



Spitzenverband

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 27.10.2023

**zum Referentenentwurf
zur Verordnung
zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung
(Hybrid–DRG–V)**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	3
I. Stellungnahme zum Referentenentwurf	7
§ 1 – Berechtigung zur Leistungserbringung und Abrechnung.....	7
§ 2 – Zugang der Patienten zu Leistungen nach § 3.....	9
§ 3 – Leistungen	11
§ 4 – Vergütung	14
§ 5 – Abrechnungsverfahren	18
§ 6 – Inkrafttreten	22
III. Ergänzender Änderungsbedarf	23
Änderung der Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V)	23
§ 6 (NEU) – Verordnungen durch Vertragsärztinnen und –ärzte und Krankenhäuser.....	23
§ 7 (NEU) – Unterrichtung der weiterbehandelnden Vertragsärztin oder des weiterbehandelnden Vertragsarztes	25
§ 8 (NEU) – Qualitätssicherung	26
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)	28
§ 115f – Spezielle sektorengleiche Vergütung; Inkrafttreten und Konfliktlösung	28
§ 115f – Spezielle sektorengleiche Vergütung; Bindung zum AOP-Katalog (§ 115b SGB V)	30
§ 115f – Spezielle sektorengleiche Vergütung; Kalkulationsgrundlage.....	31
§ 115f – Spezielle sektorengleiche Vergütung; Konvergenz der Vergütung.....	33
§ 115f – Spezielle sektorengleiche Vergütung; Evaluation.....	34

I. Vorbemerkung

Der GKV-Spitzenverband befürwortet grundsätzlich gesetzgeberische Initiativen zur Förderung der Ambulantisierung und spricht sich für sektorengleiche und leistungserbringerunabhängige Vergütungen aus. Eine abschließende Bewertung der vorliegenden Rechtsverordnung ist jedoch nicht möglich. Diese sieht vor, dass für die Vergütung von ausgewählten Leistungen über Hybrid-DRG die Anwendung des jeweils gültigen aG-DRG-Groupierunalgorithmus maßgeblich ist. Zur konkreten Definition und Herleitung der in diesem Entwurf vorgeschlagenen Hybrid-DRG wird lediglich in der Begründung zur Rechtsverordnung auf das Definitionshandbuch 2024 des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) verwiesen, welches erst ab Dezember 2023 auf der Internetseite des InEK abrufbar ist. Die konkret verwendeten Algorithmen, die dem DRG-Groupierunalgorithmus zugrunde liegen, sind damit zum aktuellen Zeitpunkt nicht bekannt. Eine konkrete Abschätzung des infrage kommenden Fallvolumens sowie eine eindeutige Abgrenzung von Fällen, die den Hybrid-DRG zuzuordnen sind, z. B. in Bezug auf die Verweildauer, sind derzeit nicht möglich; entsprechend vorgenommene Annahmen können nicht geprüft werden. Der GKV-Spitzenverband fordert vor diesem Hintergrund, Transparenz über die verwendeten Algorithmen und Annahmen zur Abgrenzung von Hybrid-DRG herzustellen. Entsprechende Abgrenzungsparameter (z. B. Verweildauer, Schweregrade, Kontextfaktoren) sind explizit in der Rechtsverordnung klarzustellen, unter anderem auch aus leistungsrechtlichen Gründen.

Mit Blick auf den gesetzlichen Auftrag nach § 115f SGB V wird die vorliegende Rechtsverordnung der darin vorgesehenen Intention nicht gerecht, die Ambulantisierung von Leistungen zu stärken. Vielmehr wird mit der Ausgestaltung der vorliegenden Rechtsverordnung eine gegensätzliche Entwicklung angereizt. Mit der im Entwurf vorgesehenen Konzentration auf Fälle mit kurzer, vermutlich eintägiger Verweildauer und geringem Schweregrad ist nicht auszuschließen, dass Krankenhäuser diese Leistungen weiterhin stationär erbringen, indem die Liegezeit auf mehr als einen Belegungstag ausgedehnt oder über entsprechende zusätzliche Kodierung versucht wird, einen höheren Schweregrad zu erreichen. Aufgrund der starken Restriktionen im Bereich der stationären Rechnungsprüfung kann eine Prüfung durch die Krankenkassen dieser Entwicklung nicht im notwendigen Umfang entgegenreten. Die Zahl der vollstationären Fälle wird infolge dessen nicht reduziert, der v. a. im Kontext der Krankenhausreform angestrebte Ambulantisierungsschub ausbleiben und intendierte Entlastungen für alle Beteiligten (Krankenhäuser, Pflegepersonal, Krankenkassen und Medizinischen Dienste) nicht eintreten.

Die erweiterte Leistungsauswahl lässt Ambulantisierungscharakter vermissen

Die in der Rechtsverordnung vorgeschlagene Erweiterung der Leistungsauswahl, für die in sehr kurzer Frist bis zum 31.03.2024 Hybrid-DRG festgesetzt werden sollen, wird mit Blick auf die erwartete Höhervergütung bereits heute ambulant regelhaft erbrachter Leistungen kritisch bewertet. Der Fokus des § 115f SGB V muss aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes jedoch auf Leistungen mit echtem stationersetzenden Charakter liegen. Beispiele für noch zu ambulantisierende Leistungen mit echtem stationersetzenden Charakter, die im Rahmen der Anlage 3 bislang unberücksichtigt bleiben, sind insbesondere die laparoskopische Cholezystektomie, die Appendektomie sowie die Uterusexstirpation. Dazu gegensätzlich sind vollambulantierte Leistungen der Anlage 3, die aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zu streichen sind, Leistungen wie die DRG C08B und C03B (Eingriffe am Auge), die beispielsweise die vollständig vertragsärztlich etablierten Eingriffe Kataraktchirurgie und intravitreale Injektionen umfassen, sowie Varizenstripping (DRG F39 A; F39B) oder diagnostische Gastroskopien (DRG G47B) und weitere.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind grundsätzlich ambulant erbringbare Leistungen Bestandteil des AOP-Katalogs (§ 115b SGB V) und daher auch darin zu verorten. Der GKV-Spitzenverband schlägt deshalb vor, alle für § 115f SGB V ausgewählten Leistungen verbindlich in den AOP-Katalog aufzunehmen. Dabei wird die operative Notwendigkeit anerkannt, aus medizinisch-ökonomischen Gründen neben den Leistungen des AOP-Katalogs nach § 115b SGB V auch weitere Leistungen in den Leistungskatalog nach § 115f SGB V aufzunehmen, die bislang nicht im AOP-Katalog nach § 115b SGB V enthalten sind.

Eine finanzneutrale Umsetzung ist nicht realisierbar

Die vom Gesetzgeber intendierte finanzneutrale Umsetzung der Hybrid-DRG ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht zu erreichen. Vielmehr stehen den vergleichsweise geringen Einsparungen im stationären Bereich deutliche Mehrausgaben im vertragsärztlichen Bereich infolge einer erheblichen Höhervergütung von grundsätzlich heute schon ambulant erbrachten Leistungen gegenüber. Der GKV-Spitzenverband regt vor diesem Hintergrund eine bedachtere Vorgehensweise in der Erweiterung des Leistungsumfangs an, zumal zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht die Auswirkungen des Startkatalogs konkret absehbar sind. Hochrechnungen lassen allein aus der Umsetzung des in seinem Umfang noch begrenzten Startkataloges Mehrausgaben im ambulanten Bereich von bis zu 200 Mio. Euro zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erwarten. Mit der geplanten deutlichen Erweiterung der Leistungsauswahl im Laufe des Jahres 2024 werden in Summe weitere spürbare Mehrausgaben zulasten der GKV generiert.

