



VERORDNUNG ZU EINER SPEZIELLEN SEKTORENGLEICHEN VERGÜTUNG (HYBRID-DRG-V)

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM VERORDNUNGSENTWURF DES
BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT (BEARBEITUNGSSTAND
DER VERORDNUNG: 21. SEPTEMBER 2023)

27. OKTOBER 2023

INHALT

GRUNDSÄTZLICHE KOMMENTIERUNG

3

KOMMENTIERUNG IM EINZELNEN

5

1. § 3 Abs. 1 – Startkatalog 5
2. § 3 Abs. 2 – Erweiterung der Leistungen 5
3. § 4 – Vergütung 5
4. § 5 Abs. 2 – Abrechnungsverfahren 8
5. § 5 Abs. 3 und 4 – Bürokratische Hürde durch Kodierrichtlinien und Grouper-Software 9
6. Anlage 1 – Startkatalog gemäß § 3 Absatz 1 9

Zur Kommentierung

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. So keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

GRUNDSÄTZLICHE KOMMENTIERUNG

Die KBV begrüßt ausdrücklich das Vorhaben, nachhaltige Reformansätze an der Schnittstelle zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung umzusetzen. Sie folgen der Patientensouveränität und sind zugleich wirtschaftlich. Mit der Einführung der speziellen sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f SGB V wurde vom Gesetzgeber die Möglichkeit eröffnet, an dieser Stelle ambulante Operationen zu fördern. Durch diese Ambulantisierung werden auch aus Sicht der KBV im Gesundheitssystem auf Dauer Kosten gespart sowie die Versorgung patientenfokussiert gefördert. Zusätzlich werden Deutschlands Krankenhäuser von vielen unnötig stationär behandelten Fällen und damit das in diesen Krankenhäusern beschäftigte Pflegepersonal entlastet.

Der Umsetzung des gesetzlichen Auftrages in § 115f SGB V kommt aus Sicht der KBV daher eine große Bedeutung zu. Nachdem die KBV, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband als Vertragsparteien nach § 115b Abs. 1 Satz 1 SGB V bis zum 31. März 2023 keine Einigung erzielen konnten, liegt mit dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V) ein Lösungsvorschlag zur Umsetzung und Zielerreichung vor.

Aus Sicht der KBV werden die zu begrüßenden Ziele des Reformvorhabens mit diesem vorliegenden Lösungsansatz nicht erreicht werden können. Für die Zielerreichung bedarf es eines Wettbewerbes zwischen den Akteuren in der Sektorenschnittstelle. Die Notwendigkeit eines Wettbewerbs zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor ergibt sich daraus, dass für die Krankenhäuser eine Ambulantisierung Umsatzverluste im Sinne einer Kostenanpassung an die entsprechenden Einsparungen bedeutet. Die Umsetzung der speziellen sektorengleichen Vergütung muss diesen Wettbewerb zwingend anreizen.

Aus Sicht der KBV verfehlt der vorliegende Entwurf der Hybrid-DRG-V diese notwendige Ausrichtung aus folgenden Gründen:

1. Der Umfang des Startkataloges, der fünf Leistungsbereiche mit 244 OPS-kodierten Verfahren umfasst, ist wesentlich zu klein, um den Wettbewerb in ausreichendem Maße anzukurbeln.
2. Die aus vertragsärztlicher Sicht unzureichende Abgrenzung der von den Hybrid-DRG umfassten Leistungen, führt dazu, dass Vertragsärzte nicht umfassend in den Wettbewerb einsteigen werden. Dies betrifft insbesondere unklare Regelungen in Bezug auf viele beteiligte Fachgruppen, die in der vertragsärztlichen Versorgung als eigenständige Abrechnungseinheiten fungieren, und der pauschale Einbezug der fallindividuell sehr unterschiedlichen Sachkosten.
3. Die Höhe der Bewertung der Hybrid-DRG setzt kaum bzw. nur in Teilen den notwendigen Anreiz für Vertragsärzte. Dies betrifft insbesondere die Abrechnung ambulanter Operationen in höheren EBM-Kategorien. Die einheitliche Vergütung nach den Hybrid-DRG-Pauschalen, ohne die in § 115f SGB V vorgesehene Schweregraddifferenzierung, verhindert in großen Teilen den für den Wettbewerb notwendigen Anreiz.
4. Vertragsärzte werden mit der Hybrid-DRG-V gezwungen, die bisher ausschließlich im stationären Sektor angewendete DRG-Groupersystematik mittels einer Datenverarbeitungslösung einzusetzen. Dies

