



Stellungnahme

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

München, Düsseldorf, 24.10.2023

Die augenheilkundlichen Gesellschaften und Verbände nehmen gemeinsam Stellung zum Referentenentwurf der Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Stand 21.09.2023). Grundsätzlich sehen wir bei den noch stationär erbrachten Leistungen der Augenheilkunde weiteres Ambulantisierungspotential durch die Hybrid-DRGs.

Dazu benötigt es allerdings als Voraussetzung alternative Strukturen - ergänzend zu den heute existierenden - in der Betreuung, Diagnostik und Behandlung der Patienten für postoperative ophthalmologische Nachsorge und Versorgung in der Häuslichkeit von Patienten mit Kontextfaktoren einschließlich sozialer Faktoren. Die Augenheilkunde ist bereits heute ein in hohem Maße ambulantisierendes Fach in dem ca. 85% der Eingriffe ambulant erbracht werden.

Für eine sachgerechte Umsetzung der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V) besteht in zwei wesentlichen Punkten Klärungs- und Konkretisierungsbedarf zum o.a. Bearbeitungsstand:

- 1) **Die Spezifikation anhand der vorgesehenen DRGs in Anlage 3, die gemäß § 3 Abs. 2 die Grundlage für eine erweiterte Leistungsauswahl darstellen soll, ist so fachlich ungeeignet. Ein medizinisch begründetes Votum zu den relevanten OPS-Codes nach § 3 Abs. 2 durch die jeweiligen Fachgesellschaften und Berufsverbände ist unverzichtbar.**
- 2) **Es fehlen administrative Vorgaben zur Aufteilung der Fallpauschalen gemäß § 4 Abs. 1 auf unterschiedliche Leistungserbringer.**

Zu 1) Spezifikation der DRGs in Anlage 3

Wir regen an, dass grundsätzlich ausschließlich eingriffsbezogene DRGs in den Auswahlkatalog (Anlage 3) aufgenommen werden und nicht indikationsbezogene DRGs wie z.B. die **C64Z** oder die **B77Z**.

Folgende Beispiele sollen illustrieren, dass auch bei eingriffsbezogenen DRG die Hybrid-DRGs sorgfältig nach OPS-Codes spezifiziert werden müssen.

- In die **DRG C03B** fallen verschiedene Eingriffe (OPS-Codes), bei denen aus medizinischer Sicht eine stationäre Aufnahme zwingend geboten ist, weil es zu postoperativen Komplikationen kommen kann, die der sofortigen Behandlung bedürfen. Ferner müssen Patienten nach bestimmten Eingriffen, die in diese DRG fallen, in einer bestimmten Weise gelagert werden. Das kann nur in einem stationären Setting gewährleistet werden.

Die DRG C03B bietet sich darüber hinaus nicht zur Auswahl an, weil es sich um kombinierte Simultaneingriffe handelt, die häufig als sekundäre Eingriffe erfolgen müssen und zudem einen unterschiedlich hohen Sachmittelbedarf aufweisen.

- Bei der **DRG C08B** handelt es sich u.a. um die „klassische“ Kataraktoperation. Diese wird bereits zu ca. 85 % ambulant erbracht (EBM oder § 115 b SGB V). Es ist uns aber gerade deshalb bewusst, wie wichtig es bei medizinischer Notwendigkeit ist, Patienten entsprechend ihrem Bedarf stationär versorgen zu können. Daher muss gelten: Liegen Kontextfaktoren in Form von medizinischen oder sozialen Gründen vor, die dazu führen, dass die Versorgung des Patienten in der Häuslichkeit nicht sichergestellt werden kann und dadurch der medizinische Behandlungserfolg gefährdet ist, so muss die Möglichkeit der stationären Aufnahme außerhalb von § 115 f SGB V bestehen. Die Gründe bei einer stationären Durchführung der Leistung sind fallindividuell darzustellen. Bezüglich der Kontextfaktoren verweisen wir auf unser Schreiben mit detaillierten Ausführungen dazu vom 1. August 2023.
- Die **DRG C20B** beinhaltet so viele verschiedenartige Operationsgebiete, dass eine sorgfältige Auswahl einzelner OPS-Codes erforderlich ist. Z.B. sollten Überwachungsstrukturen medizinisch bei komplexen Lidplastiken mit Transplantation von Haut aus anderen Körperbereichen sicherlich nicht ambulant erbracht werden. Gleichzeitig eignen sich weniger komplexe Lideingriffe für die Eingliederung in § 115 f SGB V, falls keine Kontextfaktoren z.B. allgemeinmedizinisch oder sozial vorliegen, durchaus.
- Die **DRG C64Z** beinhaltet z.B. das Monitoring des Augeninnendrucks im Verlauf von 24 Stunden. Das beinhaltet auch Messungen in der Nacht. Es wäre so gut wie ausgeschlossen, dieses Monitoring ambulant zu erbringen.

