

Stellungnahme der Gesellschaft für Fußchirurgie e.V. (GFFC) zum Referentenentwurf des BMG zur Verordnung einer sektorengleichen Vergütung

Die Gesellschaft für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie e.V. (GFFC) stellt mit mehr als 1700 in Kliniken und Praxen tätigen Fuß- und Sprunggelenkschirurgen den größten deutschsprachigen Fachverband für Fußchirurgie dar.

Die GFFC erkennt die gesundheitspolitische und gesellschaftspolitische Notwendigkeit von Einsparungen im Gesundheitswesen und zeigt sich daher unter der Prämisse qualitative Einbußen zu verhindern bereit, bei der Ambulantisierung von operativen Eingriffen uneingeschränkt zu unterstützen.

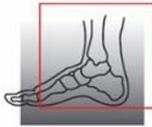
Leider sehen wir den jetzigen Entwurf jedoch nicht als geeignet an, diesen Prozess im Bereich Fuß- und Sprunggelenkschirurgie zu fördern.

Kommentar zum Starkatalog gemäß § 3 Abs. 1 Leistungsbereich Arthrodesen der Zehengelenke:

In der Tabelle des Referentenentwurfes Bearbeitungsstand 21.9.2023 wurden 66 Operationsprozeduren definiert, welche eine Abrechnung über die Hybrid DRG I20M bzw. I20N möglich machen. Hierbei handelt es sich um Operationsprozeduren, welche bereits größtenteils ambulant durchgeführt werden.

Das Ziel, den Ambulantisierungsgrad bei bislang unnötig stationär erbrachten Leistungen zu erhöhen, ist nur wenigen Operationsprozeduren vorbehalten. Zu unterscheiden sind:

- A) Leistungen, welche aufgrund der maßgeblichen Kodierleitlinien nahezu nicht zu verschlüsseln sind und im EBM-Katalog Anhang 2 nicht gelistet sind
- B) Leistungen, welche in der Regel nicht eigenständig erbracht werden. Die Kodierung dieser Leistungen und entsprechende Auflistung in den InEK-Tabellen erfolgt als zusätzliche Prozedur zu der eigentlich erbrachten Hauptleistung. Während im Rahmen der Abrechnung nach DRG-Eingriffen mit mehreren Prozeduren verschlüsselt werden kann, erfolgt im Bereich des EBM lediglich die Verschlüsselung von Haupteingriffen und Simultaneingriffen. Dies bedeutet, dass zahlenmäßig häufig erbrachte „Nebeneingriffe“ in den Report-Tabellen des InEKs zahlenmäßig dominieren.



- C) Eigenständige Prozeduren, welche mit kurzen Operationszeiten und niedrigen Sachkosten einhergehen.
- D) Eigenständige Prozeduren, welche mit mittleren Operationszeiten und mittleren Sachkosten einhergehen.
- E) Eigenständige Prozeduren, welche mit mittleren Operationszeiten und hohen Sachkosten einhergehen.

Eine Differenzierung dieser Eingriffe A) B) und C) findet in nicht ausreichendem Maße statt. **Insbesondere die Tatsache, dass Eingriffe gelistet sind, welche mit minimalem Aufwand zu betreiben sind, birgt eine erhebliche Gefahr des Fehlanreizes einer Erbringung dieser Leistung.**

Hingegen ist die avisierte Vergütung der **Prozeduren gemäß D) und E)** insbesondere im Hinblick **auf die Sachkosten nicht kostendeckend**. Gerade in dieser Gruppe befinden sich jedoch zahlreiche Eingriffe, welche mit einem deutlichen Ambulantisierungspotenzial einhergehen.

Im Folgenden wird die Zuteilung der gelisteten Prozeduren zu den oben definierten Gruppen dargestellt:

Gruppe A:

5-780. xv Inzision am Knochen, Septisch und Aseptisch: Sonstige: Metatarsale

5-788.0x Operation an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Sonstige

5-788.5x Operation an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Sonstige

5-788.6x Operation an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Sonstige

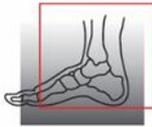
5-788.x Operation an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Sonstige

5-788.y Operation an Metatarsale und Phalangen des Fußes: n.n.bez.

