

Stellungnahme zur Hybrid-DRG-V

Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung

27. Oktober 2023

Vorbemerkung

Der Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed) sieht in der Reduktion der Invasivität und Ambulantisierung geeigneter Gesundheitsleistungen – die Verlagerung aus der stationären in die ambulante Leistungserbringung – einen zentralen Hebel, um die Versorgung im deutschen Gesundheitswesen weiterzuentwickeln. Die Medizintechnologieunternehmen unterstützen diesen Prozess aktiv mit Lösungen, welche bereits seit vielen Jahren in internationalen Gesundheitssystemen Anwendung finden. Oftmals ermöglichen Medizintechnologien erst die Reduktion der Invasivität einer Methode und machen damit die Ambulantisierung möglich. Daher müssen Medizintechnologien als integraler Bestandteil berücksichtigt und auskömmlich finanziert werden.

Mit dieser Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V) möchte der BVMed die Ausgestaltung der Hybrid-DRGs gem. 115f SGB V unterstützen.

Der vorgelegte Entwurf der Hybrid-DRG-V enthält spezifische Regelungen zum Leistungszugang der Patienten, den Leistungen sowie deren Finanzierung. Aus Sicht des BVMed bestehen jedoch noch viele Unklarheiten in der Ausgestaltung der sachgerechten Kalkulation und den Vorgaben zur Erstattung der Sachkosten für medizinisch notwendige medizintechnische Lösungen.

Wir bitten Sie, unsere Hinweise und Vorschläge zu prüfen und bei der Anpassung der Verordnung zu berücksichtigen.

Medizintechnologien müssen als integraler Bestandteil der Ambulantisierung berücksichtigt, sachgerecht kalkuliert und auskömmlich finanziert werden.

Konkret schlagen wir mit dieser Stellungnahme folgende Anpassungen vor:

§ 3 Leistungen

- (1) Die Leistungen, für die ab 1. Januar 2024 die Vergütung nach § 4 erfolgt, sind in Anlage 1 (Startkatalog) aufgeführt.
- (2) Die Grundlage für eine erweiterte Leistungsauswahl, für die die Vergütung im Laufe des Jahres 2024 festgelegt wird, ist in Anlage 3 aufgeführt.

Kommentierung / Forderungen

1. Werden durch die Rechtsverordnung nach § 115f Absatz 4 Satz 1 Leistungen aufgenommen, die nicht in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog oder im Anhang 2 des EBM genannt sind, sollte sichergestellt werden, dass mit der Aufnahme als Hybrid-DRG auch eine Aufnahme in den nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog und in den Anhang 2 des EBM erfolgt. Die Ausnahme/Ersatzoption vom Abrechnungsausschluss nach Satz 1 gemäß § 4 Absatz 2 Satz 2 ist im Rahmen eines durchgängigen Lösungsansatzes auch auf die Leistungen der Anlage 3 auszuweiten. Zudem sind für Leistungen nach §115f SGB V sektorengleiche Qualitätsvoraussetzungen analog § 115b Absatz 1 Satz 5 zu definieren.

Begründung:

Für bisher nicht im AOP-Katalog oder EBM enthaltenen Leistungen (Anlagen 1 und 3) sind die Abrechnungsvoraussetzung zur Inanspruchnahme der Ersatzoption als Voraussetzung zur Leistungserbringung zeitgleich mit dem Wirksamwerden der Hybrid-DRG im AOP-Katalog und EBM zu etablieren. Die Ersatzoption ist hierbei auch auf die Leistungen für der Anlage 3 auszuweiten. § 4 Absatz 2 Satz 2 sieht die Ersatzoption zur alternativen Abrechnung derzeit lediglich für die in Anlage 1 genannten Leistungen nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztlichen Leistungen vor.

2. Anlage 3 der Rechtsverordnung sieht im Rahmen der Ersatzvornahme bereits eine erweiterte Leistungsauswahl nach §3 Absatz 2 vor. Um auch in Zukunft bei der Weiterentwicklung des Hybrid-DRG-Katalogs den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen, bedarf es eines strukturierten Vorschlagsprozesses analog dem Vorschlagsverfahren bei der Weiterentwicklung des aG-DRG Systems, in dem Leistungserbringer, medizinische Fachgesellschaften, Berufsverbände sowie Medizinproduktehersteller und deren Verbände Hinweise geben können. Als Kriterien zur Auswahl von Leistungen nach §115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V sollten auch die internationalen Erfahrungen mit der ambulanten oder kurzstationären Leistungserbringung und -finanzierung einbezogen werden.

