

## Hybrid-DRG bringen Ambulantisierung auf den Weg; Belegarztwesen als idealer Hybridversorger

Das Ministerium hat jüngst den Verordnungsentwurf zur Hybrid-DRG nach § 115f\* vorgelegt. Nicht nur Krankenhäuser, Vertragsärzte und MVZ, sondern auch Belegärzte sind explizit zur Erbringung und Abrechnung berechtigt: Hybrid-DRG sehen eine gleiche Vergütung unabhängig davon, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird, vor. Es handelt sich um Komplexpauschalen, die die gesamte ärztliche Leistung (bei Operationen also i.d.R. mindestens Operateur und Anästhesist), Krankenhausleistung und Sachkosten umfassen.

### Einstieg schon zum 01.01.2024 terminiert, rasche Erweiterung des Hybrid-DRG Katalogs

Die Hybrid-DRG starten laut Entwurf zum 01.01.2024 mit 5 Start-Leistungsbereichen (Bauchchirurgie, Urologie, Gynäkologie, Orthopädie, Gastroenterologie) und 12 Hybrid-DRG. Die Hybrid-DRG haben jeweils Pendanten unter den regulären DRGs, jeder Hybrid-DRG sind diverse Operationen und Prozeduren nach dem sogenannten OPS-Schlüssel zugeordnet (siehe Tabelle 1). Die OPS der Hybrid-DRG gehen über den OPS-Katalog für Ambulantes Operieren (AOP) hinaus.

Tabelle 1: Start Hybrid-DRG nach Entwurf des BMG zu Hybrid-DRG

Quelle: Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V) Stand 21.9.2023, Anlage 2			Referenz DRG Quelle: aG-DRG-Version 2023 und Pflegeerlöskatalog 2023
Hybrid-DRG	Bezeichnung Hybrid-DRG (Identisch mit der Bezeichnung der Referenz-DRG laut aktuellem aDRG- und Pflegeerlöskatalog)	Bewertung 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	2.021,82 €	G09Z
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 €	G24B
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 €	G24C
I20N	Anderer Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritiden oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre	1.072,95 €	I20E
I20M	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre	909,25 €	I20F
J09N	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre	1.038,17 €	J09B
L17N	Anderer 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 €	L17B
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 €	L20B
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 €	L20C
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 Adhäsionslyse, Alter > 15 Jahre	1.553,58 €	N05B
N07N	Anderer 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 €	N07A
N25N	Anderer 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 €	N25Z

Im Laufe des Jahres 2024 sollen 55 DRGs u.a. aus allen belegärztlich geprägten Fachgebieten dazukommen.

### **Herausforderung Komplexpauschale**

Den Start-Hybrid-DRG's sind €-Vergütungen zugeordnet, die zwischen rd. 30 % und 60 % unter denen der Hauptabteilungs-DRG liegen. Die Abrechnung der Leistung gemäß EBM bleibt jedoch „weiter möglich“. Ob und inwiefern eine EBM-Abrechnung in Frage kommt, muss jeweils im Einzelfall entschieden werden; diskutiert wird, dass bei hohen über den EBM gedeckten Sachkosten oder hohen Zeitaufwand (Kategorien laut EBM von 3 oder mehr) eine EBM-Abrechnung sinnvoll sein kann. In der Begründung des Verordnungsentwurfs heißt es dazu „Wenngleich die Abrechnung der Hybrid-DRG für Leistungsbringende aus wirtschaftlicher Perspektive vorzugswürdig gegenüber einer Abrechnung nach EBM sein dürfte, könnte letztere im Einzelfall eine relevante Ersatzoption darstellen.“

Die Prozesse der Abrechnung und zuständige Abrechnungsstellen unterscheiden sich je nachdem, ob Krankenhäuser oder Vertragsärzte abrechnen. Beim Ansatz Hybrid-DRG – egal ob sie ambulant oder stationär erbracht werden – müssen die „Deutschen Kodierrichtlinien“ verwendet werden. Aktuell gelten sie nur für Krankenhäuser bei stationärer Behandlung.