Aus medizinischer Sicht sind einige OPS-Codes für strabologische Leistungen aus der in Anlage 3 bisher nicht erwähnten **DRG C10** geeignet für die Aufnahme in § 115 f SGB V. Wir sind gerne bereit, dazu detaillierte Vorschläge zu unterbreiten.

Wir fordern, in der Verordnung vorzusehen, dass von den jeweiligen Fachgesellschaften und Berufsverbänden ein medizinisch begründetes Votum zu den OPS-Codes nach § 3 Abs. 2 vor Anpassung der Rechtsverordnung eingeholt werden muss.

Zu 2 Aufteilung der Fallpauschalen

Der Vergütung gemäß Anlage 2 ist nicht zu entnehmen, welcher Anteil der Fallpauschale auf die Operation und welcher auf die Anästhesie sowie ggf. den Hausarzt (EKG, Labor etc.) und auf die jeweiligen Sachkosten entfällt. Eine sachgerechte Aufteilung der Vergütung kann so im ambulanten Bereich nicht vorgenommen werden. Eine rechtssichere Vorgabe zur Auszahlung der Vergütung an verschiedene Beteiligte fehlt. Es kann nicht vorausgesetzt werden, dass bundesweit viele unterschiedliche Vereinbarungen bilateral zwischen Operateuren, Anästhesisten und ggf. anderen Beteiligten verhandelt werden. Es muss strikt vermieden werden, unsachgemäße Anreize aus der Vergütung auf die Leistungserbringer zu verlagern. Eine eindeutige Vorgabe ist erforderlich; diese ist auch notwendig, um Nachkalkulationen der Fallpauschalen in Folgejahren transparent und nachvollziehbar zu gestalten.

§ 4 Abs. 3 fordert, dass bei der Behandlung eines Patienten durch zwei oder mehr freiberufliche Kollegen unterschiedlicher Fachrichtung der eine für den anderen erklären muss, dass der andere die Leistung nicht doppelt abrechnet. Auch an dieser Forderung ist erkennbar, dass die praktische Umsetzung der Hybrid-DRG bezüglich der Vergütung nicht hinreichend durchdacht wurde.

Aus unserer Sicht sollten die Hybrid-DRGs daher in die Bestandteile der ärztlichen Leistungen und jeweiligen Sachkosten aufgeschlüsselt werden, um anhand dessen eine Zuordnung der Vergütung vornehmen zu können.

Die unterzeichnenden und unterstützenden Verbände bieten dazu ihre Expertise an und sind bereit, die Eingriffe aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht einer evidenzbasierten Bewertung dahingehend zu unterziehen, ob sie sich für eine Aufnahme in die spezielle sektorengleiche Vergütung eignen.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Claus Cursiefen
Generalsekretär der DOG

Deutsche
Ophthalmologische
Gesellschaft e.V.
Platenstr. 1
80336 München



Dr. Peter Heinz
1. Vorsitzender des BVA

Berufsverband der
Augenärzte
Deutschlands e.V.
Tersteegenstr. 12
40474 Düsseldorf



Dr. Kaweh Schayan-Araghi
1. Vorsitzender des BDOC

Bundesverband Deutscher
OphthalmoChirurgen e.V.
Lindwurmstr. 10
80337 München

Diese Stellungnahme wurde in Abstimmung mit den folgenden augenheilkundlichen Verbänden und Organisationen erstellt, die sie vollumfänglich mittragen.



Deutschsprachige Gesellschaft für
Intraokularlinsen-Implantation,
interventionelle und refraktive
Chirurgie
www.dgii.org

DOCH

Vereinigung Deutscher
Ophthalmologischer Chefärzte e. V.



Gesellschaft für Strabologie, Neuro-
ophthalmologie und Kinderophthalmologie e.V.
www.gsnk.org



Retinologische Gesellschaft e. V.
www.retinologie.org



Vereinigung
ophthalmologischer
Lehrstuhlinhaber

VOL Vereinigung ophthalmologischer
Lehrstuhlinhaber e.V.
www.vol-web.de