



Berufsverband der Deutschen Radiologen e.V. • August-Exter-Straße 4 • 81245 München

**Berufsverband der
Deutschen Radiologen**

Bundesministerium für Gesundheit
11055 Berlin

August-Exter-Straße 4
81245 München

Telefon: 089 89 62 36 10
Telefax: 089 89 62 36 12

Per E-Mail:
poststelle@bmg.bund.de

Internet:
www.radiologenverband.de
e-mail:
info@radiologenverband.de

25.10.2023

**Stellungnahme des Berufsverbands der Deutschen Radiologen
zum Referentenentwurf zur
Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung
(Hybrid-DRG-V)**

Wir halten es für dringend geboten, bei der Vergütungsregelung und Kalkulation der Hybrid-DRG **die Leistungen zuweisungsgebundener Fachgruppen nach § 13 Abs. 4 BMV-Ä** (Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie, Strahlentherapie und Transfusionsmedizin) **generell auszunehmen und – ggf. auf Grundlage einer aktualisierten Bewertung für Leistungen im Zusammenhang mit AOP – weiterhin gesondert zu vergüten.**

Bei den Leistungen der genannten Fachgruppen ist es regelmäßig schon schwierig, die korrekte Zuordnung im Sinne des in der Begründung vorgegebenen zeitlichen und inhaltlichen Umfangs der Hybrid-DRG sicherzustellen. *„Der Beginn der Leistungen wird definiert als der Zeitpunkt (nach Abschluss der Indikationsstellung) der Einleitung der Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung, als Ende der Leistungen gilt der Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung.“*

Vielfach gehören gerade die diagnostischen Nebenleistungen zur Indikationsstellung, können aber auch für die unmittelbare Operationsvorbereitung und Durchführung erforderlich sein.

Die vorgesehene Regelung bietet starke Anreize, diagnostische Maßnahmen aus wirtschaftlichen Erwägungen ganz zu unterlassen, oder sie als zur Feststellung der Indikation einer ambulanten Operationsleistung zu deklarieren, um sie in der ambulanten Regelversorgung erbringen – und vergüten – zu lassen und die dafür in die Hybrid-DRG kalkulierten Vergütungsanteile zu behalten.

Dadurch dürfte absehbar ein Mengenzuwachs für diagnostische Leistungen in der ambulanten Versorgung entstehen, für den aber nach der jetzigen Regelung keine Mittel zur Verfügung gestellt werden.

Beide Effekte sind schon derzeit zu beobachten: Krankenhäuser lassen diagnostische Leistungen innerhalb der vor- nach oder vollstationären Versorgung durch Niedergelassene ambulant und damit

aus der budgetierten Gesamtvergütung erbringen. Dagegen lassen sich ähnliche Effekte im Rahmen der Versorgung nach § 116b SGB V (ambulante spezialfachärztliche Versorgung) nicht beobachten, da die Leistungen der genannten Fachgruppen dort nach EBM gesondert abrechenbar sind.

Das Einsparpotential ambulantisierbarer Leistungen liegt nicht bei der dafür notwendigen und sinnvollen insbesondere radiologischen, labormedizinischen und pathologischen Diagnostik. Falsche Anreize zu Einsparungen in diesem Bereich gefährden die Qualität der Versorgung.

Die bisher vorgesehene Regelung schafft für den ambulanten und stationären Sektor zudem völlig unterschiedliche Voraussetzungen für Leistungen des ambulanten Operierens. Für die Vergütung eines stationären Leistungserbringers ist die Zuordnung von Vergütungsanteilen unterschiedlicher Leistungserbringer und Fachgruppen völlig unproblematisch bzw gar nicht erforderlich. In der ambulanten Versorgung durch Niedergelassene Vertragsärzte dagegen muss die Hybrid-DRG auf die unterschiedlichen Beteiligten aufgeteilt werden. Dies ist selbst dann nicht einfach, wenn der in der Pauschale kalkulierte Leistungsanteil nachvollziehbar bezifferbar wäre, da gerade bei diagnostischen Leistungen absehbar eine jeweils anteilige bzw. mengengewichtete Berücksichtigung bei der Kalkulation erfolgen dürfte. Hier ist zu befürchten, dass zwischen den betroffenen Leistungserbringern ein rein wirtschaftlichen Wettbewerb entsteht, der ebenfalls die Qualität der Versorgung gefährden kann.

Wir regen deshalb an, den Verordnungsentwurf und seine Begründung wie folgt zu ändern:

§ 4

Vergütung

- (1) Für die in der Anlage 1 genannten Leistungen ist eine in der Anlage 2 aufgeführte Fallpauschale (Hybrid-DRG) berechnungsfähig, sofern sie nach Anwendung des aktuell gültigen aG-DRG-Groupieralgorithmus im Ergebnis zur Abrechnung der erbrachten Leistung ausgewiesen wird. 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. 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. Ausgenommen sind ärztliche Leistungen von ausschließlich auf Zuweisung tätigen Ärzten gem. § 13 Abs. 4 BMV-Ä, soweit diese nicht ausdrücklich Bestandteil der Leistung in Anlage 1 sind. Diese werden gesondert nach EBM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Das Pflegebudget des Krankenhauses nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes bleibt unberührt.

Zu § 4 (Vergütung)

Zu Absatz 1

...

Weiter wird bestimmt, dass mit der Hybrid-DRG sämtliche Leistungen und Aufwände im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten mit einer in Anlage 1 genannten Leistung abgegolten sind. Hiermit werden Anreize für eine wirtschaftliche Leistungserbringung gesetzt. Bezogen auf Sachmittel, die ebenfalls mit der Fallpauschale abgegolten sind, wird damit eine wirtschaftliche Beschaffung (z.B. in Einkaufsgemeinschaften) und ein effizienter Einsatz angestrebt. Auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung der Patientin oder des Patienten, die im Falle einer Übernachtung anfallen, gelten mit der Fallpauschale als abgedeckt. Ebenso sind ärztliche Leistungen, die von einem anderen als dem die Operation durchführenden Arzt erbracht werden, in der Fallpauschale enthalten, wenn sie mit der Erbringung der Leistung nach § 3 in Zusammenhang stehen, ~~bspw. erforderliche Labor- und Röntgenleistungen~~. Da Pflegekosten in der Kalkulation der Hybrid-DRG unberücksichtigt blieben, bleibt das Pflegebudget des Krankenhauses unberührt. Auch Zuzahlungsregelungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39 Absatz 4 SGB V) bleiben bestehen.

Für Rückfragen sowie vertiefender Diskussion stehen wir gerne zur Verfügung.



Prof. Dr. med Hermann Helmberger
Präsident



Markus Henkel
Geschäftsführer