



Deutsche Gesellschaft für
Plastische, Rekonstruktive und
Ästhetische Chirurgie

Stellungnahme

der

Deutschen Gesellschaft für Plastische,
Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e.V.
(DGPRÄC)

zum

Referentenentwurf des BMG „Verordnung zu einer
speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-
DRG-V)“ vom 21.09.2023

Stand: 21.10.2023



I. Allgemeiner Teil

Der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) am 21.09.2023 veröffentlichte Referentenentwurf „Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V)“ beinhaltet Regelungen zur Erbringung und Abrechnung potentiell ambulantisierbarer Leistungen und deren Vergütung für an der Versorgung teilnehmende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, Belegärztinnen und Belegärzte nach § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V sowie Krankenhäuser nach § 108 SGB V, die die in § 115b Abs. 1 Satz 5 SGB V genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen.

Der Entwurf sieht vor, durch die Einführung von Hybrid-DRGs Anreize zur Förderung der Ambulantisierung in Deutschland zu schaffen und damit den stationären Sektor, die GKV und den Medizinischen Dienst zu entlasten. Dafür wurden DRGs mit Ambulantisierungspotential selektiert und Vergütungen auf Grundlage des bereits vorliegenden Ambulantisierungsgrades als Mischpreis aus stationären und ambulanten Kosten kalkuliert.

Die DGPRÄC sieht die Einführung von Hybrid-DRGs auf Grund der aktuellen Herausforderungen im Gesundheitsmarkt und auch im internationalen Vergleich als folgerichtig an. Insbesondere sollten folgende Ziele langfristig im Vordergrund stehen:

- Verbesserung der Versorgungsqualität für die Leistungsempfänger
- Reduktion der Fehlanreize zur stationären Erbringung potentiell ambulant durchführbarer Leistungen mit konsekutiver Erhöhung freier Bettenkapazitäten für schwere Krankenhausfälle und Entlastung des Krankenhauspersonals
- Reduktion der Fehlbelegungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst
- Berücksichtigung der Fallschwere
- Verbesserung der Vergütung des ambulanten Sektors mit Wahlmöglichkeit der Abrechnungsart
- Adäquate Abbildung von Implantatkosten

Deutsche Gesellschaft für
Plastische, Rekonstruktive und
Ästhetische Chirurgie e. V.

Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58-59, 10117 Berlin

Fon: 030 / 28 00 44 50
www.dgpraec.de
info@dgpraec.de

Präsident

Prof. Dr. med.
Marcus Lehnhardt, Bochum

Vizepräsident

Dr. med.
Dirk Richter, Köln

Sekretär

Prof. Dr. med.
Ulrich Kneser, Ludwigshafen

Schatzmeister

Prof. Dr. med.
Christoph Heitmann, München

Vertreter

ambulante fachärztliche Versorgung

Dr. med.
Nuri Alamuti, Wiesbaden

Registergericht:

Amtsgericht Berlin-Charlottenburg
VR 29519 B

Steuernummer

27/620/58766

USt-IdNr.

DE258829160



- Weiterentwicklung des Hybrid-DRG-Katalogs unter Berücksichtigung der Fachgesellschaften und Berufsverbände

II. Kommentierung der Verordnung und Änderungsbedarf

Zu § 1 Berechtigung zur Leistungserbringung und Abrechnung

Bewertung und Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu begrüßen. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können durch die Möglichkeit der Belegarztstätigkeit gemäß § 121 SGB V Betten bei Bedarf belegen. Krankenhäuser nach § 108 SGB V können nach § 115b SGB ambulante Leistungen erbringen. Beide Bereiche erfahren damit eine Stärkung. Keine Änderung erforderlich.

Zu § 2 Zugang der Patienten zu Leistungen nach § 3

Bewertung und Änderungsvorschlag

Die Notwendigkeit einer Überweisung als Voraussetzung der ambulanten Erbringung von Leistungen gemäß § 3 wird abgelehnt, da dies wiederum unnötig Ressourcen verbrauchen würde. Eine direkte Vorstellung beim vertragsärztlichen Facharzt wird als ausreichend angesehen. Die Formulierung „in der Regel“ relativiert die Voraussetzung insofern, als dass die ambulante Erbringung auch ohne Veranlassung unter Verwendung eines Überweisungsscheins erfolgen kann. Daher empfiehlt es sich, Satz 1 zu streichen.

Zu § 3 Leistungen

Bewertung und Änderungsvorschlag

Der zunächst relativ kleine Leistungskatalog ermöglicht die Erprobung der Prozesse und wird daher als „Startkatalog“ begrüßt. Eine zeitnahe Bereitstellung des Groupers und des Definitionshandbuchs ist allerdings



zwingend geboten, um eine Einarbeitung der Leistungserbringer vor dem 01.01.2024 zu ermöglichen.

Die Grundlage für eine erweiterte Leistungsauswahl (Anlage 3) sollte jedoch deutlich ausgebaut werden. Die Ergebnisse der Selektion möglicher Leistungen werden mit den aktuellen Methoden durch Fehlanreize im stationären Sektor verzerrt. Daher wird dringend empfohlen, Fachgesellschaften und Berufsverbände in den Selektionsprozess einzubinden.

