

Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit, Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V), Bearbeitungsstand: 21.09.2023 10:24 Uhr

Inhalt	
Vorwort	1
Teil A: Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung	2
Ad § 2 Zugang der Patienten zu Leistungen nach § 3	2
Ad § 4 Vergütung	3
Teil B: Anlage 1 Startkatalog gemäß § 3 Absatz 1	7
Teil C: Anlage 3 Grundlage für eine erweiterte Leistungsauswahl gemäß § 3 Absatz 2	8
Leistungsdefinition	9
Sonderfall Schweregrade	11
Leistungserbringung interventioneller Leistungen durch Gefäßmediziner	11
Aktuell nicht geregelt: Prüfungen durch den Medizinischen Dienst	12
Zusammenfassung	12

Vorwort

Auf der Grundlage des oben genannten Referentenentwurfs soll insbesondere aus der Sicht der Gefäßmedizin Stellung bezogen werden, inwieweit sich für ein endgültiges Gesetz erweiterter Regelungsbedarf, Klarstellung und/oder Änderungspotenzial ergeben. Die Beurteilung erfolgt dabei nicht auf der Grundlage einer juristischen Expertise, sondern aus der Perspektive der klinischen Medizin unter Einbindung des Medizinischen Managements.

Grundsätzlich ist die sinnvolle Zusammenarbeit der Behandlungssektoren und die Überwindung von Sektorengrenzen auch aus der Sicht der Gefäßmedizin zu begrüßen. Der vorliegende Referentenentwurf enthält aus unserer Sicht allerdings erhebliche Schwachstellen hinsichtlich der Umsetzung dieses Ziels und insbesondere bereits jetzt absehbare, zusätzliche Herausforderungen für die praktische Ausgestaltung im Alltag der Leistungserbringung.

Teil A: Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung

Ad § 2 Zugang der Patienten zu Leistungen nach § 3

Im Vertrag nach § 115b Absatz 1 SGB V regelt § 2 Abs. 1 den Zugang der Patienten zu Leistungen nach § 115b SGB V folgendermaßen:

„Leistungen gemäß § 115b SGB V sollen in der Regel auf Veranlassung eines niedergelassenen Vertragsarztes unter Verwendung eines Überweisungsscheins durchgeführt werden. Falls ein Patient ohne Überweisungsschein das Krankenhaus oder den leistungserbringenden Vertragsarzt zur Erbringung einer Leistung nach § 115b SGB V aufsucht, gilt die elektronische Gesundheitskarte in Verbindung mit einem amtlichen Lichtbildausweis als Nachweis für die Mitgliedschaft.“

In § 2 Zugang der Patienten zu Leistungen im Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit wird hier deutlich eingeschränkt: *„Die ambulante Erbringung von Leistungen gemäß § 3 soll in der Regel auf Veranlassung eines niedergelassenen Vertragsarztes oder einer niedergelassenen Vertragsärztin unter Verwendung eines Überweisungsscheins erfolgen.“*

Das würde bedeuten, dass auch wenn der Begriff „in der Regel“ Ausnahmen vorsieht, im Falle einer stationären Einweisung oder einer aus der Notfallambulanz heraus sich ergebenden Leistung, die Abrechnung einer Hybrid-DRG u. U. nicht mehr erfolgen kann. Dies leitet sich aus der untergesetzlichen Regelung des Vertrages nach § 115b Absatz 1 SGB V nicht so strikt ab, da hier auch Patienten ohne Überweisungsschein eingeschlossen werden. Zusätzlich ist zu bemerken, dass eine Reihe von Klinikambulanzen nicht über eine KV-Ermächtigung verfügen, sodass sie infolgedessen regelhaft nur aufgrund einer KH-Einweisung bzw. Notfalleinweisung überhaupt tätig werden. Für diese Kliniken muss eine eindeutige Regelung getroffen werden, damit eine Erbringung und Abrechnung von Leistungen der Hybrid-DRGs gesichert und belastbar möglich wird.

Wenn sich die sektorengleiche Vergütung grundsätzlich auf Fälle des ambulanten Potenzials des § 115b SGB V bezieht, findet sich hier ein bemerkenswertes Dilemma darin, dass für das ambulante Operieren eine Überweisung eines niedergelassenen Vertragsarztes oder einer niedergelassenen Vertragsärztin nicht vorliegen muss, für die Abrechnung einer Hybrid-DRG als Leistungs-Teilmenge der Leistungen des ambulanten Operierens aber eine Überweisung gefordert wird.

Hier ist zur Vermeidung von Konfusionen und Abrechnungsstreitigkeiten dringend eine einheitliche Regelung dahingehend anzustreben, dass dem Krankenhaus hier aus allen Situationen der Patientenzuführung die Möglichkeit zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen der Hybrid-DRGs gemäß § 115f SGB V erwächst.

Zusätzlich ist zu bemerken, dass die Abrechnung einer Hybrid-DRG durch § 4 des Referentenentwurfs sekundär durch die *„Anwendung des aktuell gültigen aG-DRG-Groupierungsalgorithmus im Ergebnis“* sekundär nach Leistungserbringung resultiert. Das würde entweder bedeuten, dass im bisher nicht bekannten Gruppierungsalgorithmus nur noch Fälle mit Überweisung in eine Hybrid-DRG eingruppiert werden dürften, wobei ein entsprechender Aufnahmearbeit nicht definiert ist. Alternativ könnten aber auch Fälle in eine Hybrid-DRG eingruppiert werden, welche dann hinsichtlich der Rechnungsbegleichung durch die Kostenträger in Abrede gestellt werden könnten. Je nach Konstellation der Vergütung für ambulante, stationäre bzw. hybride Leistungserbringung sind hier Fehlanreize mit erheblicher Ausweitung der bürokratischen Folgen zu erwarten.

