

## **BVMed-Positionen zur AOP-Reform und sektorengleichen Vergütung ambulanter und stationärer Leistungen (Hybrid-DRGs)**

Der Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed) sieht die Ambulantisierung geeigneter Gesundheitsleistungen – die Verlagerung aus der stationären in die ambulante Leistungserbringung – als einen zentralen Hebel an, um die medizinische Versorgung weiterzuentwickeln. Eine erfolgreiche Umgestaltung bedarf aus der Sicht des BVMed einer sorgfältigen und umfassenden Planung einschließlich der Analyse der Umsetzungshindernisse. Ursachen für die zögerliche Ambulantisierung sind vor allem die sektorale Versorgungsstruktur und finanzielle Fehlanreize. Mit den nachfolgenden Forderungen sollen die aktuellen Bestrebungen zur Ausgestaltung der Entwicklung durch Änderungen im Bereich des AOP-Katalogs (§ 115b SGB V) und die Einführung von sogenannten Hybrid-DRGs (§ 115f SGB V) unterstützt werden.

### **Forderungen zur AOP-Reform und zur sektorengleichen Vergütung**

1. Leistungen des AOP-Vertrags betriebswirtschaftlich abbilden
2. Sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRGs) sachgerecht kalkulieren
3. Prozess zur Rekalkulation der sektorengleichen Vergütung entwickeln
4. Medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstand einbinden
5. Investitionsmittel für eine sektorengleiche Vergütung erweitern und aufstocken
6. Daten für die Kalkulation der sektorengleichen Vergütung veröffentlichen
7. Regelungsrahmen für adäquate Nachsorgeprozesse schaffen
8. Telemedizinische Anwendungen nutzen und stärken
9. Rechtssicherheit bei Transfer stationärer in ambulante Leistungen herstellen
10. Kontextfaktoren des AOP-Vertrags mit medizinischer Expertise anpassen

## Medizintechnologien sind der Schlüssel zur Ambulantisierung

Der Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed) sieht die Ambulantisierung geeigneter Gesundheitsleistungen – die Verlagerung aus der stationären in die ambulante Leistungserbringung – als einen zentralen Hebel an, um die Versorgung im deutschen Gesundheitswesen weiterzuentwickeln. Daher möchte der BVMed mit diesem Positionspapier die aktuellen Bestrebungen zur Ausgestaltung dieser Entwicklung durch Änderungen im Bereich des AOP-Katalogs (§ 115b SGB V) und die Einführung von sogenannten Hybrid-DRGs (§ 115f SGB V) unterstützen.

Wurde die Ambulantisierung stationärer Leistungen bis vor kurzem primär aus der Perspektive des Wirtschaftlichkeitsgebots und dem Vorrangprinzip „ambulant vor stationär“ eingefordert, gewinnt der Aspekt des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels muss das Gesundheitswesen derart umgestaltet werden, dass die Leistungen möglichst personaleffizient erbracht werden können, dem Personal aber ausreichend Zeit für eine nachhaltige Interaktion mit den Patienten verbleibt. Aufgrund des geringen Ambulantisierungsgrades in Deutschland bietet sich hier eine große Chance, trotz Personalengpässen das Versorgungsniveau stabil zu halten. Gleichwohl kann dies nicht die alleinige Lösung zur Beseitigung des Fachkräftemangels in Deutschland sein.

Eine erfolgreiche Umgestaltung bedarf aus Sicht des BVMed einer sorgfältigen und umfassenden Planung einschließlich der Analyse der Umsetzungshindernisse. Ursachen für die zögerliche Ambulantisierung sind vor allem die sektorale Versorgungsstruktur und finanzielle Fehlanreize:

- nicht kostendeckende EBM-Vergütung für Vertragsärzte und Krankenhäuser
- große Erlösdifferenzen zwischen ambulanter, EBM-basierter Vergütung der AOP-Fälle und analogen, vollstationären DRG-Erlösen
- fehlende/unzureichende Finanzierung der Medizinprodukte  
Die Rolle der Medizinprodukte wird im Kontext der Ambulantisierung bisher nicht ausreichend berücksichtigt.
- Wahlfreiheit des Krankenhauses, den Fall ambulant oder stationär zu erbringen (ehemaliges Kennzeichen 2 im AOP-Katalog)

Die generelle Entwicklung von stationärer zu ambulanter Leistungserbringung wird erst durch Fortschritte in der Medizin, die „noch vor 30 Jahren als Utopie [...] oder Illusion [...] abgetan worden wären“ (Anthuber, 2018), ermöglicht. Durch feinste Optiken und Instrumente wurden minimal-invasive Eingriffe, die prätherapeutische Verarbeitung von gigantischen Datenmengen aus der Bildgebung sowie deren Übertragung auf den individuellen Patienten, unter Simulations- und Operationsbedingungen, möglich und haben bspw. die Chirurgie auf ein „neues Niveau gehoben“ (Anthuber, 2018).