Begründung:

Für eine langfristig erfolgreiche Ausweitung sektorenunabhängiger Leistungen sollten die antragsberechtigten Organisationen analog zur Weiterentwicklung des aG-DRG Systems mit deren medizinisch, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstandes auch bei der Weiterentwicklung der Hybrid-DRG einbezogen werden. Hierzu ist ein strukturierter Prozess zur Übermittlung ergänzender Hinweise zu (neuen) Leistungen, Kosten und Verfahrensinformationen, auch zur Vermeidung zukünftiger Fehlsteuerungsanreize zu etablieren.

3. Der BVMed schlägt zusätzlich die in der Anlage zu dieser Stellungnahme gelisteten Leistungen als Ergänzung der erweiterten Leistungsauswahl nach § 3 Absatz 2 vor und wird zeitnah weitere Vorschläge als Ergänzung der erweiterten Leistungsauswahl übermitteln.

4. Sollte eine erweiterte Leistungsauswahl gem. §3 Absatz 2 im Laufe des Jahres 2024 festgelegt und unterjährig eingeführt werden, müssen mit der unterjährigen Aufnahme auch die betroffenen DRGs entsprechend bereinigt und deren Bewertungsrelationen angepasst werden.

Begründung:

Mit der Definition als Leistung einer Hybrid-DRG geht eine Herauslösung i.d.R. weniger komplexer Fallgruppen aus den aG-DRGs einher. Damit steigen die durchschnittlichen Fallkosten der in der aG-DRG verbleibenden Fälle.

5. Mit der Rechtsverordnung sollen auch Kriterien für die Evaluation der Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der Versicherten nach §115f Absatz 5 definiert werden. Das Ergebnis der Evaluation sowie die vorausgegangene Kalkulation ist der Öffentlichkeit transparent zugänglich zu machen. Die Daten müssen vollständig und aussagekräftig sein.

Begründung:

Um eine zeitgerechte Evaluierung der Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen sicherzustellen, sollte das Gesundheitsministerium Kriterien für die Evaluation per Rechtsverordnung vorgeben. Bei der Evaluation sollte auch die Patientenversorgung mit modernen Medizintechnologien einbezogen werden.

§ 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-Groupierunalgorithmus 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. Das Pflegebudget des Krankenhauses nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes bleibt unberührt.
- (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. Abweichend von Satz 1 sind Leistungserbringer gemäß § 1 berechtigt, die in der Anlage 1 genannten Leistungen alternativ nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztlichen Leistungen abzurechnen. 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.

- (3) *Haben an der Behandlung nach Absatz 1 mehrere Leistungserbringer gemäß § 1 mitgewirkt, erklärt der abrechnende Leistungserbringer mit der Abrechnung, dass die Leistungen von keinem anderen Leistungserbringer nach Absatz 1 oder alternativ nach Absatz 2 Satz 2 abgerechnet werden.*

Kommentierung / Forderungen

1. Schweregraddifferenzierung/sachgerecht Kalkulation/auskömmliche Finanzierung

Alle Hybrid DRGs sind nach gem. §115f Absatz 1 Satz 3 entsprechend ihres (ökonomischen) Schweregrads zu differenzieren, sachgerecht zu kalkulieren und damit auskömmlich zu finanzieren.

