

Aktuelle Informationen zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit:

Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung - Ersatzvornahme durch Rechtsverordnung)

Wesentliche Inhalte:

Die Leistung beginnt mit den Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung und endet mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung (= Entlassung aus dem Aufwachraum bzw. kurzzeit- oder tageschirurgischer Betreuung) jeweils in der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird.

Die Hybrid-DRG-Pauschale deckt alle Leistungen und alle beteiligten Leistungserbringer ab, d.h. Operation und Anästhesieleistung.

- Sachkosten sind in der DRG eingepreist und können nicht gesondert in Rechnung gestellt werden.
- Pflegepersonalkosten nach KHG § 17b Absatz 4 und 4a sind nicht in Hybrid-DRG berücksichtigt.
- Gerinnungspräparate für Hämophilie-Patienten nicht berücksichtigt.
- Dialyseleistungen nicht berücksichtigt.
- Die Nachsorge nach Entlassung ist Aufgabe der vertragsärztlichen Versorgung und wird nicht von der Hybrid-DRG erfasst.

Berechtigte Leistungserbringer:

- Krankenhäuser
- ambulante Operationszentren
- Praxiskliniken
- MVZ
- Vertragsärzte/Belegärzte
- ermächtigte Ärzte

Abrechnung:

- Vertragsärzte direkt mit GKVen (gem. §295 SGB V Absatz 1b)
- Krankenhäuser direkt mit GKVen (gem. §301 SGB V Abs. 1 und 2)

Der aktuelle Leistungskatalog umfasst:

- Bestimmte Hernieneingriffe- Allgemeinchirurgie
- Entfernung von Harnleitersteinen - Urologie
- Ovariectomien - Gynäkologie
- Arthrodesen der Zehengelenke – Vorfußchirurgie

Die Regelungen zielen auf eine Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen.

Die Rechtsverordnung gilt vom 1. Januar 2024 bis 31. Dezember 2024.

Fallpauschalen (Hybrid-DRG)

Hybrid-DRG	Bezeichnung	Bewertung (in Euro)
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	2 021,82
G24N	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	1 965,05
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	1 653,41
I20N	Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritits oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre	1 072,95
I20M	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre	909,25
J09N	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre	1 038,17
L17N	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para-/Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, ohne bestimmte Eingriffe an der Urethra, Alter > 15 Jahre	1 189,09
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	1 791,58
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	1 412,05
N05N	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder anderer Eingriff an der Harnblase oder Adhäsioyse, Alter > 15 Jahre	1 554,58
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	1 587,73
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	1 458,20

Übersicht über die ab 1.1.2024 geltenden Hybrid-DRG-Fallpauschalen, Quelle: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2023 Teil I Nr. 380, ausgegeben zu Bonn am 21. Dezember 2023

Empfehlungen zur internen Erlösverteilung aus Hybrid-DRGs zwischen Operateuren und Anästhesisten

Bei der Vergütung von Leistungen nach der Hybrid-DRG-Verordnung ab 1.1.2024 handelt es sich entsprechend der DRG-Logik um Fallpauschalen. Eine gesonderte Abrechnung von Operations- oder Anästhesieleistungen ist dort nicht vorgesehen und auch wesensfremd.

Um eine gerechte Aufteilung der Hybrid-DRG-Erträge zwischen den beteiligten Leistungserbringern zu erreichen schlägt Fischer + Rauch Kompetenz im Gesundheitswesen daher eine Orientierung an der für die niedergelassene Ärzteschaft bekannte „Währung“, der EBM-Systematik vor.

Dabei werden die Punktzahlen aus dem EBM für die gelisteten GOP der entsprechend der EBM-Systematik verteilt.

Die Gesamtsumme der EBM-Punkte aus

- OP-Leistung
- Narkose
- Überwachung im Aufwachraum (postoperative Betreuung)

werden summiert.

Der sich aus der Hybrid-DRG-Fallpauschale ergebende Betrag wird (ggf. nach vorherigem Abzug der Sach-, Verwaltungs-, Übernachtungs- und Implantatkosten) durch die ermittelte Gesamtpunktzahl geteilt und ergibt einen neuen Punktwert. Dieser wird mit den Punktzahlen aus dem EBM für OP-Leistung, Narkose und postoperative Betreuung im Aufwachraum multipliziert und den jeweiligen Leistungserbringern (Operateur und Anästhesist) zugeordnet.