Zu § 4 Vergütung

Bewertung und Änderungsvorschlag

Die einmalige Berechnungsfähigkeit der Hybrid-DRG ist sachgerecht. Allerdings ist eine Übergangsregelung zu ergänzen, die klar definiert, dass bei postoperativer Revision in einer anderen Einrichtung (z.B. bei postoperativen Komplikationen) dort eine der Hybrid-DRG unabhängige Vergütung erfolgen muss (z.B. per aDRG, bDRG, EBM Kapitel 31 und 36). Die Hybrid-DRG muss in solchen Fällen unberührt bleiben.

Es bedarf einer Transparenz der Berechnungsmethodik. Insbesondere sollten die vom Institut des Bewertungsausschusses gelieferten Daten verfügbar sein hinsichtlich der ambulanten Kosten und des Ambulantisierungsgrades. Nur durch diese Transparenz können einerseits die Methodik verbessert und andererseits weitere Vorschläge von Seiten der Fachgesellschaften und Berufsverbände geliefert werden.

Zeitraum und Leistungsinhalt der Hybrid-DRG bedürfen einer deutlichen Präzisierung. Der „Abschluss der Indikationsstellung mit der Einleitung der Maßnahme zur Operationsvorbereitung und -planung“ und der „Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung“ sind nicht konkret genug formuliert. Es besteht hier die Gefahr differierender Interpretationen durch Leistungserbringer und Leistungsträger mit der Folge von Konflikten und konsekutivem Ressourcenmehraufwand. Weitergehend ist die Definition des Leistungsinhalts am stationären Sektor ausgerichtet, eine Übertragung auf den ambulanten Sektor ist so leicht nicht möglich. So werden bildgebende Verfahren meist vor und Laborleistungen meist nach der Indikationsstellung durchgeführt.



Als einzige gangbare Lösung wird hier ein sehr enger Zeitraum empfohlen, der einzig und allein den OP-Tag bis zur Entlassung in die ambulante Weiterbehandlung (entweder am selben Tag oder bei Übernachtung am Folgetag) einschließt. Damit würde gleichzeitig die Leistungsinhaltproblematik beseitigt.

Sachkosten wurden für die Berechnung der Hybrid-DRGs aus den entsprechenden aDRGs extrahiert und verwendet. DRGs inkludieren multiple Leistungsinhalte, bei denen aber nur teilweise (teure) Implantate zur Anwendung kommen. Im Vertragsarztsektor werden Implantate entsprechend des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V direkt mit den Krankenkassen abgerechnet. Krankenhäuser haben nach § 11 i.V. mit § 20 Abs. 4 des Vertrags nach § 115b SGB V ebenfalls die Möglichkeit Sachkosten direkt mit den Krankenkassen abzurechnen. Eine Mischkalkulation der Sachkosten (inkl. Implantatkosten) würde dazu führen, dass entsprechende Leistungen mit hohen Implantatkosten nicht ambulant erbracht und somit das Ziel der Ambulantisierung konterkarieren würden. Daher ist eine Herausnahme von Implantaten aus der Hybrid-DRG notwendig, mit gesonderter Abrechenbarkeit. Es wird empfohlen, ähnlich dem Medikationskatalog der KBV, einen Katalog für Sachkosten zu veröffentlichen, um einerseits Implantatkosten direkt oder über Zusatzentgelte abrechenbar zu machen und andererseits Ressourcen für Wirtschaftlichkeitsprüfungen einzusparen.

Das Pflegebudget des Krankenhauses nach § 6 des KHEntgG soll dem Referentenentwurf nach unberührt bleiben. Da Praxiskliniken nach § 122 SGB V in der Erbringung der Leistungen eine bedeutsame Rolle zukommt, sie allerdings größtenteils als nicht zugelassene Krankenhäuser nicht vom Pflegebudget profitieren, würde das Potential der Ambulantisierung deutlich verringert werden. Eine Ungleichbehandlung sollte nicht entstehen. Daher müssen derartige Einrichtungen ebenfalls, z.B. indirekt über den Leistungserbringer, eine vergleichbare Pflegevergütung erhalten. Alternativ könnte ein nach Maßgabe des Ambulantisierungsgrades reduzierter Pflegesatz für eine Übernachtung in die Hybrid-DRGs inkludiert werden, was allerdings als zweite Wahl angesehen werden sollte.

Die Wahlmöglichkeit der Abrechnung für Leistungserbringer gemäß § 1 ist ausdrücklich zu begrüßen und sollte zwingend dauerhaft bestehen bleiben, um im weiteren Verlauf keinen Gegentrend zur Ambulantisierung zu induzieren. Die o.g. Implantatkostenproblematik kann damit den Fehlanreiz zur stationären Erbringung reduzieren.



Zu § 5 Abrechnungsverfahren

Bewertung und Änderungsvorschlag

Keine Änderungsvorschläge.

Zu § 6 Inkrafttreten

Bewertung und Änderungsvorschlag

Keine Änderungsvorschläge.