------|
| <b>EBM 40754</b> | <b>EUR 333</b> |
|------------------|----------------|

\* Minuten Schnitt-Naht-Zeit

[Hier](#) finden sich Grundlageninformationen über die Schnitt-Naht-Zeit-Kategorien.

# EBM Kapitel 40.06

Eine Ankopplung an die ärztliche Leistung findet sich in Kapitel 40.06. des EBM regelt die Sachkosten in Anbindung an Herzkatheteruntersuchungen mit Koronarangiographie und in Anbindung an Interventionen (PTCA, Stent).

## 34291 Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie

|                |                |  |  |
|----------------|----------------|--|--|
| 3175<br>PUNKTE | 393.49<br>EURO | <br>Berichtspflichtig | KEINE<br>fachärztliche Grundversorgung |
|----------------|----------------|--|--|

### Beschreibung

Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie



40300 Kostenpauschale für die **Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34291** 181,50 €

*Die Kostenpauschale nach der Nr. 40300 enthält alle Sachkosten, einschl. der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.*

Stand 2/2025, erstellt am 23.04.2025

Seite 1010 von 2112

## 34292 Zuschlag Intervention (PTCA, Stent)

|                |                |  |  |
|----------------|----------------|--|--|
| 3799<br>PUNKTE | 470.83<br>EURO | <br>Berichtspflichtig | KEINE<br>fachärztliche Grundversorgung |
|----------------|----------------|--|--|

### Beschreibung

Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition **34291** bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (z.B. PTCA, Stent),



40302 Kostenpauschale für die **Durchführung einer PTCA an einem Gefäß, ggf. einschl. Stent entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292** 1.058,40 €

*Die Kostenpauschale nach der Nr. 40302 enthält alle Sachkosten, einschl. der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.*

40304 Kostenpauschale für die **Durchführung einer PTCA an mehreren Gefäßen, ggf. einschl. Stents entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292**, zusätzlich zur Sachkostenpauschale Nr. 40302 690,20 €

*Die Kostenpauschale nach der Nr. 40304 enthält alle Sachkosten, einschl. der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.*

# Sachkostenabrechnung

Sachkosten fallen für Medizinprodukte an, die

- nicht mit den EBM-Gebühren abgegolten sind,
- nicht über den Sprechstundenbedarf ersetzt werden,
- kein Praxisbedarf sind
- nicht im EBM Kapitel 40 (Sachkostenpauschalen) aufgelistet sind.

Diese Produkte kann der Arzt gesondert in Rechnung stellen.

Die Rechnung wird mit Behandlungsschein des Patienten bei der KV eingereicht.

Es besteht die Möglichkeit einer Abtretungserklärung an den Lieferanten.

# DRG Kostenmatrix - Vorhaltevergütung

Die in braun dargestellten Kostenbereiche sind Bestandteil zur Berechnung der Vorhaltevergütung. In der Rumpf-DRG verbleiben also die direkten Sachkosten zu 100 %.

|                                   | Ärztl. Dienst |      | MTA etc. |       |      | Infrastruktur |        |        |        |        |        |          |
|-----------------------------------|---------------|------|----------|-------|------|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|
|                                   | 1             | 2    | 3        | 4a    | 4b   | 5             | 6a     | 6b     | 6c     | 7      | 8      | Summe    |
| Normalstation                     | 289,68        | 0,00 | 20,31    | 18,14 | 1,18 | 0,00          | 27,99  | 0,47   | 1,15   | 134,03 | 385,13 | 878,08   |
| Intensivstation                   | 1,30          | 0,00 | 0,02     | 0,17  | 0,01 | 0,00          | 0,45   | 0,00   | 0,00   | 0,38   | 0,95   | 3,28     |
| OP-Bereich                        | 372,39        | 0,00 | 333,10   | 11,39 | 1,81 | 316,79        | 183,14 | 229,29 | 105,71 | 223,24 | 262,38 | 2.039,24 |
| Anästhesie                        | 298,68        | 0,00 | 200,99   | 15,28 | 0,19 | 0,00          | 50,59  | 0,16   | 11,42  | 33,24  | 88,28  | 698,83   |
| Kardiolog. Diagnostik/ Therapie   | 0,00          | 0,00 | 0,01     | 0,00  | 0,00 | 0,00          | 0,00   | 0,00   | 0,00   | 0,00   | 0,00   | 0,01     |
| Endoskopische Diagnostik/Therapie | 0,03          | 0,00 | 0,08     | 0,00  | 0,00 | 0,00          | 0,05   | 0,00   | 0,00   | 0,06   | 0,03   | 0,25     |
| Radiologie                        | 7,44          | 0,00 | 11,86    | 0,04  | 0,00 | 0,00          | 1,15   | 0,01   | 5,66   | 2,98   | 6,89   | 36,03    |
| Laboratorien                      | 1,24          | 0,00 | 4,62     | 0,48  | 0,05 | 0,00          | 1,62   | 0,00   | 5,76   | 0,93   | 2,57   | 17,27    |
| Diagnostische Bereiche            | 1,97          | 0,14 | 2,33     | 0,03  | 0,00 | 0,00          | 0,21   | 0,00   | 0,01   | 0,30   | 1,18   | 6,17     |
| Therapeutische Verfahren          | 4,41          | 0,87 | 57,53    | 0,11  | 0,00 | 0,00          | 1,44   | 0,01   | 7,75   | 1,80   | 19,94  | 93,86    |
| Patientenaufnahme                 | 38,36         | 5,32 | 25,07    | 0,76  | 0,00 | 0,00          | 4,58   | 0,02   | 0,00   | 6,26   | 21,87  | 102,24   |
| Summe                             | 1.015,50      | 6,33 | 655,92   | 46,40 | 3,24 | 316,79        | 271,22 | 229,96 | 137,46 | 403,22 | 789,22 | 3.875,26 |