Begründung:

Die in Anlage 2 nach § 4 Absatz 1 aufgeführten Fallpauschalen (Hybrid-DRG) berücksichtigen unzureichend den Schweregrad nach §115f Absatz 1 Satz 3 i.S. eines (ökonomischen) Komplexitätsgrads. So wurde beispielsweise der Leistungsbereich Hernieneingriffe entsprechend des unterschiedlichen Ressourcenaufwands weitestgehend differenziert abgebildet. Das nachfolgende Beispiel der Leistung Arthrodesen der Zehengelenke soll die Problematik der Fehlsteuerungsanreize, aufgrund einer nicht ausreichenden Differenzierung nach dem Ressourcenaufwand, aufzeigen. Eine unbedachte und nicht sachgerechte Pauschalisierung der Sachkosten der Hybrid-DRG darf nicht dazu führen, die bereits bei den aG-DRGs zum Teil kritisierten Fehlanreize zu einer primär ökonomisch orientierten und weniger patientenindividuell medizinisch notwendigen und qualitätsorientierten Leistungserbringung auf Leistungen nach §115f SGB V zu übertragen.

Die Vergütung der Sachkosten muss sachgerecht kalkuliert, ausreichend differenziert und eine auskömmliche Finanzierung gewährleisten, um eine patientenindividuelle, medizinisch notwendige Versorgung mit medizintechnischen Lösungen zu gewährleisten und einer weiteren Ambulantisierung nicht durch weitere Fehlsteuerungsanreize zu beeinträchtigen.

Fallbeispiel:

Die im Startkatalog aufgeführten Leistungen im Leistungsbereich Arthrodesen der Zehengelenke sind im EBM nach Schweregrad in die Kategorien D1, D2 und D3 unterteilt.

Diese Unterteilung in Schweregrade macht im Hinblick auf die Anzahl und Komplexität der zu versorgenden Gelenke durchaus Sinn. Betrachtet man bei diesen Eingriffen, die zur Versteifung der Gelenke verwendeten Implantate variieren diese je nach patientenindividueller Situation von einfachen Drähten über Schrauben bis hin zu Platten, mit Sachkosten von ca. 5,00€ bis ca. 400,00€ für ein Gelenk.

Je nach Komplexität und Anzahl der zu versorgenden Gelenke sind in der Regel mehr als ein Implantat einzusetzen. Im Rahmen des EBM sind diese Sachkosten leistungsbezogen nach Kapitel 7.3 abzurechnen.

Gemäß dem aktuellen Referentenentwurf für Hybrid DRGs führen die genannten OPS-Kodes ggf. in Verbindung mit weiteren OPS-Kodes aus der Anlage 1 in die Hybrid DRG I20N und I20M.

Die entsprechenden stationären DRGs sind die I20E und I20F. Laut aG-DRG-Report Browser 2023 hat das InEK für Implantatkosten in der I20E im Mittel

184,28€ und in der I20F im Mittel 52,60€ kalkuliert. Betrachtet man die Verteilung der OPS für die offen chirurgische Arthrodesen an Zehengelenken innerhalb der I20E und I20F im aG-DRG-Report Browser wird deutlich, dass die Versorgungen an mehr als 2 Zehengelenken (Kategorie D3 und D4 im EBM) im Vergleich zu 1-2 Zehengelenken in der Kalkulation der DRGs deutlich unterrepräsentiert sind (siehe Tabelle 1). Demnach sind diese komplexeren Versorgungen mit deutlich mehr Materialeinsatz auch in den kalkulierten Sachkosten unterrepräsentiert. Zusätzlich laufen auch Fälle wie Weichteilkorrekturen, Exostosen und Operationen an Sehnen in diese DRGs, die in der Regel keinen Einsatz von Implantaten erfordern und somit die kalkulierten Sachkosten zusätzlich verwässern. Beispielsweise sind rund 1/3 der Fälle (1073 Fälle) in der I20F (3610 Fälle) Operationen an einer Sehne am Unterschenkel mit Naht (5-855.19).

| OPS 2023 | Seite | Bezeichnung OPS 2023 | Kategorie | Anzahl in I20E (aG-DRG-Report Browser 2.642 Fälle) | Anzahl in I20F (aG-DRG-Report Browser 3610 Fälle) |
|----------|-------|---|-----------|---|--|
| 5-808.b0 | J | Offen chirurgische Arthro- dese: Zehengelenk: Groß- zehengrundgelenk | D2 | 563 | 0 |
| 5-808.b1 | J | Offen chirurgische Arthro- dese: Zehengelenk: Groß- zehenendgelenk | D2 | 37 | 37 |
| 5-808.b2 | J | Offen chirurgische Arthro- dese: Zehengelenk: Klein- zehengelenk, 1 Gelenk | D1 | 120 | 159 |
| 5-808.b3 | J | Offen chirurgische Arthro- dese: Zehengelenk: Klein- zehengelenk, 2 Gelenke | D2 | 87 | 39 |
| 5-808.b4 | J | Offen chirurgische Arthro- dese: Zehengelenk: Klein- zehengelenk, 3 Gelenke | D3 | 41 | 23 |
| 5-808.b5 | J | Offen chirurgische Arthro- dese: Zehengelenk: Klein- zehengelenk, 4 Gelenke | D4 | 19 | 5 |

