



Hybrid-DRG

Starterpaket mit kernigem Appendix

Das Gesundheitsministerium hat eine Verordnung für die Einführung von Hybrid-DRG vorgelegt. Die Leistungen im „Starterpaket“ sind überschaubar – doch mit einer schnellen Erweiterung könnte die Zahl der Hybrid-DRG schnell eine Million pro Jahr überschreiten.

Von PD Dr. Michael A. Weber

Nachdem die Selbstverwaltungspartner keine Einigung für einen Katalog von Hybrid-DRG erzielen konnten – die Frist war mit drei Monaten extrem kurz gesetzt –, hatte das BMG im April das Ruder übernommen und gemeinsam mit dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) einen überschaubaren Katalog an Leistungen erstellt und kalkuliert. Zur Erbringung der Leistungen und zur Abrechnung der Fallpauschalen berechtigt sind die an der Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren und Belegärzte sowie Krankenhäuser, die die in § 115 b Abs. 1 SGB V

genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen.

Verordnung: Starterpaket und Kalkulation

Dieses „Starterpaket“ liegt jetzt gemeinsam mit einem Referentenentwurf zur Verordnung vor und befindet sich im Stellungnahmeverfahren. Im „Starterpaket“ sind bestimmte Hernieneingriffe, Entfernung von Harnleitersteinen, Ovariektomien, Arthrodesen der Zehengelenke und die Exzision eines Sinus pilonidalis enthalten. Den Leistungen sind Kalkulationen beigelegt,

die im Vergleich mit der ursprünglichen stationären DRG einen im Mittel um circa ein Drittel reduzierten Erlös aufweisen, individuell schwankt das aber erheblich. Wie das InEK mitteilt, geht der Ambulantisierungsgrad der Leistungen in die Kalkulation ein und lag für die genannten Entitäten zwischen rund 30 und 80 Prozent. Das InEK hat hierzu einen Grouper entwickelt. Die Leistungen beginnen nach Abschluss der Indikationsstellung mit der Einleitung der Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung und enden mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung. Das Pflegebudget

Foto: Getty Images/Dorling Kindersley; Gary Ombler

Die Hybrid-DRG weisen im Vergleich zur stationären DRG einen im Mittel um circa ein Drittel reduzierten Erlös auf.

des Krankenhauses nach § 6 a des Krankenhausentgeltgesetzes bleibt unberührt. Weiter bleiben natürlich die bisherigen und zukünftigen Leistungen des ambulanten Operierens nach dem AOP-Vertrag und Katalog § 115 b bestehen, die nach EBM vergütet werden. Besteht zukünftig sowohl die Möglichkeit der Leistungserbringung nach AOP-Katalog oder Hybrid-DRG, ist davon auszugehen, dass für die Hybrid-DRG eine Begründung erforderlich sein wird, konkret benannt ist das aber im Referentenwurf nicht.

Die Erweiterungsliste hat es in sich

Überraschend liegt dem Referentenentwurf jetzt in einer Anlage 3 eine Liste potenzieller Erweiterungen für 2024 bei, die es zum Teil in sich hat. So sind auch hochkomplexe Leistungen zum Beispiel aus der Kardiologie wie Ablationen von Vorhofflimmern und Stentimplantationen oder in der Angiologie/ Gefäßchirurgie Interventionen an peripheren Gefäßen enthalten. Aber auch Kopfschmerzen, Glaukom und die zuletzt aufgrund eines angeblich unzureichenden EBM-Erlöses sehr umstrittene Tonsillektomie sind dabei. Sie bilden die Grundlage für die erweiterte Leistungsauswahl noch für 2024, die Vergütung soll im Laufe des Jahres 2024 festgelegt beziehungsweise vom InEK kalkuliert werden. Derzeit gibt es also noch keine Kalkulationen, viele der Leistungen haben bisher auch keinen ambulant erbrachten Anteil, sodass deren Hybrid-DRG eher näher an der stationären DRG liegen müssten als die Leistungen aus dem Starterpaket. Derzeit schon potenzielle Verluste für eine Ambulantisierung durch diese Hybrid-DRG hochzurechnen, hat deshalb noch keine solide Datenbasis. Die Auswahl der Leistungen erfolgte angeblich durch das InEK. Die vorgegebenen Kri-

terien sind: wenig komplikationsträchtig, kurze Liegedauer und hohe Anzahl. Man darf aber spekulieren, wer sonst noch „Empfehlungen“ gegeben hat. Für die Zukunft muss geklärt werden, wer die Leistungen auswählt und wie Vorschläge, aber auch Bedenken der Fachgesellschaften ausreichend gehört werden. Die Selbstverwaltung ist bisher wohl nicht mehr beteiligt. Offensichtlich strebt das Ministerium eine rasche Einrichtung von Hybrid-DRG in hoher Zahl an. Man spricht von einer Höhe von mehr als einer Million und das möglichst noch in 2024.