Ad § 4 Vergütung

Im Referentenentwurf wird geregelt: *„Die in der Anlage 2 aufgeführte Hybrid-DRG ist für die gesamte Dauer der erbrachten Leistungen insgesamt einmal berechnungsfähig. Die Leistungen beginnen nach Abschluss der Indikationsstellung mit der Einleitung der Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung und enden mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung.“*

Hier besteht unbedingter Regelungsbedarf hinsichtlich der Definition von bisher unscharf geregelten Begrifflichkeiten wie z. B. „Abschluss der Indikationsstellung“ und „Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung“. Insbesondere wird sich an der Definition des Abschlusses der postoperativen Nachbeobachtung ein absehbarer Streit darüber entfachen, inwieweit hier eine Betreuung bis z. B. zur Entfernung von Nahtmaterial durch den Leistungserbringer inkludiert sein soll, was gerade bei der Erbringung der Leistung durch ein Krankenhaus nicht immer realistisch erscheint. Im vertragsärztlichen Bereich wird die Fortführung einer Behandlung sicher auch problematisch werden, wenn unklar ist, auf welches Leistungsvolumen und welchen Leistungsumfang sich die Vergütung der Hybrid-DRGs erstreckt und welche Leistungen der Vertragsarzt oder die Vertragsärztin nicht mehr gegenüber der KV zur Abrechnung bringen kann bzw. darf.

Es ist eine eindeutige Begrifflichkeit für die Leistungsinhalte einer Hybrid-DRG zu fordern, wobei Belange sowohl des vertragsärztlichen wie des stationären Bereiches berücksichtigt werden müssen.

Hinsichtlich der Sachkostenvergütung wird festgelegt: *„Mit der Hybrid-DRG sind alle Leistungen und Aufwände im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten mit einer in Anlage 1 genannten Leistung abgegolten, insbesondere ärztliche Leistungen, Sachkosten sowie Kosten für Unterkunft und Verpflegung für eine Übernachtung.“*

Abweichend von der Situation beim klassischen ambulanten Operieren nach § 115b SGB V werden im Zusammenhang mit den Hybrid-DRGs somit Sachkosten nicht gesondert berechnungsfähig. Das bedeutet, dass Fälle z. B. der interventionellen Gefäßmedizin mit zum Teil erheblichen Sachkosten analog zur stationären Situation pauschal vergütet werden. Je höher der Sachmitteleinsatz ausfällt, desto problematischer wird demnach sicher auch die Vergütungssituation zu beurteilen sein.

Während im Bereich des ambulanten Operierens also zumindest zusätzlich anfallende Sachkosten in der Regel auch zusätzlich abrechnungsfähig gestellt sind, findet eine solche additive Vergütung nach den Regelungen des Referentenentwurfs für die Hybrid-DRGs offenbar keine Anwendung. Insofern ist davon auszugehen, dass auch hier wieder Leistungen höheren Aufwands eher den Krankenhäusern zugeführt werden, während potenziell mit geringeren Kosten einhergehende klinische Situation dann möglicherweise eher im vertragsärztlichen Bereich verbleiben.

Es ist daher dringend anzuraten, die Sachkosten zwar einerseits aus der Kalkulation der Entgelte für die Hybrid-DRGs ganz oder teilweise herauszunehmen, dann aber diesen Kostenblock auf Einzelnachweis gesondert abrechnungsfähig zu stellen.

Auffällig ist die Definition der in die Vergütung der Hybrid-DRGs inkludierten Übernachtungskosten („Kosten für Unterkunft und Verpflegung für eine Übernachtung“). Es ist somit davon auszugehen, dass Hybrid-DRGs immer nur maximal eine Übernachtung aufweisen. Eine zweite Übernachtung müsste dann im Grouper immer in die stationäre Leistungserbringung führen. Dieses Vorgehen erscheint aus der gelebten Praxis der letzten Jahre nicht realistisch. Es ist demnach davon auszugehen, dass neben den primären

Tagesfällen der entsprechenden Leistungsbereiche auch Fälle in die Hybrid-DRGs gelangen werden, welche erst im Nachgang einer Fallprüfung durch den MD hinsichtlich der Verweildauer z. B. von zwei auf eine Übernachtung gekürzt werden. Die in den derzeit in Anlage 2 verankerten Leistungsbereiche kennzeichnen sich aber in der Praxis nicht selten dadurch, dass die stationäre Übernachtung grundsätzlich im Rahmen der Fallprüfung in Abrede gestellt wird. Damit erfolgt für diese Fälle bisher eine Vergütung als AOP-Fall gemäß den Regelungen des § 115b und der dazu vereinbarten Vertragswerke. Dies wird künftig so nicht mehr möglich sein.