Pflege
Direkte Sachkosten

Illustration: DRG I30B („Komplexe Interventionen am Knie ...“)

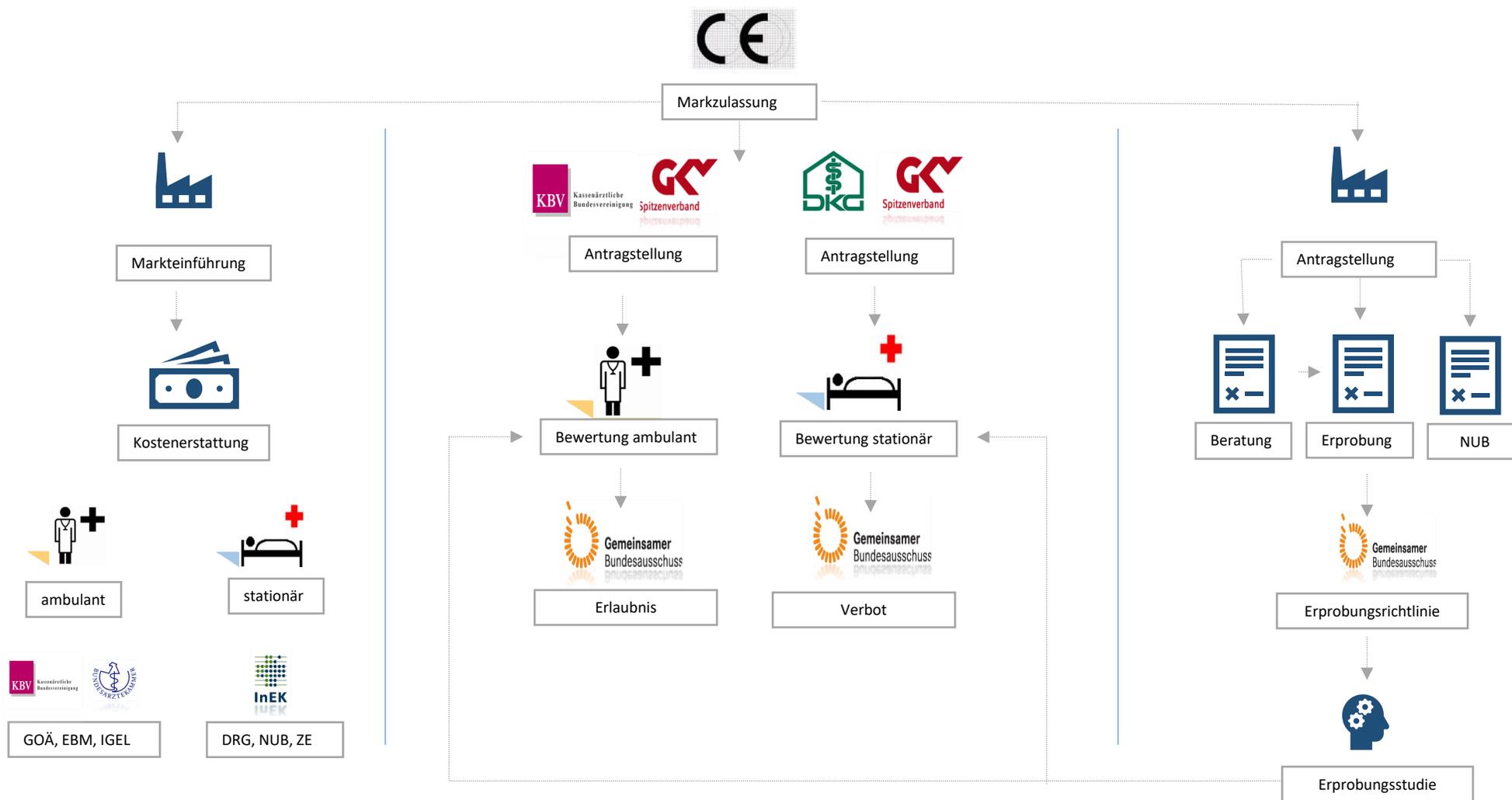
Legende Kostenspalten:

