

Spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) - Ein neuer Leistungssektor?

Dr. Markus Heitzig
WRT Rechtsanwälte Münster

1

Sinn und Zweck des § 115f SGB V und der Hybrid-DRG-VO

- Hebung des Ambulantisierungspotenzials bei bislang unnötig stationär erbrachten Leistungen: viele in anderen Ländern regelhaft ambulant durchgeführte Leistungen werden in Deutschland (noch) vollstationär durchgeführt
- Anreize durch eine Vergütung, deren Höhe zwischen dem ambulanten (EBM) und stationären Niveau (DRG) liegt
- Entlastung des Pflegepersonals, ohne die Qualität der medizinischen Versorgung für die Patientinnen und Patienten einzuschränken
- Sicherung der Wirtschaftlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung (Kostensenkung)

2

Bedeutung / Potenzial der Hybrid-DRG

- Das Ambulantisierungspotenzial (inkl. ambulante OPs) wird auf ca. 13 % der derzeitigen stationären Krankenhausfälle geschätzt. Der Startkatalog entspricht ca. 0,8 % der stationären Fälle bei einer Kostensenkung von ca. 39 %
- Der im RefE enthaltene Erweiterungskatalog (Anlage 3 RefE Hybrid-DRG-VO) betraf ca. 3,6 Mio. stationäre Behandlungen bzw. ca. 10 % der stationären Fälle
- Nach Schätzungen könnten bis zu 26 Millionen stationäre Tage jährlich als Hybrid-DRG-Leistungen erbracht werden
- Beispiel: Beidseitiger Eingriff bei Leistenhernien
 - Hybrid-DRG (G09N): 2.021,82 €
 - DRG G09Z, Kurzlieger (1 BT): 2.961,02 (- 939,20 €)
 - DRG G09Z, Normallieger: 3.659,22 € (- 1.637,40 €)

Rechtsnatur der Hybrid-DRG-Leistung – neue Form der Krankenbehandlung?

- Wortlaut: § 115f SGB V regelt sowohl dem Wortlaut als auch der amtlichen Überschrift nach keine neue Behandlungsform, sondern lediglich eine Vergütung
 - Systematik des SGB V: § 39 Abs. 1 SGB V nennt die von § 115f SGB V erfassten Leistungen nicht als eine Form der Krankenhausbehandlung
 - Gesetzesbegründung (BT-Drs. 20/4708, Seite 100):
 „Die Einführung der speziellen sektorengleichen Vergütung...“
 „... eine Auswahl von Leistungen des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationärer Eingriffe und stationärer Behandlungen nach § 115b Absatz 1 Nummer 1 (AOP-Katalog) zu vereinbaren, ...“
- Kein neuer Leistungssektor: § 115f SGB V erfasst innerhalb der bestehenden Systematik einen Teil der bereits existierenden Behandlungsformen und ordnet diesen eine (neue) spezielle sektorengleiche Vergütung zu

Chronologie der Hybrid-DRG – ein holpriger Weg

- § 115f SGB V wurde mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfEG) zum 29.12.2022 eingeführt und verpflichtete den GKV-SV, die DKG und die KBV, bis zum 31.03.2023 einen Leistungskatalog und eine spezielle sektorengleiche Vergütung hierfür zu vereinbaren
- Am 03.04.2023 erklärten die Vertragsparteien die Verhandlungen für gescheitert. Daher Ersatzvornahme durch das BMG: Referentenentwurf einer Hybrid-DRG-VO vom 21.09.2023
- Rege Diskussion und Stellungnahmen von ca. 40 Stellen gegenüber dem BMG
- Hybrid-DRG-VO vom 19.12.2023: Ein Startkatalog (Anlage 1 mit OPS-Kodes) nebst Vergütung (Anlage 2 mit 12 Hybrid-DRGs) aus fünf Indikationsgebieten – allerdings ohne Vorgaben zur Abrechnung
- Umsetzungs- bzw. Übergangsvereinbarungen zwischen GKV-SV und DKG (06.02.2024) sowie zwischen GKV-SV und KBV (07.03.2024)
- Hybrid-DRG-Vereinbarung vom 27.03.2024