5-789.xv Andere Operationen am Knochen: Sonstige: Metatarsale

5-789.xw Andere Operationen am Knochen: sonstige: Phalangen Fuß

5-790.xv Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Sonstige: Metatarsale



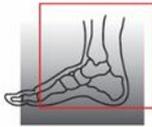
- 5-795.xv Offene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Sonstige: Metatarsale
- 5-808.bx Offen chirurgische Arthrodesese: Zehengelenke: sonstige
- 5-809.xm Andere Gelenksoperation: Sonstige: Unteres Sprunggelenk
- 5-809.xq Andere Gelenksoperation: Sonstige: Metatarsophalangealgelenk
- 5-809.xr Andere Gelenksoperation: Sonstige: Zehengelenke
- 5-811.xk Arthroskopischen Operation an der Synovialis: Sonstige: Oberes Sprunggelenk
- 5-819.xq Andere arthroskopischen Operation: Sonstige: Metatarsophalangealgelenk
- 5-819.xr Andere arthroskopischen Operation: Sonstige: Zehengelenke
- 5-851.xa Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Sonstige: Fuß
- 5-859.xa Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszie und Schleimbeutel: Sonstige: Fuß

Kommentar: Die Differenzierung von operativen Eingriffen (OPS) an Fuß und Sprunggelenk ist maximal erreicht. Einer Codierung von Eingriffen „mit sonstigen bzw. nicht näher bezeichnet Codes - x/y-Codes (siehe Gruppe A) ist Einzelfällen vorbehalten und sollte keine Hybrid-DRG auslösen.

Diese Eingriffe sind im Anhang 2 des EBM nicht gelistet und werden derzeit mit den EBM-Ziffern 02300, 02301 und 02302, welche mit maximal 26,43 € bewertet sind, vergütet.

Gruppe B):

- 5-788.00 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale I
- 5-788.06 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale II-IV, 1 Os metatarsale
- 5-788.07 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale II-IV, 2 Os metatarsalia
- 5-788.08 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale II-IV, 3 Os metatarsalia



5-788.09 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale II-IV, 4 Os metatarsalia

Kommentar: Die Kodierung dieser Prozeduren erfolgt nahezu immer fehlerhaft bei Abtragen von Knochenüberständen im Gelenkbereich. Aus dem Sprachgebrauch erfolgte die Definition der Pseudoexostosenabtragung. Definitionsgemäß -und so auch im OPS verankert- handelt es sich jedoch hierbei um Arthroplastiken, welche eigenständig unter 5-788.6* kodiert werden können.

5-800.0r Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie:
Zehengelenke

5-800.6q Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: (Arthrolyse)
Gelenkmobilisation: Metatarsophalangealgelenk

Kommentar: Die aufgeführten Eingriffe sind spezifischer über die Prozedur 5-788.4* zu kodieren.

5-809.2q Andere Gelenkoperation: Temporäre Fixation eines Gelenkes, offen chirurgisch: Metatarsophalangealgelenk

5-809.2r Andere Gelenkoperation: Temporäre Fixation eines Gelenkes, offen chirurgisch: Zehengelenk

Kommentar: Die aufgeführten Eingriffe stellen nahezu immer keinen eigenständigen Eingriff dar, sie werden im Rahmen höherwertiger Eingriffe zusätzlich kodiert.

Gruppe C):

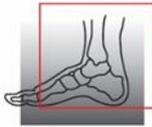
5-780.0v Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Exploration von Knochengewebe: Metatarsale

5-780.0w Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Exploration von Knochengewebe: Phalangen Fuß

5-780.1v Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Knochenbohrung: Metatarsale

5-780.1w Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Knochenbohrung: Phalangen Fuß

5-780.6v Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Metatarsale



5-780.6w Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement:
Phalangen Fuß

5-800.3r Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Débridement:
Zehengelenke

5-800.5q Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total:
Metatarsophalangealgelenk

Kommentar: Die aufgeführten Operationsprozeduren entsprechen Eingriffen bei Osteonekrose bzw. Infektionen und haben Ambulantisierungspotenzial.