Die Kalkulationsgrundlage bleibt intransparent

Die fehlende Transparenz hinsichtlich der Kalkulation der in Anlage 2 enthaltenen Vergütungshöhen der Hybrid-DRG erschwert die Weiterentwicklung der Hybrid-DRG vor allem dann, wenn – wie gesetzlich vorgesehen – die voranschreitende Ambulantisierung von Leistungen in der Vergütung berücksichtigt werden soll. In diesem Zusammenhang weist der GKV-Spitzenverband erneut darauf hin, dass den Vertragsparteien auf Bundesebene für die Anpassung des Leistungskatalogs nach § 115f SGB V und die Vereinbarung der entsprechenden Vergütung in Form von fallindividuellen Fallpauschalen die notwendigen geeigneten empirischen Kostendaten zu ambulanten Krankenhausleistungen sowie zu vertragsärztlichen Leistungen fehlen. § 115f SGB V sieht vor, dass spätestens ab 2026 die Fallpauschalen auf Grundlage geeigneter empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs zu kalkulieren und anzupassen sind. Bislang liegen mit den Daten nach § 21 KHEntgG und den durch das InEK für die Kalkulation der DRG-Fallpauschalen erhobenen stationären Kostendaten lediglich empirische Daten aus dem stationären Bereich vor. Letztere stehen im Übrigen nur dem InEK zur Verfügung. Darüber hinaus ist in dem Gesetzesauftrag nach § 115f SGB V weiterhin keine Möglichkeit für die Vertragsparteien nach § 115f SGB V vorgesehen, das InEK sowie das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) für Datenerhebungen, Datenauswertungen und die Kalkulation von datenbasierten Fallpauschalen zu beauftragen. Folglich ist bezüglich beider Punkte eine Erweiterung des gesetzlichen Auftrags nach § 115f SGB V erforderlich. Hierzu hat der GKV-Spitzenverband im Rahmen seiner Stellungnahme vom 14.08.2023 zum Referentenentwurf des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes (GDNG) bereits einen umfassenden Formulierungsvorschlag als ergänzenden Änderungsbedarf eines § 123 SGB V (NEU) sowie Änderungen der §§ 115b und 115f SGB V vorgelegt, auf welchen an dieser Stelle verwiesen wird.

Abrechnungsfragen sind weiterhin offen

Abschließend sei darauf hinzuweisen, dass der Entwurf der Rechtsverordnung zahlreiche Fragestellungen ungeklärt lässt, insbesondere zur Qualitätssicherung und zu Strukturanforderungen, zu Pflegepersonaluntergrenzen, Abrechnungsregeln (z. B. Umgang mit vor- und nachstationären Leistungen, Wiederaufnahme bei Komplikationen, Rechnungs- und Zahlungsfristen) sowie zum Abrechnungsverfahren. Zudem finden sich wesentliche Klarstellungen lediglich in der Begründung zur Rechtsverordnung (z. B. Vereinbarung von Nachweisen zum Vorliegen der Abrechnungsvoraussetzungen von berechtigten Leistungserbringenden, Zuzahlungspflicht, Gültigkeit des Entlassmanagements sowie Verweis auf das DRG-Kalkulationshandbuch und Anzahl an Übernachtungen, die von einer

Hybrid-DRG umfasst sind). Der GKV-Spitzenverband bittet vor diesem Hintergrund um entsprechende Klarstellung in der Rechtsverordnung selbst.

Für die Weiterentwicklung der Hybrid-DRG bedarf es einer realistischen Frist

Parallel zu der Veröffentlichung der Rechtsverordnung schlägt der Gesetzgeber in einem Änderungsantrag zum Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG) weitere Konkretisierungen des gesetzlichen Auftrags nach § 115f SGB V vor. Die Neuregelung sieht unter anderem vor, dass die mindestens alle zwei Jahre durch die Vertragsparteien durchzuführende Überprüfung und ggf. Anpassung des Leistungskatalogs anstelle zum 31.03.2025 bereits erstmals zum 31.03.2024 stattfinden soll. Im Besonderen begrüßt der GKV-Spitzenverband hierbei die Rückgabe des Gesetzesauftrags zur Weiterentwicklung der Hybrid-DRG an die Vertragsparteien nach § 115f SGB V. Kongruent dazu wird angeregt, vor dem Einsetzen einer Rechtsverordnung durch das BMG einen Konfliktlösungsmechanismus innerhalb der Selbstverwaltung zu etablieren. Hierfür schlägt der GKV-Spitzenverband den ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V vor. Mit der vorliegenden Rechtsverordnung bleibt das juristische Zusammenspiel dieser Rechtsverordnung und dem durch den Änderungsantrag des PflStudStG gesetzlichen Auftrag an die Vertragsparteien nach § 115f SGB V jedoch ungewiss. Ein Außerkrafttreten der Rechtsverordnung ist aktuell nicht vorgesehen.

Die deutliche Verkürzung der Frist für die Weiterentwicklung der Hybrid-DRG auf den 31.03.2024 schätzt der GKV-Spitzenverband als unrealistisch ein. Er regt daher an, die Frist zur Festlegung des Leistungskatalogs sowie der Vergütung auf den 30.06. eines Jahres zu verlegen; vorzusehen ist ein gemeinsames Inkrafttreten von DRG-System und der Weiterentwicklung von Hybrid-DRG zum 01.01. eines Jahres. Für eine erfolgreiche Umsetzung des gesetzlichen Auftrags bedarf es der Möglichkeit, das InEK sowie das InBA für Datenerhebungen, Datenauswertungen und die Kalkulation von datenbasierten Fallpauschalen durch die Vertragsparteien nach § 115f SGB V zu beauftragen. Der GKV-Spitzenverband bittet dementsprechend um eine Ergänzung in der Rechtsverordnung oder im Gesetzestext zu § 115f SGB V selbst.

I. Stellungnahme zum Referentenentwurf

§ 1 – Berechtigung zur Leistungserbringung und Abrechnung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die an der Versorgung teilnehmenden Vertragsärztinnen und –ärzte, medizinischen Versorgungszentren und Belegärztinnen und –ärzte gemäß § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V sowie Krankenhäuser nach § 108 SGB V, die die in § 115b Absatz 1 Satz 5 SGB V genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen, sind zur Erbringung der Leistungen nach § 3 und zur Abrechnung der Vergütung nach § 4 berechtigt.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt. Sie entspricht den gesetzlich vorgegebenen Voraussetzungen und orientiert sich an den Vorgaben des Bundesmantelvertrags-Ärzte sowie des AOP-Vertrages nach § 115b SGB V.

Die Voraussetzungen für die Leistungserbringung durch die an der Versorgung teilnehmenden Vertragsärztinnen und –ärzte, medizinischen Versorgungszentren und Belegärztinnen und –ärzte gemäß § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V sowie durch Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V gehen jedoch nur aus der Begründung hervor. Auch wird das Verfahren für die Übermittlung der Nachweise zum Vorliegen der Abrechnungsvoraussetzungen nur in der Begründung genannt. Beide Punkte sollten in der Rechtsverordnung explizit geregelt werden.

C) Änderungsvorschlag

Nach Absatz 1 werden die folgenden Absätze 2 bis 4 ergänzt:

„(2) Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren und Belegärztinnen und Belegärzte nach § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V dürfen die zum jeweiligen Fachgebiet gehörenden Leistungen gemäß § 115f SGB V erbringen. Sie benötigen für die Befugnis zur Abrechnung dieser Leistungen eine Abrechnungsgenehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren gemäß § 135 Absatz 2 SGB V. Sie haben das Vorliegen dieser Genehmigung einmalig und einheitlich gegenüber den zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen durch Vorlage

einer Kopie der Genehmigung nachzuweisen. Diese Nachweisverpflichtung entfällt, wenn gemäß § 115f Absatz 3 Satz 3 SGB V die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung mit der Abrechnung der Leistungen beauftragt ist. In diesem Fall prüft die Kassenärztliche Vereinigung die Abrechnungsberechtigung und teilt das Vorliegen dieser Berechtigung der Krankenkasse bei der Abrechnung mit.