Regelungen der Hybrid-DRG-VO (2 Paragraphen, 5 Sätze):

- „Startkatalog“ (Anlage 1) mit Leistungen, die zwingend mit einer Hybrid-DRG (Anlage 2) vergütet werden, § 1 Satz 1 Hybrid-DRG-VO. Keine alternative Abrechnung (z. B. nach EBM)
Die Hybrid-DRGs sind mit festen Eurobeträgen (nicht Bewertungsrelationen) hinterlegt. Der im RefE bereits vorgesehene Erweiterungskatalog (Anlage 3) von weiteren 55 Fallpauschalen aus verschiedenen medizinischen Fachgebieten wurde nicht übernommen
- Die Zuordnung in die Hybrid-DRG-Vergütungssystematik erfolgt über das sog. Grouping mittels des DRG-Definitionshandbuchs des InEK, § 1 Satz 1 Hybrid-DRG-VO
- Definition der Hybrid-DRG-Leistung, § 1 Satz 2 Hybrid-DRG-VO
- Die Vergütung mittels Hybrid-DRG ist umfassend und abschließend, § 1 Satz 3 und 4 Hybrid-DRG-VO, keine Alternativabrechnung
- Zeitlicher Anwendungsbereich, § 2 Hybrid-DRG-VO

Das Grouping - wie komme ich zu welcher Hybrid-DRG? (I)

- § 1 Satz 1 Hybrid-DRG-VO:
Die Ansteuerung einer Hybrid-DRG erfolgt anhand des Definitionshandbuch des InEK mittels zertifizierter Grouper-Software, einem für Krankenhäuser alltäglichen, für Vertragsärzte aber fremden Vorgang. Maßgeblich sind die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)
- Grundidee: Behandlungen mit ambulantem Potenzial werden erfasst und Fälle, die für eine Behandlung außerhalb eines stationären Settings ungeeignet sind, herausgefiltert. Die Zuordnung (oder Ausschluss der Anwendung) einer Hybrid-DRG erfolgt anhand von
 - Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS),
 - (ausschließenden) Kontextfaktoren,
 - dem Schweregrad (PCCL - Patient Clinical Complexity Level) und
 - der Verweildauer
- Die Auswahl der Hybrid-DRG-Leistungen ist alle zwei Jahre zu überprüfen, § 115f Abs. 2 Satz 2 SGB V

Das Grouping - wie komme ich zur Hybrid-DRG? (II)

- Filter- bzw. Ausschlusskriterien sind z. B.:
 - Beatmung gemäß DKR 1001 (außerhalb der für die OP erforderlichen Beatmung)
 - Hoher Schweregrad (PCCL > 2)
 - Längere Verweildauer (mehr als eine Übernachtung indiziert – potenzielle MD-Prüfungen)
 - Komplexe Eingriffe, die einer stationären Durchführung vorbehalten sind
 - Nebendiagnose „bösartige Neubildung“ oder bestimmte Infektionserkrankungen
- Der Startkatalog erfasst aktuell fünf Indikationsgebiete:
 - Viszeralchirurgie (Hernienoperationen),
 - Urologie (u.a. Harnleitersteinentfernung),
 - Gynäkologie (u.a. Ovariectomien),
 - Fußchirurgie (u. a. Arthrodese der Zehengelenke) und
 - Proktologie (u. a. Exzision eines Sinus pilonidalis)

Was wird mit der Hybrid-DRG abgegolten? (I)

- § 1 Satz 2 Hybrid-DRG-VO:
 - Leistungsbeginn: Maßnahmen zur OP-Vorbereitung und -planung
 - Leistungsende: Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung
 - jeweils in der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird

Danach ist eine zeitliche Abgrenzung maßgeblich (mit Abgrenzungsproblemen):

- Indikationsstellung wohl noch nicht, aber wo fängt OP-Vorbereitung/-Planung an?
- Abgrenzung Nachsorge von Nachbeobachtung, Verordnung von Hilfs- und Heilmitteln?

