



VERBAND DER  
UNIVERSITÄTSKLINIKA  
DEUTSCHLANDS

## STELLUNGNAHME des

# Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD)

zum Referentenentwurf  
des Bundesministeriums für Gesund-  
heit für eine

Verordnung zu einer speziellen sektoren-  
vergleichenden Vergütung  
(Hybrid-DRG-V)

Oktober 2023

---

© Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD)

**Kontakt**

Verband der Universitätsklinika  
Deutschlands e.V. (VUD)

Alt-Moabit 96

10559 Berlin

[info@uniklinika.de](mailto:info@uniklinika.de)

[www.uniklinika.de](http://www.uniklinika.de)

**Ansprechpartner**

*Jens Bussmann*

Tel.: +49 (0)30 3940517-0

[bussmann@uniklinika.de](mailto:bussmann@uniklinika.de)

# Inhalt

I.	Vorbemerkung	4
II.	Zu den Regelungen im Einzelnen	5
III.	Weiterer Regelungsbedarf	9

# I. Vorbemerkung

Mit der Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V) soll eine Auswahl ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen bestimmt werden, auf die die spezielle sektorengleiche Vergütung Anwendung findet, d.h. die Leistungen werden in gleicher Höhe vergütet, und zwar unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär durchgeführt werden. Gleichzeitig soll mit dieser Verordnung die Vergütungshöhe für diese Leistungen festgesetzt werden. Grundlage der Rechtsverordnung bildet § 115f SGB V.

Ziel der speziellen sektorengleichen Vergütung ist es, Ambulantisierungspotenziale bei bislang unnötig stationär erbrachten Leistungen zu heben. Hierdurch soll einerseits Klinikpersonal – insbesondere Pflegekräfte – entlastet werden, andererseits soll durch Ressourceneinsparungen die Wirtschaftlichkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung gesichert werden. Die spezielle sektorengleiche Vergütung soll zum 01.01.2024 als neue Vergütungssystematik eingeführt werden.

Grundsätzlich bewertet der VUD die Ambulantisierung positiv. Wir begrüßen daher Maßnahmen, die darauf ausgerichtet sind, dass Krankenhäuser bislang stationäre Leistungen künftig ambulant erbringen unter der Bedingung, dass die medizinische Qualität, die Wirtschaftlichkeit und die Ausbildung von medizinischem und therapeutischem Personal sichergestellt sind. Die Vorgaben der Verordnung können prinzipiell dazu beitragen, das in Kliniken beschäftigte Personal über viele Bereiche hinweg zu entlasten. Damit die Regelungen ihr Ziel erreichen, ist es entscheidend, dass sie sich bürokratiearm und praxisorientiert im Klinikalltag umsetzen lassen. Gleichzeitig sollte die Einführung der Hybrid-DRGs evaluiert werden – insbesondere hinsichtlich nicht erwünschter Verlagerungseffekte und Mengenausweitungen.

Die gängigen Abrechnungsprozesse in Krankenhäusern unterscheiden strikt in ambulante und stationäre Abrechnung, wobei Patient:innen in der ambulanten Infrastruktur einer anderen und meist weniger umfangreichen Dokumentation unterliegen als stationäre Patient:innen. Die sog. Kodierfachkräfte führen eine Kodierung nach dem DRG-System durch. Sie sind dabei den Strukturen zugeordnet, in denen sich Patient:innen stationär versorgen lassen. Mit der Leistungserbringung im Rahmen der Hybrid-DRGs ist es nun notwendig, dass weniger aufwändig dokumentierte Fälle einer Kodierung unterzogen werden müssen, obwohl diese Fälle normalerweise nicht diesen Prozessen zugeführt werden.

Gleichzeitig ist in Abhängigkeit des gültigen InEK-Definitionshandbuchs der entsprechende Fall nicht bereits vor Kodierung eindeutig als Hybrid-DRG erkennbar. Es kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass sich für Fälle, die im ambulanten Bereich behandelt wurden und für die damit keine stationäre Aufnahme vorliegt, erst nach vollständiger Kodierung herausstellt, dass sie keiner Hybrid-DRGs unterworfen werden können. In diesem Fall werden Verwaltungsressourcen falsch allokiert.

