

Antwort der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/9168 –

Einführung einer sektorengleichen Vergütung im Rahmen der geplanten Ambulantisierung von bisher stationär erbrachten medizinischen Leistungen

Vorbemerkung der Fragesteller

Mit der Einführung einer speziellen sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) plant die Bundesregierung, der Ambulantisierung von bisher stationär erbrachten medizinischen Leistungen Vorschub zu leisten. In diesem Sinne hat die Koalition zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart: „Um die Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen zu fördern, setzen wir zügig für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG um.“ (siehe Koalitionsvertrag „Mehr Fortschritt wagen“, S. 66).

Hintergrund dieses parteienübergreifenden politischen Zieles ist die auch durch OECD-Studien (OECD = Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) belegte Tatsache, dass Patientinnen und Patienten in Deutschland im internationalen Vergleich so oft im Krankenhaus behandelt werden, wie es in fast keinem anderen Industrieland der Fall ist (vgl. <https://www.augsburger-allgemeine.de/wissenschaft/OECD-Studie-Deutschland-bei-Klinikaufenthalt-im-internationalen-Vergleich-vorne-id24736826.html>). Diese Entwicklung stellt ein erhebliches Effizienzpotential im deutschen Gesundheitswesen dar.

Dazu hatte u. a. das Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) eine Analyse zum Thema „Ambulantisierungspotential in Deutschland“ in Auftrag gegeben (siehe https://www.bifg.de/media/dl/ePaper/Bifg_ePaper_AOP.pdf). Auch der Gesundheitsökonom Prof. Dr. Jonas Schreyögg hat in seinem im bifg-Sammelband „Gesundheitswesen aktuell 2023“ erschienenen Artikel „Gleiches Geld für gleiche Leistung“ (siehe https://www.bifg.de/media/dl/gesundheitswesen-aktuell/2023/gwa-2023_messerle.pdf) in den Augen der Fragesteller interessante Vorschläge zur sektorengleichen Vergütung unterbreitet, ebenso der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpifA; siehe <https://spifa.de/spezielle-sektorengleiche-verguetung-gemaess-%C2%A7-115f-sgb-v/>).

Der im Rahmen des im November 2022 vom Deutschen Bundestag verabschiedeten Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes neu implementierte § 115f SGB V sieht für die Vergütung von Leistungen nach § 115f SGB V Fallpauschalen vor, die weder auf der alleinigen Grundlage einer Vergütung nach dem

Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) noch auf einer Vergütung nach den sog. Diagnosis Related Groups (DRGs) erfolgen.

Nach dem Scheitern der Verhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband (GKV = gesetzliche Krankenversicherung), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Erarbeitung eines entsprechenden Leistungskataloges ist nun das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ermächtigt, die Ausgestaltung im Rahmen einer Rechtsverordnung zu vollziehen (siehe <https://www.aerzteblatt.de/archiv/230685/Hybrid-DRGs-und-sektorengleiche-Verguetung-Kein-Konsens-erreicht>). Die Vorlage eines Entwurfs der entsprechenden Rechtsverordnung war bereits mehrfach vertagt worden. Die Fertigstellung der Rechtsverordnung ist nun für die zweite Jahreshälfte 2023 geplant, mit dem Ziel, dass die Einführung zum 1. Januar 2024 erfolgen soll (siehe <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/144520/Hybrid-DRG-sollen-zum-Jahresanfang-kommen>). Anfang Oktober 2023 ist ein Referentenentwurf des BMG über eine Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V) mit Bearbeitungsstand vom 21. September 2023 bekannt geworden (vgl. <https://background.tagesspiegel.de/gesundheit/bmg-legt-verordnungsentwurf-vor>).

