

Vereinbarung
zu den stationären Leistungen
der sektorenübergreifenden
Versorgungseinrichtungen
gemäß § 115g Absatz 3 SGB V
(süV-Leistungskatalog-Vereinbarung)
vom 02.03.2026

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin,

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

Präambel

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom 05.12.2024 (BGBl. I Nummer 400) erfolgte die Einführung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen gemäß § 115g SGB V. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sollen wohnortnah akutstationäre Krankenhausbehandlung mit ambulanten und pflegerischen Leistungen verbinden und sind als Grundlage für weitere Schritte hin zu einer sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung zu verstehen. Dabei können sich die Einrichtungen je nach ihren individuellen Gegebenheiten, ihrem Standort und dem regionalen Bedarf unterscheiden.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sollten in der Regel durch Umwandlung bestehender Krankenhausstandorte entstehen, die bereits in den Krankenhausplänen der Länder ausgewiesen sind. Krankenhäuser, die in eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung umgewandelt werden, sollten dabei regelhaft zuvor innerhalb der vorangegangenen acht Jahre für mindestens drei Jahre als Krankenhaus nach § 108 Nummer 2 SGB V an der stationären Versorgung teilgenommen haben.

Grundsätzlich versorgen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens Patientinnen und Patienten, die eine internistische oder geriatrische stationäre Grundversorgung benötigen.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen übernehmen nach den jeweiligen Möglichkeiten auch akutmedizinische Versorgung. Gleichwohl nehmen sie nicht an der Notfallversorgung im Rahmen des gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V teil. In sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen werden Patientinnen und Patienten behandelt, die keine Diagnostik oder Behandlungen mit hohem Risiko, Spezialisierungs- oder Komplexitätsgrad benötigen. Verlegungen in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen aus anderen Krankenhäusern sind grundsätzlich möglich. Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, in der Vergütungsvereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 KHEntgG Regelungen zu treffen, die eine Doppelfinanzierung bereits an anderer Stelle vergüteter Leistungen ausschließt.

Die Vereinbarungspartner werden gemeinsam an den Gesetzgeber herantreten, um eine gesetzliche Klarstellung in § 115g Absatz 1 SGB V herbeizuführen, wonach sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zur Erbringung von Leistungen nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG-Leistungen) berechtigt sind. Aus Sicht der Vereinbarungspartner sollte eine gesetzliche Regelung geschaffen werden, die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen die Erbringung von Leistungen des AOP- und des Hybrid-DRG-Katalogs unabhängig vom stationären Versorgungsauftrag und unter Einhaltung der Qualitätsanforderungen des vertragsärztlichen Bereichs, insbesondere die Erbringung der jeweiligen Hauptleistung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt, ermöglicht. Zudem sollte gesetzlich klargestellt werden, dass das Krankenhausarztnummernverzeichnis nach § 293 Absatz 7 SGB V als Nachweis der fachärztlichen Leistungserbringung bei der Erbringung von AOP- und Hybrid-DRG-Leistungen in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen verwendet werden kann.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband legen in dieser Vereinbarung gemäß § 115g Absatz 3 SGB V im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) fest,

1. welche stationären Leistungen der Inneren Medizin und der Geriatrie sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens erbringen müssen,
2. welche weiteren stationären Leistungen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbringen können,
3. welche stationären Leistungen eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung, über die nach den Nummern 1 und 2 vereinbarten stationären Leistungen hinaus, erbringen kann, wenn sie hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus unterstützt wird, und
4. welche Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Erbringung der nach den Nummern 1 bis 3 vereinbarten stationären Leistungen und an die in Nummer 3 genannte Kooperation gestellt werden und wie diese aufwandsarm geprüft werden.

Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sollten den stationären Versorgungsauftrag der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen im Rahmen der zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbarten stationären Leistungskataloge konkret festlegen. Die nach Landesrecht maßgeblichen Grundsätze der Krankenhausplanung bleiben durch diese Regelungen unberührt. Maßgeblich ist dabei der regionale Versorgungsbedarf, der sich zwischen ländlichen Regionen, Regionen mit Verstädterungsansätzen und städtischen Regionen unterscheiden wird. Dabei ist auch das bestehende stationäre Versorgungsangebot umliegender Krankenhäuser zu berücksichtigen. Ziel ist eine bedarfsgerechte, flächendeckende und koordinierte Krankenhausversorgung im jeweiligen Planungsgebiet.

§ 1 Grundsätze

- (1) Die Vereinbarung gilt für die Standorte von Krankenhäusern, die nach § 6c Absatz 1 KHG als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind.
- (2) Voraussetzung für die Aufnahme und stationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung ist das Vorliegen einer stationären Behandlungsnotwendigkeit nach § 39 SGB V sowie die Erfüllung aller Filterkriterien der Anlage 1.

§ 2 Stationäre Mindestleistungen gemäß § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V

- (1) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen müssen bei Verdacht oder Vorliegen einer Hauptdiagnose nach Anlage 2a mindestens die Leistungen aus Anlage 2b erbringen können.
- (2) Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung führt bei Patientinnen und Patienten ab Vollendung des 70. Lebensjahres zu Beginn der Behandlung ein geriatrisches Screening (zum Beispiel nach Lachs) durch. Bei einem auffälligen Screening wird, falls erforderlich, ein geriatrisches Basis-Assessment durchgeführt.

§ 3 Weitere stationäre Leistungen gemäß § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können stationäre Leistungen aus den Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie in dem konkret festgelegten

Versorgungsauftrag erbringen, sofern eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit nach § 39 SGB V vorliegt.

§ 4 Weitere stationäre Leistungen gemäß § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 SGB V

- (1) Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung kann sich bei der Erbringung von Leistungen nach § 2 oder § 3 teleradiologisch oder telekonsiliarisch unterstützen lassen.
- (2) Die Vereinbarungspartner prüfen im Rahmen des Weiterentwicklungsauftrags nach § 115g Absatz 3 Satz 2 SGB V, ob sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen durch eine (telemedizinische) Kooperation mit einem Krankenhaus gemäß § 115g Absatz 3 Nummer 3 SGB V auch noch weitere Leistungen als die in § 3 genannten Leistungen erbringen können.

§ 5 Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation

- (1) Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung hat fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung und pflegfachlich unter ständiger pflegfachlicher Leitung zu stehen.
- (2) Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung verfügt über eine medizinisch-technische Ausstattung, die eine Basisdiagnostik und -therapie im Rahmen der akutmedizinischen Versorgung ermöglicht (Elektrokardiogramm, Röntgengerät, Sonographiegerät, Patientenmonitor zur Überwachung der Vitalfunktionen). Die Ausstattung orientiert sich an den allgemein anerkannten fachlichen Standards sowie den Anforderungen an Hygiene, Arbeitssicherheit und Medizinprodukterecht. Die Anforderungen nach § 5 weichen von den Qualitätskriterien nach § 135e SGB V ab.
- (3) Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung hat bei der Erbringung von OPS-Komplexkodes nach § 3 dieser Vereinbarung die Struktur- und Mindestmerkmale zu erfüllen.
- (4) Die Qualitätsanforderungen dieser Vereinbarung gelten auch für die belegärztliche Leistungserbringung.
- (5) Die Möglichkeit zur Durchführung von Basislabordiagnostik kann durch die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung auch im Rahmen vertraglich geregelter Kooperationen mit anderen zugelassenen Leistungserbringern sichergestellt werden.
- (6) Die Möglichkeit zur Durchführung von Röntgenaufnahmen kann durch die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung auch im Rahmen vertraglich geregelter Kooperationen mit anderen zugelassenen Leistungserbringern, die sich in maximal 2 km Entfernung von der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung befinden, sichergestellt werden.
- (7) Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung verfügt über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische, pflegfachliche und therapeutische Möglichkeiten und arbeitet nach wissenschaftlich anerkannten Methoden.
- (8) Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung ist darauf eingerichtet mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patientinnen und Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern.

