

In Kraft getretener Hybrid-DRG-Torso mit Effekt auch für die Augenheilkunde

Ursula Hahn

Kurz vor Weihnachten veröffentlichte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die „Verordnung zu Hybrid-Diagnosis Related Groups (Hybrid-DRG)“, die wenige Tage später, nämlich zum 1.1.2024, auch direkt in Kraft getreten ist. [1] Im Vergleich zum Verordnungsentwurf vom September (darin perspektivisch auch augenmedizinische Leistungen als Ausbaureserve) ist diese Fassung nur noch ein Torso: Sie besteht aus zwei (!) Paragrafen, eine Reihe Detailregeln sind entfallen und vor allem tritt sie nach einem Jahr – zum 31.12.2024 – schon wieder außer Kraft. Offizielle Begründung dafür: In § 115f SGBV sei ein Fehler (es fehle die Dynamisierung der Vergütung), der erst noch via Gesetzgebung korrigiert werden müsse.

Dass das Ministerium infolge dieser rechtlichen Hürde die Verordnung nicht ganz verschoben hat, kann man als Indiz werten. Das Ministerium will unbedingt und bleibt am Ball. Der genauere Blick – auch auf die Regelungsinhalte, die es nicht in die in Kraft getretene Fassung geschafft haben – lohnt sich daher. Und zwar für Krankenhäuser, Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) – alle drei Gruppen können laut § 115f Hybrid-DRG erbringen und abrechnen. Der folgende Überblick zu den Regelungen und Effekten der Hybrid-DRG führt die Kenntnisse dazu nach bestem Wissen zusammen. Allerdings gibt es noch Unschärfen, so dass sich Einschätzungen auch noch ändern können.

Hybrid-DRG als Instrument der Ambulantisierung

§ 115f Sozialgesetzbuch (SGBV) sieht eine „spezielle sektorengleiche Vergütung“ (oder auch Hybrid-DRG) vor unabhängig davon, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht wird. Die auf Mischkalkulation basierende Vergütungshöhe liegt zwischen den Niveaus bei stationärer und ambulanter Erbringung – aus Krankenhaussicht ist eine rein stationäre Versorgung+ nicht kostendeckend. Je größer die Zahl ambu-

lanter Eingriffe, umso besser ist der Deckungsbeitrag – und darin liegt auch die Steuerungswirkung der Hybrid-DRG.

Ab 1.1.2024 fallen insgesamt 244 Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) aus den Bereichen Hernieneingriffe, Entfernung von Harnleitersteinen, Ovariectomien, Arthrodesen der Zehengelenke und Exzision eines Sinus pilonidalis, auf insgesamt zwölf Starter Hybrid-DRG (► Abbildung 1). Die von Hybrid-DRG betroffenen Fächer bewerten OPS und Hybrid-DRG ganz unterschiedlich: Soweit OPS in der Vergangenheit vor allem wegen unzureichender Sachkostenregelungen stationär erbracht wurden, können sie damit umgehen. Bei anderen OPS wird das Ambulantisierungspotenzial aus medizinischen Gründen als eher gering eingeschätzt, entsprechend deutlich ist die Kritik.

Gretchenfrage: Reicht das Geld?

Die Euro-Vergütungen der Hybrid-DRG liegen zwischen rd. 30 und 60 Prozent unter den jeweiligen Hauptabteilungs-DRG. In zahlreichen Stellungnahmen haben von den Hybrid-DRG betroffene Fächer vorgerechnet, dass das nicht reicht. Das gilt natürlich besonders bei OPS mit hohem stationärem

Versorgungsbedarf, aber auch bei ambulanter Versorgung geraten sie bei aufwendigeren OPS und solchen mit hohen Sachkosten ins Minus. Die Hauptabteilungssicht ist nochmal deutlich dramatischer. Auch die Hybrid-DRG rückt damit – zumindest partiell – in die Nähe von Systemversagen: In der Augenheilkunde kennen wir das zur Genüge aus der Welt der ambulant durchführbarer Operationen (AOP), z. B. bei strabologischen Operationen. Seit dem 1.1.2023 erzwingt das Regelwerk eine ambulante Durchführung, ohne die dafür erforderlichen flankierenden Rahmenbedingungen und finanzielle Ausstattung bereitzustellen. „Die prekäre ‚Ambulantisierungsstrategie‘ trifft besonders die Patienten und Patientinnen, die, wenn überhaupt, nur noch mit Mühe einen Arzt oder eine Ärztin finden. Für die Versorgung ist das eine Katastrophe. Und im Zweifelsfall landet der schwarze Peter bei den Ärzten und Ärztinnen.“ [2]. Ein weiteres finanziell unzureichendes Zwangskorsett kann die Versorgung wirklich nicht gebrauchen.

