©Taras - stock.adobe.com

Hybrid-DRG: Gamechanger oder Sturm im Wasserglas?

Eine Folgenabschätzung anhand der Daten des CLINOTEL-Krankenhausverbunds

Von Dr. med. Frank Thölen, Dirk Helmus und Marius Linnartz

Der CLINOTEL-Krankenhausverbund hat zur Abschätzung der Folgen der Hybrid-DRG auf seine 60 Mitgliedshäuser eine Sonderauswertung vorgenommen. Das Ergebnis: Nur etwa 2,5 Prozent der Fälle in den ersten acht Monaten des Jahres 2023 wären einer Hybrid-DRG im Startkatalog ab dem 01.01.2024 zuzuordnen. Vom gesamten DRG-Erlösvolumen des Verbundes machten die relevanten Leistungsfälle lediglich rund 0,8 Prozent aus. Die betriebswirtschaftlichen Risiken der Hybrid-DRG sind für die Krankenhäuser überschaubar, schätzt CLINOTEL.

Keywords: *Abrechnung, Erlöse, DRG*

Der Auftrag zur Einführung einer sektorengleichen Vergütung für Behandlungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können, ist seit 2022 Teil des fünften Sozialgesetzbuches. Nachdem die Vertragspartner der Selbstverwaltung hier keine Einigung erzielen konnten, liegt seit 21.09.2023 der Referentenentwurf der Hybrid-DRG-Verordnung nach § 115b Absatz 4 SGB V des Bundesministeriums für Gesundheit vor. Dieser listet für fünf über OPS-Prozedurenkodes definierte „Leistungsbereiche“ zwölf Hybrid-DRG und die Höhe der jeweiligen Vergütung auf:

- Bestimmte Hernieneingriffe
- Entfernung von Harnleitersteinen
- Ovarektomien
- Arthrodesen der Zehengelenke
- Exzision eines Sinus Pilonidalis

Entsprechend der Intention des Gesetzgebers, Anreize für eine verstärkt ambulante Leistungserbringung zu setzen, liegt die Höhe der Vergütung deutlich unter derjenigen für bisher rein stationäre DRG.

Ausgangslage und Methodik

Die CLINOTEL-Geschäftsstelle hat anhand der aktuellen Falldaten des Jahres 2023 eine Folgenabschätzung für die derzeit 60 Mitgliedshäuser des Verbundes vorgenommen. Hierzu wurden die Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz der Monate Januar bis August 2023 herangezogen und auf DRG-Ebene ausgewertet. Dabei wurden zwei Szenarien formuliert:

- Das Worst-Case-Szenario beruht auf der Annahme, dass die in Anlage 2 der Verordnung aufgeführten Hybrid-DRG textidentische stationäre Split-DRG ersetzen, sofern die in Anlage 1 der Verordnung aufgeführten OPS-Prozedurenkodes vorliegen und die Fälle in die entsprechende Split-DRG laufen (▶Abb. 1).
- Im Best-Case-Szenario wurden zusätzlich Kontextfaktoren der Vereinbarung nach § 115b SGB V, erhöhte Fallschwere (PCCL > 2), Beatmungen und stationäre Verweildauer > 1 Tag, einbezogen.

Um die Folgen auf die DRG-Erlöse realistisch abzuschätzen, wurden die aktuellen Ist-Erlöse der Mitgliedshäuser in den entsprechenden Split-DRG den Erlösen der Hybrid-DRG gegenübergestellt. Abschläge für stationäre Ein-Tages-Fälle wurden somit berücksichtigt.

Ergebnis – geringe Auswirkung auf das DRG-Erlösvolumen

In die Analyse gingen 595.144 Datensätze nach § 21 Krankenhausentgelt-

gesetz ein. 24.756 Fälle (4,2 Prozent) wiesen einen OPS-Kode aus der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung auf. Etwa 2,5 Prozent dieser Fälle (n = 14.873) wären im Worst-Case-Szenario einer Hybrid-DRG zuzuordnen. Bei Einbeziehung weiterer Faktoren würde sich diese Fallzahl auf 7.224 Fälle, entsprechend 1,2 Prozent der derzeitigen stationären Fälle reduzieren (▶Abb. 2). Eingriffe an den Hernien machten mit 41,8 Prozent den größten Anteil der Fälle aus, gefolgt von Hybrid-DRG aus dem Leistungsbereich „Entfernung von Harnleitersteinen“ (22,9 Prozent) und Ovarektomien (20 Prozent) (▶Tab.).