(3) Krankenhäuser nach § 108 SGB V sind zur Durchführung der in dem Katalog nach § 3 aufgeführten Leistungen gemäß § 115f SGB V in den Leistungsbereichen zugelassen, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlung erbringen. Hierzu bedarf es einer maschinenlesbaren Mitteilung des Krankenhauses an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss. In dieser Mitteilung sind die entsprechenden abteilungsbezogenen Leistungsbereiche und einzelnen Leistungen, die in diesem Krankenhaus durchgeführt werden sollen, auf der Grundlage des Katalogs nach § 3 maschinenlesbar zu benennen. Die Krankenhäuser verwenden für diese Mitteilung das zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgestimmte Formular in der jeweils aktuellen Fassung.

(4) Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 SGB V vereinbaren bis zum 30.04.2023 das Nähere zur Übermittlung der Abrechnungsgenehmigung nach Absatz 2 und die maschinenlesbare Mitteilung nach Absatz 3.“

§ 2 – Zugang der Patienten zu Leistungen nach § 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach Absatz 1 soll die ambulante Erbringung von Leistungen gemäß § 3 in der Regel auf Veranlassung einer niedergelassenen Vertragsärztin oder eines niedergelassenen Vertragsarztes 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 (G-BA) über die Verordnung von Krankenhausbehandlung zu erfolgen.

Nach Absatz 2 hat zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen die ein- oder überweisende Ärztin oder der ein- oder überweisende Arzt der die Leistung nach § 3 durchführenden Ärztin oder dem die Leistung nach § 3 durchführenden Arzt, die im Zusammenhang mit der vorgesehenen Leistung bedeutsamen Unterlagen, zur Verfügung zu stellen.

B) Stellungnahme

Die Regelungen nach Absatz 1 sind sachgerecht. Die Erbringung von Hybrid-DRG kann sowohl ambulant als auch stationär erfolgen. Vor diesem Hintergrund sind beide Konstellationen abzubilden.

Die Regelung nach Absatz 2 wird begrüßt. Diese entspricht der Regelung des AOP-Vertrages (§ 4 Absatz 1 Satz 1).

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes fehlt im Entwurf der Rechtsverordnung eine Regelung, dass Leistungen nach § 115f SGB V im Rahmen einer Notfallbehandlung erbracht werden können. Dies sollte in der Rechtsverordnung explizit klargestellt werden.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 wird folgender Satz 3 ergänzt:

„Falls ein Versicherter im Rahmen einer Notfallbehandlung ohne Überweisungs- oder Einweisungsschein ein Krankenhaus gemäß § 108 SGB V, eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt, ein Medizinisches Versorgungszentrum oder eine Belegärztin oder einen Belegarzt gemäß § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V zur Erbringung einer Leistung nach § 115f SGB V aufsucht, gilt die elektronische Gesundheitskarte in Verbindung mit einem amtlichen Lichtbildausweis als Nachweis für die Mitgliedschaft.“

§ 3 – Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach Absatz 1 sind die Leistungen, für die ab dem 01.01.2024 die Vergütung nach § 4 erfolgt, in Anlage 1 (Startkatalog) aufgeführt.

Nach Absatz 2 ist eine Grundlage für eine erweiterte Leistungsauswahl, für die die Vergütung im Laufe des Jahres 2024 festgelegt wird, in Anlage 3 aufgeführt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt grundsätzlich die Leistungsauswahl des Startkatalogs, der mit Wirkung zum 01.01.2024 in Kraft treten soll. Weitestgehend handelt es sich um Leistungen, bei denen im internationalen Vergleich ein erkennbares Ambulantisierungspotenzial besteht. Insbesondere ist nachvollziehbar, dass vor dem Hintergrund zahlreicher, noch offener Abrechnungsfragen ein begrenzter Katalog im Sinne einer ersten Umsetzungsstufe gewählt worden ist.

Insbesondere die Aufnahme von Prozeduren aus dem Bereich kleinerer chirurgischer Eingriffe (z. B. OPS 5-490.0 bzw. 5-492.1), die bereits im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildet sind (Bsp.: EBM-Gebührenordnungsposition 02301 bzw. 30601), ist jedoch problematisch, sofern die Kodierung dieser Eingriffe für sich genommen zur Abrechnung einer Hybrid-DRG befähigt. Vergleichbare Probleme ergeben sich auch in anderen Leistungsbereichen. Weiter besteht ein Missverhältnis zwischen den gelisteten Prozeduren bezüglich des Aufwandes (Bsp.: Entnahme von Eileiter und Eierstöcken vs. Biopsie des Eierstocks). Sofern diese Leistungen für sich genommen in eine Hybrid-DRG führen, ist das relationale Verhältnis unausgewogen, da nahezu identische Vergütungshöhen resultieren würden. Eine Vergütung der weniger komplexen Leistungen über Hybrid-DRG ist vor dem Hintergrund einer deutlichen Übervergütung daher abzulehnen.

Kritisch zu bewerten ist die Aufnahme von undifferenzierten x-/y-OPS-Kodes in den Startkatalog. Einerseits ist vor dem Hintergrund der angewendeten Abrechnungs- und Grouperlogik des stationären Bereichs die Berücksichtigung dieser OPS-Kodes sinnvoll und sachlogisch; medizinisch-ökonomische Fehlanreize in der Abrechnung können vermieden werden. Andererseits wird die bisherige Logik des vertragsärztlichen Bereichs bzw. des ambulanten Operierens (AOP) unterlaufen, da diese sich bislang ausschließlich auf konkrete Eingriffe bezieht. Dies war und ist erforderlich, um auszuschließen, dass

über unspezifische OPS–Kodes neue Untersuchungs– und Behandlungsmethoden (NUB) abgerechnet werden, die dem Erlaubnisvorbehalt unterliegen und einer Methodenbewertung durch den G–BA bedürfen. Vor diesem Hintergrund sollte die Dokumentation von x–/y–OPS–Kodes für vertragsärztliche Leistungserbringer nicht vorgesehen werden.

Äußerst kritisch betrachtet der GKV–Spitzenverband die in Anlage 3 vorgeschlagene Leistungsauswahl, die die Grundlage für eine Erweiterung der Leistungsauswahl in einer zweiten Umsetzungsstufe im Laufe des Jahres 2024 darstellen soll. Deutlich zu kritisieren ist, dass eine Vielzahl der enthaltenen Leistungen bereits vollständig ambulantisiert sind und auch heute schon überwiegend in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden. Die vorgesehene Erweiterung der Leistungsauswahl widerspricht der Intention des Gesetzgebers, die Ambulantisierung von Leistungen zu beschleunigen und damit vermeidbar stationär durchgeführte Leistungen aus dem Krankenhaus herauszulösen. Beispielhaft für bereits vollambulantisierte Leistungen sind insbesondere die DRG C08B und C03B (Eingriffe am Auge) zu nennen. Diese umfassen beispielsweise die vollständig vertragsärztlich etablierten Eingriffe Kataraktchirurgie und intravitreale Injektionen. Weitere Beispiele sind Varizenstripping (DRG F39 A; F39B) oder diagnostische Gastroskopien (DRG G47B). Finanzielle Auswirkungen sind aufgrund der Höherbewertung vor allem im vertragsärztlichen Bereich zu erwarten, bereits ohne dass weitere Behandlungen ambulant durchgeführt würden. Eine finanzneutrale Einführung der Hybrid–DRG ist aus Sicht des GKV–Spitzenverbandes somit nicht zu erreichen.

Zum Teil wurden diese Leistungen über das Gutachten des IGES Instituts (AOP–Gutachten nach § 115b Absatz 1a SGB V) für eine grundsätzlich ambulant erbringbare Leistung vorgeschlagen – jedoch im Kontext des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V. Dass diese Leistungen nun in den Leistungsbereich der Hybrid–DRG nach § 115f SGB V überführt werden sollen, noch bevor die Vertragsparteien nach § 115b SGB V die Weiterentwicklung des AOP–Katalogs auf Basis des Gutachtens abgeschlossen haben, ist damit nicht sachlogisch. Gleichzeitig ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass das Gutachten zugleich eine Vielzahl an tatsächlich noch zu ambulantisierenden Leistungen mit echtem stationärsersetzenden Charakter vorschlägt, die im Rahmen der Anlage 3 bislang unberücksichtigt bleiben. Hier sind insbesondere die laparoskopische Cholezystektomie, die Appendektomie sowie die Uterusexstirpation zu nennen. Aus Sicht des GKV–Spitzenverbandes kommen aus Anlage 3 nur wenige Leistungen tatsächlich für eine Ambulantisierung infrage, so z. B. OPS–Kodes aus den Bereichen interventionelle ERCP und ausgewählte Schultereingriffe.

