

Chirurgie
<https://doi.org/10.1007/s00104-024-02196-6>
Angenommen: 24. Oktober 2024

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2024



Hybrid-DRGs – Die Herausforderung

Tobias Kisch¹ · Ralf Müller-Rath² · Sven Gregor³ · Ralph Lorenz^{4,5} · Axel Neumann⁶ · Stephan Dittrich⁷ · Michael Müller⁸ · Ralf Lippert⁹ · Jan Henniger¹⁰ · Burkhard Lembeck¹¹ · Eva-Maria Baur¹² · Jörg Karst¹³ · Frank Vescia¹⁴ · Ralf Schmitz¹⁵

¹ Praxis für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, Praxisklinik Kronshagen, Kronshagen, Deutschland; ² Orthopädische Praxisklinik Neuss I Düsseldorf MVZ GbR, Neuss, Deutschland; ³ Gefäßmedizinische Schwerpunktpraxis, Düsseldorf, Deutschland; ⁴ Praxis 3+Chirurgen, Berlin, Deutschland; ⁵ Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Universitätsklinikum Brandenburg, Brandenburg an der Havel, Deutschland; ⁶ Praxisklinik Orthopädie und Chirurgie München West, München, Deutschland; ⁷ Beratungsdienst für Leistungserbringer und Kostenträger, Plauen (Kauschwitz), Deutschland; ⁸ Helix Hub, Berlin, Deutschland; ⁹ Kinderchirurgische Praxis Bremen, Bremen, Deutschland; ¹⁰ Gemeinschaftspraxis für Chirurgie und Orthopädie Frankfurt, Frankfurt am Main, Deutschland; ¹¹ Orthopädisch-Unfallchirurgische Praxis, Ostfildern-Nellingen, Deutschland; ¹² Praxis für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, Murnau, Deutschland; ¹³ Ambulantes Anästhesie MVZ, Berlin, Deutschland; ¹⁴ Anästhesisten im Gewerbetpark, Regensburg, Deutschland; ¹⁵ MVZ Chirurgie Kiel, Kiel, Deutschland

Zusammenfassung

Die Einführung von Hybrid-DRGs stellt Leistungserbringer und -träger vor neue Herausforderungen. Gleiches galt 2023 für die vom BMG benannten Institute zur Leistungsextraktion und Kalkulation von Vergütungshöhen der ersten Hybrid-DRGs. Es erfordert eine verantwortungsbewusste Berechnungsmethodik und eine realitätsnahe Datengrundlage, da das Ergebnis der Kalkulation einerseits zu Kontroversen bis hin zur Spaltung von Fachgruppen und Konstrukten führen kann. Andererseits droht eine Fehlsteuerung mit konsekutiven Versorgungsproblemen. Hier kann ein Qualitätsverlust durch Anwendung einfacher, wenig komplexer und nichtsachkostenintensiver Operationsverfahren, die zwar wirtschaftlich, aber nicht „state of the art“ sind, entstehen und somit direkt die Versorgung von GKV-Versicherten verschlechtern. Darüber hinaus zeichnet sich bereits jetzt ab, dass Leistungen, die durch die Fehlkalkulation unwirtschaftlich sind, durch Bereinigung des Leistungsportfolios von Leistungserbringern teils überhaupt nicht mehr flächendeckend erbracht werden. Nur auf Grundlage einer kostendeckenden Vergütung ist überhaupt eine sachgerechte Leistungsverrechnung möglich. Insofern soll dieser Artikel nicht als „Lösung für das Problem der internen Vergütungsverteilung bei Hybrid-DRGs“ verstanden werden, sondern insbesondere Lösungsvorschläge für die geforderte Weiterentwicklung der Hybrid-DRG-Vergütungshöhenberechnung anbieten, um einer Gefährdung der Versorgung von GKV-Patienten durch Fehlsteuerung vorzubeugen. Es muss zwingend und zeitnah, wie in § 115f SGB V gefordert, mittels empirischer Kalkulationsgrundlage und -methodik die Neuberechnung einer wirtschaftlichen Vergütung erfolgen und diese regelmäßig angepasst werden.

