

**Einordnung und Stellungnahme des Berufsverbands für Orthopädie und
Unfallchirurgie (BVOU)
zum BMG-Referentenentwurf „Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen
Vergütung“ (Hybrid-DRG-V) vom 21.09.2023**

26. Oktober 2023

1. Der Referentenentwurf des BMG zur Umsetzung der sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V (Stand: 21.09.2023; **RVO-E**) **enthält** weitgehend die vorher **bekanntgewordenen Inhalte**. Dies gilt zunächst insbesondere auch für die adressierten Leistungsbereiche, wobei aus dem Segment Orthopädie und Unfallchirurgie (O+U) weiterhin allein der Bereich Arthrodesen der Zehengelenke enthalten ist. Allerdings ist die Anzahl der umfassten **OPS-Kodes** durch die Einbeziehung unspezifischer und ähnlicher Codes ganz **erheblich ausgeweitet** (s. 3.).
2. Der **Regelungsgehalt des RVO-E** ist knappgehalten und **beschränkt** sich regelhaft auf das für die erstmalige Umsetzung **Allernotwendige**; Ergänzungen der rechtlichen Vorgaben sind deshalb auch im Weiteren angezeigt (s. 10. bis 12.).
 - a) **Berechtigung zur Leistungserbringung (§ 1)** für Vertragsärzte, MVZ, Belegärzte (lt. Begr. 24 extra neu aufgeführt) nach § 95 I 1 SGB V und für Krankenhäuser (KH) nach § 108 SGB V, die jeweils die Qualitätsvoraussetzungen nach § 115b I 5 SGB V (= AOP-Vertrag) erfüllen. Damit wird lediglich der Normtext (§ 115f III 1 SGB V) nochmals wiederholt;
 - b) **Zugang der Patientinnen und Patienten (§ 2)** über „in der Regel“ (in der Begr. <24> werden Notfälle als Ausnahme benannt) niedergelassene Vertragsärzte mit entsprechenden fallbezogenen Unterlagen;
 - c) **Leistungen (§ 3)** mit sog. „**Startkatalog**“ (I mit **Anl. 1**) und **erweitertem Katalog** (II mit **Anl. 3**), der 2024 konkretisiert werden soll (s. 10.);
 - d) **Vergütung (§ 4 mit Anl. 2)** der in Anl. 1 enthaltenen Leistungen mit „**Hybrid-DRGs**“ nach Anl. 2, wenn der Behandlungsfall bei Anwendung des aktuellen aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus in eine der neuen Hybrid-DRGs eingruppiert wird (I, II 1). Nach § 6 IV RVO-E ist von allen Leistungserbringern für die Abrechnung eine einheitliche, **zertifizierte Software** anzuwenden. Dies führt beim Start zu einem Extraaufwand für Vertragsärzte. Hier bedarf es einer Klarstellung, dass ein **kostenfreier Zugang** ermöglicht wird. Beginn und Dauer der Leistung werden definiert. Während das Ende unmissverständlich festgelegt ist, bedarf es bei der Definition des Beginns einer Präzisierung, um späteren Missverständnissen vorzubeugen. Bei der Vergütung bleibt **abweichend** weiterhin für alle Leistungserbringer eine **EBM-Abrechnung** möglich (§ 4 II 2). Die Begr. (26) stellt dazu lediglich kryptisch fest, dass eine EBM-Abrechnung „im Einzelfall eine relevante Ersatzoption darstellen (könnte)“. Die unten (s. 5.) aufgeführten **Berechnungen zeigen** jedoch, dass dies bei den vorgelegten Bewertungen nicht nur im Einzelfall, sondern etwa **bei komplexeren Vorfußeingriffen** zur **Regel** werden dürfte. Zudem enthält auch bereits der „Startkatalog“ OPS-Kodes, die weder im AOP- Katalog noch im EBM-Anhang 2 zu finden sind. (z.B. OPS 5-780.0). Diese sind entsprechend **allein über** die neue **Hybrid-DRG abrechenbar**. Die konkrete Definition der Hybrid-DRGs soll im kommenden

