



Berufsverband
für Arthroskopie e.V.

Priv.-Doz.
Dr. med. Ralf Müller-Rath
1. Vorsitzender

Breite Straße 96
41460 Neuss
Tel.: +49 (0) 2131 51 25 722
Fax: +49 (0) 2131 25 412

mail@bvas.de
www.bvas.de

BVASK e. V., Breite Strasse 96, 41460 Neuss

Bundesministerium für Gesundheit

Herrn
Michael Weller
Friedrichstraße 104
10117 Berlin

Sehr geehrter Herr Weller,

hiermit übersenden wir Ihnen die Stellungnahme des Berufsverbandes für Arthroskopie (BVASK e.V.) zu dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für eine Verordnung zur speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V) sowie zu der zugrundeliegenden Kalkulationssystematik durch das Institut für Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK).

Mit Einführung der Hybrid-DRG möchte der Gesetzgeber eine sektorgleiche Vergütung einführen, welche in Höhe so ausgestaltet sein soll, dass ein Anreiz zur ambulanten Leistungserbringung geschaffen wird.

Der BVASK unterstützt sämtliche Bemühungen zur Ambulantisierung unnötig erbrachter stationärer Leistungen. Allerdings sehen wir in dem vorliegenden Referentenentwurf einige Schwachstellen.

Die einzelnen Punkte werden im Folgenden ausgeführt und es werden jeweils Vorschläge zur Korrektur gemacht. Wir bitten das Bundesministerium für Gesundheit, diese Vorschläge zu prüfen.

Wir möchten hiermit die Perspektive jahrzehntelanger Erfahrung im Ambulanten Operieren und unsere Kenntnisse unterschiedlicher Abrechnungssysteme einbringen. Es ist unser Ziel, durch die Vermeidung von Geburtsfehlern für eine hohe Akzeptanz der Hybrid – DRGs zu sorgen.

Es wird mittlerweile allgemein anerkannt, dass das stationäre Fallpauschalensystem zu einer übermäßigen Ökonomisierung der Medizin mit Fehlanreizen durch Kostendruck geführt hat. Wir befürchten, dass nunmehr die gleichen Fehler in den ambulanten Sektor übertragen werden. Ohne ein Gegensteuern drohen ein Qualitätsverlust in der Patientenversorgung und wirtschaftliche Schäden für Praxen, Praxiskliniken und das dort tätige Personal.

Wir bitten daher nochmals um die Berücksichtigung unseres Kommentars und der Verbesserungsvorschläge für die weitere Ausgestaltung der Hybrid-DRG nach §115f SGB V.