Im Rahmen des Referentenentwurfs der Verordnung zur speziellen sektorengleichen Vergütung werden in Anlage 1 Prozeduren und in Anlage 2 zugehörige DRGs festgelegt. Ein Fall muss dabei Anlage 1 und 2 erfüllen, damit er mittels Hybrid-DRG abgerechnet werden kann. Eine Abrechnung als „normale“ DRG ist in diesem Fall nicht mehr erlaubt. Ist der zugehörige OPS jedoch nicht Teil des AOP-Katalogs der AOP-Vereinbarung, ist auch eine Abrechnung als ambulante Operation nicht möglich. Da es in der aktuellen Auswahl zu Überschneidungen von Leistungen aus AOP-Katalog und Hybrid-DRG-Katalog kommt, stellt sich die Frage, wonach die ambulante Abrechnungsart vom Leistungserbringer im Vorfeld bei Patientenaufnahme entschieden werden soll. Des Weiteren ist mit Blick auf die Patientenaufnahme auch unter formalrechtlichen Gesichtspunkten sicherzustellen, dass Kliniken Patient:innen ambulant aufnehmen und anschließend über eine Hybrid-DRG abrechnen können.

## II. Zu den Regelungen im Einzelnen

Im Folgenden geht der VUD auf ausgewählte Einzelaspekte des Verordnungsentwurfs ein und bewertet diese.

### 1. Zugang der Patienten zu Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung (§ 2)

*(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.*

Die Formulierung „in der Regel“ ist ein unbestimmter Rechtsbegriff. Damit einhergehend sollten gleichzeitig Ausnahmen bestimmt werden, in welchen Fällen von der Regel abgewichen werden kann. Andernfalls sind unnötige Abstimmungs- und Rechtfertigungsprozesse mit den Kostenträgern vorprogrammiert.

Darüber hinaus plädieren wir für eine Ergänzung dahingehend, dass die ambulante Erbringung von Leistungen der sektorengleichen Vergütung auch auf Überweisung bzw. Einweisung durch ermächtigte Ärzte, ermächtigte Einrichtungen und Hochschulambulanzen erfolgen kann.

### 2. Leistungen (§ 3)

*(2) Die Grundlage für eine erweiterte Leistungsauswahl, für die die Vergütung im Laufe des Jahres 2024 festgelegt wird, ist in Anlage 3 aufgeführt.*

An dieser Stelle sollte bereits heute konkret festgelegt werden, ab wann die Leistungsauswahl nach Anlage 3 mit unterjähriger Kalkulation wirksam wird. Vorzugsweise ist auf eine unterjährige Einführung zu Gunsten einer Regelung ab 01.01.2025 zu verzichten. Tritt die Regelung unterjährig in Kraft, wird die Festlegung eines prospektiven (stationären) Budgets und einer prospektiven Leistungsplanung erheblich komplexer und aufwendiger.

### 3. Vergütung (§ 4)

#### 3.1 Leistungsein- und -ausschluss

*(1) Für die in der Anlage 1 genannten Leistungen ist eine in der Anlage 2 aufgeführte Fallpauschale (Hybrid-DRG) berechnungsfähig, sofern sie **nach Anwendung des aktuell gültigen aG-DRG-Groupierungsalgorithmus** im Ergebnis zur Abrechnung der erbrachten Leistung ausgewiesen wird. Die in der Anlage 2 aufgeführte Hybrid-DRG ist für die gesamte Dauer der erbrachten Leistungen insgesamt einmal berechnungsfähig. Die Leistungen **beginnen nach Abschluss der Indikationsstellung** mit der Einleitung der Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung und **enden mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung**. Mit der Hybrid-DRG sind **alle Leistungen und Aufwände im Zusammenhang mit der Behandlung** des Versicherten mit einer in Anlage 1 genannten Leistung abgegolten, insbesondere ärztliche Leistungen, Sachkosten sowie Kosten für Unterkunft und Verpflegung für eine Übernachtung. Das Pflegebudget des Krankenhauses nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes bleibt unberührt.*

