

Stellungnahme
der Deutschen Krankenhausgesellschaft
zum
Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit
für eine
Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen
Vergütung
(Hybrid-DRG-V)

Stand: 27.10.2023

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil	3
Besonderer Teil	7
Zu § 1 Berechtigung zur Leistungserbringung und Abrechnung.....	7
Zu § 2 Abs. 1 Zugang der Patientinnen und Patienten zu Leistungen nach § 3	7
Zu § 2 Abs. 2 Zur Verfügungstellung von Unterlagen.....	8
Zu § 3 Abs. 1 Leistungen	9
Zu § 3 Abs. 2 Erweiterte Leistungsauswahl mit festzulegender Vergütung im Jahr 2024	10
Zu § 4 Abs. 1 Berechnungsfähige Fallpauschale (Hybrid-DRG).....	11
Zu § 4 Abs. 2 Ausgestaltung der Abrechnung	15
Zu § 5 Abs. 1 Vorgaben für Krankenhäuser	17
Zu § 5 Abs. 3 Gültigkeit der Deutschen Kodierrichtlinien.....	19
Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf	20
1. Klarstellung zur Vermeidung von Förderschädlichkeit durch Investitionsmittel	20
2. Ausschluss von Prüfungen durch den Medizinischen Dienst bei Leistungen gemäß § 115f SGB V.....	21
3. Klarstellung der Wahlleistungsfähigkeit stationärer Krankenhausleistungen gemäß § 115f SGB V.....	21

Allgemeiner Teil

Die Krankenhäuser begrüßen grundsätzlich die Bestrebungen der Bundesregierung, die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu flexibilisieren und moderne Behandlungsformen mit verkürzten Behandlungsdauern zu fördern. Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz hat der Gesetzgeber kurzfristig über einen Änderungsantrag die Rahmenbedingungen zur speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) eingeführt. Die Selbstverwaltung war beauftragt, binnen einer Frist von knapp drei Monaten das Nähere zur Vergütung und zum Leistungsumfang zu vereinbaren. Angesichts der sehr kurzen Frist zur Etablierung eines neuen Versorgungsbereichs in dreiseitigen Verhandlungen konnte die Selbstverwaltung keine Einigung erzielen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist damit ermächtigt, die Vorgaben per Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu erlassen. Das BMG hat den Referentenentwurf für eine Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V) nun vorlegt und um Stellungnahme gebeten.

Das BMG hat über sechs Monate gebraucht, den Verordnungsentwurf vorzulegen - und das trotz umfangreicher Vorarbeiten der Selbstverwaltung und ohne eine Verhandlungslösung anstreben zu müssen. Zusätzlich sollen - abermals sehr kurzfristig - die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die sektorengleiche Vergütung über einen Änderungsantrag zum Pflegestudiumstärkungsgesetz angepasst werden. Damit werden die ursprünglichen Rahmenbedingungen kurz vor Start der neuen Behandlungsform nochmals geändert. Beides sind bemerkenswerte Vorgänge, die einen zuverlässigen und konstruktiven Umgang mit der Selbstverwaltung vermissen lassen. Besonders schwierig ist dieses Vorgehen, da die sektorengleiche Vergütung ebenfalls Effekte auf den aG-DRG-Katalog 2024 hat, deren Auswirkungen nicht nachvollziehbar waren, da weder der Verordnungsentwurf noch der Änderungsantrag zum Zeitpunkt der Katalogpräsentation bekannt waren.

Grundsätzlich ist die Etablierung einer sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) eine wichtige Maßnahme, um die Versorgungsprozesse zu flexibilisieren und die Ambulantisierungsmöglichkeiten auszuweiten. Allerdings ist die gesetzliche Grundlage und die darauf aufbauende Verordnung nicht geeignet, diese neue Versorgungsform erfolgreich zu etablieren. Zentrale Kritikpunkte sind die fehlenden Anreize, in die neue Versorgungsform zu investieren und sowohl die Strukturen als auch die Prozesse entsprechend anzupassen. Außerdem fehlen Mindeststrukturvorgaben für den vertragsärztlichen Bereich, um die neue Versorgungsform in gleich hoher Qualität wie bisher in der stationären Versorgung zu erbringen. Hinzu kommen fehlende Planbarkeit, Intransparenz bei der Vergütungsfestlegung, Unsicherheiten bezüglich der Investitionsfinanzierung und bestehende Anreize zum Aufbau von Doppelstrukturen.

Anreize setzen – Planbare, zuverlässige Rahmenbedingungen sind notwendig

Aus den Erfahrungen anderer Länder, die bereits vergleichbare Instrumente implementiert haben, lassen sich viele Erkenntnisse gewinnen, wie ein solcher Prozess erfolgreich und angemessen angestoßen und umgesetzt werden kann. Die der Ersatzvornahme zugrunde liegende gesetzliche Regelung des § 115f SGB V lässt jedoch

entscheidende Voraussetzungen für eine erfolgreiche Einführung klinisch-ambulanter Leistungen außer Acht und ist daher nicht geeignet, die Ambulantisierung im stationären Bereich zu fördern und voranzubringen. Es fehlt an einem geordneten Prozess mit planbaren und nachvollziehbaren Umsetzungsschritten. Außerdem werden keine positiven Anreize für die Krankenhäuser als bisherige zentrale Leistungserbringer gesetzt, um sich unter allgemein äußerst schwierigen wirtschaftlichen Bedingungen innovativ und eingebettet in einen gesicherten, verlässlichen Rahmen in diesen neuen Leistungsbereich zu entwickeln. Hinzu kommt, dass die qualitativen Voraussetzungen für Leistungen des § 115f SGB V lediglich auf marginale Regelungen des vertragsärztlichen Bereiches bei einem weitgehend freien Zugang der Vertragsärztinnen und -ärzte abzielen. Daher ist zu befürchten, dass hier zusätzliche Parallelstrukturen aufgebaut werden, die nicht bedarfsnotwendig sind und knappe Ressourcen im Gesundheitsbereich binden.

Der § 115b SGB V ist daher grundlegend zu überarbeiten, damit die Gesundheitsversorgung zu moderneren und wirtschaftlichen Versorgungsformen weiterentwickelt werden kann. Der Regelungsentwurf der Rechtsverordnung eignet sich – auch aufgrund des neuartigen Charakters der Leistungserbringung und der kurzfristigen Implementierung – grundsätzlich nur für ein Pilotprojekt für wenige Leistungen und einen begrenzten Zeitraum, um erste Erfahrungen und Erkenntnisse zu gewinnen.