bedeutet eine zusätzliche Hürde für die Teilnahme von ambulant tätigen Vertragsärzten an der sektorengleichen Versorgung gemäß des vorgelegten Entwurfes der Hybrid-DRG-V.

Im Detail werden die genannten Punkte in der Kommentierung der Einzelvorschriften nochmals aufgegriffen.

Darüber hinaus möchten wir erneut anmerken, dass der durch die Änderung des § 115f SGB V im Pflegestudiumstärkungsgesetz (Drucksache des Dt. Bundestages [20/8901](#)) vorgesehene Zeitraum für die Überarbeitung der Hybrid-DRG mit dem Ziel der Erweiterung durch die Vertragsparteien nach § 115b SGB V erfahrungsgemäß kritisch einzuschätzen ist. Nach Einschätzung der KBV führen die vorgegebenen Fristen zu Fristüberschreitungen, deren Ursache nicht in unzureichenden Beratungsprozessen und fehlendem Engagement der Vertragsparteien, sondern in zu engen Zeitvorgaben liegt.

Abgesehen davon ist die vom Gesetzgeber in § 115f Abs. 4 Satz 1 SGB V aufgenommene Ermächtigung des BMG zum Erlass der vorliegenden Rechtsverordnung bei Nichteinigung der Selbstverwaltungspartner verfassungsrechtlich problematisch und nicht zielführend. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb – anderes als etwas beim Ambulanten Operieren nach § 115b SGB V – nicht das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a SGB V als Streitschlichtungsorgan vorgesehen ist, sondern die näheren Vorgaben unmittelbar vom Staat erlassen werden. Die in § 115f Abs. 4 Satz 1 SGB V enthaltene Verordnungsermächtigung ist ein weiterer Beleg für den Weg in die Staatsmedizin und die Aushöhlung der seit Jahrzehnten bewährten funktionalen Selbstverwaltung. Dies lehnen wir ab.

KOMMENTIERUNG IM EINZELNEN

1. § 3 ABS. 1 – STARTKATALOG

Die im Startkatalog enthaltenen Operationsverfahren nach OPS einer Beurteilung zu unterziehen, ist vor dem Hintergrund der Unkenntnis der Funktion der um Hybrid-DRG erweiterten Groupersystematik schwierig. Eine differenzierte Bewertung eines einzelnen Verfahrens ohne Kenntnis der eindeutigen Zuordnung der Operation zu einer Hybrid-DRG ist nicht möglich, gerade im Hinblick auf die Erweiterung nach der Anlage 3 des Referentenentwurfs.

Vor diesem Hintergrund ist die KBV jedoch der Auffassung, dass der Startkatalog der Hybrid-DRG in Anlage 1 mit 5 Leistungsbereichen nicht umfassend genug ist, um die Ambulantisierung wirklich voranzutreiben. Ein zunächst eher geringer Umfang des Startkataloges in Anlage 1 ist vor dem Hintergrund der nicht bekannten Auswirkungen der Einführung von Hybrid-DRGs und erwartbaren Anlaufschwierigkeiten begreiflich, hilft aber nicht das Ambulantisierungspotenzial zu heben. Die gewählten Leistungsbereiche sind zwar nachvollziehbar und werden von der KBV prinzipiell positiv bewertet. Der Katalog muss jedoch deutlich erweitert werden. Die KBV hat dazu einen Vorschlag gemacht und dem Bundesministerium für Gesundheit zur Verfügung gestellt. Die KBV fordert dringend, in der Hybrid-DRG-V noch stärker die Weichen zu stellen für die Erweiterung und Überprüfung des Leistungskatalogs.