#### 3.1.1 Indikationsstellung und Nachsorge

Positiv ist, dass die Indikationsstellung nicht Teil der Leistungen der sektorengleichen Vergütung ist und sich letztere nur auf die eigentliche operative Therapie und die Nachbeobachtung beschränkt. Aus der Begründung zur Verordnung (vgl. Begründung zu § 4 Abs. 1 auf S. 26) geht hervor, dass die Indikationsstellung und die Nachsorge eigenständig abgerechnet werden können: „Nachsorge, die erforderlich werden kann, um den Erfolg einer nach § 3 erbrachten Leistung zu sichern oder zu festigen, ist grundsätzlich Aufgabe der vertragsärztlichen Versorgung.“ Dieser Hinweis findet sich aktuell jedoch nicht direkt in der Verordnung wieder. Dies birgt das Risiko für Kliniken, dass sich die Krankenkassen auf den reinen Verordnungstext berufen, in dem steht, dass alle Kosten - ergo einschließlich Indikationsstellung und Nachsorge - abgegolten sind. Aus unserer Sicht ist daher eine klarstellende Formulierung unmittelbar im Verordnungstext notwendig.

#### 3.1.2 Zusatzentgelte

Unklar ist, in welcher Höhe Material- und Sachkosten durch die Hybrid-DRG abgegolten werden und wie mit eventuellen Zusatzentgelten zu verfahren ist. Es stellt sich die Frage, ob mit der Bezeichnung Sachkosten im Referentenentwurf auch Zusatzentgelte gemeint sind. Entsprechend der gängigen Praxis zur Trennung von Sachkosten in der InEK-Kalkulation von ag-DRGs und eigenständigen Zusatzentgelten, ist derzeit eher von einer separaten Abbildung von Zusatzentgelten auszugehen. Dies sollte in der Verordnung klargestellt werden. Sollten

Zusatzentgelte nicht zusätzlich abrechenbar sein, ergibt sich rechnerisch eine teilweise geringere Vergütung nach Hybrid-DRG als mittels EBM-Abrechnung. Auch mit einer separaten Zusatzentgeltvergütung und Einbezug der Sachkosten aus der ag-DRG-Kostenmatrix in den Hybrid-DRGs verbleibt teilweise eine höhere EBM-Vergütung als durch die Hybrid-DRG.

Formulierungsvorschlag:

*„... Die Leistungen beginnen nach Abschluss der Indikationsstellung mit der Einleitung der direkt mit der Operation zusammenhängenden Operationsvorbereitung und -planung, insofern diese 10 Kalendertage vor der Leistung erfolgen, und enden mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung, die im direkten Besuch erfolgt. Bei späteren Leistungen handelt es sich um Nachsorgeleistungen. Mit der Hybrid-DRG sind alle Leistungen und Aufwände im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten mit einer in Anlage 1 genannten Leistung abgegolten, insbesondere ärztliche Leistungen, Sachkosten sowie Kosten für Unterkunft und Verpflegung für eine Übernachtung. Davon unberührt sind die*

- Leistungen der Indikationsstellung und der Nachsorge sowie
- Zusatzentgelte

*Sie können zusätzlich abgerechnet werden. Das Pflegebudget des Krankenhauses nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes bleibt ebenso unberührt.“*

### 3.2 EBM und Hybrid-DRG

*(2) 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 berechtigt, die in der Anlage 1 genannten Leistungen alternativ nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztlichen Leistungen abzurechnen.** Abweichend von Satz 1 sind Krankenhäuser gemäß § 1 berechtigt, Zusatzentgelte gemäß § 6 Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes im Zusammenhang mit der Durchführung von Dialysebehandlungen und der Behandlung von Versicherten mit Hämophilie sowie zusätzlich zu der jeweiligen Hybrid-DRG die in Anlage 3c des Fallpauschalen-Kataloges nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes festgelegte Bewertungsrelation des Pflegeerlös-Katalogs für die jeweilige Hybrid-DRG gesondert zu berechnen.*

Die Regelung konterkariert das Ziel einer einheitlichen Vergütung gemäß Anlage 2. Darüber hinaus ist die Regelung für Krankenhäuser äußerst kritisch zu sehen, insbesondere da weder in der Verordnung selbst noch in der Begründung konkrete Kriterien für die optionale Abrechnung nach EBM genannt werden. In der Praxis stellt diese „Öffnungsregelung“ ein großes Problem dar: Auch wenn der derzeitige Wortlaut suggeriert, dass der Leistungserbringer die Entscheidungsgewalt darüber tragen soll, ob er eine Abrechnung nach Hybrid-DRG oder EBM bevorzugt, werden die Kostenträger stets auf das Wirtschaftlichkeitsprinzip hinweisen und die

kostengünstigste Alternative einfordern. Dies wird durch die in der Vergangenheit bereits erfolgte höchstrichterliche Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Wirtschaftlichkeitsgebot u.a. bei Leistungen des AOP-Katalogs untermauert. Danach haben Krankenhäuser keine Wahl der Abrechnungsmöglichkeit, sondern sie unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 des SGB V.