5-788.0a Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Digitus I

5-788.0b Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Digitus II-IV 1 Phalanx

5-788.0c Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Digitus II-IV 2 Phalangen

5-788.0d Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Digitus II-IV 3 Phalangen

5-788.0e Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Digitus II-IV 4 Phalangen

5-788.0f Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Digitus II-IV 5 und mehr Phalangen

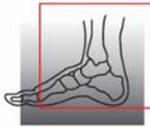
Kommentar: Die aufgeführten Operationsprozeduren werden nur in sehr geringer Anzahl eigenständig erbracht bei eigenständiger Indikation. Das Ambulantisierungspotential ist sehr gering.

5-788.40 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes:
Weichteilkorrektur: in Höhe des 1. Zehnstrahles

5-788.41 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes:
Weichteilkorrektur: in Höhe des 2. bis 5. Zehnstrahles, 1 Zehenstrahl

5-788.42 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes:
Weichteilkorrektur: in Höhe des 2. bis 5. Zehnstrahles, 2 Zehenstrahlen

5-788.43 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes:
Weichteilkorrektur: in Höhe des 2. bis 5. Zehnstrahles, 3 Zehenstrahlen



5-788.44 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes:
Weichteilkorrektur: in Höhe des 2. bis 5. Zehnstrahles, 4 Zehenstrahlen

5-851.1a Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, offen
chirurgisch: Fuß

5-851.2a Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, perkutan:
Fuß

Kommentar: Die aufgeführten Operationsprozeduren werden zumeist in Kombination mit komplexeren Eingriffen erbracht, können jedoch auch eigenständig bei eigenständiger Indikation erbracht werden. Das Ambulantisierungspotential ist gering.

5-788.61 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik:
Digitus 2 bis 5, 1 Gelenk

Gruppe D):

5-788.56 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie:
Digitus I

5-808.b2 Offen chirurgische Arthrodesese: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 1
Gelenk

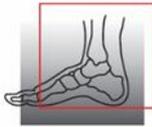
5-808.b3 Offen chirurgische Arthrodesese: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 2
Gelenke

5-808.b4 Offen chirurgische Arthrodesese: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 3
Gelenke

5-808.b5 Offen chirurgische Arthrodesese: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 4
Gelenke

5-859.1a Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und
Schleimbeutel: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Fuß

Kommentar: Das Ambulantisierungspotential dieser Gruppe ist nur bedingt vorhanden, da diese Eingriffe bereits jetzt ambulant erbracht werden müssen.



Gruppe E)

5-788.51 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie:
Os metatarsale I, Doppelosteotomie

5-788.52 Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie:
Os metatarsale II-IV, 1 Os metatarsale

5-788.5c Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie:
Os metatarsale I, distal

5-788.5e Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie:
Os metatarsale I, mehrdimensionale Osteotomie

5-790.0v Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit
Osteosynthese: Durch Schraube: Metatarsale

5-808.b0 Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Großzehengrundgelenk

5-808.b1 Offen chirurgische Arthrodesen: Zehengelenk: Großzehenendgelenk

5-809.1m Andere Gelenkoperationen: Arthrorise, offenchirurgisch: Unteres
Sprunggelenk

5-811.2k Arthroskopischen Operationen an der Synovialis: Synovektomie,
partiell: Oberes Sprunggelenk

5-855.19 Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht
einer Sehne, primär: Unterschenkel

Kommentar: Das Ambulantisierungspotential dieser Gruppe ist sehr hoch. Aufgrund der gegenüber dem EBM zumeist erheblich niedrigeren Vergütung der Gesamtkosten ist damit zu rechnen, dass diese Eingriffe weiter über EBM abgerechnet werden.

Basierend auf dieser Aufstellung empfiehlt die Gesellschaft für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie e.V. folgendes Vorgehen:

- *Streichung der Eingriffe der Gruppe A und der Gruppe B aus der Prozedurenliste, welche eine Hybrid-DRG auslösen.*
- *Kalkulation der Kosten der Prozeduren der Gruppe C und Gruppe D ohne zusätzliche Kodierung von Eingriffen der Gruppe E bzw. weiterer, nicht gelisteter Eingriffe, durch das InEK zu einer Gruppe von Eingriffen, welche die Hybrid-DRG I20N auslösen.*



- *Eingruppieren der Eingriffe der Gruppe E in die neue Hybrid-DRG I20M mit entsprechender Kalkulation der Kosten durch das InEK.*

Nur auf kalkulatorische Weise kann eine korrekte Differenzierung zwischen einfachen Eingriffen und komplexeren Eingriffen auch unter Einbeziehung der unterschiedlichen Personalbindungszeiten und Sachkosten erreicht werden.