Die Abrechnung von Leistungen der Hybrid-DRGs alternativ als reine AOP-Leistung ist nicht wahlweise möglich: *„Ist für eine in Anlage 1 genannte Leistung eine in der Anlage 2 aufgeführte Hybrid-DRG gemäß Absatz 1 Satz 1 berechnungsfähig, ist eine anderweitige Abrechnung der Leistung ausgeschlossen.“* Das bedeutet aber auch, dass alle AOP-Fälle im Sinne einer DRG-Gruppierung ermöglichenden Datensatzes zur Verfügung stehen müssen, um die Ermittlung der entsprechenden Hybrid-DRG sicher zu realisieren.

Vereinfacht könnte man die zu erwartende Situation somit so darstellen:

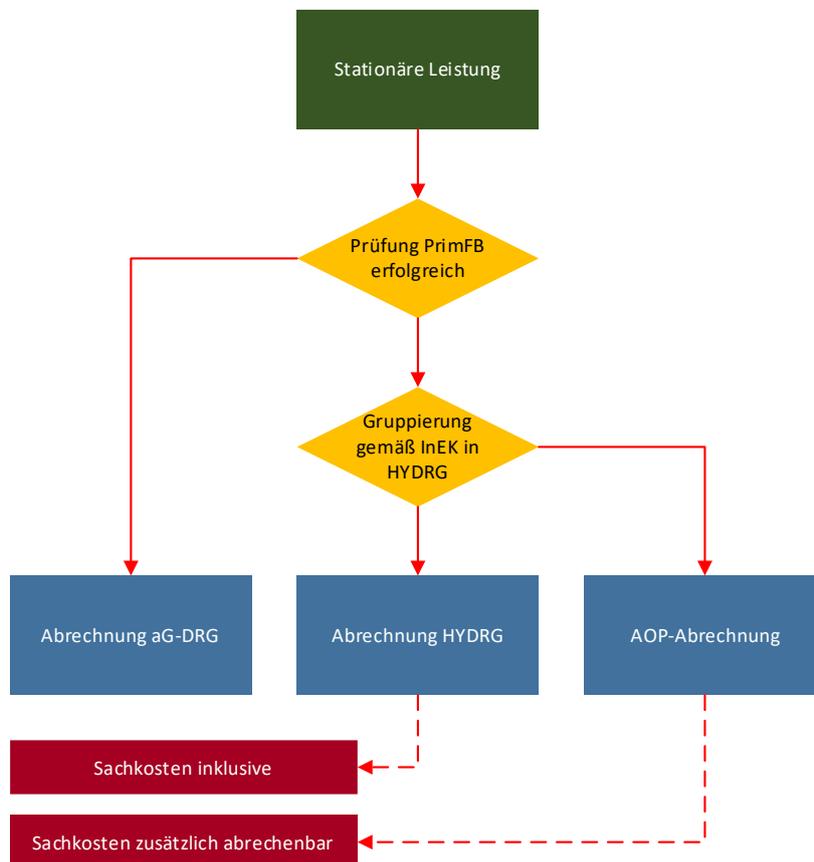
- Verweildauer = 2 (2 Übernachtungen) → stationäre Leistung gemäß DRG-Grouper
- Verweildauer = 1 (1 Übernachtung) → hybride Leistung gemäß DRG-Grouper
- Verweildauer = 1 (Keine Übernachtung) → hybride Leistung gemäß DRG-Grouper
- Verweildauer = 1 (1 Übernachtung) mit Kontextfaktoren → stationäre Leistung mit Kurzliegerabschlag gemäß DRG-Grouper

Je nach Erlössituation ist davon auszugehen, fehlt es hier an Klarheit und Eindeutigkeit für die Zuordnung von Behandlungsfällen zu den mittlerweile drei unterschiedlichen Abrechnungsformen. Zusätzlich zu den oben genannten Varianten ist davon auszugehen, dass es in diesem Zusammenhang den Tagesfall im stationären Setting mit einem Abschlag wegen Unterschreiten der unteren DRG-Verweildauer gemäß DRG-Fallpauschalenkatalog nur noch dann geben wird, wenn eine stationäre Notwendigkeit aufgrund erfüllter Kontextfaktoren als gegeben gilt, eine Übernachtung aber ausreichend für die Versorgung des Patienten/der Patientin angesehen wird. Inwieweit hier dann der Grouper tatsächlich diesen Umstand erkennen und die korrekte Vergütungsform ableiten kann, bleibt mehr als kritisch abzuwarten, da ja nicht alle Kontextfaktoren im Datensatz transportiert und vom Grouper algorithmisch ausgewertet werden können. Überdies ist davon auszugehen, dass hinsichtlich der Prüfung der medizinischen Notwendigkeit der Leistungserbringung kaum sinnvoll zwischen einer „hybriden“ Nacht im Krankenhaus und einer stationären Übernachtung unterschieden werden kann. Es ist also davon auszugehen, dass hier in der Praxis kein stationärer Kurzliegerfall mehr zur Abrechnung kommen wird.

Ein zusätzliches Problem resultiert aber aus der zu erwartenden Diskrepanz der Zuordnung der Hybrid-DRGs im DRG-Grouper und der Definition des ambulanten Potenzials nach der Logik, wie sie die Selbstverwaltung erstmalig für das Jahr 2023 definiert hat.