Das Erlösvolumen der bisher rein stationär erbrachten Fälle lag in den fünf betrachteten Leistungsbereichen bei rund 0,8 Prozent des gesamten DRG-Erlösvolumens des Verbunds in den ersten acht Monaten des Jahres 2023. Würden diese DRG ab dem 01.01.2024 weiter ausschließlich stationär erbracht, ergäbe sich gegenüber der bisherigen Vergütung im Worst Case ein Rückgang der Erlöse um knapp 39 Prozent (▶Tab.). Die Spannweite der Krankenhausergebnisse reichte von 19,3 bis 61,9 Prozent. Im Best-Case-Szenario läge der Rückgang der Erlöse in Bezug auf die relevanten Leistungsfälle bei 28 Prozent.

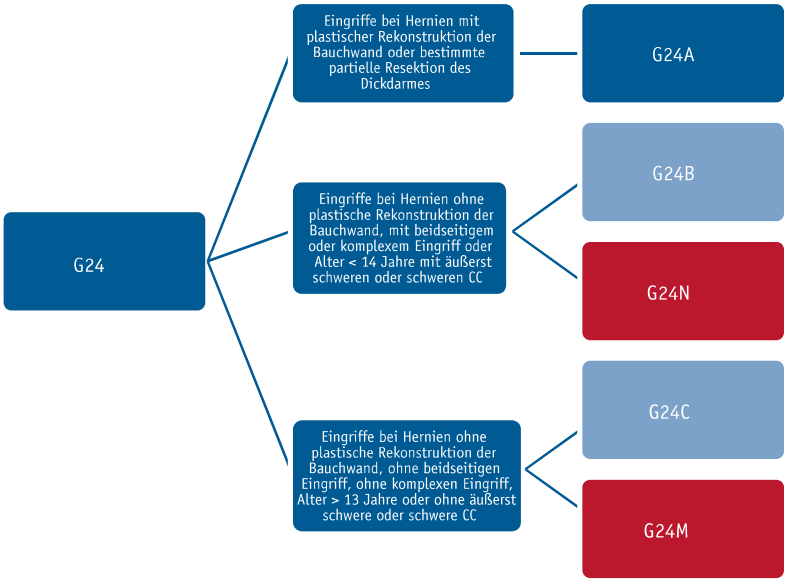

Abb. 1: CLINOTEL-Auswertung: Hybrid-DRG am Beispiel Basis-DRG G24

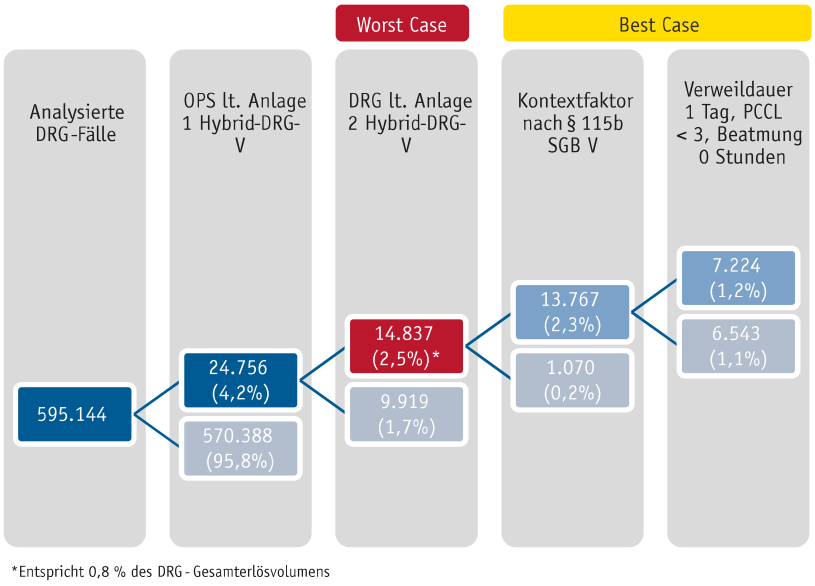

Abb. 2: CLINOTEL-Auswertung: Verschiedene Szenarien für Auswirkung der Hybrid-DRG

Diskussion – behutsamer Einstieg in sektorengleiche Vergütung

Nach dem Gutachten des IGES Instituts nach § 115b Absatz 1a SGB V und dem Vertrag der Selbstverwaltungspartner zum ambulanten Operieren nach § 115b Absatz 1 SGB V liegt mit der Hybrid-DRG-Verordnung ein weiterer Mosaikstein auf dem Weg zu einer vom Gesetzgeber beabsichtigten Verlagerung bisher stationärer Leistungen in den ambulanten Sektor vor.