Zudem wird deutlich, dass unter anderem auch diagnostische Leistungen und Abklärungen unklarer Symptome im Katalog enthalten sind. Aus Sicht des GKV–Spitzenverbandes sind diagnostische Leistungen (z. B. F49F Linksherzkatheter ohne Intervention oder G47B diagnostische Gastroskopien und Koloskopien) nicht in den Leistungskatalog aufzunehmen, da trotz scheinbar hoher stationärer Fallzahl diese in der Regel Begleitleistungen und keine eigenständigen Eingriffe darstellen. Bei einer Aufnahme dieser Leistungen wird es durch die Vergütungsanreize einer Hybrid–DRG zu einer ökonomisch motivierten Leistungserbringung kommen. Auch wird letztlich der stationäre Bereich für die Leistungserbringung regelhaft ambulant erbrachter Leistungen geöffnet, verbunden mit dem Risiko einer Verschiebung klassisch vertragsärztlich etablierter Leistungen in die Krankenhäuser.

Des Weiteren sind die Leistungen nach Anlage 3 als vollstationäre DRG umfasst. Aus Sicht des GKV–Spitzenverbandes sind die infrage kommenden Leistungen als OPS–Kodes zu operationalisieren. Somit können die in Anlage 3 aufgeführten Leistungen aus Sicht des GKV–Spitzenverbandes den Vertragsparteien nur als eine grobe Orientierung dienen.

C) Änderungsvorschlag

Der GKV–Spitzenverband schlägt vor, nur solche Leistungen für die Erweiterung des Leistungskatalogs aufzunehmen, bei denen datenbasiert und nachweislich erkennbares Ambulantisierungspotenzial besteht. Dabei fordert der GKV–Spitzenverband einen deutlichen Fokus auf operative Leistungen.

§ 4 – Vergütung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach Absatz 1 ist für die in Anlage 1 festgelegte Leistung eine durch einen Grouper ermittelte Hybrid-DRG einmalig abrechenbar. Es wird der Beginn und das Ende des Falls festgelegt. 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 KHEntgG bleibt unberührt.

Nach Absatz 2 ist für die Leistungen nach Anlage 1 grundsätzlich nur die Abrechnung einer Hybrid-DRG möglich. Leistungserbringende können alternativ die Abrechnung über den EBM wählen. Krankenhäuser können zusätzlich zu einer Hybrid-DRG Zusatzentgelte im Zusammenhang mit der Durchführung von Dialysebehandlungen und der Behandlung von Versicherten mit Hämophilie abrechnen. Krankenhäusern wird ermöglicht, die für Hybrid-DRG festgelegten Bewertungsrelationen des Pflegeerlös-Kataloges gesondert zu berechnen.

Nach Absatz 3 wird klargestellt, dass nur ein Leistungserbringender die Hybrid-DRG abrechnen darf, wenn mehrere Leistungsbringende an der Behandlung teilgenommen haben.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband hat es stets als erforderlich erachtet, dass im Zuge der Einführung einer speziellen sektorengleichen Vergütung, die auch im Falle einer stationären Behandlung gewährt wird, bereits im DRG-Grouper technisch sichergestellt sein muss, dass die gemäß § 115f SGB V zu vergütenden Leistungen nicht mehr in die Kalkulation einfließen und in diesen Fällen eine Abrechnung einer DRG ausgeschlossen ist. Dieses Kriterium wird durch die gewählte Systematik zweifelsohne technisch erfüllt, auch wenn in der Praxis weitgehende und niedrighschwellige Umgehungsmöglichkeiten durch die Krankenhäuser bestehen.

Allerdings geht die vorliegende Vergütungssystematik deutlich darüber hinaus, indem sie die Abrechnung der Hybrid-DRG ihrerseits generell und unabhängig vom Leistungserbringenden von einem Groupingprozess abhängig macht. Aus der Perspektive der stationären Versorgung und der dort herrschenden Kalkulationslogik erscheint dies naheliegend, ist angesichts des vorrangig ambulanten Charakters der Leistungen mit hohem Aufwand verbunden und im Ergebnis nicht sachgerecht, da sich

die Notwendigkeit der Abgrenzung zwischen einer DRG und einer Hybrid-DRG ausschließlich für Krankenhäuser stellt. Vertragsärztinnen und -ärzten steht die Abrechnungsoption einer DRG nicht zur Verfügung. Dass sie dennoch auch für vertragsärztliche Leistungserbringenden obligat sein soll, ergibt sich allein aus dem Umstand, dass innerhalb einer Gruppe von Eingriffen unterschiedliche Hybrid-DRG angesteuert werden können und die einschlägige Hybrid-DRG durch den Grouper ermittelt werden muss. Dies ist aber methodisch nicht zwingend.

Deutlich wird dies am Beispiel der gynäkologischen Eingriffe, die durch die Spiegelung der DRG-Struktur ihrerseits in drei Hybrid-DRG unterteilt sind, die sich in ihrer Bewertung allerdings nur geringfügig unterscheiden. Hier wäre eine Zusammenfassung in einer Hybrid-DRG sachgerecht, die Abrechnung analog der etablierten ambulanten Strukturen kurzfristig möglich.

Untrennbar mit der Übertragung der DRG-Logik ist auch eine Intransparenz der Kalkulation der sektorengleichen Vergütung verbunden, die durch die Rechtsverordnung nicht aufgelöst wird. In der Verordnung finden sich keine Hinweise auf die verwendeten Datengrundlagen und die Berechnungsweise. Dies erschwert auch die Weiterentwicklung der Hybrid-DRG mit Blick auf die Berücksichtigung einer voranschreitenden Ambulantisierung von Leistungen im Rahmen der Vergütung. Die Vertragsparteien nach § 115f SGB V benötigen zwingend Transparenz über die konkrete Kalkulation der Hybrid-DRG, um im Sinne des Änderungsantrags zum PflStudStG die weiteren Kalkulationen von Vergütungshöhen vornehmen zu können. Mit fortschreitender Ambulantisierung von Leistungen müssen die Vergütungshöhen zudem angepasst werden können. Zwingend transparent werden muss vor diesem Hintergrund der verwendete Ambulantisierungsgrad sowie dessen Herleitung. Für die Berechnung des Ambulantisierungsgrades müssen die Vertragsparteien nach § 115f SGB V zudem selbst Daten erhalten, die es erlauben, eine datenbasierte Kalkulation durchzuführen.

Im Vergleich zu vollstationären Fällen liegt die Hybrid-DRG-Vergütung sachgerecht unterhalb der DRG-Vergütung einer Leistung. Im Vergleich zu ambulanten bzw. vertragsärztlichen Leistungen ist die Hybrid-DRG-Vergütung hingegen deutlich höher als die Vergütung nach EBM, die bisher für die Leistungen des ambulanten Operierens abgerechnet wird. Hierdurch entsteht für stationäre Leistungserbringende der Anreiz, die Fälle weiterhin stationär zu erbringen, während sich insbesondere der vertragsärztliche Bereich genau auf diese Leistungen fokussieren wird. Aus medizinischer sowie ökonomischer Sicht kritisch bewertet der GKV-Spitzenverband zudem die Eingrenzung der Hybrid-DRG auf eine Verweildauer von einer Übernachtung. Darüber wird nicht die mit dem Gesetz angedachte Vermeidung eines unnötigen stationären

Behandlungsaufwands erzielt. Kritisch anzumerken ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Festlegungen zu Verweildauer und Schweregrad (PCCL) nur dem Kalkulationshandbuch des InEK zu entnehmen sind, nicht aber der Rechtsverordnung oder der zugehörigen Begründung selbst.