Transparenz über Vergütungsermittlung schaffen

Der Umfang der Leistungen für Hybrid-DRGs ist aufgrund des Erprobungscharakters der Regelungen richtigerweise eher klein gehalten. Die darüber hinaus jedoch vorgesehene kurzfristige Ausweitung des Leistungskatalogs ist vor dem Hintergrund damit verbundener Auswirkungen auf die stationäre Leistungserbringung und dem daraus resultierenden, noch notwendigen (vollständigen) Regelungsbedarf abzulehnen. Dies gilt insbesondere auch für die normativ ausgerichtete Ermittlung der Vergütungen über eine sehr grobe Mischpreiskalkulation. Diese Methodik führt dazu, dass die eher zufällige Verteilung der Patientenzahlen auf die Sektoren maßgeblich die Höhe der jeweiligen Erlöse bestimmt. Außerdem ist die Abbildung kostenintensiver Sachkosten im Rahmen der Hybrid-DRG zu prüfen und gegebenenfalls neu zu bewerten. Diese Art der Preisbildung kann nicht ungeprüft auf weitere Leistungsarten ausgerollt werden. Es sollten vielmehr anhand der Erfahrungen mit den ersten Hybrid-DRGs geeignete Kalkulationsverfahren entwickelt und vereinbart werden, die zu einer, den tatsächlichen Aufwänden der neuen Leistungsstrukturen entsprechenden Vergütung führen.

Aufgrund der sehr kurzfristigen Einführung dieser neuen Leistungsart, der erstmaligen Leistungsdefinition sowie der normativen Anteile bei der Festlegung der Erlöse dürfen daher keine derartig hohen Absenkungen im Vergleich zu der bisherigen vollstationären Vergütung vorgenommen werden. Den Krankenhäusern ist es nicht möglich, ihre Strukturen, Abläufe und Konzepte binnen weniger Wochen anzupassen. Die Vergütungsabsenkungen sind daher zu begrenzen bzw. in einem gestuften Verfahren über einen angemessenen Zeitraum anzupassen. Entscheidend ist eine nur moderate erste Anpassung der Vergütungshöhen, unter anderem auch deshalb, weil bisher aufgrund fehlender Differenzierungen in der Kalkulation keine abschließende Einschätzung zur sachgerechten Ausgliederung der in den DRG enthaltenen Kosten vorliegt. Wegen der zu erwartenden schwierigen Normierungsfragen zum aG-DRG-Katalog bei weiteren

Ausgliederungsschritten sollte die nächste Erweiterung des Hybrid-DRG-Kataloges zwingend erst bei Vorliegen eines geeigneten Kalkulationsverfahrens für Hybrid-DRG erfolgen (Ablösung des Mischkalkulationsmodells). Insgesamt lassen sich die festgelegten Vergütungen nicht bewerten, da keine konkreten Berechnungen vorliegen. Es ist vor dem Hintergrund zukünftiger Entwicklungen unbedingt transparent darzustellen, welche ambulanten Quoten und Vergütungshöhen jeweils zugrunde gelegt werden.

Die Abrechnung erscheint für die Krankenhäuser (u. a. Gültigkeit DKR, Einsatz zertifizierter Datenverarbeitungslösungen) relativ unbürokratisch umsetzbar. Es fehlen jedoch qualitätsbezogene Voraussetzungen und Anforderungen, um das hohe Leistungsniveau für alle Leistungserbringer weiterhin sicherzustellen.

Künstliche Sektorengrenzen auflösen – Doppelstrukturen vermeiden

Von zentraler Bedeutung ist, dass es sich bei § 115f SGB V nicht um eine vollstationäre Krankenhausbehandlung handelt, sondern um eine Sonderform der stationären Behandlung. Diese Forderung greift die Rechtsverordnung jedoch nicht vollumfänglich auf. Es wird durchgehend zwischen ambulanter und stationärer Erbringung differenziert - mitsamt entsprechender Auswirkungen auf Zugang (Überweisung/Einweisung), Verordnungsfähigkeit (Entlassmanagement), Zuzahlung sowie Datenaustauschverfahren. Diese Trennung erscheint jedoch vor dem Hintergrund der einheitlichen Vergütung, die im Kern durch § 115f SGB V geregelt wird, unsachgemäß. Denn unabhängig von der Organisation der Leistungserbringung ist die Vergütung einheitlich. Insofern macht es keinen Unterschied, auf welche Art die Leistung erbracht wurde. Diese weiterhin bestehende Trennung in ambulante bzw. stationäre Leistungserbringung sollte daher fallengelassen werden.

Weiterhin kritisch zu sehen ist, dass die Einführung des § 115f SGB V den Aufbau von Doppelstrukturen fördert, da er keine konsistenten Regelungen zu den für eine hybride Leistungserbringung und -vergütung notwendigen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen enthält. So ist davon auszugehen, dass im vertragsärztlichen Bereich – aufgrund der vom EBM abweichenden höheren Vergütung – entsprechende Strukturen zur Versorgung der Fälle nach § 115f SGB V etabliert werden, obgleich diese Strukturen in den Krankenhäusern bereits existieren.

Gleichwohl sind auch im Krankenhausbereich personelle und strukturelle Anpassungen erforderlich, um die Kontinuität einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung zu gewährleisten. Dies muss durch entsprechende Anreize und Unterstützung in der Initialisierungsphase, unter anderem durch eine strukturelle Förderung von baulichen Maßnahmen, gefördert werden. Gelingt dies nicht, ist mit erheblichen Einschränkungen und Lücken in der Patientenversorgung zu rechnen.

Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser sicherstellen

Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass bei der Leistungsverschiebung von DRG zu Hybrid-DRG in der Vergangenheit geflossene Investitionsmittel für die stationäre Versorgung nun vor dem Hintergrund der Rechtsverordnung ungerechtfertigterweise zukünftig zurückzuzahlen sind. Hier wird dringend eine gesetzliche Regelung benötigt,

dass Investitionsmittel für die Krankenhäuser im Zusammenhang mit der Hybrid-DRG-Einführung sowohl nicht rückzahlungspflichtig als auch nicht förderschädlich bei der Bemessung von Fördermitteln sind.

Besonderer Teil

Zu § 1

Berechtigung zur Leistungserbringung und Abrechnung

Beabsichtigte Neuregelung

Die zur Leistungserbringung nach § 3 und zur Abrechnung nach § 4 berechtigten Leistungserbringer umfassen neben den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern, Vertragsärztinnen und Vertragsärzten auch medizinische Versorgungszentren sowie Belegärztinnen und Belegärzte, die die nach § 115b Abs. 1 Satz 5 SGB V genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen.

