BERUFSVERBAND DEUTSCHER ANÄSTHESISTINNEN UND ANÄSTHESISTEN

Stellungnahme des Berufsverbandes der Deutschen Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V. (BDA)

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V) (21.09.2023)

1. Grundsätzliche Bewertung des Entwurfs

§115f Absatz 4 SGB V sieht vor, das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu ermächtigen, die spezielle sektorengleiche Vergütung und die Leistungen nach §115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu bestimmen, wenn eine Vereinbarung durch die Vertragsparteien nach §115b Absatz 1 Satz 1 SGB V (Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft) bis zum 31.03.2023 nicht zustande gekommen ist. Da eine Vereinbarung der Vertragsparteien im vorgegebenen Zeitraum nicht umgesetzt wurde, folgt der vorgelegte Entwurf dieser Verordnungsermächtigung.

Als Startkatalog werden 244 OPS-Codes beschrieben, die über ein noch zu definierendes Groupingverfahren über insgesamt 12 Fallpauschalen (Hydrid-DRGs) berechnet werden sollen. Die Hybrid-DRGs sollen unabhängig von einer ambulanten oder stationären Erbringung mit bis zu einer Übernachtung und sowohl für Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und -ärzte, Belegärztinnen und-ärzte und MVZ gelten. Des Weiteren beschreibt der Entwurf auf Grundlage von aktuell für die stationäre Leistungsabrechnung gültigen DRGs einen Erweiterungskatalog, für den das BMG im Laufe des Jahres 2024 eine entsprechende Verordnung zur Vergütung im Sinne weiterer Hybrid-DRGs vorlegen wird.

Grundsätzlich ist eine Förderung der ambulanten Leistungserbringung durch finanzielle Anreize zu begrüßen. Der BDA weist ausdrücklich darauf hin, dass durch fortwährend steigende Kosten in den Bereichen Personal, Energie und Betrieb, sowie Sach- und Medikamentenkosten die wirtschaftliche Erbringung auf Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes sowohl für Vertragsärzte als auch für Krankenhäuser (gemäß AOP-Vertrag) nicht mehr gewährleistet ist. Dem Ziel einer sektorengleichen und gleichzeitig kostendeckenden Vergütung wird der vorgelegte Entwurf, insbesondere für den Bereich der Anästhesie, jedoch nicht gerecht. Darüber hinaus entstehen erhebliche Schwierigkeiten im Bereich der Abrechnung, Zuordnung von Leistungsanteilen und im Bereich der vertragsärztlichen Zulassung, insbesondere im anästhesiologischen Leistungsbereich.

Eine transparente Darlegung der Kalkulation der einzelnen Hybrid-DRGs bleibt der Entwurf schuldig [1].

Der Entwurf geht über den im §115f Absatz 1 Nummer 2 festgesetzten Ermächtigungsrahmen hinaus, indem Leistungen beschrieben werden, die nicht durch den AOP-Vertrag nach §115b SGB V umfasst sind. Gleichzeitig entspricht der Entwurf nicht dem im § 115f Absatz 1 Satz 6 beschriebenen Ziel einer dynamischen

[1] Bundesärztekammer; 127. Deutscher Ärztetag Beschlussprotokoll; Seite 51

Geschäftsstelle:
Neuwieder Str. 9 - 90411 Nürnberg
Telefon: 0911 / 933 78 0 - Telefax: 0911 / 393 81 95
Homepage: www.dgai.de / www.bda.de
Prof. Dr. med. Grietje Beck - Präsidentin BDA
Prof. Dr. med. Alexander Schleppers - Hauptgeschäftsführer

Bewertungsanpassung aufgrund empirischer Kostendaten. Die im Entwurf normativ festgelegten Bewertungen sind in Zukunft nur durch weitere Verordnungen durch das BMG anpassbar. Dieser Paradigmenwechsel bei der Bewertung ärztlicher Leistungen – analog zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) – sollte durch eine Dynamisierung der Bewertungen vermieden werden.

