

POLITIK 01.05.2023

Hybrid-DRG, Hintergründe und aktueller Stand



Bekanntlich sollte am 31.03.2023 von den drei Vertragspartnern Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) ein gemeinsam konsentierter Katalog inklusive Preisfindung von Eingriffen für die sogenannte sektorengleiche ambulante Versorgung an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übermittelt werden. Diese im Sprachjargon als „Ambulantisierung“ bezeichnete Einigung ist erwartungsgemäß gescheitert. Naturgemäß war die DKG extrem zurückhaltend, verlieren die Kliniken damit doch erhebliche Erlösanteile. Seitens der KBV wurde ein sehr umfangreicher Katalog vorgeschlagen, weil man sich damit vor allem eine Verlagerung in den vertragsärztlichen Bereich erhofft. Die Krankenkassen haben zunächst wegen der zu erwartenden Einsparungen das KBV-Konzept unterstützt, sind aber eine Woche vor der Abgabefrist auf die Linie der DKG umgeschwenkt. Das mag daran liegen, dass auch bei den Kassen eine strenge Trennung zwischen stationär und ambulant erfolgt. Dort wird befürchtet, dass eine Ausweitung ambulanter Tätigkeiten und der damit verbundenen Finanzierung eben nicht zu korrespondierenden Einsparungen im stationären Bereich führt.

Jetzt muss nach Gesetzeslage das BMG eine Ersatzvornahme ausarbeiten, sprich, fachlich dazu nur in Grenzen befähigte Ministerialbeamte sollen sowohl Prozeduren wie auch Preise für ambulante Leistungen nach § 115f SGB V benennen. Erschwerend kommt hinzu, dass es sich bei den gesetzlich vorgesehenen Fallpauschalen für die angedachten Eingriffe um eine völlig neue Systematik handelt, die weder den von Kliniken genutzten DRGs noch erst recht dem EBM im niedergelassenen Bereich entspricht. Es ist völlig unklar, welchen Zeitraum diese Fallpauschale umfasst noch welche in diesem Zeitraum erbrachten Leistungen. Aktuell diskutiert wird unter anderem eine Pauschale über vier Wochen, die dann zu (welchen?) Zahlungen an Dritte (Hausarzt, Radiologe, Pathologe etc.) führen müsste. Die Aufteilung zwischen Operateuren und Anästhesisten bietet sowieso genügend Streitpotential. Unabhängig davon bergen solche Zahlungen immer die Gefahr korruptiven Verhaltens, Stichwort Zuweiserprämie.

Auch die Preisfindung ist komplex. Im Gesetz steht durchaus sinnvoll, dass ein gewichteter Mittelwert zwischen stationärem DRG und bisheriger ambulanter Vergütung angesetzt werden soll. Das heißt: Eingriffe, die bisher überwiegend ambulant erbracht werden, ziehen den Preis nach unten in Richtung aktueller EBM-Vergütung und umgekehrt. Das Problem liegt allerdings darin, dass bei der EBM-Abrechnung immer nur ein einziger OPS-Code angegeben wird, im stationären Bereich aber in der Regel mehrere und der eigentliche Kerneingriff nicht zu identifizieren ist. Wenn nun alle OPS-Codes gegeneinander gelegt werden, führt das zu absurden Ergebnissen, die völlig implausibel und niemandem vermittelbar sind. So ergibt die Kalkulationsmatrix beispielsweise für die Arthrorese eines kleinen Zehengelenks einen höheren Preis als für drei Gelenke!

Wegen dieser erheblichen Schwierigkeiten setzt sich der BDC dafür ein, die an sich sinnvolle neue Systematik in der Anfangsphase nicht zu überfrachten und auf einige gut kalkulierbare Eingriffsarten zu begrenzen. Entsprechend werden wir auch Vorschläge an das BMG übermitteln.

Rüggeberg JA: Hybrid-DRG, Hintergründe und aktueller Stand. *Passion Chirurgie*. 2023 Mai; 13(05): Artikel 05_02.

Autor:in des Artikels



Jörg-Andreas Rüggeberg

Vizepräsident des BDC

Referat Presse- & Öffentlichkeitsarbeit

Praxisverbund Chirurgie/Orthopädie/Unfallchirurgie Dres. Rüggeberg, Grellmann, Henke

Zermatter Str. 21/23
28325 Bremen