Auch wenn die Konfiguration der Grouperlogik und die speziellen Definitionen der bereits im Startkatalog aufgeführten Leistungsbereiche im Definitionshandbuch 2024 derzeit noch nicht bekannt sind, so ist davon auszugehen, dass, wie dargestellt, die Logik der Ermittlung des ambulanten Potenzials von der Zuweisung von Hybrid-DRGs zumindest teilweise abweichend sein wird. Daraus resultiert eine unübersichtliche und derzeit aus unserer Sicht auch nicht klar administrativ geregelte Situation. Wenn Fälle für die Hybrid-DRGs immer aus dem Kontingent der Fälle des ambulanten Potenzials gemäß § 115b SGB V

stammen, dann kann es vor dem Hintergrund der vom InEK bereits vorab in Teilen kommunizierten Situation dazu kommen, dass ein Behandlungsfall im Rahmen einer primären Fehlbelegungsprüfung aus dem stationären Setting in eine nicht stationäre Abrechnungsform verschoben werden soll. Ein solcher Fall kann im einfachsten Fall nun die Kriterien der Hybrid-DRGs erfüllen, sodass diese Abrechnungsform zu wählen ist. Nun kann es aber auch vorkommen, dass zwar die stationäre Abrechnung nicht möglich ist, eine Gruppierung des Falles in eine Hybrid-DRG, z. B. aufgrund eines höheren Schweregrades, nicht erfolgt. Damit resultiert natürlich nicht automatisch die stationäre Abrechnung, sondern es wird wohl eine Abrechnung als ambulante Operation in der bisherigen oder für das Jahr 2024 angepassten Logik erfolgen. Da die EBM-Abrechnung dieses Falles dann sicher mit einem geringeren Erlösbetrag behaftet sein wird, als wenn die Abrechnung als Hybrid-DRG erfolgen könnte, wird der komplexere Fall (höherer Schweregrad) nunmehr geringer ökonomisch bewertet als der ökonomisch weniger aufwändige, weil einfacherer und medizinisch weniger komplexer Fall. Zusätzlich ist zu beachten, dass in der Hybrid-DRG dann die Sachkosten bereits inkludiert sind, diese zur AOP-Abrechnung aber additiv hinzukommen. Es ist eindeutig, dass sich hieraus Reibungsflächen ergeben werden. Der aktuell erkennbare Algorithmus findet sich in der nachfolgenden Abbildung dargestellt:



Die geschilderten Sachverhalte führen effektiv dazu, dass anstelle der Schaffung einer größeren Durchlässigkeit an den Sektorengrenzen, den beiden bereits historisch existierenden Sektoren „ambulant“ und „stationär“ effektiv ein dritter Sektor „Hybrid-DRG“ an die Seite gestellt wird. Gerade die Reibungsverluste an den bisher bereits bestehenden Sektorengrenzen, wie Prüfung der primären Fehlbelegung etc., führen in der Praxis zu erheblichen Herausforderungen und reduzieren den ökonomischen Wirkungsgrad des Systems der medizinischen Versorgung durch erheblichen administrativen Aufwand auf allen Seiten.

Da die Erbringung der Hybrid-DRGs nicht an Krankenhäuser gebunden ist, ist zudem zu beachten, dass Einrichtungen der ambulanten Versorgung aktuell nicht über einen InEK-zertifizierten Grouper verfügen, sodass in die Praxis-Softwaresysteme die Möglichkeit zumindest der Hybrid-DRG-Gruppierung implementiert werden müsste. Ein ähnliches Problem findet sich auch auf der Seite der Krankenhäuser, da auch dort Fälle mit initial nicht stationärer Leistungserbringung nicht regelhaft einen Gruppierungsprozess durchlaufen.

Für die Entwicklung der Hybrid-DRGs wird es überdies erforderlich sein, auch für die Fälle der Hybrid-DRGs belastbare Kostendaten zu generieren. Der einfachste Weg wäre hier auf der Seite der Krankenhäuser eine Aufnahme dieser Fälle in den Datensatz nach § 21 KHEntgG, wobei dann aus den Kalkulations-Krankenhäusern auch Kostendaten zur Verfügung stünden. Aktuell finden sich diese Fälle regelhaft nicht in diesen Daten. Inwieweit eine ähnliche Struktur auch im ambulanten Sektor z. B. der vertragsärztlichen Versorgung möglich und sinnvoll sein könnte, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden.

Es ist nicht davon auszugehen, dass eine neue und zusätzliche Sektorengrenze diese Probleme lösen kann und dann auch tatsächlich einen Beitrag zur Umsetzung der vielfach geäußerten politischen Absichtserklärung der Entbürokratisierung des Gesundheitssystem leisten kann. Hier ist unbedingt inhaltlich nachzuschärfen und insbesondere auch auf die praktischen Aspekte der Abrechnung und der einer Abrechnung eben doch nicht selten folgenden Auseinandersetzung zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern mit deren naturgemäß nicht regelhaft kongruenten Partialinteressen zu achten.

Es muss aus unserer Sicht eine belastbare und eindeutige Definition erfolgen, welche Kriterien hinsichtlich der Zuordnung von Behandlungsfällen zum stationären oder hybriden Leistungsbereich zur Anwendung kommen. Insbesondere muss für stationär unstrittige Fälle mit dennoch kurzer Verweildauer eine klare Regelung geschaffen werden, welche Abrechnungsform gilt. Der DRG-Grouper kann diesen Sachverhalt nicht regelhaft verarbeiten, da hier auch Kriterien, wie z. B. die G-AEP-Kriterien zum Tragen kommen können.