1: Personalkosten Ärztlicher Dienst; 2: Personalkosten Pflegedienst; 3: Personalkosten Med.-techn. Dienst/Funktionsdienst; 4a: Sachkosten Arzneimittel; 4b: Sachkosten Arzneimittel (Einzelkosten/Istverbrauch);  
**5: Sachkosten Implantate/Transplantate; 6a: Sachkosten übriger med. Bedarf; 6b: Sachkosten übriger med. Bedarf (Einzelkosten/Istverbrauch);** 6c: Sachkosten für von Dritten bezogene med. Behandlungsleistungen 7: Personal- und Sachkosten med. Infrastruktur;  
 8: Personal- und Sachkosten nicht med. Infrastruktur

InEK DatenBrowser - Kosten der Datenlieferung 2022 gruppiert nach 2024 ("Report browser"), Werte in [€], N= 6.939 Patientenfälle

# Nutzensachweis

# Markterschließung und Methodenbewertung



# G-BA Richtlinienkompetenz

Der G-BA legt in Richtlinien fest, ob Behandlungsmethoden von den Krankenkassen vergütet werden.



**Richtlinie**

Gemeinsamer  
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses  
Richtlinie zu Untersuchungs- und  
Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen  
Versorgung  
(Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)

in der Fassung vom 17. Januar 2006  
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 48 (S. 1 523) vom 9. März 2006  
in Kraft getreten am 1. April 2006

zuletzt geändert am 16. Januar 2025  
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 17.04.2025 B2) am 17. April 2025  
in Kraft getreten am 18. April 2025



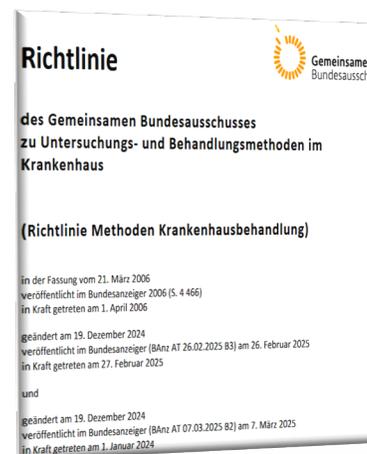
**Richtlinie**

Gemeinsamer  
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über die ambulante Behandlung im Krankenhaus  
nach § 116b SGB V

in der Fassung vom 18. Oktober 2005  
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 7 (S. 88) vom 11. Januar 2006  
in Kraft getreten am 12. Januar 2006

zuletzt geändert am 15. Dezember 2011  
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 197 (S. 4 655) vom 30. Dezember 2011  
in Kraft getreten am 31. Dezember 2011



**Richtlinie**

Gemeinsamer  
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses  
zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im  
Krankenhaus

(Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung)

in der Fassung vom 21. März 2006  
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 (S. 4 466)  
in Kraft getreten am 1. April 2006

geändert am 19. Dezember 2024  
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 26.02.2025 B3) am 26. Februar 2025  
in Kraft getreten am 27. Februar 2025

und

geändert am 19. Dezember 2024  
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 07.03.2025 B2) am 7. März 2025  
in Kraft getreten am 1. Januar 2024

• • •



**Richtlinie**

Gemeinsamer  
Bundesausschuss

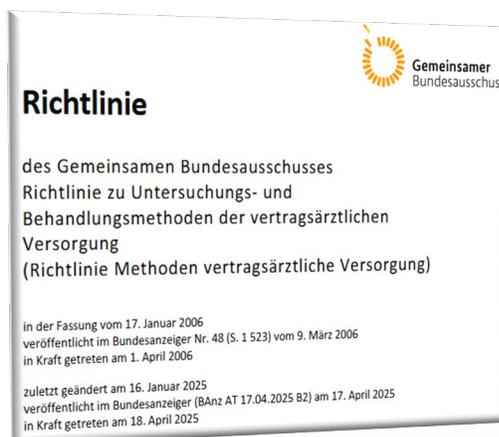
(N= 129)

des Gemeinsamen Bundesausschusses

Quelle zu Volltexten sämtlicher G-BA Richtlinien: <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/>