Erst durch moderne Medizintechnik wird die Ambulantisierung in dem aktuell geplanten Ausmaß möglich. Die jüngsten Trends moderner Medizintechnik reichen von Telemedizin, 3D-Druck, Roboterchirurgie, genetischer Sequenzierung und Biotechnologie zu einer personalisierten Medizin (Anthuber, 2018), die essentielle Bestandteile der Lösung der Zukunftsherausforderungen in der Gesundheitsversorgung sind. Sie unterstützen dabei, einen effizienteren Ressourceneinsatz im deutschen Gesundheitswesen sicherzustellen. Innovative Medizintechnologien leisten einen signifikanten Beitrag, um komplexe interventionelle und chirurgische Methoden in ihrer Komplexität und Invasivität zu reduzieren sowie die Sicherheit für die Patienten zu erhöhen. Sie fördern die Qualitätsorientierung, die Entlastung des Gesundheitspersonals und die Reduktion der erforderlichen Personalressourcen.

Die Weiterentwicklung der Medizintechnologie dient der kontinuierlichen Verbesserung der Patientenversorgung. Damit stellt sie die technische und/oder prozessuale Grundlage dar, bspw. die Verweildauer vollstationärer Behandlungen auf wenige Tage zu reduzieren oder Leistungen überhaupt ambulant durchführen zu können. Die Anwendung weniger invasiver Methoden kann auch mit höheren Kosten für die verwendete Technologie einhergehen. Daher ist es für das Krankenhaus oftmals eher betriebswirtschaftlich rational, eine Methode zu wählen oder derart durchzuführen, die eine vollstationäre Behandlung erforderlich macht und mit einer höheren Vergütung und geringeren Sachkosten verbunden ist.

Dieser finanzielle Anreiz steht im Widerspruch zur Bedeutung und den Vorteilen der ambulanten Leistungserbringung und muss daher als Fehlanreiz angesehen werden. Ein alternatives Vorgehen kann deutlich weniger invasiv sein und damit die Verweildauer bis hin zur Ambulantisierung reduzieren. Die damit verbundenen höheren Sachkosten sind hierbei in der Vergütungssystematik oftmals nicht sachgerecht berücksichtigt und stellen für den Leistungserbringer eine ökonomische Hürde dar. Der finanzielle Fehlanreiz zur Vermeidung der ambulanten Leistungserbringung in der ambulanten Vergütung beruht z. B. auch auf regionalen Sachkostenregelungen, über die die erforderlichen Medizinprodukte nicht sachgerecht vergütet sind.

Vor diesem Hintergrund ist der Einsatz und die Finanzierung der im Rahmen der Ambulantisierung erforderlichen Medizinprodukte zwingend mitzudenken.

Auch darüber hinaus sind die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, die die ambulante Durchführung von Leistungen nach § 115b SGB V erst ermöglichen. Hierzu gehören etwa die Definition obligatorischer Nachsorgeleistungen sowie eines Komplikations- und eines Entlassmanagements.

Für einen effizienten und nachhaltigen Infektionsschutz ist eine klare Zielsetzung durch sektorenübergreifende Rahmenbedingungen zur Weiterentwicklung der Behandlung und Pflege der Patienten zu schaffen.

## Forderungen zur AOP-Reform und zur sektorengleichen Vergütung

### 1. Leistungen des AOP-Vertrags betriebswirtschaftlich abbilden

- **medizinische Leistungen und Sachkosten korrekt zuordnen und datenbasiert kalkulieren**
- **alle Medizinprodukte, die für die Erbringung bisher stationärer Leistungen erforderlich sind, in der ambulanten Leistungserbringung vollumfänglich refinanzieren**
- **Inkonsistenzen in den Leistungsbeschreibungen und Arztgruppen-Zuordnungen vermeiden**