Zwei die Schärfe der Hybrid-DRG abmildernde Regelungen haben es nicht aus dem Verordnungsentwurf in die gültige Fassung geschafft. So fehlt die alternative Ab-

rechnungsmöglichkeit Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) statt Hybrid-DRG, außerdem der explizite Hinweis, dass zusätzlich zur Hybrid-DRG Bewertungsrelationen der Pflegeerlös sowie Zusatzentgelte zu einigen Therapien respektive Indikationen gesondert berechnet werden können. Der Spitzenverband der Krankenkassen hatte insbesondere gegen die EBM-Auswechlösung vehement protestiert und damit wohl auch Erfolg.

„Waschzettel“: Wann Hybrid-DRG, AOP und Co.?

Die Zuordnung zu einer Leistung zu einem Abrechnungsregelwerk wird mit Hybrid-DRG komplizierter, denn damit kommt eine weitere Abrechnungsform an den Start. Zugleich ist die Hybrid-DRG der Startpunkt der Prüfung, was wie abgerechnet wird. Im Folgenden die schematische Übersicht, die im konkreten Fall noch mal deutlich komplizierter sein kann.

1. Ob eine Leistung nach Hybrid-DRG abzurechnen ist, entscheidet sich nicht nur nach OPS, relevant ist das Ergebnis nach DRG-Browser. Laut gültiger Fassung der Verordnung greifen neben der in Anlage 1 aufgeführten OPS andere Zuordnungskriterien aus dem Definitionshandbuch „aG-DRG German Diagnosis Related Groups Version 2024“ des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus vom 28. November 2023“ [3]. Das sind u. a. Diagnosen nach ICD, Liegedauer (bei einer Liegedauer >1 Tag fällt der Fall z.B. aus der Hybrid-DRG raus) und der Komplexitätsgrad des Patienten nach Patient Clinical Complexity Level (PCCL). Eine besondere Problematik aus dem Blickwinkel von Belegärzten/Vertragsärzten: Es gibt keinen für ihre Bedürfnisse

Starterkatalog: 244 OPS-Schlüssel (Anlage 1) aus 5 Bereichen, die in 12 DRG (Anlage 2) einfließen

Bereiche

1. Hernien- und Leistenhernienoperationen

2. Entfernung von Harnleitersteinen

3. Ovariektomien

4. Arthrodesen der Zehengelenke

5. Exzision eines Sinus pilonidalis

BEREICHE

- bestimmte Hernieneingriffe
- Entfernung von Harnleitersteinen
- Ovariektomien
- Arthrodesen der Zehengelenke
- Exzision eines Sinus pilonidalis

Fachkataloge (Anlage 1)

OPS	OPS-Bezeichnung	DRG
0101	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0101
0102	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0102
0103	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0103
0104	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0104
0105	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0105
0106	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0106
0107	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0107
0108	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0108
0109	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0109
0110	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0110
0111	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0111
0112	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0112
0113	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0113
0114	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0114
0115	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0115
0116	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0116
0117	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0117
0118	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0118
0119	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0119
0120	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0120
0121	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0121
0122	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0122
0123	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0123
0124	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0124
0125	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0125
0126	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0126
0127	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0127
0128	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0128
0129	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0129
0130	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0130
0131	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0131
0132	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0132
0133	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0133
0134	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0134
0135	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0135
0136	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0136
0137	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0137
0138	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0138
0139	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0139
0140	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0140
0141	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0141
0142	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0142
0143	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0143
0144	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0144
0145	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0145
0146	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0146
0147	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0147
0148	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0148
0149	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0149
0150	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0150
0151	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0151
0152	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0152
0153	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0153
0154	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0154
0155	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0155
0156	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0156
0157	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0157
0158	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0158
0159	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0159
0160	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0160
0161	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0161
0162	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0162
0163	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0163
0164	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0164
0165	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0165
0166	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0166
0167	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0167
0168	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0168
0169	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0169
0170	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0170
0171	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0171
0172	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0172
0173	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0173
0174	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0174
0175	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0175
0176	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0176
0177	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0177
0178	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0178
0179	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0179
0180	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0180
0181	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0181
0182	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0182
0183	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0183
0184	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0184
0185	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0185
0186	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0186
0187	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0187
0188	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0188
0189	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0189
0190	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0190
0191	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0191
0192	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0192
0193	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0193
0194	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0194
0195	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0195
0196	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0196
0197	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0197
0198	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0198
0199	Einseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0199
0200	Zweiseitige Hernie, Hernie des Leistenbereichs	0200