Die Klarstellung, dass mit einer Hybrid-DRG sämtliche im Rahmen der Behandlung anfallenden Kosten abgegolten sind, ist zu begrüßen. Auch die Klarstellung zum Leistungsumfang (von der Indikationsstellung bis hin zur postoperativen Nachbeobachtung) werden befürwortet. Fraglich ist allerdings, warum die postoperative Nachbehandlung nicht von der Hybrid-DRG umfasst ist. Zudem fehlt es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes in diesem Zusammenhang an einer Klarstellung, dass vor- und nachstationäre Leistungen (§ 115a SGB V) nicht zusätzlich zu den Hybrid-DRG abgerechnet werden dürfen. Ein Abrechnungsausschluss ist in der Rechtsverordnung explizit vorzunehmen.

Die Regelung, dass Pflegekosten nicht in die Preisfindung eingeflossen sind, ist aus kalkulatorischer Sicht nachvollziehbar, da das KHEntgG die Kosten des Pflegepersonals in der unmittelbaren Versorgung der Patientinnen und Patienten am Bett über das Pflegebudget vergütet. Durch die Ausgliederung der Hybrid-DRG-Fälle aus dem Leistungsbereich des KHEntgG ergeben sich allerdings sehr wohl Auswirkungen auf das Pflegebudget. Pflegekräfte, die zukünftig im Rahmen der Versorgung der stationären Hybrid-DRG-Fälle eingesetzt werden, können nicht mehr über das Pflegebudget vergütet werden, da gemäß § 6a Absatz 1 Satz 1 KHEntgG das Pflegebudget die Pflegepersonalkosten nach § 17b Absatz 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und nicht die Pflegepersonalkosten nach § 115f SGB V finanziert. Insofern ist es notwendig, dass diese Kosten aus dem Pflegebudget ausgegliedert werden. Für Leistungen nach § 115b SGB V wird bereits analog verfahren.

Generell ist nicht zu erwarten, dass Pflegekräfte in nennenswertem Umfang in die Versorgung eingebunden werden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes steht dies auch im Widerspruch zur generelleren Intention der Regelung, die ambulante Versorgung zu stärken. Insofern ist die in Absatz 2 Satz 3 geregelte gesonderte Abrechnung von Pflegeentgelten vor dem Hintergrund, dass bisher keine Pflegepersonalkosten in der Hybrid-DRG einkalkuliert wurden, nicht nachvollziehbar. Inwieweit die Abrechnung von Zusatzentgelten im Zusammenhang mit der Durchführung einer Dialysebehandlung und der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Hämophilie eine Relevanz in der Praxis haben werden, kann ebenfalls bezweifelt werden. Im Kontext der grundsätzlichen Vorgabe, dass die Hybrid-DRG eine einheitliche Vergütung für den vertragsärztlichen Bereich und den Krankenhausbereich sind, muss hinterfragt werden, ob die Abrechnung

der Zusatzentgelte oder zusätzlichen Pflegeentgelte im Krankenhaus mit der gesetzlichen Vorgabe einer sektorengleichen Vergütung vereinbar ist.

Die Regelung gemäß Absatz 3, dass nur ein Leistungserbringender die Hybrid-DRG abrechnen darf, wenn mehrere Leistungsbringende an der Behandlung teilgenommen haben, wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt geändert:

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

In Absatz 2 wird folgender Satz 2 ergänzt; die bisherigen Sätze 2 und 3 werden die Sätze 3 und 4.

„Eine zusätzliche Abrechnung von Leistungen nach § 115a SGB V ist ausgeschlossen.“

In Absatz 2 wird Satz 4 (neu) gestrichen.

§ 5 – Abrechnungsverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach Absatz 1 verwenden Krankenhäuser zur Abrechnung der Vergütung nach § 4 Absatz 1 den Datenaustausch nach § 301 SGB V. Bei stationärer Behandlung sind die Daten nach § 301 Absätze 1 und 2 SGB V und bei ambulanter Behandlung der in der Vereinbarung nach § 120 Absatz 3 SGB V geregelte Rechnungssatz Ambulante Operation (AMBO-Datensatz) an die Krankenkasse zu übermitteln. Maßgeblich für die Abrechnung ist der Aufnahmetag.

Nach Absatz 2 übermitteln Vertragsärztinnen und -ärzte, medizinische Versorgungszentren und Belegärztinnen und -ärzte nach § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V der Krankenkasse, gegebenenfalls über eine gemäß § 115f Absatz 3 Satz 3 SGB V beauftragte Kassenärztliche Vereinigung oder einen beauftragten Dritten gegen Aufwandsersatz, die Daten zur Abrechnung der Vergütung nach § 4 Hybrid-DRG-V. § 295 Absatz 1b Sätze 1 und 2 SGB V gelten entsprechend. Maßgeblich für die Abrechnung ist der Tag der durchgeführten Leistung.

Nach Absatz 3 gelten die Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils aktuellen Fassung.

Nach Absatz 4 sind für die Zuordnung der in Anlage 1 genannten Leistungen zu den in Anlage 2 aufgeführten Hybrid-DRG vom InEK zu zertifizierende Datenverarbeitungslösungen einzusetzen, die zu gewährleisten haben, dass gleiche Leistungen gleich zugeordnet werden. Der Aufwand des InEK ist aus dem DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 KHG zu finanzieren.

B) Stellungnahme

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass gemäß Absatz 1 bestehende Abrechnungswege genutzt werden und der Aufwand für alle Beteiligten so gering wie möglich gehalten wird, indem keine neuen Übermittlungsverfahren vorgesehen werden. Es ist ausreichend, für die Abrechnung klarzustellen, dass der Datenaustausch nach § 301 SGB V zu verwenden ist. Wünschenswert ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ein Verweis auf § 301 Absätze 1 und 3 SGB V, da andere Absätze unter anderem auf Rehabilitationsleistungen (siehe Absatz 4) verweisen.

Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die aus den neuen fachlichen Anforderungen resultierenden Anpassungen in den Softwareanwendungen nicht im Rahmen weniger

Wochen vorzunehmen sind. I. d. R. stehen allen beteiligten Partnern an den Datenaustauschverfahren mindestens neun Monate Umsetzungszeitraum zur Verfügung. In diesem Fall handelt es sich um strukturelle Änderungen, die eine Neuversionierung sämtlicher der Umsetzung zugrunde liegenden technischen Anlagen zur Folge haben. Um unterjährige fundamentale Umstellungen der bestehenden Datenübermittlungsverfahren zu vermeiden und die Funktionalität dieser Routineprozesse nicht zu gefährden, wäre eine ausreichende Übergangszeit zwingend notwendig gewesen.

Die in Absatz 1 enthaltenen Verweise sind nicht korrekt. Zum einen ist der AMBO-Datensatz ein aus der Vereinbarung nach § 301 SGB V entstandener Nachrichtentyp für die Abrechnung; zum anderen ist der Verweis auf die Vereinbarung nach § 120 Absatz 3 SGB V nicht korrekt. In dieser Vereinbarung werden die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband beauftragt, das Nähere zur Abrechnung der Hochschulambulanzen (HSA), Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) und Sozialpädiatrischen Zentren (SPZs) zu regeln. Dort legen die Landesgremien die Vergütung fest und die Abrechnung erfolgt sinnvollerweise bundeseinheitlich. Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V spielt in dieser Vereinbarung keine Rolle. Die Datenübermittlung zum ambulanten Operieren ergibt sich aus § 301 SGB V. Im AMBO-Datensatz wird zudem der „Tag des Zugangs“ verwendet; nur im stationären Abrechnungsbereich ist der „Aufnahmetag“ bekannt.

Eine weitergehende Klarstellung durch den Gesetzgeber, welches Abrechnungsverfahren innerhalb der Vereinbarung nach § 301 SGB V zu verwenden ist, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht notwendig. Der GKV-Spitzenverband und die DKG haben dies bislang geregelt und werden dies weiterhin gemeinsam als die Vertragsparteien der Vereinbarung nach § 301 SGB V regeln.