#### **Erläuterung der Forderung:**

Die Vergütungen für AOP-Leistungen im Rahmen des AOP-Vertrags gem. § 115b Abs. 1 SGB V sind so auszugestalten, dass diese die Ziele der Ambulantisierung unterstützen und einen entsprechenden Anreiz setzen. Hierfür wurde mit dem MDK-Reformgesetz geregelt, dass die Vergütung für AOP-Leistungen „auf betriebswirtschaftlicher Grundlage [erfolgt,] ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen“ (§ 115b Abs. 1 SGB V). Im Durchschnitt werden 34 % der Kosten für Leistungen gem. § 115b SGB V bei ambulanter Leistungserbringung im Krankenhaus nicht durch die EBM-Erlöse gedeckt (DKI-Ergebnisbericht, (Levsen et al., 2022)). Damit offenbart sich Handlungsbedarf bei der Vergütungsgestaltung in Krankenhäusern mit Blick auf die erfolgte und geplante Erweiterung des ambulanten Leistungskatalogs. Mit der Anpassung einzelner EBM-GOPs bzw. Schaffung von Zuschlägen zum 1. Januar 2023 hat man einen ersten Angleich an die betriebswirtschaftlichen Kosten vorgenommen. Ob diese Maßnahme ausreicht, die Kosten des Krankenhaussettings abzubilden, bleibt fraglich.

Die Vertragsparteien konnten aus der Sicht des BVMed bisher keine Einigung erzielen, mittels durchgängiger Sicherstellung der Finanzierung der für die Ambulantisierung erforderlichen Medizinprodukte im Krankenhaus, das vorhandene Potential zu heben und die Versorgungsqualität nachhaltig zu gewährleisten. Es wurde der gesetzliche Auftrag aus dem MDK-Reformgesetz nicht umgesetzt, die AOP-Leistungen nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und „auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom EBM für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen“ zu kalkulieren (§ 115b Abs. 1 S. 3 SGB V).

Vergleichbare Leistungen haben im stationären und ambulanten Bereich teilweise nicht nur unterschiedliche Vergütungen, sondern auch unterschiedliche Leistungsbeschreibungen und Zuordnungen zu Gruppen der Fachärzte. Bei der Überführung der bisher stationären Leistungen muss auf die Leistungsbeschreibung und auf die Öffnung für alle relevanten Facharztgruppen geachtet werden, damit es hier nicht zu unbeabsichtigten Leistungseinschränkungen kommt. Im AOP-Katalog müssen nicht nur die OPS-Kodes für die primären Leistungen (Primärkodes) aufgenommen, sondern auch die dazugehörigen Zusatz-Prozedurenkodes (OPS-Kodes) beim Übergang aus der stationären Versorgung in AOP mit übertragen werden.

## 2. Sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRGs) sachgerecht kalkulieren

- **einheitliche Vergütungssystematik auf Grundlage empirischer Kostenkalkulation für identische ambulante und stationäre Leistungen anwenden**
- **Vergütung nach § 115f SGB V nicht aus dem EBM generieren, sondern datenbasiert kalkulieren**
- **Zusatzentgelte aus dem DRG-System berücksichtigen**
- **ambulante und stationäre Fallpauschalen mit Daten der gleichen Leistungsperiode weiterentwickeln und abstimmen**

### **Erläuterung der Forderung:**

Das AOP-Gutachten des IGES-Instituts zeigt auf, dass „in den vier betrachteten europäischen Ländern die Ambulantisierung bislang überwiegend stationär durchgeführter Leistungen vor allem innerhalb von Krankenhäusern stattfindet“ (Albrecht et al., 2022). Das Gutachten führt weiter aus, dass „der wichtigste Mechanismus zur Förderung des ambulanten Operierens [...] die Anreizwirkung im Rahmen der Honorierung“ ist. Die Vergütungen der ambulanten und stationären Leistungserbringung sind entweder nahezu gleich oder im ambulanten Setting sogar höher (Österreich).

Die Bundesregierung beabsichtigt, die Ambulantisierung durch eine spezielle sektorengleiche Vergütung („Hybrid-DRG“) zu beschleunigen. Mit der Einführung der speziellen sektorengleichen Vergütung gem. § 115f SGB V kann dieser international erprobte Ansatz umgesetzt werden. Das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) (Rößler et al., 2023) zeigt jedoch, dass dies nur gelingen kann, wenn für Leistungen und Leistungskomplexe im ambulanten und stationären Sektor identische Vergütungen eingeführt werden.

