



BVASK e. V., Breite Strasse 96, 41460 Neuss

Bundesministerium für Gesundheit  
Herrn  
Bundesminister Prof. Dr. Karl Lauterbach  
Mauerstraße 29  
10117 Berlin

Neuss, 10.10.2024

Nachrichtlich an:

Herrn Prof. Dr. Andrew Ullmann, Herrn Dr. Janosch Dahmen, Frau Heike Baehrens, Herrn Michael Weller

Sehr geehrter Herr Bundesminister Lauterbach,

das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) soll nach dem Wunsch der regierenden Parteien am 18.10.24 im Bundestag beschlossen werden.

Dem BVASK liegen die Änderungsvorschläge vom 7.10.24 vor, welche noch in das Gesetz einfließen sollen. Vorgesehen sind u. A. weitreichende, ergänzende Regelungen zum §115f (sog. Hybrid-DRG):

1. Die Partner der Selbstverwaltung sowie die beteiligten Institute haben, „bis zum bis zum 31. Dezember 2025 ein Kalkulationskonzept zu vereinbaren und dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen.“

Dieses Konzept soll dann jedoch erst ab 2031 greifen.

Bis zu diesem Zeitpunkt sollen aber bereits ca. 2 Mio. Behandlungsfälle in die Hybrid-DRG überführt werden. Für diese Leistungen können dann also nur die bisher geltenden Kalkulationsmechanismen Anwendung finden. Dieses sind jedoch fehlerhaft und basieren auf einer lückenhaften Datenlage. Wir haben bereits mit Schreiben vom 26.10.2023 und in dem nachfolgenden Gespräch gegenüber dem BMG auf die Kalkulationsfehler hingewiesen und Korrekturen vorgeschlagen.

[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Download/s/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/Stellungnahmen\\_WP20/Hybrid-DRG-V/BVASK\\_Stn\\_RefE\\_Hybrid-DRG-V.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Download/s/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP20/Hybrid-DRG-V/BVASK_Stn_RefE_Hybrid-DRG-V.pdf):

- a. Die stationäre DRG-Sortierung ist zu grob. Kostenunterschiede von mehreren hundert Euro, welche in der stationären DRG-Logik immer noch als homogen

- gelten mögen, führen bei Übertragung auf den ambulanten Sektor zu massiven Verwerfungen.
- b. Bei der Mischkalkulation müssen alle DRG-Fälle mit einer VWD < 4 berücksichtigt werden. Durch die Beschränkung auf 1-Tagesfälle im aktuellen Vorgehen sind Fallmenge und Fallschwere zu gering. Im Ergebnis sind die resultierenden Vergütungen unterkalkuliert. Wir verweisen an dieser Stelle auch auf die Ergebnisse des GBA-Innovationsfondsprojektes ESV.
  - c. Wir begrüßen, dass Sie die Datenlage zu Sachkosten auch im ambulanten Bereich als weitere Kalkulationsgrundlage heranziehen möchten. Sie beschränken die Datenlieferung jedoch auf die Krankenkassen und übersehen dabei, dass ein nicht unerheblicher Teil verbrauchter Materialien über Sachkostenpauschalen abgegolten oder in regionalen Vereinbarungen mit den KVen abgerechnet werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten daher ebenfalls Sachkostendaten an die Kalkulationsinstitute liefern. Sachkostenpauschalen müssen kalkulatorisch berücksichtigt werden.

**Sorgen Sie jetzt für eine Korrektur der Fehler in dem bisher angewendeten Kalkulationsmechanismus von Hybrid-DRG!**

2. Sie schreiben im KHVVG bereits jetzt für das Jahr 2030 die Vergütungen von Leistungen nach Hybrid-DRG auf dem niedrigstmöglichen Niveau fest:  
*„Der Vorschlag hat eine schrittweise Anpassung der Vergütungen vorzusehen, mit dem Ziel, dass bis zum Jahr 2030 das Vergütungsniveau der Leistungen nach § 115b erreicht wird“).*

Hiermit geben Sie Ihr ursprüngliches Ziel auf, mit der Hybrid-DRG eine Vergütung auf einem Niveau zwischen EBM und DRG (s. Begründung Hybrid-DRG-V) zu erreichen und so durch finanzielle Anreize die Ambulantisierung zu fördern. Weder Krankenhäuser noch vertragsärztliche OP-Einrichtungen können die Ambulantisierung mit dem Vergütungsniveau nach §115b stemmen. Wäre das so, hätte die Ambulantisierung bereits stattgefunden.

Darüber hinaus ist unklar, wie das Bezugsniveau des §115b im Jahre 2030 überhaupt noch ermittelt werden soll, wenn bis dorthin ein Großteil der Leistungen gar nicht mehr nach §115b bzw. EBM abgerechnet werden können.