Mit freundlichen Grüßen,

Priv.-Doz. Dr. med. Müller-Rath

Daten- und Kalkulationsbasis

1. Gemäß Auftrag des BMG sollte für das Fach Orthopädie/Unfallchirurgie lediglich der Leistungsbereich „Arthrodesen der Zehen“ betrachtet werden. Der Entwurf umfasst jedoch die gesamte Vorfußchirurgie und z.B. auch Arthroscopien der Sprunggelenke. In der Kalkulation sind OPS-Ziffern enthalten, welche nicht im AOP-Katalog nach §115b SGB V aufgeführt sind und insofern gemäß §115f SGB V auch eigentlich nicht in eine Hybrid-DRG hätten übergeleitet werden sollen.
Offenbar ist es dem InEK nicht gelungen, die Berechnungen auf die ursprünglich vorgesehenen Leistungsbereiche zu beschränken. Stattdessen sollen nun ganze DRG mit sämtlichen OPS transkodiert werden. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für dieses Vorgehen werden hierzu im Zuge eines Änderungsantrages zu §115f SGB V möglicherweise nachträglich geschaffen (s. BT-Drucksache 20/8105).
2. Gemäß §115f SGB V sollen Eingriffe mit „kurzer Verweildauer“ in die Hybrid-DRG aufgenommen werden. In der InEK-Kalkulation wurden jedoch nur Fälle mit einer Verweildauer von 1 eingeschlossen. Hier wird von der gesetzlichen Grundlage abgewichen. Dieses führt in der Vergütungskalkulation zu einer systematischen Unterkalkulation, da insgesamt weniger Fälle und Fälle mit geringer Fallschwere in die Mischkalkulation eingehen.
Dem Gesetzestext entsprechend, sollten sämtliche stationären Fälle einer DRG mit der VWD <4 eingeschlossen werden.
3. Das InEK hat anstelle der Fallerlöse offenbar nur die Fallkosten berücksichtigt. Hieraus resultiert eine weitere Unterkalkulation.
Richtig wäre der Ansatz der Erlöse, welche sich erst unter Berücksichtigung der Basisfallwerte ergeben.
4. Der Kalkulation liegt eine heterogene und unvollständige Datenbasis zugrunde. Es wurde auf Daten des InEK (stationäre Operationen) zurückgegriffen, sowie des BMG (Ambulantes Operieren im Krankenhaus, Datenjahr 2022) und des InBA (ambulantes Operieren, nicht im Krankenhaus, Q1-Q3 2021).
Diese Bezugsjahre können infolge der Corona-Pandemie insbesondere bzgl. der Fallhäufigkeiten als unnormal betrachtet werden und eignen sich nur sehr eingeschränkt als Datengrundlage.
Kostenerhebungen aus den Jahren 2021 und 2022 können aufgrund der rasanten Inflation der Folgejahre keine Grundlage für Erlöskalkulationen im Jahr 2024ff sein. In der Zwischenzeit sind mehrere Steigerungen bei Basisfallwerten (DRG) und Orientierungswert (EBM) erfolgt, welche bei der Kalkulation der Hybrid-DRG vernachlässigt werden.

Auch durch die Einführung von Zuschlägen zum ambulanten Operieren und der Möglichkeit der sog. verlängerten Nachbeobachtung liegen die EBM-Erlöse im Jahr der Einführung der Hybrid-DRG 2024 relevant über dem Datenbezugsjahr 2021 (3 Quartale, Hochrechnung). Die Hybrid-DRGs sind insofern mit dem Tage ihrer Einführung im Verhältnis zum EBM 2024 unterkalkuliert.

Um diesen Fehler zu korrigieren, sollte die Kalkulation mit Korrekturfaktoren für Fallzahlen und Kosten versehen werden.

5. Wir müssen annehmen, dass es im Rahmen der Datenlieferung durch das InBA (Durchschnittlicher Leistungsbedarf, Durchschnittliche Sach- und Laborkosten) nicht möglich gewesen ist, sämtliche EBM-Vergütungsbausteine zu ermitteln, da manche der Gebührenordnungspositionen und Kostenpositionen keinen direkten Fallbezug aufweisen.

Die folgenden Positionen hätten in ihrer Gesamtheit ermittelt und zugeordnet werden müssen, um das tatsächliche Kostengewicht der ambulanten Operationen in der Kalkulation zu ermitteln:

Grundpauschale, GOP
Operationsvorbereitung, GOP
Präoperative Labordiagnostik, GOP
Eingriff Operateur, GOP
Ggf. Zuschlag Simultaneingriff
Ggf. Zuschlag AOP
Sprechstundenbedarf OP, Kosten
Sachkosten OP nach 7.3 EBM, Kosten
Anästhesie, GOP
Sprechstundenbedarf Anästhesie, Kosten
Sachkosten Anästhesie nach 7.3 EBM, Kosten
Postoperative Behandlung, GOP
Ggf. Verlängerte Nachbeobachtung, GOP
Ggf. Röntgen, GOP

Hinzu kommt, dass das InBA gemäß dem eigentlichen Auftrag möglicherweise nur Daten für den Leistungsbereich „Arthrodesen der Zehengelenke“ erhoben hat. Wie oben gezeigt, wurde aber in der weiteren Kalkulation von diesem Leistungsbereich abgewichen und auch komplexere Fälle einbezogen.