Für Vertragsärzte ungewohnt ist die Verwendung von Komplexpauschalen mit mehreren Leistungserbringern. Es muss einen „Kopf“ geben, der die Versorgung koordiniert, die Abrechnung für alle vornimmt (er muss erklären, dass niemand sonst abrechnet) und die Vergütung auf die Beteiligten verteilt. Stationäre wie ambulante Leistungen können grundsätzlich vom (Beleg-)Krankenhaus, von einem Vertragsarzt, einem MVZ oder einem Belegarzt abgerechnet werden; wer auch immer den Hut aufhat, muss die Logistik für die Abrechnung mitbringen und mit allen Beteiligten die Eckdaten der gemeinsamen Versorgung klären. Bereits in der Vergangenheit erprobte Kooperationsstrukturen etwa mit Belegkrankenhäusern, Praxiskliniken, ambulanten Operationszentren oder Integrierte Versorgungslösungen werden es da leichter haben.

### **Belegarzt 2.0 ist der geborene Hybrid-Versorger**

Hybrid-DRG werden die Strukturen im Belegarztwesen perspektivisch deutlich verändern. Viele der häufigen belegärztlichen OPS gehören (perspektivisch) zu Hybrid-DRG. Hybrid-DRG setzen Anreize zu Ambulantisierung, so dass viele der bislang stationär erbrachten Prozeduren künftig ambulant umgesetzt werden. Stationäre Versorgung wird künftig nur noch bei einer (kleiner werdenden) Teilmenge der Hybrid-DRG und bei den OPS, die nicht über den Hybrid-Katalog abgedeckt sind, durchgeführt werden.

Dem Belegarzt kommt in diesem Umstrukturierungsprozess eine tragende Rolle zu. Seine Kompetenz war und ist es typischerweise, Patientinnen und Patienten ambulant UND stationär zu versorgen; er beherrscht schon heute die fachlichen und organisatorischen Anforderungen aus beiden sich weiter verschmelzenden Versorgungswelten. Als Vertragsärzt\*innen kommen sie aus der ambulanten Versorgung, zugleich sind sie aber auch in der stationären Betreuung zuhause. Der Belegarzt ist damit nicht nur die Speerspitze der Ambulantisierung, er ist zugleich Garant, dass keine neue Sektorengrenze in der individuellen Patientenversorgung entsteht. Belegärzte sind damit die „geborenen“ Hybridärzte. Dass BMG beurteilt das offensichtlich genauso – so interpretieren wir jedenfalls die Tatsache, dass Belegärzte im Referentenentwurf nicht einfach unter „Vertragsärzte“ subsummiert wurden, sondern expressis verbis als Hybrid-Versorger und -Abrechner genannt sind.

## **Noch viele offene Frage und digitales Meeting des BdB**

Derzeit wird Hybrid-DRG und Umsetzungsfragen -DRG diskutiert. Vieles ist noch unklar, zu einigen Aspekten zeichnen sich Lösungen ab. Unklar ist z.B. wie der Leistungsfall zeitlich und unter Leistungsgesichtspunkten abgegrenzt wird (zählt Labor und Bildgebung dazu? Wie viele Tage stationär Versorgung ist inkludiert?), ob fallweise von EBM- zu Hybrid-DRG gewechselt werden kann, ob man in unterschiedlichen „Teams“ die ambulant und stationär durchgeführten Hybrid-DRG umsetzen darf oder ob es Schnittstellen zur Plausiprüfung gibt, sind nur einige der noch ungeklärten Fragen. Der BdB bereitet derzeit ein digitales Meeting vor, in dem die verschiedenen Aspekte rund um Hybrid-DRGs für die Praxis von Belegärzten und Belegärztinnen vorgestellt und diskutiert werden.

gez.

Priv.-Doz. Dr. rer. medic. Ursula **Hahn**  
Dr. med. Andreas W. **Schneider**

**Bundesverbandes der Belegärzte und Belegkrankenhäuser e.V.**



\* <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/hybrid-drg-v.html>