In dem am 10. Juli 2023 von Bund und Ländern mehrheitlich verabschiedeten Eckpunktepapier zur Krankenhausreform (siehe https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform.pdf) ist die konkrete Ausgestaltung der Vergütung von Leistungen in sog. Level II-Krankenhäusern, an denen die „sektorenübergreifenden Versorger“ nach den Vorstellungen der Bundesregierung schwerpunktmäßig tätig sein sollen, noch recht vage dargestellt (vgl. Eckpunktepapier, S. 13 f.). Hier heißt es: „Perspektivisch soll eine sektorenübergreifende Vergütung erreicht werden.“ Daraus ergeben sich gewichtige Fragen für die weiteren Arbeiten an der Krankenhausreform.

1. Woran sind die Verhandlungen nach § 115f SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach Kenntnissen der Bundesregierung gescheitert?

Zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) konnte kein Konsens für eine vollständige Vereinbarung zur Einführung der speziellen sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erzielt werden.

2. Worin konkret unterschieden sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Vorschläge der drei Vertreter der Selbstverwaltung?

Der GKV-Spitzenverband und die DKG haben vorgeschlagen, mit 27 OPS-Kodes in drei Leistungsbereichen bezogen auf im Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationärsersetzender Eingriffe und stationärsersetzender Behandlungen nach § 115b SGB V (AOP-Katalog) gelistete Operationen- und Prozedurenschlüssel-Kodes (OPS-Kodes) zu starten. Demgegenüber hat die KBV einen Leistungskatalog von ca. 1 500 OPS-Kodes vorgelegt, von denen mehr als die Hälfte nicht im AOP-Katalog enthalten sind. Als Kalkulationskonzepte für die Fallpauschale sahen sowohl der GKV-Spitzenverband als auch die DKG eine Mischpreisbildung vor, die sich jedoch insbesondere beim Umgang mit dem stationären Vergütungsanteil unterschied. Auch gab es Unterschiede beim vorgesehenen Inhalt der Fallpauschale. Die KBV hat ihr Kalkulationskonzept nicht offengelegt.

3. Wie hoch schätzt die Bundesregierung den Anteil (bzw. den Umfang) der (auch) ambulant zu erbringenden Leistungen in Deutschland insgesamt und wenn die Kriterien des § 115f SGB V zur Anwendung kommen ein?
9. Für wie viele heute stationär erbrachte Leistungen treffen die Kriterien gemäß § 115f Absatz 2 SGB V (hohe Fallzahl im Krankenhaus, kurze Verweildauer und ein geringer klinischer Komplexitätsgrad) zu?

Die Fragen 3 und 9 werden gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen keine unabhängigen Erhebungen zu dem Anteil bzw. dem Umfang ambulant zu erbringender Leistungen in Deutschland insgesamt vor. Die in § 115f Absatz 2 Satz 1 SGB V genannten Kriterien (hohe Fallzahl im Krankenhaus, kurze Verweildauer, geringer klinischer Komplexitätsgrad) sind für belastbare Schätzungen nicht hinreichend operationalisiert.

4. Wie hoch schätzt die Bundesregierung den Anteil (bzw. den Umfang) der (auch) ambulant zu erbringenden Leistungen in Deutschland nach § 115f SGB V ein, wenn die Leistungen nach § 115b SGB V nicht mit einbezogen werden würden?

Eine Verhältnis- bzw. Anteilsbestimmung ist, wie in der Antwort der Bundesregierung zu Frage 3 ausgeführt, nicht möglich. Die ambulant zu erbringenden Leistungen nach § 115f SGB V sind zudem als Teilmenge der Leistungen nach § 115b SGB V zu verstehen. Insofern liegt der Umfang der ambulant zu erbringenden Leistungen nach § 115f SGB V ohne Einbezug der Leistungen nach § 115b SGB V bei null.

5. Wie bewertet die Bundesregierung dieses Verhältnis im europäischen und wie im internationalen Vergleich?

Teilt die Bundesregierung in diesem Zusammenhang die These, in Deutschland würden im internationalen Vergleich zu viele Patientinnen und Patienten stationär behandelt?

