



DGK.
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e. V.



BNK
Bundesverband
Niedergelassener
Kardiologen



Bundesministerium für Gesundheit
Referat 226
Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen

11055 Berlin

Per E-Mail: 226@bmj.bund.de

Nachrichtlich : stn@awmf.org

Düsseldorf, den 25. Oktober 2023

DGK_V2023_145 Hybrid-DRG-V

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie bedankt sich für die Möglichkeit zum oben genannten Referentenentwurf Stellung zu beziehen.

Gleichzeitig mit dem Inkrafttreten des neuen AOP-Vertrags zum 1.1.2023 wurde auch die Einführung der sog. Hybrid-DRG (§115f SGB V) beschlossen. Nachdem die Vertragsparteien der Selbstverwaltung sich bis zum Stichtag 31.3.2023 nicht auf einen Katalog an Leistungen einigen konnten, der ab 2024 als Hybrid-DRG definiert werden soll, hat das BMG das Verfahren übernommen. Anfang Oktober wurde der Referenten-Entwurf bekannt, der Leistungen enthält, die per Rechtsverordnung ab 1.1.2024 als erste im Katalog der Hybrid-DRG enthalten sind. Für diese wurde auch bereits eine Vergütung festgelegt, die durch einen vom InEK erstellten Grouper berechnet wurde. Weitere Leistungen bzw. Fallpauschalen wurden bereits definiert, für die eine Vergütung im Laufe des Jahres 2024 festgelegt werden soll. Zur Erbringung der Leistungen und zur Abrechnung der Fallpauschalen berechtigt sind die an der Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren und Belegärzte sowie Krankenhäuser, die die in § 115b Abs. 1 SGB V genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen.

Während im Startkatalog der Leistungen, die bereits ab 1.1.24 gültig werden, keine kardiologischen Leistungen enthalten sind, sind im erweiterten Katalog, für den bisher noch keine OPS zugeordnet wurden (Anlage 3 des Referentenentwurfs), mehrere kardiologische Leistungen enthalten:

- 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 kardiolog. Diagnostik bei best. Eingriffen, Alter > 15 J.
- F49F Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr.
- F49G Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, ohne best. Eingr.
- 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
- F56B Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie oder koronare Lithoplastie
- F58B Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC
- F75C Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre und Alter < 16 Jahre, ohne schwere CC oder Alter > 15

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) begrüßt die Entwicklung hin zu mehr ambulanter Medizin und tagesstationärer Leistung und damit auch die Einführung der Möglichkeit zur Leistungserbringung nach §115f ausdrücklich, da sie zu einer Entlastung der stationären Versorgung führen kann (Mangel an Pflegepersonal, hohe Zahl an Krankenhausbetten im internationalen Vergleich). Soll dies zu einer Entlastung im Bereich der Pflege führen, muss nach unserer Auffassung die Behandlungsdauer auf 24 h begrenzt werden. Außerdem bestehen aktuell noch viele Unklarheiten hinsichtlich der neu einzuführenden Hybrid-DRG.

1. Die DRG-Erlöse der im Startkatalog enthaltenen OPS sind insgesamt um etwa ein Drittel niedriger als die bisherige, stationäre DRG. Da die Erlösberechnung über einen komplexen, vom InEK erstellten Grouper erfolgt, der v.a. das Ausmaß einbezieht, in dem die Leistungen schon vorher ambulant erbracht wurden, ist die Änderung der Vergütung bezogen auf die individuelle DRG jedoch sehr unterschiedlich und somit die wirtschaftlichen Folgen für die Krankenhäuser kaum abschätzbar. Das erhöht die Unsicherheit der Leistungs- und Strukturplanung in den Krankenhäusern. Es ist aus Perspektive der DGK zwingend notwendig, dass für die Kalkulation der Mischpreise von Hybrid-DRGs insbesondere für Sachkosten-intensive DRGs die Sachmittel beider Leistungsbereiche adäquat berücksichtigt sind.

