

# **Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum Referentenentwurf einer Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (HybridDRG-V)**

**Stand: 26.10.2023**

AOK-Bundesverband  
Rosenthaler Str. 31  
10178 Berlin  
Tel: 030 34646-2299  
info@bv.aok.de

**AOK-Bundesverband  
Die Gesundheitskasse.**

## **Zusammenfassung:**

Der vorliegende Referentenentwurf einer Verordnung zur Einführung der Hybrid DRGs hat zum Ziel, das im internationalen Vergleich noch hohe Ambulantisierungspotenzial in Deutschland zu erschließen, den stationären Behandlungsaufwand zu vermindern und insbesondere das Pflegepersonal zu entlasten. Die Vergütung soll zwischen dem ambulanten (einheitlicher Bewertungsmaßstab, EBM) und stationärem (diagnosebezogene Fallpauschalen, DRG) Vergütungsniveau liegen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geht davon aus, dass für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) keine Ausgabensteigerungen entstehen.

Weiterhin wird ein umfangreicher Katalog für eine Ausweitung der Hybrid-DRGs in der Verordnung aufgeführt. Es werden die Leistungen bestimmt, die im Jahr 2024 als Hybrid-DRGs abgerechnet werden sollen. Dies umfasst Eingriffe an den Hernien, die Entfernung von Harnleitersteinen, Ovariectomien, Arthrodesen der Zehengelenke und die Exzision eines Sinus pilonidalis. Ab dem Jahr 2025 sollen weitere Leistungen zur Anwendung kommen, insbesondere viele fallzahlstarke Leistungen wie zum Beispiel Kopfschmerzen, Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom oder Varizenstripping.

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes ist der vorliegenden Verordnungsentwurf nicht sachgerecht. Hybrid-DRGs haben zum Ziel, dass bisher stationär erbrachte Leistungen künftig in einem höheren Ausmaß ambulant erfolgen. Da jedoch ein Anreiz für Krankenhäuser, dies umzusetzen, nicht erkennbar ist, wird dieses Ziel nicht erreicht. Im Gegenteil ist es zu erwarten, dass durch leichte Verlängerungen der Liegezeiten oder durch das Erreichen des Schweregrads 3, bisher ambulant behandelte Fälle stationär abgerechnet werden.

Die Anhebung der Vergütung für ambulante Leistungserbringung führt zudem zu einem Ausgabenzuwachs von rd. 200 Mio. Euro für die GKV, weil ambulante Fälle für Vertragsärzte und im Krankenhaus nach § 115b SGB V am Krankenhaus höher vergütet werden. Prozentual beträgt die Höhervergütung für die gleichen ambulanten Leistungen im Durchschnitt über alle schon heute ambulant erbrachten Fälle zwischen 140 % und 180 % (unterschiedliche Hybrid DRGs für eine EBM-Position sind möglich). Bezogen auf die Gesamtausgaben über alle ambulanten und stationären Fälle liegen die Steigerungsraten zwischen 4 und 5 %. Vertragsärzte haben somit einen Anreiz, mehr Fälle ambulant zu operieren, für Krankenhäuser ist die stationäre Vergütung jedoch nach

wie vor attraktiver. Daher wird sich die Zahl ambulanter Eingriffe kaum erhöhen, die Kosten der GKV aber dennoch steigen.

Ein zusätzliches Ausgabenrisiko für die GKV entsteht dadurch, dass auf Basis dieser Verordnung bereits fallzahlstarke ambulantisierete Leistungen als Hybrid DRGs ausgewiesen werden sollen. Sollte dies so umgesetzt werden, führt dies zu einer weiteren Vergütungserhöhung, aus der erhebliche Mehrausgaben entstehen werden.

### **Das Ziel einer kostenneutralen Umsetzung wird nicht gelingen**

Eine kostenneutrale Umsetzung ist mit dem vorgelegten Referentenentwurf nicht zu gewährleisten. Denn aufgrund fehlender Anreize ist nicht damit zu rechnen, dass eine nennenswerte Anzahl von heute stationär erbrachten Krankenhausfällen zukünftig ambulant erbracht wird. Vielmehr ist anzunehmen, dass bei den stationären Fällen mit bisher einem Belegungstag der Schweregrad zukünftig steigen wird, bzw. sich die Liegezeit auf zwei Belegungstage verlängert. Umfassende Prüfungen dieser Tatbestände durch die Medizinischen Dienste sind nicht zu erwarten, weil die Prüfquoten durch den Gesetzgeber im Zuge des MDK-Reformgesetzes begrenzt wurden und die Fallkostendifferenzen vergleichsweise gering sind.