Es ist zwingend erforderlich, dass die Logiken der Zuordnung zu Hybrid-DRGs nicht abweichend zur Definition des ambulanten Potenzials ausfallen. Nur so ist zu vermeiden, dass für weitgehend identische Konstellationen unterschiedliche Abrechnungsmodi erforderlich werden, wobei es dann zur geringeren Vergütung aufwändigerer Fälle kommt.

Teil B: Anlage 1 Startkatalog gemäß § 3 Absatz 1

Im initialen Startkatalog für die Identifikation von Leistungen, welche im Rahmen der sektorengleichen Vergütung zur Abrechnung kommen sollen, wurden vom BMG folgende Bereiche identifiziert:

- Leistungsbereich Bestimmte Hernieneingriffe
- Leistungsbereich Entfernung von Harnleitersteinen
- Leistungsbereich Ovariectomien
- Leistungsbereich Arthrodesen der Zehengelenke
- Leistungsbereich Exzision eines Sinus pilonidalis

Prinzipiell finden sich hier keine spezifischen Leistungen der Gefäßmedizin, allerdings werfen sich an dieser Stelle im Vorgriff auf die kommende Anpassung der hybrid zu erbringenden Leistungen durchaus Fragen auf. Aus der Vielzahl von Diskussionspunkten seien einige beispielhaft herausgegriffen:

- Sollen alle Fälle mit Erfüllung mindestens eines Positivkriteriums als Hybridleistung erbracht werden?
- Sollen nur Fälle mit ausschließlicher Erfüllung eines Positivkriteriums als Hybridleistung eingestuft werden?
- Welche Kriterien wären möglicherweise ausschließend zu betrachten und wie sind diese z. B. in einen Gruppierungsalgorithmus zu integrieren?
- Wie wird in diesem Zusammenhang mit den Aspekten der Kontextfaktoren verfahren?
- Spielen tatsächliche Verweildauern für die Einstufung eines Falles als Hybrid-DRG anders bei der Beurteilung des ambulanten Potenzials eine Rolle (AOP-Leistungen aktuell formal ohne VWD-Bezug!)
- Wie soll der gesetzlich verankerte Schweregradbezug realisiert werden?

Es ist davon auszugehen, dass das InEK im Rahmen der Kalkulation dieser Hybrid-DRGs Lösungen für die angesprochenen Fragen entwickeln wird, zum gegenwärtigen Zeitpunkt liegt aber noch kein Gruppierungsalgorithmus für das Jahr 2024 vor.

Die Leistungen der Gefäßmedizin sind aktuell vom Startkatalog des BMG nicht betroffen, die Methodik des InEK bleibt für die Bewertung des Verfahrens abzuwarten.

Teil C: Anlage 3 Grundlage für eine erweiterte Leistungsauswahl gemäß § 3 Absatz 2

§ 115 f SGB V Abs. 1, Satz 1 verlangt „Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 vereinbaren bis zum 31. März 2023

1. eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird, und

2. für welche der in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten Leistungen die Vergütung nach Nummer 1 erfolgt.“

In der Begründung zum Gesetzesentwurf heißt es „Mit der Verordnung werden die spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V und die Leistungen, auf die diese Vergütung angewendet wird, bestimmt sowie eine Grundlage für eine weitere Leistungsauswahl geschaffen.“

Ergänzend regelt Abs 2 des § 3 Leistungen: „Die Grundlage für eine erweiterte Leistungsauswahl, für die die Vergütung im Laufe des Jahres 2024 festgelegt wird, ist in Anlage 3 aufgeführt.“

Damit wird dargelegt, dass die bereits definierten Leistungen des Startkataloges kurzfristig Ergänzung durch weitere medizinische Inhalte erhalten werden. Insbesondere die hier dargestellte Absicht einer unterjährigen Umsetzung ist aus unserer Sicht weder umsetzbar noch anzustreben.

§ 115 f SGB V Abs. 1, Satz 2 fordert „Die nach Satz 1 Nummer 1 vereinbarte Vergütung ist für jede nach Satz 1 Nummer 2 vereinbarte Leistung individuell als Fallpauschale zu kalkulieren.“ Damit ist festgelegt, dass die Entgelte der jeweiligen Hybrid-DRGs durch Kalkulation zustande kommen. Diese Kalkulation erfolgt voraussichtlich für die bereits festgelegten Leistungsbereiche des BMG für das Jahr 2024 durch das InEK. Aktuell liegen noch keine Ergebnisse (DRG-Fallpauschalenkatalog, Definitionshandbücher etc.) vor, sodass eine Beurteilung des Verfahrens noch nicht möglich ist. Eine unterjährige Kalkulation zusätzlicher Leistungen erscheint technisch kaum möglich und überdies stellt sich systemtheoretisch auch die Frage, wie die Auskopplung der Kosten dieser dann nicht mehr in der stationären Vergütung befindlichen Leistungen und Fälle aus dem DRG-System 2024 nachträglich erfolgen soll.