Die Aufnahme von OPS-Codes, die über das bislang erlaubte Leistungsspektrum der vertragsärztlichen Versorgung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) hinausgehen, wird aufgrund der damit einhergehenden Gleichbehandlung beider Sektoren positiv bewertet. Der DRG-Logik folgend ist die Aufnahme von unspezifischen Codes (ca. 40 % x- und y-Kodes im Starterpaket) einleuchtend, von der Anwendung her jedoch eher selten, gegebenenfalls für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden relevant.

2. § 3 ABS. 2 – ERWEITERUNG DER LEISTUNGEN

Die Anlage 3 enthält die Grundlage für eine erweiterte Leistungsauswahl nach § 115f SGB V für das Jahr 2024. Die KBV steht der beabsichtigten Erweiterung des § 115f-Leistungskataloges positiv gegenüber und regt jedoch an, ihn noch umfassender zu fassen. Hingegen sieht die KBV im Detail bei bereits ambulantisierten Verfahren (z. B. Katarakt) nicht die Notwendigkeit für eine Hybrid-DRG. Außerdem wird auf die in der grundsätzlichen Kommentierung angeführten Problematik der kurzen Frist verwiesen.

Durch die Änderung der gesetzlichen Vorgaben ist zu erwarten, dass die in der Anlage 3 enthaltenen DRG auch Leistungen umfassen, die derzeit nicht im AOP-Katalog bzw. im EBM enthalten sind. Die Entkopplung der Hybrid-DRG vom AOP-Katalog ist seit langem eine Forderung der KBV und zu begrüßen. Allerdings gibt es für bestimmte in den Anlagen 1 bis 3 enthaltenen Leistungen derzeit keine EBM-Position. Mit Blick auf das durch § 4 Abs. 2 Satz 2 eingeräumte Wahlrecht, § 115f-Leistungen nach Maßgabe des EBM abzurechnen, sollte in die Rechtsverordnung eine Verpflichtung für den Bewertungsausschuss aufgenommen werden, zeitnah entsprechende EBM-Positionen zu schaffen. Damit wird verhindert, dass es für bestimmte Leistungen kein Wahlrecht bei der Abrechnung gibt.

3. § 4 – VERGÜTUNG

a) § 4 Abs. 1 Satz 1 – Intransparenz der Gruppierung der Hybrid-DRG

Die in Anlage 2 zugrunde liegenden Hybrid-DRG sind zum einen vor dem Hintergrund der notwendigen Aufteilung der Fallpauschale auf beteiligte Akteure zu kritisieren. Die Hinweise der ärztlichen Selbstverwaltung hierzu wurden nicht aufgegriffen. Im Ergebnis wird nun ein stark pauschalierendes System vorgegeben.

Zum anderen kann dies in Abhängigkeit der Höhe der EBM-Kategorie und des Umfangs der Sachkosten zu ungewollten Anreizen führen. So sind die Bewertungen der Fallpauschalen für Eingriffe bis Kategorie 2 in EBM-Notation vorteilhaft. Ab Kategorie 3 ist dies nicht mehr eindeutig, sodass überwiegend

Unterdeckungen resultieren. Hier sei auf die nicht oder nicht eindeutig zu erkennende Umsetzung der Schweregrad-Kategorisierung als einer der Gründe hinzuweisen.

