

Positionspapier

Unterfinanzierung gefährdet die Patientenversorgung in der invasiven Elektrophysiologie

28. Mai 2025

Unterfinanzierung der stationären Kurzliegerfälle und Herausforderungen durch Hybrid-DRGs

Auf Veranlassung der Selbstverwaltungspartner werden die aktuellen Bewertungsrelationen für die **Ein-Belegungstag-Fallpauschalen** im Krankenhaus zusätzlich zu den Abschlägen der Unteren Grenzverweildauer (UGVD) **um weitere 15 % abgesenkt**. Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) hat auf die resultierende Unterfinanzierung der Kurzliegerfälle der invasiven Elektrophysiologie mit ihren hohen Sachkostenanteilen hingewiesen. Den Feststellungen und Forderungen schließt sich der Fachbereich Kardiale Medizinprodukte (FBKMP) des BVMed an.

Diese Leistungen der invasiven Elektrophysiologie sollen zudem ab dem Jahr 2026 in den Hybrid-DRG-Katalog aufgenommen werden. Dabei müssen die Medizinprodukte in den Hybrid-DRG **sachgerecht einkalkuliert und vergütet** werden. Sollten die erhöhten Abzüge der stationären Ein-Tagesfälle als Grundlage für die Berechnung der Hybrid-DRG herangezogen werden, würde dies eine Unterfinanzierung in den Hybrid-DRGs verschärfen, da die Sachkosten nicht ausreichend in der Fallpauschale abgedeckt sind. Durch die folgende Unterfinanzierung der Hybrid-DRGs drohen Qualitätseinbußen in der Patientenversorgung durch die Auswahl weniger effizienter Methoden.

Verweildauerunabhängige Kosten ausgliedern

Die Sach- und Materialkosten der stationären Leistungserbringung müssen vor einer Kürzung ausgegliedert und dadurch angemessen berücksichtigt werden, bevor eine potenzielle Abwertung erfolgt. Dies trägt dazu bei, die finanzielle Belastung durch Querfinanzierung aus Personal- und Infrastrukturbedarf für die Einrichtungen zu verringern und eine gerechtere Bewertung der erbrachten Leistungen zu ermöglichen.

Der Fachbereich Kardiale Medizinprodukte (FBKMP) des BVMed spricht sich gegen die willkürliche Kürzung der kalkulierten Sachkosten in den aG-DRG-Fallpauschalen und nachgelagert in den Hybrid-DRGs aus. Um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung mit kardialen Medizinprodukten zu gewährleisten, ist ein **Paradigmenwechsel in der DRG-Kalkulationslogik 2025 erforderlich**.

1. Pauschale Abwertung in der stationären Versorgung zurücknehmen

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) damit beauftragt, die Bewertungsrelationen für die Ein-Belegungstag-DRGs im Jahr 2025 zusätzlich zu den Abschlägen der Unteren Grenzwerdeldauer (UGVD) um weitere 15 % zu senken. Diese Entscheidung wird vom Fachbereich Kardiologie Medizinprodukte (FBKMP) des BVMed als intransparent angesehen und steht im Widerspruch zur datengestützten Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems. Die Anpassung wurde nicht mit anderen Vergütungsmodellen abgestimmt. Dies könnte bei Ein-Belegungstag-DRGs mit hohem Sachkostenanteil, wie beispielsweise bei Patienten mit einer Ablationstherapie bei Vorhofflimmern oder Vorhofflattern (DRG F50A, F50B, F50C), Fehlanreize bei der Auswahl von Medizinprodukten verursachen. Die geplante Einführung der invasiven Elektrophysiologie in die Hybrid-DRG ab dem Jahr 2026 würde das Problem verstärken.

Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) hat am 27. Januar 2025 auf die Unterfinanzierung der Kurzliegerfälle hingewiesen. Den Feststellungen und Forderungen aus der Stellungnahme der DGK schließt sich der FBKMP des BVMed an.