Insgesamt sah sich das InEK wohl an vielen Stellen zu „Hochrechnungen“ aus stationären Daten gezwungen.

Außerdem nehmen wir an, dass sich die Falldefinition bei der stationären und ambulanten Datenlieferung unterschieden hat, sodass die Berechnung des Ambulantisierungsfaktors möglicherweise fehlerbehaftet ist. Es ist darüber hinaus unklar, ob der Ambulantisierungsfaktor auf Ebene der OPS-Ziffern (4- Steller oder 5- Steller?) oder unter Einschluss aller in die DRG codierenden OPS oder sogar nur auf Basis des ursprünglich beauftragten Leistungsbereiches (Arthrodesen der Zehengelenke) ermittelt wurde.

Wir bitten um Überprüfung und Offenlegung der Kalkulationsgrundlagen. Es ggf. sollten rechnerische Korrekturen erfolgen, um die o.g. anzunehmenden Fehler der Datengrundlage auszugleichen.

6. Sämtliche Sachkosten und Inhalte des Sprechstundenbedarfes (einschl. Medikamente) sollen pauschal aus der Hybrid-DRG vergütet werden. Unter den Sachkosten, welche in die Hybrid-DRG einkalkuliert wurden, befindet sich auch die Kostengruppe 5 (Implantate/Transplantate OP, InEK Kostenmatrix). Materialien dieser Kostengruppe werden bei ambulanten Operationen nach 7.3. EBM bzw. §115b Absatz 1 SGB V §11 gesondert vergütet. Diese Materialien werden in Abhängigkeit der individuellen Pathologie des Patienten ausgewählt. Eine Pauschalierung dieser Kostengruppe führt über den Kostendruck schlussendlich zu Rationierung und Qualitätsdefiziten. Eine Versorgung gemäß medizinischem Standard ist somit allenfalls im Einzelfall möglich. Die Patientenbezogene Implantatwahl darf auf keinen Fall ausschließlich unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten erfolgen.

Wir plädieren dringend dafür, die Kosten für im OP-Bereich eingebrachte Implantate und Transplantate (Spalte 5, InEK Kostenmatrix) aus der Kalkulation auszugliedern und die Materialien separat vollständig nach Verbrauch zu vergüten. Hierzu könnten die Regelungen aus dem Vertrag nach §115b Absatz 1 SGB V, §11 (5), Spiegelstriche 1 und 3 in die Regelungen zu §115f SGB V übernommen werden.

Es sei darauf hingewiesen, dass trotz der Ausgliederung dieser spezifischen Kostengruppe weiterhin ein sehr hoher Pauschalierungsgrad von bisher nach Verbrauch vergüteter Materialien erreicht würde.

Praktische Umsetzung

1. Die genauen Inhalte und die Zeitspanne der Leistungen, die mit einer Hybrid-DRG vergütet werden, sind nicht definiert.

Die Begriffe Indikationsstellung, Operationsvorbereitung, Operationsplanung und Nachbeobachtung bedürfen in diesem Zusammenhang unbedingt einer inhaltlichen und zeitlichen Präzisierung. Geschieht dies nicht, entstehen erhebliche regulatorische, finanzielle, juristische und steuerliche Probleme für und zwischen den beteiligten Leistungserbringern.

Der Leistungsrahmen der Hybrid-DRGs muss auf die unmittelbar zur Operation gehörenden Leistungsbestandteile (Beginn mit OP-Tag, Ende am selben oder nächsten Tag) einschl. ggf. perioperatives Labor und intra- und unmittelbar postoperative Röntgenleistungen, welche in der abrechnenden Einrichtung erbracht werden, begrenzt werden. Folgende Kosten sollten als explizit nicht enthalten benannt werden: Pathologie, Heilmittel, Hilfsmittel.

