

Matthias Einwag

Ambulantisierung über Hybrid-DRGs – ein Weg mit Risiken und Nebenwirkungen

Dass es in der deutschen Krankenhausversorgung ein Ambulantisierungspotenzial gibt, ist unbestritten. Strittig ist jedoch, wie dieses Potenzial am besten genutzt werden kann. Die DKG und die Landeskrankenhausgesellschaften haben vorgeschlagen, die Ambulantisierung am Krankenhaus durchzuführen. Dies könnte gut über einen separaten Klinik-Leistungskatalog erfolgen, in dem es den Kliniken für diesen Leistungskatalog überlassen wird, zu entscheiden, ob sie die Leistung (voll-)stationär, tagesstationär oder ambulant erbringen. Bei einer einheitlichen Vergütung, die unabhängig von der tatsächlichen Leistungserbringung bezahlt wird und unterhalb der vollstationären Vergütung liegt, bestünde ein klarer Anreiz, alle Ambulantisierungspotenziale zu nutzen.

Derzeit schlägt die Politik jedoch einen anderen Weg ein. Die Ambulantisierung soll über Hybrid-DRGs vorangetrieben werden. Hybrid-DRGs sind Leistungen, die ursprünglich ausschließlich von Krankenhäusern im Rahmen des DRG-Katalogs erbracht wurden. Nach der Aufnahme in den Hybrid-DRG-Katalog können diese Leistungen von Krankenhäusern und Vertragsärzten zu den gleichen Vergütungen erbracht werden. Durch das KHVVG haben die Hybrid-DRGs noch deutlich an Bedeutung gewonnen. Ohne abzuwarten, bis die für 2026 gesetzlich vorgesehene Evaluation durchgeführt wurde, wurden der Selbstverwaltung durch kurzfristig eingebrachte Änderungsanträge Mengenziele zur Ausweitung des Hybrid-Bereichs vorgegeben: Während für das Jahr 2025 mit etwa 270 000 Fällen gerechnet wird, sollen ab 2026 eine Million Fälle über Hybrid-DRGs abgerechnet werden. Ab 2028 sollen es 1,5 Millionen Fälle sein und ab 2030 zwei Millionen.

Die Selbstverwaltung aus GKV-Spitzenverband, KBV und DKG hat die Aufgabe, die Voraussetzungen für das Erreichen dieser Mengenziele zu schaffen. Da eine einvernehmliche Lösung nicht möglich war, wurde zu verschiedenen Fragen das zuständige Schiedsamt, der „ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss“, angerufen. Bei seiner Entscheidung wurde die Krankenhauseite in wichtigen Punkten überstimmt. Letzte Entscheidungen stehen noch aus.

Eine endgültige Beschlussfassung zum Hybrid-DRG-Katalog für 2026 liegt noch nicht vor. Das System könnte wie folgt aussehen: Um das Ziel von einer Million Fällen zu erreichen, müssten auch Fälle einbezogen werden, die gemäß der DRG-Kalkulation bisher zwei Belegungstage umfassen, d.h. zwei Übernachtungen mit bis zu drei Aufenthaltstagen. Ein Vorschlag geht derzeit von 70 Hybrid-DRGs aus.

Die Vergütung wurde bisher noch nicht festgelegt. Auch hierzu wird wohl eine Schiedsamtentscheidung nötig sein. Dabei

ist zu befürchten, dass entgegen dem Vorschlag der Krankenhauseite festgelegt wird, dass die Verweildauer bei der Vergütungsbemessung keine Rolle spielen wird. Die einheitliche Vergütung wird dann als Ergebnis der gewichteten Vergütungen der ambulanten und stationären Leistungserbringung berechnet.

Effekte von den Hybrid-DRGs auf das ambulante und stationäre Versorgungssystem und auf die GKV-Ausgaben

► **Abbildung 1** zeigt die Auswirkungen der Hybrid-DRG auf das DRG-System: Um im Jahr 2026 eine Million Fälle zu erreichen, müssten zusätzlich rund 730 000 Fälle aus dem DRG-Volumen ausgegliedert werden. Diese Fälle entsprächen nach Angaben des InEK etwa 550 000 Relativgewichten. Aus Krankenhauseite bedeutsam ist, dass in der Vergütung der DRG, die nun in Hybrid-DRG umgewandelt werden, auch Gemeinkosten enthalten sind. Werden diese im Rahmen der Neukalkulation des DRG-Systems 2026 (Normierung) nicht berücksichtigt, würde sich das über DRGs finanzierte Vergütungsvolumen um rund 2,5 Mrd. € verringern.¹⁾

Die Höhe der Vergütung ist bisher unbekannt. Da die Hybrid-Vergütung als gewichteter Wert aus ambulanter und stationärer Vergütung ermittelt wird, wird das Volumen bei konstanter Fallzahl unter 2,5 Mrd. € liegen. Zur Veranschaulichung soll hier angenommen werden, dass es bei konstanter Fallzahl bei etwa 1,8 Mrd. € liegt. Welche Anteile dabei auf Krankenhäuser und welche auf Vertragsärzte entfallen, ist unklar und wird durch den Doppelpfeil neben den Klammern dargestellt.

