

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Neurologie zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V)

Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) unterstützt die Bemühungen um eine Stärkung der ambulanten Versorgung im deutschen Gesundheitssystem. Im vorliegenden Referentenentwurf mit Stand vom 21.09.2023 werden gemäß § 4 Absatz 1 Hybrid-DRGs definiert. Nach § 3 Absatz 1 dieser Verordnung ist ein Startkatalog mit Hybrid-DRG erstellt worden, der ab 1. Januar 2024 wirksam ist. Hierbei handelt es sich um operative Leistungen, die für die Neurologie nicht relevant sind.

Nach § 3 Absatz 2 sollen weitere Hybrid-DRG ausgewählt werden, für die die Vergütung im Laufe des Jahres 2024 festgelegt wird. Diese sind in Anlage 3 aufgeführt. In dieser Liste sind zwei neurologische DRG im engeren Sinne gelistet: B77Z (Kopfschmerzen) und B81B (andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose). Diese Liste kann um weitere neurologische Leistungen erweitert werden.

Hybrid DRG sind für elektive Fragestellungen geeignet und haben hier das Potential, die erwünschten Effekte einer Entlastung von Pflegepersonal sowie einer Sicherung der Wirtschaftlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erreichen, ohne die Qualität der medizinischen Versorgung für die Patientinnen und Patienten einzuschränken.

Auf der anderen Seite kommen akute Symptome mit im Einzelfall lebensbedrohlichen Differentialdiagnosen und dringlicher Behandlungskonsequenz für Hybrid-DRGs nicht in Betracht, da keine ambulanten interdisziplinären Sofort-Strukturen 24/7 verfügbar sind.

Die DRG B77Z umfasst Kopfschmerzdiagnosen, sogenannte primäre Kopfschmerzdiagnosen, also Kopfschmerzen, die nicht auf eine tiefergehende, schwere neurologische Erkrankung zurückzuführen ist.

Die Logik der Hybrid-DRG erfordert, *von vorneherein*, also in der Akutsituation zwischen der Notwendigkeit einer ambulanten oder stationären Versorgung zu entscheiden, aber nach Kriterien, die sich oft erst *am Ende* anhand der gestellten Diagnose sowie möglicher Komplikationen ergeben. Dabei steht in der Notfallsituation eine geeignete, zeitkritische, z.B. auch nachts, verfügbare ambulante Infrastruktur zur differenzialdiagnostischen Einordnung der akut auftretenden Symptome nicht zur Verfügung. Zur Illustration hierzu ein Beispiel: Es ist nachts ein akutes Kopfschmerzsyndrom mittels Computertomographie und Liquorpunktion zu klären. Dies wird nur in einem stationären Krankenhaussetting möglich sein. Es erlaubt keinen Zeitverzug, da in der Aufnahmesituation keineswegs absehbar ist, ob am Ende ein akuter primärer Kopfschmerz vorliegt (B77Z), oder eine lebensgefährliche Erkrankung wie eine Subarachnoidalblutung oder eine Hirnhautentzündung.

Die DRG B81B umfasst eine Vielzahl von neurologischen Diagnosen, wobei die Gruppierung in B81B erfolgt, wenn keine wesentlichen Komplikationen und keine hochaufwendigen diagnostischen oder therapeutischen Prozeduren durchgeführt werden. Die in B81B führenden Diagnosen sind so vielfältig wie Intelligenzminderung, Arzneimittelinduzierte Myopathie, Toxische Enzephalopathie, A. carotis interna-Dissektion, kindliche Fehlbildungssyndrome und Verletzungen des Sehnervs (vgl. aG-DRG 2022, Definitionshandbuch Kompaktversion, S.338f., <https://www.g-drg.de/media/files/definitionshandbuch-2022-kompaktversion-band-1>). In diese DRG subsumieren sich also Diagnosen, die in Notfallsituationen der stationären Behandlung bedürfen (wie z.B. die

Dissektion der A. carotis interna), aber auch chronische Zustände bezeichnende Diagnosen (z.B. Intelligenzminderung), die isoliert betrachtet weder eine ambulante noch eine stationäre Behandlungsindikation darstellen. Insofern ist aus fachlicher Sicht hier eine klare Einordnung der Sinnhaftigkeit der DRG B81B *in Gänze* als Hybrid-DRG unmöglich. Bei der DRG B81B hängt die Einschätzung, ob eine Leistung innerhalb dieser DRG besser ambulant oder stationär medizinisch sinnvoll zu erbringen ist, aus fachlicher Sicht von zusätzlichen Faktoren ab.