Das Konzept des durch den Innovationsfonds des G-BA geförderten Projekts „Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung“ (ESV) setzt genau hier an. Auf Grundlage der vorliegenden InEK-Kostendaten sollen für sektorengleiche Leistungsgruppen sektorengleiche Pauschalen gebildet werden. Vertragsärztliche Kostendaten sollen erst nach der Einführungsphase auf Grundlage einer gemeinsamen Kalkulationsstichprobe gebildet werden. Aus Sicht des BVMed würde dieses Konzept eine zügige Umsetzung und Einführung der Hybrid-DRGs ermöglichen und ausreichende Anreize setzen. Die anteilige Orientierung an der vertragsärztlichen Vergütung nach dem EBM erscheint hingegen nicht sinnvoll, da diese – anders als die stationäre Vergütung – nicht anhand von tatsächlichen Kostendaten ermittelt wird. Die EBM-Vergütung wird normativ anhand von Schätzgrößen kalkuliert. Dadurch kommt es zu einer systematischen Untervergütung, die entweder eine größere oder geringere Abweichung von den tatsächlichen Kosten hat (Levsen et al., 2022).

Innovative Medizinprodukte ermöglichen oftmals erst die Ambulantisierung einer bisher stationär erbrachten Leistung. Bei den stationären Fällen sind sie ggf. nicht oder nicht ausreichend in den InEK-Kostendaten abgebildet. Bei der Bildung von Hybrid-DRGs und deren Kalkulation ist die sachgerechte Abbildung der erforderlichen Medizinprodukte sicherzustellen. Hierfür sollten auch Maßnahmen, wie z. B. eine ergänzende Datenabfrage bei den Leistungserbringern, die bereits in der DRG-Kalkulation erfolgreich eingesetzt wird, in Betracht gezogen werden.

Mit der Reduktion des Anteils weniger komplexer Fälle in den DRGs steigen die durchschnittliche Fallschwere und die mittleren Kosten der weiterhin im stationären Bereich behandelten Fälle. Daher sollte die Kalkulation der Vergütung der Hybrid-DRGs sowie der stationären Vergütung zeitgleich, harmonisiert erfolgen. Die Zusatzentgeltsystematik des stationären Fallpauschalensystems soll auch im Hybrid-DRG-System berücksichtigt werden.

### **3. Prozess zur Rekalkulation der sektorengleichen Vergütung entwickeln**

- **harmonisierte Kalkulationsmethodik für Hybrid-DRG und aG-DRG-System entwickeln**
- **regelmäßige und strukturierte periodengerechte Rekalkulation für sektorengleiche (Hybrid-DRG) und stationäre (a/rG-DRG) Vergütung entwickeln**

#### **Erläuterung der Forderung:**

Wie bereits in den Abschnitten 1 und 2 beschrieben, wird die Implementierung eines geeigneten ökonomischen Anreizes im Rahmen der Ambulantisierung zu den beabsichtigten Fallverschiebungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich führen. Durch diese Fallverschiebungen sind gegenseitige Veränderungen der mittleren Kosten der Behandlungsfälle in den sektorengleichen Hybrid-DRGs und den rein stationären a/rG-DRGs zu erwarten.

Der Gesetzgeber hat gem. § 115f Abs. 1 S. 6 SGB V vorgesehen, die Fallpauschalen (Hybrid-DRGs) spätestens ab dem Jahr 2026 basierend auf geeigneten empirischen Kostendaten zu kalkulieren und anzupassen. Dies ist zu begrüßen. Um gerade in der Anfangszeit, welche durch dynamische Fallzahlentwicklungen und damit einhergehende Leistungs- und Kostenverschiebungen gekennzeichnet sein kann, Fehlanreize zu vermeiden, ist einerseits eine geeignete Kalkulationsmethodik zu entwickeln/weiterzuentwickeln und andererseits eine periodengerechte Rekalkulation der ambulanten und stationären Vergütungsbestandteile, basierend auf empirischen Daten, durchzuführen.

Aktuell werden die stationären Vergütungen, basierend auf den Leistungsdaten des Vorjahres, nach Kostenabgrenzungen der gesamten Leistungsperiode und Testierung durch Wirtschaftsprüfer kalkuliert. Dieses Verfahren hat sich bewährt und kann auch für die sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V weiterentwickelt werden.