Gleichzeitig ist die Anhebung der Vergütung für ambulante Operationen erheblich, so dass in diesem Bereich mit Mehrausgaben zu rechnen ist. Dabei sind den ambulanten Fällen aus dem vertragsärztlichen Bereich sowie den ambulanten Fällen nach § 115b im Krankenhaus unterschiedlich hohe Hybrid-DRGs zuzuordnen. Für die einzelnen Leistungsbereiche gibt es drei oder mehr Vergütungsalternativen. Die Ausgabensteigerungen für ambulante Fälle verteilen sich auf beide Bereiche, im vertragsärztlichen Sektor sind ca. 60 % der Fälle betroffen, bei den Fällen nach § 115b ungefähr 40 %. Sofern man davon ausgeht, dass die Verteilung der Eingriffe im Jahr 2024 im Wesentlichen konstant bleibt, ergeben sich auf der Ebene der GKV folgende Ausgabensteigerungen:

Gesamteffekt	Variante 1 für GKV	Variante 2 für GKV
Höhervergütung vertragsärztlicher Fälle	87 Mio. €	113 Mio. €
Höhervergütung § 115b Fälle	75 Mio. €	94 Mio. €
Summe	162 Mio. €	207 Mio. €

Dabei wurden in der Variante 1 jeweils die Hybrid-DRGs genutzt, die die geringste Vergütung auslösen, in der Variante 2 jeweils die DRGs mit dem höchsten Relativgewicht.

Es ist unzweifelhaft zu erkennen, dass es aufgrund der erheblichen Aufwertungen ambulanter Eingriffe durch Hybrid-DRGs zu erheblichen Ausgabenerhöhungen der GKV kommen wird.

Die Steigerung der Gesamtausgaben für alle ambulanten Fälle aus den von Hybrid-DRGs betroffenen Leistungen beträgt mit Bezug auf die beiden Varianten zwischen 140 % und 180 %, weil die Gesamtausgaben der GKV nach aktuellen gesetzlichen Regelungen knapp 120 Mio. Euro betragen haben und die reine Höhervergütung zwischen 160 und 200 Millionen liegt. Bezogen auf die Gesamtausgaben über alle ambulanten und stationären Fälle liegen die Steigerungsraten zwischen 4 und 5 %. Das liegt daran, dass der Anteil der bisherigen Ausgaben gering gegenüber den stationären Ausgaben ist, die sich der Höhe nach nicht verändern. Diese Ausgabenentwicklung könnte durch die Umsetzung des nachfolgend beschriebenen AOK-Konzepts zur Finanzierung von Hybrid-DRGs vermieden werden.

### **Weiterentwicklung der Ambulantisierung im Jahr 2025 birgt weitere Kostenrisiken**

Die im Referentenentwurf aufgeführten Hybrid-DRGs für die Erweiterung im Jahr 2025 beinhalten ein breites Leistungsspektrum von „Kopfschmerzen“ bis hin zu Varizenentfernung, mit denen bei der Umsetzung weitere Kostenrisiken für die GKV entstehen. In Teilen werden sie heute schon ambulant erbracht. Zum jetzigen Zeitpunkt sind noch nicht einmal die Auswirkungen der ersten Erweiterung absehbar. Vor dem Hintergrund der oben dargestellten Kostenrisiken infolge der vergleichsweise kleinen Erweiterung im Jahr 2024 erscheint es nicht angezeigt, bereits vor einer Evaluation der strukturellen und finanziellen Effekte eine umfangreiche Erweiterung im Eiltempo vorzunehmen. Mehrausgaben sind auch deshalb zu erwarten, weil bei Eingriffen wie der Varizenentfernung oder der Schlafapnoediagnostik erhebliche Mengenausweitungsriskien bestehen. In der bestehenden gesetzlichen Regelungssystematik ist eine Mengengrenzung nicht vorgesehen.