# Richtlinie Vertragsärztliche Versorgung

## Beispiel



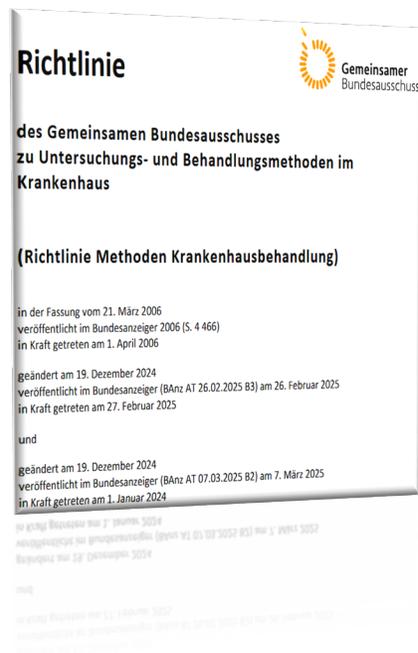
Im vertragsärztlichen Bereich sind Methoden anerkannt, ausgeschlossen oder das Bewertungsverfahren ist ausgesetzt.

| Behandlungsmethode                          | Anzahl Methode<br>n |
|---|---------------------|
| Anerkannt (Anlage I)                        | 43                  |
| Ausgeschlossen (Anlage II)                  | 51                  |
| Bewertungsverfahren ausgesetzt (Anlage III) | 6                   |



Quelle zum Volltext der G-BA Richtlinie: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/7/>

# Richtlinie Krankenhaus



Im Krankenhausbereich sind Methoden ausgeschlossen, erforderlich oder das Bewertungsverfahren ist ausgesetzt.

| Behandlungsmethode                         | Anzahl Methoden |
|--|-----------------|
| Ausgeschlossen                             | 22              |
| Erforderlich (Anlage I)                    | 19              |
| Bewertungsverfahren ausgesetzt (Anlage II) | 9               |

## Beispiel

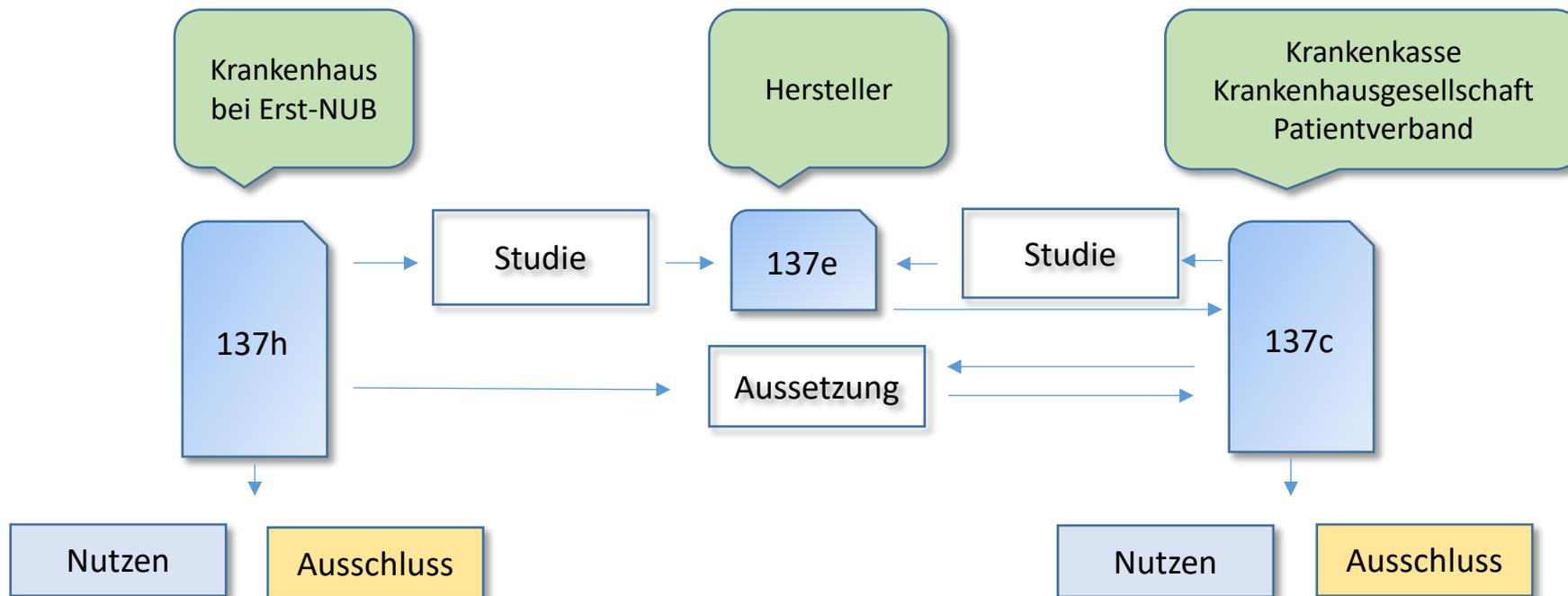


Quelle zum Volltext der G-BA Richtlinie: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/34/>

# Die 137er

Im Krankenhaus gilt das Verbotsvorbehalt.

