

BVMed-Forderungen zur AOP-Reform und Hybrid-DRG

I. Hintergrund

Die Bundesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag beschlossen, „für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG“ zügig umzusetzen. Die Ambulantisierung „bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen“ soll gefördert werden. Hierfür soll die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung Vorschläge erarbeiten.

Bereits 2019 wurde im Rahmen des MDK-Reformgesetzes eine Reform des § 115b SGB V zum Ambulanten Operieren (AOP) verabschiedet. Die Umsetzungsfrist dafür ist bereits im Januar 2022 abgelaufen. Ob die aktuell definierten Leistungen des AOP-Vertrages oder weitere Leistungen Gegenstand der Hybrid-DRGs werden, ist nicht geklärt.

Es würde zu einer erheblichen Verunsicherung und Fehlsteuerung des Gesundheitssystems führen, wenn zunächst ein AOP-Prozess, ausgehend vom EBM, abgeschlossen wird und dann innerhalb der Wahlperiode gesetzlich mit Hybrid-DRGs, in Form von Vergütungspauschalen, eine erneute Umstrukturierung des Vergütungssystems für ambulante Operationen festgelegt würde.

Die Möglichkeiten und Potentiale der Ambulantisierung des aktuellen AOP-Kataloges werden bisher nicht ausgeschöpft. Ursachen sind eine für Vertragsärzte und Kliniken z. T. nicht kostendeckende EBM-Vergütung einzelner Leistungsbereiche. Regionale Vereinbarungen sehen keine bundeseinheitliche Vergütung erforderlicher Medizinprodukte vor. Die fehlende Listung erforderlicher Medizinprodukte in regionalen Positivlisten schließt die notwendige Versorgung und Vergütung derzeit aus. Der Schweregrad der Erkrankung ist nicht oder nur unzureichend berücksichtigt. Daher ist eine Reform der AOP-Vergütung zwingend erforderlich.

Der reformierte § 115b SGB V sieht für alle AOP-Leistungen vor, die Vergütung, „ausgehend vom EBM“, aber unter besonderer Berücksichtigung u. a. der Sachkosten und der Investitionsbedingungen, zu verhandeln. Eine reine Übernahme des EBM ohne diese Berücksichtigung widerspricht dem Gesetz und würde bestehende Fehlanreize nicht beheben. Eine Neukalkulation der Gebührenordnungspositionen, entsprechend § 115b SGB V zum Zeitpunkt der Überführung in den AOP-Katalog, ist erforderlich. Ergänzend ist die Sachgerechtigkeit der Kalkulation bestehender Leistungen im AOP Katalog zu überprüfen.

Wir empfehlen daher, dringend und zeitnah, nachfolgende, in den Änderungsvorschlägen beschriebene, gesetzliche und organisatorische Anpassungen vorzunehmen.

II. Änderungsvorschläge

1. Zeitnahe Umsetzung der AOP-Reform durch das BMG sicherstellen

Der Prozess nach § 115b SGB V sollte neue, realistische Umsetzungsfristen vorsehen, um Klarheit zu erhalten, in welchem Versorgungsbereich die jeweiligen Leistungen künftig erbracht werden sollen, und so Versorgungslücken vermeiden (vgl. Punkt 9). Diese Frist sollte dann auch mit Konsequenzen verbunden werden. Bisher hat die Selbstverwaltung den Auftrag des Gesetzgebers nur verzögert wahrgenommen.

Forderung:

Es sollte eine umfassende Ersatzvornahmeoption des BMG vorgesehen werden.