Dezember im Definitionshandbuch 2024 des InEK erfolgen (Begr. <26>). Die **Vergütung** nach Anl. 2 ist **grundsätzlich abschließend** (ärztliche Leistungen, Sachkosten, Unterkunft/Verpflegung für eine Nacht; § 4 I 4). Abweichungen sind für Krankenhäuser vorgesehen insbesondere zur zusätzlichen gesonderten Berechnung der vom InEK noch festzulegenden entsprechenden Bewertungsrelation des Pflegeerlöskatalogs (§ 4 II 3).

- e) **Abrechnungsverfahren (§ 5)** nach dem für KH (I) bzw. Vertragsärzte nach entsprechender Beauftragung der KV bei AOP üblichen Verfahren (II).
 - f) **Inkrafttreten (§ 6)** zum **01.01.2024 unbefristet**.
3. Der **RVO-E setzt** die bekannten **InEK-Vorarbeiten vollinhaltlich um**, insbesondere hinsichtlich der Definition der Hybrid-DRGs mit der Einbeziehung unspezifischer und ähnlicher Codes aufsetzend auf den fünf Leistungsbereichen, die das BMG selbst als „Startkatalog“ bezeichnet und dem InEK vorgegeben hat: - Hernieneingriffe (vorgegeben 17 OPS-Kodes, jetzt 48), - Entfernung Harnleitersteine (vorgegeben 5 OPS-Kodes, jetzt 37), - Ovariectomien (vorgegeben 4 OPS-Kodes, jetzt 80), - Arthrodesen der Zehengelenke (vorgegeben 6 OPS-Kodes, jetzt 66), - Exzision Sinus pilonidalis (vorgegeben 1 OPS-Kode, jetzt 11 Kodes). **Insgesamt** umfasst die Anl. 1 des RVO-E **242 OPS-Kodes**. Das InEK hat insbesondere anhand der DRG-Gruppierungslogik dafür **12 spezifische Hybrid-DRGs** definiert, die vollständig in Anl. 2 des RVO-E übernommen sind. Das Vorgehen sollte somit **grundsätzlich** der Ermittlung der relevanten Eingriffe im **Wiesbadener Modell** entsprechen.
4. Die **Methodik der Ermittlung der Vergütungshöhen** der Hybrid-DRGs ist ebenfalls vom InEK vorgezeichnet („fiktives Beispiel“, Präsentation Heimig 01.09.2023, Folie 87) und orientiert sich offensichtlich – **analog dem Wiesbadener Modell** – auch an aktuellen Vergütungshöhen bei ambulant/stationärer Erbringung sowie dem jeweils **aktuellen Ambulantisierungsgrad** der neuen Hybrid-DRG. Die **Ermittlung** der konkret in Anl. 2 RVO-E ausgewiesenen **Vergütungsbeträge** der Hybrid-DRGs ist aber **nicht transparent**; in der Begr. erfolgt keine explizite Erläuterung. In der Allgemeinen Begr. (23) wird nur erwähnt, dass die ausgewiesenen Vergütungen „als mit dem Ambulantisierungsgrad gewichtete Mischpreise kalkuliert wurden“ und zu den Abläufen der Entstehung des Entwurfs wird darauf hingewiesen, dass dem BMG im August 2023 die „finale Kalkulation der Hybrid-DRGs durch das InEK übermittelt“ wurde. Dies lässt vermuten, dass die in Anl. 2 des RVO-E ausgewiesenen Vergütungshöhen grundsätzlich diese Vorlage verwenden; die **Überprüfung** zeigt indessen **kein konsistentes Bild**.