Sollte hier eine komplexe und im Referentenentwurf nicht thematisierte Ausgleichsregelung für das Folgejahr angedacht worden sein, so ist davor dringlich zu warnen, da Kliniken mit größeren Anteilen an Fällen mit Hybrid-DRG-Abrechnung von Fällen der erweiterten Leistungsauswahl in 2024 durch die fehlende Auskopplung der erweiterten Leistungsauswahl aus den Kosten des Gesamt-DRG-Systems eine zumindest partielle Doppelvergütung realisieren könnten, der dann eine nur im Mittel der bundesrepublikanischen Kliniken berechnete Rückvergütung durch Ausgleich im Jahr 2025 folgte. Kliniken mit eher geringem Anteil an Hybrid-DRGs eines erweiterten Leistungsbereiches würden umgekehrt unter der gemittelten Ausgleichszahlung ggf. überproportional leiden. Wie auch immer hier eine Umsetzung erfolgen sollte, so ist davon auszugehen, dass der bürokratische Aufwand in den Kliniken noch einmal höher ausfallen dürfte.

Insofern ist eine unterjährige Ausweitung der Leistungsbereiche für die Hybrid-DRGs auf jeden Fall abzulehnen und eine Erweiterung sollte frühestens mit dem DRG-System 2025 erfolgen.

Leistungsdefinition

Auffällig ist die Definition von Leistungen des erweiterten Leistungsbereichs gemäß Anhang 3 des Referentenentwurfs. Leistungen für die Umsetzung des § 115f SGB V müssen definiert sein, wobei auf die Problematik einer nachvollziehbaren und belastbaren Definition bereits eingegangen wurde. Zusätzlich fällt in Anhang 3 jedoch auch die klassifikatorische Grundlage der Definition auf.

Leistungen nach dem gemäß § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog werden primär im aktuellen sogenannten AOP-Katalog über das technische Hilfskonstrukt von OPS-Schlüsselnummern definiert. Hier wird also konsequent und nachvollziehbar immer ein OPS-Kode für die Definition einer möglichen ambulanten Leistung herangezogen. Dies geschieht unabhängig von der multifaktoriellen Systematik der Kontextprüfung, welche dann zum sekundären Ausschluss primär als grundsätzlich ambulant zu erbringender Fälle dient.

Der Anhang 3 definiert die zusätzlichen Leistungsbereiche nunmehr anhand von DRGs des DRG-Kataloges 2023. Es werden insgesamt 55 aG-DRGs aus unterschiedlichen Hauptdiagnosekategorien:

Hauptdiagnosekategorie	Anzahl
MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	3
MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges	4
MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	4
MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	3
MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	12
MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	7
MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	2
MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	14
MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	1
MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	2
MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	2
MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen...	1

In den Basis-DRGs F39 und F59 befinden sich mehrheitlich Leistungen der Gefäßmedizin (erbracht durch verschiedene Fachdisziplinen). Während in den aG-DRGs F39A und F39B vor allem Leistungen der Varizenchirurgie zu finden sind, welche bisher bereits häufig als ambulante Leistungen zur Abrechnung kamen, bietet sich medizinisch inhaltlich in den drei DRG-Splits F50D, F59E und F59F ein Mischbild aus unterschiedlichen und insbesondere auch unterschiedlich aufwändigen interventionellen und operativen Leistungen der Gefäßmedizin.

Die Durchführung einer Angiografie der unteren Extremität (OPS 3-607) oder an der Beckenstrombahn (OPS 3-605) fällt gemäß den Regelungen zum AOP-Katalog 2023 automatisch in die ambulant geforderte Leistungserbringung (Abschnitt 2: Leistungen gemäß § 115 b SGB V außerhalb Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM). Die zusätzliche Ballon-Angioplastie am Oberschenkel (OPS 8-836.0s) und/oder Beckenetape (OPS 8-836.0q) fallen ebenfalls in die potenziell ambulanten Leistungen. Entsprechende Kontextfaktoren können dann noch die Einstufung als ambulantes Potenzial korrigieren.

Erfolgt nun im selben Eingriff die Implantation von zwei nicht medikamentenfreisetzenden Stents in einer Oberschenkelarterien (z. B. A. femoralis), so findet sich der OPS-Kode für diese Stentimplantation nicht

in den „Positiv-Kriterien“ der AOP-Definition. Zusätzlich zur Stenteinbringung wird jedoch auch die Angiografie und auch die Ballonangioplastie jeweils mit einem OPS-Kode verschlüsselt. Die Stentimplantation stellt aber in 2023 kein Kriterium der OPS-Kontextprüfung dar. Das führt dazu, dass Fälle mit einer Angiografie/Ballonangioplastie grundsätzlich per OPS-Prüfung in das ambulante Potenzial münden. Das Fehlen der Stentimplantations-OPS-Kodes in den Kontextfaktoren der AOP-Prüfung führt dazu, dass diese Fälle danach aber nicht per Ausschlusskriterium „Stentimplantation“ aus den potenziell ambulanten Leistungen ausgeschlossen werden. Das gilt nicht nur für Implantationen von Stents am Oberschenkel und auch nicht isoliert für die Implantation nur eines oder zweier Stents:

F59D	Beckenetage oder Oberschenkel	Drei oder vier Stents
F59E	Beckenetage	Zwei nicht medikamentenfreisetzende Stents oder ein medikamentenfreisetzender Stent
	Oberschenkel	Ballonangioplastie und/oder ein oder zwei Stents
F59F	Beckenetage	Ballonangioplastie und/oder ein nicht medikamentenfreisetzender Stent

Hinter diesen Leistungen, welche hinsichtlich der Zuordnung zu einer der drei DRGs der Basis-DRG F59 auf eine Indikation reduziert wurden, bei denen keine durchblutungsbedingte Läsion des Hautmantels und/oder tiefer gelegenen Gewebes vorliegt, zeigt bereits, wie unterschiedlich auch hinsichtlich des Sachmittelaufwandes die hier unter wenige DRGs subsummierten Konstellationen ausfallen. Wie dargestellt werden streng formal alle diese Fälle grundsätzlich nicht durch die zusätzlichen Leistungen (Stentimplantation) aus den formal ambulant erbringbaren Fällen angesteuert.