Aufgrund der beschriebenen Schwächen und Inkongruenzen lehnt der BDA den vorliegenden Entwurf ab und fordert die im Folgenden aufgeführten Anpassungen.

2. Stellungnahme im Einzelnen

2.1. § 2 Absatz 1 Zugang der Patienten zu Leistungen nach § 3

Beabsichtigte Regelung:

Absatz 1 regelt das Überweisungserfordernis im Regelfall durch niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte.

Bewertung:

Absatz 1 stellt nur auf den Regelfall der Überweisung ab, ohne den Ausnahmefall zu spezifizieren. Sofern es Ausnahmen von der Regel gibt, müssen diese rechtssicher formuliert werden. Darüber hinaus muss es vertragsärztlichen Leistungserbringern auch möglich sein die Leistungen inklusiv einer Übernachtung zu erbringen.

Änderungsvorschläge:

§ 2 Absatz 1:

Die ambulante Erbringung von Leistungen gemäß § 3 soll in der Regel auf Veranlassung eines niedergelassenen Vertragsarztes oder einer niedergelassenen Vertragsärztin unter Verwendung eines Überweisungsscheins erfolgen. Im Notfall erfolgt die Leistung ohne Veranlassung eines Vertragsarztes. Falls ein Patient ohne Überweisungsschein die Leistungserbringer nach § 1 zur Erbringung einer Leistung nach § 3 aufsucht, gilt die elektronische Gesundheitskarte in Verbindung mit einem amtlichen Lichtbildausweis als Nachweis für die Mitgliedschaft. Die stationäre Erbringung von Leistungen gemäß § 3 in Krankenhäusern gemäß § 1 hat in der Regel nach Maßgabe der Vorgaben der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenhausbehandlung zu erfolgen. Die Erbringung von Leistungen gemäß § 3 inklusive einer Übernachtung durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, medizinischen Versorgungszentren und Belegärztinnen und Belegärzte gemäß § 1 erfolgt gemäß Satz 1, Satz 2 und Satz 3 gelten entsprechend.

2.2. § 4 Vergütung

Beabsichtigte Regelung:

Absatz 1 regelt die Abrechnung der in Anlage 1 aufgeführten Leistungen anhand der in Anlage 2 aufgeführten Hybrid-DRGs auf Grundlage des aG-DRG-Groupierungsalgorithmus. Darüber hinaus definiert der Absatz den Inhalt der Leistungen,

Geschäftsstelle:
Neuwieder Str. 9 - 90411 Nürnberg
Telefon: 0911 / 933 78 0 - Telefax: 0911 / 393 81 95
Homepage: www.dgai.de / www.bda.de
Prof. Dr. med. Grietje Beck - Präsidentin BDA
Prof. Dr. med. Alexander Schleppers - Hauptgeschäftsführer

die über die Hybrid-DRGs abgegolten sind, und definiert den Zeitraum der Geltung der Hybrid-DRGs vom Abschluss der Indikationsstellung bis zum Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung.

Absatz 2 lässt für die Leistungserbringer (Vertragsärztinnen und -ärzte, MVZ, Belegärztinnen und -ärzte und Krankenhäuser) als alternative Berechnungsmöglichkeit die Berechnung der Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab zu. Ferner regelt der Absatz die zusätzlich vom Krankenhaus zur Hybrid DRG berechnungsfähigen Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz.

In Absatz 3 wird vorgegeben, dass die die Hybrid- DRG abrechnende Leistungserbringer eine Erklärung abzugeben haben, wonach sie versichern müssen, dass keine anderen Leistungserbringer die Leistung, auch nicht als Alternative über den EBM abrechnen.

Bewertung:

Ein DRG-Grouper ist im vertragsärztlichen Bereich nicht anwendbar, da ein „Grouping“ nur ex post - nach abgeschlossener Behandlung - durchgeführt werden kann und sich somit zur Planung einer ambulanten Leistung nicht eignet. Darüber hinaus müsste nach nicht erfolgter Eingruppierung in die Hybrid-DRG automatisch eine Abrechnung über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab ausgelöst werden, und zwar im Abrechnungsverfahren gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, statt gegenüber der jeweiligen gesetzlichen Krankenkasse. Hilfsweise könnte diese Schwäche im Verordnungsentwurf über die verpflichtende Abrechnung der Leistungen über die jeweilige zuständige Kassenärztliche Vereinigung behoben werden.

