



Herrn Christian Leber
Leiter Referat 226
Bundesministerium für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

226@bmg.bund.de

nachrichtlich:
AWMF-Geschäftsstelle
Dr. Monika Nothacker
stn@awmf.org

27.10.2023

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) zur Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V) (Referentenentwurf, Bearbeitungsstand 11.09.2023)

Sehr geehrter Herr Leber,
sehr geehrte Damen und Herren,

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung möchten wir im folgenden Stellung beziehen.

Die Leistungen aus dem Fachgebiet der Allgemein- und Viszeralchirurgie, für die ab dem 01.01.2024 die Vergütung nach § 4 erfolgt, umfassen bestimmte Hernieneingriffe und die Exzision eines Sinus pilonidalis (Anlage 1, Startkatalog). Die Einbeziehung dieser im AOP-Katalog enthaltenen Eingriffe in die sektorengleiche Vergütung nach § 115 f SGB V wird von der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) ausdrücklich begrüßt.

Im Folgenden möchte die DGAV auf folgende ausgewählte Punkte aufmerksam machen:

1. *§ 4 (2) 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.*

Der prinzipielle Ausschluss der stationären Erbringung von Leistungen, für die eine Hybrid-DRG berechnungsfähig ist, ist problematisch. Schweregrad der Erkrankung und des Eingriffs, patientenseitige Kontextfaktoren und das soziale Umfeld müssen berücksichtigt werden. Zum Beispiel sollte ein 85-jähriger Patient mit einer großen, symptomatischen Leistenhernie und relevanten Komorbiditäten stationär behandelt werden.

Empfehlung:

In dem Absatz sollte hinzugefügt werden, dass Patientinnen und Patienten bei entsprechendem Schweregrad der Erkrankung und des Eingriffs, Komorbidität, ungünstigen sozialen Begleitumständen und bei notfallmäßiger Behandlung zur stationären Behandlung zugelassen sind, unabhängig von der Aufführung dieser Leistung im Hybrid-DRG-Katalog. Aus haftungsrechtlichen Gründen muss die Letztentscheidung über das Vorgehen ärztlich begründet werden.

Die fachspezifisch eindeutige Definition und Anwendung spezifischer Kontextfaktoren und eine Schweregraddifferenzierung sollten Gegenstand weiterer Forschung und Diskussion sein.

Hinsichtlich des Einflusses von Risikofaktoren auf das Outcome in der Hernienchirurgie möchten wir auf folgende, unter Beteiligung der DGAV entstandene Publikation verweisen: Niebuhr H. et al.: Leistenhernienoperationen – immer ambulant? Die Chirurgie 2023 Mar;94(3):230-236. doi: 10.1007/s00104-023-01818-9. Epub 2023 Feb 14.

2. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Umsetzung der §§ 115b und f wird zu Änderungen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung führen. Ein Konzept für eine sektorenübergreifende Weiterbildung ist im Referentenentwurf nicht zu erkennen.

Empfehlung:

Im Rahmen der schrittweisen Einführung der Hybrid-DRG und des geplanten Evaluierungsprozesses (A, Besonderer Teil, § VII) sollten die Aspekte der Weiterbildung berücksichtigt werden.

3. *§ 4 (2) Abweichend von Satz 1 sind Krankenhäuser gemäß § 1 berechtigt, Zusatzentgelte gemäß § 6 Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes im Zusammenhang mit der Durchführung von Dialysebehandlungen und der Behandlung von Versicherten mit Hämophilie sowie 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.

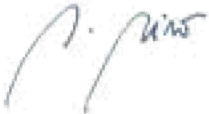
Die Beschränkung der Abrechenbarkeit von Zusatzentgelten auf Dialysebehandlungen und Patientinnen und Patienten mit Hämophilie ist für die Durchführbarkeit und Akzeptanz der Hybrid-DRG nicht förderlich. Wenn bei Hernienoperationen die in der Regel verwendeten Netze nicht mehr über Zusatzentgelte abrechenbar sind, können diese Eingriffe nicht kostendeckend erfolgen und sind für die Kliniken unattraktiv. Dies kann dazu führen, dass fachlich gebotene Techniken nicht oder in geringerem Umfang angeboten werden.

Empfehlung:

Die Zusatzentgelte für Implantate in der Hernienchirurgie sollten erhalten bleiben.

Es ist unser Ziel, das große, ambulante Potenzial in der Hernienchirurgie auszuschöpfen. Es wäre günstig, die Vorschläge schon bei der ersten Ausarbeitung zu ergänzen und zu präzisieren. Patientensicherheit und hohe Behandlungsqualität müssen erhalten bleiben. Für Rückfragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Dr. med. Pompiliu Piso
Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Allgemein- und Viszeralchirurgie