Es wird grundsätzlich befürwortet, dass in Absatz 2 der GKV-Spitzenverband in seiner Richtlinie nach § 295 Absatz 1b SGB V die Inhalte der Abrechnungsdaten sowie das Verfahren für die unmittelbare Abrechnung des jeweiligen Leistungserbringenden nach § 95 Absatz 1 SGB V mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden eigenständig regelt. Allerdings muss im Falle der Anwendung der Kodierrichtlinien diese Richtlinie angepasst werden. Es wird darauf hingewiesen, dass die für die Anwendung der Kodierrichtlinien und die Groupierung notwendige Unterscheidung von Haupt- und Nebendiagnosen im § 295 SGB V nicht vorgesehen ist. Die technische Umsetzung für den vertragsärztlichen Versorgungsbereich zur Abrechnung von Hybrid-DRG ist im Gegensatz zur alternativen Abrechnung über den EBM zum 01.01.2024 nicht realisierbar. Ferner wird es darüber hinaus allein aus tatsächlichen Gründen (Schulungsbedarf in den Arztpraxen) zeitliche

Verzögerungen bei der Anwendung der Hybrid-DRG geben. Auch daran wird deutlich, dass die Anwendung der DRG-Logik auf die Abrechnung und Vergütung der Hybrid-DRG ausgerechnet für ambulante Leistungserbringende höhere Zugangsbarrieren errichtet als für Krankenhäuser, was im Widerspruch zum Ambulantisierungsziel steht.

Hinsichtlich der Vorgaben zur Abrechnung sowie zur Verwendung von Vordrucken bedarf es weiterer Regelungen. So sollte unter anderem auch von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) den Vertragsparteien die regionalen Gebührenordnungen zur Verfügung gestellt werden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte in der Rechtsverordnung eine Regelung aufgenommen werden, um Näheres zur Abrechnung sowie zur Verwendung der erforderlichen Vordrucke regeln zu können.

Die Anwendung der Kodierrichtlinien durch Krankenhäuser ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes unerlässlich, um eine belastbare Abgrenzung zwischen Hybrid-DRG und stationären DRG sicherzustellen. Die Verpflichtung zur Anwendung der Kodierrichtlinien ist eine sachlogische Ableitung aus der Ausgestaltung der Hybrid-DRG. Kritik an dieser methodischen Imitation, wie sie in der Kommentierung zu § 4 dargestellt worden ist, trifft daher gleichzeitig auf die Anwendung der Kodierrichtlinien für ambulante Leistungserbringende zu.

Der Einsatz von zertifizierten Datenverarbeitungslösungen nach Absatz 4 ist zu begrüßen. Aus welchem Grund der Aufwand des InEK aus Mitteln der GKV zu begleichen ist, obwohl Leistungserbringende von den Vorgaben profitieren, erschließt sich nicht. Der DRG-Systemzuschlag wurde zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems im stationären Bereich eingeführt; dieser dient schon lange nicht mehr nur zu diesem Zweck.

Kritisch anzumerken ist insgesamt, dass keine weitergehenden Bestimmungen zu Abrechnungs- und Zahlungsfristen sowie zur Abrechnungsprüfung für die Krankenkassen vorgenommen werden. Letztere ist in der Rechtsnorm vorgesehen, weitergehende Bestimmungen fehlen jedoch in der Rechtsverordnung.

C) Änderungsvorschlag

In § 5 Absatz 1 wird Satz 2 wie folgt neu gefasst:

„Das Nähere regeln die Vereinbarungspartner nach § 301 Absatz 3 SGB V. Maßgeblich für die Abrechnung ist bei stationärer Behandlung der Aufnahmetag und bei ambulanter Behandlung der Tag des Zugangs.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 27.10.2023
zum Referentenentwurf zur Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung
(Hybrid-DRG-V)
Seite 21 von 34

In § 5 Absatz 2 wird folgender Satz 4 angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt bis zum 01.09.2024 im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft das Nähere zu Abrechnungs- und Zahlungsfristen fest.“

§ 6 – Inkrafttreten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Verordnung soll zum 01.01.2024 in Kraft treten.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt grundsätzlich das Inkrafttreten der Rechtsverordnung zum 01.01.2024. Vor dem Hintergrund zahlreicher offener Abrechnungsregeln und auch der noch aufzubauenden Abrechnungsverfahren für Krankenhäuser sowie für Vertragsärztinnen und -ärzte wäre jedoch eine ausreichende Übergangsregelung sinnvoll gewesen.

Für Folgeanpassungen der Hybrid-DRG muss aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes berücksichtigt werden, dass Anpassungen an den Hybrid-DRG stets kongruent zum DRG-System in Kraft treten müssen. Aufgrund der inhaltlichen Verbindung und Folgewirkungen zwischen beiden Vergütungssystemen sind diese gemeinsam zu betrachten. Eine Anpassung der Hybrid-DRG kann somit nicht unterjährig, sondern nur jeweils zum 01.01. des Folgejahres in Kraft treten.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

III. Ergänzender Änderungsbedarf

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

§ 6 (NEU) – Verordnungen durch Vertragsärztinnen und –ärzte und Krankenhäuser

A) Neuregelung

Analog den Regelungen des AOP-Vertrages nach § 115b SGB V soll den Vertragsärztinnen und –ärzten und Krankenhäusern die Möglichkeit eingeräumt werden, für einen eingeschränkten Zeitraum nach der Behandlung nach § 115f SGB V Leistungen der häuslichen Krankenpflege und des Krankentransports zu verordnen sowie die Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen. Dafür verwendet die Vertragsärztin und der Vertragsarzt und das Krankenhaus die für die vertragsärztliche Versorgung vereinbarten Formulare.

B) Änderungsvorschlag

§ 6 wird wie folgt neu eingefügt. Der bisherige § 6 Inkrafttreten wird zu § 9:

- „(1) Soweit Vordrucke erforderlich sind, verwenden die Vertragsärztinnen und –ärzte und die Krankenhäuser die für die vertragsärztliche Versorgung vereinbarten Formulare. Sie werden den Vertragsärztinnen und –ärzten und den Krankenhäusern von den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellt.
- (2) Ist die oder der Versicherte bedingt durch die durchgeführte Leistung arbeitsunfähig, kann die Arbeitsunfähigkeit von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt oder dem Krankenhaus in der Regel bis zu sieben Tagen bescheinigt werden.
- (3) Die Verordnung häuslicher Krankenpflege durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt oder das Krankenhaus ist bis zu einer Dauer von sieben Tagen möglich, sofern sie in Zusammenhang der Sicherstellung des Behandlungserfolges im häuslichen Umfeld des Versicherten erfolgt (Sicherungspflege). Die entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege gelten. Folgeverordnungen sind durch die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt vorzunehmen.
- “

- (4) Ist ein Krankentransport zulasten einer Krankenkasse nach Durchführung einer Leistung gemäß § 115f SGB V notwendig, ist er von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt oder dem Krankenhaus unter Beachtung der Krankentransport-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils gültigen Fassung anzuordnen.“**

§ 7 (NEU) – Unterrichtung der weiterbehandelnden Vertragsärztin oder des weiterbehandelnden Vertragsarztes

A) Neuregelung

Nach Durchführung der Leistung gemäß § 115f SGB V ist der oder dem Versicherten eine für die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt bestimmte Kurzinformation im Sinne eines Abschlussberichts mitzugeben.