Der Zeitraum für die von den Hybrid-DRGs umfassten Leistungen ist ungenau definiert und muss zwingend eingegrenzt werden. Teilweise liegt zwischen der Indikationsstellung und der Durchführung von Anästhesie und Operation ein längerer Zeitraum, wenn beispielsweise auf Grund eines akuten Atemweginfektes mit einhergehendem Narkoserisiko ein Eingriff verschoben werden muss.

Die Alternative Abrechnungsmöglichkeit über den EBM ist sachlich korrekt und wird vom BDA unterstützt.

Eine Erklärung eines Leistungserbringers für die unterlassene Abrechnung anderer Leistungserbringer zu fordern, ist vernunftwidrig und mit erheblichen auch haftungsrechtlichen Risiken für den Erklärenden verbunden. Der Verordnungsgeber geht hierbei von einer/einem die Leistung hauptsächlich durchführenden und abrechnenden Ärztin bzw. Arzt aus. Diese Sichtweise greift bei Weitem zu kurz. An der Leistungserbringung sind neben Operateurinnen oder Operateuren immer zwingend eine Anästhesistin oder ein Anästhesist beteiligt. Eine Betrachtung oder Aufführung der Anästhesie als eigenständiges Fachgebiet fehlt - auch in der Begründung zur Verordnung - vollkommen. Die dem Binnenverhältnis zwischen Operateurin bzw. Operateur und Anästhesistin bzw. Anästhesist überlassene Aufteilung der Vergütung birgt Unwägbarkeiten und Gefahren. Beispielsweise ist es denkbar, dass niedergelassene Operateurinnen oder Operateure die Hybrid-DRGs abrechnen und Anästhesistinnen oder Anästhesisten ohne vertragsärztliche Zulassung zur Erbringung der anästhesiologischen Leistungen anstellen. Diese Abhängigkeit wird vom BDA ausdrücklich abgelehnt. In diesem Zusammenhang muss ferner ausdrücklich auf die Gefahr des Scheinselbstständigkeitsvorwurfs gegenüber Anästhesistinnen und Anästhesisten hingewiesen werden, wenn diese ihre anästhesiologischen Leistungen nicht separat

Geschäftsstelle:
Neuwieder Str. 9 - 90411 Nürnberg
Telefon: 0911 / 933 78 0 - Telefax: 0911 / 393 81 95
Homepage: www.dgai.de / www.bda.de
Prof. Dr. med. Grietje Beck - Präsidentin BDA
Prof. Dr. med. Alexander Schleppers - Hauptgeschäftsführer

abrechnen können. Diese Gefahr gilt umso mehr vor dem Hintergrund der jüngsten Entscheidung des Bundessozialgerichts zur Sozialversicherungspflicht (Az.: B 12 R 9/21 R).

Aus dem vorgenannten folgt, dass die Kalkulation der Hybrid-DRGs transparent dargestellt wird. In diesem Zusammenhang verweist der BDA nochmals auf die Vorstandsüberweisung auf dem Deutschen Ärztetag 2023 (Anlage). Um den gewünschten finanziellen Anreiz zur Ambulantisierung erreichen zu können müssen anästhesiologische Leistungen separat berechnungsfähig sein.

Änderungsvorschläge:

§ 4 Absatz 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-Groupierungsalgorithmus im Ergebnis zur Abrechnung der erbrachten Leistung ausgewiesen wird~~. Die in der Anlage 2 aufgeführten Hybrid-DRG sind 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 am Tag der Operation bzw. des Eingriffs und enden mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung am Tag der Operation bzw. des Eingriffs bei ambulanter Leistungserbringung, bei stationärer Leistungserbringung mit der Entlassung an dem auf den Tag der Operation bzw. des Eingriffs folgenden Tag. Mit der Hybrid-DRG sind folgende 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. Für vertragsärztliche Leistungserbringer nach § 1 ist der Pflegekostenanteil gemäß der aG-DRG bei einer Leistungserbringung gemäß § 2 Absatz 1 Satz 5 zusätzlich zur Fallpauschale (Hybrid-DRG) berechnungsfähig.