2. Im Rahmen eines sektorgleichen Vergütungssystems sollten auch sektorgleiche Vorgaben zur Qualitätssicherung gelten. Zu berücksichtigen sind insbesondere:
 - 1) Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß §135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopievereinbarung)
 - 2) Richtlinie des GBA über Kriterien der Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen am Knie- und Schultergelenk nach §135 Abs. 2 SGB V

Diese Regelungen würden gemäß dem Entwurf bei Leistungen nach §115f SGB V ausschließlich Vertragsärzte betreffen.

Der Bezug zu den Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V sollte dahingehend verändert, dass die Maßnahmen sektorgleich gelten oder aufgehoben werden. Die jeweiligen Regelungen sind entsprechend anzupassen.

3. Die für den EBM gültige Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung (Facharztstatus) ist ein Hindernis für die Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses. Durch die erwartbare Ambulantisierung, die sich aus der Einführung der Hybrid-DRGs aber auch aus den Änderungen des AOP-Kataloges zum 1.1.23 ergibt, verlagert sich die Weiterbildung aus den Krankenhäusern in den ambulanten Sektor.

Die Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung (Facharztstatus) sollte bei Leistungen nach §115f SGB V dem im Krankenhaus geltenden Facharztstandard angeglichen werden.

Vergütungen

1. Krankenhäuser sind berechtigt, zusätzlich zu der jeweiligen Hybrid-DRG die in Anlage 3c des Fallpauschalen-Kataloges nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes festgelegte Bewertungsrelation des Pflegeerlös-Katalogs für die jeweilige Hybrid-DRG gesondert zu berechnen. Die Anlage 3c ist noch nicht angelegt. Wir sehen hierin eine nicht sachgerechte Schlechterstellung von Praxiskliniken. Auch in Praxiskliniken werden Patienten bei Übernachtung von Pflegepersonal betreut. Der Ansatz ist nicht mit einer sektorgleichen Vergütungssystematik vereinbar.

Es ist eine Regelung einzuführen, welche auch für Praxiskliniken die Möglichkeit schafft, einen sektorgleichen Pflegeerlös bei Übernachtung in Zusammenhang mit einer Hybrid-DRG abzurechnen.

2. Eine vergleichende Kalkulation zwischen EBM (Bezugsjahr 2023) und Hybrid-DRG zeigt, dass Eingriffe mittlerer Komplexität ab Kategorie D3 über Hybrid-DRG schlechter bewertet würden. Dem folgenden Modell liegt die Annahme zugrunde, dass aus der Hybrid-DRG, wie oben vorgeschlagen, die unmittelbar zur Operation gehörenden Leistungsbestandteile (Beginn mit OP-Tag, Ende am selben oder nächsten Tag) einschl. ggf. perioperatives Labor und intra- und unmittelbar postoperative Röntgenleistungen, welche in der abrechnenden Einrichtung erbracht werden, vergütet werden. In der Modellrechnung betreibt der Operateur das OP-Zentrum und gibt die Erlösbestandteile an die Anästhesie in Höhe der EBM GOP sowie Sachkosten und Sprechstundenbedarf nach Ist-Kalkulation weiter. Die Kosten für Sprechstundenbedarf und Sachkosten stammen aus der Orthopädischen Praxisklinik Neuss/Düsseldorf bzw. Narkose-Team Rhein-Kreis.

Es zeigt sich in dieser Modellrechnung, dass der Erlös für abrechnende Einrichtung gemäß EBM 609,39 Euro und nach Hybrid-DRG 375,43 Euro betragen würde. Damit wäre die Abrechnung nach Hybrid-DRG für die abrechnende Einrichtung unwirtschaftlich. Müssten noch weitere Leistungen aus der Hybrid-DRG vergütet werden, so würde sich das Ergebnis noch weiter verschlechtern.