B) Änderungsvorschlag

§ 7 wird wie folgt neu eingefügt. Der bisherige § 6 Inkrafttreten wird zu § 9:

„Nach Durchführung der Leistung gemäß § 115f SGB V ist der oder dem Versicherten eine für die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt bestimmte Kurzinformation mitzugeben, aus der die Diagnose, die Therapieangaben, die gegebenenfalls angezeigten Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hervorgehen. Diese Information ist obligater Bestandteil der Leistung nach § 115f SGB V und nicht gesondert abrechenbar.“

§ 8 (NEU) – Qualitätssicherung

A) Neuregelung

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind analog zum ambulanten Operieren (§ 115b SGB V) die Richtlinien des G-BA (z. B. zu Hygienevorgaben oder der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung) auch im Rahmen der Erbringung von Leistungen nach § 115f SGB V einzuhalten. Außerdem bedarf es einer Klarstellung an die Anforderungen an die ärztliche Leistungserbringung durch Krankenhäuser (Facharztstandard analog dem AOP-Vertrag nach § 115b SGB V). Entsprechend ist für die ärztliche Leistungserbringung durch Vertragsärztinnen und -ärzte auf die bestehenden Vorgaben des Bundesmantelvertrags-Ärzte zu verweisen. Im Sinne des Patientenschutzes orientieren sich die Anforderungen für die ärztliche Leistungserbringung an den derzeit bestehenden Vorgaben des jeweiligen Versorgungsbereiches.

B) Änderungsvorschlag

§ 8 wird wie folgt neu eingefügt. Der bisherige § 6 Inkrafttreten wird zu § 9:

- „(1) Leistungen des Katalogs gemäß § 3, für die Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 135 SGB V existieren, sind auch unter den gleichen Maßgaben im stationären Bereich zu erbringen. Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V und nach §§ 136 bis 136b SGB V sind zu berücksichtigen. Dies betrifft insbesondere die Durchführung von Hygienekontrollen, die Einhaltung der weiteren Strukturqualität sowie auch die Einhaltung von Frequenzregelungen. Frequenzregelungen sind arztbezogen zu erfüllen, wobei alle Leistungen, unabhängig zu wessen Lasten und in welcher Behandlungsform diese erbracht wurden, Anrechnung finden können. Leistungen, die unter unmittelbarer Aufsicht und Weisung von Fachärztinnen und -ärzten mit der Möglichkeit des unmittelbaren Eingreifens erbracht werden, können von diesen auf die eigene Leistungsfrequenz angerechnet werden.
- (2) Ärztliche Leistungen gemäß § 115f SGB V, die ein Krankenhaus gemäß § 108 SGB V erbringt, werden nach dem jeweilig zum Behandlungszeitpunkt geltenden Vorgaben gemäß § 12 des Vertrages nach § 115b SGB V erbracht.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 27.10.2023
zum Referentenentwurf zur Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung
(Hybrid-DRG-V)
Seite 27 von 34

- (3) Für ärztliche Leistungen gemäß § 115f SGB V, die durch Leistungserbringende nach § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V erbracht werden, gelten die Vorgaben des Bundesmantelvertrag-Ärzte.“**

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 115f – Spezielle sektorengleiche Vergütung; Inkrafttreten und Konfliktlösung

A) Neuregelung

Mit dem Änderungsantrag zum PflStudStG wird die mindestens alle zwei Jahre durch die Vertragsparteien durchzuführende Überprüfung und ggf. Anpassung des Leistungskataloges anstelle zum 31.03.2025 bereits erstmals zum 31.03.2024 vorgezogen. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Rückgabe des Gesetzesauftrags nach § 115f SGB V an die Selbstverwaltungspartner. Die Auswahl der Leistungen sowie die Vergütung nach § 115f SGB V können nun frühzeitiger durch die Selbstverwaltungspartner überprüft und weiterentwickelt werden. Kongruent dazu regt der GKV-Spitzenverband an, den Konfliktlösungsmechanismus für die nach § 115f Absatz 1 Satz 1 bzw. Absatz 2 SGB V zu schließenden Vereinbarungen zunächst ebenso in die Selbstverwaltung zu verlagern. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eignet sich hierfür der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V.

Kritisch sieht der GKV-Spitzenverband die Fristverkürzung der erstmaligen Überprüfung und ggf. Anpassung des Leistungskatalogs nach § 115f SGB V um ein Jahr auf den 31.03.2024. Die erste Umsetzung des Gesetzesauftrags nach § 115f SGB V durch das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) hat gezeigt, dass eine Vereinbarung innerhalb von drei Monaten sowie eine unterjährige Umsetzung der Regelung aufgrund von zahlreichen relevanten Abgrenzungs- und Abrechnungsfragen in tangierten Regelungskreisen (insbesondere zum DRG-System) nicht realisierbar war. Der „Startkatalog“ sowie die aktuell anstehende Rechtsverordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nach § 115f SGB V sind erst kürzlich veröffentlicht worden. Des Weiteren bedingt der jährliche Prozess zur Weiterentwicklung des DRG-Katalogs, mit dem die spezielle sektorengleiche Versorgung nach § 115f SGB V eng verbunden ist, die (technische) Umsetzung des Leistungskatalogs und der Vergütung nach § 115f SGB V. Da die Leistungen nach § 115f SGB V im DRG-System und der Grouper-Software berücksichtigt werden müssen, gestaltet sich eine unterjährige Umsetzung des Leistungskatalogs und der Vergütung nach § 115f SGB V äußerst schwierig. Der GKV-Spitzenverband regt daher an, die Frist zur Festlegung des Leistungskatalogs sowie der Vergütung auf den 30.06. eines Jahres zu verlegen; vorzusehen ist dann ein gemeinsames Inkrafttreten von DRG-System und dem Leistungskatalog nach § 115f SGB V zum 01.01. eines Jahres. Dies sollte in § 115f SGB V explizit klargestellt werden.

B) Änderungsvorschlag

§ 115f Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 vereinbaren **erstmals** bis zum 31. März 2023 **mit Wirkung zum 1. Januar des Folgejahres**

1. eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird, und
2. für welche der in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten Leistungen die Vergütung nach Nummer 1 erfolgt.“

§ 115f Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt neu gefasst und um Satz 3 ergänzt:

„²Die Auswahl von Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie deren Vergütung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sind durch den ergänzten Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung gemäß § 87 Absatz 5a im Abstand von zwei Jahren zu überprüfen und, sofern erforderlich, anzupassen, **erstmals spätestens zum 30. Juni 2024, mit Wirkung zum 1. Januar des Folgejahres.** ³Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus wird hierfür durch den ergänzten Bewertungsausschuss beauftragt und kann zu diesem Zweck an den Sitzungen des ergänzten Bewertungsausschusses und seinen Arbeitsgruppen und Unterausschüssen teilnehmen.“

§ 115f Absatz 4 wird wie folgt geändert:

„Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die spezielle sektorengleiche Vergütung und die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu vereinbarenden Leistungen zu bestimmen, soweit eine Vereinbarung der Vertragsparteien **oder durch den ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a** nach Absatz 1 Satz 1 oder eine Anpassung nach Absatz 2 Satz 2 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande gekommen ist. Zur Vorbereitung einer Regelung nach Satz 1 sind die einzelnen in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien, der Bewertungsausschuss für die in § 87 Absatz 1 Satz 1 genannten ärztlichen Leistungen, der nach § 87 Absatz 5a Satz 1 ergänzte Bewertungsausschuss, das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet, Bundesministerium für Gesundheit unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten.“

§ 115f – Spezielle sektorengleiche Vergütung; Bindung zum AOP-Katalog (§ 115b SGB V)

A) Neuregelung

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes können für § 115f SGB V nur diejenigen Leistungen infrage kommen, die grundsätzlich ambulant erbringbar sind. Ambulante Operationen sowie stationersetzende Behandlungen und Eingriffe sind laut § 115b SGB V Bestandteil des AOP-Katalogs. Der GKV-Spitzenverband schlägt deshalb vor, die für § 115f SGB V ausgewählten Leistungen auch verbindlich in den AOP-Katalog aufzunehmen. Es wird eine Frist bis zum 31.12. eines Jahres mit Wirkung für das Folgejahr vorgeschlagen, da eine Anpassung des AOP-Katalogs in der Regel zum Jahreswechsel erfolgt.