- § 1 Satz 3 Hybrid-DRG-VO: Alle Aufwände im Zusammenhang mit der Hybrid-DRG-Leistung:
 - ärztlichen Leistungen (z. B. Anästhesie, Bildgebung, Labor, Pathologie)
 - nichtärztlichen Leistungen (z. B. Sprechstunde, Pflege, Verwaltung)
 - Sachmittel (z. B. Herniennetze, Osteosynthesematerial, Verbandmittel)
 - Kosten für Unterkunft und Verpflegung

Was wird mit Hybrid-DRG abgegolten? (II)

- Ausnahme: präoperative Leistungen außerhalb der Einrichtung, die den Eingriff durchführt, und bestimmte postoperative Leistungen können (im Jahr 2024) nach EBM abgerechnet werden (Beschluss des Bewertungsausschusses vom 18.04.2024).

Aktuell: Verhandlungen über präoperative Leistungen von in der gleichen Einrichtung tätigen Hausärzten/Kinderärzten

- Die Abrechnung weiterer Entgelte oder die Berücksichtigung von Zu- und Abschlägen neben der Hybrid-DRG ist nicht möglich:
 - keine Pflegeentgelte
 - keine Zusatzentgelte für Dialysebehandlungen und die Behandlungen von Hämophilie (anders noch im RefE)
 - keine Zu- und Abschläge
 - Keine Sachkosten
- § 115f SGB V gibt den abschließenden Charakter nicht – jedenfalls nicht zwingend – vor

Wer darf bzw. muss Hybrid-DRGs abrechnen?

- **§ 115f Abs. 3 Satz 1 SGB V:** Leistungserbringer gemäß § 95 Abs. 1 Satz 1 und § 108 SGB V
 - § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V: zugelassene Vertragsärzte (inkl. Belegärzte) und MVZ sowie ermächtigte Ärzte und Einrichtungen.
 - § 108 SGB V: Hochschulkliniken, Plankrankenhäuser und Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag
- **§ 1 Satz 4 Hybrid-DRG-VO:**

Unabhängig von der Anzahl der beteiligten Leistungserbringer nur eine Hybrid-DRG, die interne Verteilung regeln die Beteiligten unter sich.

Gegenüber wem wird Hybrid-DRG abgerechnet?

- **§ 115f Abs. 3 Satz 2 SGB V:**

Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet:

 - Kostenschuldner und Rechnungsempfänger sind somit die Krankenkassen
 - Das gilt für Krankenhäuser und Vertragsärzte gleichermaßen
- **§ 115f Abs. 3 Satz 3 SGB V:**

Die Leistungserbringer können die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung oder Dritte gegen Aufwandsersatz mit der Abrechnung beauftragen

Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung vom 06.02.2024 (DKG und GKV-SV)

- Ab 01.05.2024 reguläre Abrechnung
- Für Fälle mit Aufnahmen bis zum 30.04.2024 ist eine Zwischenabrechnung möglich, die jedoch bis zum 31.08.2024 endabzurechnen sind
- Bei erneuter Aufnahme des Patienten am Entlassungstag werden die Falldaten der beiden Fälle zusammengefasst und neu bewertet (ggf. normale DRG)
- Keine Abrechnung von Pflegeentgelten. Das Pflegebudget bleibt unberührt. Die Anlage 3c zur FPV 2024 „Pflegerlöskatalog für Hybrid-DRGs“ soll gestrichen werden
- Keine Zuzahlungen bei der Abrechnung von Leistungen gemäß Hybrid-DRG-VO
- Das Entlassmanagement (§ 39 Abs. 1a SGB V) ist Bestandteil der vergüteten Leistung
- Zahlungsfrist: 5 Tage (§ 415 Satz 1 SGB V)

Hybrid-DRG-Abrechnungsvereinbarung vom 07.03.2024 (KBV und GKV-SV)