In der Kürze der Zeit, die für die aktuelle Stellungnahme zur Verfügung steht, ist die Einordnung sämtlicher hier erfasster Diagnosen nicht möglich. Auch eine Schärfung der Kontextfaktoren im AOP-Katalog ist aus Sicht der DGN relevant. Zur Diskussion der Einzeldiagnosen und Kontextfaktoren steht die Fachgesellschaft gerne zur Verfügung.

In neurologischen Schwerpunktpraxen und Klinik-MVZs sollten komplexe Leistungen wie Immuntherapien bei Multipler Sklerose künftig über Hybrid-DRGs abgerechnet werden können. In §4 Abs 2 heißt es: „...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... gesondert zu berechnen.“ Dies impliziert, dass andere Zusatzentgelte in Hybrid DRG, z.B. für hochpreisige Immuntherapeutika oder monoklonale Antikörper, zusätzlich zur Hybrid DRG nicht abrechenbar sind. Für eine zunehmende Zahl neurologischer Erkrankungen ist die Behandlung mit hochpreisigen Medikamenten aber indiziert. Fehlt die Möglichkeit einer Abrechnung hochpreisiger Medikamente in der Hybrid DRG, wird hier die erwünschte Weiterentwicklung des Systems im Sinne der Ambulantisierung blockiert oder medizinisch indizierte Therapien müssen vorenthalten werden. Dies ist fachlich-medizinisch nicht vertretbar. Die erfolgreiche Einführung von Hybrid-DRG setzt also eine Abrechnungsmöglichkeit hochpreisiger Medikamente und Prozeduren voraus. Es ist aus Sicht der Fachgesellschaft nicht ersichtlich, warum hierfür nicht die bisherige Systematik von Zusatzentgelten genutzt werden soll.

Im Gutachten des IGES Institutes

(https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr_objs27932/IGES_AOP_Gutachten_032022_ger.pdf) werden zusätzlich zu B77Z und B81B weitere DRG auf neurologischen Fachgebiet mit ambulanten Potenzial benannt, die in Anlage 3 des Referentenentwurfes keine Erwähnung finden:

- B80Z Andere Kopfverletzungen
- B71D Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven
- B61B Strahlentherapie bei Krankheiten des Nervensystems
- B66B und B66C Neubildungen des Nervensystems

Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie ist gerne bereit, über eine Weiterentwicklung von Hybrid-DRG in die Diskussion zu treten. Hier ist jedoch der Zeitbedarf größer als diese Stellungnahme zum Referentenentwurf erlaubt.

Für Hybrid-DRG sehen wir folgende allgemeine Notwendigkeiten:

- Die Aufnahmeart „Notfall“ muss hinreichende Begründung für eine unverzügliche stationäre Leistungserbringung sein.
- Die Einführung von Hybrid-DRG soll die „unnötige“ Prüfung von primären Fehlbelegungen durch den MD obsolet machen, wie im IGES-Gutachten gefordert (https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/erweiterter-aop-katalog/index_ger.html)

- Eine sichere Abrechenbarkeit für hochpreisige Medikamente und Prozeduren muss implementiert werden, z.B. durch Fortführung des Zusatzentgelt-Systems im Hybrid-DRG-Bereich.

Wir glauben durch diese Anregungen aktiv und positiv an der Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems mitwirken zu können. Für die Deutsche Gesellschaft für Neurologie steht die bestmögliche Versorgung neurologischer Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt. In die weitere Diskussion bringen wir uns gerne aktiv ein.