**Geben Sie das Ziel eines Vergütungskorridors für Hybrid-DRG zwischen EBM und DRG nicht auf. Die Ambulantisierung wird nur mit Vergütungen gelingen, die höher sind als nach §115b bzw. EBM!**

3. *„Ebenfalls wird klargestellt, dass die nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Leistungen ausschließlich mit der Hybrid-DRG nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 abgerechnet werden können. Eine Abrechnung beispielsweise nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) oder*

*dem stationären Fallpauschalensystem (vgl. § 1 Absatz 3 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)) ist nicht möglich.“*

Durch die Streichung der Wahloption zwischen EBM oder Hybrid-DRG werden Vertragsärzte zur Abrechnung nach Hybrid-DRG gezwungen. Ohne eine Korrektur der o.g. Kalkulationsfehler kann es jedoch zu Vergütungen nach Hybrid-DRG kommen, die das EBM-Niveau sogar noch unterschreiten. Die Wahlmöglichkeit verhindert, dass derartige Fehlkalkulationen bis in die Vertragsarztpraxen und Krankenhäuser durchschlagen. Eine Leistung darf dem Grundsatz nach als Hybrid-DRG nicht schlechter vergütet werden als nach EBM.

**Erhalten Sie die Wahloption zwischen EBM und Hybrid-DRG für Vertragsärzte!**

4. Ab dem Jahr 2030 soll dann die Vergütung auf der „*Grundlage fallbezogener empirischer Kostendaten*“ kalkuliert werden. Genau dieser Mechanismus hat schon bei den stationären DRG nicht funktioniert. Der Kernfehler des DRG-Systems, welcher die Schieflage der Krankenhäuser und somit die Notwendigkeit für eine Reform der Krankenhausfinanzierung notwendig gemacht hat, wird nun auf den ambulanten Sektor übertragen. Solange die Vergütung ausschließlich an die Fallkosten gekoppelt ist, entsteht unweigerlich ein Hamsterrad aus Kosteneffizienz und Fallwertdegression. Der entsprechende Kostendruck kann zu medizinisch fragwürdigen Entscheidungen führen. Auf die Entökonomisierung des Krankenhaussektors folgt die Ökonomisierung des ambulanten Sektors!

**Wiederholen Sie nicht den Fehler der (Über-)ökonomisierung. Sorgen Sie für ein Vergütungssystem, welches Krankenhäusern und vertragsärztlichen OP-Einrichtungen eine planbare wirtschaftliche Grundlage für ambulante Operationen ohne Fallwertdegression bietet.**

5. „*Da den Instituten regelhaft keine Informationen über die Fallzahlen und Vergütungen aus dem ambulanten Bereich im Krankenhaus für die nach § 115b Absatz 2 Satz 4 von den Krankenkassen vergüteten Leistungen vorliegen, werden die Krankenkassen zur Übermittlung der entsprechenden Fallzahlen und Vergütungen unter separater Angabe der Sachkosten über den GKV-Spitzenverband an das InBA verpflichtet. Gleiches gilt für die Sachkosten, die im vertragsärztlichen Bereich bei ambulanten, gesamtvertraglich vergüteten Fällen anfallen.“*

Es ist nicht möglich, Sachkosten von Leistungen zu erfassen, die bereits in die Hybrid-DRG überführt sind. Um diesem Auftrag gerecht zu werden, fordern wir die sofortige Entpauschalierung der Sachkosten aus der Hybrid-DRG.

Nur wenn Materialien auch weiterhin bei ambulanten Operationen nach Verbrauch vergütet werden (analog 7.3. EBM oder §115b Absatz 1 SGB V, §11 (5)), kann eine empirische Datenlage über Sachkosten entstehen.

Durch die Entpauschalierung wird die im ambulanten Sektor aktuell mögliche patientenindividuelle Versorgung erhalten. Eine Pauschalierung von Materialien und Implantaten überträgt das Kostenrisiko auf die operierende Einrichtung. Dieser gesetzgeberisch vorgegebene Sparzwang kann zu Minderversorgung und Qualitätsverlusten, insbesondere bei komplexen, rekonstruktiven Operationen führen. Diese Fehlentwicklung konnten wir über Jahre im stationären DRG-System beobachten.

**Nehmen Sie jetzt die Sachkosten aus der Hybrid-DRG-Fallpauschale aus!**

Wir begrüßen die Ambulantisierung von unnötig im Krankenhaus erbrachten Operationen. Dem vertragsärztlichen Sektor kommt hierbei eine wichtige Rolle zu. Der aktuelle Kalkulationsmechanismus und Ihre Gesetzespläne zur Hybrid-DRG im KHVG führen zu Pauschalierungen, Sachkostenrisiken, Vergütungsdegression, floatenden Erlösen und Planungsunsicherheiten. Diese negativen Folgen bedrohen den vertragsärztlichen Sektor, in dem alle Strukturen aus privater Hand aufgebaut und finanziert werden, in besonderer Weise. Ohne wirtschaftlich gesunde operative Praxen, OP-Zentren und Praxiskliniken wird die Ambulantisierung nicht gelingen. Wir appellieren an Sie: Ändern Sie Ihre Pläne entsprechend unserer Vorschläge und verhindern Sie so Wartelisten und Qualitätseinbußen für die Patienten.

Für Rückfragen stehe ich persönlich gerne jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Priv.-Doz. Dr. Ralf Müller-Rath

Vorsitzender Berufsverband für Arthroskopie (BVASK e.V.)