Bewertungen durch den G-BA erfolgen durch Initiativen auf Basis der Vorgaben der §§ 137 c, 137e und 137h.



# Aktuelles Beispiel: TRAVAST - 137e Sham-Studie

## Bewertung der Methode

**Transkutane Vagusnervstimulation zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit pharmakoresistenter Epilepsie, die für einen epilepsiechirurgischen Eingriff ungeeignet sind oder diesen ablehnen (§ 137e SGB V)**

### Steckbrief

- **Intervention:** Stimulation, Vagusnerv
- **Indikation:** Epilepsie
- **Therapiegebiet:** Krankheiten des Nervensystems
- **Aufgabenbereich:** Erprobung
- **Richtlinie:** >> [Erprobungs-Richtlinie Transkutane Vagusnervstimulation](#)
- **Beginn des Verfahrens:** 17.08.2017
- **Status:** Erprobungsstudie wird vorbereitet

## Inhalt

|     |   |   |
|-----|---|---|
| § 1 | Zielsetzung.....  | 3 |
| § 2 | Fragestellung.....  | 3 |
| § 3 | Population.....   | 3 |
| § 4 | Intervention und Vergleichsintervention.....  | 3 |
| § 5 | Endpunkte.....  | 3 |
| § 6 | Studientyp und Beobachtungszeitraum.....  | 4 |
| § 7 | Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung im Rahmen der Erprobung.....                        | 4 |
| § 8 | Anforderungen an die Durchführung, die wissenschaftliche Begleitung und die Auswertung der Erprobung..... | 5 |

P  
I  
C

|   |   |
|---|---|
| Einleitung des Beratungsverfahrens  | ▼ |
| Bekanntmachung des Beratungsthemas, Einholung erster Einschätzungen, Ermittlung stellungnahmeberechtigter Medizinproduktehersteller und Unternehmen – Kostentragung | ▼ |
| Ermittlung stellungnahmeberechtigter Medizinproduktehersteller  | ▼ |
| Beauftragung IQWiG: Update/Rapid Report   | ▼ |
| Einleitung des Stellungnahmeverfahrens  | ▼ |
| Beauftragung IQWiG: Update/Rapid Report   | ▼ |
| Beschluss über eine Richtlinie zur Erprobung  | ▼ |
| <b>Ermittlung von an der Erprobung beteiligten Medizinprodukteherstellern und Unternehmen – Kostentragung</b>   | ▲ |
| Beschlussdatum: 21.03.2024<br>Inkrafttreten: mit Beschlussdatum   |   |
|  <b>Beschlusstext</b><br>(PDF: 112,39 KB)  |   |
| >> <a href="#">Details zu diesem Beschluss</a>  |   |

Mittlerweile > 10 Jahre beim G-BA vorstellig.

Erprobungsrichtlinie im Juni 2024 erlassen.

Stellungnahmeverfahren per Fachgesellschaften sowie zwei Medizinproduktehersteller (u.a. LivaNova/ VNS-Therapie)

Im Mai 2025 Wissenschaftliche Studienleitung festgelegt

[https://www.g-ba.de/downloads/40-268-11447/2024-03-21\\_Erp-RL\\_tVNS\\_ZD.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/40-268-11447/2024-03-21_Erp-RL_tVNS_ZD.pdf)

[https://www.iqwig.de/download/e16-03\\_transkutane-vagusnervstimulation-bei-pharmakoresistenter-epilepsie\\_potenzialbewertung\\_v1-0.pdf](https://www.iqwig.de/download/e16-03_transkutane-vagusnervstimulation-bei-pharmakoresistenter-epilepsie_potenzialbewertung_v1-0.pdf)

# Aktuelles Beispiel: 137h Beratung

Verfahren nach § 137h SGB V

## Hypotherme oxygenierte Maschinenperfusion bei Lebertransplantationen

### Steckbrief

- **Intervention:** Hypotherme oxygenierte Maschinenperfusion
- **Indikation:** Lebertransplantation
- **Vorgangsnummer Beratung:** BAh-24-001
- **Status:** Beratung – Beschlussfassung wird vorbereitet

### Fristen

- **Beginn des Stellungnahmeverfahrens:** 31.03.2025
- **Ende des Stellungnahmeverfahrens:** 29.04.2025

### Beratung vor einem Bewertungsverfahren

#### Stellungnahmeverfahren

#### Stellungnahmeverfahren abgeschlossen

Die Frist zur Einreichung einer Stellungnahme ist am 29.04.2025 abgelaufen. Derzeit werden die Stellungnahmen ausgewertet und die Beschlussfassung vorbereitet.