#### **4. Medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstand einbinden**

- **strukturierten Dialog zur Weiterentwicklung der ambulanten Leistungskataloge und Vergütungsbestandteile einführen**
- **medizinischen Fortschritt bei der Weiterentwicklung der sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRGs) und des AOP-Katalogs berücksichtigen**

##### **Erläuterung der Forderung:**

Mit zunehmender Entwicklung der für eine patientengerechte Ambulantisierung notwendigen ambulanten Strukturen, der Wissensgenerierung, der Erfahrung, der Digitalisierung und dem medizinischen Fortschritt steigt das Potenzial, komplexere Leistungen ambulant zu erbringen. Das wird zu der Notwendigkeit führen, die Leistungskataloge ambulanter Leistungen nach § 115b und § 115f SGB V regelmäßig anzupassen. Es erscheint daher zwingend geboten, den medizinischen Sachverstand der Ärzte und Leistungserbringer, den wissenschaftlichen Sachverstand, z. B. der wissenschaftlichen Fachgesellschaften, aber auch den weiteren Sachverstand, bspw. über Berufsorganisationen und Verbände in die Weiterentwicklung der Leistungskataloge einzubeziehen.

Der Gesetzgeber hat vorgesehen, die Vereinbarung zum AOP-Vertrag gem. § 115b SGB V sowie die Auswahl von Leistungen zur sektorengleichen Versorgung gem. § 115f SGB V im Abstand von jeweils zwei Jahren zu überprüfen und durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Der BVMed fordert den Gesetzgeber und die Selbstverwaltungspartner auf, hierfür ein geregelter und strukturiertes Verfahren zu etablieren. Da sich, wie in den Abschnitten 1 bis 3 dargestellt, basierend auf dem Grad der Ambulantisierung auch die Vergütung verändern wird, ist dieses strukturierte Verfahren auch für Vorschläge zur Überprüfung der ambulanten Leistungsvergütung und seiner Bestandteile zu öffnen. Das bedeutet, dass ähnlich dem bereits beim InEK etablierten Vorschlagsverfahren, welches bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems genutzt wird, und ähnlich dem beim BfArM angesiedelten Vorschlagsverfahren für die Weiterentwicklung der OPS-Klassifikation auch ein Vorschlagsverfahren für die Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstandes für die ambulanten Leistungskataloge und die ambulanten Vergütungsbestandteile zu etablieren ist. Um die jeweiligen Änderungen aus bestehenden Weiterentwicklungsverfahren (z. B. InEK, BfArM) zu den Vergütungsbestandteilen zeitnah berücksichtigen zu können, sollte das Verfahren jährlich und zeitgleich, harmonisiert durchgeführt werden.

## 5. Investitionsmittel für eine sektorengleiche Vergütung erweitern und aufstocken

- **Finanzierungslücke bei den Investitionskosten im stationären Sektor schließen**
- **zusätzliche Finanzmittel für den Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen bereitstellen**
- **Investitionskosten für die sachliche, digitale und medizintechnische Ausstattung aller Krankenhäuser und integrierten Versorgungszentren auskömmlich finanzieren**
- **Ausstattung der Infektionsschutzmaßnahmen gemäß KRINKO, in Verbindung mit dem Infektionsschutzgesetz, sicherstellen**
- **Nutzung stationär geförderter Investitionsgüter im ambulanten Bereich sanktionslos ermöglichen**

### **Erläuterung der Forderung:**

Basierend auf der Analyse des DKI (Levsen et al., 2022) werden bisher nur 23 % aller Leistungen nach § 115b SGB V (insgesamt ca. 1,8 Millionen Leistungen pro Jahr) durch Krankenhäuser mit überwiegend mehr als 600 Betten ambulant erbracht. Ziel der Einführung der Hybrid-DRGs ist es, die Ambulantisierung von Leistungen zu fördern und deutlich zu erhöhen.

Mit der Festlegung einer Vergütung durch Hybrid-DRGs wird es zu signifikanten Fallzahlverschiebungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich mit großem Sparpotential kommen (Rößler et al., 2023). Es kann nicht erwartet werden, dass diese Patientenverschiebungen vollständig in den existierenden ambulanten Strukturen oder in umgewidmeten stationären Strukturen mit dem gleichen Personal behandelt werden können. Eine umfangreiche Ambulantisierung erfordert auch im Krankenhaus den Auf- und Ausbau der baulichen und technischen Infrastruktur. Die Schaffung neuer oder der Ausbau zusätzlicher ambulanter Kapazitäten ist daher an vielen Standorten mit hohen Investitionen verbunden.