Schlüsselwörter

Hybrid-DRG · Vergütung · Kalkulation · Fehlsteuerung · Lösungsvorschlag

Die Hybrid-DRG

Am 18.12.2023 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die zum 01.01.2024 in Kraft getretene Hybrid-DRG-Verordnung veröffentlicht und kommt damit seinem Auftrag aus dem Koalitionsvertrag nach, „zügig für geeignete Leistungen eine sek-

torengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG“ umzusetzen. Grundlage für die Verordnung bildet der § 115f SGB V. Ziel ist es, die „Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen zu fördern“ [1].

Die „Ambulantisierung“ soll Kosten einsparen, zu einer Verbesserung der Versor-

gung führen, die Fehlbelegungsrate senken und damit die Anzahl freier Krankenhausbetten erhöhen und stationäres Per-

Prof. Dr. med. Tobias Kisch, MBA: Erweiterter Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (DGPRÄC); Regionalvertreter des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie (BDC) Schleswig-Holstein; weitere Funktionen des Autors: Hochschuldozent für Wirtschaftsethik an der Hochschule Wismar; Mitglied der Schlichtungsstelle der Ärztekammer Schleswig-Holstein

PD Dr. med. Ralf Müller-Rath: Vorsitzender des Berufsverbandes für Arthroskopie (BVASK)

Dr. med. Sven Gregor: Vorstand des Berufsverbandes Niedergelassene Gefäßchirurgie (BNG); Sprecher der Landesvertreter im Berufsverband der Deutschen Chirurgie (BDC); Vorstand des BDC Nordrhein; Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Chirurgen (ANC) Nordrhein

Dr. med. Ralph Lorenz: Erster Vorsitzender der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Ambulantes Operieren (CAAO)

Dr. med. Axel Neumann: Vizepräsident des Berufsverbandes Ambulantes Operieren (BAO)

Dr. med. Stephan Dittrich: Initiator und fachlicher Begleiter des Pilotprojektes *Hybrid-DRG Thüringen – Neue Wege im Gesundheitswesen*

Dr. med. Michael Müller: Erster Vorsitzender der Akkreditierten Labore in der Medizin (ALM)

Dr. med. Ralf Lippert: Erster Vorsitzender des Berufsverbandes der Niedergelassenen Kinderchirurgen Deutschlands (BNKD)

Jan Henniger: Vorstandsvorsitzender des Berufsverbandes Niedergelassener Chirurgen (BNC); Vorstand des Spitzenverbandes der Fachärzte Deutschland (SpiFa)

Dr. med. Burkhard Lembeck: Präsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)

Dr. med. Eva-Maria Baur: Erweiterter Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)

Jörg Karst: Präsidium des Berufsverbandes Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA) Vertreter der Niedergelassenen

Dr. med. Frank Vescia: Vizepräsident des Berufsverbandes Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA)

Dr. med. Ralf Schmitz: Vorsitzender des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgie (BDC) Schleswig Holstein; Referatsleiter Niedergelassene Chirurgeninnen und Chirurgen (BDC)



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

sonal entlasten sowie die Prüffallmenge des MD reduzieren.

Zur Extraktion möglicher Prozeduren auf Basis bestimmter Kriterien und zur Entwicklung möglicher Berechnungsmodelle, die sich für die sektorengleiche Vergütung qualifizieren, wurden Gutachten angefertigt [2, 3]. Das BMG hat durch § 115f SGB V aufgrund der kaum einzuhaltenden kurzen Frist einer dreiseitigen Vereinbarung und der stark differierenden Interessenlagen der Vertragspartner Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mittels Rechtsverordnung selbst Leistungen definieren und Fallpauschalen kalkulieren lassen. Die Zuarbeit konnte das BMG nach § 115f SGB V von den drei Vertragsparteien, dem Bewertungsausschuss, dem ergänzten Bewertungsausschuss, dem Institut des Bewertungsausschusses (InBA) und dem Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) in Anspruch nehmen. Zusätzlich wurde in dem Gesetz verankert, dass auch Leistungen außerhalb des AOP-Katalogs nach § 115b SGB V für die Hybrid-DRGs ausgewählt werden können. Neben einer Anpassung der „Fallpauschale auf Grundlage geeigneter empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs“ spätestens ab dem Jahr 2026 war auch eine 18-monatliche Evaluation, erstmals am 01.04.2024, und eine Anpassung der Leistungsauswahl, erstmals spätestens am 31.03.2024, von den drei Vertragspartnern vorgesehen [4]. Letzterer sind die Vertragsparteien am 27.03.2024 mit einer „Hybrid-DRG-Vereinbarung“ nachgekommen, in der einerseits der Leistungskatalog ab dem 01.01.2025 erweitert und andererseits eine Anpassung der Vergütungskalkulation erfolgen soll [5].