B) Änderungsvorschlag

§ 115f Absatz 2 wird um den folgenden Satz ergänzt:

„Sofern eine Anpassung der Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erfolgt, sind diese Leistungen in den nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog bis zum 31. Dezember eines Jahres mit Wirkung zum 1. Januar des Folgejahres aufzunehmen.“

§ 115f – Spezielle sektorengleiche Vergütung; Kalkulationsgrundlage

A) Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband weist erneut daraufhin, dass den Selbstverwaltungspartnern für die Anpassung des Leistungskatalogs nach § 115f SGB V und die Vereinbarung der entsprechenden speziellen sektorengleichen Vergütung in Form von fallindividuellen Fallpauschalen die notwendigen geeigneten empirischen Kostendaten zu ambulanten Krankenhausleistungen sowie zu vertragsärztlichen Leistungen fehlen. § 115f SGB V sieht vor, dass spätestens ab 2026 die Fallpauschalen auf Grundlage geeigneter empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs zu kalkulieren und anzupassen sind. Bislang liegen mit den Daten nach § 21 KHEntgG und den durch das InEK für die Kalkulation der DRG-Fallpauschalen erhobenen stationären Kostendaten lediglich empirische Daten aus dem stationären Bereich vor. Letztere stehen im Übrigen nur dem InEK zur Verfügung.

Darüber hinaus ist in dem Gesetzesauftrag nach § 115f SGB V weiterhin keine Möglichkeit für die Vertragsparteien nach § 115f Absatz 1 Satz 1 SGB V vorgesehen, das InEK sowie das InBA für Datenerhebungen, Datenauswertungen und die Kalkulation von datenbasierten Fallpauschalen zu beauftragen.

Folglich ist bezüglich beider Punkte unbedingt eine Erweiterung des gesetzlichen Auftrags nach § 115f SGB V erforderlich. Hierzu hat der GKV-Spitzenverband im Rahmen seiner Stellungnahme vom 14.08.2023 zum Referentenentwurf des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes (GDNG) bereits einen umfassenden Formulierungsvorschlag als ergänzenden Änderungsbedarf eines § 123 SGB V (NEU) sowie Änderungen der §§ 115b und 115f SGB V vorgelegt, auf den an dieser Stelle verwiesen wird.

B) Änderungsvorschlag

§ 115f Absatz 1 Satz 6 wird wie folgt geändert und um die Sätze 7 bis 12 ergänzt:

„6Spätestens ab dem Jahr 2026 ist die Fallpauschale auf Grundlage fallbezogener ambulanter Kostendaten der Krankenhäuser nach § 123, fallbezogener stationärer Kostendaten der Krankenhäuser sowie fallbezogener Kostendaten vertragsärztlicher Leistungserbringender zu kalkulieren und jährlich anzupassen. 7Hierzu trifft der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a spätestens bis zum 30. September 2025 mit Wirkung zum 1. Januar 2026 erstmalig einen Beschluss. 8Die aggregierten

Daten nach § 123 dürfen für die Zwecke des Satzes 7 verarbeitet werden. ⁹Die den Datenauswertungen zugrundeliegenden Daten einzelner Krankenhäuser sind vertraulich. ¹⁰Das Institut des Bewertungsausschusses sowie das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus können insbesondere zum Zweck der für den Beschluss nach Satz 7 erforderlichen Datenauswertungen, der Erstellung eines Kalkulationskonzeptes sowie der Leistungskalkulation beauftragt werden. ¹¹Das Institut des Bewertungsausschusses kann darüber hinaus zum Zweck der für den Beschluss nach Satz 7 erforderlichen Datenerhebung und -bereitstellung beauftragt werden. ¹²Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kann an Sitzungen des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a sowie von diesen gebildeten Unterausschüssen und Arbeitsgruppen teilnehmen.“

§ 115f Absatz 4 wird wie folgt geändert:

„Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die spezielle sektorengleiche Vergütung und die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu vereinbarenden Leistungen zu bestimmen, soweit eine Vereinbarung der Vertragsparteien **oder durch den ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a** nach Absatz 1 Satz 1 oder eine Anpassung nach Absatz 2 Satz 2 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande gekommen ist. Zur Vorbereitung einer Regelung nach Satz 1 sind die einzelnen in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien, der Bewertungsausschuss für die in § 87 Absatz 1 Satz 1 genannten ärztlichen Leistungen, der nach § 87 Absatz 5a Satz 1 ergänzte Bewertungsausschuss, das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet, Bundesministerium für Gesundheit unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten.“

§ 115f – Spezielle sektorengleiche Vergütung; Konvergenz der Vergütung

A) Neuregelung

Im Rahmen des gesetzlich vorgesehenen Kalkulationsverfahrens auf Basis empirischer Kostendaten spätestens ab 2026 ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die Vergütung der Fallpauschalen für die Leistungen nach § 115f SGB V schrittweise anzupassen mit dem Ziel, dass das Vergütungsniveau der Leistungen des AOP-Katalogs (§ 115b SGB V) erreicht wird. Mit zunehmender Ambulantisierung der Leistungen soll eine Verschiebung der Vergütungshöhe für Leistungen nach § 115f SGB V in Richtung der ambulanten Vergütung einhergehen. Mit dieser Konvergenz wird sichergestellt, dass Leistungen, die nach erfolgreicher Ambulantisierung nunmehr überwiegend ambulant erbracht werden, auch zu einem ambulanten Niveau vergütet werden. Zugleich wird durch die Berücksichtigung stationärer Vergütungen im Rahmen der Mischkalkulation weiterhin ein Anreiz für die ambulante Leistungserbringung gesetzt. Dazu bedarf es einer gesetzlich festgeschriebenen Konvergenzregelung zur schrittweisen und letztlichen Überführung dieser Leistungen auf das Vergütungsniveau des EBM bei überwiegend ambulanter Leistungserbringung. Es bedarf einer gesetzlichen Regelung, die sicherstellt, dass in regelmäßigen Abständen die Vergütungshöhen unter Einbeziehung des Ambulantisierungsgrades überprüft und neu kalkuliert werden. Eine Anpassungsmöglichkeit alle zwei Jahre bietet sich dazu an.

B) Änderungsvorschlag

In § 115f Absatz 1 wird folgender Satz 7 ergänzt:

„Im Rahmen des Kalkulationsverfahrens gemäß § 115f Absatz 1 Satz 6 ist alle zwei Jahre eine schrittweise Anpassung der Vergütung der Fallpauschalen nach § 115f zu vereinbaren, mit dem Ziel, dass das Vergütungsniveau der Leistungen nach § 115b erreicht wird.“

§ 115f – Spezielle sektorengleiche Vergütung; Evaluation

A) Neuregelung

Der gesetzliche Auftrag nach § 115f Absatz 5 SGB V sieht eine Evaluierung der Auswirkungen der mit dieser Verordnung festgelegten speziellen sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringenden sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen vor und ist durch die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 SGB V vorzulegen. Der Bericht über das Ergebnis der Evaluierung hat erstmals zum 01.04.2023 zu erfolgen und ist in einem 18-monatigen Turnus zu wiederholen.

Der GKV-Spitzenverband befürwortet grundsätzlich die gesetzgeberischen Initiativen zur Förderung der Ambulantisierung und spricht sich daher auch für die Evaluierung der vielfältigen Auswirkungen der speziellen sektorenübergreifenden Versorgung aus. Kritisch sieht der GKV-Spitzenverband die kurze Frist bis zur erstmaligen Berichterstattung an das BMG. Zumal die Rechtsverordnung erst zum 01.01.2024, und daher neun Monate nach dem ursprünglichen Zeitplan des § 115f SGB V, in Kraft tritt, werden im ersten Quartal 2024 keine auswertbaren Daten vorliegen. Die Möglichkeit einer strukturierten und datenbasierten Evaluierung der Auswirkungen ist daher nicht gegeben. Demzufolge wird vorgeschlagen, die Frist zur erstmaligen Evaluierung um ein Jahr zu verschieben und auf den 01.04.2025 festzulegen.

B) Änderungsvorschlag

§ 115f Absatz 5 wird wie folgt geändert:

„Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien evaluieren die Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringenden sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen auf der Grundlage nicht personenbezogener Leistungsdaten in einem Abstand von jeweils 18 Monaten und legen dem Bundesministerium für Gesundheit, **erstmalig am 1. April 2025**, einen Bericht über das Ergebnis der Evaluation vor.“