Der Referentenentwurf bildet dabei einen ersten, sehr behutsamen Einstieg in die sektorengleiche Vergütung ab. Knapp 93 Prozent der identifizierten Fälle (n = 13.767) unterliegen bereits heute der Vereinbarung nach § 115b SGB V und können daher theoretisch von den Kostenträgern wegen vermuteter primärer Fehlbelegung strittig gestellt werden – mit entsprechendem Aufwand durch Prüfungen des Medizinischen Dienstes und finanziellen Risiken durch Rechnungskürzung für die Krankenhäuser. Die Einführung einer sektorengleichen Vergütung bietet hier eine echte Chance zum Bürokratieabbau, da der monetäre Anreiz zur Prüfung auf primäre und sekundäre Fehlbelegung bei Hybrid-DRG entfällt.

Herausforderungen für das Krankenhausmanagement

Das Krankenhausmanagement steht dagegen vor der Herausforderung, das eigene medizinische Leistungsportfolio noch passgenauer auf den regionalen Versorgungsbedarf auszurichten als bisher. In der Praxis bedeutet dies, zunächst eine strategische Entscheidung zu treffen, ob mit Hybrid-DRG vergütete Leistungen künftig weiter erbracht werden sollen beziehungsweise aufgrund der regionalen Rahmenbedingungen im vertragsärztlichen Sektor erbracht werden müssen, um eine wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. In diesem Fall gilt es, interne Prozesse so zu optimieren, dass eine ambulante Leistungserbringung prinzipiell ermöglicht wird und diese wirtschaftlich erfolgen kann. Folglich sind zudem prospektiv Patientinnen und Patienten zuverlässig zu identifizieren, die aufgrund medizinischer oder sozialer Umstände am OP-Tag nicht in die häusliche Umgebung entlassen werden können. Für diese Patientengruppe müssen angemessene Lösungen entwickelt werden.

Eine regelmäßige, ganzheitliche und sektorenübergreifende Analyse des Versorgungsgeschehens, wie sie durch CLINOTEL für die Mitgliedshäuser erfolgt, kann Krankenhäuser angesichts des Megatrends Ambulantisierung maßgeblich bei der strategischen und operativen Entscheidungsfindung unterstützen. ▶

Hybrid-DRG mit Bezeichnung	Fallzahl	Fallerlös	Erlös-Hybrid-DRG	Abweichung in %
G09N - Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	883	€ 2.773.454,68	1.785.267,06	-35,63 %
G24M - Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	4.789	€ 11.910.960,74	7.918.180,49	-33,52 %
G24N - Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	535	€ 1.556.663,68	1.051.301,75	-32,46 %
I20M - Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre	667	€ 1.600.624,57	606.469,75	-62,11 %
I20N - Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritis oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre	304	€ 914.664,63	326.176,80	-64,34 %
J09N - Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre	504	€ 822.194,81	523.237,68	-36,36 %
L17N - Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para-/Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, ohne bestimmte Eingriffe an der Urethra, Alter > 15 Jahre	778	€ 1.441.547,05	925.112,02	-35,83 %
L20M - Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter > 15 Jahre oder Alter < 90 Jahre	1.569	€ 3.226.238,48	2.215.506,45	-31,33 %
L20N - Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre oder Alter > 89 Jahre	1.835	€ 5.193.563,81	3.287.549,30	-36,70 %
N05N - Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder anderer Eingriff an der Harnblase oder Adhäsiolyse, Alter > 15 Jahre	1.187	€ 3.367.569,54	1.845.286,46	-45,20 %
N07N - Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit bestimmtem Eingriff	705	€ 2.241.845,34	1.119.349,65	-50,07 %
N25N - Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder andere kleine Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, Alter > 13 Jahre	1.081	€ 2.774.126,43	1.576.314,20	-43,18 %
Gesamt	**14.837**	**€ 37.823.453,76**	**23.179.751,61**	**-38,72 %**

Tab.: CLINOTEL-Auswertung: Erlöse über Hybrid-DRG versus aktuelle Erlöse in Euro (Jan-Aug 2023)

- Monatliche Auswertungen geben Hinweise zum ambulanten Potenzial gemäß AOP-Vereinbarung nach § 115b SGB V und den Empfehlungen des IGES-Gutachtens.
- Die im vorliegenden Artikel vorgestellte Folgenabschätzung der Hybrid-DRG-Verordnung für den Verbund erfolgen individuell nach Standort, Fachabteilung und DRG-differenziert.
- Sogenannte „MVZ-Kennzahlen“ geben einen vergleichenden Überblick über die Breite des vertragsärztlichen Versorgungsangebots im Verbund und dessen betriebswirtschaftliche Effizienz.