- (9) Von Montag bis Freitag (außer an gesetzlichen Feiertagen) muss tagsüber für mindestens acht Stunden mindestens eine Ärztin oder ein Arzt vor Ort präsent sein. Eine Facharztverfügbarkeit aus dem Leistungsspektrum der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung (Fachärztin/Facharzt aus dem Gebiet Innere Medizin oder Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin oder Fachärztin/Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Geriatrie oder Fachärztin/Facharzt mit dem Schwerpunkt Geriatrie oder Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie) ist jederzeit mindestens durch Rufbereitschaft zu gewährleisten, soweit sie nicht durch Anwesenheitsdienste wie Schicht- oder Bereitschaftsdienste sichergestellt wird.
- (10) Die pflegerische Betreuung ist durch eine 24-stündige Präsenz von mindestens einer Pflegefachkraft sicherzustellen. Die Personalausstattung muss sich am tatsächlichen Pflegebedarf orientieren und eine fachgerechte Versorgung, Dokumentation und Notfallreaktion gewährleisten.
- (11) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nehmen im Rahmen der Behandlung der Patientinnen und Patienten in eigener Verantwortung aus vertragsrechtlichen, haftungsrechtlichen, vergütungsrechtlichen und sozialrechtlichen Gründen eine den geltenden Anforderungen entsprechende Dokumentation vor. Dies beinhaltet auch, dass sich aus der Dokumentation die Einhaltung der Filterkriterien sowie die Durchführung des geriatrischen Screenings nach § 2 Absatz 2 nachvollziehbar ableiten lassen.
- (12) Es gelten die jeweils gültigen Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien.

§ 6 Prüfverfahren

- (1) Zur Sicherstellung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen dieser Vereinbarung erfolgt vor erstmaliger Leistungserbringung eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst (MD). Gegenstand der Prüfung ist, dass mit prospektiver Wirkung festgestellt wird, ob die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die Qualitätsanforderungen dieser Vereinbarung ab der Aufnahme der Leistungserbringung einhält.
- (2) Die Prüfung nach Absatz 1 wird durch Antrag der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung bei dem gemäß Absatz 9 zuständigen MD beauftragt. Sie ist innerhalb von drei Monaten nach Beauftragung des MD abzuschließen. Der Antrag auf Prüfung ist von der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung drei Monate vor der geplanten Leistungsaufnahme beim zuständigen MD einzureichen.
- (3) Die Prüfung nach Absatz 1 soll in Abstimmung zwischen dem zuständigen MD und der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung entweder im schriftlichen Verfahren, als Prüfung vor Ort oder als Kombination eines schriftlichen Verfahrens und einer Prüfung vor Ort (kombinierte Prüfung) erfolgen. Sofern keine Abstimmung erfolgt, legt der MD das Verfahren im Benehmen mit der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung fest. Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung hat darzulegen, wie sie die Qualitätsanforderungen nach dieser Vereinbarung erfüllen wird. Während des Zeitraums von drei Monaten vor der geplanten Leistungsaufnahme müssen die Qualitätsanforderungen dieser Vereinbarung noch nicht vollständig erfüllt sein. Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung hat bei der Prüfung mitzuwirken und die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen innerhalb einer Frist von vier Wochen nach Beauftragung des MD vorzulegen. Liegen

Ergebnisse von Prüfungen nach § 275a SGB V vor, sind diese vom MD zu berücksichtigen, sofern sie nicht mehr als drei Jahre zurückliegen.