#### Beschluss

# Matrix: Hürde & Evidenz

|  | <br>Klinische Studien | <br>Reviews/ HTA | <br>Anträge | <br>Ökonom. Modelle | <br>Publikationen | <br>Leitlinien |
|--|--|---|--|--|--|---|
| <br>Zulassung       | ✓  |   |  |  |  |   |
| <br>Kostenübernahme | ✓  | ✓   |  |  |  |   |
| <br>Kodierung       |  |   | ✓  |  |  |   |
| <br>Preisfestlegung |  |   | ✓  | ✓  |  |   |
| <br>Verschreibung |  | ✓   |  | ✓  | ✓  | ✓   |
| <br>Anwendung     |  |   |  |  | ✓  | ✓   |

# Dossier – Erstellung und Anwendung

## Wissenschaftliche Methoden

- CRD + Cochrane
- HTA (Working Group 3)
- DIMDI HTA
- CCOHTA HE



## Methoden der Entscheider

- G-BA Verfahrensordnung
- G-BA Anhänge
- IQWiG Allgemeine Methoden V 7.0
- IQTiG Methodische Grundlagen V 2.1



## SGB V

- § 139 HMV
- AMR für Medizinprodukte
- § 135 Ambulant
- § 137 c Krankenhaus
- § 137 e/h Erprobung
- NUB, § 137 h