Gleichzeitig sind die finanziellen Voraussetzungen für den ambulanten und den stationären Sektor unterschiedlich geregelt. Einerseits stehen im vertragsärztlichen Bereich aktuell keine öffentlichen Investitionsmittel zur Verfügung, andererseits ist es den Krankenhäusern nicht erlaubt, KHG-Investitionsmittel in eine ambulante Infrastruktur zu investieren. Bei der Ambulantisierung bisher stationärer Leistungen muss es den Krankenhäusern ermöglicht werden, Großgeräte, die aus KHG-Investitionsmitteln angeschafft wurden, auch für die ambulante Leistungserbringung zu nutzen, ohne das Risiko von Rückforderungen einzugehen. Vor dem Hintergrund der sehr angespannten Finanzlage und den aus der Krankenhausstrukturreform resultierenden Unsicherheiten ist den meisten Krankenhäusern eine kurzfristige Bereitstellung des erforderlichen Finanzbedarfs nicht aus eigener Kraft möglich. Denkbar wäre eine am Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) orientierte Anschubfinanzierung mit dem Ziel, die ambulanten Strukturen für die Umsetzung der Ambulantisierung bereitzustellen.

## 6. Daten für die Kalkulation der sektorengleichen Vergütung veröffentlichen

- **Grundlagen der Kalkulation der Hybrid-DRGs (Regeln, Leistungsdaten, Kostendaten) zeitnah, lückenlos und vollständig veröffentlichen**
- **jährliche Publikationen zu Vergütungskatalogen, Datenbrowser, Abschlussbericht und Leistungs- und Kostenstatistiken etablieren**
- **Qualitätssicherung mittels Ergebnisqualität der Patientenbehandlung etablieren**

### **Erläuterung der Forderung:**

Mit der Einführung einer sektorengleichen Vergütung sind Fallzahlverschiebungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich geplant. Die Ausprägung der Fallzahlverschiebung ist abhängig von den Rahmenbedingungen wie bspw. der Leistungs- und Investitionsvergütung, den Qualitätsanforderungen u. a. mehr. Mit den Vergütungsbestandteilen kann Einfluss auf das Leistungsgeschehen und die Leistungsverteilung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich genommen werden.

Gleichzeitig ist auch bei sinnvoll gewählten ökonomischen Anreizen nicht zu erwarten, dass alle potenziell ambulant behandelbaren Patienten auch ambulant behandelt werden. Notwendige ambulante Strukturen müssen zunächst etabliert werden, Verhaltensmuster der Patienten geändert und erste Erfahrungen mit komplexen ambulanten Operationen in Deutschland gewonnen werden. Es ist zu erwarten, dass zunehmend komplexere Leistungen im ambulanten Umfeld durchgeführt werden können und die Fallzahländerungen sich als ein komplexer und dynamischer Prozess darstellen.

Der Gesetzgeber hat vorgesehen, die sektorengleiche Vergütung mit Hybrid-DRGs spätestens ab dem Jahr 2026 auf Grundlage geeigneter empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs zu kalkulieren und anzupassen (§ 115f Abs. 1 S. 6 SGB V). Es bietet sich an, die Leistungs- und Strukturdaten des stationären Bereichs, die über Institutionen wie G-BA, InEK, DeStatis erfasst, publiziert und kommuniziert werden, in gleicher Qualität für die ambulanten Leistungsbereiche nach § 115b und § 115f SGB V weiterzuentwickeln, um das Leistungsgeschehen und seine Veränderungen für alle Beteiligten transparent zu gestalten.

Das Statistische Bundesamt erhebt Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser und veröffentlicht diese. Diese umfassen auch die Zahl der in dem Katalog nach § 115b SGB V genannten Operationen und anderer ambulanter Operationen. Eine Erfassung und Zusammenführung von Leistungsdaten des Katalogs nach § 115b SGB V aus der vertragsärztlichen Versorgung erfolgte bisher nicht. Um zukünftig ein objektiveres, sektorübergreifendes Bild der Leistungserbringung und -verlagerung von der stationären in die ambulante Versorgung zu erhalten, sollten alle Leistungen gem. § 115b und § 115f SGB V unabhängig vom Leistungssektor erfasst, veröffentlicht und für die Versorgungs- und Begleitforschung zugänglich gemacht werden.

Neben den Veränderungen des Leistungsgeschehens ist die gemeinschaftliche Betrachtung der summarischen Entwicklung der Kosten im stationären und auch im ambulanten Leistungsbereich von großem Interesse. Davon ausgehend, dass für die sektorengleiche Vergütung eine Kalkulationsmethodik, basierend auf empirischen Kostendaten, entwickelt wird, sind diese ebenfalls zu publizieren.