Gerade aus der Sicht der Gefäßmedizin ist auch darauf hinzuweisen, dass es sich bei den drei identifizierten aG-DRGs der Basis-DRG F59 um inhaltliche Misch-DRGs handelt. Dies bedeutet, dass hier sowohl interventionelle Eingriffe wie auch offen chirurgische Therapien subsummiert werden. Dabei ist zu beachten, dass hier kalkulatorisch im stationären Setting nach der Aussage des InEK durchaus homogene Gesamtkosten innerhalb der DRGs auch über die unterschiedlichen Leistungsinhalte hinweg existieren, andererseits aber in keiner Weise davon ausgegangen werden kann, dass diese Homogenität bei der Subgruppe ambulant erbringbarer Leistungen in gleicher Weise abzuleiten wäre. Insbesondere wäre es falsch, anzunehmen, dass alle oder auch nur die Mehrzahl aller Fälle innerhalb dieser drei DRGs gleichsam der ambulanten Leistungserbringung zuführbar seien.

Durch die Fokussierung des Inhalts von künftigen Hybrid-DRGs auf die Grundlage von DRG-Kriterien wird gleichzeitig impliziert, dass die Kalkulation von DRGs gleichzeitig neben dem Kriterium der stationären Kosten die Eignung als ambulant bzw. hybrid zu erbringende Konstellationen abbildet. Dies ist sicher nicht der Fall, sodass trotz der Problematik der Definition hybrider Leistungen auf der Grundlage von OPS-Kodes diese Methodik vorzuziehen ist. Dabei ist allein der Bezug des § 115f SGB V auf ambulante Fälle gemäß § 115b SGB V schon höchst problematisch, da die Kontextprüfung und damit die Definition von gemäß § 115b SGB V (zumindest formal) ambulanten Fällen aufgrund der derzeit allenfalls rudimentären OPS-Kontextfaktoren nicht hinreichend brauchbar erscheint. Hier müssen entweder die Kontextfaktoren intensiver Überarbeitung zugeführt werden, oder die Identifikation von Fällen muss durch das InEK durch eine unabhängige Logik auf der Grundlage von Fällen mit bestimmten OPS-Kriterien erfolgen.

Sonderfall Schweregrade

Gerade in der Basis-DRG F59 findet sich eine erhebliche Bedeutung des PCCL-Wertes. Unabhängig von der übrigen medizinischen Leistung werden Fälle, welche die inhaltlichen Kriterien für die Basis-DRG F59 erfüllen, beim Vorliegen eines Schweregrades von mindestens „4“ immer mindestens in die hoch bewertete aG-DRG F59A eingruppiert. Erfolgt nun die Kodierung eines Behandlungsfalles entsprechend, wo wird stationär diese DRG abgerechnet? Im Rahmen einer Prüfung des Falles durch den Medizinischen Dienst im Auftrag des Kostenträgers findet sich nun im Weiteren eine aus der Dokumentation in der Patientenakte heraus nicht sicher argumentierbare Nebendiagnose, sodass eine Abwertung des Falles aus der aG-DRG F59A z. B. in die aG-DRG F59D erfolgt. Diese ist nun aber Gegenstand der Leistungserweiterung für die Hybrid-DRGs gemäß Anhang 3. Das führt dazu, dass kombinierte Prüfungen der Kostenträger zu erwarten sind, um zunächst Nebendiagnosen und damit PCCL-Werte strittig zu stellen und danach dann die Verschiebung der Leistung ins „hybride Potenzial“ vorzunehmen. Vor dem Hintergrund, dass bisher vielfach der Rechtsweg von Kliniken zur Rettung von Nebendiagnosen und PCCL-Werten aufgrund des erheblichen zeitlichen und organisatorischen Aufwands unterblieb, ist davon auszugehen, dass sich auch juristische Auseinandersetzungen vor dem Hintergrund dieser Situation erheblich ausweiten dürften.

Die Definition der erweiterte Leistungsauswahl gemäß § 3 Absatz 2 des Referentenentwurfes auf der Grundlage von DRG-Definitionen ist methodisch prinzipiell abzulehnen.

Leistungserbringung interventioneller Leistungen durch Gefäßmediziner

§ 15 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V regelt: „Leistungen des Katalogs nach § 115b SGB V, für die Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der vertrags-ärztlichen Versorgung nach § 135 SGB V existieren, sind auch unter den gleichen Maßgaben im stationären Bereich zu erbringen.“

Für die Gefäßintervention kommt dabei für die ambulante Leistungserbringung die „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur interventionellen Radiologie“ zum Tragen, welche in § 3 Abs. 1 Punkt 1 und Abs. 2 Punkt 1 für die Erbringung dieser Leistungen die „Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung 'Radiologie'“ fordert.