Eine Verhältnis- bzw. Anteilsbestimmung ist, wie in der Antwort der Bundesregierung zu Frage 3 ausgeführt, nicht möglich. Eine darauf aufbauende Bewertung kann durch die Bundesregierung daher nicht erfolgen. Im Übrigen wird die Annahme geteilt, dass in Deutschland das Ambulantisierungspotential noch nicht voll ausgeschöpft ist.

6. Wie bewertet die Bundesregierung die Ergebnisse der Analyse des Barmer Instituts für Gesundheitssystemforschung zum Thema „Ambulantisierungspotential in Deutschland“?

Auch die Bundesregierung sieht insgesamt das Potential für mehr Ambulantisierung. Mit dem MDK-Reformgesetz vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) ist der Selbstverwaltung in der vergangenen Legislaturperiode der Auftrag erteilt worden, den AOP-Katalog nach § 115b SGB V neu zu fassen. Danach haben der GKV-Spitzenverband, die DKG und die KBV auf der Grundlage des von ihnen beauftragten IGES-Gutachtens den AOP-Katalog für Krankenhäuser und Vertragsärzte zu vereinbaren. Die Vertragsparteien haben mit ihrem Eckpunktepapier vom 10. August 2022 eine Umsetzung des Auftrags aus § 115b Absatz 1 SGB V in zwei Stufen vorgesehen.

Mit der Neufassung des AOP-Katalogs zum 1. Januar 2023 wurde die erste Stufe umgesetzt. In diesem Zuge wurde der AOP-Katalog erweitert und auf der

Basis des IGES-Gutachtens wurden Kontextfaktoren eingeführt, die eine stationäre Durchführung von AOP-Leistungen begründen können. Eine zweite Weiterentwicklungsstufe des AOP-Vertrages und des AOP-Kataloges ist zum 1. Januar 2024 geplant. Das Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung hat auf der Grundlage dieses Gutachtens das zusätzliche Ambulantisierungspotenzial anhand von Daten der Barmer Ersatzkasse ermittelt. Die Bundesregierung verfügt nicht über eigene Datengrundlagen, um das Ergebnis dieser Analyse zu bewerten.

7. Wie bewertet die Bundesregierung die Vorschläge zur Ausgestaltung des § 115f SGB V von Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Hamburg Center for Health Economics (HCHE), Mitglied des Sachverständigenrates Gesundheit?

Die Vorschläge gehen auf das durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geförderte Projekt „Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung (ESV)“ zurück (<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/esv-einheitliche-sektorengleiche-verguetung.329>). Das Projekt untersucht, wie für die in verschiedenen Sektoren gleich erbrachten Leistungen ein einheitliches, übergreifendes Vergütungssystem ausgestaltet sein kann. Ziel ist die Entwicklung eines tragfähigen Konzepts einer sektorenübergreifenden Vergütung, die von Leistungserbringern und Krankenkassen befürwortet wird. Der finale Abschlussbericht und die Beschlussfassung des Innovationsausschusses des G-BA bleiben abzuwarten.

8. Wie bewertet die Bundesregierung die Vorschläge zur Ausgestaltung des § 115f SGB V des Spitzenverbands Fachärzte Deutschlands e. V. (SpifA)?

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. plädiert dafür, den Leistungskatalog nach § 115f SGB V möglichst weit zu fassen und schlägt dafür ca. 6 600 Leistungen vor. Nach Ansicht der Bundesregierung ist ein Leistungskatalog dieser Größenordnung nicht für die Einführungsphase der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V geeignet. Die Auswirkungen eines neuen Vergütungssystem sollten zunächst bei Anwendung eines überschaubaren Leistungskatalogs erfasst werden.

10. Gibt es aus Sicht der Bundesregierung über diese Kriterien hinaus weitere Kriterien, die eine Qualifikation zum Einschluss in den Katalog nach § 115f SGB V ermöglichen können, wenn ja, welche?

Nein.