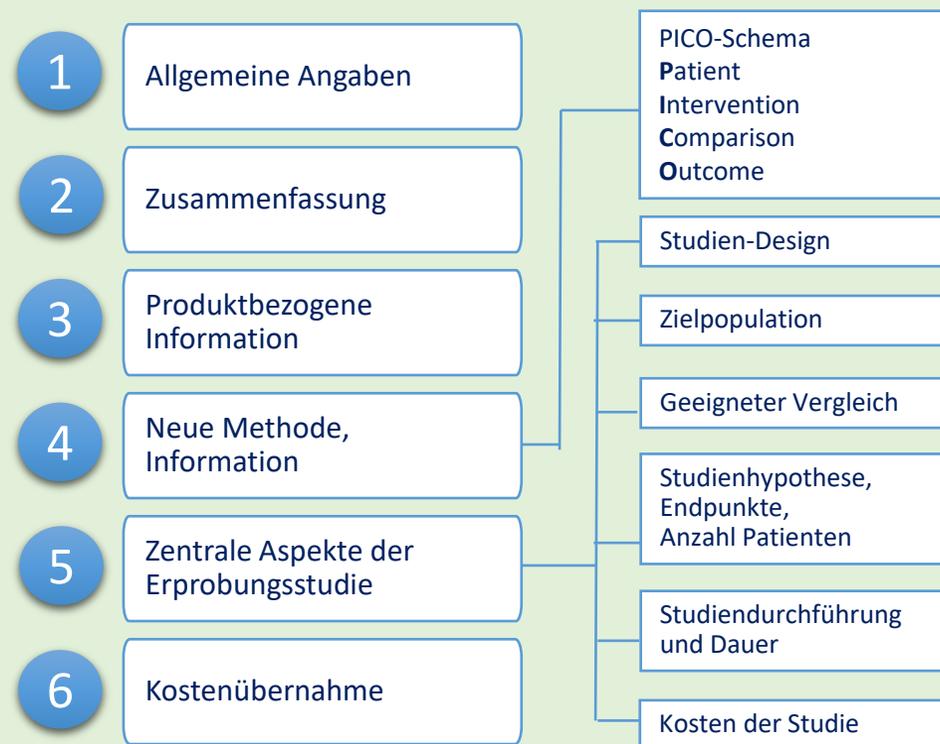


# 137e Antragsformular

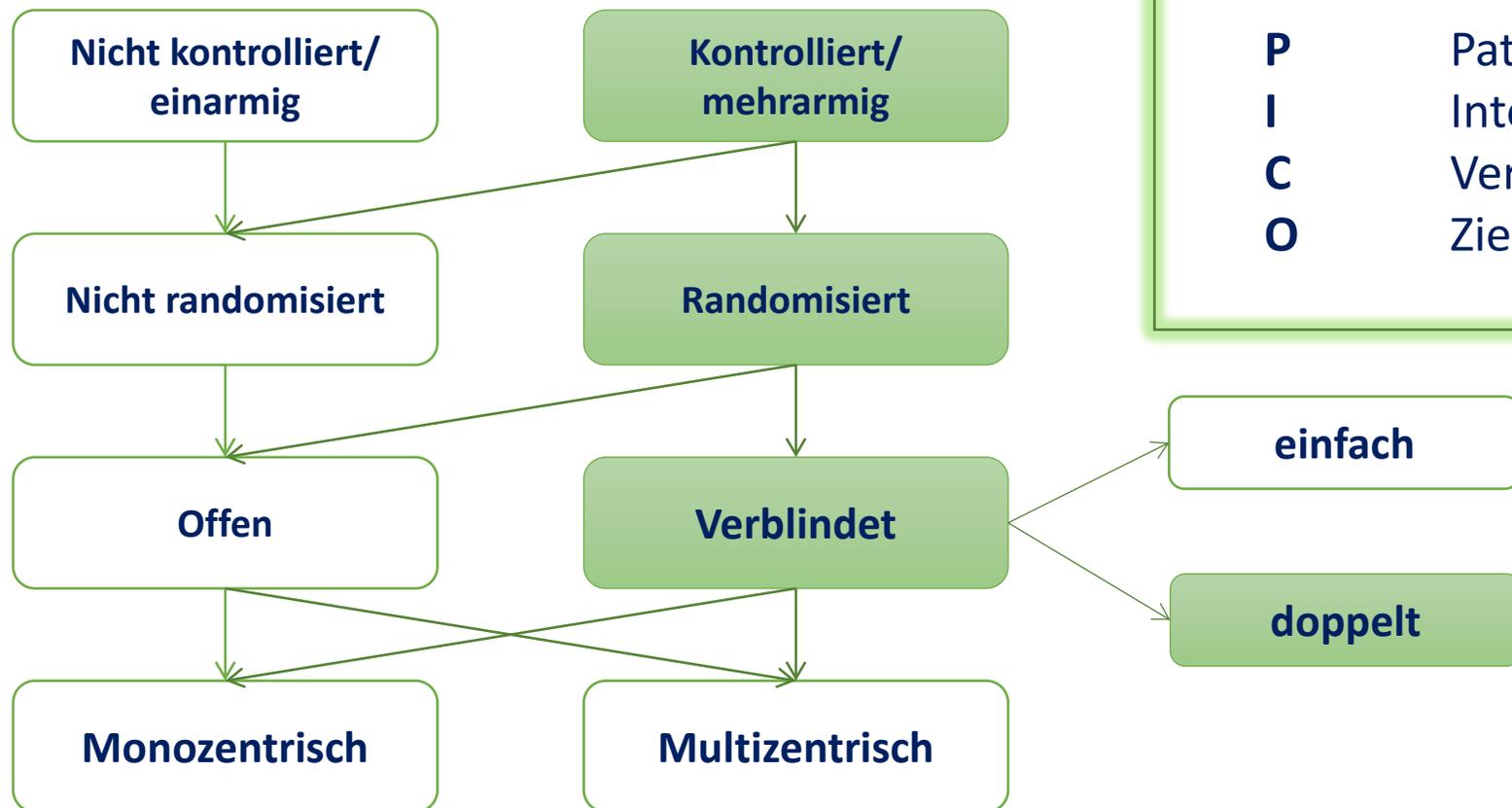
## Antrag auf § 137e Beratung G-BA



## Antrag auf § 137e Studie



# Studiendesign



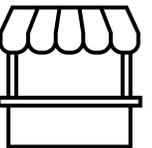
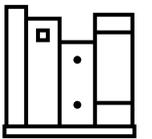
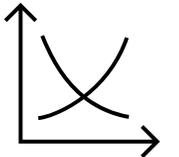
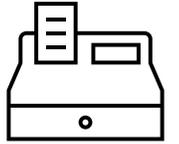
PICO-Schema,