2. Die Abgrenzung zu einer stationären oder ambulanten Behandlung ist nicht ausreichend geklärt. Da die bisherigen und zukünftigen Leistungen des ambulanten Operierens nach dem AOP-Katalog nach § 115b bestehen bleiben, müssen die Modalitäten geklärt werden, wie die Abrechnung in Zukunft erfolgen soll. Aufgrund der unterschiedlichen Vergütungsberechnung zwischen AOP und Hybrid-DRG bzw. DRG droht hier sonst ein erhebliches Konfliktpotential in der Abrechnung, wenn der Unterschied zwischen AOP und Hybrid-DRG bezogen auf die Kriterien der Anwendung nicht eindeutig definiert ist. Zwar ist unter §4(1) ausgeführt, dass die Hybrid-DRG berechnungsfähig ist, sofern sie nach Anwendung des aktuell gültigen aG-DRG-Groupierungsalgorithmus im Ergebnis zur Abrechnung der erbrachten Leistung ausgewiesen wird. In den Begründungen ist allerdings auf S. 26 ausgeführt, dass weitere, im Algorithmus berücksichtigte Bedingungen die Verweildauer und den klinischen Komplexitätsgrad (Patient Clinical Complexity Level (PCCL)) betreffen. Da nicht klar ist, wo die Grenzen der Verweildauer und des PCCL im Algorithmus liegen, sind umfangreiche Prüfungen auf primäre Fehlbelegung durch den MD zu befürchten, wenn die aufgeführten Leistungen auch parallel im AOP-Katalog verbleiben. Dies gilt z.B. in der Kardiologie für die o.g. DRG F12F und F49F/G. Zugleich werden Fälle von Patientinnen und Patienten mit komplexen, ausschließlich stationär zu erbringenden Eingriffen sowie mit aufwendigen Diagnosen, wie bösartigen Neubildungen, durch den Algorithmus als Hybrid-DRG ausgeschlossen. Gerade bei interventionellen Leistungen (z.B. F50A, F56B, F58B) kann es durch Ko-Morbiditäten der Patienten oder Komplikationen zu einer Verlängerung des stationären Aufenthalts kommen, die dann zu Ansteuerung einer stationären DRG führen würde. Es ist nicht erkennbar, ob in diesem Fall eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) erfolgen soll und ob die Prüfung dann, z.B. anhand der im AOP-Vertrag enthaltenen Kontext-Faktoren, erfolgen soll. Diese sind völlig unzureichend, um eine medizinisch vertretbare Entscheidung über die tagesklinische Durchführbarkeit eines Eingriffs oder die Notwendigkeit einer verlängerten, stationären Behandlung zu entscheiden und weichen von Kriterien ab, die bereits zwischen unserer Fachgesellschaft und dem MD vereinbart wurden (Reinecke et al., Kardiologie 2015; Schumacher et al., Kardiologie 2017). Unter dem Wunsch der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ist vorauszusetzen, dass es nur 2 Vergütungssysteme geben sollte und eine verlängerte stationäre Überwachungspflicht automatisch den Übergang in eine stationäre DRG erbringt. Hiermit kann eine Patienten-gerechte Versorgung sichergestellt werden. Die Verweildauer begründet sich dann über die tatsächliche Komorbidität oder Komplikationen und nicht über PCCL. Der PCCL ist entwickelt worden, um schwerere Behandlungsfälle, die höhere Kosten innerhalb der stationären DRG-Abrechnung verursachen, differenzieren zu können, ist aber ungeeignet, um eine stationäre von einer tagesklinischen oder ambulanten Durchführbarkeit zu trennen. Nach unserem Verständnis ergibt sich aus der Strategie der Hybrid-DRG zur Förderung der Ambulantisierung in der Medizin, dass es bei Hybrid-DRGs keinen Anlass mehr zur Prüfung auf primäre Fehlbelegung gibt. Obwohl auch im Gutachten des IGES zur Ambulantisierung in keinem der untersuchten Vergleichsländer eine ähnliche Institution wie der MD identifiziert wurde und obwohl in diesen Ländern die Ambulantisierung trotzdem offensichtlich weiter fortgeschritten ist als in Deutschland, soll offenbar an einer solchen Prüfung, die zu einer erheblichen Bürokratie-Last in den Krankenhäusern führt, in Deutschland weiterhin festgehalten werden. An dieser Stelle stellt sich die Frage, ob die Befugnisse des MD nicht auf die zunehmend wichtigeren Strukturprüfungen in den Krankenhäusern beschränkt werden sollten. Keinesfalls hinnehmbar sind auch Rechnungszurückweisungen nach Dunkelverarbeitung, wie wohl schon im Rahmen des gültigen AOP-Vertrags erfolgt.
3. Besonders Katheter-Eingriffe am Herzen sind zwar in zunehmendem Maße ambulant oder mit nur 1 Übernachtung und somit auch im Rahmen des §115f durchführbar. Die DGK hat dazu in einem Positionspapier die Kriterien zusammengefasst, die für die Erbringung invasiver kardiologischer Leistungen im ambulanten oder Hybrid-Setting zu fordern sind (Stellbrink et al., Kardiologie 2023). Eine Kooperation von niedergelassenen Ärzten am Standort des Krankenhauses in entsprechenden ambulanten OP-Zentren ist sinnvoll.

