



Geschäftsstelle:
Friedrich-Wilhelm-Str. 2 · 53113 Bonn
Telefon +49 (0) 2 28 / 923 922-0
Telefax +49 (0) 2 28 / 923 922-10
Frau Ulrike Fischer
E-Mail: info@hno.org
Homepage: <http://www.hno.org>

Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.
Friedrich-Wilhelm-Str. 2 · 53113 Bonn

An das
Bundesministerium für Gesundheit
z.H. Herrn Leber und Herrn Weller

nur via email: 226@bmg.bund.de

nachrichtlich an: AWMF, <mailto:stn@awmf.org>

Sehr geehrter Herr Leber,

wir danken für die Möglichkeit, zum Referentenentwurf zur „Hybrid-DRG-Verordnung“
Stellung nehmen zu dürfen, wie uns von der AWMF per email vom 19.10.23 mitgeteilt wurde.

Folgende Aspekte möchten wir herausstellen bzw. kommentieren:

Kostenunterschiede bei hybrider Erbringung zwischen rein ambulanten Einrichtungen und Einrichtungen in oder an Krankenhäusern:

Wir meinen, dass die Hybrid-DRG's in ihrer jetzigen Form die strukturellen Unterschiede
zwischen den Krankenhäusern und den Einrichtungen im vertragsärztlichen Bereich
unberücksichtigt lassen. Aus diesem Grund sehen wir diese Vergütungsform sehr kritisch
und meinen, dass die Regelungen zu einer starken Selektion günstig zu erbringender Fälle
und hier vermutlich zu einer Mengenausweitung führen kann. Sinnvollerweise wird es in
ambulanten Op-Einrichtungen an Kliniken häufiger zur doch letztlich stationären Erbringung
eines „Hybrid-Falles“ kommen, was natürlich einen Kostennachteil erzeugt.

Folgende Unterschiede sehen wir im Weiteren:

- Die Krankenhäuser halten die notwendigen Strukturen vor, die im Fall von
postoperativen Notfällen oder Komplikationen oder intraoperativem Entscheid zur stationären
Umwandlung genutzt werden und zwar auch von Patienten des vertragsärztlichen Bereichs.
In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Vorhaltung solcher Strukturen,
insbesondere von Bereitschaftsdiensten, typischerweise nicht kostendeckend ist. Eine
Verpflichtung auch ambulant operierender Einrichtungen, Notfälle und Komplikationen bei
den eigenen Patienten 24/7 zu versorgen, wird nach unseren Beobachtungen nicht gelebt
und ist vielleicht auf dem Papier aber wohl schwer in der Realität organisierbar. Insofern
dürfte diese Aufgabe im Rahmen der gewünschten starken Ausweitung ambulanten
Operierens weiterhin und zunehmend den Kliniken zufallen, die dafür eine Kosten-
Kompensation benötigen.

Präsident:
Prof. Dr. S. Lang
Univ. HNO-Klinik
Hufelandstr. 55
45147 Essen

Stellv. Präsident:
Prof. Dr. T. Stöver
Univ. HNO-Klinik
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt a. M.

Generalsekretär:
Prof. Dr. Th. Deitmer
DGHNO-KHC
Friedrich-Wilhelm-Str. 2
53113 Bonn

Schriftführerin:
Prof. Dr. N. Rotter
Univ. HNO-Klinik
Theodor-Kutzer-Ufer 1-3
68167 Mannheim

Schatzmeister:
Prof. Dr. Dr. h.c. Th. Zahnert
Univ. HNO-Klinik
Fetscherstr. 74
01307 Dresden

Telefon: 02 01 / 7 23 24 81
Telefax: 02 01 / 7 23 59 03
stephan.lang@uk-essen.de

Telefon: 069 / 63 01 67 88
Telefax: 069 / 63 01 54 35
timo.stoever@kgu.de

Telefon: 02 28 / 9 23 92 20
Telefax: 02 28 / 9 23 92 210
thomas.deitmer@hno.org

Telefon: 0621 / 3 83 39 65
Telefax: 0621 / 3 83 38 27
nicole.rotter@medma.uni-heidelberg.de