- (4) Der MD übermittelt der jeweiligen geprüften sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung, der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in elektronischer Form ein Gutachten über die Prüfung und, wenn die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die Qualitätsanforderungen dieser Vereinbarung erfüllt, eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung. Ergibt die Prüfung, dass die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die Qualitätsanforderungen dieser Vereinbarung nicht erfüllt, wird die Prüfung auf Antrag der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung wiederholt.
- (5) Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung hat die in Absatz 4 Satz 1 genannte Bescheinigung über das Prüfergebnis den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG sowie dem PKV-Verband jeweils anlässlich der Vereinbarung der Vergütung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung gemäß § 6c KHEntgG auf elektronischem Wege zu übermitteln.
- (6) Hält eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung eine Qualitätsanforderung dieser Vereinbarung über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht ein, hat sie dies unverzüglich auf elektronischem oder schriftlichem Wege dem MD sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem PKV-Verband mitzuteilen. Der MD begutachtet nach erfolgter Mitteilung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung die Einhaltung der von der Mitteilung umfassten Qualitätsanforderungen. Stellt der MD nach erfolgter Mitteilung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung fest, dass die Nichteinhaltung der von der Mitteilung umfassten Qualitätsanforderungen fortbesteht, hebt der MD die Bescheinigung gemäß Absatz 4 Satz 1 mit Wirkung vom Datum des Gutachtens, das die Nichterfüllung eines oder mehrerer Qualitätsanforderungen bestätigt, auf. Für die Durchführung der Prüfung gilt Absatz 3 Satz 1 und Satz 2 entsprechend. Für die Prüfdauer gilt Absatz 2 Satz 2 entsprechend. Der MD informiert die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und den PKV-Verband über die Aufhebung und übermittelt der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung, der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Gutachten über die Prüfung.
- (7) Ferner beginnt der MD frühestens nach 14 Tagen und spätestens nach Ablauf eines Monats, nachdem ihn die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen über Auffälligkeiten informiert haben, die Prüfung, ob die Bescheinigung gemäß Absatz 4 Satz 1 aufzuheben ist. Liegt im Zeitraum vor Prüfungsbeginn durch den MD eine Mitteilung über die Nichteinhaltung gemäß Absatz 6 Satz 1 vor, gilt Absatz 6. Eine Auffälligkeit besteht, wenn begründete Hinweise dafür vorliegen, dass eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die Qualitätsanforderungen dieser Vereinbarung nicht erfüllt (zum Beispiel mehrfache Meldungen von Versicherten zum selben Sachverhalt, Implausibilitäten bei veröffentlichten Selbstangaben oder bei Erkenntnissen bei Abrechnungsprüfungen bei Einzelfällen). Für die Durchführung der Prüfung gilt Absatz 3 Satz 1 und Satz 2 entsprechend. Für die Prüfdauer gilt Absatz 2 Satz 2 entsprechend. Ergibt die Prüfung, dass die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung eine oder mehrere Qualitätsanforderungen um mehr als einen Monat nicht mehr einhält, hebt der MD die Bescheinigung mit Wirkung vom Datum des Gutachtens, das die Nichterfüllung eines oder

mehrerer Qualitätsanforderungen bestätigt, auf. Der MD informiert hierüber unverzüglich die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und den PKV-Verband und übermittelt der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung, der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Gutachten über die Prüfung.

- (8) Hat der MD eine Bescheinigung gemäß Absatz 6 oder 7 aufgehoben, wird die Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen auf Antrag der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung wiederholt. Hierfür gelten die Vorgaben gemäß Absatz 1 bis 5 entsprechend.
- (9) Für Prüfungen nach den vorstehenden Absätzen ist der MD zuständig, in dessen jeweiligem Bundesland oder Landesteil sich die zu prüfende sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung befindet.