Als **Grundlage** wird im Weiteren mangels einer transparenten Darstellung davon ausgegangen, dass dem RVO-E die Vorlage des InEK und die Auswertungen des DRG-Browsers 2023, Datenstand 2021 zugrunde liegen; sie werden mit den **Kalkulationen** nach dem Wiesbadener Modell verglichen.

a) **Kalkulation DRG Preis**

DRG-Kosten ohne Sach- und Pflegekosten: Das InEK (Präsentation Heimig, Folie 96) gelangt für die DRG G24B (Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion) zu Kosten in Höhe von 2.524,48 Euro. Dies legt nahe, dass **Sachkosten und Pflegekosten** (außer Patientenaufnahme etc.) sowie die Laborkosten in Höhe von **insgesamt 672,64 Euro** von den Gesamtkosten von 3.197,12 Euro **ausgliedert** worden sind. Die InEK-Sachkosten umfassen somit alle Sachkosten inkl. Implantatkosten in Höhe von 227,64 Euro. Im

Wiesbadener Modell werden in diesem Fall nur die Implantatkosten (Abteilung OP) herausgerechnet, um sie dann beim EBM-Preis heraufzurechnen.

Sachkosten: Die **Sachkostenpauschale** (Präsentation Heimig, Folie 102) wird dann allerdings vom InEK **nur mit 453,62 Euro veranschlagt**. Die **Berechnung ist nicht eindeutig** und damit **nicht nachvollziehbar**.

b) **Kalkulation EBM Preis**

Die konkret verwandten InBA-Daten und die genauen **Kalkulationen liegen nicht vor**. Es bleibt fraglich, ob die AOP-Vergütungszuschläge des Jahres 2023 berücksichtigt wurden. Zudem wurde vermutlich ein einheitlicher Preis über alle EBM-OP-Kategorien hinweg ermittelt.

c) **Einheitspreis Hybrid-DRG**

Das InEK bewertet die Hybrid-DRG zum einen aus einem **Mischpreis** von DRG-Kosten (ohne Sachkosten) und dem Median der EBM-Kosten, gewichtet nach dem **Grad der Ambulantisierung**. Hierauf werden die Sachkosten addiert, deren Höhe aus dem DRG-Browser entnommen wurde.

In der Konsequenz ergibt sich eine einheitliche Hybrid-DRG, z.B. die I20M für alle Vorfußeingriffe aus der DRG I20F.

5. Bei einem **Vergleich der Hybrid-DRGs** mit den **Erlösen** über den **EBM**, wie sie beim ambulanten Operieren derzeit erzielt werden, ergibt sich, dass schon für Eingriffe **ab der zweiten EBM-Kategorie**, die **Abrechnung über den EBM attraktiver** ist. Die Ursache hierfür liegt darin, dass bei der Abrechnung unter EBM die Kosten für Verbrauchsmaterialien und Implantate zusätzlich direkt vergütet werden. Die durchschnittlich abgerechneten Sachkosten (Verbrauchsmaterialien) gemäß KVB-Sachkostenvereinbarung für die folgenden Eingriffe liegen vor. (KV Bayern, Mittelwerte des 1. Quartals 2023):

Tabelle 1:

OPS-Ziffer	Klartext	EBM-Kateg.	Vergütung EBM 2023 (inkl. SSB)	Verbrauchsmaterialien	Hybrid-DRG	Delta
5-788.51	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, Doppelosteotomie	D3Z	891,14 €	176,24 €	909,25 €	- 158,13 €
5-808.b0	Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Großzehengrundgelenk	D2	601,55 €	450,07€	1.072,95 €	- 21,33 €
5-811.2k	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Oberes Sprunggelenk	E2Z	798,36€	607,85 €	909,25	- 496,96 €