§ 4 Absatz 2:

(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. Vertragsärztliche Leistungserbringer nach § 1 rechnen die anästhesiologischen Leistungen in Zusammenhang mit einer Leistung gemäß Anlage 1 separat ab. 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. […]

§ 4 Absatz 3:

(3) Haben an der Behandlung nach Absatz 1 mehrere Leistungserbringer gemäß § 1 mitgewirkt, erklärten ~~der abrechnende Leistungserbringer~~ diese mit der Abrechnung, dass ~~die Leistungen von keinem anderen Leistungserbringer~~ sie die Leistungen bzw. Teil-Leistungen ~~nach Absatz 1 oder~~ nicht alternativ nach Absatz 2 Satz 3 abgerechnet ~~werden~~ haben.

Geschäftsstelle:
Neuwieder Str. 9 - 90411 Nürnberg
Telefon: 0911 / 933 78 0 - Telefax: 0911 / 393 81 95
Homepage: www.dgai.de / www.bda.de
Prof. Dr. med. Grietje Beck - Präsidentin BDA
Prof. Dr. med. Alexander Schleppers - Hauptgeschäftsführer

2.3. § 5 Abrechnungsverfahren Absatz 2 und 3

Beabsichtigte Regelung:

Absatz 2 regelt die Abrechnung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und sieht vor, dass diese – wie die Krankenhäuser (gemäß Absatz 1) – ihre Leistungen mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen. Kassenärztlichen Vereinigungen oder Dritte können mit der Abrechnung der Leistungen gegen Aufwandsersatz gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen beauftragt werden. In der Begründung wird ausgeführt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen *„bei der Auf- und Verteilung der Vergütung unterstützen können“.*

In Absatz 3 werden die Deutschen Kodierrichtlinien für alle Leistungserbringer verbindlich vorgesehen.

Bewertung:

Zu Absatz 2 Siehe 2.2. Für niedergelassene Vertragsärztinnen und – ärzte sollte die Abrechnung in jedem Fall über die Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen könnten – sofern am Groupingverfahren festgehalten wird - dieses durchführen und bei nicht erfolgter Eingroupierung in die Hydrid-DRGs den Abrechnungsweg über den EBM bzw. den Anhang 2 auslösen.

Zu Absatz 3: Die Deutschen Kodierrichtlinien gelten für die stationäre Behandlung und basieren auf dem Krankenhausentgeltgesetz und sollten im Bereich dieser Verordnung ebenfalls nur für die Krankenhäuser bzw. die stationäre Behandlung gemäß der Hybrid-DRGs gelten.

Änderungsvorschläge:

Zu § 5 Absatz 2:

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren und Belegärztinnen und Belegärzte nach § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V übermitteln der Krankenkasse, ~~gegebenenfalls~~ über ~~eine~~ die für sie zuständige ~~gemäß § 115f Absatz 3 Satz 3 SGB V beauftragte~~ Kassenärztliche Vereinigung ~~oder einen beauftragten Dritten~~ gegen Aufwandsersatz, die Daten zur Abrechnung der Vergütung nach § 4. § 295 Absatz 1b Satz 1 und 2 SGB V gilt entsprechend. Maßgeblich für die Abrechnung ist der Tag der durchgeführten Leistung.

Zu § 5 Absatz 3:

~~Es~~ Bei stationärer Leistungserbringung gelten die Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils aktuellen Fassung.

2.4. Anlage 1 Startkatalog gemäß § 3 Absatz 1

Beabsichtigte Regelung:

Die in Anlage 1 aufgelisteten OPS-Kodes bezeichnen nach § 3 Absatz 1 die Eingriffe bzw. Operationen die über die Hybrid-DRGs berechnungsfähig sein sollen.