Stellungnahme

Die Rechtsverordnung verweist darauf, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Belegärztinnen und Belegärzte und MVZ sowie nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, welche die QS-Voraussetzungen des § 115b Abs. 1 Satz 5 SGB V erfüllen, zur Leistungserbringung berechtigt sind. Grundsätzlich sind damit QS-Voraussetzungen zur Leistungserbringung für die in der Rechtsverordnung benannten Leistungsgruppen notwendig. Dies ist aus Sicht der Krankenhäuser zu begrüßen.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Zu § 2 Abs. 1

Zugang der Patientinnen und Patienten zu Leistungen nach § 3

Beabsichtigte Neuregelung

Der Patientenzugang erfolgt regelhaft über zwei Wege. Bei ambulanter Erbringung veranlasst die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt unter Verwendung eines Überweisungsscheins die Behandlung, bei stationärer Erbringung geschieht dies nach Maßgabe der Vorgaben der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenhausbehandlung.

Stellungnahme

Diese Zugangsregelungen entsprechen den Regelungen des Bundesmantelvertrages-Ärzte bzw. des AOP-Vertrages und werden um die Verordnung von Krankenhausbehandlung auf Basis der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ergänzt. Darüber hinaus wird in der Verordnungsbegründung auf Seite 24 unten dargelegt, dass ein Zugang von Patientinnen und Patienten zur Erbringung von Leistungen nach § 115f SGB V auch ohne Überweisungs- oder Einweisungsschein

zulässig ist und in diesem Fall allein die elektronische Gesundheitskarte in Verbindung mit einem amtlichen Lichtbildausweis als Nachweis für die Mitgliedschaft ausreicht.

Die Regelung in § 2 Abs. 1 bleibt aber unvollständig, wenn allein in der Begründung auf den Zugangsweg ohne Überweisungs- oder Einweisungsschein Bezug genommen und hierzu keine Regelung in die Rechtsverordnung aufgenommen wird. Aus der Verordnung geht aus § 2 Abs. 1 lediglich hervor, dass der Zugang zu Leistungen gemäß § 115f SGB V in der Regel auf Veranlassung niedergelassener Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erfolgen soll. Dabei bleibt der Zugang außerhalb dieser konkreten Regelung weiterhin nicht eindeutig geregelt. Es ist daher klarstellend eine entsprechende Regelung in § 2 Abs. 1 der Rechtsverordnung aufzunehmen.

Darüber hinaus muss bei der vorgenommenen Differenzierung, wonach die ambulante Erbringung einer Leistung nach § 3 in der Regel unter Verwendung eines Überweisungsscheins erfolgen soll und die stationäre Erbringung in der Regel nach den Vorgaben der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenhausbehandlung zu erfolgen hat, klar sein, dass nicht im Vorfeld durch eine Überweisung oder eine Einweisung festgelegt werden kann, ob eine Leistung nach § 3 durch die durchführende Ärztin bzw. den durchführenden Arzt schlussendlich ambulant oder stationär erfolgt. Dies ergibt sich erst durch das individuelle Fallgeschehen nach Prüfung durch die jeweils nach § 115f SGB V behandelnden Ärztinnen und Ärzte.

Änderungsvorschlag

§ 2 Abs. 1 Hybrid-DRG-V wird wie folgt gefasst:

(1) Die ambulante Erbringung von Leistungen gemäß § 3 soll in der Regel auf Veranlassung eines niedergelassenen Vertragsarztes oder einer niedergelassenen Vertragsärztin unter Verwendung eines Überweisungsscheins erfolgen. Die stationäre Erbringung von Leistungen gemäß § 3 hat in der Regel nach Maßgabe der Vorgaben der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenhausbehandlung zu erfolgen. **Falls eine Patientin oder ein Patient ohne Überweisungs- oder Einweisungsschein einen Leistungserbringer gemäß § 1 zur Erbringung einer Leistung gemäß § 3 aufsucht, gilt die elektronische Gesundheitskarte in Verbindung mit einem amtlichen Lichtbildausweis als Nachweis für die Mitgliedschaft.**

Zu § 2 Abs. 2

Zur Verfügungstellung von Unterlagen

Beabsichtigte Neuregelung

In § 2 Absatz 2 wird die Vorgabe formuliert, dass die ein- oder überweisende Ärztin bzw. der ein- oder überweisende Arzt die im Zusammenhang mit der vorgesehenen Leistung bedeutsamen Unterlagen zur Verfügung stellt. Ziel ist es hierbei, Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung ist nachvollziehbar und wird daher von den Krankenhäusern begrüßt.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Zu § 3 Abs. 1 Leistungen

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Rechtsverordnung sind in Anlage 1 erstmals Leistungen bestimmt worden, für die eine Vergütung nach § 4 mit Wirkung ab dem 01.01.2024 vorgesehen ist. Es handelt sich um einen vorgegebenen Katalog von OPS-Kodes, die fünf Leistungsbereichen zu zugeordnet sind.

Stellungnahme

Es ist zu begrüßen, dass die Rechtsverordnung mit einer geringen Anzahl an OPS-Kodes, die mit einer Hybrid-DRG aus der Anlage 2 nach der Verwendung des a-DRG-Groupierungsalgorithmus vergütet werden, zum 01.01.2024 umgesetzt wird.

Dies entspricht der Auffassung der Krankenhäuser, dass mit der Leistungserbringung nach § 115f SGB V mit einem überschaubaren Umfang begonnen werden muss, da die Auswirkungen der Leistungserbringung nach § 115f SGB V auf das DRG-System nicht eingeschätzt werden können und eine unterjährige Korrektur nicht möglich ist.

Die Krankenhäuser kritisieren jedoch, dass in der Anlage 1 der Rechtsverordnung nicht nur OPS-Kodes aus dem bestehenden Katalog nach § 115b SGB V, sondern zugleich auch Leistungen außerhalb des Kataloges nach § 115b SGB V aufgenommen wurden. Dies steht im Widerspruch zur Begründung der Einführung des § 115f SGB V, wonach die Leistungsauswahl auf den Inhalten des Kataloges nach § 115b Abs. 1 SGB V beruht. Damit werden bisher stationär erbrachte Krankenhausleistungen durch den Verordnungsgeber ambulantisiert, ohne dass der Bezugsrahmen des AOP-Kataloges Anwendung findet.

Dieser Problemlage wird mit dem vom Bundestag bereits beschlossenen Gesetz zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften (Pflegestudiumstärkungsgesetz) begegnet, welcher vorsieht, dass auch Leistungen außerhalb des Kataloges nach § 115b SGB V Teil des § 115f SGB V werden können - und zwar durch die Vertragsparteien nach § 115b Abs. 1 Satz 1 SGB V. Mit dieser Änderung wird die Formulierung der Rechtsverordnung zu § 3 Abs.1 konkretisiert.

