

**Stellungnahme des Bundesverbands der Betreiber medizinischer Versorgungszentren
(BBMV) e.V.**

zu dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
zu einer

Verordnung zu einer speziellen sektorgleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V)

Vorbemerkung

Der Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren (BBMV) e.V. begrüßt und unterstützt sämtliche Maßnahmen zur Hebung der Ambulantisierungspotenziale bei bislang unnötig stationär erbrachten Leistungen. Die Einführung von sogenannten Hybrid-DRG nach § 115f SGB V für eine spezielle sektorgleiche Vergütung sind hierzu eine zielführende Maßnahme für eine Stärkung der Ambulantisierung.

Bei der avisierten Verlagerung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen in die ambulante Versorgung werden leistungsfähige Strukturen in der vertragsärztlichen Versorgung mit entsprechendem Qualitätsmanagement und Prozessen Voraussetzung sein. Um das angestrebte Ambulantisierungspotential zu heben, hat der Gesetzgeber somit darauf hinzuwirken die entsprechenden Strukturen, etwa im Form Medizinischer Versorgungszentren, im vertragsärztlichen Bereich, in die Lage zu versetzen diese Volumina auch zu erbringen.

Hinsichtlich des vorgelegten Entwurfes einer Hybrid-DRG-Verordnung bestehen aus Sicht des BBMV und seiner Mitgliedsunternehmen jedoch noch offene Fragen, die insbesondere die Vergütungssystematik und den Abrechnungsprozess in der vertragsärztlichen Versorgung betreffen und im weiteren Verordnungsgebungsverfahren adressiert werden müssen.

Im Einzelnen:

Zu § 2 Zugang der Patienten:

Der Zugang der Patienten zu Leistungen nach § 3 bei vertragsärztlichen Leistungserbringern soll in der Regel auf Veranlassung unter Verwendung eines Überweisungsscheins erfolgen (§ 3 Abs. 1 Satz 1). Dies ist aus der Sicht der stationären Versorgungsebene nachvollziehbar. Im vertragsärztlichen Bereich kann dies selbstverständlich entfallen, wenn Indikationsstellung und Operation in einer Einrichtung (Arztpraxis, MVZ, belegärztliche Einrichtung) stattfinden. Dies sollte klargestellt werden.

Zu § 3 Leistungen:

Bei Durchsicht des Startkatalogs nach Anlage 1 wird keine einheitliche Systematik nach Fachgebieten bzw. nach häufigen Operationen im Krankenhaus erkennbar. Grundsätzlich positiv bewertet wird, dass der Startkatalog im Vergleich zu frühen Diskussionsständen umfangreich ausfällt.

Ebenfalls begrüßt wird der Katalog zur erweiterten Leistungsauswahl nach Anlage 3. Hier handelt es sich um die Weiterentwicklung der angestrebten Ambulantisierung bisher unnötig stationär erbrachter Leistungen. Insbesondere für das Fachgebiet Chirurgie und Orthopädie handelt es sich Schätzungsweise um ca. 25 Prozent der stationären Fälle, die zusätzlich ambulantisiert werden.

Ein Vorziehen der Festlegung der Leistungen nach Anlage 3 im Laufe des Jahres 2024 im Rahmen der Änderungen zu § 115f SGB V durch das PflStudStG und die Möglichkeit der Öffnung über den AOP-Katalog hinaus werden hinsichtlich des Ziels, einer beschleunigten Ambulantisierung ausdrücklich begrüßt.

Zu § 4 Vergütung:

Der Leistungszeitraum und -umfang, für die Hybrid-DRG abrechnungsfähig sind, sollten hinsichtlich der inhaltlichen und zeitlichen Begrenzung klarer benannt werden (§ 3 Abs. 1 Satz 3). So sind beispielsweise die Bildgebung im Rahmen der Diagnosestellung noch nicht Teil des Hybrid-DRG-Falls, die Leistungen im Rahmen der Anästhesie hingegen schon, ebenso wie die

postoperative Behandlungen inkl. bildgebender Verfahren. Daraus wird aber auch deutlich, dass bei der ambulanten Erbringung der Leistungen in der Regel eine Kooperation mit weiteren Vertragsärzten erforderlich ist.

Ohne eine klare Aufteilung der Vergütungsanteile für die von verschiedenen Leistungserbringern erbrachten Leistungen und Sachkosten, verbunden mit der Haftungsregelung aus § 4 Abs. 3 Hybrid-DRG-V, steht zu befürchten, dass es zu einer unklaren Zuordnung der Kosten und Vergütungen kommen kann, sofern die Leistungen nicht „aus einer Hand“ erbracht werden, was regelhaft bei stationären Leistungserbringern zu erwarten ist.

Durch den erhöhten Koordinationsaufwand, steht weiterhin zu befürchten, dass die Leistungserbringung über Hybrid-DRG für vertragsärztliche Leistungserbringer an Attraktivität verliert. Es sollte geprüft werden, ob die Leistungsbestandteile der Hybrid-DRG entlang der bisherigen für ambulante Operationen abrechenbaren GOP entwickelt werden können. Dabei sollte eine klare Begrenzung des Leistungsumfanges auf die „Kern-OP“ erfolgen, um mögliche Abstimmungsprobleme zu minimieren.

Die Leistungsvergütungen nach Anlage 2 scheinen nach einer vorläufigen, ersten Prüfung hinsichtlich der Auskömmlichkeit sehr unterschiedlich auszufallen. Bei einzelnen Eingriffen, ist die Abrechnung nach Hybrid-DRG nachteilig für vertragsärztliche Leistungserbringer (bspw. Arthrodesen der Zehengelenke), insbesondere bei der kooperativen Leistungserbringung durch vertragsärztliche Leistungserbringer. Aus diesem Grund wird die Öffnungsklausel nach § 3 Abs. 2 sehr befürwortet. Eine Überarbeitung der Kostenkalkulation der Hybrid-DRG, die sich stärker anhand der bislang geltenden EBM-Positionen orientiert, wird jedoch dringend angeregt.

Zu § 5 Abrechnungsverfahren:

Es ist vorgesehen, dass vertragsärztliche Leistungserbringer die Daten zur Abrechnung der Vergütung nach § 4 übermitteln. Die Übermittlung kann gegebenenfalls über eine beauftragte KV bzw. einen Drittanbieter erfolgen (§ 5 Abs. 2 Satz Satz 1).

Dazu soll zur Sicherstellung einer bundeseinheitlichen und sektorenenunabhängigen einheitlichen Zuordnung der Leistungen nach Anlage 1 und Vergütung nach Anlage 2 verpflichtend ein vom

InEK vorab zertifizierte DRG-Grouperalgorithmus eingesetzt werden (§ 5 Abs. 4).

Es ist fraglich, ob die KVen zum Inkrafttreten der Verordnung am 1. Januar 2024 in der Lage sind, die Beauftragung zur Abrechnung von Hybrid-DRG umsetzen können. Darüber hinaus ist unklar, wie der Datentransfer aus dem PVS-System zur KV erfolgen kann. Eine bislang von den KV gewünschte Abrechnung nur über OPS-Code scheidet auf Grundlage der Begründung zur Verordnung grundsätzlich aus.