Stellungnahme zu einzelnen DRG:

1. F12F: Die Aufnahme dieser Leistung nach §115f ist sinnvoll unter der Annahme, dass diese dann ausschließlich als Hybrid-DRG abrechenbar ist. Somit werden in der Berechnung unterschiedliche Vergütungsschemata (AOP vs. DRG) entzerrt. Da die DRG F12F auch die OPS-Ziffer 5-377.8 (Ereignisrekorder) beinhaltet, sollte die Implantation des Ereignisrekorders mit in eine Hybrid-DRG aufgenommen werden. Wir verweisen dazu auf ein Positionspapier der DGK (Bosch und Perings, Kardiologie 2019). Obwohl in den aktuellen Leitlinien als Klasse I-Indikation akzeptiert und im IGES-Gutachten als potentiell ambulante Leistung klassifiziert, wurde der Ereignisrekorder bisher nicht in die bestehenden AOP/EBM-Kataloge aufgenommen. Da es sich bei der aG-DRG F12F um eine sog. Misch-DRG handelt, führen unterschiedliche Prozeduren in eine DRG, die unterschiedlich hohe Sachkosten beinhalten, allerdings mittels gewichteten Mittelkosten im a-DRG-System in eine pauschalisierte Vergütung führen, im Gegensatz zum EBM, bei dem die Implantatkosten über eine Einzelkostenerstattung abgerechnet werden. Daher müssen für die einzelnen Prozeduren diese individuell unterschiedlichen Sachkosten (z.B. 1-Kammer HSM, 2-Kammer-HSM...) berücksichtigt werden.
2. F49F/F49G: Die Aufnahme dieser Leistung nach §115f ist sinnvoll unter der Annahme, dass diese dann ausschließlich als Hybrid-DRG abrechenbar ist. Somit werden in der Berechnung unterschiedliche Vergütungsschemata (AOP vs. DRG) entzerrt.
3. F50A: Die Aufnahme dieser DRG in den Hybrid-DRG-Katalog ist aus zahlreichen Gründen problematisch. Zunächst handelt es sich innerhalb der F50-Gruppe um die DRG mit dem höchsten Komplexitätsgrad; die F50A weist daher im InEK-Datenbrowser bis Mai 2023 innerhalb der Basis-DRG F50 den geringsten Kurzliegeranteil auf. Zudem sind in der DRG verschiedenste Ablationsprozeduren bei unterschiedlichen Patientenkollektiven zusammengefasst: Komplexe Ablationen im linken Vorhof und in der linken Herzkammer bzw. bei Alter < 18 Jahre oder bei angeborenem Herzfehler. Dies ist gerade für die Ablation bei linksventrikulären Kammertachykardien auf Grund der oft schwerstkranken Patienten aus medizinischer Sicht nicht denkbar. Das Gleiche gilt für die Ablation von Kindern oder Jugendlichen mit komplexem, angeborenem Herzfehler. Hier handelt es sich um eine medizinische Maßnahme, die nur von speziellen Zentren angeboten werden sollte. Kinder < 16 Jahren hier in ein „Hybrid-DRG“-Konzept aufzunehmen, ist für diese Prozeduren weder sinnvoll noch wünschenswert. Auch bei der Ablation von Vorhofflimmern, die die meisten Fälle innerhalb dieser DRG darstellen, wurden z.B. in den USA in den Jahren 2016-18 gerade 1,4% aller Prozeduren in einem ambulanten Setting durchgeführt (Sahashi et al., Europace 2022). Bei diesen Patienten handelte es sich also um hochselektionierte „Niedrig-Risiko“-Patienten, die nach bestimmten Kriterien ausgewählt wurden. Aus der Analyse dieser Kriterien ergab sich auch eine Empfehlung der DGK, auf welche Patienten mit Vorhofflimmer-Ablation ein solches Vorgehen nach heutigem, medizinischem Standard beschränkt werden sollte (Stellbrink et al., Kardiologie 2023). Daher ist auch anzunehmen, dass in Deutschland kein hoher Anteil an Hybrid-DRG zu erwarten ist. Die derzeit verfügbaren Kontext-Faktoren sind in keiner Weise geeignet, solche komplexen Patienten von Patienten mit ambulanter Durchführbarkeit zu trennen. Die DGK empfiehlt daher dringend, diese DRG zum jetzigen Zeitpunkt nicht in den Katalog aufzunehmen. Denkbar wäre allenfalls ein DRG-„Split“ oder eine eigenständige DRG für die relativ seltenen, wenig komplexen Fälle. Gerade Sachkosten-intensive Leistungen wie die F50A sind geeignet, um aufzuzeigen, dass die Sachkosten für die Kalkulation der Mischpreise von Hybrid-DRGs adäquat abgebildet sein müssen (s.o.). Dies gilt bei der F50A auch für aufwändige Begleitprozeduren und -diagnostik (Planungs-CT/-MRT, transösophageale Echokardiographie).
4. F56B/F58B: Die Aufnahme der F58B als Leistung nach §115f ist prinzipiell zu begrüßen, sofern die Leistung nach den von der Fachgesellschaft empfohlenen, strukturellen und prozeduralen Vorgaben erfolgt. Grundsätzlich beschränkt sich die Möglichkeit zur