Es ist deshalb festzuhalten, dass unter Beachtung medizinischer Gesichtspunkte lediglich „angrenzende“ Leistungen in den § 115f SGB V aufgenommen werden sollten, so dass medizinisch-inhaltlich zusammengehörige Einzelleistungen über Leistungsbündel abgebildet werden können und nicht nur einzelne OPS-Kodes aufgrund des Verweises auf den Katalog nach § 115b SGB V.

Darüber hinaus ergeben sich bei den Leistungen der Anlage 1 der Rechtsverordnung Widersprüche. Darin finden sich OPS-Kodes, die nicht Teil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und folglich nicht Teil der vertragsärztlichen Versorgung sind. Diese Leistungen sind zudem auch nicht Teil des Kapitels 31.2 EBM (ambulante Operationen). Die Qualitätsvoraussetzungen für das ambulante Operieren, welche gemäß § 1 der Rechtsverordnung durch Rückgriff auf § 115b Abs. 1 Satz 5 SGB V von Leistungserbringern zu erfüllen sind, werden damit im Vertragsarztbereich unterlaufen. Die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren) findet nämlich ausschließlich für Leistungen des Kapitels 31.2 EBM, die Leistungen in Anlage 1 Abschnitt 1 zum Vertrag nach § 115b SGB V betreffen und damit Teil des Anhang 2 EBM sind, Anwendung. Die Rechtsverordnung etabliert damit Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung, die nicht durch die Qualitätssicherungsvereinbarung abgedeckt sind. Insgesamt steht dies im erheblichen Widerspruch zu § 1 der Rechtsverordnung. Insbesondere vor dem Hintergrund der vorgesehenen Erweiterung des Leistungsumfanges nach § 3 Abs. 2 ist unklar, inwiefern Leistungen damit Teil des § 115f SGB V werden können, für welche es – im Unterschied zur Krankenhausversorgung – in der vertragsärztlichen Versorgung an Qualitätsvorgaben fehlt.

Zu § 3 Abs. 2

Erweiterte Leistungsauswahl mit festzulegender Vergütung im Jahr 2024

Beabsichtigte Neuregelung

Die Anlage 3 der Rechtsverordnung enthält eine Liste an DRGs, zu denen eine OPS-Kode- und Vergütungszuordnung im Laufe des Jahres 2024 erfolgen wird

Stellungnahme

Die mit der Anlage 3 vorgesehene Ausweitung des Leistungsspektrums ist vollumfänglich abzulehnen.

Wenngleich eine Anpassung der Leistungen, die Teil des § 115f SGB V sind, nachvollziehbar ist, ist vor dem Hintergrund damit verknüpfter Regelungsinhalte für die Kalkulation der stationären Versorgung die kurzfristige Aufnahme neuer Leistungen in den § 115f SGB V jedoch nicht sachgerecht umsetzbar.

Zwingend notwendig ist eine Überprüfung der Effekte der Versorgung nach § 115f SGB V auf die einzelnen Versorgungsebenen. Hinzu kommt, dass alle bisher diskutierten Regelungen die Vergütung und die Abgrenzung bzw. Abrechnung dieser Leistungen betreffend lediglich einen behelfsmäßigen Charakter haben und dementsprechend nur für einen Übergangszeitraum und eine kleine Auswahl an ersten Leistungen zu verantworten sind. Vor einer Anpassung des Leistungskataloges sind die Auswirkungen des neuen Bereiches zu erfassen und tragfähige Regelungen zur Bewertung, Abgrenzung und Abrechnung zu entwickeln.

Auch ist vollkommen unklar, inwiefern die Selbstverwaltungspartner in den Prozess der Weiterentwicklung eingebunden werden. Die Begründung zu § 3 Abs. 2 der Rechtsverordnung weist lediglich aus, dass sowohl die Konkretisierung der Leistungsauswahl als auch die Festsetzung entsprechender Vergütungen mit einer Anpassung der Rechtsverordnung durch das BMG erfolgen werde. Die Selbstverwaltungspartner sind damit von der Konkretisierung ausgeschlossen.

Aus Sicht der Krankenhäuser ist es aufgrund der Auswirkungen auf die stationäre Krankenhausversorgung zwingend notwendig, die Einbindung der Selbstverwaltungspartner für die erweiterte Leistungsauswahl zu gewährleisten und rechtssicher auszugestalten. Außerdem ist ein ausreichender Zeitraum für eine Bewertung der Auswirkungen der Einführung von Hybrid-DRG vorzusehen, bevor weitere Entwicklungsschritte vorgenommen werden können. Beides ist jedoch nicht vorgesehen. Die Regelung in § 3 Abs. 2 ist daher abzulehnen.

Änderungsvorschlag

1. § 3 Abs. 2 Hybrid-DRG-V ist ersatzlos zu streichen.
2. Die Anlage 3 Hybrid-DRG-V („Grundlage für eine erweiterte Leistungsauswahl nach § 3 Absatz 2“) hat folglich zu entfallen.

Zu § 4 Abs. 1

Berechnungsfähige Fallpauschale (Hybrid-DRG)

Beabsichtigte Neuregelung

Die in der Anlage 1 der Rechtsverordnung genannten Leistungen sind mit einer in der Anlage 2 der Rechtsverordnung aufgeführten Fallpauschale (Hybrid-DRG) berechnungsfähig, wenn nach Anwendung eines gültigen aG-DRG-Groupierungsalgorithmus eine solche Fallpauschale im Ergebnis zur Abrechnung der erbrachten Leistung ausgewiesen wird. Die 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. Sie enden mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung. Mit der Hybrid-DRG sind alle Leistungen und Aufwände abgegolten, insbesondere ärztliche Leistungen,

Sachkosten sowie Kosten für Unterkunft und Verpflegung für eine Übernachtung. Das Pflegebudget des Krankenhauses nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes bleibt unberührt.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser bewerten positiv, dass die Hybrid-DRG Leistungen und Aufwände für die Leistungen der Anlage 1 für maximal eine Übernachtung vorgibt. Dies entspricht der Forderung der Krankenhäuser, dass eine Abrechnung nur bis zu einer Verweildauer der Patientin oder des Patienten von zwei Kalendertagen erfolgt. Wird diese Verweildauer überschritten, erfolgt die Abrechnung des gesamten Falles nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetzes. Diese Abgrenzung des Leistungsbereiches nach § 115f SGB V von der vollstationären Krankenhausbehandlung ist zwingend notwendig.

Begrüßenswert ist auch die zur Entgeltermittlung notwendige Nutzung eines aG-DRG-Groupierungsalgorithmus, da daraus eine eindeutige Zuordnung einer Leistung zu einem Entgelt folgt.