Diese Situation entspricht dem Wunsch-Szenario der GKV (siehe ► **Abbildung 2**). In diesem Szenario wird gehofft, dass die Versorgung weiterhin sichergestellt werden kann. Wenn man die enthaltene Gemeinkostenfinanzierung den ohnehin hoch-

Abbildung 1: Ausgliederung der Hybrid-DRGs aus dem DRG-Ausgabenvolumen

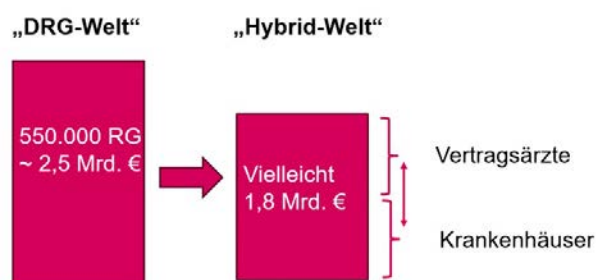




Abbildung 2: „Wunsch-Szenario“ aus Sicht der GKV

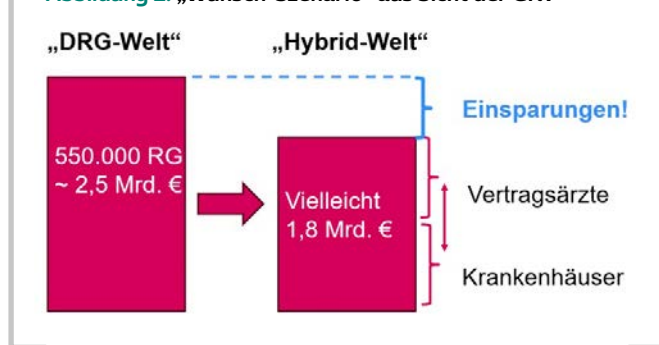
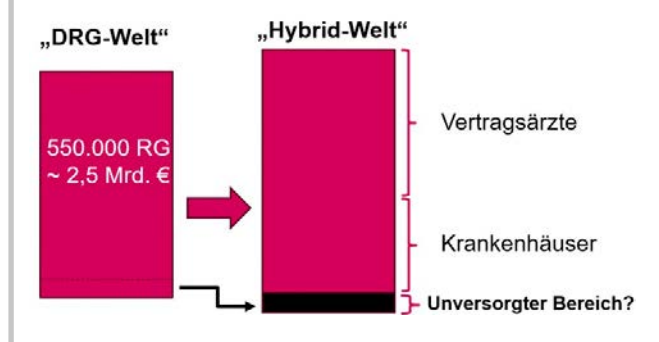


Abbildung 3: Risiko-Szenario (Mehrausgaben und Unterversorgung)



defizitären Krankenhäusern zusätzlich aufbürden könnte, die degressive Vergütung von Fallzahlsteigerungen der Vergangenheit „vergisst“ und die Fallzahlen konstant blieben, könnte sich durch die Ambulantisierung über Hybrid-DRGs ein Einsparpotenzial ergeben (in der beispielhaften Darstellung: 700 Mio. €). Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, wie wahrscheinlich dieses Szenario ist. Vorab das Ergebnis: Um das „Wunsch-szenario der GKV“ zu realisieren, müsste man schon „heroische Annahmen“ treffen. Dass sich diese Annahmen realisieren, dürfte mehr als unwahrscheinlich sein.

Dies betrifft beispielsweise die für das Ergebnis zentrale Annahme konstanter Fallzahlen. Durch die „Hybridisierung“ dieser Leistungen wird die Zahl der potenziellen Leistungserbringer sprunghaft erhöht. Zudem werden die Vergütungen in einigen Bereichen aus Sicht der Vertragsärzte lukrativ (und unbudgetiert) sein. Daher ist die Wahrscheinlichkeit eines relevanten Fallzahlenanstiegs bei gut vergüteten Leistungen groß.