Wegfall einer wichtigen Voraussetzung

Bisher gilt, dass AOP-Leistungen nach EBM und Hybrid-DRG als Voraussetzung verpflichtend im Katalog des ambulanten Operierens enthalten sein müssen. Das soll für die Hybrid-DRG jetzt wegfallen. Geregelt wird diese Abschaffung durch einen fachfremden Antrag der Regierungsfractionen zum Pflegestudienstärkungsgesetz (PflStudStG) in einem Omnibusverfahren. Damit entfällt

Das Pflegebudget bleibt unberührt.

eine Filterfunktion, die bisher eine Ausweitung unter den Vorbehalt der Zustimmung der Selbstverwaltung gestellt hatte. Aus Sicht des BMG nur konsequent.

Abgrenzung von ambulant, hybrid und stationär

Stellt man die Frage nach der medizinischen Vertretbarkeit einer weiteren Am-

bulantisierung, bekommt man je nach Standpunkt und Interessenslage sehr unterschiedliche Einschätzungen. Dies beginnt bereits bei der Definition, was man unter einer ambulanten Leistungserbringung versteht. Bisher war dies durch eine fehlende Übernachtung im Krankenhaus nach dem Eingriff gekennzeichnet. Die weitere Versorgung erfolgt dann im privathäuslichen Umfeld, wozu sicher eine pflegerische ambulante Nachversorgung gehört, die in Deutschland noch nicht adäquat existiert. Neben der etwas schwammigen Definition im Gesetz (§ 39 SGB V) galt bisher das viel zitierte Urteil des Bundessozialgerichts von 2004 als Richtschnur für eine stationäre Behandlung: „Als Aufnahme wird die organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses verstanden. Von einer vollstationären Krankenhausbehandlung ist jedenfalls dann auszugehen, wenn der Patient nach der Entscheidung des Krankenhausarztes mindestens einen Tag und eine Nacht im Krankenhaus versorgt werden soll.“ Die Hybrid-DRG stellt nun eine neue Versorgungsform da, bei der es sich nicht um eine vollstationäre Krankenhausbehandlung handelt, sondern um eine Sonderform der stationären Behandlung als ein Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Die Leistungszuweisung macht in der Regel ein niedergelassener Vertragsarzt – aber nicht ausschließlich.

Die Hybrid-DRG stellt eine Vergütungsform dar, die unabhängig davon angewendet wird, ob die Leistung ambulant oder stationär durchgeführt wird. Es stellt sich dabei die Frage nach der Abgrenzung zur vollstationären Leistung. Wie ist mit Fällen umzugehen, die aufgrund der Schwere des Eingriffs, der Begleiterkrankungen des Patienten oder von Komplikationen einen längeren sta-

tionären Aufenthalt benötigen. Auch dies ist bisher im Referentenentwurf nicht geklärt. Ob dabei Kontextfaktoren eine Rolle spielen sollen oder andere Kriterien wie die Verweildauer, ist noch nicht ausreichend konkretisiert. Gegebenenfalls müssten das die Vertragspartner regeln. Prüfungen des Medizinischen Dienstes sollten nach der Grundidee der Hybrid-DRG für Leistungen nach § 115 f keine Rolle mehr spielen. Die Probleme, die jetzt nach dem AOP-Vertrag bei Leistungen des AOP-Katalogs aufgetreten sind wie Rechnungszurückweisungen nach Dunkelverarbeitung und schwierigem Datenaustausch per MBEG-Verfahren, dürfen sich nicht wiederholen.