Extraktion von Leistungen und Kalkulation der Preise für Hybrid-DRGs

Als erstes Ergebnis wurden 12 spezielle Hybrid-DRGs generiert aus den Bereichen Allgemeinchirurgie, Kinderchirurgie, Orthopädie, Urologie und Gynäkologie [6]. Die Leistungsauswahl und die Kalkulation der Vergütungshöhen wurden vom InEK durchgeführt. Die Auswahl erfolgte anhand überschaubarer Kriterien (kurze

Verweildauer und niedriger patientenbezogener Gesamtschweregrad [PCCL], Ausschlusskriterien bestimmter Diagnosen und Prozeduren, hohes stationäres Substitutionspotenzial). Die Kalkulation gestaltete sich umso komplexer. Es wurde der Median der Sach- und Laborkosten ausschließlich aus den InEK-Daten des Jahres 2022 angesetzt, da aus dem ambulanten Sektor nur unvollständige Sach- und Laborkosten vorlagen. Dieser wurde mit einem Mischpreis der übrigen Kosten (ohne Pflege) addiert. Der Mischpreis wiederum berechnete sich je Leistung aus den ambulanten und stationären Kosten entsprechend ihrem Ambulantisierungsgrad. Letzterer lag bei den Leistungen der ersten Hybrid-DRGs zwischen ca. 30% und 80%. Hierfür wurden Hochrechnungen von Fallzahlen aus Daten von InBA und BMG durchgeführt. Für die Ermittlung der ambulanten Kosten außerhalb von Krankenhäusern wurden fallbezogene Abrechnungsdaten der GKV für die ersten drei Quartale 2021 auf das ganze Jahr hochgerechnet. Eine Kostenerfassung des ambulanten Operierens im Krankenhaus entfiel, weil vom BMG nur Fallzahlen ohne Kostendaten zur Verfügung gestellt wurden [7]. Aufgrund dieser bruchstückhaften und inkonsistenten Datenlage steht die Berechnungsmethodik unter scharfer Kritik von Berufsverbänden und Fachgesellschaften.

Die Hybrid-DRG-Vereinbarung ergänzt ab dem 01.01.2025 neben weiteren Prozeduren der bereits vorhandenen Leistungsgruppen zusätzlich Leistungen aus den Bereichen Viszeral- und Allgemeinchirurgie, Urologie, Proktologie, Unfallchirurgie und Brustchirurgie. Die Kalkulation soll weiterhin grundsätzlich der bisherigen Systematik entsprechend vom InEK erfolgen (bis zum 30.09.2024, spätestens aber zum 31.12.2024), allerdings wollen die Vertragspartner die Kalkulation begleiten. Zudem soll für die Sicherstellung einer sachgerechten Vergütung eine spezifische Analyse der Sachkosten erfolgen. Für die Ermittlung des ambulanten Fallwerts wird in der Hybrid-DRG-Vereinbarung differenziert zwischen OPS-Codes mit oder ohne Zuordnung zu Anhang 2 EBM. In diesem Zusammenhang soll das arithmetische Mittel der Summe aus dem Leistungsbedarf (z.B. operative und an-

ästhesiologische Leistungen aus Kapitel 31.2, 31.3, 31.5 und Kapitel 5 EBM) und den Grundpauschalen verwendet werden. Für die Ermittlung des stationären Fallwertes sollen Daten aus dem Jahre 2023 verwendet werden [5].