Ungelöst verbleibt bisher die Frage der simultan beidseitigen Eingriffe am Metatarsale-1, welche bereits jetzt regelhaft im Rahmen des vertragsärztlichen ambulanten Operierens durchgeführt werden.

Eine Kalkulation der Kosten der beidseitigen Eingriffe bei Hallux valgus wurde mehrfach von den Fachgesellschaften beim InEK beantragt. Aufgrund der zu geringen Anzahl beidseitiger Eingriffe unter stationären Bedingungen in den Kalkulationskrankenhäusern konnten beidseitige Eingriffe bei Hallux valgus (Osteotomien) nicht kalkuliert werden. Da beidseitige Eingriffe jedoch im vertragsärztlichen Bereich durchaus gängig sind, ist eine entsprechend angepasste höhere Vergütung bzw. die Abrechnung von zwei Hybrid-DRG zu fordern. Auch hiermit können im Gesundheitssystem erhebliche Gesamtkosten gespart werden.

Folgendes Beispiel verdeutlicht noch einmal die Problematik:

Gemäß Referentenentwurf soll das Entgelt bei der **Hybrid-DRG I20N 909,25 €** betragen. Einen typischen Vertreter dieser DRG stellt die mehrdimensionale Osteotomie am Metatarsale-1 bei der Hallux valgus Chirurgie dar. In der aktuellen Realität des EBM erfolgt dieser Eingriff sehr häufig mit Simultaneingriffen. Die Abrechnung erfolgt typischerweise über die EBM-Ziffern:

31133, 31455, 31138, 31454, 31823,31828, 34280 und 31617.

Der Erlös im Bereich des **EBM** beträgt für diesen Eingriff **938,74€** für die ärztlichen Leistungen sowie intraoperatives Röntgen. **Zusätzlich können von Kliniken 7 % für Sachkosten berechnet werden, im vertragsärztlichen Bereich werden Teile der Sachkosten und Implantate über Sprechstundenbedarf abgerechnet.**

Somit kann anhand dieses repräsentativen Beispiels kein Anreiz zur Generierung einer Hybrid-DRG gesehen werden. Es würde im Gegenteil eine signifikante finanzielle Schlechterstellung der Leistungserbringer stattfinden. Weiterhin können viele Eingriffe, insbesondere von Krankenhäusern, nicht kostendeckend erbracht werden. Unter diesem Aspekt bedarf es einer



differenzierten Kalkulation nach oben genannten Kriterien. Nur bei einer kostendeckenden Hybrid-DRG wird eine ausreichende Akzeptanz zur Ambulantisierung vormals stationärer Eingriffe bei den Leistungserbringern erreicht werden können.

Kommentar zu den Kalkulationsgrundlagen der Hybrid-DRG am Fuß und Sprunggelenk:

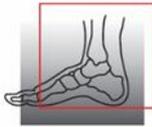
Eine Analyse der Daten der Kalkulationskrankenhäuser (InEK-Report-Browser) definiert den OPS 5-855.19 (Naht einer Sehne – Unterschenkel – Ruptur der Achillessehne) mit nahezu 30 % als fallstärkste Prozedur der DRG I20F. Die beiden in diesem Report nachfolgend aufgeführten OPS 5-788.40 sowie 5-788.00 machen etwas über 25% aus. Diese OPS werden nahezu ausschließlich als Nebeneingriff in Kombination mit Osteotomien am Metatarsale-1 (OPS 5-788.5e, 5-788.52, 5-788.51, 5-788.5d, 5-788.5j, 5-788.5f) erbracht.

Mit der OPS 5-855.19 fallen keine Implantatkosten sondern nur Sachkosten an. Auch für die anderen Prozeduren die in der I20F zusammengefasst sind, fallen großteils keine Implantatkosten an.