Ziel der Ambulantisierung ist, die Patientenversorgung zu verbessern und dabei Kosten einzusparen. Neben der Erfassung von Struktur-, Leistungs- und Kostendaten sind daher Kennzahlen für die Beurteilung der Ergebnis- und Behandlungsqualität im stationären und ambulanten Leistungsbereich zu entwickeln, zu erfassen und über die genannten Institutionen zu publizieren, um die Behandlungsergebnisse unterschiedlicher Leistungsbereiche und Methoden miteinander vergleichen zu können.

## **7. Regelungsrahmen für adäquate Nachsorgeprozesse schaffen**

- **Anschlussversorgung gewährleisten und finanzieren**
- **ambulantes Therapiemanagement einführen**

### **Erläuterung der Forderung:**

Mit stationären Leistungen wie bspw. Operationen geht die Notwendigkeit einer entsprechenden Nachsorgestruktur einher. Der Gesetzgeber hat hierfür den Rahmen geschaffen, indem er u. a. das Entlassmanagement regelt, den Anspruch auf Überleitung formuliert und grundsätzlich für den Patienten einen weitreichenden Anspruch auf ein Versorgungsmanagement vorsieht.

Die ambulante Durchführung vormals stationärer Leistungen setzt ebenfalls die Verfügbarkeit entsprechender Nachsorgeprozesse sowie die Funktionsfähigkeit dieser Strukturen voraus. Dies wiederum erfordert die gesonderte Formulierung eines Rechtsanspruchs auf insbesondere Komplikationsmanagement/-prophylaxe, reguläre Nachsorge (bspw. Wundbehandlung) sowie notwendige Anschlussversorgungen in Form eines Überleitungsmanagements. Damit einher geht das Erfordernis zur Schaffung einer entsprechenden Abrechnungsoption, sofern diese Leistungen durch Träger stationärer Einrichtungen erbracht werden. Zudem bedarf es einer praxisorientierten Lösung, dass nichtärztliche Leistungen ambulant in Kooperation mit Dritten erfolgen können. Zusätzlich regen wir an, entsprechend für die ärztlichen Tätigkeiten die Regelung in den §§ 27, 115b bzw. 39 SGB V anzupassen.

Des Weiteren kann patientenindividuell das Erfordernis eines besonderen Versorgungsmanagements vorliegen, das im Anschluss an eine Leistung nach § 115b SGB V benötigt wird. Ein entsprechender Rechtsanspruch auf koordinierendes, ambulantes Therapiemanagement ist in § 11 Abs. 4 SGB V einzuführen.

## **8. Telemedizinische Anwendungen nutzen und stärken**

- **ambulantes Operieren durch Telemedizin und Telemonitoring unterstützen**
- **Behandlungserfolg durch telemedizinische Nachsorge unterstützen**

### **Erläuterung der Forderung:**

Um die qualitative Nachsorge effizient sicherstellen zu können, sind die Optionen zur Nutzung telemedizinischer Anwendungen oder durch Telemonitoring zu stärken. Dies kann bspw. auch beim Komplikationsmanagement sinnvoll sein. Gleichzeitig kann Telemedizin, z. B. durch Zuschaltung von Konsiliarärzten, die die verantwortlichen Operateure unterstützen, ambulantes Operieren selbst erleichtern. Dies sollte ebenfalls vergütet werden.

## 9. Rechtssicherheit bei Transfer stationärer in ambulante Leistungen herstellen

- **gesetzliche Klarstellung zur stationären Leistungserbringung bis zur Entscheidung der Überführung in die neuen Leistungsbereiche AOP oder Hybrid-DRG herbeiführen**

### **Erläuterung der Forderung:**

Mit der kontinuierlichen Erweiterung des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen gem. § 115b SGB V wird der Zugang der Patienten zu ambulanten Operationen, sonstigen stationsersetzenden Eingriffen und stationsersetzenden Behandlungen erleichtert und der Vorrang „ambulant vor stationär“ besser umgesetzt. Allerdings ist das Grundproblem des Übergangs einer Leistung oder Methode aus dem stationären in den ambulanten Sektor damit nicht zeitnah gelöst.