11. Welche Rolle spielt der § 115f SGB V aus Sicht der Bundesregierung bei der Ausgestaltung der geplanten Krankenhausreform?

Am 10. Juli 2023 haben sich Bund und Länder auf Eckpunkte für die Krankenhausreform geeinigt, deren konkrete Umsetzung abzuwarten bleibt. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass § 115f SGB V eine spezielle sektorengleiche Vergütung regelt, zu deren Abrechnung nach § 115f Absatz 3 Satz 1 SGB V alle zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer und alle zugelassenen Krankenhäuser, die die in § 115b Absatz 1 Satz 5 SGB V genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen, berechtigt sind.

12. Sollen mit Blick auf die Eckpunkte zur Krankenhausreform die sog. „sektorenübergreifenden Versorger“ (sog. Level II-Krankenhäuser) aus Sicht der Bundesregierung generell Plankrankenhäuser nach § 108 SGB V sein?

Wenn ja, welche Rolle spielen hierbei die Leistungen nach § 115f SGB V in der Ausgestaltung, und wie plant die Bundesregierung, dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung zu tragen, wenn die sektorenübergreifenden Versorger auch künftig stationäre Versorgungseinrichtungen sein werden?

Nach den derzeitigen Plänen der Bundesregierung soll es sich bei den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen um Plankrankenhäuser im Sinne des § 108 SGB V handeln. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bestimmt aus dem Kreis der in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser, welche Krankenhäuser künftig als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen betrieben werden sollen. Sie kann auch ein Krankenhaus als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmen, das erstmals in den Krankenhausplan aufgenommen wird. Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung darf stationäre Leistungen innerhalb eines bestimmten Rahmens erbringen sowie weitere sektorenübergreifende Leistungen anbieten. Es ergeben sich keine grundsätzlichen Unterschiede zu anderen Plankrankenhäusern in Bezug auf die Leistungen nach § 115f SGB V sowie hinsichtlich des Grundsatzes „ambulant vor stationär“. Im Übrigen gehört es zu den Kennzeichen sektorenübergreifender Leistungen, dass sie auch von stationären Versorgungseinrichtungen erbracht werden können.

13. Welche Basis und Systematik bzw. welches konkrete Rechenmodell zieht die Bundesregierung zur Ausgestaltung der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V heran?
14. Nach welcher Formel oder Systematik sind und sollen nach Auffassung der Bundesregierung die im Rahmen der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V anzuwendenden Fallpauschalen kalkuliert werden?

Auf welchen Überlegungen fußt diese Systematik?

Wer bzw. welche Stelle wird diese Fallpauschalen zukünftig definieren?

Die Fragen 13 und 14 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Nach Ansicht der Bundesregierung soll die erstmalige Ermittlung der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V über einen Betrag für die durchschnittlichen Sach- und Laborkosten zuzüglich einem mit dem Ambulantisierungsgrad gewichteten Mischpreis (ambulant/stationär) für die übrigen Kosten ohne Pflege erfolgen. Basis für dieses Vorgehen bilden die Vorgaben nach § 115f Absatz 1 Satz 4 und 5 SGB V. Die zukünftige Definition der Fallpauschalen liegt in Verantwortung der Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 SGB V, denen nach § 115f Absatz 2 Satz 2 SGB V ein regelmäßiger Überprüfungs- und Anpassungsauftrag der Leistungsauswahl zukommt. Soweit eine entsprechende Anpassung nicht erfolgt, ist das Bundesministerium für Gesundheit nach § 115f Absatz 4 Satz 1 SGB V ermächtigt, Vergütung und Leistung zu bestimmen.

15. Sieht die Bundesregierung eine Gefahr einer generellen nicht bedarfsge- rechten und institutionellen Öffnung der Krankenhäuser für die ambulan- te Versorgung durch die derzeitige Ausgestaltung des § 115f SGB V und der vorliegenden Entwurfsfassung einer Rechtsverordnung des BMG?