Der den Hybrid-DRG in Anlage 2 zugrunde liegende Grouper-Algorithmus ist eine Blackbox, die nicht nachvollziehbar und folglich unverständlich ist. So ist unklar, wie beispielsweise Simultaneingriffe, Rezidiveingriffe oder erschwerende Nebendiagnosen bzw. Komplikationen im Grouper-Algorithmus berücksichtigt werden.

b) § 4 Abs. 1 Satz 1 – bürokratische Hürden für die Abrechnung von Hybrid-DRG durch Vertragsärzte

Wenn ein Vertragsarzt nach § 4 Abs. 1 die in der Hybrid-DRG-V aufgeführten Hybrid-DRG abrechnen möchte, muss er die Regelungen und Verpflichtungen des DRG-Systems einschließlich der Deutschen Kodierrichtlinien einhalten und eine Gruppierungssoftware verwenden. Das sind für die Vertragsärzte – im Gegensatz zu den Krankenhäusern – zusätzliche bürokratische und kostenverursachende Hürden. Diese stehen einer Teilnahme von Vertragsärzten an der sektorengleichen Versorgung entgegen. Dies ist für die Vertragsärzte ein Nachteil, da nach den Ausführungen in der Begründung des Entwurfs der Hybrid-DRG-V die Abrechnung der Hybrid-DRG aus wirtschaftlicher Perspektive vorzugswürdig sein sollte. Diese Verpflichtungen sollten für Vertragsärzte aufgelockert und in die Rechtsverordnung eine Regelungsermächtigung für die KBV oder die BMV-Partner aufgenommen werden.

c) § 4 Abs. 1 Satz 3 und 4 - Beginn und Abschluss der § 115f-Leistung

Nach der in der Hybrid-DRG-V enthaltenen Definition beginnt die § 115f-Leistung nach Abschluss der Indikationsstellung mit der Einleitung der Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung. Sie endet mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung. Dieser Zeitraum sollte zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten präziser definiert werden. Die Abgrenzung des Abschlusses der Indikationsstellung von der Einleitung operationsvorbereitender Maßnahmen kann im Einzelfall sehr schwierig sein. Gleiches gilt für die Frage, wann die postoperative Nachbeobachtung abgeschlossen ist. Die Problematik lässt sich lösen, indem in § 4 Abs. 1 Satz 3 ausdrücklich geregelt wird, was die Leistungen der Operationsvorbereitung sind und dass die § 115f-Leistung endet, wenn die postoperative Nachbeobachtung in der Einrichtung, in der der Eingriff durchgeführt worden ist, abgeschlossen ist. Zudem sollten Leistungen benannt werden, die von der Pauschale nicht umfasst sind. Wir schlagen folgende Formulierung vor:

„Die Leistungen umfassen die Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung des Operateurs und der operierenden Einrichtung einschließlich der Operation nach Anlage 1 (ärztliche Leistungen des Operateurs, Anästhesisten während des Eingriffs) und die unmittelbare postoperative Nachbeobachtung in der operierenden Einrichtung sowie die Kosten für Unterkunft und Verpflegung für eine Übernachtung.

Von der Vergütung durch die Fallpauschale nach Absatz 1 ausgenommen sind Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereiches (Kapitel 3 und 4 des EBM), Leistungen des Kapitels 34 des EBM mit Ausnahme von Durchleuchtungen, Leistungen des Kapitels 32.3 des EBM (Speziallabor), Leistungen der Dialyse, Leistungen der Richtlinienpsychotherapie gemäß Kapitel 35 des EBM, sämtliche Leistungen der ausschließlich überweisungsgebundenen tätigen Ärzte gemäß § 13 Absatz 4 des Bundesmantelvertrages Ärzte (BMV-Ä) sowie Sachkosten außerhalb des Kapitel 40 des EBM, es sei denn diese Leistungen sind ausdrücklich Bestandteil der Anlage 1 dieses Vertrages.“

Der in der Formulierung ebenfalls enthaltene, explizite Ausschluss von Leistungsbereichen ist erforderlich, da es für den Operateur organisatorisch kaum möglich ist, z. B. die hausärztliche Praxis des Patienten zu kennen und die Vergütung mit dieser zu teilen.

Bezogen auf die Verordnungen von Hilfs-, Heilmittel und Arzneimittel wird um Klarstellung gebeten, ob und ggf. inwieweit diese von der Pauschale umfasst sind.