Kritik an der Kalkulationsmethodik und der Datengrundlage

Die ambulante und die stationäre Komponente generieren ein künstlich geringes Kostengewicht aufgrund folgender Umstände:

- Es wurden DRG-Kosten anstelle von DRG-Erlösen verwendet.
- Die Datengrundlagen der DRGs von 2022 für 2024 und 2023 für 2025 sind veraltet und aufgrund deutlich gestiegener Kosten und eines Anstiegs des Basisfallwertes unsachgemäß.
- Es wurden nur die Kosten für einen Belegungstag herangezogen.
- Daten aus sektorenübergreifenden Selektivverträgen wurden ignoriert.
- Durch die veraltete Datengrundlage der ambulanten Erlöse von 2021 für 2024 wurde die Anpassung des Orientierungspunktwertes ebenso ignoriert wie die massiv erhöhten Personalkosten aufgrund der neuen Tarifverträge MFA und TVöD (als Referenz für OTAs und CTAs), der ab 2023 geltende Förderzuschlag und der ab 2024 geltende Hygieneschlag.
- Sachkosten nach 7.3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) fließen bislang nicht in die Berechnung ein, da diese aufgrund unterschiedlicher Sachkostenerstattungen in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sowie unzureichender Erfassung dort nicht pauschal zu ermitteln sind. Es steht daher zu vermuten, dass die Sachkostenerfassung mittels Extraktion aus der DRG-Kostenmatrix zu einer Unterfinanzierung führt.

Bewertung

Die Komponente der Sach- und Laborkosten für die Hybrid-DRGs liegt teils deutlich unterhalb der Sach- und Laborkostensummen der jeweils zugehörigen Hauptabteilungs-DRG (aDRG) aus dem Jahr 2022. Gleiches gilt für die Komponente der üb-

rigen Kosten [7, 8]. Aufgrund der intransparenten Situation der ambulanten Abrechnungsdaten und Fallzahlen ist eine Bewertung hier unmöglich.

Als „neckbraker“ wird aktuell bei sachkostenlastigen Eingriffen insbesondere das Sachkostenproblem diskutiert, das nicht nur Implantate, sondern z. B. auch Katheter betrifft [9]. Sprechstundenbedarf (SSB) soll zwar außerhalb der Hybrid-DRG abrechenbar sein [10], die SSB-Tabellen der KVen variieren jedoch, sodass hier eine föderale Ungleichbehandlung Folge ist. Außerdem sind teure Sachkosten meist kein Bestandteil der SSB-Tabellen.

Hauptgründe für das Sachkostenproblem sind insbesondere:

- die Kalkulationsmethodik der Hybrid-DRGs,
- die Datengrundlage der Kostenmatrix,
- die unterschiedlichen Einkaufspreise in den Sektoren,
- die Heranziehung der Kosten bei 1-Tages-Fällen statt der DRG-Preise und
- die fehlenden Daten aus dem ambulanten Sektor.

Im Hinblick auf die hohe Verantwortung, die mit Festlegung von Vergütungshöhen zur Steuerung medizinischer Leistungserbringung einhergeht, ist zu diskutieren, ob die aktuellen Kalkulationsresultate durch Fehlsteuerung zu einem Versorgungsproblem führen und wie zukünftige Vergütungshöhen kalkuliert werden sollten.

Leistungsverrechnung

Bereits ein erster Blick auf die Vergütungshöhen von Fallpauschalen (mit klar definierten Rahmenbedingungen) gibt erfahrenen Leistungserbringern Hinweise darauf, welche Eingriffe kostendeckend sein können und welche nicht. Eine solche Einschätzung basiert auf der Kostenzusammensetzung innerhalb von Leistungserbringerkonstrukten mit Operationszentren [11].

Bei Vorgabe von Vergütungen für Leistungskomplexe stellt sich daher zunächst die Frage nach der internen Kostenverteilung zur Abschätzung der Kostendeckung, auf welche die Hybrid-DRG-Verordnung und die Hybrid-DRG-Vereinbarung keine

Antwort geben. Pauschale Empfehlungen können hilfreich sein, jedoch muss aufgrund der Inhomogenität von Konstruktororganisationen eine individuelle Leistungsverrechnung simuliert werden, um entscheiden zu können, ob eine Leistung im eigenen Konstrukt kostendeckend erbracht werden kann oder nicht.