Die vorgesehene Regelung würde de facto dazu führen, dass Krankenkassen oft auf eine alternative, günstigere Abrechnung über den EBM verweisen und Krankenhäuser regelhaft oder sogar immer aufwändige Vergleichsberechnungen machen müssten. Dies kann nicht im Sinne aller Beteiligten sein.

Die Regelung würde somit den Grundgedanken der sektorengleichen Vergütung ad absurdum führen und den Verwaltungsaufwand durch notwendige Vergleichsrechnungen massiv erhöhen. Um eine für alle Seiten pauschale, einheitliche und damit einfache und wenig streitbehaftete Abrechnung der Leistungen zu ermöglichen, ist entweder die Regelung in Satz 2 so abzuändern, dass diese nicht vom § 12 des SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot) berührt wird oder sie ist komplett zu streichen.

#### **4. Abrechnungsverfahren (§ 5)**

*(3) Es gelten die Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils aktuellen Fassung.*

Die Deutschen Kodierrichtlinien gelten nur bei stationärer, nicht jedoch bei ambulanter Leistungserbringung (s. auch Nr. 3.2.2).

Bzgl. der Abrechnung ist ferner anzumerken, dass es sich bei Fällen, die über Hybrid-DRGs abgerechnet werden, entsprechend des Referentenentwurfs um einen stationären oder ambulanten Fall handeln kann. In Abhängigkeit von dieser Einordnung ist der Datenaustausch durchzuführen. Es ist wünschenswert, dass stationäre Fälle der Hybrid-DRGs von der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c SGB V ausgenommen werden. Da es keine Abschläge für Verweildauertage gibt, besteht zwar keine Auffälligkeit bzgl. der sekundären Verweildauer. Es könnte aber durchaus eine Auffälligkeitsprüfung im Rahmen der DRG-Kodierung erfolgen, wenn die damit ermittelte DRG im Zweifel steht. Dies würde einem verwaltungsschlanken Prozess entgegenstehen- insbesondere, da in diesem Zusammenhang stationär erbrachte Fälle im Krankenhaus schlechter gestellt wären als im niedergelassenen Bereich ambulant erbrachte Leistungen (u.a. auch bzgl. der Folgen einer MD-Prüfung wie Aufschlagszahlungen und Auswirkungen auf die Prüfquote). Dieser Ausschluss von der Prüfung und Prüfquotenermittlung ist im Gesetz eindeutig festzulegen. § 5 ist entsprechend um einen folgenden Absatz 4 zu ergänzen:

*„(4) Eine Prüfung der Abrechnung nach § 275 c SGB V ist ausgeschlossen.“*

Zusätzlich sollte festgehalten werden, dass Krankenhäuser Patienten auch ambulant aufnehmen können und dennoch eine Hybrid-DRG abrechnen können. Damit werden Krankenhäuser gleichgestellt mit der niedergelassenen ambulanten Versorgung.



## 5. Hybrid-DRG gemäß § 4 Absatz 1 (Anlage 2)

In Anlage 2 der Verordnung zur speziellen sektorengleichen Vergütung werden die Hybrid-DRGs **mit festen Euro-Beträgen und nicht mit Bewertungsrelationen** ausgewiesen. Die Krankenhaussoftware arbeitet jedoch mit Bewertungsrelationen. Wenn die Hybrid-DRGs nun mit Eurobeträgen ausgewiesen werden, braucht es neue Software-Lösungen, die diesen Sonderweg berücksichtigen. Bis zu deren Umsetzung vergeht Zeit, in der Krankenhäuser diese Leistungen nicht abrechnen können. Zudem haben Bewertungsrelationen gegenüber Euro-Beträgen den Vorteil, dass sich die Weiterentwicklung des Vergütungssystems für alle Beteiligten leichter nachvollziehen lässt (z.B. hinsichtlich Leistungsauf-/abwertung, Fortschreibung in Höhe des Basisfallwertes/Tarifrates, etc.).