- **Grundsatz (ab 01.01.2025):**
 - Rechnungsübermittlung per elektronischer Datenübermittlung (Technische Anlage).
 - Abrechnung spätestens 6 Monate nach Beendigung des Abrechnungsfalles.
 - Zahlungsfrist: 21 Tage sofern keine Beanstandung innerhalb der Zahlungsfrist.
 - Verzugszinsen in Höhe von 5-Prozentpunkten über dem BZS.
- **Übergangsregelung für 2024:**
 - Die im Jahr 2024 erbrachten Hybrid-DRG-Leistungen werden mit der Quartalsabrechnung der KV mittels einer Pseudo-Gebührenordnungsposition abgerechnet.
 - Hierzu muss die KV gemäß § 115f Abs. 3 Satz 3 SGB V beauftragt werden.
 - Voraussetzung für die Ermittlung der Hybrid-DRG ist eine (zertifizierte) Grouper-Software. KV stellt einen zertifizierten Web-Grouper zur Verfügung.

Hybrid-DRG-Vereinbarung vom 27.03.2024 (GKV-SV, KBV und DKG)

- Leistungskatalog für 2025, § 1 Hybrid-DRG-V:
 - Erweiterung der bisherigen Leistungsgruppen (insb. Bereich Leistenhernien) und Ergänzung um weitere 94 operative Prozeduren
 - Der Katalog erfasst ca. 200.000 vollstationäre Fälle
- Verfahren zur Kalkulation der Fallpauschalen, § 2 Hybrid-DRG-V:
 - Kalkulation nach der bisherigen Systematik durch das InEK und das Institut des Bewertungsausschusses
 - Näheres zum Berechnungsschema ist in Anlage 2 geregelt.
- Vereinbarung des Hybrid-DRG-Katalogs, § 3 Hybrid-DRG-V:
 - Nach Fertigstellung der Kalkulation vereinbaren die Vertragsparteien die Fallpauschalen zu den neuen Leistungen (möglichst bis zum 30.09.2024, spätestens bis zum 31.12.2024).
 - Ggf. Anpassung des Hybrid-DRG-Leistungskatalogs (Anlage 1)

Einzelne Rechtsfragen:

- Leistungsbefugnis bezüglich Hybrid-DRG-Leistungen
- Behandlungspflicht bezüglich Hybrid-DRG-Leistungen
- Behandlung von Selbstzahlern
- Wahlleistungen bei Hybrid-DRG-Leistungen
- Zuzahlungen, § 61 SGB V
- Hybrid-Leistungen und Wirtschaftlichkeitsgebot
- Hybrid-DRG-Leistungen und Pflegebudget

Leistungsbefugnis bezüglich Hybrid-DRG-Leistungen?

- § 115f SGB V regelt keine Befugnis zur Leistungserbringung. Diese muss sich aus anderen Rechtsgrundlagen ergeben.
- Aus dem Umstand, dass eine Leistung auch mit einer Hybrid-DRG vergütet wird, wenn sie stationär durchgeführt wird, folgt nicht, dass ein ambulanter Leistungserbringer die Leistung auch stationär durchführen darf. Eine stationäre Behandlung (BSG: Behandlung über mindestens einen Tag und eine Nacht) setzt ein Krankenhaus voraus. Ein MVZ / ambulantes OP-Zentrum kann somit nicht Betten aufstellen und Hybrid-DRG-Leistungen stationär erbringen.
- Umgekehrt bedarf auch ein Krankenhaus einer ausreichenden Zulassung / Ermächtigung für ambulante Leistungen. Ein Krankenhaus ist daher regelmäßig auf den AOP-Katalog beschränkt.
Problem: Was ist, wenn zukünftig nicht vom AOP-Katalog erfasste Leistungen in den Hybrid-DRG-Katalog aufgenommen werden?
- Also: Kein neuer Leistungssektor, es bleibt bei der bisherigen Systematik

Behandlungspflicht bezüglich Hybrid-DRG-Leistungen?