Erfahrung damit haben insbesondere diejenigen Leistungserbringer und -träger, die bereits an Selektivverträgen der „Besonderen Versorgung“ nach § 140a SGB V (ehem. „Integrierte Versorgung“) teilnehmen. Selektivverträge können Direktverträge zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen sein, in deren Rahmen bestimmte Versorgungsinhalte, Verfahrens- und/oder Vergütungsmodelle unabhängig von der Regelversorgung erprobt oder Inhalte des Kollektivvertrags damit ergänzt oder gar ersetzt werden können. Meist werden hier Vergütungshöhen von Leistungskomplexen individuell auf Grundlage einer mit einer prozentualen Minderung versehenen Hauptabteilungs-DRG oder einer entstehenden Kostenstruktur „maßgeschneidert“ kalkuliert und verhandelt. In letzterem Fall entstehen die Vergütungshöhen entsprechend umgekehrt anhand der realen Kosten und damit auf einer verlässlichen Datengrundlage [12].

Die Bestandteile einer solchen Kalkulation lassen sich in zeitbezogene und eingriffsbezogene Komponenten, stationäre Komponente sowie risikobezogene Komponente differenzieren.

Zeitbezogene Komponente

An erster Stelle stehen dabei

- Personalkosten (oberärztliches Gehalt für Operateur/in und Anästhesist/in orientiert an den Entgelttabellen einschließlich Sozialversicherungsbeiträge etc. [13], Assistentengehälter, Gehälter für OP- und Anästhesiepflege, Gehälter für Stationäre Pflege, Gehälter für nichtmedizinisches Personal, ...),
- Investitions- und Infrastrukturkosten (Kosten für Gebäude/Räumlichkeiten, Miete, Geräte, Instrumente, zeitbezogene Sachkosten, Einrichtung, ...) und

- Betriebskosten (Kosten für Strom, Heizung, Wasser, Anschlüsse, EDV, Reinigung, Wartung und Reparaturen, Wäsche, Desinfektion, Abfallentsorgung, Versicherungen, Beratungen, Bürobedarf, ...).

Diese Kosten lassen sich auf Zeiträume (z. B. OP-Minute, OP-Tag-Minute, OP-Tag, ...) anteilig umlegen und damit für zeitlich begrenzte Leistungsanteile, z. B. die Summe aus Schnitt-Naht-Zeit und Naht-Schnitt-Zeit, heranziehen.

Eingriffsbezogene Komponente

An zweiter Stelle stehen die im Rahmen einer Fallpauschale anfallenden Diagnostikkosten (Kosten für z. B. Labor, sofern in der gleichen Einrichtung im Rahmen der Operation erbracht), die nicht prä- oder postoperative Leistungen sind [14, 15]. Bezüglich pathologischer Leistungen besteht aktuell weiterhin eine Regelungslücke, sodass unklar bleibt, ob sie in die Kalkulation einbezogen werden müssen [16]. Weitergehend sind die Sachkosten zu berücksichtigen (Kosten für Arzneimittel, Implantate, Verbrauchsmaterial, ...), die nicht Bestandteil des SSB und nicht in der zeitbezogenen Komponente enthalten sind.

Stationäre Komponente

Bei stationärer Erbringung in Krankenhäusern oder Praxiskliniken müssen auch die Kosten für die Normalstation inkl. Personal- und Visitenaufwand kalkuliert werden. Ein entsprechendes Pflegeentgelt ist zu berücksichtigen.

Berechnung der resultierenden Komponente

Die genannten Komponenten müssen die Grundlage für eine Fallpauschale bilden und sind im Falle einer Hybrid-DRG zeit- und sachgerecht umzulegen. Die eingriffsbezogene Komponente ist nach Art des Eingriffs voll anzusetzen, ebenso die stationäre Komponente.

Weiterbildungs-, transformationsinvestitions- und risikobezogene Komponenten

Zusätzlich zu den genannten Komponenten müssen weiterbildungs-, transformationsinvestitions- und risikobezogene Komponenten (letztere aufgrund der Selbstständigkeit z. B. für Rücklagen als Risikopuffer) vorhanden sein.

Regelmäßige Anpassungen

Eine regelmäßige Reevaluation ist aufgrund der variablen Kostenkomponenten unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit zwingend erforderlich. In welchen zeitlichen Abständen dies zu empfehlen ist, richtet sich einerseits nach Veränderungen bei den Kosten und der Konstruktstruktur, z. B. bei Tarifvertragsänderungen, Änderungen der Inflationsrate oder notwendigen Investitionen, andererseits nach Änderungen der Leistungsinhalte innerhalb der Hybrid-DRGs.