Telefon: 03 51 / 4 58 44 20
Telefax: 03 51 / 4 58 43 26
thomas.zahnert@uniklinikum-dresden.de

- Unseres Erachtens muss die Zulassung zum ambulanten Operieren im vertragsärztlichen Bereich mit der klar vorhandenen Verpflichtung verknüpft werden, in den unmittelbaren Folgetagen des Eingriffes reale und sicher erreichbare Strukturen für allfällige ambulante oder evtl. auch stationäre Nothilfe der Patienten 24/7 vorzuhalten. Bei einer gewünschten Ausweitung des ambulanten Operierens darf die 24/7-Belastung von Krankenhaus-Ambulanzen nicht noch weiter erhöht werden, als es derzeit schon der Fall ist. Lösungen dieses Problems sind aufgrund der jüngsten Ablehnung der Notfallrichtlinie des G-BA durch das BMG weiterhin nicht absehbar.

- Im Krankenhausesektor besteht ein deutlich größerer personeller Gleichzeitigkeitsfaktor aufgrund von Weiterbildung, die im Übrigen nicht nur in dem jeweiligen chirurgischen Fachgebiet sondern auch in der Anästhesie stattfindet. Dadurch entstehen längere OP-Zeiten und vor allem höhere Personalkosten. Der wesentliche Anteil an operativer Weiterbildung findet in Krankenhäusern statt und es ist fraglich, ob sich das ändern wird. Ein Kontrahierungszwang zur Weiterbildung besteht nicht. Die Lösung, Weiterbildung dezidiert und ausgegliedert zu vergüten, ist derzeit nicht absehbar.

- Trotz der geplanten Schweregrad-Differenzierung ist davon auszugehen, dass im vertragsärztlichen Bereich ein selektiertes, „leichteres“ Patientengut behandelt werden wird als im Krankenhausesektor. Diese Selektion ist im Sinne der Patientensicherheit durchaus sinnvoll, führt aber zu unvermeidbar höheren Kosten in dem Sektor hybrid erbrachter Operationen an den hierfür ausgestatteten Krankenhäusern.

Pflegekosten in der Hybrid-DRG?

Es bleibt u.E. unklar, ob die Vergütung der OP- und Anästhesie-Pflege in den Hybrid-DRG's bereits inkludiert ist. Bei den klassischen aDRG's ist das nicht der Fall, die Pflege wird über das Pflegebudget finanziert. Falls die Pflegekosten bereits in der Hybrid-DRG inkludiert sind, entstünde den Krankenhäusern ein weiterer wirtschaftlicher Nachteil, da deren Pflegekräfte ein durchschnittliches höheres Qualifikations- und Vergütungsniveau aufweisen, als die im vertragsärztlichen Bereich üblicherweise eingesetzten und vermutlich auch weiter einsetzbaren MFA's.

Aus unserer Sicht wäre es daher sinnvoll, die Vergütung– ähnlich wie bei der geplanten Reform der Krankenhausfinanzierung – aufzuteilen, in eine Fallpauschale und eine Vorhaltevergütung, die dann die o.g. Punkte differenziert berücksichtigt.

Wir gehen davon aus, dass bei den Hybrid-DRGs die Trennung ambulant oder stationär sich daran entscheidet, ob der Patienten „über Nacht“ in der Einrichtung verbleibt. Diese Trennung kann u.E. wichtig sein, ob ein Pflegeanteil zur Leistung anfällt. Diese Frage sehen wir im RefE nicht dezidiert angesprochen oder geregelt.

Zuordnung von Fällen die wegen Kontextfaktoren stationär zu erbringen sind

Wir gehen davon aus, dass einige Eingriffe, die als problemlose Eingriffe in eine Hybrid-DRG laufen, bei nachweislichen und codierbaren Erschwernissen/Risiken (Kontextfaktoren) in die hergebrachte klassische aDRG mit dem typischen höheren Erlös laufen können. Hier erscheint uns die derzeitige Auflistung von Kontextfaktoren für eine solche Darlegung noch nicht abschließend und muss für diese Differenzierung geschärft werden. Die Relevanz der Kontextfaktoren (§ 115b SGB V) auch für den Bereich der Hybrid-DRGs (§115 f) sollte klar dargestellt sein.