Durchführung im Hybrid-Setting jedoch auf Niedrig-Risiko-Interventionen nicht-komplexer Läsionen. Allerdings ist die Definition der Niedrig-Risiko-Läsion eine ärztliche Entscheidung, die nicht über DRG oder OPS operationalisierbar ist. So ist eine Koronarstenose im mittleren oder peripheren Drittel einer Kranzarterie mit einem ganz anderen, periprozeduralen Risiko behaftet als eine proximale oder Hauptstammstenose oder eine Bifurkationsstenose, würde aber nach der OPS-Logik gleich zugeordnet. Für diese Differenzierung kommt daher dem Arzt-Vorbehalt eine besondere Bedeutung zu, die entsprechend bei der Wertung von MBEG-Informationen zu berücksichtigen ist. Dies gilt analog auch für die F50A. Die Vorhaltekosten für die erforderliche Notfallstruktur müssen in der Kostenkalkulation ebenfalls Berücksichtigung finden. Diese schließt, wie auch bei der F50A, das Vorhandensein einer Intensivstation und einer Chest Pain Unit ein.

5. F75C: Es handelt sich bei der F75C um eine DRG, die durch nicht-interventionelle Therapie verschiedener Krankheitsbilder angesteuert wird, insbesondere Myokarditis, Perikarditis, rheumatische Herzkrankheit und pulmonale Hypertonie. Die mittlere Verweildauer betrug in 2021 5,7 Tage. Es ist nicht zu erwarten, dass man diese Fälle mit entzündlichen Herzerkrankungen in relevantem Prozentsatz frühzeitig nach z.B. einer Übernachtung nach Hause entlassen kann.

Abschließend empfiehlt die DGK dringend, in die Auswahl der Leistungen, die für eine Aufnahme in den Katalog nach §115f geplant werden, die Fachgesellschaften einzubeziehen. Die im Referentenentwurf vorgeschlagene Zuordnung zur Hybrid-DRG allein nach Parametern wie kurze Liegedauer, hohe Fallzahl, niedrige Komplikationsrate und PCCL ist nicht geeignet, um eine Leistungserbringung ambulant vs. kurzzeit-stationär vs. stationär hinreichend zu differenzieren. Dies kann sonst dazu führen, dass von Ärzt*Innen eine Leistungserbringung in ambulanter/Hybrid-DRG Form gefordert wird, die den medizinischen Leitlinien zuwiderläuft, obwohl der Arzt/die Ärztin die Verantwortung für die Leistungserbringung übernehmen muss. Aufgrund des Komplikationspotentials bestimmter Eingriffe (z.B. bei der F50A) können hieraus für den ärztlichen Leistungserbringer auch strafrechtliche Konsequenzen entstehen. Hier sieht sich die DGK als zuständige Fachgesellschaft in der Fürsorgepflicht für die kardiologisch tätigen Ärzt*Innen und im besonderen Maße für die Patient*Innen.

Für Rückfragen stehen wir selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. Holger Thiele
Präsident
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Prof. Dr. Christoph Stellbrink
Autor und Mitglied
*Ständiger Ausschuss Qualität- /
Leistungsbewertung in der Kardiologie
Ausschuss DGK Zentrum für Kardiologische
Versorgungsforschung*

Prof. Dr. Lars Eckardt
Vorsitzender
*Kommission für Klinische Kardiovaskuläre
Medizin*

Autoren:

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie e.V. (DGK)

Prof. Dr. Christoph Stellbrink, Bielefeld (federführend)
Prof. Dr. Stefan Blankenberg, Hamburg
Prof. Dr. Lars Eckardt, Münster
Prof. Dr. Lutz Frankenstein, Heidelberg
Prof. Dr. Christian Veltmann, Bremen
Priv.-Doz. Dr. Michael A. Weber, Dachau

Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK)

Dr. Alexander Albrecht, Berlin

Deutsche Herzstiftung e.V. (DHS)

Prof. Dr. Thomas Voigtländer, Frankfurt a.M.