Der Verbund nutzt die genannten Analysen für intensive Diskussionen in Expertengruppen auf Geschäftsführungs- und Fachabteilungsleiterebene sowie für den Austausch zu erfolgreichen Umsetzungskonzepten. Die Mitgliedshäuser erhalten auf diese Weise Impulse für das zur Bewältigung der Ambulantisierung erforderliche interne Changemanagement.

„Der Verbund nutzt die genannten Analysen für intensive Diskussionen in Expertengruppen auf Geschäftsführungs- und Fachabteilungsleiterebene sowie für den Austausch zu erfolgreichen Umsetzungskonzepten. Die Mitgliedshäuser erhalten auf diese Weise Impulse für das zur Bewältigung der Ambulantisierung erforderliche interne Changemanagement.“

Fazit – Folgen bleiben überschaubar

Die mit der Hybrid-DRG-Verordnung verbundenen betriebswirtschaftlichen Risiken für die Mitgliedshäuser des CLINOTEL-Krankenhausverbunds sind mit durchschnittlich gut 0,8 Prozent des aktuellen DRG-Erlösvolumens überschaubar. Zum Vergleich: Die Revision des AOP-Katalogs nach § 115b durch die Selbstverwaltungspartner zum 01.01.2023 hat dazu geführt, dass circa 16 Prozent des aktuellen stationären Erlösvolumens der Mitgliedshäuser des CLINOTEL-Krankenhausverbunds von den Kostenträgern wegen vermuteter primärer Fehlbelegung strittig gestellt werden könnten.

Die Frage, inwieweit die Höhe der Vergütung der Hybrid-DRG angemessen ist, wird Gegenstand künftiger Analysen des InEK sein. Zu begrüßen ist jedoch insbesondere ein methodischer Aspekt der Verordnung, die nach unserem Verständnis versucht, ein politi-

sches Ziel durch Incentivierung und weniger durch detaillierte Vorgaben und Sanktionsdrohungen zu erreichen. Der Normgeber setzt also einen regulatorischen Rahmen, der durch aktives Management gefüllt werden kann.

Nach den Erfahrungen, die Krankenhäuser in den vergangenen Jahren mit regulatorischen Eingriffen gemacht haben, wäre es wünschenswert, dass das Anreiz-Prinzip deutlich öfter und konsequenter angewandt wird. Dies würde nach unserer Einschätzung auch einen wesentlichen Beitrag zum Bürokratie-Abbau und zur Senkung der Transaktionskosten leisten, die aktuell der Patientenversorgung viel zu viele Mittel entziehen. Der in der Verordnung für 2024 angekündigten Einführung weiterer Hybrid-DRG in bis zu acht medizinischen Fachdisziplinen sehen wir daher im Verbund mit Spannung entgegen. ■

Dr. med. Frank Thölen M. A.
Stellvertretender Geschäftsführer
CLINOTEL Krankenhausverbund
gemeinnützige GmbH
Von-der-Wettern-Str. 27
51149 Köln
thoelen@clinotel.de

Diplom-Kaufmann (FH) Dirk Helmus
Projektleiter Klinikmanagement
CLINOTEL Krankenhausverbund
gemeinnützige GmbH

Marius Linnartz M. Sc.
Projektleiter Data Analytics
CLINOTEL Krankenhausverbund
gemeinnützige GmbH

DER KU PODCAST

AKTUELL, INFORMATIV UND PRAXISRELEVANT

Ausgewählte Expertinnen und Experten aus dem Krankenhausmanagement geben im Gespräch mit unserer Fachredaktion Einblicke in eines unserer Schwerpunktthemen der aktuellsten KU Gesundheitsmanagement-Ausgabe.

Abrechnung im Krankenhaus, Marketing, Führung oder Personalmanagement – Der KU Podcast beleuchtet alle relevanten Fachbereiche aus dem Krankenhausmanagement.

Kurz, knackig und leicht verständlich!

Jetzt reinhören und keine Folge mehr verpassen!

Seien Sie Teil der nächsten Folge und reichen Sie jetzt Ihre Fragen und Meinungen zu der nächsten Podcastfolge unter **kupodcast@mgo-fachverlage.de** ein.

KU Podcast
hören. entscheiden. managen.

ku-gesundheitsmanagement.de