

## Verhandlungen zu Hybrid-DRGs gescheitert

Eigentlich hätten KBV, DKG und GKV-Spitzenverband eine Einigung zu den sogenannten Hybrid-DRGs vorlegen sollen. Sie sind aber nicht auf einen gemeinsamen Nenner gekommen.

### Sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG)


Die Einführung einer speziellen sektorengleichen Vergütung (auch Hybrid-DRGs genannt), hatte der Bundestag Anfang Dezember mit dem Krankenhauspflege-Entlastungsgesetz beschlossen. Geregelt werden soll das Ganze in dem neuen Paragraphen 115f Sozialgesetzbuch (SGB) V. Es geht dabei um Leistungen, die bisher noch überwiegend stationär erbracht und abgerechnet werden, die aber auch ambulant durchgeführt werden können. Über die dafür in Frage kommenden Leistungen sollten die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung, also die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband, gemeinsam einen Konsens erzielen.

Wie geht es nun weiter mit den Hybrid-DRGs? Im neuen Paragraphen 115f SGB V (Absatz 4) ist geregelt, dass das BMG ermächtigt ist, die spezielle sektorengleiche Vergütung und die hierfür zu vereinbarenden Leistungen per Rechtsverordnung zu bestimmen, soweit die Partner der Selbstverwaltung in der vorgegebenen Frist nur eine teilweise oder keine Einigung erzielen.

Unter den drei Selbstverwaltungspartnern steht die DKG der speziellen sektorengleichen Vergütung am skeptischsten gegenüber. Vorstandschef Gerald Gaß hatte bereits mehrfach die Befürchtung geäußert, dass überstürzt eingeführte Hybrid-DRGs allenfalls zu einer Gewinnmaximierung ambulanter OP-Zentren führen würden.

**Quellen: Ärztezeitung, Ärztenachrichtendienst (änd)**

**BvDU Position**



Der BvDU bedauert, dass keine Einigung zustande kam. Eine Blockadehaltung der DKG kann aus Sicht des Berufsverbands zu keinem Ergebnis führen, da eine sektorenübergreifende Versorgung innerhalb der Reform aus Sicht des Berufsverbands nur gemeinsam gelingen kann – wenn Kliniken und ambulant tätige Urologinnen und Urologen in einer neu zu bildenden Einheit eines „OP-Zentrums“ mit einer leistungsbezogenen und kostendeckenden Vergütung dort tätig sind. Die Leistung wird in beiden Fällen (Klinik oder Praxis) gleich erbracht, also muss auch die Honorierung gleich erfolgen. Weder Kliniken noch ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte können in einer solchen Einheit bevorteilt werden.

Urologie 2023 · 62:550

<https://doi.org/10.1007/s00120-023-02102-8>

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2023



Herausgegeben vom Berufsverband der Deutschen Urologie e. V.

Pressesprecherin

Dr. Sulafah El-Khadra

Redaktionsleitung

Karin Rühl

Verantwortlich im Sinne des Presserechts

Dr. phil. Roland Zielke

Geschäftsstelle:

Kantstr. 149

10623 Berlin

## eRezept: ab 1. April droht Regressgefahr

**Obleich der Einsatz des elektronischen Rezeptes noch sehr in den „Kinderschuhen“ verharrt, gibt es ab dem 1. April ein Umsetzungsproblem, das sogar zu einem Regress führen kann.**

Künftig **muss** die Praxissoftware bei eRezepten die Ausstellung von sogenannten Mehrfachverordnungen ermöglichen und damit die nach Paragraph 31 Absatz 1b SGB V erforderlichen Funktionalitäten anbieten. Diese gesetzliche Regelung zur Mehrfachverordnung sieht vor, dass Vertragsärzte chronisch Kranken für ihre Dauermedikation eine sogenannte Mehrfachverordnung ausstellen können. Hier dürfen Apotheken das Arzneimittel bis zu vier Mal innerhalb eines Jahres abgeben, vorausgesetzt das Rezept trägt eine entsprechende Kennzeichnung der Verordnung.

Die Anzahl der Abgaben sowie der Beginn ihrer jeweiligen Einlösefrist muss der verordnende Arzt festlegen, wobei das Ende der Einlösefrist optional ebenfalls angegeben werden kann. Es darf aber maximal 365 Tage nach dem Ausstellungsdatum liegen. Damit ist eine längerfristige Versorgung von Versicherten mit einem kontinuierlich benötigten Arzneimittel möglich.

Auf papiergebundenen Verordnungen ist aufgrund der damit verbundenen technischen Probleme bisher keine Mehrfachverordnung möglich gewesen. Solche Mehrfachverordnungen können Auswirkungen auf die prüfungsrelevanten Verordnungskosten in den nachfolgenden Quartalen haben, in denen die jeweiligen Einzelverordnungen eingelöst werden. Diesen Verordnungskosten steht ggf. im betreffenden Quartal kein Behandlungsfall gegenüber.

Die KBV empfiehlt deshalb, solche Mehrfachverordnungen zu dokumentieren, um im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung entsprechend argumentieren zu können. Die Nutzung der Mehrfachverordnung liegt im Ermessen des Arztes, Versicherte haben hierauf keinen gesetzlichen Anspruch.

**Quelle: Ärztenachrichtendienst (änd)**