Somit sind in der I20F fast ausschließlich Eingriffe der OPS 5-788.5* (Osteotomien an Metatarsale und Phalangen) mit relevanten Implantatkosten verbunden. Damit sind aufgrund der Mischkalkulation der DRG I20F kalkulierten Implantatkosten nicht repräsentativ für korrigierende Osteotomien am Metatarsale-1, da diese nur ca. 25% des für die Kalkulation der Kosten zu Grunde liegenden Prozeduren darstellen.

Die DRG I20M, welche sich aus der DRG I20E ableitet, stellt eine deutlich fallzahlärmere Gruppe von operativen Eingriffen dar. Im stationären Bereich wird die Eingruppierung in die DRG I20E durch definierte Haupt- oder Nebendiagnosen aus dem Bereich der chronischen Polyarthritits, durch das Alter der Versicherten (15%), und in Einzelfällen (n=17) durch das Vorhandensein eines Diabetes mellitus mit Komplikationen erreicht. Bei der Analyse der Prozeduren liegen Eingriffe mit Implantaten bei ca. 45 %. Der zahlenmäßig größte eigenständige Eingriff stellt die Arthrodesse des Großzehengrundgelenkes (OPS 5-808.b0) dar.

Im ambulanten Bereich gehen für Eingriffe mit Nebendiagnosen aus dem Bereich „Rheuma“ bzw. „Diabetes mellitus mit Komplikationen“ sowie aus dem Alter der Versicherten nahezu keine relevant höheren Kosten einher.



Um eine sachgerechte Vergütung der Hybrid-DRG zu erreichen, empfiehlt sich daher eine Unterkalkulation der DRGs I20E und I20F basierend auf den oben dargestellten Gruppen C, D und E und den notwendigen Sachkosten.

Zusammenfassend muss im Falle der Umsetzung des Referentenentwurfes mit Bearbeitungsstand vom 21.9.2023 damit gerechnet werden, dass insbesondere die oben aufgeführte zahlenmäßig sehr **starke Gruppe E zum Teil erheblich unterfinanziert wird und damit keine Akzeptanz als Hybrid-DRG erfahren wird. Hiervon werden insbesondere die leistungserbringenden Kliniken nachteilig betroffen.**

Hiermit einhergehend muss aufgrund des Kostendruckes mit einer qualitativ schlechteren Versorgung im operativen Bereich, jedoch mit deutlich höheren Folgekosten im Bereich der Hilfsmittel, Beförderungskosten und Krankengeld gerechnet werden. Eine Akzeptanz für die notwendige zunehmende Ambulantisierung von operativen Eingriffen kann hierdurch nicht erreicht werden.

Zum Referentenentwurf wurde unter A. Problem und Ziel folgendes definiert:

„Ziel der speziellen sektorengleichen Vergütung ist es, bestehende Ambulantisierungspotenziale bei bislang unnötig stationären erbrachten Leistungen zu heben“

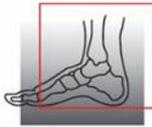
§4 Vergütung:

Mit der Hybrid-DRG sind alle Leistung und Aufwände im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten mit einer in Anlage 1 genannten Leistung abgegolten, insbesondere ärztliche Leistung, Sachkosten sowie Kosten für Unterkunft und Verpflegung für eine Übernachtung. Das Pflegebudget des Krankenhauses nach § 6A des Krankenhausentgeltgesetzes bleibt unberührt.

Kommentar:

Unter Sachkosten definiert das InEK in der Kalkulation der DRG Arzneimittel, Implantate sowie den übrigen medizinischen Bedarf. Anhand des Referentenentwurfes muss davon ausgegangen werden, dass eine zusätzliche Vergütung von Implantaten nicht vorgesehen ist.

Insbesondere diese integrierte Vergütung von Sachkosten in die Hybrid DRG wird mit einer Verschlechterung der Versorgungsqualität und höheren Folgekosten einhergehen.



Als stellvertretendes Beispiel für die Fuß- und Sprunggelenkschirurgie kann hier die Versteifung des Großzehengrundgelenkes (OPS 5-808.b0) aufgeführt werden.