Eine ähnliche Aufteilung wurde schon vor einigen Jahren im Rahmen der Integrierten Versorgungsverträge / besondere Versorgung seitens des BDA vorgeschlagen und in mehreren ambulanten Operationszentren erfolgreich und zur Zufriedenheit der beteiligten Fachgruppen durchgeführt.

Es ist zu beachten:

- Sachkosten sind in der Hybrid-DRG Fallpauschale enthalten und können nicht gesondert abgerechnet werden. Dies spielt bei den für das Jahr 2024 gelisteten Eingriffsarten bei Leistenhernien (TAPP/TEPP - Netze) und Vorfußoperationen (Implantate) eine Rolle. Jedoch können auch diese Sachkosten mit dem vorgeschlagenen Abrechnungs- Algorithmus (durch den Vorwegabzug) berücksichtigt werden, ebenso wie die Kosten für administrative Vorgänge.
- Aufwände für die Übernachtung von Patienten werden auch mit der Hybrid-DRG-Fallpauschale abgedeckt und sind nicht gesondert abrechenbar.
- Die postoperative Nachsorge ist nicht im Leistungsumfang der Hybrid-DRG berücksichtigt. Diese ist ebenso wie der Sprechstundenbedarf dem vertragsärztlichen Bereich zuzuordnen.

Aus unseren ersten überschlägigen Auswertungen geht hervor, dass die Hybrid-DRG 2024 wesentliche finanzielle Verbesserungen für die niedergelassenen Leistungserbringer im Vergleich zur bisherigen EBM-Vergütung bringt.

Beispiele:

Leistenhernie (einseitiger Eingriff):

EBM-Vergütung insgesamt: 606,41 € / Punktwert: 11,49152 ct

Hybrid-DRG Vergütung insgesamt: 1.653,41 € / kalkulierter Punktwert: 32,43 ct

Differenz: 1.047,00 €

Hallux valgus:

EBM-Vergütung insgesamt: 427,14 € / Punktwert: 11,49152 ct

Hybrid-DRG Vergütung insgesamt: 1.028,17 € / kalkulierter Punktwert: 28,50 ct

Differenz: 601,03 €

Sinus pilonidalis:

EBM-Vergütung insgesamt: 707,07 € / Punktwert: 11,49152 ct

Hybrid-DRG Vergütung insgesamt: 1.038,17 € / kalkulierter Punktwert: 17,65 ct

Differenz: 331,10 €

Cave:

- **Leistungsumfang Hybris-DRG:**

Bei der Hybrid-DRG handelt es sich um eine Pauschale, die ein definiertes Leistungsspektrum abdeckt:

Die Leistung beginnt mit den Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung und endet mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung (= Entlassung aus dem Aufwachraum bzw. kurzzeit- oder tageschirurgischer Betreuung) jeweils in der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird.

- **Kombinationseingriffe:**

Bei Kombinationseingriffen, beidseitigen Eingriffen und dem möglichen Ansatz von OP- und Narkose- Verlängerungsziffern überprüft werden, ob eine Abrechnung nach EBM oder über die Hybrid-DRG sinnvoller ist.

- **Sachkosten / Implantate:**

Sachkosten und Implantate sind im Fall einer Abrechnung über die Hybrid-DRG nicht gesondert in Ansatz zu bringen. Klären Sie daher ab, wie hoch diese Implantat- bzw. Sachkosten im Einzelfall sind und ob alternativ eine Abrechnung über EBM oder Integrierte Versorgungverträge (IGV) den Aufwand besser abdeckt.

Ungeklärt:

- Sind Aufklärungs- sowie Nachsorgeziffern (im Zusammenhang mit der Erbringung einer ambulanten Operation) nach EBM über die KV abrechenbar, wenn die Hybrid-DRG direkt mit der GKV abgerechnet wird?
- Wird eine Budgetbereinigung durch die KV durchgeführt (wie bei IGV)?
- Wie ist der Abrechnungsweg (Direktabrechnung mit den GKVen oder über KV)?
- Pflegepersonalkosten nach KHG § 17b Absatz 4 und 4a sind nicht in Hybrid-DRG berücksichtigt. Können diese auch im vertragsärztlichen Bereich zusätzlich abgerechnet werden?