Das führt dazu, dass ureigene Leistungen der Gefäßmedizin, welche im stationären Setting seit vielen Jahren und bei hervorragender Qualität überwiegend in Fachabteilungen bzw. Einrichtungen der Gefäßmedizin von Gefäßchirurgen aber auch von Radiologen oder Angiologen erbracht werden, im Falle der Ambulantisierung nicht mehr ohne die Einbindung der Radiologie erbracht werden dürfen. In Ermangelung einer abweichenden Regelung für die Leistungen gemäß § 115f SGB V ist davon auszugehen, dass sich dieses Problem dann auch auf die Hybrid-DRGs ausdehnen wird. Auch wenn hier vielfältige Bemühungen der beteiligten Gruppen aktuell im Gange sind, stellt sich die Situation derzeit so dar, dass Kliniken, welche bisher in der stationären Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten intensiv und hochqualitativ tätig waren, durch eine Ambulantisierung dieser Leistungen von der Leistungserbringung ausgeschlossen würden. Bei einem jährlichen Leistungsaufkommen von ca. 100.000 entsprechenden stationären Fällen in dieser DRG-Gruppe (F59D-F) pro Jahr (2021), würde der Ausschluss von 2/3 der an der Versorgung beteiligten Fachdisziplinen (70%) zu einer relevanten Versorgungslücke führen. Hier ist dringlich eine entsprechende Regelung zu treffen.

Aktuell nicht geregelt: Prüfungen durch den Medizinischen Dienst

§ 115b Abs. 2 Satz 6 SGB V regelt: „Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Katalogs nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ambulant erbringen, unterliegen nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1.“

Wenn es sich bei den Hybrid-DRGs lediglich um eine Vergütungsform von Leistungen handelt, welche durch den Regelungsbereich des § 115b SGB V erfasst werden, so könnte implizit davon ausgegangen werden, dass auch die Hybrid-DRGs nicht Gegenstand der MD-Prüfung werden können. Inwieweit dies gilt, regelt der Referentenentwurf nicht ausdrücklich, insbesondere stellt sich die Frage, inwieweit die Erweiterung der Leistungsbereiche nach Anlage 3 hiervon erfasst wird, da hier ja keine Leistungen des klassischen AOP-Kataloges referenziert werden, sondern auf der klassifikatorischen Ebene der aG-DRGs Leistungen für die hybride Abrechnung definiert werden.

Eine Klarstellung von Prüfungsmöglichkeiten durch den Medizinischen Dienst für die Leistungen des § 115f SGB V ist erforderlich zu ergänzen.

Zusammenfassung

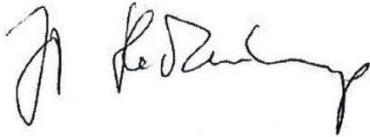
Die vorliegende Fassung des Referentenentwurfs ist aus unserer Sicht nicht dazu geeignet, die bisherigen Probleme an den Sektorengrenzen „ambulant“ und „stationär“ befriedigend zu lösen. Vielmehr ergibt sich aus zahlreichen Details des Entwurfs eine gravierende Gefährdung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit peripheren Gefäßkrankheiten. Insbesondere scheint es so, dass aufgrund vielfältig nicht ausreichender Abgrenzungen und Definitionen den bisher existierenden Sektoren nun noch ein dritter Sektor hinzugefügt wird, welcher weitere administrative Reibungsverluste des Systems hervorrufen werden wird.

Wesentlich erscheint uns aus den dargestellten Gründen insbesondere auch die Ausweitung der relevanten Leistungen auf der Ebene einer DRG-Definition nicht sachgerecht und vor allem auch nicht, wie im Referentenentwurf gefordert, unterjährig umsetzbar.

Vor dem Hintergrund der knappen, für eine Umsetzung zur Verfügung stehenden Zeit bis zum Jahreswechsel 2023/24 empfehlen wir eine gründliche Überarbeitung des Referentenentwurfs, insbesondere auch unter Einbindung praktischen Sachverständes aus den unterschiedlichen Kreisen der ambulanten und stationären Leistungserbringung und der Kostenträger. Die derzeit vorliegende Fassung des Entwurfs erscheint uns im Hinblick auf die beabsichtigte Entbürokratisierung und einer Vereinheitlichung der Entgeltsituation in den unterschiedlichen Sektoren kontraproduktiv.

Eine Einführung der Hybrid-DRGs in der durch den Referentenentwurf dargestellten Form für das kommende Abrechnungsjahr 2024 ist aus unserer Sicht vor dem Hintergrund der Komplexität der Anforderungen und auch der notwendigen Anpassungen nicht sinnvoll durchführbar. Gerade angesichts der Wichtigkeit und der Bedeutung des Themas sollte hier nicht mit einem politischen „Schnellschuss“ agiert werden, sondern unter Einbindung aller Beteiligten eine zukunftsfähige und konsensfähige Lösung angestrebt und umgesetzt werden

Berlin, den 25.10.2023



Prof. Dr. med. Jörg Heckenkamp
Präsident der DGG e.V.



PD Dr. med. Farzin Adili
Vize-Präsident der DGG e.V.



Prof. Dr. med. Markus Steinbauer
Past-Präsident der DGG e.V.



Prof. Dr. med. Tomislav Stojanovic
Sekretär der DGG e.V.



Prof. Dr. med. Arend Billing
Leiter der Kommission Krankenhausökonomie



PD Dr. med. Christian-Alexander Behrendt
Wissenschaftlicher Direktor des DIGG gGmbH



Andreas Wenke
Mitglied der Kommission Krankenhausökonomie