Außerdem ist die Hoffnung auf eine gleichbleibende Versorgungsqualität mehr als fraglich. Denn durch die „Hybridisierung“ werden die Leistungen aus dem hochregulierten Leistungsgruppensystem mit umfangreichen Strukturvoraussetzungen herausgenommen und in ein System mit deutlich weniger Qualitätsanforderungen überführt. Außerdem ist neben einem vergütungsbedingten Anstieg der Fallzahlen (siehe oben) auch eine vergütungsbedingte Minderung der Fallzahlen mit einer damit einhergehenden Unterversorgung denkbar. Denn wenn bei stark pauschalierten Leistungsvergütungen komplexe Fälle innerhalb einer Fallgruppe aus Sicht der vertragsärztlichen Leistungserbrin-

ger nicht lukrativ sind, werden diese nicht erbracht. Solche Effekte gab es bereits in der Vergangenheit. Ob die Krankenhäuser dann hier einspringen, ist angesichts der hochdefizitären wirtschaftlichen Lage vieler Kliniken sehr fraglich. Denn eine Sicherstellungsverantwortung gibt es für diese Leistungen nicht.

Auch an anderer Stelle könnten durch die Ausweitung der Hybrid-DRGs Gefahren für die Versorgungsqualität des Gesamtsystems entstehen: Ein relevanter Teil der Hybrid-Leistungen soll durch niedergelassene Fachärzte erbracht werden. Aus dem fachärztlichen Bereich gibt es aber bereits heute – ohne die zusätzlichen Hybrid-Fälle – regelmäßig Überlastungsanzeigen. So hat die Anzahl der Institutsambulanzen in den vergangenen Jahren kontinuierlich zugenommen (zuletzt durch die Einführung pädiatrischer Institutsambulanzen gemäß § 118b SGB V), was als eine Reaktion auf Versorgungslücken im vertragsärztlichen Bereich angesehen werden muss. Auch wenden sich die Kassenärztlichen Vereinigungen immer wieder an die Krankenhäuser mit der Bitte, die vertragsärztliche Versorgung durch Kapazitätsmeldungen für die Terminservicestellen zu unterstützen. In einigen Ländern wurden die vertragsärztlichen Notdienstpraxen mit der Begründung reduziert, dass die Ärztinnen und Ärzte sonst keine Zeit für ihre Patientinnen und Patienten hätten. Auch Klagen über zu lange Wartezeiten für Facharzttermine sind zunehmend an der Tagesordnung. Wenn nun ein „relevanter“ Teil der zusätzlichen 730 000 Fälle vom vertragsärztlichen Bereich behandelt werden soll, ist damit zu rechnen, dass sich die Engpasssituation in der regulären fachärztlichen Versorgung weiter verschärft.

► **Abbildung 3** zeigt das „Risiko-Szenario“. Es ist gekennzeichnet durch fehlende Einsparungen und ggfs. sogar Mehrausgaben aufgrund von „relevanten Leistungssteigerungen“ in lukrativen Bereichen bei gleichzeitiger Unterversorgung in nicht lukrativen Leistungsbereichen.

Fazit

Die Ambulantisierung über Hybrid-DRGs ist kein „Selbstläufer“, sondern mit relevanten Risiken verbunden, was die Kosten und die Versorgungsqualität betrifft. Dabei ist ein Nebeneinander von Fallzahlsteigerungen und Versorgungslücken durchaus möglich. Als Alternative liegen weit weniger riskante Vorschläge für eine „Ambulantisierung am Krankenhaus“ vor, die sich auch international bewährt haben. Noch ist ein Umsteuern möglich.

Anmerkungen

- 1) Eine Herausnahme von 100 % der Erlöse würde vielen Krankenhäusern ungerechtfertigt Geld entziehen. In Baden-Württemberg wurden zum Beispiel steigende Fallzahlen bis 2016 nur anteilig finanziert. Für einen zusätzlichen Fall wurde das Erlösvolumen lediglich um 55 % bis 62 % der Durchschnittsvergütung erhöht. Wenn man jetzt bei der Ambulantisierung 100 % der Vergütung aus dem Vergütungsvolumen herausnimmt, wird den Kliniken bei Mengenreduzierungen mehr Geld genommen, als sie seinerzeit bei Mengenerhöhungen erhalten haben.

Anschrift des Verfassers

Matthias Einwag, Hauptgeschäftsführer der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e. V. (BWKG), Birkenwaldstraße 151, 70191 Stuttgart