Es ist nicht unwahrscheinlich, dass Krankenhäuser die Möglichkeit nutzen werden, die Verweildauer auf mehrere Tage auszuweiten, um dadurch die höher bewerteten DRG abrechnen zu können. Die Eingrenzung auf einen Belegungstag für die Hybrid-DRGs, sowie die Berücksichtigung von §115b-Kontextfaktoren bei der Abgrenzung zwischen Hybrid-DRG und DRG vermindert die Ambulantisierungsmöglichkeit enorm. Der Verordnungsgeber hat mit der Festlegung auf einen Belegungstag die geringstmögliche Zahl gewählt. Der

Gesetzgeber hat jedoch – den Empfehlungen des Sachverständigenrats Gesundheit oder des Gesundheitsökonomischen Zentrums der Universität Hamburg (HCHE) folgend – die Möglichkeit gegeben, bis zu drei Tagen Verweildauer einzubeziehen (sogenannte Kurzlieger). Darüber hinaus wird in § 115f Abs. 1 SGB V ausdrücklich davon gesprochen, dass die spezielle sektorengleiche Vergütung unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird. Aus diesem Grund sollten Kontextfaktoren, die im Zusammenhang mit dem ambulanten Operieren gemäß § 115b SGB V vereinbart wurden, um eine stationäre Leistungserbringung zu begründen, nicht als Ausschlusskriterium für die Anwendung von Hybrid-DRG verwendet werden.

Folglich sollten für die Bestimmung und Berechnung von Hybrid-DRG auch DRG-Fälle mit bis zu drei Belegtagen einbezogen werden und Kontextfaktoren nur in Fällen berücksichtigt werden, die einen extrem hohen Ressourcenverbrauch bei stationärer Leistungserbringung zur Folge haben.

d) § 4 Abs. 1 Satz 4: Zulässigkeit der Übernachtung bei § 115f-Leistungen von Vertragsärzten

Aus § 3 Abs. 1 Hybrid-DRG-V ergibt sich, dass § 115f-Leistungen sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden können. Nach § 4 Abs. 1 Hybrid-DRG-V sind in der Hybrid-DRG die Kosten für eine Übernachtung enthalten. Das spricht dafür, dass ein Vertragsarzt (etwa der Betreiber eines OP-Zentrums) § 115f-Leistungen auch mit Übernachtung anbieten darf. Diese Befugnis ist aus Sicht der KBV auch zwingend; anderenfalls läge eine erhebliche Benachteiligung der Vertragsärzte gegenüber den Krankenhäusern bei der Abrechnung von § 115f-Leistungen vor. Die Befugnis der Vertragsärzte, Versicherte im Rahmen einer § 115f-Leistung in der Einrichtung übernachten lassen zu können, sollte zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit in der Hybrid-DRG-V deshalb ausdrücklich erwähnt werden.

e) § 4 Abs. 1 Satz 4, Satz 5: Nichtberücksichtigung der Pflegekosten in den Hybrid-DRG und im EBM

Nach § 4 Abs. 1 Satz 4 sind die Kosten für eine Übernachtung grundsätzlich in der Hybrid-DRG enthalten, nicht aber die Kosten für den pflegerischen Aufwand. Mit Blick auf die Krankenhäuser ist das konsequent. Denn ihnen werden diese Kosten vollständig von den Krankenkassen über das Pflegebudget finanziert, § 4 Abs. 1 Satz 5. Die Vertragsärzte haben diese Möglichkeit dagegen nicht und müssen diese Kosten aus der § 115f-Vergütung finanzieren, obwohl sie weder in die Hybrid-DRG noch in die EBM-Positionen einkalkuliert sind. Hier fehlt ein Ausgleich, um eine sektorengleiche Vergütung für die den Vertragsärzten entstehenden Pflegekosten zu erreichen und eine sachlich nicht begründbare Ungleichbehandlung zu verhindern. Es ist daher für Vertragsärzte eine zusätzliche Vergütung mindestens in Höhe des vorläufigen Pflegeentgeltwerts in Höhe von demnächst 250 EUR vorzusehen, um eine echte sektorengleiche Vergütung zu erreichen.

