

STELLUNGNAHME DES BERUFSVERBANDES DER DEUTSCHEN CHIRURGIE E.V. ZUM
REFERENTENENTWURF DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT EINER
RECHTSVERORDNUNG ZUR UMSETZUNG DES §115f SGB V.

Bundesministerium für Gesundheit
Abteilung 2
Herrn M. Weller

Grundsätzlich begrüßt der BDC, dass für die vorgesehene Umsetzung des gesetzlichen Auftrags zur sogenannten Ambulantisierung im Rahmen einer Ersatzvornahme durch das BMG zunächst ein streng begrenztes Portfolio von ambulant durchführbaren Eingriffen gewählt wurde. Wir empfehlen dringend, vor der angedachten Erweiterung zunächst die Erfahrungen aus diesem begrenzten Bereich abzuwarten und auszuwerten.

Gleichfalls ist es zu begrüßen, dass alternativ zur Abrechnung nach h-DRG die alternative Abrechnung nach dem EBM möglich bleiben soll. Modellrechnungen zeigen, dass insbesondere für komplexe Eingriffe nach EBM speziell unter Berücksichtigung der Sachkostenproblematik eine Vergütung über Hybrid-DRG nicht kostendeckend sein wird.

Struktur der geplanten Hybrid-DRGs

Die Analyse des Referentenentwurfs ergibt an einigen Stellen Nachbesserungsbedarf, den wir im Folgenden im Einzelnen darstellen:

Zeitliche Abgrenzung:

Es ist unbedingt erforderlich, den Zeitraum genauer zu definieren, der durch den Erlös aus der h-DRG abgedeckt wird. Die Formulierung „ab Indikationsstellung“ ist unscharf und kann in Einzelfällen mehrere Wochen umfassen.

Ebenfalls exakt benannt werden muss das Ende des umfassten Zeitraums, zumal im EBM auch eine verlängerte Nachbeobachtung möglich ist auch nach dem Zeitpunkt des

Abschlusses der unmittelbaren postoperativen Überwachung. Wir schlagen vor, zur eindeutigen Abgrenzung die Hybrid-DRG auf **die am Operationstag erbrachten Leistungen** zu begrenzen.

Ebenfalls bedarf es einer eindeutigen Regelung für den Fall, dass die Leistung aus dem Hybrid-DRG erbracht worden ist, der Patient aber aus unvorhergesehenen (Notfall-) Umständen danach in eine stationäre Versorgung verbracht werden muss.

Inhaltliche Abgrenzung

Es ist unklar, welche Fremdleistungen neben dem Operateur und dem Anästhesisten umfasst sind. Es ist nachvollziehbar, dass Laborleistungen inkludiert sind. Es muss aber die Möglichkeit eröffnet werden, die histologische Aufarbeitung von entferntem Geweben gesondert zu beauftragen. Insbesondere bei bösartigen Befunden kann dies Kosten verursachen, die den Wert der h-DRG bei weitem übersteigen. Ebenso muss die erforderlichlich zusätzliche Bildgebung mit Ausnahme der intraoperativen Durchleuchtung gesondert finanziert werden.

Sachkosten:

Die Sachkostenkalkulation des InEK ist weder nachvollziehbar noch zielführend. Die realen Beschaffungskosten aus dem ambulanten Bereich wurden bei der Kalkulation nicht adäquat berücksichtigt. Vielmehr wurden Daten aus dem Krankenhaus verarbeitet, wobei die Anschaffungskosten insbesondere für Implantate (Osteosynthesesplatten, Metallanker, Kunststoff-Netze) im Bereich der ambulanten außerklinischen Versorgung um Dimensionen höher sind als für Krankenhäuser. Da hilft auch der lapidare Verweis auf Einkaufsgemeinschaften nicht weiter. Eine Belieferung aus den Beständen der Krankenhäuser ist rechtlich und steuerlich problematisch.

Eine Lösung dieses Problems ist nur durch eine **gesonderte Refinanzierung der Sachkosten außerhalb der h-DRG** durch die Krankenkassen möglich, solange keine einheitlichen Preise für Kliniken und Praxen festgelegt wurden.

Honorar-Kalkulation:

Die aus der InEK Kalkulation resultierenden Preise sind nach unserer Einschätzung durchgehend zu niedrig. Auf die methodischen Fehler bei der Berechnung hat der BVOU in seiner Stellungnahme ausführlich hingewiesen. Diese Kritik tragen wir als BDC inhaltlich voll und ganz.

Darüber hinaus halten wir es für methodisch nicht nachvollziehbar, dass zur Berechnung des InEK nur die Eintagesfälle aus dem Kalkulationszeitraum verwendet wurden und nicht die Gesamtheit der Kurzliegerfälle, die alle Fälle mit einer Liegedauer von unter 4 Tagen umfassen. So wäre der gesetzliche Auftrag umzusetzen gewesen.

Praktische Umsetzung:

Im Bereich der Vertragsarztpraxen ist keine Grouper-Software etabliert. Es ist dringend erforderlich, diese im Vorfeld den Berufsverbänden und der KBV zum Testen zur Verfügung zu stellen. Für den Vertragsarztbereich muss eine kostenfreie Version entwickelt werden oder die Beschaffungs- und Softwarepflegekosten müssen refinanziert werden. Im Übrigen konterkariert die vorgesehene Regelung jegliche Bemühung um einen notwendigen Bürokratieabbau. Vorstellbar ist eine von den KVen oder den Berufsverbänden gelieferte verbindliche Liste der Zuordnungen von OPS-Prozeduren zu den jeweiligen DRGs.

Rechtliche Absicherung:

Während eine Transformation bisher vollstationär abgerechneter DRGs in Hybrid-DRGs für die Krankenhäuser keine Systemveränderung darstellt, muss im Ambulanten Sektor angesichts verschiedener an der DRG beteiligter selbstständiger Einheiten rechtlich klargestellt werden, dass diese **als Freiberufler ihren Anteil an der Gesamtleistung erbringen** und in dieser Rechtsstellung untereinander aufteilen.

Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC)

Luisenstr. 58/59

10117 Berlin

Tel: 030-28004-150

mail@bdc.de