Tabelle 1: BVMed in Anlehnung an Anhang 2 EBM; Stand 04/2023

Die bisherige Kalkulation der Hybrid-DRG Vergütung erfolgte ohne ausreichende Transparenz zur Herleitung der Vergütungsbeträge. In der Annahme, dass für die Kalkulation der Hybrid-DRGs die Sach- und Laborkosten aus der stationären Versorgung und damit die kalkulierten Sachkosten für Implantate im OP herangezogen wurden, bilden diese die Versorgungsrealität mit unterschiedlichen Schweregraden im Rahmen der Versteifung von Zehengelenken nicht sachgerecht und ausreichend differenziert ab und würden somit zu Fehlanreizen in der Versorgung der betroffenen Patienten führen.

2. Sachkostenerstattung auf empirischer Grundlage

Solange die Sachkosten nicht auf Grundlage einer empirischen Stichprobe ermittelt werden können, sollten deren Vergütung analog der Vereinbarung zur Vergütung nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V bzw. des EBM erfolgen. Die Sachkostenerstattung gemäß § 11 des Vertrags nach § 115b SGB V ist an den Leistungskatalog anzupassen.

Begründung:

Die Durchschnittskostenbetrachtung unterschiedlicher Leistungen innerhalb einer DRG (insbesondere bei Misch-DRG) und die nicht vollumfängliche Abbildung/Differenzierung der Sachkosten in der Kalkulation der aG DRG dürfen ohne weitere Prüfung zur Sachgerechtigkeit insbesondere im Hinblick auf eine auskömmliche Finanzierung der Leistungen nicht auf die Hybrid-DRGs übertragen werden. Um eine ambulante bzw. kurzstationäre Leistungserbringung zu ermöglichen sind gegenüber einer stationären Leistungserbringung z.T. auch andere Medizintechnologien erforderlich. Beispielsweise ermöglichen ultraschallgestützte oder elektrochirurgische Dissektionsinstrumente eine schnellere Durchführung von Operationen bei gleichzeitiger Reduktion des postoperativen Blutungsrisikos. Solange die Hybrid-DRGs nicht auf Grundlage geeigneter empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs kalkuliert und angepasst werden können, sind auch derartige Sachkosten nicht transparent und werden diese nicht ausreichend abgebildet. Im Ergebnis kann damit der Sachgerechtigkeit und der auskömmlichen Finanzierung der Leistungen nicht Rechnung getragen werden und sind weitere Fehlsteuerungsanreize innerhalb der Leistungen nach § 115f SGB V vorhersehbar.

leistungsbezogenen Kostenpauschalen für endoskopische Gelenkeingriffe inklusive Arthroskopielösungen (40.13) des EBM bilden als weitere Fallbeispiel nicht den aktuellen Stand des medizinischen Fortschritts ab. Bei einer Erweiterung des Hybrid-DRG-Katalog um weitere, komplexere arthroskopische Eingriffe, wären auch diese Sachkosten im EBM nicht adäquat abgebildet. Die leistungsbezogene Kostenpauschalen für endoskopische Gelenkeingriffe inklusive Arthroskopielösungen (40.13) bedürfen daher eine entsprechende Neukalkulation, um die ambulante Leistungserbringung zu stärken. Die Kostenpauschalen sind an die Kostenentwicklung regelmäßig anzupassen.

3. Abschließende Leistungsdefinition

Mit der Hybrid-DRG sind alle Leistungen und Aufwände im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten abgegolten. Aufwändige Begleitprozeduren und Begleitdiagnostik sollten jedoch sachgerecht ggf. über eine Differenzierung der Hybrid-DRG berücksichtigt werden, um effiziente medizinische Abläufe sicher zu stellen.