§ 7 Regelmäßige Anpassung der Vereinbarung

- (1) Die Vereinbarung wird gemäß § 115g Absatz 3 Satz 2 SGB V im Abstand von jeweils höchstens zwei Jahren, erstmals zwei Jahre nach ihrem Abschluss, überprüft und bei Bedarf an den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse angepasst.
- (2) Die Vereinbarungspartner können die Vereinbarung bei im Rahmen der Umsetzung erkanntem Änderungsbedarf jederzeit einvernehmlich ändern.
- (3) Die Anpassungen nach Absatz 1 und Änderungen nach Absatz 2 sowie Neuvereinbarungen nach § 9 Absätze 2 und 4 werden im Benehmen mit dem PKV-Verband vereinbart.

§ 8 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Klauseln oder Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmung werden die Vereinbarungspartner eine Bestimmung vereinbaren, die dem zulässigerweise am nächsten kommt, was die Vereinbarungspartner gewollt haben oder gewollt hätten, wenn sie die Regelungsbedürftigkeit bedacht hätten.

§ 9 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Die Vereinbarung tritt am 02.03.2026 in Kraft.
- (2) Die Vereinbarung kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, spätestens innerhalb von drei Monaten nach Zugang der Kündigung Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung aufzunehmen.
- (3) Bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung bzw. deren Festsetzung durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG gelten die Inhalte dieser Vereinbarung fort.

- (4) Abweichend von Absatz 2 kann die Vereinbarung bis zum 31.08.2026 mit sofortiger Wirkung gekündigt werden. Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, unverzüglich nach Zugang der Kündigung Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung aufzunehmen. Die Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung sind bis zum 30.09.2026 möglich, um sicherzustellen, dass bis zum 31.12.2026 eine Festsetzung der Vereinbarung durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG erfolgen kann. Absatz 3 gilt für den Fall einer Kündigung mit sofortiger Wirkung bis zum 31.08.2026 nicht.

Anlagen:

- 1) Ausschlusskriterien für die Aufnahme und stationäre Behandlung nach § 1
- 2) Stationäre Mindestleistungen nach § 2

Anlagen
zur Vereinbarung
zu den stationären Leistungen
der sektorenübergreifenden
Versorgungseinrichtungen
gemäß § 115g Absatz 3 SGB V
(Anlagen zur süV-Leistungskatalog-Vereinbarung)
vom 02.03.2026

Anlage 1: Ausschlusskriterien für die Aufnahme und stationäre Behandlung nach § 1

Eine Aufnahme und stationäre Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung ist bei folgenden patientenbezogenen Kriterien oder für folgende Leistungen ausgeschlossen:

intensivmedizinische Behandlungsbedürftigkeit
Bedarf für eine invasive Notfalldiagnostik (z. B. Herzkatheter, Notfallendoskopien)
Bedarf für eine komplexe Notfalltherapie (z. B. Thrombolyse, akuter Schlaganfall)
Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen (Ausgenommen: Überwachungszustände z. B. bei Gerinnungshemmern und Inotropika)
Behandlungsbedürftigkeit in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
akute Eigen- oder Fremdgefährdung
Behandlungsbedürftigkeit von übertragbaren Krankheiten, die eine spezielle Isoliereinheit benötigen (z. B. Tuberkulose, Meningokokken)
vaskuläre Interventionen
kurative onkologische Therapie
endoprothetische Leistungen
Operationen an der Wirbelsäule
Leistungen der bariatrischen Chirurgie
Operative Leistungen, die nicht vom Umfang der Musterweiterbildungsordnung des Gebietes Innere Medizin umfasst sind