Quelle: Bundesgesetzblatt 21.12.2023, <https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2023/380/VO.html>

Abb. 1: Starterkatalog mit 244 OPS-Schlüsseln aus fünf Bereichen, die in zwölf DRG einfließen

adaptierten DRG-Browser und sie haben keine Erfahrung damit. Ist die Leistung „hybrid“, kann ambulant oder stationär versorgt werden. Die Vergütung ist die Hybrid-DRG, die entweder vom Krankenhaus oder von Vertragsärzten/Belegärzten/MVZ für alle an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer abgerechnet wird.

2. Fällt die Leistung nicht unter Hybrid-DRG, ist zu klären, ob die OPS zum AOP-Katalog gehört [4]. Wenn ja, kann bei Vorliegen eines Kontextfaktors stationär operiert werden – in dem Fall rechnet das Krankenhaus die jeweils für die Abteilungsform relevante DRG ab, der Belegarzt stellt seine Leistung nach EBM Kapitel 36 in Rechnung. Die ambulante Versorgung nach AOP-Vertrag wird nach Kapitel 31 des EBM abgerechnet.
3. Fällt der Fall weder unter Hybrid-DRG noch unter AOP-Katalog, dann teilt sich der Entscheidungsbaum nach Vertragsärzten und Krankenhäusern auf. Vertragsärzte können die OPS (ambulant oder stationär) nur erbringen, wenn sie im EBM gelistet ist; Kontextfaktoren sind bei einer eventuellen stationären Durchführung

nicht nötig. Krankenhäuser können alle Leistungen, die nicht dem Verbotsvorbehalt für Krankenhäuser unterworfen sind, stationär durchführen.

Man darf gespannt sein, wie sich das Verfahren einspielt. Das gilt nicht nur mit Blick auf Leistungserbringer, ein weiterer Player ist der Medizinische Dienst: Die Prognose ist sicher realistisch, dass er sich besonders dann „interessiert“ zeigt, wenn eine OPS aus dem Hybrid-DRG-Katalog wegen anderer Zuordnungskriterien – und hier insbesondere der Liegezeit – dann doch „regulär“ stationär erbracht und abgerechnet wird.

Steuerungswirkung von Komplexpauschalen kritisch

Hybrid-DRG sind in mehrerlei Hinsicht als Komplexpauschalen angelegt, die DRG-Logik stand deutlich erkennbar Pate. Der EBM enthält zwar auch Pauschalierungselemente, der (durchschnittliche) zeitliche Aufwand und Schwierigkeitsgrad einer Operation und Prozedur korreliert jedoch grundsätzlich mit der Vergütungshöhe. In einer Hybrid-DRG sind OPS mit ganz unterschiedlichen zeitlichen Aufwänden und Schwierigkeitsgraden zusammengefasst. Pauschalierung hat deutliche Schattenseiten, wie die im OcuNet Verbund organisierten schwerpunkt-

DRG	Leistungslegenderung 2024*	Relativgewicht (ohne Pflege) 2024*		Häufigkeit in 2022 (HA und BA)**
		HA	BA	
C03B	Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Entfernung Augapfel ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Faktoren, mit bestimmtem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung, Alter >15 Jahre	0,790	0,439	35.694
C08B	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) ohne komplexe Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Auge, Alter >9 Jahre	0,414	0,247	64.919
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter >15 Jahre, ohne bestimmte Transplantation am Auge, außer bei bösartiger Neubildung am Auge	0,509	0,394	17.041
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankung des Augenlides	0,209	0,138	31.365
Summe				149.019

HA: Hauptabteilung, BA: Belegabteilung
* https://www.g-drg.de/content/download/13316/file/Fallpauschalenkatalog%202024_2023-11-20.pdf
** <https://datenbrowser.inek.org/>

Ophthalmologische Ausbaureserve für Hybrid-DRG laut Verordnungsentwurf vom 21.9.2023. Die für 2024 geltende Verordnung (Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt am 21.12.2023) sieht keine Ausbaureserve vor

versorgenden Zentren nur zu gut wissen. Dass in den Zentren der Anteil der Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf überdurchschnittlich hoch ist, geht zu Lasten der Wirtschaftlichkeit. Dass Rosinenpickerei möglich ist, ist die andere Seite der Pauschalierungsmedaille. Beides ist nicht sachgerecht und steht nicht im Einklang mit Anreizen für eine gute Versorgung.