**P** Patient  
**I** Intervention  
**C** Vergleichsintervention (Comparison)  
**O** Zielgrößen (Outcomes)

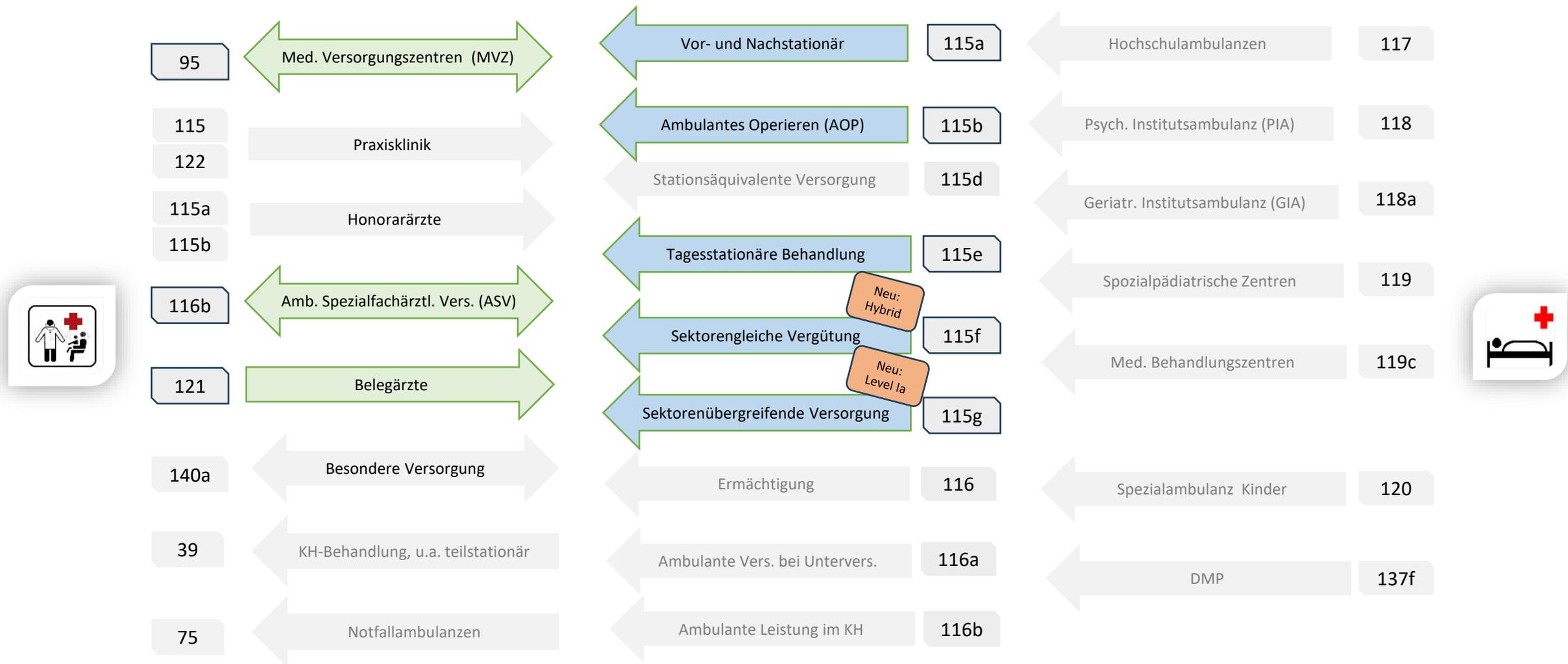
# BACK-UP

# Fragestellungen

- Wie **direkt oder indirekt** werden die Sachkosten von Medizinprodukten in den ambulanten und stationären Versorgungsformen erstattet?
- Über welche Abrechnungswege wird ein Medizinprodukt zukünftig (noch) **ausreichend** vergütet?
- Welche **Nachweispflichten** bestehen in den anvisierten Versorgungsbereichen im Hinblick auf die nachzuweisende Evidenz einer Gesundheitstechnologie?
- Welche kritischen **Absatzwege** werden durch die Reduktion der Erlöse und Intensivierung der Nutzenbewertung entstehen?
- Welche Auswirkungen haben die neuen Vergütungsformen auf die **Vertriebsstrategie**?



# Trend Ambulantisierung



# DRG B20D [€]

| Kodiersystem | Ziffer       | Text  |
|--------------|--------------|---|
| ICD-10       | I67.10.-     | <b>Zerebrales Aneurysma (erworben)</b>  |
| OPS          | OPS 8-836.m0 | Selektive Embolisation mit Metallspiralen: GefäÙe intrakraniell   |
| DRG          | B20D         | Kraniotomie oder groÙe WS-OP mit komplexer Prozedur oder ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff oder mit bestimmter Prozedur oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre |

| DRG B20D      | Rel.G. DRG | DRG [€]  | Rel.G. Pflege | Pflege [€] | 2025 [€]        | 2024 [€] | 2023 [€] |
|---------------|------------|----------|---------------|------------|-----------------|----------|----------|
| Haupt, 1 Tag  | 0,946      | 4,162.40 | 1,2379        | 309.48     | <b>4,471.88</b> | 5,559.79 | 5,385.69 |
| Beleg, 1 Tag  | 0,929      | 4,087.60 | 1,2379        | 309.48     | 4,397.08        | 4,589.59 | 4,825.59 |
| Haupt, 2 Tage | 1,889      | 8,311.60 | 1,2379        | 618.96     | <b>8,930.56</b> | 8,628.98 | 8,302.94 |
| Beleg, 2 Tage | 1,672      | 7,356.80 | 1,2379        | 618.96     | 7,975.76        | 7,167.38 | 6,894.69 |

Eigenberechnung. Keine Gewähr für die Richtigkeit der Angaben.

Erlöse berechnet mit Grouper Version 2025 und Bundesbasisfallwert 2025 von 4.400,00 €. Pflegeerlöse kalkuliert mit Grouper Version 2025 und Pflegebasisfallwert 2025 in Höhe von 250,00 €. Ab 1.1.2020 werden die Pflegekosten nicht mehr in die DRG-Kalkulation einbezogen. In der DRG F20D werden 250,00 € pro Tag angesetzt. Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 €; Pflegebasisfallwert 2024 von 240,00 €. Bundesbasisfallwert 2023 von € 4.000,71; Pflegebasisfallwert 2023 von € 230,00. Beleg-DRG beziehen sich auf Chirurgen von außerhalb des Krankenhauses, die die Infrastruktur des Krankenhauses nutzen. Der Anästhesist gehört zum Team des Krankenhauses.