Beispiel:

Unter den neuen Hybrid-DRG's der Anlage 2 werden die G24, die I20 und die L20 durch den CC-Level und/oder das Alter getriggert. Die entsprechende Hochstufung führt zu einer höheren Vergütung. Bei der L20 wird explizit ausgeführt, dass die Patienten keinen PCCL von 4 haben dürfen. Diese fielen dann offenbar weiterhin in die jeweilige stationäre DRG. Ein

PCCL von 3 oder 4 ist übrigens kein Kontextfaktor! Gelten somit im §115 f leicht veränderte Regeln als im § 115 b?

Weiterhin ist z.B. die Frage der Altersuntergrenze bei kindlichen HNO-Operationen unseres Wissens noch offen. Wir werden kurzfristig zu diesem Thema eine wissenschaftliche Stellungnahme publizieren.

Wie mit eindeutig erfüllten stationären Kontextfaktoren umgegangen wird, können wir dem Referentenentwurf nicht entnehmen. Der Logik folgend wäre zu erwarten, dass die neuen Grouper die Fälle dann in das aDRG-System umleiten. Sonst bliebe ein nach Hernien-Operation beatmeter Patient ja weiterhin in der Hybrid-DRG! Dass mit den „Hybrid“-OPS-Ziffern differenziert umgegangen wird, zeigen z.B. die gynäkologischen Eingriffe: im Fall einer bösartigen Neubildung oder PCCL 3/4 verbleiben sie im DRG-System.

Unseres Erachtens müssten auch für die Frage der Zuordnung von Fällen zu einer Hybrid-DRG die Möglichkeit der Fallindividuelle Begründungen (§115b SGB V und AOP-Vertrag) möglich sein, da mit den Kontextfaktoren nur ein Raster aber keine unter haftungsrechtlichen Aspekten überprüfbare Abbildung des Falles möglich ist. .

Verfahren bei Wahlleistungspatienten mit stationärer Zusatzversicherung

Es ist aus dem RefE nicht klar geworden, ob bei Wahlleistungspatienten eine Rechnung nach GOÄ wie bisher bei stationären Fällen gestellt werden kann.

Ist schon geklärt, wie sich die PKVen zu den Hybrid-DRGs verhalten wollen, wenn es um eine sog. „stationäre Zusatzversicherung“ bei einem GKV-Versicherten geht? Hier können durch die Ambulantisierung erhebliche Erlösausfälle bei den Leistungserbringern für die Wahlleistungen entstehen, zumal Erlöse zu erheblichem Teil beim Träger der Einrichtung einlaufen und verbleiben. Für PKV-Kunden dürften erhebliche Kontingente an Leistungen in solchen Verträgen wegfallen.

Planung weiterer Kataloge für hybride oder ambulante Erbringung (Anlage 3)

Wir möchten als Fachgesellschaft zu den Planungen zu neuen Eingriffen für die in Anlage 3 des RefE angekündigten neuen Hybrid-DRGs für 2024 Stellung nehmen können, da in der Beurteilung möglicher ärztlicher Haftungsfälle der nationale und internationale fachärztliche Standard der Erbringung hinterfragt werden wird und die Fachgesellschaften hier wissenschaftliche Kompetenz vorhalten. Auch eine Anpassung von Kontextfaktoren bzw. ähnlicher Regelungen für den Bereich des § 115f sind zu prüfen. Die Mitglieder von Fachgesellschaften erwarten eine solche Beteiligung somit zurecht. Hier wird es u.a. erforderlich sein, aus den genannten DRGs die Eingriffe auf OPS-Niveau zu benennen, die ambulant durchgeführt werden können, zumal wir hören, dass nunmehr doch Eingriffe ausserhalb des AOP-Kataloges nach § 115b für Hybrid-DRGs diskutiert werden sollen. Solche Eingriffe wurden unseres Wissens bisher nicht auf ihre Geeignetheit für ambulante Erbringung von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften beurteilt.

Gern stehen wir Ihnen für Fragen oder Diskussionen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



i.A. Prof. Dr. Thomas Deitmer
Generalsekretär