6. Kommt es hier zu keiner Änderung in der finalen RVO steht zu erwarten, dass insbesondere **Eingriffe ab der EBM-Berechnungskategorie 2 bzw. 3 weiter über den EBM** abgerechnet werden. Die Hybrid-DRG und die in ihr inkludierte Sachkostenpauschale würde somit nur bei den Eingriffen abgerechnet, die kaum Sachkosten in Form von Implantatkosten enthalten. Für die Kostenträger würde dies in der Folge die kalkulationsbedingte Erstattung von Implantaten in Form einer Pauschale für Fälle bedeuten, die weitestgehend ohne Implantate auskommen. Die **angestrebte Wirtschaftlichkeit** des Vorgehens wäre **in ihr Gegenteil verkehrt. Notwendig** ist deshalb eine **Aufteilung** der vorgesehenen **Hybrid-DRG in Unterkategorien**, die die Spreizung im EBM berücksichtigen (Kategorien 1-6). Damit könnte insbesondere der notwendige Vergütungsabstand zum EBM immer gewahrt bleiben. **Fazit:** Die **Kalkulation des InEK** ist methodisch grundsätzlich geeignet. Sie **bedarf** aber einer **Feinjustierung**, wie sie im folgenden Abschnitt erläutert wird.
7. Eine **entsprechende Kalkulation** nach der modifizierten InEK-Methode auf Grundlage der Datenbasis DRG-Browser 2021, EBM 2023 und dem festgestellten Ambulantisierungsgrad (Wiesbaden Business School 2019) wird im Folgenden erläutert:
- Die **Sachkosten** für die jeweilige DRG werden anhand der **InEK-Kostenmatrix ermittelt**. Für die DRG G24B (Hernie) werden in der InEK-Kostenmatrix für das Jahr 2021 Sachkosten in Höhe von 672,64 Euro ausgewiesen und für die DRG I20F/E Sachkosten in Höhe von 362,44 / 553,60 Euro.
 - Dies ergibt für die übrigen Kosten bei der DRG G24B einen Wert von 2.524,48 Euro, bei der DRG I20F/E von 2.178,98 / 2.553,39 Euro. (vgl. Tabelle)
 - Über den EBM werden (EBM 2023) Erlöse in Höhe von 703,62 Euro (OPS 5-530.03, Verschluss Hernia inguinalis, Kat. F3) bzw. 852,67 Euro für die OPS 5-530.1 (Hernia inguinalis, plastischer Verschluss; Kat. F4 mit Zuschl.) erzielt. Für den Bereich Vorfüße ergibt sich bei der OPS 5-788.0a (Exostose; Kat. D1 mit Zuschl.) ein EBM-Erlös von 342,91 Euro und für die OPS 5-788.51 (Doppelosteotomie; Kat. D3 mit Zuschl.) ein EBM-Preis von 756,14 Euro.
 - Die Ambulantisierungsgrade betragen 0,2 bei den Hernien und 0,8 bzw. 0,7 bei den Vorfüßen (Wiesbaden Business School, Datengrundlage 2019).
 - Die exkludierten Sachkosten werden als Pauschale auf den ermittelten Mischpreis addiert.

Damit ergeben sich folgende **Werte** für die **Hybrid-DRGs G24N** sowie **I20N/M**:

Tabelle 2:

OPS-Ziffer	Klartext	EBM-Kosten (exkl. SK)	Agrad	DRG Kosten (exkl. Pflege/ SK)	Agrad	Sachkosten INEK	Hybrid-DRG	Bewertung	Bewertung Referentenentwurf
HERNIEN G24B									
5-530.03	Verschluss Hernia inguinalis, Kat. F3	703,62 €	0,2	2.524,48 €	0,8	672,64 €	G24N3	2.832,95 €	1.965,05 €
5-530.1	Hernia inguinalis, plastischer Verschluss, Kat. F4	852,67 €	0,2	2.524,48 €	0,8	672,64 €	G24N4	2.862,76 €	1.965,05 €
VORFUß I20F									
5-788.0a	Exostose, Kat.D1	342,91 €	0,8	2.178,98 €	0,2	362,44 €	I20N1	1.072,56 €	909,25 €
5-788.51	Doppelosteotomie Metatarsale, Kat.D3	756,14 €	0,8	2.178,98 €	0,2	362,44 €	I20N3	1.403,15 €	909,25 €
VORFUß I20E									
5-808.b0	Offen chirurgische Arthrodes: Zehengelenk: Großzehengrundgelenk, Kat. D2	466,55 €	0,7	2.553,39 €	0,3	553,60 €	I20M2	1.646,21 €	1.072,95 €