Relevante Aspekte der DGK-Stellungnahme

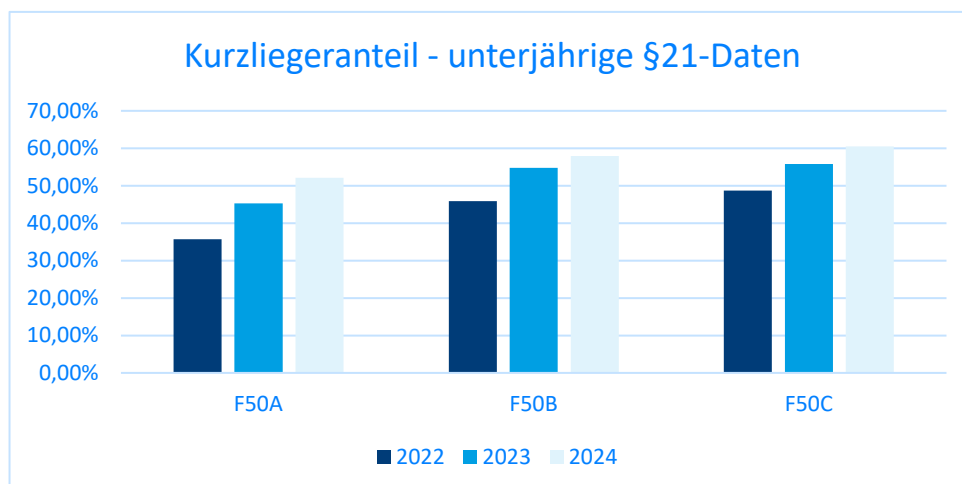
- DRGs der invasiven Elektrophysiologie haben hohe Sachkostenanteile, die durch die Anhebung des UGVD-Abschlages leistungsfähige Zentren belasten, da diese Zentren aufgrund der hohen Qualität und Sicherheit ihre Leistungen im Bereich der UGVD-Abschläge erbringen.
- Krankenhäuser können medizinisch notwendige sachkostenintensive Methoden, z. B. bei der Vorhofflimmerablation, nicht durch andere Prozesse ersetzen. Der Kostendruck beeinträchtigt die Behandlungsqualität und die Patientenversorgung.
- Die Unterfinanzierung von Materialkosten kann derzeit nur durch Einsparungen von Personalkosten und der qualitätsbestimmenden Infrastruktur sichergestellt werden.
- Die Absenkung kann in vielen Krankenhäusern nicht durch Aufwertung anderer Fälle ausgeglichen werden, was die Ablationstherapie defizitär macht.

Entwicklung des Kurzliegeranteils an den Gesamtfällen und der Kalkulationsdaten

Daten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) aus den Jahren 2024 und 2025 belegen, dass der Kurzliegeranteil gestiegen ist, die Materialkosten unverändert bestehen und dass die kardiologischen Kosten nicht gedeckt sind.

1. Kurzliegeranteil angestiegen

Bei den aG-DRGs F50A, F50B und F50C steigt die Zahl der Kurzlieger seit Jahren.



Durch den hohen Kurzliegeranteil führt die Anpassung in diesem Jahr zu finanziellen Auswirkungen bei den Leistungserbringern, z. B. DRG F50A (Quelle: InEK):

- **DRG-Erlös für 2025** (1 Tag Verweildauer): 6.278,80 € (basierend auf dem fiktiven BBFW 2025 von 4.400 €).
- **DRG-Erlös für 2024** (1 Tag Verweildauer): 7.490,64 € (basierend auf dem BBFW 2024 von 4.210,59 €).
- **Differenz des DRG-Erlöses zwischen 2024 und 2025:** –1.211,84 €.

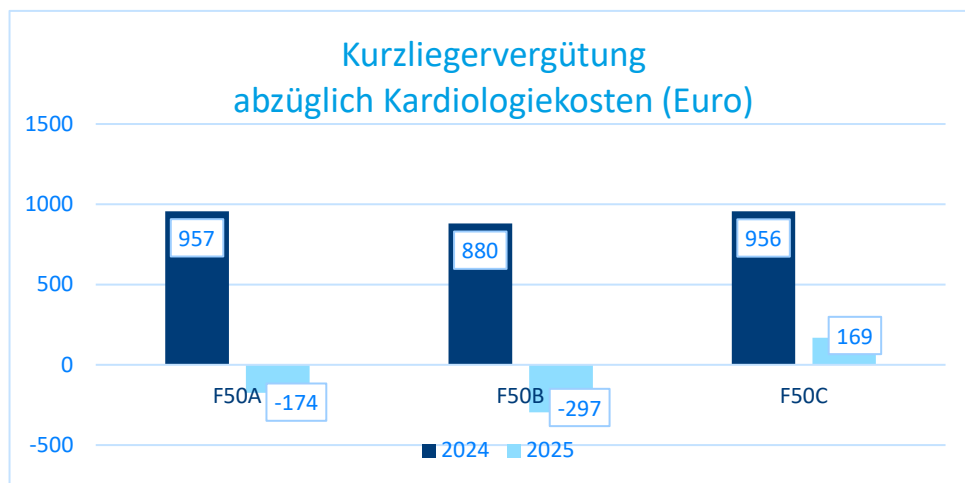
Dieser Betrag fehlt den Leistungserbringern bei jeder Kurzliegerprozedur.

2. Materialkosten unverändert

Die Materialkosten (gemäß Kalkulationsinstitut) für die aG-DRGs F50A, F50B und F50C haben sich kaum verändert. Durch die Abwertung steigt der relative Sachkostenanteil bei 1-Tages-Fällen von 2024 zu 2025 stark an.

3. Kardiologische Kosten nicht gedeckt

Ein Vergleich der Daten der Jahre 2024 und 2025 zeigt, dass mit der Absenkung die Kosten der Kostenstelle Kardiologie nicht gedeckt sind; insbesondere sind die Kosten der Kardiologie gemäß Kalkulationsinstitut unterfinanziert.