4. Alternative Abrechnung

Ergänzung § 4 Absatz 2 Satz 2 (rot): *Abweichend von Satz 1 sind Leistungserbringer gemäß § 1 berechtigt, die in der Anlage 1 genannten Leistungen alternativ nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztlichen Leistungen sowie nach der Vereinbarung nach § 115b Absatz 1 abzurechnen.*

Begründung:

Hier ist eine formale Erweiterung für die Vereinbarung nach § 115b SGB V erforderlich.

5. Harmonisierung der Sachkostenerstattung im EBM

Um eine alternative Leistungserbringung nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen sicherzustellen, muss eine bundeseinheitliche Harmonisierung der Abrechnungsbestimmungen für Sachkosten hergestellt und KV-spezifische Positivlisten aufgehoben werden. Ergänzend müssen die korrespondierenden Sachkostenpauschalen nach Kapitel 40 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen überprüft und an den aktuellen Stand des medizinischen Fortschritts und der Erweiterung des Leistungskatalogs angepasst werden.

Begründung:

Die Sachkostenvereinbarungen variieren von Kassenärztlicher Vereinigung zu Kassenärztlicher Vereinigung. Diese individuellen Sachkostenvereinbarungen ersetzen daher teilweise die bundesweite Sachkostenabrechnung gemäß EBM Kapitel 7.3 für nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten. Dabei wirken die Sachkostenvereinbarungen wie eine Positivliste. Bei der Etablierung und Weiterentwicklung der Hybrid-DRG inklusive der damit verbundenen Abrechnungsvorgaben (u.a. Ersatzoption zur EBM-Abrechnung) bedarf es dazu einer sinnvollen Harmonisierung der Abrechnungslösungen inkl. der Sachkostenvereinbarungen.

6. Zusatzentgelte

Änderung § 4 Absatz 2 Satz 3: Die Kosten aus den aktuellen Zusatzentgelten (individuelle Entgelte gem. § 6 KHEntgG) müssen bei der Kostenkalkulation der Hybrid-DRG für entsprechende Leistungen im Sinne einer sachgerechten und auskömmlichen Vergütung berücksichtigt werden. Der Lösungsansatz einer ergänzenden Vergütung über Zusatzentgelte als sinnvolle Alternative zum Fallsplit sollte analog der Anwendung im derzeitigen DRG-System ebenso bei den Hybrid-DRG als zusätzliche Erlösponente angewendet werden.

Begründung:

§ 4 Absatz 2 Satz 3 beschränkt eine Abrechnung von Zusatzentgelten auf die Durchführung von Dialysebehandlungen und der Behandlung von Versicherten mit Hämophilie. Um in eine zukünftige Erweiterung des Katalogs von Hybrid-DRGs nicht zu beschränken, sollte die Abrechnung von Zusatzentgelte (individuelle Entgelte § 6 KHEntgG) grundsätzlich ermöglicht werden, sofern diese zur Leistungserbringung erforderlich sind. Zudem kann über Zusatzentgelte der Heterogenität des Sachkostenverbrauchs Rechnung getragen werden. Ein Beispiel für eine heterogene DRG ist die „H41“. Die Herausforderung bei der Abbildung der Sachkosten wird insbesondere bei der Cholangioskopie und der Verwendung von Einmal-Cholangioskopen deutlich.

Durch die Aufteilung der bisherigen stationären Leistungen in stationäre und Hybrid-DRG Fälle kann eine Unterdeckung von Sachkosten sichtbar werden, die bisher innerhalb einer DRG quer-finanziert wurden. Um eine Unterfinanzierung von Sachkosten in Hybrid-DRGs zu vermeiden, muss es die Möglichkeit geben Fallsplits und neue Zusatzentgelte zu entwickeln, die anhand einer Differenzkostenkalkulation den Mehraufwand bei Verwendung bestimmter Sachkosten (OPS-gekoppelt) zu den existierenden Hybrid-DRG darstellt. Dieses kann speziell dann notwendig werden, wenn Patienten auf Grund der Kontextfaktoren aus den vollstationären DRGs herausfallen und in die neuen Hybrid-DRGs überführt werden. Auf Grund der fehlenden Kalkulationsgrundlage und Informationen fehlen derzeit diese Informationen wie zum Beispiel die Kostenmatrix der Hybrid-DRGs aussieht.