Grundpauschale 18211	22,06 €
Operateur 31133	303,26 €
Zuschlag Simultaneingriff 31138 (ggf. / hier kalkuliert)	82,05 €
Zuschlag V	110,43 €
Sprechstundenbedarf OP (u.A. Schrauben, Fäden)	198,82 €
Sachkosten OP (Sägeblatt)	45,93 €
postoperative Überwachung 31504	79,75 €
Anästhesie	194,78 €
Sprechstundenbedarf Anästhesie	83,73 €
Sachkosten Anästhesie	10,56 €
Röntgen 34232	11,84 €
Gesamt Vergütungsbestandteile EBM	1.143,21 €
Erlös abrechnende Einrichtung inkl. AWR /Rö EBM	609,39 €
Erlös I20M	909,25 €
Kosten I20M für abrechnende Einrichtung	533,82 €
Erlös abrechnende Einrichtung inkl. AWR H-DRG	375,43 €

Wie oben gezeigt, muss die gewählte Kalkulationssystematik (VWD =1, Hochrechnungen anhand von Krankenhauskosten, etc.) zwangsläufig zu dem gezeigten rechnerischen Ergebnis führen. Die Kalkulationsgrundlage sollte verändert werden.

Zukünftige Anpassungen

1. Im stationären Sektor geschieht eine jährliche Anpassung der Basisfallwerte anhand der Grundlohn-Veränderungsrate. Auch für den EBM werden auf dem Verhandlungswege Anpassungen des Orientierungswertes vorgenommen. Im Referentenentwurf zu §115f SGB V fehlt ein solcher Mechanismus der Dynamisierung.
Es ist ein Mechanismus einzuführen, um eine jährliche Anpassung der Hybrid-DRG an die allgemeine Kostenentwicklung und an die spezielle Kostenentwicklung im Gesundheitswesen anzupassen.
2. Es ist unklar, auf welcher Basis möglicherweise andere Anpassungen der Hybrid-DRG Vergütungen in der Zukunft erfolgen sollen. Im stationären Sektor waren in den letzten Jahren Fallwertdegressionen u.A. durch Umgruppierungen von OPS zwischen den DRGs zu beobachten. Krankenhäuser können durch Umstrukturierungen ihres Leistungsportfolios und Kostenverlagerungen an einzelnen Standorten oder innerhalb von Klinikketten auf derartige Veränderungen reagieren. Kleine, ambulant tätige Einrichtungen mit einem fixen Mitarbeiterstamm, die in der Regel auch nur ein Fachgebiet abdecken, geraten in solchen Situationen hingegen schnell in eine wirtschaftliche Schieflage. Praxen und Praxiskliniken benötigen einen stabilen Kalkulationsrahmen.

Es ist sicherzustellen, dass es bei Anpassungen der Hybrid-DRG Vergütungen nicht zu Fallwertdegressionen kommt.

3. In Anlage 3 wird die Grundlage für eine erweiterte Leistungsauswahl gemäß §3 Absatz 2 dargestellt. In Zusammenschau mit dem Startkatalog wäre hiermit der Großteil der operativen, gelenkerhaltenden Orthopädie in die Hybrid-DRG zu einem frühen Zeitpunkt überführt. Die Aufzählung beinhaltet auch DRG, welche komplexe Leistungen umfassen (DRG I29B, I30B). Die DRG repräsentieren auch keine homogenen Leistungsbereiche, sondern Eingriffe sehr unterschiedlicher Schweregrade, die sich allenfalls in dem groben Raster der InEK-Kostenkalkulation ähneln.

Wir raten dringend vor Überführung großer Leistungsmengen zu einer detaillierten Analyse der erweiterten Leistungsauswahl, insbesondere bezüglich der Inhalte und Häufigkeiten der einzelnen OPS und der jeweiligen Fallkostengewichte und Ambulantisierungsgrade. Für die inhaltliche Analyse bieten wir dem InEK gerne unsere Fachexpertise an.