f) § 4 Abs. 2 Satz 2, Abs. 3: Unklarheiten bei der EBM-Abrechnungsoption

Die KBV interpretiert das im Referentenentwurf vorgesehene Wahlrecht, statt der Hybrid-DRG eine Abrechnung auf Grundlage des EBM vorzunehmen, als Ersatz für die fehlende – aber im § 115f SGB V vorgesehene – Differenzierung nach Schweregraden. Der Rückgriff auf diese Abrechnungssystematik in der vertragsärztlichen Versorgung zeigt einmal mehr, dass die ausschließliche Perspektive zur Implementierung der Hybrid-DRG auf das stationäre Vergütungssystem nicht ausreichend ist. Aus der Verknüpfung der Vergütungssystematik der vertragsärztlichen Versorgung mit der nun durch den Referentenentwurf entwickelten Vergütungssystematik, ohne entsprechende Anpassung der EBM-Vergütung, wirft einerseits Fragen nach der Abgrenzung der speziellen sektorengleichen Vergütung von der vertragsärztlichen Vergütung und der stationären Vergütung auf. Andererseits wird insbesondere in den höheren Schweregraden das durch § 115f SGB V vorgegebene Ziel, eine spezielle sektorengleiche Vergütung in der Höhe zwischen EBM-Vergütung und stationärer DRG-Vergütung zu implementieren, nicht erreicht. Hier wird in dem Bereich mit dem größeren Ambulantisierungspotenzial lediglich die Untergrenze des vorgegebenen Bereichs durch die Hybrid-DRG-V festgelegt und kein Anreiz zur Ambulantisierung gesetzt.

Zur Frage der Abgrenzung der speziellen sektorengleichen Vergütung zur vertragsärztlichen Abrechnung möchten wir folgendes vorschlagen. Wenn ein Vertragsarzt die Abrechnung der § 115f-Katalogleistungen nach EBM wählt, sollte in der Rechtsverordnung geregelt werden, dass in diesem Fall – wie beim ambulanten Operieren – jeder an dem Eingriff Beteiligte die von ihm durchgeführten Leistungen nach den

für die in der vertragsärztlichen Regelversorgung sonst geltenden Vorgaben gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen kann und keine Sammelabrechnung sämtlicher Leistungen durch eine einzige Person erfolgt. Letzteres ist derzeit aber in § 4 Abs. 3 vorgesehen und sollte in jedem Fall geändert werden.

Außerdem sollte in der Hybrid-DRG-V geregelt werden, dass bei Wahl der EBM-Option nach § 4 Abs. 2 Satz 2 die Abrechnung zwingend gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt und dazu keine Beauftragung notwendig ist. Zudem ist klarzustellen, dass die Leistungen quartalsweise im Rahmen der kollektivvertraglichen Abrechnung von den gesetzlichen Krankenkassen vergütet werden.

g) § 4 Abs. 3: Erklärung des Abrechnenden zur Nichtvornahme von Doppelabrechnungen

Nach § 4 Abs. 3 muss die die § 115f-Leistungen abrechnende Person bei der Abrechnung erklären, dass die Leistungen von keinem anderen Leistungserbringer abgerechnet werden, wenn bei dem Eingriff mehrere Ärzte mitgewirkt haben. Dies gilt nach dem eindeutigen Wortlaut der Vorschrift für beide in § 4 Abs. 1 und Abs. 2 aufgeführten Abrechnungsoptionen nach Hybrid-DRG oder nach EBM.