2. Rechtsaufsicht bei AOP-Reform durch BMG aktiv wahrnehmen

Der AOP-Katalog und die neue einheitliche Vergütung müssen zeitgleich neu vereinbart werden. Das BMG hat nicht nur die Rechtsaufsicht, sondern muss dem AOP-Katalog laut Gesetz auch zustimmen. Dies bedeutet, dass das BMG hier eine zweifache Verantwortung hat. Die Kostenkalkulation, insbesondere komplexer Behandlungen, muss nicht nur die Kostenstruktur der Vertragsärzte, sondern auch die der Krankenhäuser, berücksichtigen. Eine Ausweitung des AOP-Kataloges ohne angemessene Vergütung für die Krankenhäuser birgt die Gefahr, dass Patienten nicht mehr optimal versorgt werden können. Will man komplexere Fälle ambulantisieren, so erfordert dies auch die Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Prozeduren auf Seiten der Krankenhäuser, welche bei Komplikationen eine gesicherte Versorgung einschließlich Notfallmedizin bereitstellen. Notwendig ist eine transparente und sachgerechte Kostenkalkulation, unter besonderer Berücksichtigung der Sachkosten und der Investitionsbedingungen, wie § 115b SGB V es vorsieht.

Forderung:

Das BMG hat den gesamten Prozess der Erstellung des AOP-Kataloges und der Kalkulation, unter besonderer Berücksichtigung der Sachkosten, sorgsam zu begleiten und bei Bedarf seine Rechtsaufsicht aktiv wahrzunehmen.

3. Sachgerechte Kalkulation und Abbildung der Sachkosten gewährleisten

Zur künftigen Vergütung der Sachkosten im AOP-Katalog bzw. zukünftiger Hybrid-DRGs sind unterschiedliche Vergütungsmodelle in der Diskussion. Von einer kalkulierten Fallpauschale, die die Vergütung der Sachkosten inkludiert, bis hin zur Einzelkostenabrechnung, gemäß EBM, gibt es vielfältige Vorschläge und Forderungen.

Forderung:

Unabhängig vom Vergütungsmodell ist eine Überprüfung der korrekten Zuordnung und Sachgerechtigkeit der medizinischen Leistungen und Sachkosten in den Vergütungskatalogen notwendig. Die Übernahme historischer Leistungsvergütungen muss vermieden werden.

4. Zeitnahe Umsetzung der Hybrid-DRG

Wenn das System der Hybrid-DRG zeitlich nach der Reform des Ambulanten Operierens gem. § 115b SGB V eingeführt wird, bewirkt dies Verunsicherung für die Leistungserbringer, beispielsweise hinsichtlich der Bereitstellung der baulichen und technischen Voraussetzungen. Dies löst Unsicherheit und Zurückhaltung bei notwendigen Investitionen aus, insbesondere dann, wenn eine Strukturkomponente zu deren Finanzierung fehlt.

Forderung:

Wenn der Gesetzgeber die Vergütungslogik des § 115b SGB V „ausgehend vom EBM“ bei dafür geeigneten Methoden in Richtung Hybrid-DRG-Pauschalen umgestalten will, sollte das adäquat und schnellstmöglich erfolgen, damit es zu keiner weiteren Verunsicherung über die Struktur des Vergütungssystems ambulanter Operationen kommt.

5. Schweregrad der Erkrankung sowohl im AOP als auch Hybrid-DRG-System berücksichtigen

Der Schweregrad einer Erkrankung regelt u. a. die Frage, ob die Behandlung als AOP oder stationär durchgeführt werden sollte. Die Differenzierung der Schweregrade wird auch in der Vergütung herangezogen.

Forderung:

Die im § 115b SGB V vorgesehene Differenzierung der Vergütung nach Schweregraden der Erkrankungen sollte indikationsbezogen gleichermaßen in einem EBM-basierten AOP-System und bei Hybrid-DRGs fortgelten.