Eine zweite Dimension der Komplexpauschale: Sie zwingt alle an der Versorgung Beteiligten unter ein Abrechnungsdach. „Mit der Hybrid-DRG sind alle im Zusammenhang mit der Behandlung ... entstandenen Aufwände abgegolten. Die Hybrid-DRG erfolgt unabhängig von der Anzahl der beteiligten Leistungserbringer nur einmalig.“ Hauptabteilungen sind das gewohnt, die EBM-Welt kennt das nicht: Die Leistungser-

bringung wird von jeweils wirtschaftlich selbstständigen Einheiten verantwortet. Hier rechnen Operateur und Anästhesist und bei einer belegärztlichen Durchführung auch das Krankenhaus jeweils getrennt ab. Die Aushandlungsprozesse werden erwartbar nicht leicht werden – aber auch Krankenhausabteilungen müssen sich dort einbringen, wenn sie mit Vertragsärzten kooperieren wollen.

Perspektive: Hybrid-DRG in der Augenheilkunde

Der gecancelte Verordnungsentwurf nannte 55 DRG als Ausbaureserve für Hybrid-DRG. Die in Kraft getretene Verordnung nennt sie nicht mehr, was in Anbetracht der kurzen Gültigkeitsdauer auch nur konsequent ist. Ganz vom Tisch sind sie damit aber (vermutlich) nicht, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat

sich in einem Schreiben an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und den GKV-Spitzenverband bereits darauf bezogen.

Zur Reserve gehör(t)en auch vier ophthalmologische DRG, die 2022 zusammen rund 40 Prozent der stationären Fälle der Augenheilkunde ausmachten (►Abbildung 2). Die Einbeziehung in die Hybrid-DRG bedeutet zwar nicht automatisch, dass es keine „klassisch“ stationäre Versorgung mehr dazu gibt (s. o.), trotzdem ist das Potenzial erheblich.

Vertragsärztliche Zentren sehen insbesondere in der Einbindung der C03B Potenzial – immer vorausgesetzt, die Vergütung ist adäquat. Zentren haben in der Vergangenheit die Leistungen ambulant und stationär erbracht – aber nur im Wege von Modellvorhaben. Die Expertise ist da, die Modellvorhaben aber sind weitgehend ausgelaufen. Auch hier Systemversagen mit Ansage: Die Vergütung nach EBM ist sowohl für ambulante wie stationäre Erbringung nicht kostendeckend, außerdem fehlen im EBM wichtige OPS.

Die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG) hat Kritikpunkte an der ophthalmologischen Ausbaureserve formuliert [5]. Sie führt den für alle Fächer geltenden Aspekt an, dass es bei Hybrid-DRG adäquate Strukturen für Nachsorge geben müsse. Tatsächlich haben wir in der Augenheilkunde vergleichsweise gute Strukturen für postoperative Versorgung – entscheidend ist vielmehr, wie der zusätzliche Versorgungsbedarf in ambulanten Strukturen finanziert wird. Völlig zu Recht weist die DOG darauf hin, dass eine stationäre Durchführung aus medizinischem oder sozialem Grund im Einzelfall indiziert sein

kann. Das Konzept der Hybrid-DRG verhindert jedoch keine stationäre Durchführung, sie ist nur nicht mehr in der Einzelfallbetrachtung kostendeckend. In der Pressemitteilung nimmt die C64Z und hier das 24-Stunden-Monitoring des Augeninnendrucks eine besondere Rolle ein. „Dieses Monitoring beinhaltet allerdings auch nächtliche Messungen, es ist also so gut wie ausgeschlossen, dieses Monitoring ambulant zu erbringen“.