- Darf ein Leistungserbringer eine Behandlung ablehnen, wenn er die Leistung nicht erbringen will, weil sie (nur) nach § 115f SGB V / der Hybrid-DRG-VO vergütet wird?
- Der Versorgungsauftrag verpflichtet Krankenhäuser im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit zur Krankenhausbehandlung (§ 2 Abs. 1 Satz 2 KHGG NRW und § 109 Abs. 4 SGB V).
- Vertragsärzte sind gemäß § 13 Abs. 1 BMV-Ä (und allgemeiner berufsrechtlicher Pflichten) zur Behandlung verpflichtet.
- Eine Behandlungspflicht entfällt nur bei einem triftigen Grund in der Person des Leistungserbringers oder des Patienten. Die Vergütung (nur) mit einer Hybrid-DRG ist kein triftiger Grund.

Behandlung von Selbstzahlern

- § 115f SGB V findet keine unmittelbare Anwendung
- **Krankenhäuser, § 1 Abs. 3 Satz 3 KHEntgG:**
Die nach § 115f SGB V vereinbarten oder bestimmten Leistungen werden für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich nach § 115f SGB V vergütet.
- **Vertragsärztliche Versorgung, § 13 Abs. 2 Satz 3 BMV-Ä:**
Ärztliche Leistungen im Rahmen einer Selbstzahlerbehandlung sind nach den Grundsätzen der GOÄ in Rechnung zu stellen. Keine Abrechnung von Hybrid-DRG.

Wahlleistungen bei Hybrid-DRG-Leistungen?

- **Wahlärztliche Leistungen?**
 - Dogmatik der Rechtsprechung: Patient „kauft“ dem Krankenhausträger die Entscheidung ab, wer in behandelt. Dieses Interesse besteht auch bei einer Hybrid-DRG-Leistung.
 - Grds. gilt Vertragsfreiheit. § 17 Abs. 2 KHEntgG schafft nicht die Möglichkeit, Wahlleistungen zu vereinbaren, sondern schränkt diese für voll- und teilstationäre Leistungen ein.
 - Auch im ambulanten Bereich kann diese Interessenlage bestehen (z. B. große MVZ mit vielen angestellten Ärzten). Es gilt auch insoweit Vertragsfreiheit (§ 17 KHEntgG gilt nicht).
- **Nichtärztliche Wahlleistungen?**
 - Im Rahmen der Vertragsfreiheit sowohl im und außerhalb des Krankenhauses denkbar.
- **Kostenerstattung** hängt vom Versicherungsumfang ab. PKV-Verband und DKG halten Wahlleistungen auch bei Hybrid-DRG für möglich (gemeinsame Erklärung vom 21.06.2024)

Zuzahlungen, § 61 SGB V?

- Nach § 61 Satz 2 SGB V werden als Zuzahlungen 10,00 € je Kalendertag „zu stationären Maßnahmen“ erhoben. Danach ist für die Zuzahlung maßgeblich, ob die Hybrid-DRG-Leistung tatsächlich stationär durchgeführt wird
- § 4 Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung (GKV-SV & DKG) schließt die Anwendung der Zuzahlungsregelungen bei der Abrechnung von Hybrid-DRG-Leistungen aus
- Regelungsbefugnis der Vertragsparteien gemäß § 115f Abs. 1 SGB V?
 - Die Zuzahlung stellt eine anteilige Zahlungspflicht des Versicherten an Stelle der Krankenkasse, aber keine Vergütung im engeren Sinne dar. Gemäß § 115f SGB V ist nur die Vergütung zu regeln, nicht jedoch die Frage, wer die Vergütung zahlt
 - Eine lediglich bilaterale Vereinbarung zwischen DKG und GKV-SV ohne Beteiligung der KBV entspricht auch nicht den Vorgaben des § 115f SGB V
- Begründung zu § 4 Abs. 1 RefE Hybrid-DRG-VO: Zuzahlungsregelungen bleiben bestehen