Erfolg der Hybrid-DRG

Der Erfolg von Hybrid-DRGs als essenzieller Motor des Ambulantisierungstrends hängt wesentlich davon ab, ob sie aus Sicht der ambulanten Operationszentren wirtschaftlich gestaltet sind. Die aktuelle Berechnungsmethodik und niedrige Qualität der Datengrundlage sind daher höchst kritisch bewertet, da das Resultat zu klaren Fehlanreizen und damit zu einer Fehlsteuerung mit der Konsequenz von Versorgungsproblemen führt.

Es ist nachvollziehbar, dass unter Zeitdruck und gleichzeitig hoher Arbeitsbelastung kaum eine realitätsnahe Lösung zu finden war, insbesondere wenn neben fragwürdigen Hochrechnungen auf veraltete Sollwerte im ambulanten Bereich zurückgegriffen werden muss und relevante Daten, wie z. B. bei Sachkostenkalkulationen, fehlen, Inflationsraten und Tarifvertragsänderungen nicht beachtet werden und Transformationsinvestitionskosten kein Stellenwert beigemessen wird.

Es ist daher zwingend erforderlich, die aktuelle Berechnung der Vergütungshöhen und alle folgenden Berechnungen auch bei zukünftigen Fallpauschalen durch eine realitätsnahe Kalkulation zu ersetzen,

in der o. g. Komponenten miteinbezogen werden. Die minimale Anpassung der Kalkulation nach der Hybrid-DRG-Vereinbarung wird dabei nicht ausreichen, denn auch die Berechnungsgrundlage des aktuellen EBM basiert auf Daten aus den 1990er-Jahren und ist demnach schon lange Zeit nicht mehr sachgerecht [12].

Durch § 115f SGB V Abs. 1 Satz 6 ist eine Anpassung der Fallpauschale „spätestens ab 2026 auf Grundlage geeigneter empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs zu kalkulieren und anzupassen“ [4]. Der Gesetzgeber ermöglicht damit eine Neukalkulation bereits vor 2026, die auf empirischen Daten basieren muss. Empirische Daten im ambulanten Sektor sind demnach zeitnah zu erfassen und zu veröffentlichen. Die Sachkosten sind hierbei nicht ausgenommen und sollten als Zusatzentgelte (ZE) für entsprechende Leistungen abgebildet sein, da diese sektorenübergreifend am einfachsten zu realisieren sind.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Tobias Kisch, MBA
Praxis für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, Praxisklinik Kronshagen
Eichkoppelweg 74, 24119 Kronshagen, Deutschland
kisch@pkkh.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. T. Kisch, R. Müller-Rath, S. Gregor, R. Lorenz, A. Neumann, S. Dittrich, M. Müller, R. Lippert, J. Henniger, B. Lembeck, E.-M. Baur, J. Karst, F. Vescia und R. Schmitz geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Regierungsparteien (2021) Mehr Fortschritt wagen – Koalitionsvertrag 2021–2025. https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf. Zugegriffen: 13. März 2024
2. IGES Institut GmbH (2022) Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V. https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr_objjs27939/IGES_AOP_Gutachten_Kurzfassung_032022_ger.pdf. Zugegriffen: 13. März 2024