Nicht nachvollziehbar ist demgegenüber, dass die § 115f-Leistungen gemäß § 4 Abs. 1 Satz 3 erst nach dem Abschluss der Indikationsstellung mit der Einleitung der Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung beginnen und bereits mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung enden. Gleichzeitig können aber Patientinnen und Patienten ausweislich der Verordnungsbegründung (vgl. Seite 24 des Verordnungsentwurfs unten) ohne Überweisungs- bzw. Einweisungsschein Leistungen gemäß § 115f SGB V in Anspruch nehmen. Bei der Regelung in § 4 Abs. 1 Satz 3 bleibt somit unberücksichtigt, dass Krankenhäuser eine entsprechende präinterventionelle Diagnostik durchführen müssen, wenn Patientinnen und Patienten ohne vorherige Veranlassungen durch niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zur Leistungserbringung nach § 115f SGB V ins Krankenhaus kommen. Auch in den Fällen, in denen Patientinnen und Patienten zwar per Überweisung oder Einweisung durch niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte das Krankenhaus aufsuchen, sind Krankenhäuser bereits aus haftungsrechtlichen Gründen verpflichtet, sich ein eigenes Bild vom Gesundheitszustand der Patientin bzw. des Patienten zu machen, um beispielsweise entscheiden zu können, ob die Leistung gemäß § 115f SGB V ambulant durchgeführt werden kann oder eine stationäre Behandlung nach § 115f SGB V erforderlich ist. Die Kosten für diese notwendigen diagnostischen Leistungen sind in der Hybrid-DRG offensichtlich unberücksichtigt geblieben. Damit die Rechtsverordnung in sich konsistent bleibt, muss aber eine präinterventionelle Diagnostik möglich sein und die hierfür anfallenden Kosten müssen bei der Kalkulation der Hybrid-DRG Berücksichtigung finden. Darüber hinaus ist § 4 Abs. 1 Satz 3 zu streichen.

Abzulehnen ist zudem, dass im Rahmen einer Leistungserbringung nach § 115f SGB V für Krankenhäuser – ungeachtet dessen, ob eine ambulante oder stationäre Leistungserbringung erfolgt – eine postoperative Nachbehandlung ausgeschlossen wird, da gemäß § 4 Abs. 1 Satz 3 die Leistungen mit Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung enden. In der Verordnungsbegründung wird hierzu auf Seite 26 ergänzend ausgeführt, dass die erforderliche Nachsorge zur Sicherung oder Festigung einer nach § 3 erbrachten Leistung grundsätzlich Aufgabe der vertragsärztlichen

Versorgung sei. Dieser Feststellung steht aber entgegen, dass beispielsweise im stationären Bereich nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) danach zu differenzieren ist, ob Einrichtungen und Mittel des Krankenhauses für die Nachsorge zur Sicherung des Behandlungserfolges erforderlich sind (vgl. BSG, Urteil vom 17.09.2013, B 1 KR 51/12 R). Sind aber die Mittel des Krankenhauses für die stationäre Nachsorge erforderlich, können diesbezügliche Leistungen der Krankenhäuser nicht gänzlich in Abrede gestellt werden. Darüber hinaus sind auch im ambulanten Bereich nach § 115b SGB V postoperative Nachsorgeleistungen der Krankenhäuser bis zu 21 Tage möglich und gesondert berechenbar. Insofern ist nicht nachvollziehbar, dass für den Bereich des § 115f SGB V auf zahlreiche Inhalte des AOP-Vertrages nach § 115b SGB V zurückgegriffen wird, Krankenhäuser aber für die Leistungen nach § 115f SGB V von jeglicher Nachsorge ausgeschlossen werden.

Dieser Ausschluss der Krankenhäuser von den Nachsorgeleistungen widerspricht der Versorgungsrealität, da auch Krankenhäuser die Nachsorge übernehmen müssen, wenn für Patientinnen und Patienten im Anschluss an eine Leistung nach § 115f SGB V keine angemessene Facharztversorgung mit zeitnahen Behandlungskapazitäten vorhanden ist. Die Kalkulation der Hybrid-DRG muss folglich eine entsprechende Nachsorge finanziell berücksichtigen.

Darüber hinaus wird in der Verordnungsbegründung auf Seite 25 klarstellend darauf hingewiesen, dass Bestandteil einer stationären Krankenhausbehandlung nach § 115f SGB V auch das Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V ist. Dementsprechend stehen Krankenhäusern bei der stationären Erbringung einer Leistung gemäß § 115f SGB V auch die im Rahmen des Entlassmanagements vorgesehenen Verordnungsmöglichkeiten zur Verfügung. Wird eine Leistung gemäß § 115f SGB V hingegen ambulant erbracht, haben Krankenhäuser derartige Verordnungsmöglichkeiten nicht. Sogar bei § 115b SGB V haben Krankenhäuser nach den Regelungen des AOP-Vertrages die Möglichkeit, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen und Krankentransporte sowie häusliche Krankenpflege zu verordnen. Die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten bei ambulanten Leistungen der Krankenhäuser gemäß § 115f SGB V ist somit im Vergleich zur stationären Leistungserbringung der Krankenhäuser nach § 115f SGB V und zum ambulanten Operieren nach § 115b SGB V schlechter.

Krankenhäusern sind daher für den ambulanten Leistungsbereich des § 115f SGB V mindestens die im AOP-Vertrag nach § 115b SGB V vorgesehenen Verordnungsmöglichkeiten zuzugestehen. Die Krankenhäuser fordern darüber hinaus aber auch für den AOP-Vertrag schon seit geraumer Zeit die Verordnungsfähigkeit für Arznei- und Hilfsmittel, die nach der Behandlung gemäß § 115b SGB V zur Sicherung des Behandlungserfolges erforderlich sind. Für Krankenhäuser ist eine solche Regelung unerlässlich, da sie ansonsten aufgrund apothekenrechtlicher Einschränkungen nur zur Mitgabe von Arzneimitteln zur Überbrückung von Feiertagen und Wochenenden berechtigt sind und dies einer adäquaten Versorgung der Patientinnen und Patienten entgegensteht. Ohne eine Regelung zur Verordnungsfähigkeit nach dem Eingriff gemäß § 115b SGB V müssten Patientinnen und Patienten umgehend in den Vertragsarztbereich wechseln, damit eine Versorgung mit Arzneimitteln (bspw. Antibiotika und/oder

Schmerzmitteln) gewährleistet ist. Dies gilt entsprechend ebenso für ambulante Leistungen der Krankenhäuser gemäß § 115f SGB V.

Änderungsvorschlag

1. § 4 Abs. 1 Satz 3 Hybrid-DRG-V ist ersatzlos zu streichen.
2. Folgender § 4 Abs. 1 Satz 3 Hybrid-DRG-V wird stattdessen neu eingefügt:

Die im Rahmen der erforderlichen Diagnostik und Nachsorge entstehenden Kosten sind ausreichend bei der Kalkulation der Hybrid-DRG zu berücksichtigen.