Hybrid-DRG-Leistungen und Wirtschaftlichkeitsgebot

- § 4 Abs. 2 RefE Hybrid-DRG-VO beinhaltet eine Öffnungsklausel für eine Abrechnung nach dem EBM vor. Hätte das Wirtschaftlichkeitsgebot die Leistungserbringer zur Abrechnung der jeweils geringeren Vergütung verpflichtet?
- Gemäß § 12 SGB V müssen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Hieraus hat das BSG u. a. den Grundsatz „ambulant vor stationär“ und die Rechtsfigur des „fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens“ entwickelt. Aber: Das Wirtschaftlichkeitsgebot betrifft die Leistungsebene, nicht die Abrechnungsebene. Es gab bzgl. der Behandlung auch kein fiktives wirtschaftliches Alternativverhalten.
- Im Übrigen ist bei der Abrechnung einer Hybrid-DRG grds. kein Raum für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung: Die Hybrid-DRG fällt unabhängig von dem Ressourceneinsatz und der Art der Durchführung (ambulant oder stationär) in gleicher Höhe an.
- Da die Verweildauer ein Ausschlussfaktor für eine Hybrid-DRG ist, dürften sich Fehlbelegungsprüfungen auf einen zweiten Belegungstag konzentrieren. Sie kann nicht nur zu einem UGVD-Abschlag von einer DRG, sondern auch zur Abrechnung einer Hybrid-DRG führen.

Hybrid-DRG-Leistungen und Pflegebudget

- Pflegepersonalkosten blieben bei der Kalkulation der Hybrid-DRG unberücksichtigt, weshalb das Pflegebudget des Krankenhauses unberührt bleibt (Begründung zu Anlage 2 Hybrid-DRG-VO und § 4 Abs. 1 RefE Hybrid-DRG-VO).
- Die Pflegepersonalkosten werden über das Pflegebudget eines Krankenhauses refinanziert. Nach Anlage 3 Abschnitt 3.6 Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung werden sie (nur) in Abhängigkeit von der Berücksichtigung in den Hybrid-DRG aus dem Pflegebudget ausgegrenzt.
- Die Pflegepersonalkosten werden daher nicht über Pflegeentgelte neben der Hybrid-DRG, sondern über die Pflegeentgelte für stationäre Behandlungen vergütet.
- Insoweit erhalten Krankenhäuser eine höhere Personalkosten-Refinanzierung als Vertragsärzte.

Fazit / Ausblick

- § 115f SGB V/Hybrid-DRG-Leistungen sind zur Hebung des Ambulantisierungspotenzials geeignet. Dies setzt aber eine deutliche Katalog-Ausweitung voraus.
- Erhebliche Erlöseinbußen im Vergleich zu DRGs vs. erhebliche Erlössteigerungen im Vergleich zu AOPs. Dies sind notwendige Anreize für Krankenhäuser und Vertragsärzte.
- Die Hybrid-DRG-VO und die Hybrid-DRG-Vereinbarung vom 27.03.2024 sind lückenhaft. Es existiert bisher noch keine umfassende dreiseitig vereinbarte oder verordnete Regelung, wie von § 115f SGB V gefordert. Die Schaffung (klarstellender) Regelungen wäre wünschenswert. Den „schwarzen Peter“ haben zurzeit die Selbstverwaltungspartner.
- Eine Überprüfung und Anpassung etablierter Behandlungspfade (ambulant / stationär) im Krankenhaus erscheint sinnvoll (z. B. Tagesbetten, angepasste Verwaltungsvorgänge).
- Die Vertragsärzte müssen neue Strukturen und Abläufe etablieren, um zeitnah den gewünschten Wettbewerb zu verstärken.

WRT | RECHTSANWÄLTE

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

WRT | RECHTSANWÄLTE

Becker Heitzig Doppmeier PartmbB
Aegidiimarkt 7
48143 Münster
www.wrt-rae.de

WRT | RECHTSANWÄLTE Becker Heitzig Doppmeier PartmbB Aegidiimarkt 7, 48143 Münster www.wrt-rae.de