Geschäftsstelle:
Neuwieder Str. 9 - 90411 Nürnberg
Telefon: 0911 / 933 78 0 - Telefax: 0911 / 393 81 95
Homepage: www.dgai.de / www.bda.de
Prof. Dr. med. Grietje Beck - Präsidentin BDA
Prof. Dr. med. Alexander Schleppers - Hauptgeschäftsführer

Bewertung:

Eine Bewertung kann erst bei Vorlage einer transparenten Kalkulation und Darstellung der jeweiligen Leistungen als OPS-Kodes vorgenommen werden (siehe 2.5).

2.5. Anlage 2 Hybrid-DRG gemäß § 4 Absatz 1

Beabsichtigte Regelung:

Die in Anlage 1 aufgelisteten OPS-Kodes sollen, über die in der Anlage 2 aufgeführten Hybrid-DRGs, berechnet werden. Der Entwurf sieht fixe Euro-Bewertungen vor. Eine Anpassung der Vergütung ist nicht vorgesehen.

Bewertung:

Siehe 2.2. § 4 Vergütung. Ohne eine transparente Darlegung der Kalkulation ist eine Aussage zur Angemessenheit der Höhe der Bewertungen der Hybrid-DRGs nicht möglich.

Der in der grundsätzlichen Bewertung des Entwurfes dargestellte Paradigmenwechsel einer fixen Bewertung ärztlicher Leistungen – analog zur GOÄ – sieht der BDA äußerst kritisch. Eine Neuverordnung und ggf. Anpassung an Kostenentwicklungen obliegen dann der jeweiligen politischen Ausrichtung des BMG. Im Bereich der GOÄ hat dies zu einem Stillstand von bislang über 27 Jahren geführt. Dies sollte im Bereich der gesetzlich Krankenversicherten unbedingt vermieden werden.

Änderungsvorschläge:

Der Kalkulationsalgorithmus zur Bewertungsfindung ist darzustellen und die Leistungsbewertung als Bewertungsrelation gemäß der Kalkulation des aG-DRG-Systems darzustellen. Durch Kopplung an den Bundesbasisfallwert des jeweiligen Abrechnungsjahres könnte somit eine Dynamisierung an die Kostenentwicklung hergestellt werden. Alternativ sollten die Bewertungen gemäß §115f Absatz 1 Satz 5 regelmäßig angepasst werden: *„Spätestens ab dem Jahr 2026 ist die Fallpauschale auf Grundlage geeigneter empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs zu kalkulieren und anzupassen.“*

Vorschlag zur Darstellung:

		Bewertungsrelation
Hybrid -DRG	Bezeichnung	gesamt
G09N	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- […]	
[…]	[…]	

Die Höhe der jeweiligen Vergütung ergibt aus dem Produkt der Bewertungsrelation mit dem aktuell gültigen Bundesbasisfallwert.

Geschäftsstelle:
Neuwieder Str. 9 - 90411 Nürnberg
Telefon: 0911 / 933 78 0 - Telefax: 0911 / 393 81 95
Homepage: www.dgai.de / www.bda.de
Prof. Dr. med. Grietje Beck - Präsidentin BDA
Prof. Dr. med. Alexander Schleppers - Hauptgeschäftsführer

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

Beabsichtigte Regelung:

Die in Anlage 3 aufgelisteten DRGs sollen als Grundlage für eine Weiterentwicklung der Hybrid-DRGs dienen, die das BMG im Jahr 2024 festlegen wird.

Bewertung:

Eine Bewertung kann erst bei Vorlage einer transparenten Kalkulation und Darstellung der jeweiligen Leistungen als OPS-Kodes vorgenommen werden.

Geschäftsstelle:
Neuwieder Str. 9 - 90411 Nürnberg
Telefon: 0911 / 933 78 0 - Telefax: 0911 / 393 81 95
Homepage: www.dgai.de / www.bda.de
Prof. Dr. med. Grietje Beck - Präsidentin BDA
Prof. Dr. med. Alexander Schleppers - Hauptgeschäftsführer