Anlage 3 Grundlage für eine erweiterte Leistungsauswahl gemäß § 3 Absatz 2

Kommentierung zur erweiterten Leistungsauswahl gemäß §3 Absatz 2

Beispiel: F12F Impl. HSM, Zweikammersys., oh. äuß. schwere CC, oh. isol. offen chir. Sondenimpl., oh. aufw. Sondenentf., oh. mäßig kompl. PTCA od. Impl. HSM, Einkammersys. od. Impl. Ereignisrekorder, oh. invasive kardiol. Diagnostik bei best. Eingriffen, Alter > 15 J.

In der Anlage 3 wird die DRG F12F benannt. Gemäß §3 (2) ist diese DRG damit für eine erweiterte Leistungsauswahl vorgesehen. Im aG-DRG-System 2023 sind v.a. die folgenden OPS-Codes mit der F12F verknüpft:

- 5-377.1 (1-Kammer-Herzschrittmacher)
- 5-377.2 (2-Kammer-Herzschrittmacher mit einer Schrittmachersonde)
- 5-377.30 (2-Kammer-Herzschrittmacher ohne antitachykarde Stimulation)
- 5-377.31 (2-Kammer-Herzschrittmacher mit antitachykarder Stimulation)
- 5-377.8 (Ereignisrekorder).

Bei den genannten Prozeduren handelt es sich um die Erstimplantation der entsprechenden Systeme. Diese 5 OPS-Codes umfassen ca.96% aller Prozeduren in der F12F. (Quelle: InEK-Datenbrowser 2022)

Aus der Sicht des BVMed sollten bei der zukünftigen Hybrid-DRG im Zusammenhang mit der F12F alle oben aufgeführten OPS-Codes berücksichtigt werden.

Ein besonderes Augenmerk des BVMed liegt hier auf der Berücksichtigung der Ereignisrekorder, die aufgrund des technischen Fortschritts hervorragend für die ambulante Implantation geeignet sind. Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) beschreibt u.a. in 2 aktuellen Positionspapieren auf die Möglichkeit der ambulanten Implantation eines Ereignisrekorders aus fachlich-medizinischer Perspektive (1,2). Der Ereignisrekorder ist nach Einschätzung der DGK ein etabliertes und durch Leitlinien gestütztes Diagnoseverfahren u.a. im Bereich der rhythmologischen Diagnostik und bei Patienten mit wiederholten Synkopen ohne fassbare Ursache (2). Dementsprechend besteht für diese Indikation der höchste Empfehlungsgrad (Klasse-I-Indikation).

Im IGES-Gutachten (3) ist die Implantation des Ereignisrekorders als potenziell ambulante Leistung klassifiziert, jedoch blieb dieses bei der Weiterentwicklung der AOP/EBM-Kataloge unberücksichtigt. Durch die seit Jahren fehlende Berücksichtigung der Ereignisrekorder-Implantation im Katalog des ambulanten Operierens ist aus Sicht der DGK der Zugang zu diesem modernen Diagnoseverfahren erheblich eingeschränkt und auf Patienten mit einer stationären Indikation begrenzt. Bei der Implantation eines Ereignisrekorders handelt es sich um eine sehr häufige, im Krankenhaus durchgeführte Intervention.