Das Verbot der Mehrfachabrechnung ist wegen der Einbeziehung sämtlicher Leistungen in die zeitliche Periode der Hybrid-DRG-Fallpauschale nachvollziehbar. Die Erklärung geht unseres Erachtens aber zu weit, da der Abrechnende nicht versichern kann, dass ein Dritter – auf dessen Verhalten er keinen Einfluss hat – nicht ebenfalls Leistungen abrechnet. Je nachdem, wie unscharf die § 115f-Abrechnungsperiode definiert ist, kennt der Abrechnende möglicherweise gar nicht alle an der § 115f-Leistung beteiligte Leistungserbringer. Die Regelung sollte daher gestrichen, in der Hybrid-DRG-V aber ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass die Hybrid-DRG nur einmal abgerechnet werden darf. Damit wird auch klargestellt, dass bei einem Verstoß nicht die kollektiv abrechnende Person – was durch die Erklärung der Nichtabrechnung durch einen Dritten derzeit suggeriert wird – rechtswidrig handelt, sondern diejenige Person, die eine mit der Hybrid-DRG bereits abgegoltene Leistung gesondert abrechnet.

Für den Fall der EBM-Abrechnung nach § 4 Abs. 2 Satz 2 verweisen wir auf unsere vorherige Kommentierung. Eine Erklärung des Abrechnenden, dass keine Doppelabrechnung durch einen Dritten erfolgt, muss bereits deshalb ausscheiden, weil es keine einheitliche Abrechnung sämtlicher von verschiedenen Ärzten durchgeführte Leistungen durch einen einzigen Arzt geben kann.

4. § 5 ABS. 2 – ABRECHNUNGSVERFAHREN

a) Nach § 5 Abs. 2 Satz 1 übermitteln die teilnehmenden Vertragsärzte 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. Der § 5 Abs. 2 Satz 2 ordnet die entsprechende Geltung von § 295 Abs. 1b Satz 1 und Satz 2 SGB V an. Nach § 295 Abs. 1b Satz 2 SGB V regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Nähere zur Datenübermittlung.

Der Verweis auf § 295 Abs. 1b Satz 2 SGB V in der Rechtsverordnung ist zu streichen. Mit der Anordnung der Befugnis zur einseitigen Festlegung der Vorgaben durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen überschreitet das Bundesministerium für Gesundheit seine Verordnungsbefugnis. Gemäß § 115f Abs. 3 Satz 5 SGB V gelten die § 295 Absatz 1b Satz 1, § 295a und § 301 Absatz 1 und 2 SGB V für die Abrechnung von § 115f-Leistungen entsprechend. Ein Verweis auf § 295 Abs. 1b Satz 2 SGB V enthält § 115f Abs. 3 Satz 5 SGB V nicht. Er darf daher auch nicht in der Rechtsverordnung erfolgen. Unabhängig davon sind einseitige Vorgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen auch sachlich nicht gerechtfertigt. Die KBV geht davon aus, dass ein erheblicher Teil der Vertragsärzte seine Behandlungen über die Kassenärztlichen Vereinigungen abrechnen möchte, wenn die Voraussetzungen dafür gegeben sind und um den mit der Direktabrechnung gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse verbundenen bürokratischen Aufwand zu umgehen. Deshalb muss die KBV für das KV-System bei der Vereinbarung von Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens – etwa hinsichtlich der Gestaltung des Abrechnungsdatensatzes und dem quartalsweisen Abrechnungsintervall – zwingend eingebunden werden.

Gleichzeitig ist klarzustellen, dass im Falle der Übernahme der Abrechnung durch die Kassenärztliche

Vereinigung diese im Rahmen ihrer hoheitlichen Tätigkeit wahrgenommen werden. Dies sollte auch im Gesetzestext zu § 115f SGB V klargestellt werden.

- b) Abschließend regen wir an, eine ausdrückliche Regelung als Grundlage für Anpassungen am KVDT-Datensatz von der Arztpraxis zur Kassenärztlichen Vereinigung – bezogen auf für die Abrechnung von § 115f SGB V notwendigen Informationen einzuführen, damit die KBV die notwendigen Vorgaben für die Praxisverwaltungssystemherstellenden entwickeln und bereitstellen kann.