Bewertung

Die Hauptindikation für die Ablation im Bereich der invasiven Elektrophysiologie (aG-DRGs F50A, F50B und F50C) ist die „Volkskrankheit“ Vorhofflimmern bzw. Vorhofflattern, deren Behandlung mit den aktuell eingesetzten Behandlungsverfahren immer sicherer und wirksamer wird. Die Prävalenz von Vorhofflimmern steigt weiter an. Die Ablation bietet eine effektive Behandlungsoption für viele Patienten mit Vorhofflimmern, insbesondere wenn Medikamente nicht ausreichend wirken.

Studien belegen, dass Patienten, verglichen mit einer medikamentösen Behandlung, nach einer Katheterablation eine verbesserte Lebensqualität und weniger Beschwerden durch Vorhofflimmern haben.¹ Die innovativen Ablationsprozeduren ermöglichen die Reduzierung der Verweildauer, wodurch es den Krankenhäusern ermöglicht ist, den stetig steigenden Behandlungsbedarf zu decken. Dadurch konnte der Kurzliegeranteil in den letzten drei Jahren auf mehr als 50 % aller Fälle erhöht und die politisch geforderte Verkürzung der Verweildauer realisiert werden.

Innovationen im Bereich der Elektrophysiologie haben zu verbesserten Patientenergebnissen und effizienteren Behandlungen geführt. Durch Kurzliegerabschläge und die weiteren 15%igen Pauschalkürzungen auf innovative Methoden mit verkürzter Verweildauer greifen Leistungsanbieter auf Therapieoptionen zurück, die nicht mehr dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Die könnte zur Notwendigkeit einer erneuten Ablation führen, was zu weiteren Belastungen für den Patienten und zusätzliche Kosten für das System führt.

¹ Dtsch Arztebl 2020; 117(15): [14]; DOI: 10.3238/PersKardio.2020.04.10.03

Alternative

Sach- und Materialkosten einer Prozedur sind verweildauerunabhängig. Diese Kosten der Leistungserbringung müssen vor einer Kürzung ausgegliedert und dadurch angemessen berücksichtigt werden, bevor eine potenzielle Abwertung erfolgt. Dies trägt dazu bei, die finanzielle Belastung für die Einrichtungen zu verringern und eine gerechtere Bewertung der erbrachten Leistungen zu ermöglichen.

Es besteht Handlungsbedarf zur Überprüfung und Anpassung der Vergütungsstrukturen der Ein-Belegungstag-DRGs F50A-C, um eine angemessene Vergütung sicherzustellen und eine optimale Patientenversorgung zu gewährleisten. Erfolgt keine korrigierte Finanzierung kommt es zu der beschriebenen Unterdeckung der Kosten bei der leistungserbringenden Kostenstelle. Die Berechnung sollte analog der Sachkostenabgeltung des KHVG erfolgen sowie transparent und nachvollziehbar dargestellt werden.

2. Medizinprodukte in den Hybrid-DRGs aufwands-gerecht berücksichtigen

Häufige elektrophysiologische Untersuchungen und ablativ Maßnahmen sollen ab dem Jahr 2026 in den Hybrid-DRG-Katalog aufgenommen werden. Dabei müssen die Medizinprodukte in den Hybrid-DRG sachgerecht einkalkuliert und vergütet werden. Sollte dies nicht erfolgen, sind wie in der stationären Versorgung erhebliche negative Auswirkungen im Versorgungsbereich der Hybrid-DRGs zu erwarten.

Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss weist in seinem Beschluss auf die Notwendigkeit der aufwandsgerechten Berücksichtigung aller Sachkosten, einschließlich der Medizinprodukte, hin. Sollten die um 15 % erhöhten Abzüge der stationären Ein-Tagesfälle als Grundlage für die Berechnung der Hybrid-DRG herangezogen werden, würde dies eine Unterfinanzierung der Hybrid-DRGs nach sich ziehen, da die Sachkosten in der Fallpauschale nicht ausreichend abgedeckt sind. Mit der folgenden Unterfinanzierung der Hybrid-DRGs drohen Qualitätseinbußen in der Patientenversorgung durch die Auswahl weniger effizienter Methoden.

Die Berechnung der Sachkosten in den Hybrid-DRGs muss separat und transparent erfolgen, da deren Einsatz unabhängig von der Behandlungsdauer ist. Individuelle Entgelte, wie NUB- und Zusatzentgelte, die nicht Bestandteile der regulären aG-DRG-Fallpauschalen sind, sollen auch auf die Hybrid-DRG angewendet werden.

Kernforderungen

- Kosten für Medizinprodukte sachgerecht berücksichtigen
- Vergütung transparent und nachvollziehbar berechnen
- Stellungnahmerecht bei der Weiterentwicklung von Methoden mit Medizinprodukten einrichten

Kontakt

Olaf Winkler
Referat Industrieller Gesundheitsmarkt
winkler@bvmed.de

BVMed

Bundesverband Medizintechnologie e.V.
Georgenstraße 25, 10117 Berlin
+49 30 246 255 - 26
www.bvmed.de