Vergütungsrelevante Aspekte:

Mit der aG-DRG F12F werden wie o.g. Eingriffe zur Implantation von 1-Kammer und 2-Kammer-Schrittmachern sowie Implantationen von Ereignisrekordern vergütet. Die genannten kardialen Implantate haben typischerweise unterschiedliche Kosten (1-K-SM: Preis X, 2-K-SM: Preis Y, Ereignisrekorder: Preis Z). Im Rahmen der aG-DRGs werden aus den Fällen mit unterschiedlichen Implantatkosten gewichtete Mittelwerte für die Implantatkosten ermittelt und im Rahmen der Pauschalen vergütet. Grundsätzlich könnte bei gewichteten Mittelkosten ein wirtschaftlicher Anreiz bestehen, vorzugsweise Fälle durchzuführen, bei denen die kostengünstigsten Aggregate zum Einsatz kommen und die weniger wirtschaftlichen Fälle zur Versorgung an andere Häuser abzugeben. Dies könnte im Krankenhausbereich zu entsprechenden

wirtschaftlich motivierten Umverteilungen führen, insbesondere bei Häusern mit ausreichend hohen Fallzahlen, die einen ähnlichen Fallmix aufweisen, wie in der kalkulierten DRG und wo die mittleren Implantatkosten für aktive Implantate durch die DRG sachgerecht vergütet sind. Bisher ist solch ein Fehlanreiz nicht zu beobachten.

Für die geplante Hybrid-DRG(s) zur F12F könnte sich die Situation dahingehend anders darstellen: Die Sachkosten sollen nach derzeitigem Erkenntnisstand (im Wesentlichen also die kardialen Implantate) aus den Kalkulationsdaten des InEK abgeleitet werden. Durch das vorgesehene Kalkulationsmodell der Hybrid-DRGs ist zu erwarten, dass die Hybrid-DRGs einen geringeren Erlös erbringen als stationäre 1-Tagesfälle, aber höhere Erlöse als gemäß EBM.

Szenarien, die entstehen könnten:

- Aus Krankenhaussicht sinkt bei ambulanter Erbringung und Anwendung der Hybrid-DRGs der Erlös für die gleiche Leistung, so dass hier ein wirtschaftlicher Druck entsteht, Fälle mit „höherwertigen“ Implantaten nicht – wie gewünscht – ambulant, sondern weiterhin stationär zu erbringen und nur die vermeintlich aus der Sicht des Einkaufs „wirtschaftlichen“ Fälle ambulant zu erbringen. Dieser Fehlsteuerungsanreiz kann dazu führen, dass die gewichteten Mittelkosten für die Implantate im stationären Bereich ansteigen (da die kostengünstigen Implantate ambulant eingesetzt werden) und damit die Kosten in der F12F steigen, was konsequenterweise langfristig über die sachkostenadäquate Kalkulation der aG-DRGs zu höheren Vergütungen führen müsste, wobei auch der Aggregatmix im stationären und ambulanten Bereich unabhängig der medizinischen Notwendigkeit auseinanderlaufen könnte.
- Für den ambulanten Bereich kann sich dieser Fehlsteuerungsanreiz ebenso negativ auswirken: Im EBM werden die Sachkosten für die Implantation eines im EBM vorgesehenen Schrittmachers (zugelassen sind hier 1-K-SM und 2-K-SM) über die Einzelkostenerstattung vergütet – für die implantierenden Zentren besteht die Vergütung allein in der Vergütung der ärztlichen Leistung durch den EBM. Sollte es über die Hybrid-DRGs indirekt zu Sachkostenpauschalen kommen, so ist zu erwarten, dass hier ebenfalls die wirtschaftlichen Behandlungsfälle aus der Sicht des Einkaufs (Implantatkosten < Implantateanteil in der Hybrid-DRG) bevorzugt, und medizinische notwendige Behandlungsfälle mit „höherwertigen“ Implantaten vermieden bzw. in ein Krankenhaus überwiesen werden könnten.

Der Effekt durch die pauschalierten Implantatpreise (gewichtete Mittelwerte unterschiedlicher Kosten für unterschiedliche Aggregate) lässt sich unserer Meinung nach nur vermeiden, wenn die Hybrid-DRGs zwischen unterschiedlichen Aggregattypen (1-K-SM, 2-K-SM oder Ereignisrekorder) unterschieden werden, so dass es bei der ambulanten Erbringung keine wirtschaftlichen Fehlanreize gibt. Dies kann bei diesem Beispiel durch eine Differenzierung der Hybrid-DRGs in drei Pauschalen für die unterschiedlichen Aggregattypen (z.B. F12N, F12M, F12L) erreicht werden.