## III. Weiterer Regelungsbedarf

Darüber hinaus fehlt der Verordnung eine verbindliche und transparente Regelung zu denjenigen **Kontextfaktoren**, die eine stationäre Erbringung der Leistung begründen. Das IGES-Gutachten hatte hierzu eine Reihe von Faktoren aufgeführt, die eine stationäre Behandlung notwendig machen können. Im AOP-Katalog wurden diese Kontextfaktoren zwar nicht vollumfänglich überführt, dennoch enthält der AOP-Katalog zumindest eine Opt-Out-Lösung: Über eine Medizinische Begründung (MBEG-Nachricht) kann die Notwendigkeit der stationären Behandlung den Kassen mitgeteilt werden, wenn ein AOP-Fall stationär behandelt wird und keine Diagnosen oder Prozeduren als Kontextfaktoren angegeben wurden. Dies kann bspw. soziale Faktoren (wohnungslos, alleinlebend, Kommunikationsprobleme etc.) betreffen, die nicht als Diagnose verschlüsselbar sind. Eine verbindliche Regelung zu den Kontextfaktoren sollte als Anlage zur Hybrid-DRG-Verordnung ergänzt werden.

Bzgl. der **Abgrenzung von ag-DRG-Fällen zu Hybrid-DRG-Fällen** haben wir den Referentenentwurf so verstanden, dass Hybrid-DRGs zur Abrechnung kommen können, wenn die Fälle aufgrund von OPS, der Verweildauer und des PCCL in eine der 12 Hybrid-DRGs der Anlage 2 gruppiert werden. Für die Eingruppierung in eine Hybrid-DRG ist entsprechend der Verlautbarung des InEK eine Verweildauer von genau einem Tag erforderlich. Dies widerspricht der Intention, dass Fälle, egal ob sie ambulant oder einen oder mehrere Tage stationär im Krankenhaus sind, über die Hybrid-DRG abgebildet werden können. Es fehlt in der Verordnung also eine Klarstellung, bei welcher Verweildauer eine Hybrid-DRG möglich ist oder ob eine Hybrid-DRG letztlich eine explizite Ein-Belegungstag-DRG darstellt. Sollte keine Klarstellung erfolgen, ergeben sich unweigerlich eine Vielzahl praxisrelevanter Fragen, die wiederum aufwendige MD-Prüfungen nach sich ziehen werden. Diese können z.B. betreffen die Umwandlung eines vollstationären ag-DRG-Falls in einen Hybrid-DRG-Fall, das Verhältnis der Abrechnung der ag-DRG mit dem uGVD-Abschlag zur Abrechnung nach Hybrid-DRG, die Fallzusammenführung zwischen einem Hybrid-DRG- und einem ag-DRG-Fall bei Wiederaufnahme aufgrund einer Komplikation, etc.

Für **Versicherte außerhalb des GKV-Systems** (PKV-Patient:innen, BG-Versicherte, etc.) ist derzeit unklar, ob eine vergleichbare Regelung gefunden wird bzw. ob die Hybrid-DRG-Abrechnung auch auf diese Versicherte anwendbar sein wird. Hier muss eine Lösung gefunden werden. Ansonsten müsste der Grouper zusätzlich den Versicherungsstatus berücksichtigen und PKV-Patient:innen in eine ag-DRG eingruppiieren, während GKV-Patient:innen bei gleicher Kodierung in einer Hybrid-DRG landen.

Schlussendlich muss auch bei der sektorengleichen Vergütung zwingend die **ärztliche Weiterbildung** mitgedacht werden. Die Vergütungshöhe für Hybrid-DRGs kann nicht durch einen gewichteten Durchschnittswert aus EBM und DRG-Pauschale ermittelt werden. Stattdessen sind bei der Kalkulation auch die Aspekte des Gleichzeitigkeitsfaktors und der OP-Zeit-Verlängerung zu berücksichtigen, wenn Eingriffe als Bestandteil der ärztlichen Weiterbildung erbracht werden. Die erhöhten Kosten, die mit der ärztlichen Weiterbildung bei stationären Fällen einhergehen, dürfen nicht pauschal in die sektorengleiche Vergütung einfließen. Vielmehr müssen sie zielgerichtet jenen Leistungserbringern zugutekommen, die sich in der ärztlichen Weiterbildung engagieren. Ansonsten sind solche Leistungen im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung nicht wirtschaftlich erbringbar mit der Folge, dass diese Operationen künftig nicht mehr im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung erlernt werden können.