Die Dauer des Aufenthaltes und Form der damit möglichen Nachsorge haben erheblichen Einfluss auf die Entscheidung, was medizinisch ambulant oder hybrid möglich ist und was nicht. Unter anderem aus Kreisen der Kassennärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wird vorgeschlagen, die strikte Trennung zwischen ambulant und stationär bezüglich der Nachtgrenze aufzuheben und eine verlängerte Nachbeobachtung anzustreben. Natürlich ist hier das Motiv, deutlich mehr Leistungen „ambulant“ erbringen zu können; entsprechend wurden die Vorgaben des § 115 f Hybrid-DRG formuliert. Der VLK würde es aber auf Fälle mit einer 24-stündigen Notwendigkeit der Überwachung und Nachbeobachtung beschränken. Eingriffe mit der Notwendigkeit von mehr als zwei Übernachtungen sind nach unserer Einschätzung als stationär einzustufen. Die Leistungsauswahl für § 115 f bezieht sich in der Regel auf komplexere Eingriffe. Deshalb sollte die Leistungserbringung auch am Standort Krankenhaus mit einer entsprechenden Überwachungsmöglichkeit stattfinden, in der im Falle eines Notfalles auch ein unmittelbares ärztliches Eingreifen sichergestellt werden kann. Den Aufbau von Doppelstrukturen für ambulantes Operieren neben den Krankenhäusern mit speziellen Überwachungsmöglichkeiten halten wir im Sinne der Patientensicherheit vor allem im Falle des Eintritts einer Komplikation nicht für sinnvoll. Die notwendigen Strukturvoraussetzungen für die Eingriffe müssen am Standort Krankenhaus wie auch im

Wenn alle in der Anlage 3 aufgezählten DRG so kommen, kann man von über einer Million Fällen ausgehen.

ambulanten Setting gleich erfüllt sein. Unter diesen Gesichtspunkten ist eine Kooperation von Niedergelassenen am Standort des Krankenhauses in entsprechenden ambulanten OP-Zentren der bessere und sicherere Weg. Welchen Platz in Zukunft die in dem Arbeitsentwurf des Krankenhausstrukturreformgesetzes vorgesehenen sektorenübergreifenden Versorgungszentren einnehmen und wie sie die notwendigen Strukturvoraussetzungen erfüllen können, ist im Moment noch schwer absehbar.

Komplizierte Kalkulationen stehen noch aus

Das BMG ist fest entschlossen, die Hybrid-DRG ab 2024 in großer Zahl einzusetzen und den Leistungskatalog rasch zu erweitern. Wenn alle die in der Anlage 3 aufgezählten DRG so kommen, kann man von über einer Million Fällen ausgehen. Die Kalkulationsvorschläge des Starterpakets weisen eine Erlösminde rung gegenüber der bisherigen stationären DRG im Mittel von circa einem Drittel aus. Für die zum Teil hochkomplexen Fälle des Erweiterungsvorschlages liegen aber noch keine Kalkulationen vor. Da es bisher von diesen keinen nennenswerten ambulanten Anteil gibt, müsste die Hybrid-DRG näher am bisherigen stationären Erlös liegen. Die bisherige Verpflichtung, dass auch Hybrid-DRG im Katalog des ambulanten Operierens nach § 115 b enthalten sein müssen, wird per Omnibusgesetz kurzfristig abgeschafft. Aus Sicht des BMG nur konsequent. Eine Konkretisierung der Abgrenzung zu vollstationären Fällen steht noch aus. Es stellt sich auch die Frage, wie die Selbstverwaltung und die Fachgesellschaften zukünftig in die Auswahl neuer Leistungen einbezogen werden, damit Vorschläge nicht diametral deren Leitlinien widersprechen, denn die

Verantwortung für die ambulante Form der Leistungserbringung liegt unzweifelhaft beim durchführenden Arzt. Große Teile der Ärzteschaft und der Kliniken begrüßen aber allein angesichts eines absehbar nicht lösbaren Mangels an Pflegekräften die zunehmende Möglichkeit einer ambulanten Leistungserbringung mit Hybrid-DRG am Krankenhaus. Der Aufbau von Doppelstrukturen sollte unbedingt verhindert werden. Sie sollten auch zu einer deutlichen Entbürokratisierung führen, da es in diesem Setting für Prüfungen des MD keinen Anlass mehr geben sollte.

PD Dr. Michael A. Weber

Präsident

Verband leitender Krankenhausärztinnen und -ärzte

(VLK)

E-Mail: weber@vlk-online.de