Während des Aufnahmeverfahrens in den AOP- und ggf. EBM-Katalog könnten die Krankenkassen über den Medizinischen Dienst eine stationäre Leistungserbringung mit dem Hinweis darauf strittig stellen, dass keine stationäre Behandlung erforderlich wäre (primäre Fehlbelegung). Hieraus können Unsicherheiten der Erstattungsfähigkeit auf Seiten der Leistungserbringer und Versorgungslücken zu Lasten der betroffenen Patienten entstehen. Solange es noch keinen Beschluss zur Überführung einer Methode in den AOP-Katalog gibt, soll während des Vorschlags- und Entscheidungsverfahrens die Leistung daher weiterhin durch das Krankenhaus stationär erbringbar sein. Dazu ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich.

## 10. Kontextfaktoren des AOP-Vertrags mit medizinischer Expertise anpassen

- **definierte Qualitätsanforderungen aus wissenschaftlichen Leitlinien in ambulanten Versorgungsstrukturen berücksichtigen**
- **strukturierten Dialog zur rechtssicheren Auswahl einer geeigneten Patientenversorgung führen**
- **medizinische Fachgesellschaften, Berufsverbände und Verbände der Medizinproduktehersteller auf Bundesebene in Weiterentwicklungsverfahren einbinden**

### **Erläuterung der Forderung:**

Wird eine Leistung, die im AOP-Katalog enthalten ist, stationär erbracht, so war dies bisher anhand der G-AEP-Kriterien zu begründen. Hierdurch konnte die Abrechnung der stationären Leistungserbringung durch Vorliegen bestimmter Begleitumstände bzw. -erkrankungen ermöglicht werden. Mit dem AOP-Vertrag für 2023 wurden die G-AEP-Kriterien durch Kontextfaktoren abgelöst. Die Kontextfaktoren unterscheiden sich inhaltlich signifikant von den G-AEP-Kriterien. Das bedeutet, dass für die stationäre Leistungserbringung ab dem Jahr 2023 geänderte Vorgaben zu berücksichtigen sind.

Die Kontextfaktoren gehen auf das IGES-Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V zur Ergänzung des AOP-Katalogs zurück. Hier wurden die Kontextfaktoren verwendet, um „eine potenzialorientierte Identifizierung von Leistungen“ zu ermöglichen (Albrecht et al., 2022). Die unveränderte Übernahme dieser Kontextfaktoren zur Begründung der stationären Leistungserbringung erscheint im Einzelfall nicht zielführend. Die Übernahme der Kontextfaktoren wird teilweise als „sinnentstellend“ zur Förderung der Ambulantisierung betrachtet (Kaysers et al., 2023). Die Kontextfaktoren sind aufgrund ihres methodischen Hintergrunds für die Anwendung gemäß § 115b SGB V nicht praxistauglich. So begründen z. B. erst Pflegegrad 4 oder schwerste motorische bzw. kognitive Funktionseinschränkungen eine stationäre Leistungserbringung. Die Medizin fordert Nachbesserungen, damit Behandlungen für Patienten medizinisch vertretbar ambulant oder stationär durchgeführt werden können und deren Sicherheit nicht gefährdet wird (DGVS, 2023). Der BVMed unterstützt diese Forderungen.

## Literaturverzeichnis

- Albrecht, M., Mansky, T., Sander, M., & Schiffhorst, G. (2022). *Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V*.  
[https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/erweiterter-aop-katalog/index\\_ger.html](https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/erweiterter-aop-katalog/index_ger.html)
- Anthuber, M. (2018). Technical Innovations in Surgery. *Chirurg, August*, 753–754.  
<https://doi.org/10.1007/s00104-018-0710-6>
- DGVS. (2023). *Neuer AOP-Vertrag: Gastroenterologen warnen vor Versorgungslücken und sehen Patientensicherheit gefährdet*. Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. <https://www.dgvs.de/presse/pressemitteilungen/>
- Kaysers, H.-G., Stockmanns, A., & Freitag, J. (2023). *Kontextfaktoren im AOP-Katalog §115 b SGB V - Alles nur ein großes Missverständnis!?* Kaysers Consilium GmbH. <https://www.kaysers-consilium.de/kodierfachkraft/download.php>
- Levsen, A., Parloh, A. K., & Offermanns, M. (2022). *Ergebnisbericht Ambulantes Operieren im Krankenhaus*.
- Rößler, M., Schulte, C., Heimhardt, M., Repschläger, U., & Wende, D. (2023). *Preissetzung bei ambulantisierbaren Leistungen*.