

BDC-Vize über Hybrid-DRGs

„Für viele Kollegen schon ein Gewinn, aber...“

Mehr operative Eingriffe ambulant durchzuführen, ist sinnvoll, meint der Berufsverband der Deutschen Chirurgie (BDC). Warum dieses Ziel mit den Hybrid-DRGs in ihrer aktuellen Form jedoch kaum zu erreichen sein wird, erklärt BDC-Vizepräsident Dr. Peter Kalbe im Gespräch mit dem änd.



©BDC

Bei den Hybrid-DRGs sieht Kalbe noch einen Nachbesserungsbedarf.

Seine Position: In Sachen Ambulantisierung habe Deutschland einiges nachzuholen. Im Prinzip sei es eine gute Idee, dass man die Ambulantisierung fördern wolle. „Das wird aber unserer Meinung nach so nicht funktionieren“, sagt Kalbe mit Blick auf die aktuelle Ausgestaltung der Hybrid-DRGs.

Dabei nennt er gleich mehrere Kritikpunkte. Einer ist ganz grundsätzlich: Statt mit Repressionen sollte mit Anreizen gearbeitet werden. So hätte man etwa für eine gewisse Zeit das Honorar anheben können, meint Kalbe. „Das hätte sicherlich einen positiven Schub gebracht.“

Stattdessen werde aktuell aber vor allem mit Druck und Repressalien gearbeitet. Weil viele Eingriffe kaum kostendeckend durchzuführen seien, gebe es keine richtige Veranlassung, vermehrt ambulant zu operieren. Vor allem für die Krankenhäuser sei das „ein Riesenproblem, dass sie sehr viele Eingriffe jetzt zu deutlich reduzierten Erlösen durchführen müssen.“ Viele Krankenhäuser hätten zudem weder die baulichen Strukturen noch die Prozesse, um ein ambulantes OP-Zentrum wirklich effizient und ökonomisch vernünftig zu betreiben. „Wenn Sie in Ihrem Krankenhaus die Eingriffe in den normalen stationären Operationsräumen und mit den dortigen Abläufen erbringen müssen, können Sie erlöstechnisch nur verlieren.“

Aber auch im ambulanten Bereich gebe es Probleme. So würden einige einfache Eingriffe nun besser vergütet, was „durchaus ein Segen“ sei. „Für viele Kollegen sind die Hybrid-DRG da schon ein Gewinn, das darf man nicht ignorieren.“ Anders sehe es aber bei komplizierten Eingriffen aus, vor allem bei denen mit hohen Sachkosten. Denn diese sind in den Hybrid-DRGs inkludiert – und nach Ansicht des BDC zu knapp kalkuliert. „Da haben sich einige Kollegen erstmal ungläubig die Augen gerieben“, erinnert sich Kalbe.

Die niedergelassenen Kollegen hätten „immer ganz neidisch auf die DRGs geschaut. Wir als Verband haben immer schon ein bisschen davor gewarnt und gesagt: Schaut euch mal genau an, was alles inkludiert ist in so einer DRG und dann relativiert sich das vielfach.“

Und in der Tat sei es nun so, dass zum Beispiel komplizierte fußchirurgische Eingriffe mit hohem Einsatz an Implantaten durch die Hybrid-DRGs kaum kostendeckend zu erbringen seien. „Das können Sie ökonomisch gar nicht darstellen.“

In anderen Bereichen sei das ähnlich – und habe ganz konkrete Folgen. Im Bereich der Hernienoperationen könne man bereits sehen, dass häufiger Nahtverfahren statt Netziimplantationen eingesetzt würden, bei denen das Material teurer ist. Auch in anderen Bereichen würde zum Teil auf ältere Operationsverfahren mit geringerem Materialeinsatz zurückgegriffen. Das bedeute nicht unbedingt einen Qualitäts-, wohl aber einen Innovationsverlust, warnt Kalbe. „Was nicht passieren darf, dass wir plötzlich aus Spargründen nicht die optimalen Materialien einsetzen“, warnt er.

Eine der wichtigsten Forderungen des Verbands ist es also, die Sachkosten aus den Hybrid-DRGs auszugliedern – oder zumindest Zuschläge für bestimmte, materialintensive Eingriffe zu vereinbaren.

Ein weiteres Problem laut Kalbe ist, dass die Hybrid-DRGs nicht ausreichend nach Schweregrad der Eingriffe ausdifferenziert seien. Wo es etwa bei Fuß-Operationen im EBM sieben Abstufungen gegeben habe, gebe es jetzt nur noch drei. „Das muss man weiter differenzieren“, fordert Kalbe. Sonst würden komplizierte Eingriffe womöglich aus ökonomischen Gründen immer seltener angeboten.

Der vertragsärztliche Bereich werde durch die Umstellung der Vergütungssystematik noch vor ein ganz anderes Problem gestellt: Das Honorar aus den Hybrid-DRGs müsse auf mehrere Ärzte verteilt werden, da Leistungen wie Anästhesie ebenfalls eingerechnet seien. Das bedeute viel bürokratischen Aufwand, denn „wenn Sie da mit Pauschalen arbeiten, haben Sie ganz schnell ein Problem mit der Sozialversicherung, die eine Scheinselbstständigkeit vermutet.“ Kalbe fordert daher eine Sonderregel analog zu den Notärzten.

Was bei der Ambulantisierung auch unbedingt mitgedacht werden müsse, sei die Weiterbildung. Gerade die typischen Weiterbildungseingriffe würden ins Ambulante wandern. Schon unter den jetzigen Bedingungen sei die Weiterbildung dort aber ein Zusatzgeschäft. Im ambulanten Bereich und in sektorenübergreifenden Weiterbildungsverbünden werde sie nämlich von den Krankenkassen nicht gefördert. Die Refinanzierung der Weiterbildung müsse sich grundlegend ändern, ebenso wie die Weiterbildungsförderung in Kliniken – „sonst bekommen wir ein Riesenproblem, wie wir die nächste Generation von Chirurginnen und Chirurgen überhaupt noch weiterbilden können.“