3. § 4 Hybrid-DRG-V ist um folgende Absätze 4 bis 7 zu ergänzen:

(4) Nach der Durchführung einer Leistung nach § 3 zur Sicherung des Behandlungserfolges erforderliche Arznei- und Hilfsmittel können durch den die Leistung nach § 3 durchführenden Leistungserbringer gemäß § 1 verordnet werden. Die entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arznei- und Hilfsmitteln gelten. Bei der Verordnung von Arzneimitteln kann eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnet werden. Folgeverordnungen sind durch die weiterbehandelnden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte vorzunehmen.

(5) Ist die Patientin oder der Patient bedingt durch die durchgeführte Leistung gemäß § 3 arbeitsunfähig, kann die Arbeitsunfähigkeit vom Leistungserbringer gemäß § 1 in der Regel bis zu sieben Tagen bescheinigt werden.

(6) Die Verordnung häuslicher Krankenpflege durch den Leistungserbringer gemäß § 1 ist bis zu einer Dauer von sieben Tagen möglich, sofern sie im Zusammenhang der Sicherstellung des Behandlungserfolges im häuslichen Umfeld der Patientin oder des Patienten erfolgt (Sicherungspflege). Die entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege gelten. Folgeverordnungen sind durch die weiterbehandelnden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte vorzunehmen.

(7) Ist ein Krankentransport zu Lasten einer Krankenkasse nach Durchführung einer Leistung gemäß § 3 notwendig, ist er vom Leistungserbringer gemäß § 1 unter Beachtung der Krankentransport-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils gültigen Fassung zu verordnen.

Zu § 4 Abs. 2

Ausgestaltung der Abrechnung

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ausgeführt, dass für eine Leistung der Anlage 1, für die es eine berechnungsfähige Hybrid-DRG aus der Anlage 2 gibt, eine anderweitige Abrechnung ausgeschlossen ist. Abweichend davon gibt es für alle Leistungserbringer gem. § 1 eine alternative Abrechnungsmöglichkeit nach EBM. Für die Krankenhäuser wird vorgesehen, dass neben einer Hybrid-DRG auch Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG im Zusammenhang mit der Durchführung einer Dialysebehandlung, einer Behandlung von Versicherten mit Hämophilie sowie zusätzlich zur jeweiligen Hybrid-DRG die festgelegte Bewertungsrelation des Pflegeerlöskatalogs gesondert berechnungsfähig ist.

Stellungnahme

Positiv hervorzuheben ist, dass die Vergütung auf Grundlage des aG-DRG-Groupierungsalgorithmus in § 4 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 eindeutig geregelt ist. Zudem wird in der Begründung konkretisiert, dass gemäß den Regelungen in § 4 Abs. 1 die in Anlage 1 genannten Leistungen mit einer in Anlage 2 aufgeführten Hybrid-DRG vergütet werden, sofern der betreffende Fall bei Anwendung des jeweils gültigen aG-DRG-Groupierungsalgorithmus in die betreffende Hybrid-DRG eingruppiert wird.

Die in Abs. 2 Satz 2 vorhandene Regelung, wonach Leistungserbringer berechtigt sind, die in der Anlage 1 genannten Leistungen alternativ nach dem EBM abzurechnen, ist hingegen widersprüchlich. In der Begründung zu Abs. 2 Satz 2 wird darauf hingewiesen, dass für Krankenhäuser, die bislang auf Grundlage des AOP-Vertrags Eingriffe durchführen, der EBM die Abrechnungsgrundlage bilde, da Abschnitt 1 AOP-Vertrag mittels OPS-Kodes auf Anhang 2 zu Kapitel 31 EBM verweist bzw. Abschnitt 2 und 3 AOP-Vertrag unmittelbar EBM-Ziffern beinhalten.

Da § 115f SGB V jedoch ein eigenständiger Rechtskreis ist, welcher die Vergütung der Leistungen über § 4 Abs. 1 Satz 1 bzw. Abs. 2 Satz 2 konkretisiert, ist der Hinweis auf den AOP-Vertrag nicht nachvollziehbar. Die Leistungen der Anlage 1 der Rechtsverordnung werden im Hinblick auf die Leistungsvergütung aus dem Regelungsgefüge des § 115b SGB V herausgelöst, so dass die Leistungen nicht über den AOP-Vertrag berechnungsfähig sind. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang vor allem, dass die Anlage 1 Hybrid-DRG-V OPS-Kodes beinhaltet, die nicht Teil des Kataloges nach § 115b SGB V sind. Dies schließt für Krankenhäuser von vornherein eine Abrechnung über § 115b SGB V aus. Aus diesem Grund sollte Abs. 2 Satz 2 dahingehend konkretisiert werden, dass die Berechtigung zur Abrechnung mittels EBM grundsätzlich Leistungserbringer nach § 95 Abs. 1 SGB V adressiert.

Zu begrüßen ist, dass ergänzend zu den Entgelten der Anlage 2, Krankenhäuser berechtigt sind, Zusatzentgelte in Zusammenhang mit der Durchführung von Dialysebehandlungen und der Behandlung von Hämophiliepatientinnen und -patienten zu berechnen. Zusätzlich zur Hybrid-DRG sind die in Anlage 3c des Fallpauschalenkataloges nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG festgelegten Bewertungsrelationen des

Pflegeerlöskataloges für die jeweilige Hybrid-DRG gesondert zu berechnen. Diese Vorgehensweise ist sachgerecht und verhindert zusätzlichen bürokratischen Aufwand bei der Abgrenzung der Pflegepersonalkosten im Rahmen der Verhandlung des Pflegebudgets. Dabei ist zu beachten, dass durch diese Regelung keine zusätzlichen Erlöse für die Krankenhäuser generiert werden. Für die Ermittlung der pflegebudget-relevanten Personalkosten der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen sind die Vorgaben und Vereinbarungen gemäß § 17b Absatz 4 Satz 1 in Verbindung mit § 17b Absatz 4a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zur Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten und zur Zuordnung von Kosten des Pflegepersonals maßgeblich. Die tagesbezogenen Pflegeentgelte stellen insofern nur Abschlagszahlungen auf das vereinbarte Pflegebudget dar, die nach dem Ablauf eines Vereinbarungszeitraums durch einen Erlös- und Kostenausgleich ausgeglichen werden. Es ist daher folgerichtig, dass gemäß § 4 Absatz 1 der vorliegenden Rechtsverordnung das Pflegebudget des Krankenhauses nach § 6a KHEntgG unberührt bleibt, da die Hybrid-DRG ohne die Pflegepersonalkosten der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen kalkuliert wurden.

Gleichwohl sind in den Krankenhäusern personelle und strukturelle Anpassungen für die Transformation durch § 115f SGB V erforderlich, um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten. Dies muss durch entsprechende finanzielle Anreize und Unterstützung in der Initialisierungsphase gefördert werden. Andernfalls besteht die Möglichkeit, dass mit Einschränkungen und Lücken in der Patientenversorgung zu rechnen ist. Die Entgelte der Anlage 2 sind daraufhin anzupassen, dass notwendige Transformationskosten berücksichtigt werden.

Aus der Rechtsverordnung bzw. der Begründung geht zudem nicht hervor, ob die Entgelte der Anlage 2 einer jährlichen Anpassung der Betragshöhe unterliegen. Die Hybrid-DRG setzen sich aus den Entgelten des aG-DRG-Systems sowie der ambulanten Vergütung nach dem EBM zusammen. Für diese Entgeltsysteme sind jährliche Vergütungsanpassungen vorgesehen. Bspw. sieht § 87 Abs. 2e SGB V eine Anpassung des Orientierungswertes vor, welcher zur Entgeltfindung des EBM heranzuziehen ist, so dass ambulante Leistungen (etwa nach § 115b SGB V) einer Kostenentwicklung unterliegen. Auch im KHG sowie im KHEntgG sind Regelungen vorhanden, die Kostenentwicklungen für stationäre Leistungen berücksichtigen. Eine Berücksichtigung von Kostenentwicklungen der Entgelte der Anlage 2 fehlt jedoch sowohl in der Rechtsverordnung als auch in § 115f SGB V vollumfänglich, so dass die Leistungsvergütung in der aktuellen Fassung der Rechtsverordnung statisch fortgeführt wird. Zwar weist § 115f Abs. 1 Satz 6 SGB V darauf hin, dass ab dem Jahr 2026 die Fallpauschalen auf Grundlage geeigneter empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs zu kalkulieren und anzupassen sind. Hierfür sind die grundsätzlichen Kalkulationsgrundlagen jedoch unklar sowie notwendige Datenstrukturen bislang nicht vorhanden. Aus diesem Grund muss eine Regelung zur Fortentwicklung der Entgelte der Anlage 2 aufgenommen werden.

Änderungsvorschlag

1. § 4 Abs. 2 Satz 2 Hybrid-DRG-V wird wie folgt gefasst:

Ist für eine in Anlage 1 genannte Leistung eine in der Anlage 2 aufgeführte Hybrid-DRG gemäß Absatz 1 Satz 1 berechnungsfähig, ist eine anderweitige Abrechnung der Leistung ausgeschlossen. Abweichend von Satz 1 sind **Leistungserbringer gemäß § 1 teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, medizinischen Versorgungszentren und Belegärztinnen und Belegärzte gemäß § 95 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)** berechtigt, die in der Anlage 1 genannten Leistungen alternativ nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen abzurechnen.

2. § 4 Abs. 2 Hybrid-DRG-V ist um folgenden Satz 4 zu ergänzen:

Zur Abbildung der Entwicklung der Kosten der Leistungen nach Anlage 1 erfolgt jeweils mit Wirkung zum 01.01. eines Jahres eine Anhebung der in Anlage 2 aufgeführten Vergütungen auf Grundlage des Orientierungswertes nach § 10 Abs. 6 Satz 1 KHEntgG.

Zu § 5 Abs. 1

Vorgaben für Krankenhäuser

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird vorgegeben, dass die Krankenhäuser zur Abrechnung der Vergütung nach § 4 den Datenaustausch nach § 301 SGB V nutzen sollten. Darüber hinaus werden zwei Übermittlungswege direkt an die Krankenkassen differenziert, einerseits für die stationäre Behandlung nach § 301 Abs. 1 und 2 SGB V sowie andererseits für die ambulante Behandlung über den in der Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 geregelten Rechnungssatz Ambulante Operation. Maßgeblich für die Abrechnung ist der Aufnahmetag.

Stellungnahme

Die Ermittlung einer Fallpauschale nach dem aG-DRG-Groupierungsalgorithmus ist für stationäre Behandlungsfälle in den Krankenhausinformationssystemen etabliert. Das für die Abrechnung verwendete Datenübermittlungsverfahren nach § 301 Abs. 1 und 2 ermöglicht in den entsprechenden Datensätzen die notwendigen Voraussetzungen zur Übermittlung der per regulärer Grouping-Software berechneten DRG. Des Weiteren enthalten die Datensätze alle für die Einordnung zu einer Fallpauschale benötigten Informationen.

Damit könnte - vorbehaltlich entsprechender Anpassungen (Bereitstellung von geeigneten Entgeltschlüsseln, neue Aufnahme- bzw. Entlassgründe) - auch eine nach Definitionshandbuch kalkulierte Hybrid-DRG mit dem Datenübermittlungsverfahren nach

§ 301 Abs. 1 und 2 zusammen mit den zugrundeliegenden Parametern übermittelt werden. Auch die Übermittlung der Zusatzentgelte nach § 4 Abs. 2 ist hiermit möglich.

Für die Abrechnung ambulanter Leistungen im Krankenhaus (Datensatz Ambulante Operation – AMBO) ist die Verwendung eines Gruppierungsalgorithmus bisher nicht notwendig und in den zugrundeliegenden Prozessen auch nicht abgebildet. Eine entsprechende Datenverarbeitungslösung müsste mit entsprechendem zeitlichem Vorlauf in den Software-Systemen etabliert, vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zertifiziert und von den Anbietern ausgerollt werden.

Der zeitliche Umsetzungshorizont wäre schon für ein Grouping im ambulanten Bereich deutlich länger, als die Anpassung der Gruppierungssoftware für die stationären Systeme nach der Veröffentlichung des Definitionshandbuchs 2024 durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus.

Mit dem für die Abrechnung der ambulanten Krankenhausbehandlung verwendeten Rechnungssatz Ambulante Operation ist keine äquivalente Übermittlung einer Hybrid-DRG sowie weiterer, in der stationären Abrechnung enthaltenen Informationen möglich, die gegebenenfalls für eine Prüfung der Abrechnung durch die Krankenkasse gefordert würden. Es existieren keine Datenfelder für die Übermittlung einer Hybrid-DRG sowie sämtlicher für deren Einordnung benötigten Parameter. Des Weiteren ist die Übermittlung von Zusatzentgelten nach § 4 Abs. 2 in der bisherigen Datenstruktur nicht ohne Änderungen möglich. Unabhängig davon, dass eine Anpassung des in unterschiedlichsten ambulanten Abrechnungsverfahren genutzten Datensatzes nicht sachgerecht erscheint, wäre eine strukturelle Anpassung fortschreibungsrelevant und selbst bei heutiger Vereinbarung nicht vor Mitte 2024 verfügbar. Regulär würde eine Fortschreibung zum 01.01.2025 erfolgen.