5. § 5 ABS. 3 UND 4 – BÜROKRATISCHE HÜRDE DURCH KODIERRICHTLINIEN UND GROUPER-SOFTWARE

Für den ambulanten Bereich ist die Nutzung der Kodierrichtlinien aus dem stationären Bereich sehr aufwendig und aus unserer Sicht nicht erforderlich. Gleiches gilt für eine aus dem stationären Bereich entlehnte Grouper-Software, die bürokratisch und teuer für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ist. Beides sollte durch von der Selbstverwaltung zu vereinbarenden Kriterien ersetzt werden, die sektorengleich gelten. Im Übrigen verweisen wir auf unsere Anmerkungen unter Ziff. 3. b.

6. ANLAGE 1 – STARTKATALOG GEMÄß § 3 ABSATZ 1

Zur grundsätzlichen Auswahl der fünf Leistungsbereiche verweisen wir auf unsere vorherige Kommentierung unter § 3 Absatz 1 (Ziff. 1).

Zu den einzelnen Leistungsbereichen im Detail beziehen wir wie folgt Stellung:

a) Leistungsbereich „Bestimmte Hernieeingriffe“

Die erwartungsgemäße Aufnahme von Verfahren der Hernienchirurgie im Startkatalog ist grundsätzlich begrüßenswert. Ebenfalls schätzen wir die klare Zuordnung von OPS-Kodes für Primäreingriffe und den Ausschluss von unter anderem Rezidiveingriffen im Sinne einer Schweregradsystematik.

Im Startkatalog ist der chirurgische Verschluss von Herniae inguinales und Herniae femorales als jeweils offenes und als laparoskopisch/endoskopisches Verfahren vertreten. Dabei sind die drei Verfahren TAPP (trans-abdominal patch plastic), TEP (total-extraperitoneal patch plastic) und offen chirurgisches Verfahren mit MESH-Einlage aufgenommen worden, was den drei fallzahlstarken Verfahren entspricht und daher mit einem hohem Ambulantisierungspotenzial verbunden ist.

Nicht nachvollziehbar ist für uns, warum zur Komplettierung der operativen Verfahren der Hernien-Chirurgie keine Aufnahme der laparoskopischen und endoskopisch assistierten Verfahren zum Verschluss einer umbilikalen oder epigastrischen Hernie (IPOM = intraperitoneal onlay mesh) erfolgt ist. Diese gehören, wie die bereits oben genannten TAPP und TEP zu den spannungsfreien Hernienreparationen.

b) Leistungsbereich „Entfernung von Harnleitersteinen“

Mit der Aufnahme der Verfahren zur Harnleitersteinentfernung wurde aus unserer Sicht ein seit langem zur Ambulantisierung anstehender Bereich adressiert. Die Kriterien für die Aufnahme weiterer Codes aus dem urologischen Bereich liegen uns nicht vor und werden daher nicht beurteilt.

c) Leistungsbereich „Ovariectomien“

Durch die Aufnahme der laparoskopischen gynäkologischen Eingriffe an Ovarien, Tubae uterinae und Parametrien sowie die Laparoskopien mit Adhäsiolyse oder als diagnostisches Verfahren wird ebenfalls ein Bereich mit hohem Ambulantisierungspotenzial aufgegriffen.

d) Leistungsbereich „Arthrodesen der Zehengelenke“

In diesem Leistungsbereich sind derart heterogene Leistungen zusammengefasst, dass die Eingruppierung in eine Hybrid-DRG nicht nachvollzogen werden kann.

e) Leistungsbereich „Exzision eines Sinus pilonidalis“

Die Aufnahme dieser eher seltenen Leistungen in den Starterkatalog ist für uns nicht verständlich, zumal fallzahlstarke Bereiche wie die perkutanen Gefäßinterventionen oder Varizeneingriffe unberücksichtigt sind und erst im Erweiterungskatalog verortet wurden.

Kontakt:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1043
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 185.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 73 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.