Legende: SK – Sachkosten
Agrad – Ambulantisierungsgrad

8. Darüber hinaus fehlt die Konkretisierung, wie vergütungstechnisch mit Fällen von **beidseitigen Eingriffen** umzugehen ist, in denen der DRG-Groupier keine eigene Kategorie vorsieht. Um die Versorgungssituation in diesen Fällen nicht potenziell negativ zu beeinflussen, bedarf es einer **ergänzenden Regelung** für die Hybrid-DRG.
9. Die in **Anl. 3** des RVO-E aufgeführte **Liste von DRGs** („Grundlage für eine weitere Leistungsauswahl“) führt auch die weiteren im Wiesbadener Modell enthaltenen SV-Pauschalen für den O+U-Bereich auf. Deren Vergütung soll im Laufe des Jahres 2024 festgelegt werden (§ 3 II). In der Begr. wird dazu erläutert, dass sowohl die Konkretisierung der Leistungsauswahl als auch die Festsetzung der Vergütungen durch Anpassungen der RVO erfolgen sollen (25, 28). Damit wird aber unverständlicherweise eine **originäre Aufgabenerfüllung** durch die **Selbstverwaltungspartner** auch bei Weiterentwicklung der speziellen sektorengleichen Vergütung vorschnell **unterbunden**. Dies stellt einen weiteren Schritt zu einem staatlich dominierten Gesundheitswesen dar und sollte deshalb **dringend überdacht** werden.

Grundsätzlich sind zur **zukünftigen** weitergehenden **Auswahl der Leistungen gesetzliche Anpassungen** erforderlich. Normiert ist dazu bisher lediglich, dass die Auswahl der Leistungen im Abstand von jeweils 2 Jahren zu überprüfen und, sofern erforderlich, „erstmalig spätestens bis zum 31.03.2025“ bzw. (mit Inkrafttreten Art. 8e Nr. 1a PflegestudiumstärkungsG – PflStudStG – am 01.01.2024) zum 31.03.2024 anzupassen ist (§ 115f II 2 SGB V). Letzteres würde insoweit mit Anl. 3 des RVO-E korrespondieren. Zudem können ab 01.01.2024 auch Leistungen außerhalb des AOP-Katalogs ausgewählt werden (Art. 8e Nr. 1b PflStudStG). Zielführend sind eine **jährliche Überprüfung und Weiterentwicklung**.

10. Zur **Anpassung der Vergütungen** ist gesetzlich bisher allein normiert, dass "spätestens ab 2026" Fallpauschalen auf Grundlage geeigneter empirischer ambulanter und stationärer Kostendaten „zu kalkulieren und anzupassen“ sind (§ 115f I 6 SGB V). Eine gesonderte institutionelle Zuweisung dieser Aufgabe an die Selbstverwaltungspartner sollte erfolgen. **Erforderlich** ist die **gesetzliche Vorgabe** einer **regelbasierten, transparent gestalteten Anpassung** der Vergütung.
11. Für den **Aspekt der Weiterbildung** wird eine rechtliche Klarstellung **empfohlen**, da sich der Sachverhalt, wonach bei der Leistungserbringung hier generell der **Facharztstandard** gilt, derzeit nur über unübersichtliche rechtliche Verweisung erschließt. Nach der gesetzlichen Vorgabe (§ 115f III 1 SGB V) sind zur Leistungserbringung und Abrechnung sektorengleicher Leistungen diejenigen Leistungserbringer berechtigt, die die Qualitätsvoraussetzungen nach dem AOP-Vertrag erfüllen (dort Verweis auf § 115b I 5 SGB V). Damit gilt aber auch für die Leistungserbringung im Rahmen der sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V der Facharztstandard, den § 14 AOP-Vertrag bisher bereits für AOP-Leistungen vorgibt. Eine **rechtliche Klarstellung** bietet sich an.