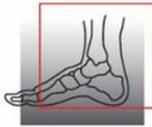
Durch wissenschaftlich nachgewiesene kürzere Heilungszeiten und geringere Pseudarthrosraten hat sich die Osteosynthese mittels einer winkelstabilen Platte als Standardversorgung mittlerweile durchgesetzt. Die hiermit einhergehenden Kosten werden über die Hybrid-DRG nicht abgebildet. Alternativ kann eine Versteifung auch mittels zweier Schrauben durchgeführt werden. Die Kosten dieser Versorgung sind zwar erheblich günstiger, die Kosten der Nachbehandlung (Hilfsmittel) jedoch erheblich teurer. Während eine Versteifung mit einer winkelstabilen Platte in einem günstigen Verbandsschuh ausreichend nachbehandelt werden kann, bedarf es bei der gekreuzten Schraubenosteosynthese wegen der geringeren Primärstabilität des Verfahrens typischerweise eines sogenannten Unterschenkelwalkers. Allein die Kosten des Walkers übertreffen die Kosten einer winkelstabilen Platte bei weitem. Aufgrund der nicht mehr zeitgemäßen Schraubenversorgung muss mit höheren Kosten aus häufigeren Revisionsoperationen sowie damit regelhaft längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten gerechnet werden. Dies stellt eine zusätzliche Belastung des Gesundheitswesens dar.

Eine Ausgliederung der Kosten für moderne Implantate sowie kostenintensive Sachkosten ist daher notwendig, um die Qualität der Versorgung nicht zu beeinträchtigen und medizinisch keine Rückschritte zu machen. Weiter können hierdurch höhere Folgekosten insbesondere bei Hilfsmitteln und Krankengeldzahlungen vermieden werden.

Weiterhin unklar verbleibt nach dem Referentenentwurf wie die Einleitung der Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung definiert werden. Diese würde den Beginn der Leistung nach Hybrid-DRG definieren. Ebenso unklar verbleibt was unter „Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung,“ verstanden wird.

§5 Abrechnungsverfahren:

Kommentar: In dem Paragraf 5 werden unterschiedliche Abrechnungsverfahren mit Nachteilen für die vertragsärztlichen Operateure zementiert. Während den Krankenhäusern eine direkte Abrechnung mit den Krankenkassen mit kurzfristigem Zahlungsziel zugestanden wird, verbleibt den Vertragsärzten eine Abrechnung über die kassenärztliche Vereinigung oder einen beauftragten Dritten gegen Aufwandsersatz.



Bei Abrechnung über die kassenärztliche Vereinigung erfolgt die verzögerte Vergütung von bis zu sechs Monaten nach einer stattgefundenen Operation. In Hinblick auf die Sachkosten werden somit die Vertragsärzte zu zinsfreien Darlehensgebern für die Kostenträger.

Im Falle einer Abrechnung über Dritte wird ein Aufwandsersatz notwendig, welcher die Erlöse weiterhin schmälert.

In Anbetracht der oben aufgeführten Punkte sehen wir den Referentenentwurf als nicht geeignet an, um eine Ambulantisierung von fußchirurgischen Eingriffen zu fördern. Hingegen muss aufgrund der Unterfinanzierung mit erheblichen qualitativen Einbußen bei der Versorgung der Patienten, in erster Linie aufgrund der Inkludierung der Implantatkosten in die Hybrid-DRG gerechnet werden. Weiterhin wird ein Anreiz geschaffen medizinisch weniger geeignete Eingriffe, die aber vergleichsweise höhere Erlöse generieren, unkontrolliert zu erbringen. Folgen werden eine Zunahme an Revisionsoperation und damit auch der Kosten sein.

Die Gesellschaft für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie e. V. hat die Notwendigkeit von Einsparungen im Gesundheitswesen erkannt. Daher bieten wir Ihnen hiermit ausdrücklich eine konstruktive Zusammenarbeit an, um ein erfolgreiches, ausgewogenes und für alle Seiten faires Hybrid-DRG-System zu etablieren.

Vorstand der GFFC e.V.:

Dr. med. M. Walcher
Präsident GFFC e.V.

PD Dr. med. K. Klos
Vizepräsident GFFC e.V.

AK Abrechnung der GFFC e.V.:

Dr. med. C. Wilde

Dr. med. G. Köhne

Dr. med. F. Schemmann