Hybrid-DRG stellt Vertragsärzte und MVZ vor Herausforderungen

Diese Hybrid-DRG-Verordnung wurde mit Krankenhäusern im Blick verfasst. Das überrascht nicht, denn vor allem Krankenhäuser sollen sich in Richtung Ambulantisierung bewegen. Die erfolgreiche Ambulantisierung der Kataraktoperation hat jedoch gelehrt, wie wichtig die Einbindung von Vertragsärzten ist. Diese Lektion hat auch der Gesetzgeber verstanden, Hybrid-DRG stehen auch Vertragsärzten und MVZ offen. Aber: Die Regelungen im Detail bringen Vertragsärzte und MVZ ins Hintertreffen. Es fehlt ihnen die Erfahrung mit DRG – eine ganz eigene und komplexe Welt, sie müssen sich erst an DRG-Browser herantasten, sie haben keinen Masterplan, wie das Geld unter den verschiedenen Beteiligten verteilt wird. Sie beherrschen nicht die geforderte Abrechnung. Es gibt auch ganz praktische Gründe: Es gibt bislang keine auf die Bedürfnisse von Vertragsärzten angepassten Browser. Die existierenden Browser verlangen alle die Angabe des Abteilungstyps wie Haupt- oder Belegabteilung – die Information können die Praxis und das MVZ nicht bieten.

Wichtig ist, dass sich Vertragsärzte und MVZ nicht den Schneid ab-

kaufen lassen. Wir hören, dass Krankenhäuser „ihren“ Vertragsärzten attraktive Entlohnungen anbieten, wenn diese alle sowohl die ambulanten als auch die stationären Hybrid-DRG in der Krankenhausinfrastruktur erbringen und das Krankenhaus als Spitze des Hybrid-DRG-Teams akzeptieren. Vermutlich wird das den Häusern, die keinen Wettbewerber (anderes Krankenhaus oder ambulantes Operationszentrum) in der Region haben, auch gelingen. In den Fächern des Starterkatalogs fehlt es vielerorts an ambulanten Operationskapazitäten, so dass hier – zumindest auf Zeit – Krankenhäuser im Vorteil sind. Die Gemengelage in der Augenheilkunde wird sich anders darstellen, hier gibt es bereits eine gewachsene Struktur an Operationszentren außerhalb von Kliniken. Aber: Die Pflöcke, die jetzt eingerammt werden, haben potenziell natürlich auch Auswirkungen auf die Augenheilkunde – wenn ophthalmologische Indikationen in den Hybrid-DRG-Katalog aufgenommen werden.

Kommt die Hybrid-DRG denn überhaupt zum 1.1.2024?

Tatsächlich ist viel in der Schwebe, was es für den „Vollzug“ von Hybrid-DRG braucht. So fehlen die Regularien für die Abrechnung – dafür ist dann wieder die Selbstverwaltung zuständig. In Rundschreiben von Landeskrankenhausesgesellschaften wird davon ausgegangen, dass die Abrechnung erst ab dem 1.4.2024 erfolgen kann, dann aber rückwirkend zum 1.1.2024. Was aus Sicht der Krankenhäuser noch fehlt, sind Klarstellungen, ob sie das Pflegebudget und die zusätzlichen Zusatzentgelte bei Hybrid-DRG abrechnen dürfen.

Speziell für die vertragsärztliche/belegärztliche Versorgung fehlen

Instrumente – konkret der auf vertragsärztliche Belange angepasste Hybrid-DRG-Browser und ein Abrechnungsweg –, um Hybrid-DRG abzurechnen. Der Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser hat hierzu Unterstützung bei der KBV angefordert.

Wie schnell es geht, wird auch davon abhängen, wie ernst es das Bundesministerium und die Krankenkassen meinen. Wie bei allen neuen Abrechnungsinstrumenten gibt es Pro- und Contra-Vertreter, die ihre Kräfte gegeneinander messen werden. Auf jeden Fall macht es viel Sinn, dranzubleiben.

Referenzen:

1. www.recht.bund.de/bgbl/1/2023/380/V0
2. www.ocunet.de/pdfs/23_Hahn_StraBoOP%20Systemversion%20mit%20Ansage_ON.pdf
3. www.g-drg.de/ag-drg-system-2024/definitionsbandbuch
4. Hahn, U. Neue AOP-Regeln fallen aus ophthalmologischer Sicht durch. CONCEPT Ophthalmologie 2–2023; 40–43. Auch unter www.ocunet.de/pdfs/Neue%20AOP-Regeln%20Hahn%20cpt%2002–2023.pdf
5. www.dog.org/pressemeldungen/autogenaezte-sehen-nachbesserungsbedarf-bei-bmg-entwurf-zu-hybrid-drg

Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. rer. medic. Ursula Hahn
Geschäftsführerin OcuNet Verbund
Friedrichstr. 47
40217 Düsseldorf
zentrale@ocunet.de

Priv.-Doz.
Dr. rer. medic.
Ursula Hahn