Der durch das Bundesministerium für Gesundheit vorgelegte Referentenent- wurf für eine Rechtsverordnung nach § 115f Absatz 4 Satz 1 SGB V war Ge- genstand eines schriftlichen Stellungnahmeverfahrens, das am 27. Oktober 2023 endete. Der Referentenentwurf wird derzeit vor dem Hintergrund abgege- bener Stellungnahmen überarbeitet. Dabei wird auch der in der Frage adres- sierte Sachverhalt geprüft. Im Hinblick auf die Ausgestaltung von § 115f SGB V wird auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 4 verwiesen.

16. Welche Regelungen sieht die Bundesregierung vor, um eine verbesserte Kooperation zwischen der ambulanten und stationären Versorgungsebene und der Leistungserbringer untereinander im Rahmen der stationären Versorgung zu ermöglichen?

Wie im Eckpunktepapier von Bund und Ländern zur Krankenhausreform vor- gesehen, soll den Ländern die Möglichkeit eröffnet werden, sektorenübergrei- fende Versorgungseinrichtungen zu bestimmen. Sie sollen stationäre Leistun- gen wohnortnah sowohl mit ambulanten als auch mit medizinisch-pflegeri- schen Leistungen verbinden. Dies stellt einen Schritt hin zu einer stärker sekto- renübergreifenden Gesundheitsversorgung dar, die perspektivmäßig erreicht werden soll. Es wird auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 12 verwie- sen.

17. In welchem Verhältnis stehen nach Ansicht der Bundesregierung § 115f SGB V und die Rechtsverordnung in Bezug auf die Förderung der bele- gärtlichen Versorgung nach § 121 SGB V?

Nach § 115f Absatz 3 Satz 1 SGB V sind alle zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer und alle zugelassenen Krankenhäuser, die die in § 115b Absatz 1 Satz 5 SGB V genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen, zur Erbringung der speziellen sektorengleichen Leistungen und zur Abrech- nung der speziellen sektorengleichen Vergütung berechtigt. Bei Belegärztinnen und Belegärzten handelt es sich nach § 121 Absatz 2 SGB V um zur vertrags- ärztlichen Versorgung zugelassene Ärztinnen und Ärzte. Daher sind auch Belegärztinnen und Belegärzte zur Teilnahme an der Versorgung nach § 115f SGB V berechtigt.

18. Wie beabsichtigt die Bundesregierung, die Weiterbildung am Standort der sektorenübergreifenden Versorger (sog. Level II-Krankenhäuser) konkret auszugestalten?

Für die ärztliche Weiterbildung sind die Länder zuständig, die ihre Zuständig- keit auf die Ärztekammern übertragen haben. Die konkrete Ausgestaltung der Weiterbildung ist daher von den Ärztekammern und den jeweiligen Kranken- häusern vor Ort vorzunehmen.

19. Aus welchen Gründen ist die Bundesregierung überzeugt, an diesen Standorten eine universale, qualitativ gute ärztliche Aus- und Weiterbildung garantieren zu können, wenn diese Einrichtungen nach den derzeitigen Plänen der Bundesregierung nur Leistungen der Grundversorgung anbieten dürfen?

Für die Durchführung der ärztlichen Ausbildung sind die Länder und dort die medizinischen Fakultäten zuständig, die in der Regel über ein Universitätskrankenhaus verfügen, in dem wesentliche Teile der Ausbildung stattfinden. Die Fakultäten können weitere Krankenhäuser, und damit auch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, in das Medizinstudium einbeziehen, in denen die Lehrinhalte vermittelt werden, die der Ausrichtung des Krankenhauses entsprechen. Die Qualitätssicherung der ärztlichen Weiterbildung fällt in den Verantwortungsbereich der Ärztekammern, die in Abhängigkeit der Anforderungen des jeweiligen Fachgebietes über die Zulassung von Krankenhäusern als Weiterbildungsstätten entscheiden.