Beispiel: F50A Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen oder Implantation eines Ereignisrekorders oder Alter < 16 Jahre oder best. angeb. Herzfehler oder mit kompl. Ablation, Alter < 18 Jahre

Die in Anlage 3 genannte DRG F50A beschreibt „Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen oder Implantation eines Ereignisrekorders oder Alter < 16 Jahre oder best. angeb. Herzfehler oder mit kompl. Ablation, Alter < 18 Jahre“.

Im Gegensatz zur

- DRG F50B (Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne hochkomplexe Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne best. angeb. Herzfehler, mit komplexer Ablation, Alter > 17 Jahre)

oder

- zur DRG F50C (Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne hochkomplexe Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne best. angeb. Herzfehler, ohne komplexe Ablation, Alter > 15 Jahre)

weist die DRG F50A innerhalb der F50-Gruppe den höchsten Komplexitätsgrad auf.

Analog des § 115f (2) entspricht die DRG F50A damit nicht vollständig den geforderten Kriterien zur Auswahl von Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 (insbesondere nicht der Forderung nach „einem geringen klinischen Komplexitätsgrad“).

Deshalb erschließt sich nicht, warum im Rahmen der ablativen Prozeduren die F50A als komplexeste Prozedur für eine Hybrid-DRG vorgeschlagen wird. Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, warum hier nicht weniger komplexen DRGs wie beispielsweise die F50B oder F50C gewählt wurden.

- Bei einer ambulanten Leistungserbringung ist bei komplexeren Prozeduren insbesondere eine adäquate medizinische Qualitätssicherung wichtig, so dass relevante Risiken wie sie in der aktuellen Datenlage des InEK aufgezeigt werden, wie z.B. das Auftreten akuter medizinischer Vorkommnisse wie Myokardinfarkt, respiratorische Insuffizienz, Nierenversagen durch eine entsprechende Vorhaltung von Ressourcen abgesichert werden. Gleiches gilt für Komplikationen wie z.B. Blutungen oder Hämatome.
- Deshalb sollten sich die medizinischen Kriterien und Voraussetzungen für ein amb. Operation an dem Positionspapier der DGK vom 09.02.2023 orientieren, insbesondere Tabelle 4 zum Thema Ausschlusskriterien bei der Ablation. Diese umfassen beispielsweise bei der ambulanten Durchführbarkeit der VHF-Ablation einen Ausschluss für Patienten über 65 Jahre. Nach der Fallanalyse (InEK-Datenbrowser 2023) würde das einen Ausschluss für ca. 60,12% der relevanten Patientenfälle bedeuten.
- In der Praxis zeigt sich im InEK-Datenbrowser bis Mai 2023, dass innerhalb der Basis-DRG F50 die DRG F50A den geringsten Kurzliegeranteil aufweist. Dies weist auch auf den erhöhten Bedarf einer stationären Behandlung für diese DRG hin.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der mit dieser Stellungnahme gewünschte strukturierter Dialog für die Etablierung und Weiterentwicklung der Hybrid-DRG, analog dem Vorschlagsverfahren bei der Weiterentwicklung des aG-DRG Systems, in dem Leistungserbringer, medizinische Fachgesellschaften, Berufsverbände sowie Medizinproduktehersteller und deren Verbände eingebunden werden, zwingend notwendig ist.

Referenzen:

- 1) Stellbrink, C., Weber, M.A., Frankenstein, L. et al. Strukturelle, prozedurale und personelle Voraussetzungen für eine ambulante bzw. stationäre Erbringung kardiologischer Leistungen
Kardiologie 2023 17:95–110. <https://doi.org/10.1007/s12181-023-00602-7>
- 2) Veltmann, C., Bosch, R., Boer, J. et al. Kardiologie
<https://doi.org/10.1007/s12181-023-00634-z>
- 3) IGES Institut: Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V, 2022

Kontakt

Olaf Winkler
Referat Industrieller Gesundheitsmarkt
winkler@bvmed.de

BVMed

Bundesverband Medizintechnologie e.V.
Reinhardtstraße 29b, 10117 Berlin
+49 30 246 255 - 26
www.bvmed.de

The logo for BVMed, consisting of the letters 'BV' in a large, bold, blue font, followed by the word 'Med' in a smaller, bold, blue font.