6. Zeitgleiche DRG-Neukalkulation gesetzlich verankern

Werden mehr Prozeduren mit leichteren Schweregraden in den AOP-Katalog verlagert, verbleiben lediglich die aufwändigeren, komplexeren und in der Regel kostenintensiven Behandlungsfälle im Krankenhaus. Die bisherige retrospektive Mischkalkulation aus leichteren und schweren Behandlungsfällen ist dann nicht mehr ausreichend, die unstrittig stationären komplexen Behandlungsfälle sachgerecht und kostendeckend zu finanzieren. Die bisherige Kostenkalkulation erfolgt mit einer Verzögerung von mindestens zwei Jahren bei den genutzten Kalkulationsdaten und ist daher nicht geeignet, die durch die neuen Bedingungen entstehende Schieflage in der Finanzierung der stationären Versorgung dieser Patienten zeitnah zu beseitigen.

Forderung:

Der Gesetzgeber muss einen klaren gesetzlichen Auftrag an die Selbstverwaltung formulieren, beide Systeme zeitlich und sachgerecht neu zu kalkulieren.

7. Investitionsmittel für AOP-Leistungen erweitern und aufstocken

Die Schaffung neuer oder der Ausbau zusätzlicher ambulanter Kapazitäten ist an vielen Standorten mit hohen Investitionen verbunden. Im ambulanten Sektor stehen aktuell keine öffentlichen Investitionsmittel zur Verfügung. Es fehlen somit kurzfristig die notwendigen technischen Voraussetzungen für eine möglichst weitgehende und sichere Ambulantisierung von Leistungen, die der Gesetzgeber beabsichtigt hat.

Forderung:

Die derzeitige Regelung muss für den neuen AOP-Bereich seitens des Gesetzgebers geändert werden. Eine umfangreiche Ambulantisierung erfordert auch im Krankenhaus ggf. den Auf- und Ausbau der baulichen und technischen Infrastruktur. Die erforderlichen Investitionskosten sind in der Vergütung für alle Leistungsanbieter zu berücksichtigen.

8. Wissenschaftlich-medizinischen und medizintechnischen Sachverstand in den Weiterentwicklungsprozess der AOP und Hybrid-DRG einbringen

Der Gesetzgeber sieht vor, den AOP-Prozess jährlich anzupassen und zu konkretisieren.

Forderung:

Um auch in Zukunft bei der Weiterentwicklung des AOP-Katalogs und zukünftiger Hybrid-DRGs den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen, bedarf es eines strukturierten Vorschlagprozesses, in dem Leistungserbringer, medizinische Fachgesellschaften, Berufsverbände sowie Medizinproduktehersteller und deren Verbände Hinweise geben können.

9. Rechtssicherheit bei Überleitung von stationären in ambulante AOP-Leistungen für Leistungserbringer herstellen

Mit der Änderung des § 115b SGB V wird der Zugang der Patientinnen und Patienten zum ambulanten Operieren erleichtert und der Vorrang „ambulant vor stationär“ besser umgesetzt. Allerdings ist das Grundproblem des Übergangs einer Leistung/Methode aus dem stationären in den ambulanten Sektor nicht gelöst. Mit Offenlegung, dass eine Methode oder eine Leistung ambulant erbringbar ist, etwa durch einen Vorschlag eines Berufsverbandes an den Bewertungsausschuss nach § 87 SGB V bzw. einen Vorschlag zur Weiterentwicklung des künftigen Katalogs nach § 115b SGB V (Beispiel IGES-Gutachten) oder im Laufe der Bewertung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode, wird der Medizinische Dienst regelmäßig die Frage stellen, warum eine Leistung stationär abgerechnet wird (primäre Fehlbelegung). In der Zeit zwischen der Offenlegung der Möglichkeit zur ambulanten Erbringung und einer Entscheidung durch die zuständigen Gremien kann es zu Unsicherheiten in der Erstattungsfähigkeit auf Seiten der Leistungserbringer und daraus resultierend zu Versorgungslücken zu Lasten der betroffenen Patientinnen und Patienten kommen.

Forderung:

Solange es noch keinen Beschluss zur Überführung einer Methode in den ambulanten Bereich gibt, ist die Leistung weiterhin durch das Krankenhaus stationär erbringbar. Dazu ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich.