

Danny Wende, Claudia Schulte, Uwe Repschläger, Martin Rößler 

# Empirische Probleme sektorengleicher Vergütung

am Beispiel ausgewählter Leistungen



## Hintergrund

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz und dem neu eingeführten § 115f im Sozialgesetzbuch V zum Ende des Jahres 2022 hat der Gesetzgeber die Möglichkeit für eine sektorengleiche Vergütung geschaffen. Für einen noch zu bestimmenden Anteil der in § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalogleistungen (AOP-Katalog) ist nunmehr eine spezielle sektorengleiche Vergütung vorgesehen. Diese Leistungen umfassen ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationärsersetzende Eingriffe, welche unter Abwesenheit von erschwerenden Kontextfaktoren nicht nur stationär, sondern auch ambulant erfolgen können. Im Jahr 2023 sind dies 3.087 Einzelleistungen, welche durch fünf routinemäßig operationalisierte Kontextfaktoren sowie weitere nicht vertraglich fixierte Kontextfaktoren im Rahmen des Arztvorbehaltes ihre Einschränkung finden. Aus dieser

Leistungsmenge des AOP-Vertrages ergibt sich ein Potenzial von ca. 18% der vollstationären Fälle, die zukünftig sektorengleich vergütet werden könnten (IGES Institut, 2022; Repschläger et al., 2022a–b; Rößler et al., 2022). Diesen steht eine aktuell unbekannte Menge an ambulanten Fällen gegenüber, welche ebenfalls von der sektorengleichen Vergütung betroffen sein werden.

Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hatten bis zum 31. März 2023 die Aufgabe, sich auf ein Vergütungssystem für einen Teil der Leistungen des AOP-Kataloges, welches umgangssprachlich bereits als Hybrid-DRG bezeichnet wurde, zu einigen. Die Erfüllung dieser Aufgabe misslang, sodass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Rechtsverordnung zur Konkretisierung des § 115f vornehmen muss. Der Bewertungsausschuss sowie das Institut für das Entgeltsystem im



Krankenhaus (InEK) und das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) sind verpflichtet, das BMG zur Vorbereitung der Rechtsverordnung zu unterstützen.

Die empirischen Probleme dieses Unterfangens sollen im Folgenden anhand von drei exemplarischen Leistungen (Koloskopie, Polysomnographie und extrakapsuläre Exzision der Linse [ECCE]) aufgezeigt werden. Die Leistungen wurden so ausgewählt, dass die wesentlichen Hürden bei der Berechnung der Relativgewichte bzw. der Preise der zukünftigen Hybrid-DRG offenkundig werden.

## Rahmenbedingungen einer einheitlichen sektorengleichen Vergütung

An die einheitliche sektorengleiche Vergütung sind hohe Erwartungen geknüpft. Aus der Sicht der Krankenhäuser sollten die Leistungen auskömmlich finanziert sein, sodass keine Fehlanreize entstehen, die dazu führen, dass notwendig stationär zu erbringende Fälle im ambulanten Bereich versorgt werden. Aus der Sicht der ambulant tätigen bzw. niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sollte die Vergütung hinreichend hoch sein, damit Ambulantisierungspotenziale ausgeschöpft werden. Letztlich sollte aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die sektorengleiche Vergütung mindestens kostenneutral gestaltet werden, um die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler nicht zusätzlich zu belasten.

Die Lösung, mit der diese Erwartungen erfüllt werden sollen, soll nach dem Willen des Gesetzgebers die Hybrid-DRG sein. Die Hybrid-DRG ist eine Mischung aus den diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) und dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Für klar definierte Leistungen mit bestimmtem Schweregrad legt die Hybrid-DRG den zur Refinanzierung vorzusehenden Preis fest. Die Besonderheit der Hybrid-DRG ist, dass dies erstmalig unabhängig vom Sektor der Leistungserbringung geschehen soll. Das heißt: Unabhängig davon, ob eine Leistung stationär im Krankenhaus, ambulant im Krankenhaus oder bei einem

niedergelassenen Arzt erbracht wird, gibt es einen einheitlichen Preis.

Damit die Hybrid-DRG innerhalb der gesetzten Rahmenbedingungen die gewünschte Wirksamkeit entfaltet, muss ein Preiskorridor aus theoretischen Überlegungen hergeleitet werden. Erstens bieten die Kosten der ambulanten Leistungserbringung, insofern die Leistung bereits ambulant erbracht wird, eine natürliche untere Schranke für den Hybrid-DRG-Preis. Ein niedrigerer Preis birgt die Gefahr einer Unterversorgung der Bevölkerung durch eine Unterfinanzierung der Leistungserbringer. Zweitens kann der aktuelle Preis der mit der Leistung korrespondierenden DRG als obere Schranke verstanden werden. Zu diesem Preis erbringen Krankenhäuser an sich ambulantisierbare Leistungen im vollstationären Setting und erhalten eine durch das InEK kalkulierte angemessene Vergütung. Zwingend stationär zu erbringende Fälle mit erhöhtem Aufwand, die auch zukünftig eine stationäre Behandlung erfordern, könnten über eine erhöhte Residual-DRG vergütet werden, die sich kalkulatorisch aus verbleibenden stationären Fällen ergeben wird.

Neben diesen zwei Grenzen kann eine aus GKV-Sicht kostenneutrale Preisobergrenze  $p_E$  bestimmt werden. Diese Preisobergrenze liegt an jener Stelle, an der der Preis der Hybrid-DRG multipliziert mit der Anzahl ambulantisierbarer Fälle den Kosten aller im Status quo erbrachten ambulanten und ambulantisierbaren stationären Fälle entspricht (Rößler et al., 2022):

$$p_E = n_S \cdot p_S + n_A \cdot p_A = (1 - n_A) \cdot p_S + n_A \cdot p_A.$$

Hierbei bezeichnen  $p_S$  und  $p_A$  die Preise der stationären bzw. ambulanten Leistungserbringung,  $n_S$  stellt den initialen Anteil der stationären Leistungen an der Gesamtleistungsmenge und  $n_A$  den initialen Anteil der ambulanten Leistungen an der Gesamtleistungsmenge (= Ambulantisierungsgrad) dar. Die Lage des kostenneutralen Preises hängt somit von der aktuellen Preisdifferenz zwischen dem ambulanten und stationären Sektor und dem Ambulantisierungsgrad der Leistung ab.

Damit sich auch durch diesen Preis keine Unterfinanzierung von originär stationären Fällen ergibt, müssen Kontextfaktoren definiert werden, bei deren Vorhandensein eine ambulante Versorgung bzw. eine niedriger bepreiste Hybrid-DRG ausgeschlossen sind. Die Definition derartiger Kontextfaktoren war Gegenstand des IGES-Gutachtens sowie der vorhergehenden ePaper des bifg (IGES Institut, 2022; Repschläger et al., 2022a–b; Rößler et al., 2022) und wird an dieser Stelle nicht mehr im Detail beleuchtet.

Für eine informierte Preissetzung der Hybrid-DRG muss also die Vergütung des Status quo verstanden werden. Es gilt, die ambulanten und stationären Mengen sowie deren Kosten für die zu kalkulierenden Leistungen zu ermitteln. Das hier vorliegende Papier zeigt exemplarisch das Vorgehen zur Bestimmung des Preiskorridors für Hybrid-DRG anhand von drei Leistungen auf und beleuchtet dabei die wesentlichen methodischen und empirischen Hürden. Darüber hinaus werden die möglichen finanziellen Konsequenzen einer Einführung der Hybrid-DRG ohne eine ausreichende Berücksichtigung der Ausgangslage für das Gesundheitssystem und damit letztlich für die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler abgeschätzt.

## **Auswahl der exemplarischen Leistungen zur Kalkulation einer einheitlichen sektorengleichen Vergütung**

Die zur Berechnung der Hybrid-DRG-Preiskorridore ausgewählten Leistungen sind in der Tabelle 1 aufgelistet und werden nachfolgend vorgestellt. Die Leistungen umfassen solche, die bereits im AOP-Vertrag verankert sind und damit sowohl ambulant wie stationär erbracht und vergütet werden. Darüber hinausgehend wurde eine beispielhafte, grundsätzlich ambulant erbringbare Leistung außerhalb des AOP-Vertrages betrachtet. Die Einzelleistungen wurden hierbei über Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) im stationären Setting, über Gebührenordnungspositionennummern (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) im ambulanten Setting und über GOP und OPS bei AOP-Vertragsleistungen definiert (siehe Tabelle 1). Zusatzpauschalen und ergänzende GOP z.B. für Dokumentation oder Histologie wurden für den Fallaufgriff nicht herangezogen, um eine Doppelzählung von Fällen zu verhindern. Bei der Preiskalkulation wurden alle zur Leistung gehörenden GOP berücksichtigt. Aus der Menge der ambulanten Fälle ausgeschlossen wurden zudem belegärztliche Fälle über EBM-GOP, um eine Doppelzählung im ambulanten und stationären Setting zu verhindern (vgl. Rößler et al., 2022). Ferner wurde berücksichtigt, dass manche GOP bei verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen unterschiedliche Leistungen anzeigen.

Tabelle 1: Ausgewählte Leistungen zur Berechnung von Hybrid-DRG und deren Abbildung über OPS, AOP-Vertrag und EBM-GOP

Hybrid-DRG/ Leistungen	Bezeichnungen	OPS	AOP-Vertrag/Anhang- 2-EBM-GOP	weitere EBM-GOP
Koloskopie	Diagnostische Koloskopie: Partiell, Total bis Zäkum, Total mit Ileos- kopie, Sonstige, N.n.bez.	1-650.0, 1-650.1, 1-650.2, 1-650.x, 1-650.y	13422, 04518, 13421, 04514	01741, 01741V, 01741M, 01741B, 01741A, 13421G, 13422G, 90741M, 97790G, 97790O, 97790H, 99741, 99136, 90743M, 97790R, 97790J, 97790I, 97790K, 97790L, 97790P, 97790Q, 97790N, 13422I, 13421I, 04518I, 04514G, 04514I, 04514G, 01742V, 01742M, 90741, 01742, 90743
Polysomno- graphie	Kardiorespira- torische Poly- somnographie	1-790		30901, 30901U, 30901C, 30901B, 30901A, 97014
Extrakapsu- läre Ex- traktion der Linse [ECCE]; Linsenkern- verflüssigung [Phakoemulsi- fikation]	Linsenkern- verflüssigung [Phakoemulsi- fikation] über sklero-korne- alen Zugang; über kornealen Zugang	5-144.3a, 5-144.3b, 5-144.3c, 5-144.3e, 5-144.3f, 5-144.3g, 5-144.3j, 5-144.35, 5-144.36, 5-144.37, 5-144.39, 5-144.30, 5-144.5a, 5-144.5b, 5-144.5c, 5-144.5e, 5-144.5f, 5-144.5g, 5-144.5j, 5-144.55, 5-144.56, 5-144.57, 5-144.59, 5-144.50	31351, 31350	31351G, 99213, 92066, 90636, 90355, 90354

Quelle: eigene Darstellung

Als erste beispielhafte Leistung wurde die **Koloskopie** ausgewählt. Die Koloskopie bzw. Darmspiegelung ist eine häufige Maßnahme zur Diagnostik und Therapie von Darmerkrankungen, inklusive der Darmkrebsfrüherkennung. Mit Hilfe eines Koloskops untersucht die Ärztin bzw. der Arzt den Dickdarm oder auch Teile des Dünndarms auf eventuelle krankhafte Veränderungen. Ggf. können Gewebeproben entnommen und kleinere Eingriffe vorgenommen werden. Der Eingriff kann mit oder ohne Sedierung bzw. Kurznarkose der betroffenen Person erfolgen. Die Darmspiegelung wird in der

Regel ambulant durch eine Gastroenterologin bzw. einen Gastroenterologen oder in einer dafür spezialisierten Klinik durchgeführt. Eine stationäre Aufnahme im Krankenhaus ist nur selten nötig. Stationär finden Koloskopien meist im Zusammenhang mit weiterführenden Behandlungen statt.

Eine **Polysomnographie** ist ein diagnostisches Verfahren zur Untersuchung von Schlafstörungen, bei der unterschiedliche Körperfunktionen während des Schlafes kontinuierlich gemessen werden. Die Mehrheit der Po-

lysomnographien erfolgt ambulant in sogenannten Schlaflaboren. Die Leistung kann aber auch stationär im Krankenhaus erbracht werden. Die Polysomnographie ist nicht im AOP-Vertrag verankert. Damit hat eine ambulante Erbringung im Krankenhaus zurzeit keine Grundlage, obwohl eine ambulante Erbringung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte die Regel ist. Bei der **extrakapsulären Extraktion der Linse [ECCE]** wird die Augenlinse durch eine künstliche Linse ersetzt. Oft wird diese Operation zur Behandlung des Grauen Stars (Katarakt) eingesetzt und ist heutzutage ein Routineeingriff, der ambulant erbracht werden kann.

## Methodik

Die nachfolgenden Analysen beruhen auf Abrechnungsdaten der BARMER des Jahres 2021. Analog zu vorangegangenen Auswertungen (Repschläger et al., 2022a–b; Rößler et al., 2022) wurden alle vollstationären Fälle exklusive Geburten sowie alle ambulant durch Krankenhäuser und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erbrachten Fälle herangezogen. Belegärztliche Operationen wurden aus den ambulanten OP-Fällen ausgeschlossen, um eine Doppelzählung im ambulanten und stationären Bereich zu vermeiden. Ebenfalls wurden Fälle bei Kindern (Alter < 18) ausgeschlossen, um die Komplexität insbesondere bei der Abrechnung von EBM-GOP zu reduzieren. Im Einklang mit vorangegangenen Analysen (Repschläger et al., 2022a–b) wurden im Rahmen der hier durchgeführten Auswertungen die im IGES-Gutachten operationalisierten Kontextfaktoren betrachtet:

- K1 (DRG nicht ambulant durchführbar),
- K2 (Stationäre Behandlung laut OPS angezeigt [inkl. .xy-Codes]),
- K3 (Stationäre Beatmung),
- K5 (Postoperative Versorgungssicherheit nicht gewährleistet),
- K6 (Stationäre Behandlung durch Diagnose angezeigt),
- K7 (Stationäre Behandlung durch Patient Clinical Complexity Level [PCCL]  $\geq 4$  angezeigt),
- K8 (Stationäre Behandlung aufgrund von Gebrechlichkeit angezeigt).

Im Vergleich zu den Kontextfaktoren des AOP-Kataloges ab 2023 bilden die Kontextfaktoren des IGES-Gutachtens eine breitere Basis und erwiesen sich als geeigneter im Vergleich zu den Kontextfaktoren des AOP-Kataloges zur Bestimmung von Hybrid-DRG. Ein Indiz hierfür liefert die Trennschärfe der Kontextfaktoren bei der Separierung von ambulanten und stationären Fällen. Mit Hilfe dieses Ansatzes können die Fälle erfasst werden, für die Krankenhäuser Gründe des Arztvorbehaltes außerhalb der AOP-Kontextfaktoren angeben, um die stationäre Leistungserbringung zu begründen. Die IGES-Kontextfaktoren erwiesen sich als trennschärfer mit einer höheren Accuracy und besserer Sensitivität bei der Detektion stationär erbrachter Fälle (Rößler et al., 2023). Diese Eigenschaften sind wichtig, um die originär stationären Fälle aus der Kalkulation der Hybrid-DRG herauszuhalten.

## Die Anzahl sektorengleicher Fälle

### Hintergrund und Bestimmung

Die Gesamtheit aller Behandlungsfälle, die ambulant erbracht werden können, bildet das Potenzial der sektorengleichen Fälle. Bei der Ermittlung der entsprechenden Fallmenge sind zunächst jene Fälle mit Leistungen der zukünftigen Hybrid-DRG auszuwählen. Für Fälle, die im Krankenhaus (stationär oder ambulant) erbracht werden, ist hierfür der Aufgriff über OPS-Ziffern hinreichend (vgl. Tabelle 1). Für Fälle, die durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erfolgen, zeigt die Gebührenordnungsposition (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) die Leistung und somit den Fall an.

Zwar sind die GOP ambulantisierbarer Operationen und Prozeduren im AOP-Vertrag verankert, allerdings ist der AOP-Vertrag in diesem Aspekt nicht vollständig. Nicht alle Abrechnungsziffern einer korrespondierenden Leistung sind im AOP-Vertrag zu finden, insbesondere GOP, die spezifisch für einzelne Kassenärztliche Vereinigungen z. B. per Selektivvertrag gelten, fehlen im AOP-Vertrag. Insofern eine Leistung separat kodierte Teilleistungen enthält, die nicht im AOP-Vertrag

verankert sind, trifft dies zudem auch auf kollektivvertragliche GOP zu. Blickt man nur auf GOP des AOP-Vertrages, wird potenziell ein erheblicher Anteil an Leistungen ausgeblendet, was zu negativen Folgen für die Versorgung führen kann. Entsprechende Leistungen würden zukünftig gegenüber der Hybrid-DRG untervergütet, obwohl aufgrund der Existenz eines Selektivvertrages die Förderungswürdigkeit der entsprechenden Leistungen unterstellt werden kann. Es ist daher zu erwarten, dass diese Leistungen nach Einführung der Hybrid-DRG ebenfalls mit dieser vergütet würden oder entsprechende Anpassungen der Selektivverträge erfolgen würden. Folglich müssen alle abrechenbaren Gebührenpositionen recherchiert und erfasst werden, um die Leistungsmenge im Status quo vollumfänglich abbilden zu können.

Diese Aufgabe stellt sich in der Praxis als äußerst aufwändig heraus. Im Falle der Koloskopie z. B. stehen vier GOP gemäß AOP-Vertrag 30 GOP gegenüber, die bei Versicherten der BARMER eine Abrechnung finden. Darunter fallen GOP, die sachlogisch mit der Leistung verbunden sind, aber als solche nur mit medizinischem Hintergrundwissen erkannt werden können, z. B. „01741 – Früherkennungsuntersuchungen auf kolorektales Karzinom“. Ein anderes Beispiel ist die Polysomnographie, welche nicht unter dem AOP-Vertrag abgerechnet werden kann. Dennoch gibt es sechs Abrechnungsziffern, die es niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten erlauben, eine solche Leistung ambulant zu erbringen, z. B. die „30901 – Kardiorespiratorische Polysomnographie gemäß Stufe 4 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA)“. Das hier skizzierte Rechercheproblem gilt für alle Leistungen, die für die Vergütung über eine Hybrid-DRG in Betracht gezogen werden, und unterstreicht die Komplexität beim Aufgriff von sektorengleichen Fällen.

### Vollständige Identifizierung ambulanter Behandlungsfälle

Über diejenigen GOP, die im AOP-Katalog den OPS-Ziffern einer spezifischen Leistung zugeordnet sind, wird nur ein Teil der ambulanten Leistungserbringung erfasst. Die Bestimmung der Anzahl ambulanter Behandlungsfälle erfordert daher eine intensive Recherche hinsichtlich weiterer relevanter GOP (z. B. in Selektivverträgen).

Ist der Aufgriff von sektorengleichen Fällen erfolgt, müssen die entsprechenden stationären Fälle in einem zweiten Schritt um solche Fälle bereinigt werden, die aufgrund von Kontextfaktoren eine stationäre Erbringung zwingend erfordern. Derartige Fallkonstellationen unterliegen aufgrund ihres stationären Settings weiterhin dem DRG-System. Neben der Anwendung der Kontextfaktoren des AOP-Vertrages ist hierbei auch auf den Arztvorbehalt zu achten. In einem ersten Schritt können die detaillierten Definitionen des IGES-Gutachtens genutzt werden. Das hier veranschlagte Vorgehen folgt dabei den Ausführungen in Repschläger et al. (2022a–b) und Rößler et al. (2022). Für die tatsächliche Kalkulation der Hybrid-DRG, die über die beispielhaft vorgebrachten Basisgrundlagen dieses Artikels hinausgehen muss, ist eine vollumfängliche Evaluation der Gründe für den Arztvorbehalt, so wie sie seit dem 2. Quartal 2023 unter dem aktuellen AOP-Vertrag vorliegen, durchzuführen.

### Durchführung einer Kontextprüfung zur Bestimmung potenziell ambulantisierbarer stationärer Fälle

In die Kalkulation der Hybrid-DRG dürfen nur solche stationären Fälle einbezogen werden, für die eine ambulante Leistungserbringung potenziell möglich ist. Hierfür ist eine möglichst sensitive Kontextprüfung zur Identifizierung von Ausschlussgründen von der ambulanten Leistungserbringung vorzunehmen.

## Ergebnisse für die ausgewählten Leistungen

Die Fallzahlen der ausgewählten Leistungen werden differenziert nach dem Sektor der Leistungserbringung und deren Ambulantisierbarkeit in Tabelle 2 dargestellt. Die Fallmenge N6 beschreibt hierbei die Anzahl der sektorengleichen Fälle, die für eine Hybrid-DRG in Frage kommen. Dabei wurde N6 als Summe über N2, N3, N4 und N5 gebildet und umfasst ambulantisierbare stationär erbrachte Fälle, ambulant erbrachte Fälle im Krankenhaus, ambulant erbrachte Fälle bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, die eine Abrechnung gemäß AOP-Vertrag gefunden haben, und ambulant erbrachte Fälle bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, welche über den EBM außerhalb des

AOP-Vertrages abgerechnet wurden. Es ist zu erkennen, dass die Menge N5 je nach Leistung einen erheblichen Anteil der ambulanten Fälle ausmachen kann. So wurden bei der Koloskopie 30% der Fälle außerhalb des AOP-Vertrages abgerechnet. Bei der Polysomnographie betraf dies alle abgerechneten ambulanten Fälle. Hochgerechnet auf Deutschland betreffen die hier betrachteten Leistungen ca. 4,7 Mio. sektorengleiche, potenziell ambulant erbringbare Fälle. Davon entfallen rund 3,2 Mio. Fälle auf die Koloskopie, 1,1 Mio. Fälle auf ECCE und rund 400.000 Fälle auf die Polysomnographie.

Tabelle 2: Fallzahlen der ausgewählten Leistungen

Hybrid-DRG/ Leistungen	stationäre Fälle	davon: ambulan- tisierbare stationäre Fälle	ambulante Fälle im Kran- kenhaus	ambulante Fälle beim niederge- lassenen Arzt ge- mäß AOP- Vertrag	ambulante Fälle beim niederge- lassenen Arzt außerhalb des AOP- Vertrages	ambulante Leistungs- menge außerhalb AOP-Katalog/ Anhang 2 EBM	sektoren- gleiche Fälle
	N1	N2	N3	N4	N5	N5/ (N3+N4+N5)	N6
Koloskopie	68.800	18.300	49.700	172.800	95.400	30,0%	336.200
Polysomno- graphie	7.700	2.100	0	0	39.600	100,0%	41.700
Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	13.500	5.400	16.700	78.800	19.000	16,6%	119.900

Quelle: BARMER-Daten 2021

## Ambulantisierungsgrade der ausgewählten Leistungen

Die Tabelle 2 beantwortet nur vermeintlich die Frage nach dem aktuellen Ambulantisierungsgrad der Leistungen. Augenscheinlich bedienen die Fallmengen N1 bis N6 sehr unterschiedliche Perspektiven der Kategorien „stationär“ und „ambulant“. Während die Fallmenge N1 originär stationäre Fälle beinhaltet, ist die Fallmenge N2 bereits spezifischer, da diese stationär abgerechnete Fälle erfasst, die eigentlich ambulant erfolgen könnten. Bei der Fallmenge N3 erbringt das Krankenhaus ambulante Leistungen gemäß AOP-Ver-

trag und bei der Fallmenge N4 werden ebenjene Leistungen von ambulant niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten erbracht. Die Fallmengen N4 und N5 befinden sich daher in einem zwischenstationären Bereich, definiert durch den AOP-Vertrag. Die Fallmenge N5 beinhaltet originär ambulante Fälle, die zwar leistungsgleich erbracht werden, aber so nicht von Krankenhäusern abgerechnet werden dürfen. Aus diesen Fallmengen ergeben sich drei Arten von Ambulantisierungsgraden, abgebildet in Tabelle 3.

**Tabelle 3: Ambulantisierungsgrade der ausgewählten Leistungen**

Hybrid-DRG/Leistungen	stationärer Ambulantisierungsgrad	AOP- Ambulantisierungsgrad	Gesamt- ambulantisierungsgrad
	1–N2 / (N2+N3)	1–N2 / (N2+N3+N4)	1–N2 / (N2+N3+N4+N5)
Koloskopie	73,1%	92,4%	<b>94,6%</b>
Polysomnographie	0,0%	0,0%	<b>95,0%</b>
Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	75,6%	94,6%	<b>95,5%</b>

Quelle: BARMER-Daten 2021

Der stationäre Ambulantisierungsgrad zeigt an, welchen Fallanteil Krankenhäuser bereits ambulantisiert haben. Bei der Koloskopie und der extrakapsulären Extraktion der Linse waren dies ca. 73,1% bis 75,6%. Nimmt man die Fallmenge N4 hinzu, also die Menge an Fällen, die ambulant niedergelassene Ärztinnen und Ärzte auf der Grundlage des AOP-Vertrages aus der eher teureren Krankenhausstruktur herausgelöst haben, so ergaben sich über 92% für die Koloskopie und die extrakapsuläre Extraktion der Linse. Für beide Leistungen war damit bereits der größte Anteil der ambulanten Leistungserbringung erfasst. Bei der Polysomnographie wurden 95% der Leistungen originär ambulant erbracht, ohne dass dies über den AOP-Vertrag verankert gewesen wäre. Auch die Koloskopie und die extrakapsuläre Extraktion der Linse weisen eine erhebliche ambulante Leistungsmenge außerhalb des AOP-Kataloges/Anhang-2-EBM auf (vgl. Tabelle 2).

### Empirische Bestimmung von ambulanten Fallzahlen und Ambulantisierungsgraden

Es werden bereits heute in erheblichem Umfang stationär abrechenbare Leistungen außerhalb des AOP-Vertrages ambulant erbracht. Werden diese ambulanten Fälle nicht berücksichtigt, wird der Ambulantisierungsgrad für eine Reihe von Leistungen stark unterschätzt.



## Die Preise und Kosten sektorengleicher Fälle

### Hintergrund und Bestimmung

Die Preise, die für sektorengleiche Fälle veranschlagt werden, unterscheiden sich je nach Abrechnungssystem. So sind stationäre Fallabrechnungen im Krankenhaus über Entgeltschlüssel, ambulante Operationen im Krankenhaus über Einzelleistungsvergütung und ambulante Fälle bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten über (regionale) Gebührenordnungspositionen, Orientierungswert und Fallpauschalen zu bewerten. Hinzu kommen selektivvertragliche Regelungen und die Abrechnung von Sachkosten und Material, welche leistungsbezogen in unterschiedlichem Maße Einfluss auf die Vergütung nehmen.

Den vermeintlich einfachsten Fall bieten vollstationäre Abrechnungen, da hier fallpauschalisierte DRG vorliegen. Allerdings ist bei der Verwendung der DRG als Preis für eine stationäre Leistung größte Vorsicht geboten. In den meisten stationären Fällen werden zusätzlich zu der Hybrid-DRG-Leistung weitere Leistungen durchgeführt und über eine, den gesamten stationären Fall umfassende, DRG abgerechnet. Daneben begründen auch unterschiedliche Haupt- und Nebendiagnosen unterschiedliche DRGs.

Im Falle der ambulanten Erbringung im Krankenhaus erfolgt eine Einzelleistungsvergütung. Infolgedessen können die empirisch ermittelten Durchschnittsausgaben als gute Approximation des Preises der ambulanten Leistungserbringung dienen. Bei der ambulan-

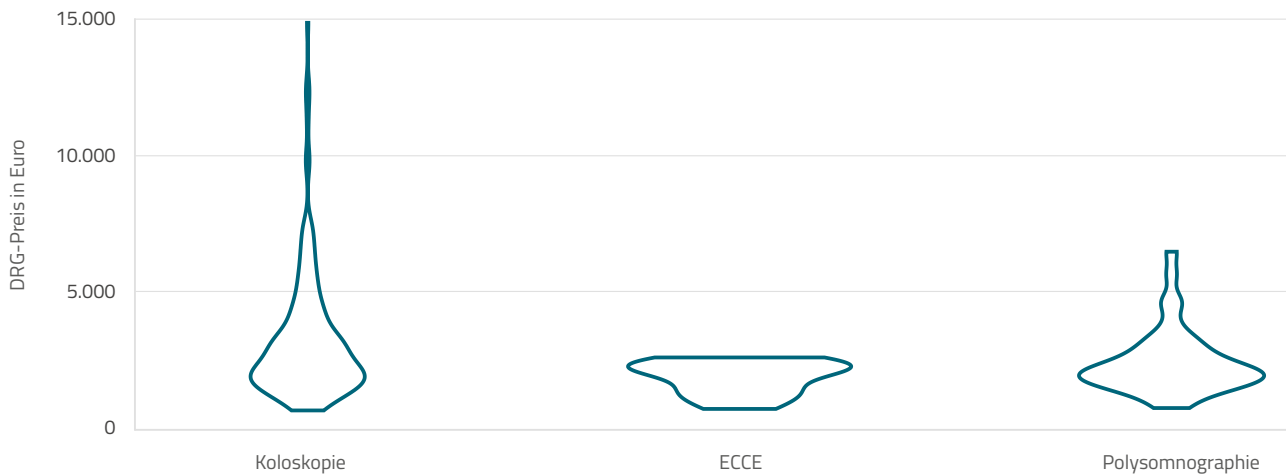
ten Erbringung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte muss die Kalkulation mit Hilfe der GOP des EBM erfolgen. Dies führt automatisch zu drei wesentlichen Problemen. Erstens müssen Abrechnungsfälle über verschiedene Ärztinnen und Ärzte und Quartale auf Ebene des Versicherten zusammengezogen werden, sofern diese Vor- oder Nachsorgebehandlungen enthalten, welche den originären Leistungen zugehörig sind. Zweitens müssen Fallpauschalen, welche unabhängig von Einzelleistungen anfallen, anteilig auf die Leistungen umgelegt werden. Letztlich ist auch der Praxisbedarf zu beziffern.

Unter bestmöglicher Berücksichtigung dieser Probleme soll im Folgenden exemplarisch aufgezeigt werden, welche Preiskorridore sich für die ausgewählten Leistungen ergeben.

### Ergebnisse für die ausgewählten Leistungen

In der nachfolgenden Abbildung 1 werden die Verteilungen der DRG-Preise aller bei der BARMER im Jahr 2021 abgerechneten ambulantisierbaren stationären Fälle für die genannten Leistungen dargestellt. Betrachtet werden die DRGs der Fallmenge N2, sodass Fälle mit besonderer Kostenstruktur, die im Allgemeinen nicht als ambulantisierbar gelten, z. B. Langlieger, Fälle mit besonders teuren Arzneimitteln oder erhöhtem Pflegebedarf, bereits ausgeschlossen wurden. Dennoch sind erhebliche Spreizungen in den Preisen zu sehen. Insbesondere bei der Koloskopie weicht der maximale DRG-Preis um den Faktor 5 von dem Preis einer durchschnittlich abgerechneten DRG ab.

Abbildung 1: DRG-Preise für die ausgewählten Leistungen



Quelle: BARMER-Daten 2021

Am Beispiel der Koloskopie lassen sich die Hintergründe dieses Phänomens gut illustrieren. Die Leistung Koloskopie erfolgte im Jahr 2021 bei Versicherten der BARMER in rund 68.800, Fällen. Reduziert man diese Fälle auf ausschließlich ambulantisierbare Fälle, verblieb eine Anzahl von 18.300, wobei 228 verschiedene DRGs aus 22 unterschiedlichen MDCs Abrechnung fanden. Hierüber ergab sich eine Preisspanne von 624€ bis 14.860€, welche maßgeblich durch Fälle verursacht wurde, bei denen die Koloskopie nicht den wesentlichen Kostenbestandteil bildete. Diese Fälle bilden daher die falsche Basis, um eine Preisabschätzung zu tätigen. Um diesem Argument Rechnung zu tragen, wurden in Folge nur noch jene Fälle betrachtet, bei denen die betreffenden Leistungen, hier die Koloskopie, die alleinigen Leistungen eines Abrechnungsfalles darstellten. Doch selbst bei diesem Vorgehen verblieben 44 verschiedene DRGs aus 15 unterschiedlichen MDCs. Das Problem der Bestimmung des stationären Preises auf Basis der Kostenverteilung erscheint daher für die Koloskopie als empirisch nicht valide lösbar. Für andere Leistungen kann sich die Bestimmung einer passenden Referenz-DRG jedoch grundsätzlich als möglich erweisen.

#### Bestimmung des Preises der stationären Leistungserbringung

Es ist nicht valide möglich, den stationären Preisanteil der Hybrid-DRG aus der Kostenverteilung der abgerechneten stationären Fälle empirisch zu bestimmen. Anstelle dessen müssen granulare Kostendaten zur Kalkulation herangezogen oder geeignete Referenz-DRGs begründet werden, welche das stationäre Geschehen der Leistungen bestmöglich repräsentieren.

Die Kosten der stationären Fälle auf Grundlage ausgewählter Referenz-DRGs (P1), der ambulanten Fälle im Krankenhaus (P2) und der ambulanten Leistungen beim niedergelassenen Arzt ohne (P3) und mit Vor- und Nachsorge (P4) werden in Tabelle 4 dargestellt. Durch die Einbeziehung von Vor- und Nachsorgeleistungen bildet der ambulante Preis P4 potenziell Leistungen ab, die nicht über den DRG-Preis P1 erfasst werden. Die in der letzten Spalte dargestellte Preisdifferenz aus P1 und P4 spiegelt daher den konservativ geschätzten Preisunterschied zwischen den Sektoren wider.

Die zur DRG höchste Preisdifferenz ergab sich bei der Koloskopie mit 777,59€. Damit betrug der Preis der stationären Leistungserbringung der Koloskopie mehr als das Fünffache des Preises der ambulanten Leistungserbringung. Die geringste Preisdifferenz ergab sich bei der Polysomnographie mit 137,01€. Auch für

diese Leistung lag der stationäre Preis jedoch um rund 20% und damit erheblich über dem ambulanten Preis. Im Durchschnitt war die ambulante Leistungserbringung um mehr als 68% günstiger als die stationäre Leistungserbringung.

Tabelle 4: Kosten der ausgewählten Leistungen

Hybrid-DRG/ Leistungen	Referenz- DRG	stationäre Fälle (DRG)	ambulante Fälle im Kranken- haus	ambulante Leistungen beim nieder- gelassenen Arzt ohne Vor- und Nachsorge	ambulante Leistungen beim nieder- gelassenen Arzt zzgl. Vor- und Nachsorge	Preis- differenz	Preis- relation
		P1	P2	P3	P4	P1-P4	P1/P4
Koloskopie	G72B	956,19€	238,79€	165,59€	178,60€	777,59€	5,4
Polysomno- graphie	E63B	784,11€		361,75€	647,10€	137,01€	1,2
Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	C08B	1.221,52€	600,95€	283,84€	646,78€	574,74€	1,9

Quelle: BARMER-Daten 2021

## Kostenneutraler Preis der Hybrid-DRG

### Hintergrund und Bestimmung

Aus mathematischen Überlegungen kann der Preis einer kostenneutralen Hybrid-DRG bestimmt werden, dies zeigt das vorangegangene ePaper von Rößler et al. (2022, siehe auch Abschnitt 2). Grundlegend für die Bestimmung des kostenneutralen Preises ist die Differenzierung des Preises der Hybrid-DRG,  $p_E$  im Sinne eines Mischpreises aus ambulanter Leistungsvergütung  $p_A$  und stationärer Leistungsvergütung  $p_S$ :

$$p_E = w \cdot p_S + (1 - w) \cdot p_A,$$

wobei  $w \in [0,1]$  das Gewicht des stationären Preises darstellt. Bei einem Gewicht von 1 wäre der DRG-Preis gleichfalls der Preis der Hybrid-DRG, während ein Gewicht von 0 zum Preis gemäß EBM führt. Somit wird der bereits beschriebene Preiskorridor abgedeckt. Ein Schritt zur Beantwortung der Frage nach der kostenneutralen Gewichtung liefert der folgende mathematische Zusammenhang:

$$w(\Delta K) = 1 + \frac{\Delta K}{N \cdot (\Delta p)} - n_A,$$

Dieser belegt, dass es einen direkten Zusammenhang zwischen Gewichtungsfaktor und Kostenreduktion bzw. Kostenausweitung innerhalb der GKV,  $\Delta K$ , gibt. Diese Kostenveränderung ist von der Gesamtleistungsmenge  $N$ , der aktuellen Preisdifferenz zwischen ambulanter und stationärer Erbringung  $\Delta p = p_S - p_A$  und dem aktuellen Ambulantisierungsgrad,

$$\eta_A = \frac{N_A}{N},$$

abhängig. Eine kostenneutrale Hybrid-DRG liegt genau dann vor, wenn es weder Kostenausweitung noch Kosteneinsparung gibt, d.h., wenn  $\Delta K$  gerade null ist. Wie leicht zu sehen ist, wird die Kostenneutralität immer dann erreicht, wenn die Gewichtung des stationären Preises dem Komplement des Ambulantisierungsgrades entspricht.

## Ergebnisse für die ausgewählten Leistungen

In Tabelle 5 ist der so berechnete finanzierungneutrale Preis der Hybrid-DRG neben dem oben bestimmten ambulanten und dem stationären Preis sowie dem Angleichungsfaktor an die DRG dargestellt. Es ist ersichtlich, dass es besonders bei der Koloskopie nur einen sehr kleinen Angleichungsfaktor zur DRG gibt. Ursächlich sind die hohe Preisspanne zwischen dem ambulanten und stationären Preis und die ebenfalls bereits hohe Ambulantisierungsquote. Bei der Polysomnographie beträgt das Verhältnis kostenneutraler Preis zu DRG-Preis zwar 83%, dies liegt allerdings nur an der niedrigen Preisdifferenz; tatsächlich entspricht der kostenneutrale Preis fast dem ambulanten Preis.

Tabelle 5: Kostenneutraler Preis der Hybrid-DRG

Hybrid-DRG/Leistungen	ambulanter Preis	stationärer Preis (DRG)	kostenneutraler Preis der Hybrid-DRG	Verhältnis kostenneutraler Preis/stationärer Preis
Koloskopie	178,60 €	956,19 €	220,85 €	23,1 %
Polysomnographie	647,10 €	784,11 €	653,89 €	83,4 %
Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	646,78 €	1221,52 €	672,54 €	55,1 %

Quelle: BARMER-Daten 2019; eigene Berechnungen

## Kosten für die GKV bei inadäquat bestimmten Hybrid-DRG-Preisen

Um die Finanzierungsrisiken für die GKV zu quantifizieren, werden die sechs in Tabelle 6 dargestellten Szenarien betrachtet.

Tabelle 6: Szenarien bei der Preiskalkulation von Hybrid-DRG

Annahmen bei der Berechnung des Preises der Hybrid-DRG	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4	Szenario 5	Szenario 6
ambulantisierbare stationäre Fallmenge im Status quo	N2	N2	N1	N2	–	–
bereits realisierte ambulante Fallmenge im Status quo	N3+N4	N3+N4+N5	N3+N4+N5	N3+N4	–	–
Preis der ambulanten Leistungserbringung im Status quo	P4	P4	P4	P4	–	–
Preis der stationären Leistungserbringung im Status quo	P1	Median-DRG	P1	Median-DRG	P1	Median-DRG

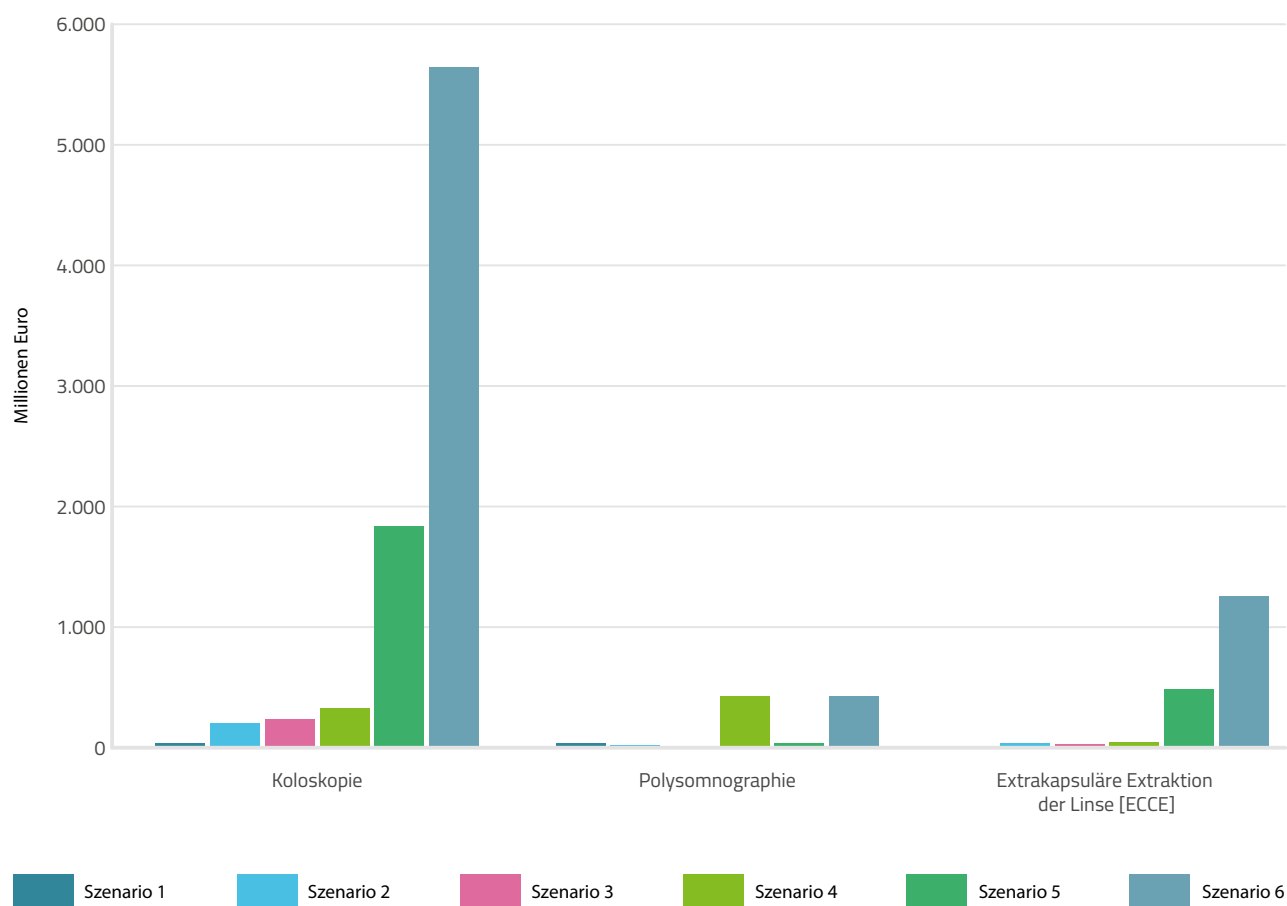
Quelle: eigene Darstellung

In Szenario 1 wird hypothetisch angenommen, dass sich die Berechnungsgrundlage der Hybrid-DRG auf den AOP-Ambulantisierungsgrad stützt. Hierdurch wird nicht beachtet, dass eine große Anzahl von Fällen bereits originär ambulant erbracht wurde (Fallmenge N5). Für Fälle N5 ist zu erwarten, dass eine Umdeklarierung zu Hybrid-DRGs stattfindet, wodurch die ambulanten Kosten steigen. In Szenario 2 wird davon ausgegangen, dass der stationäre Preis nicht korrekt bestimmt wird und anstelle dessen der Median-Preis der ambulantisierbaren stationären Fälle genutzt wird. Bei diesem Preis gibt es genauso viele günstigere ambulantisierbare Fälle wie teurere ambulantisierbare Fälle. Dieser Preis beschreibt damit aber nicht mehr denjenigen der stationären Leistungen, da die Median-DRG im Gegensatz zur Referenz-DRG weitere und über die betrachtete Leistung hinausgehende Leistungen

beinhaltet. In Szenario 3 werden die Kontextfaktoren nicht auf die stationären Fälle angewendet, hierdurch erscheint es, als ob alle stationären Fälle ambulantisierbar wären, obwohl es sich zum Teil um originär stationäre Fälle handelt. Szenario 4 kombiniert die ersten beiden Szenarien. In Szenario 5 wird der aktuelle vollstationäre Preis der ambulantisierbaren Leistung als Hybrid-DRG angesetzt. In Szenario 6 wird anstelle der Referenz-DRG fälschlicherweise die Median-DRG verwendet und diese als sektorengleicher Preis angesetzt.

Die Abbildung 2 zeigt die auf die GKV hochgerechneten Mehrausgaben, die in den Szenarien 1 bis 6 zu erwarten sind. Die Hochrechnung erfolgte proportional anhand des Marktanteils der BARMER an Fällen nach § 115 (ambulantes Operieren) der Statistik KG3.

Abbildung 2: Prognostizierte Mehrkosten (in Millionen Euro) für die GKV bei inadäquater Preisgestaltung der Hybrid-DRG



	Mehrkosten in Millionen Euro					
	Szenario 1	Szenario 2	Szenario 3	Szenario 4	Szenario 5	Szenario 6
Koloskopie	42	207	240	331	1.834	5.642
Polysomnographie	40	19	5	428	40	428
Extrakapsuläre Exzision der Linse [ECCE]	4	34	31	45	488	1.258
<b>Summe</b>	<b>86</b>	<b>261</b>	<b>276</b>	<b>804</b>	<b>2.363</b>	<b>7.328</b>

Quelle: BARMER-Daten 2021, hochgerechnet anhand des Marktanteils der BARMER an Fällen nach § 115 (ambulantes Operieren) der Statistik KG3

Alle sechs Szenarien weisen erhebliche Mehrkosten für die GKV aus. Die höchsten Mehrkosten entfallen in Szenario 1 auf die Koloskopie (42 Mio. €) und die Polysomnographie (40 Mio. €). Die genannten Leistungen haben eine hohe Fallmenge N5, sodass deren fehlende Berücksichtigung schon bei kleinen Preisunterschieden erhebliche Mehrkosten bedingt. In Szenario 2 entsteht neben den höchsten Mehrkosten bei der Koloskopie (207 Mio. €) ein hoher Anstieg bei den Kosten für die

extrakapsuläre Exzision der Linse (34 Mio. €). Die Ursache für diese hohen Mehrkosten liegt in der Heterogenität der im Zusammenhang mit den Leistungen abgerechneten DRGs. Gleichfalls zeigt Szenario 3, dass erhebliche Mehrkosten bei Koloskopien (240 Mio. €) und extrakapsulären Exzisionen der Linse (31 Mio. €) zu erwarten wären, wenn die Kontextfaktoren nicht angewandt werden, da jeweils viele stationäre Fälle gar nicht ambulantisiert werden können. Treten die Bedin-

gungen von Szenario 1 und 2 gleichzeitig auf, so steigen die Mehrkosten noch einmal überproportional an. Dieses Szenario 4 bedingt insbesondere bei der Polysomnographie erhebliche Mehrkosten (428 Mio. €), da ohne die Berücksichtigung der Fallmenge N5 die bereits realisierte Ambulantisierung vollständig unberücksichtigt bliebe und gleichzeitig eine deutlich zu hohe Kostendifferenz maßgeblich würde. Die Extremsituation hinsichtlich einer Kostenausweitung wird durch die Szenarien 5 und 6 ersichtlich. Orientiert sich die Hybrid-DRG allein am stationären DRG-Preis und ignoriert den Ambulantisierungsgrad der jeweiligen Leistung sowie den ambulanten Preis, sind Mehrausgaben pro Leistung von mehreren Milliarden Euro in der GKV zu erwarten. Dies ergibt sich einerseits aus den Preisdifferenzen zwischen ambulanter und stationärer Erbringung und andererseits aus der Tatsache, dass Leistungen wie die Koloskopie bereits heute zu über 94 % ambulantisiert sind. Zusätzlich sind in der obigen Rechnung nicht abgebildete Mengenausweitungen durch die höhere Vergütung zu erwarten, welche die Kosten zusätzlich steigern würden. In Summe könnten allein für die betrachteten drei Leistungen 7,3 Mrd. € Mehrkosten (rund 2,7 % der GKV-Gesamtausgaben) für die GKV entstehen, wenn der Preis von Hybrid-DRGs inadäquat berechnet wird.

#### **Kostenrisiken bei inadäquater Bestimmung der Hybrid-DRG**

Bei Nichtberücksichtigung der oben dargestellten methodischen und empirischen Probleme bei Implementierung der Hybrid-DRGs können erhebliche zusätzliche Kosten für die GKV und somit für die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler entstehen. Diese belaufen sich im Extremfall alleine für die hier betrachteten drei Leistungen auf mehrere Milliarden Euro.

## **Diskussion**

Die Definition von Hybrid-DRGs ist mit erheblichen Kostenrisiken behaftet. Die Hybrid-DRG birgt die Gefahr der Unterversorgung von Patientinnen und Patienten mit vollstationärem Versorgungsbedarf. Dies ist dann zu erwarten, wenn die Kontextfaktoren, die eine Hybrid-DRG von der Residual-DRG trennen, nicht trennscharf sind bzw. wenn der Arztvorbehalt nicht hinreichend berücksichtigt wird. Gegenteilig kann der Anreiz entstehen, eine Residual-DRG zur Abrechnung zu bringen, obwohl ein Fall im Sinne einer Hybrid-DRG zu behandeln wäre. Auch ambulant könnten Leistungen zu einer Hybrid-DRG abgerechnet werden, die vormals nur Teile dieser enthalten haben. Um eine derartige Fehlklassifikation zu verhindern, müssen Mindestinhalte definiert werden, die zur vollständigen Erbringung sowohl der Hybrid-DRG als auch der Residual-DRG notwendig sind.

Bei der Kalkulation der Preise für die Hybrid-DRG kann ein Preiskorridor aus theoretischen Erwägungen gebildet werden. Hierbei besteht jedoch ein großes Risiko für Fehlkalkulationen und hohe Mehrkosten der GKV. Risiken liegen insbesondere in der Unterschätzung der ambulanten Leistungsmenge. Fälle in ambulanter Abrechnung außerhalb des AOP-Kataloges sind oft spezifisch für Kassenärztliche Vereinigungen und folgen selektivvertraglichen Regelungen. Eine Hybrid-DRG konkurriert nicht nur mit dieser Abrechnung, sondern wäre auch überfinanziert, wenn nicht berücksichtigt wird, dass für entsprechende Fälle zukünftig Anreize zu einer Abrechnung als Hybrid-DRG bestehen. Bei der Kalkulation muss stets beachtet werden, dass ambulante und stationäre Kosten und Fallmengen gleichartig und vollständig berücksichtigt werden, um eine Fehlkalkulation und negative Anreizwirkungen zu verhindern.

Ein weiteres bedeutsames Risiko ist die inadäquate Bestimmung des Preises der stationären Leistungserbringung. So führt eine Ableitung dieses Preises aus der DRG-Verteilung der einschlägigen stationären Fälle in der Regel zu einer deutlichen Überschätzung der Kosten der stationären Leistungserbringung, da häufig andere, kostenintensivere Leistungen im Rahmen derselben DRG mitvergütet werden.

In Bezug auf die drei in diesem ePaper exemplarisch ausgewählten Leistungen zeigte sich, dass diese bereits heute überwiegend ambulant erbracht werden. Dies korrespondiert mit nur geringfügigen Spielräumen für eine kostenneutrale Ausgestaltung der Hybrid-DRG. Eine ähnliche Ausgangslage ist für viele bereits im AOP-Katalog aufgeführte Leistungen zu erwarten, da die ambulante Erbringung dieser Leistungen bereits seit geraumer Zeit möglich und häufig auch der Regelfall ist. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Beschränkung auf den AOP-Katalog zur Auswahl von sektorengleich zu vergütenden Leistungen wenig zielführend. Mit dem IGES-Gutachten (IGES Institut, 2022) steht eine belastbare Quelle für über den gegenwärtigen AOP-Katalog hinausgehende, aus medizinischer Sicht grundsätzlich ambulant erbringbare Leistungen zur Verfügung. Bei vielen der im IGES-Gutachten empfohlenen Leistungen ist mit einem noch niedrigen Ambulantisierungsgrad zu rechnen, sodass deren Berücksichtigung bei der Leistungsauswahl sinnvoll erscheint.

Insgesamt ergeben sich bei Nichtberücksichtigung der hier dargestellten Probleme bei der Kalkulation der Hybrid-DRG erhebliche finanzielle Risiken für die GKV. Alleine für die hier exemplarisch betrachteten drei Leistungen könnten Mehrkosten in Höhe von mehreren Milliarden Euro auf die gesetzlichen Krankenkassen und letztlich auf die Versicherten zukommen. Eine Implementierung der Hybrid-DRG muss daher unbedingt mit Blick auf diese methodischen und empirischen Herausforderungen erfolgen.

## Empfehlungen

Aus den obigen Analysen lassen sich folgende grundsätzliche Empfehlungen für die Kalkulation von Hybrid-DRGs ableiten:

- Die Kalkulation der Hybrid-DRG muss unter **Berücksichtigung des initialen Ambulantisierungsgrades** der betrachteten Leistung erfolgen.
- Die in die Kalkulation des Ambulantisierungsgrades eingehende stationäre Fallmenge muss mittels **Anwendung von Kontextfaktoren** bestimmt werden.
- Die zur Berechnung des Ambulantisierungsgrades verwendete ambulante Fallzahl muss auch bei Leistungen, die im AOP-Katalog geführt werden, Abrechnungen **gleichartiger Leistungen über Gebührenordnungspositionen (GOP) außerhalb des AOP-Vertrages** berücksichtigen. Hierfür ist eine intensive, medizinisch informierte Recherche notwendig (z. B. zu relevanten GOP in Selektivverträgen).
- Der Preis der stationären Leistungserbringung muss auf Grundlage **granularer Kostendaten oder sorgfältig ausgewählter Referenz-DRGs** bestimmt werden. Die Referenz-DRGs dürfen keine weiteren, kostenintensiven Leistungen oder komplizierende Fallmerkmale abbilden.
- Für jede Hybrid-DRG sollte analog zu den obigen Analysen im Vorfeld **das Risiko von Kostensteigerungen für die GKV quantifiziert und transparent gemacht werden**.
- Angesichts erheblicher Kostenrisiken sollten bei Einführung der Hybrid-DRG **Sicherungsmechanismen implementiert werden, insbesondere angesichts möglicher ökonomischer Anreize zur Mengenausweitung bei ambulanten Operationen**.
- Orientiert am § 115f SGB V sollte sich **die Berechnung der Hybrid-DRG perspektivisch an den Ist-Kosten orientieren**, welche insbesondere im ambulanten Bereich noch gesondert zu erheben sind.



## Abkürzungsverzeichnis

AOP	Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DRG	Diagnosis Related Group
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
ECCE	Extrakapsuläre Extraktion der Linse
EMB	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
GOP	Gebührenordnungspositionen
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
InBA	Institut des Bewertungsausschusses
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MDC	Major Diagnostic Categories
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel

## Literaturverzeichnis

IGES Institut, Albrecht, M., Mansky, T., Sander, M. & Schiffhorst, G. (2022). Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V. Verfügbar unter: [https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/erweiterter-aop-katalog/index\\_ger.html](https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/erweiterter-aop-katalog/index_ger.html) [Zugriff am 11.01.2023]

Repschläger, U., Rößler, M., Schulte, C., Sievers, C. & Wende, D. (2022a). IGES-Gutachten zur Ausweitung ambulanter Operationen. Eine Potenzialermittlung unter Berücksichtigung des Behandlungskontextes. <https://doi.org/10.30433/ePGSF.2022.002>

Repschläger, U., Rößler, M., Schulte, C., Sievers, C. & Wende, D. (2022b). Ergänzende Auswertungen zum IGES-Vorschlag zum ambulanten Operieren. <https://doi.org/10.30433/ePGSF.2022.004>

Rößler, M., Schulte, C., Repschläger, U., Sievers, C. & Wende, D. (2022). Die Kontextprüfung im Rahmen des IGES-Vorschlags zum ambulanten Operieren. Eine Analyse der Relevanz und Aussagekraft der Kontextfaktoren bei der Ermittlung des Ambulantisierungspotenzials. <https://doi.org/10.30433/ePGSF.2022.007>

Rößler, M., Schulte, C., Heimhardt, M., Repschläger, U. & Wende, D. (2023). Preissetzung bei ambulantisierbaren medizinischen Leistungen. Eine Analyse der Auswirkungen einer erhöhten ambulanten beziehungsweise einheitlichen, sektorengleichen Vergütung. <https://doi.org/10.0.118.225/ePGSF.2023.001>

## Impressum

### Herausgeber

BARMER  
Postfach 110704  
10837 Berlin

### Ansprechpartner zum Paper

Dr. Danny Wende  
[info@bifg.de](mailto:info@bifg.de)

### Autorin und Autoren

Dr. Danny Wende,  
Claudia Schulte,  
Uwe Repschläger,  
Dr. Martin Rößler  
BARMER, Berlin und Wuppertal

### Design und Realisation

zweiband.media GmbH, Berlin

### Veröffentlichungstermin

August 2023

### DOI:

10.30433/ePGSF.2023.004

### Copyright



Lizenziert unter CC-BY-NC 4.0