Änderungsvorschlag

§ 5 Abs. 1 Hybrid-DRG-V wird wie folgt gefasst:

Krankenhäuser verwenden zur Abrechnung der Vergütung nach § 4 Absatz 1 den Datenaustausch nach § 301 SGB V. ~~Bei stationärer Behandlung sind die Daten nach 301 Abs. 1 und 2 SGB V und bei ambulanter Behandlung der in der Vereinbarung nach § 120 abs. 3 geregelte Rechnungssatz Ambulantes Operieren (AMBO-Datensatz) an die Krankenkasse zu übermitteln.~~ Maßgeblich für die Abrechnung ist der Aufnahmetag. Das Nähere zur Übermittlung vereinbaren die Parteien nach § 301 Absatz 3 SGB V.

Zu § 5 Abs. 3

Gültigkeit der Deutschen Kodierrichtlinien

Beabsichtigte Neuregelung

Die Deutschen Kodierrichtlinien finden sowohl für Krankenhäuser und als auch für vertragsärztliche Leistungserbringer Anwendung.

Stellungnahme

Die Regelungen zur Anwendung der Deutschen Kodierrichtlinien werden von den Krankenhäusern begrüßt.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

1. Klarstellung zur Vermeidung von Förderschädlichkeit durch Investitionsmittel

Die Krankenhäuser befürchten, dass aG-Hybrid-DRG, welche ambulant bzw. stationär erbracht werden können, förderschädlich sind.

Dies ergibt sich daraus, dass Investitionsmittel allein für die stationäre Leistungserbringung vorgesehen sind. Da die Leistungen der Anlage 1 der Rechtsverordnung auch ambulant zu erbringen sind, fallen diese nicht mehr ausschließlich in das stationäre Versorgungsgeschehen. Da die Inhalte der Anlage 1 der Rechtsverordnung auch über den Katalog nach § 115b SGB V hinausgehen, sind damit auch bislang originär stationäre Leistungen Teil der Rechtsverordnung.

Die Krankenhausgesetze der Länder sehen allerdings vor, dass bewilligte Fördermittel für die stationäre Krankenhausversorgung dann anteilig zurück zu erstatten sind, wenn die geförderte stationäre Infrastruktur auch für die ambulante Leistungserbringung genutzt wird. Leistungen nach § 115f SGB V können damit unmittelbar förderschädlich sein, da deren ambulante Erbringung Rückerstattungen von Fördermitteln auslöst.

Hinzukommt, dass landesrechtliche Regelungen zur Investitionsförderung auch die Leistungen, d. h. die stationären Fälle des Krankenhauses, als Bemessungsgrundlage vorsehen. Da die Leistungen gemäß § 115f SGB V sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden, fallen (bislang) dem stationären Bereich zuordenbare Leistungen aus der Bemessungsgrundlage zur Förderung heraus. Damit wirkt sich § 115f SGB V auch an dieser Stelle nachteilig aus.

Die Entgelte nach § 115f SGB V müssten damit die wegfallende Investitionsförderung abbilden. Die Beträge der Entgelte der Anlage 2 lassen jedoch vermuten, dass eine angemessene Berücksichtigung von Investitionsmitteln in den Hybrid-DRG nicht erfolgt ist. Da die Umstellung der Versorgung strukturelle Anpassungen nach sich zieht, müssen die damit verbundenen Transformationskosten unbedingt berücksichtigt werden. Damit sind die Entgeltbeträge der Hybrid-DRG anzupassen und Investitionsmittel für diese zu berücksichtigen. Bis eine solche Anpassung der aG-Hybrid-DRG erfolgt ist, ist im Krankenhausfinanzierungsgesetz die Investitionsförderung so auszugestalten, dass sich die Leistungen nach § 115f SGB V nicht negativ auf die Krankenhausförderung auswirken.

Änderungsvorschlag

§ 11 KHG ist um folgenden Satz 3 zu ergänzen:

Leistungen gemäß § 115f SGB V unterliegen nicht der Rückerstattung bewilligter Fördermittel für stationäre Krankenhausversorgung aufgrund einer Nutzung für ambulante Leistungen; Leistungen nach § 115f SGB V dürfen nicht von Bemessungsgrundlagen der Förderung ausgeschlossen werden.

2. Ausschluss von Prüfungen durch den Medizinischen Dienst bei Leistungen gemäß § 115f SGB V

In § 115b Abs. 2 Satz 6 SGB V ist vorgesehen, dass Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des AOP-Kataloges ambulant erbringen, nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) nach § 275c Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V unterliegen. In § 115f SGB V hat eine analoge Klarstellung zu erfolgen, dass Leistungen, die Krankenhäuser gemäß § 3 der Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V) erbringen, ebenfalls nicht der Prüfung durch den MD unterliegen. Eine solche Klarstellung ist vorzunehmen, da bei der Leistungserbringung der Krankenhäuser nach § 115f SGB V hinsichtlich der Abrechnung der Hybrid-DRG kein Unterschied besteht, ob diese die Leistung nach § 115f SGB V ambulant oder stationär erbringen. In beiden Fällen erfolgt eine Abrechnung der entsprechenden Hybrid-DRG. Infolge einer Prüfung kann also eine Feststellung des MD zu der Frage, ob eine stationäre Leistung eines Krankenhauses nach § 115f SGB V auch ambulant nach § 115f SGB V hätte erbracht werden können, in Anlehnung an § 275c Abs. 1 Satz 2 SGB V nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führen, so dass der Grund für eine Prüfung durch den MD im Rechtskreis des § 115f SGB V nicht gegeben ist.

Änderungsvorschlag

§ 115f Abs. 1 SGB V ist um folgenden Satz 7 zu ergänzen:

Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage von § 3 der Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V) erbringen, unterliegen nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1.

3. Klarstellung der Wahlleistungsfähigkeit stationärer Krankenhausleistungen gemäß § 115f SGB V

Darüber hinaus ist in § 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG klarzustellen, dass sich eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen auch auf stationäre Krankenhausleistungen gemäß § 115f SGB V erstrecken kann. Da in der in § 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG enthaltenen Aufzählung beispielsweise unlängst auch tagesstationäre Behandlungen aufgenommen wurden, sind auch stationäre Behandlungen gemäß § 115f SGB V zu ergänzen, um klarzustellen, dass diese ebenso wahlleistungsfähig sind.

Änderungsvorschlag

§ 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärztinnen

und Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären, stationsäquivalenten, tagesstationären, teilstationären **und stationären Behandlung gemäß § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch** sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärztinnen und Ärzten veranlassten Leistungen von Ärztinnen und Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses; darauf ist in der Vereinbarung hinzuweisen.