3. Hamburg Center for Health Economics (2022) Ein Sektorengleiches Vergütungssystem. <https://www.hche.uni-hamburg.de/dokumente/20220920-esv-finale-fassung-v1-1.pdf>. Zugegriffen: 13. März 2024
4. 115f SGB V. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___115f.html. Zugegriffen: 13. März 2024
5. GKV-SV, KBV, DKG (2024) Vereinbarung über den Leistungskatalog gemäß § 115f Absatz 2 Satz 2 SGB V (Hybrid-DRG-Vereinbarung). https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.2_Finanzierung_und_Leistungskataloge/2.2.4_Spezielle_sektorengleiche_Verguetung_Hybrid-DRG_Hybrid-DRG-Vereinbarung_vom_27.03.2024.pdf. Zugegriffen: 13. Juli 2024
6. Bundesgesundheitsministerium (2024) Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung). <https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2023/380/VO>. Zugegriffen: 13. März 2024
7. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2023) Abschlussbericht – Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2024. https://www.g-drg.de/content/download/13540/file/Abschlussbericht_aG-DRG_2024_2023-12-21.pdf. Zugegriffen: 13. März 2024
8. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2024) InEK DatenBrowser – Datenlieferung Kosten 2022 gruppiert nach 2024 („Reportbrowser“). <https://datenbrowser.inek.org/COST2022>. Zugegriffen: 13. März 2024
9. Arnegger S, Hagenlocher J, Herberg A, Lembeck B (2024) Sektorengleiche Vergütungsmodelle zur Ambulantisierung der Versorgung: Kritische Analyse zur Umsetzung des § 115f SGB V. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-68792-5>. Zugegriffen: 28. Juli 2024 (in: Jürgen Klauber, Jürgen Wasem, Andreas Beivers, Carina Mostert, David Scheller-Kreinsen (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2024. Berlin u. a.: Springer)
10. Bundesgesundheitsministerium (2024) Verordnung mit Begründung. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/H/Hybrid-DRG-V_VO_mit_Begrueundung.pdf. Zugegriffen: 13. März 2024
11. Dittrich S (2018) Kostenstruktur einer chirurgischen Praxis. *Chir Prax* 83:499–510
12. Kisch T (2023) Evaluation der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V. Berlin u. a.: Springer. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-658-39033-4>. Zugegriffen: 13. März 2024
13. Albrecht M, Al-Abadi T, Czihal T, Mangiapane S (2020) Sektorenübergreifende Versorgung und Vergütung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J, Beivers A (Hrsg) Krankenhaus-Report 2020. Springer, Berlin (verfügbar im Internet: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-60487-8_13 (Zugegriffen: 13.03.2024))
14. Bewertungsausschuss (2024) Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 708. Sitzung zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung vom 1. Januar 2024 bis zum 31. Dezember 2024. https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2024-04-18_ba708.pdf. Zugegriffen: 13. Juli 2024
15. Bewertungsausschuss (2024) Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 720. Sitzung – TEIL B zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung vom 1. Januar 2024 bis zum 31. Dezember 2024. https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2024-07-10_ba720.pdf. Zugegriffen: 13. Juli 2024

Hybrid diagnosis-related groups—The challenge

The introduction of hybrid diagnosis-related groups (DRG) presents new challenges for healthcare providers and health insurances. The same applied in 2023 to the institute designated by the Federal Ministry of Health (BMG) to extract medical procedures and calculate remuneration levels for the first hybrid DRGs. A responsible calculation methodology and a realistic data basis are required as the result of the calculation can lead to controversy, even to a splitting among specialist groups and constructs. There is also the threat of mismanagement with subsequent supply problems. In this context, a loss of quality can occur due to the use of simple surgical procedures that are less complex and not expensive with respect to material costs and are economical but not state of the art and thus directly worsen the medical care of patients in the statutory health insurance (GKV). Furthermore, it is already becoming apparent that procedures that are uneconomical due to the miscalculation are partially no longer being comprehensively rendered by healthcare providers due to adjustment of the service portfolio. An appropriate compensation of procedures is only possible based on a remuneration that adequately covers the costs. In this respect, this article is not intended to be understood as a “solution to the problem of the internal distribution of the remuneration in hybrid DRGs” but more to offer suggestions for solutions for the required further development of the hybrid DRG compensation level calculation to prevent a threat to the treatment of GKV patients due to mismanagement. As required in § 115f of the Sozialgesetzbuch V (SGB V), the recalculation of an economic remuneration must be carried out urgently and promptly using an empirical calculation basis and methodology and this must be regularly adapted.

Keywords

Hybrid diagnosis-related groups · Remuneration · Calculation · Mismanagement · Solution suggestion

16. Bundesverband Deutscher Pathologen e. V. (2024) Positionspapier vom 28.08.2024 des Bundesverbands Deutscher Pathologen zur Hybrid-DRG-Verordnung. <https://www.pathologie.de/aktuelles/stellungnahmen/2024/positionspapier-bdp-hybrid-drg>. Zugegriffen: 12. Sept. 2024

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.