Anlage 2: Stationäre Mindestleistungen nach § 2

a. Diagnosen des Mindestleistungskatalogs

Krankheiten	Diagnosen (gemäß ICD-10-GM)	
Infektiöse Darmkrankheiten	A09.-	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs
Erysipel [Wundrose]	A46	
Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	B99	
Anämien	D50.-	Eisenmangelanämie
	D51.-	Vitamin-B-12-Mangelanämie
	D52.-	Folsäure-Mangelanämie
	D53.-	Sonstige alimentäre Anämien
	D62	Akute Blutungsanämie
	D63.-	Anämie bei chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten
	D64.-	Anämie, nicht näher bezeichnet
Diabetes mellitus, Typ 2	E11.-	Diabetes mellitus, Typ 2
	exklusiv:	
	E11.0	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Koma
	E11.1	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Ketoazidose
Mangelernährung	E41.-	Alimentärer Marasmus
	E43	Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung
	E44.-	Energie- und Eiweißmangelernährung mäßigen und leichten Grades
	E46.-	Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung
	E64.-	Folgen von Mangelernährung oder sonstigen alimentären Mangelzuständen
Volumenmangel	E86	Volumenmangel
Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	E87.-	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts
Hypertonie	I10.-	Essentielle (primäre) Hypertonie
	exklusiv:	
	I10.11	Maligne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
Atherosklerotische Herzkrankheit	I25.0	Atherosklerotische Herz-Kreislauf-Krankheit, so beschrieben
Herzinsuffizienz	I50.0-	Rechtsherzinsuffizienz
	I50.1-	Linksherzinsuffizienz

Krankheiten	Diagnosen (gemäß ICD-10-GM)	
Grippe	J09.-	Grippe durch zoonotische oder pandemische nachgewiesene Influenzaviren
	J10.-	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren
	J11.-	Grippe, Viren nicht nachgewiesen
Pneumonie	J12.-	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert
	J13.-	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae
	J14.-	Pneumonie durch Haemophilus influenzae
	J15.-	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert
	J16.-	Pneumonie durch sonstige Infektionserreger, anderenorts nicht klassifiziert
	J17.-	Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
	J18.-	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
Bronchitis	J20.-	Akute Bronchitis
	exklusiv:	
	J20.5	Akute Bronchitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]
	J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet
	J41.-	Einfache und schleimig-eitrige chronische Bronchitis
	J42	Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis
Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet
Chronisch obstruktive Lungenkrankheit	J44.-	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
Gastritis und Duodenitis	K29.-	Gastritis und Duodenitis
Sonstige funktionelle Darmstörungen	K59.-	Sonstige funktionelle Darmstörungen
Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	M54.-	Rückenschmerzen
Zystitis	N30.-	Zystitis
Sonstige Krankheiten des Harnsystems	N39.-	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
SARS-CoV-2-Infektionen	U07.1!	COVID-19, Virus nachgewiesen
	U07.2!	COVID-19, Virus nicht nachgewiesen

b. Übersicht mindestens zu erbringender stationärer Leistungen

Überwachung der Vitalfunktionen außerhalb eines intensivmedizinischen Settings (beispielsweise Messung Puls, Blutdruck, Temperatur, Sauerstoffsättigung)
Basisdiagnostik (beispielsweise Blutentnahme, Abstriche, BSG, Urindiagnostik, Stuhluntersuchungen, Blutkulturen)
Anlage transurethraler und suprapubischer Blasenkateter
Delirprävention
Volumentherapie und Flüssigkeitsbilanzierung
Internistische Basisbehandlung von Infektionskrankheiten (beispielsweise Pneumonie, Gastroenteritis, Erysipel, fieberhafter Infekt)
Intravenöse Antibiotikatherapie
Medikamentengabe (inklusive Opiatgabe)
Wundmanagement
Internistische Basisbehandlung des Diabetes mellitus Typ 2
Internistische Basisbehandlung von akuten und chronischen Nierenkrankheiten sowie deren extrarenale Komplikationen
Internistische Basisbehandlung von Erkrankungen der Atemwege, der Lunge, des Lungenkreislaufs, des Mediastinum, der Pleura, der Atempumpe einschließlich der extrapulmonalen Manifestationen pulmonaler Erkrankungen
Kardiologische Basisbehandlung zur Diagnostik und Behandlung von nicht überwachungspflichtigen Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz und unkomplizierten hypertonen Blutdruckkrisen.
Durchführung von Transfusions- und Blutersatztherapie (Erythrozyten- und Thrombozytenkonzentrat)