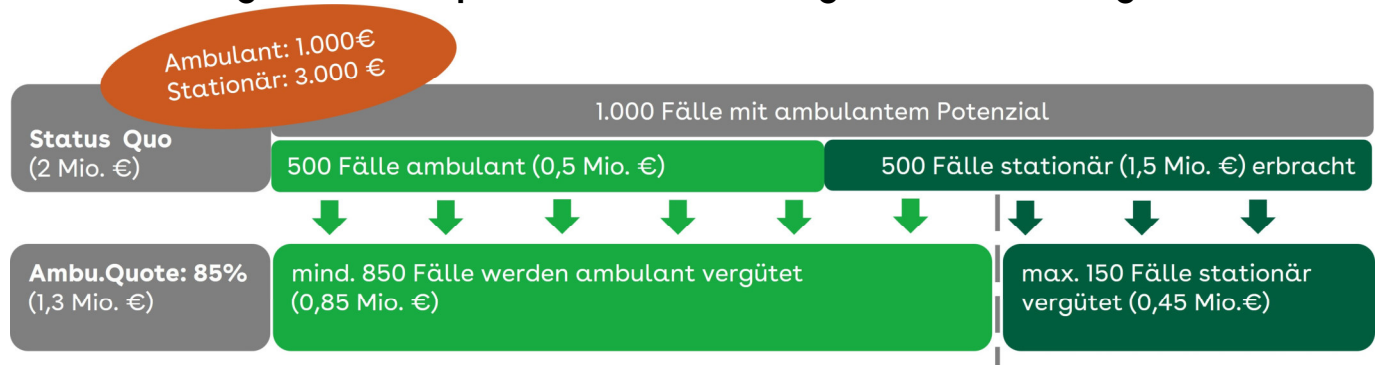
Zwar ist die Absicht, die Ambulantisierung zügig voranzutreiben zu begrüßen, jedoch sollten etliche der im Referentenentwurf genannten Leistungen auf ihre Eignung geprüft werden. Vor der Etablierung weiterer Hybrid-DRGs muss die Vergütungssystematik so angepasst werden, dass eine nennenswerte Ambulantisierung erfolgt und die Finanzmittel der GKV entsprechend wirtschaftlich und zweckmäßig verwendet werden. Denn reduzierte Aufwendungen von Leistungserbringenden, müssen zu geringeren finanziellen Belastungen der Versicherten führen.

Im Weiteren werden aus Sicht des AOK-Bundesverbandes Umsetzungsvorschläge, die zu einer höheren Ambulantisierungsquote führen, aber keine Mehrkosten auslösen, beschrieben.

### AOK-Konzept für eine bürokratiearme Finanzierung der Hybrid-DRGs

Der AOK-Bundesverband schlägt stattdessen vor, dass für Krankenhäuser ein Budget über die einzelnen Leistungsbereiche aus den jeweiligen stationären und ambulanten Fällen angelegt wird. Dieses Budget beinhaltet alle ambulanten und stationären Fälle eines Leistungsbereichs und wird prospektiv für das nächste Jahr mit einem höheren ambulanten Behandlungsanteil (z. B. 10 %) ausgewiesen. Das Krankenhaus kann die Einzelfälle eigenverantwortlich ambulant oder stationär behandeln und abrechnen. Am Jahresende erfolgt dann ein Abgleich auf das vereinbarte Budget. Da die Ambulantisierungsquote fixiert wurde und bei Einhaltung dieser keine Einzelfallprüfung erfolgt, ist das Verfahren sowohl für die Krankenhäuser als auch für die Krankenkassen bürokratiearm. Zugleich haben Krankenhäuser einen klaren Anreiz, vermehrt ambulante Behandlungen vorzunehmen. Denn sofern die Kliniken mehr ambulante Behandlungen erbringen, als das Budget vorgesehen hat, wird der Differenzbetrag zusätzlich vergütet. Bleibt der stationäre Behandlungsanteil jedoch hoch, sinkt die Vergütung pro Fall entsprechend.

**Abbildung: AOK-Konzept zur Ambulantisierung und seine Wirkung**



Quelle: eigene Darstellung, angelehnt an Augurzky et al., 2019

Ein weiterer Vorteil dieses Modells besteht in der Komplexitätsreduktion der Vergütungssysteme. Statt der Entwicklung eines eigenständigen Vergütungsmodells für Hybrid-DRGs, verbleibt die Vergütung für ambulante Operationen im EBM. Ein zusätzlicher finanzieller Anreiz für die Vertragsärzteschaft ist entbehrlich, weil diese bereits heute ambulante Operationen erbringen. Diese Leistungen würden durch die Vertragsärzte nicht erbracht, wenn diese für sie nicht wirtschaftlich wären.

Um die Versichertengemeinschaft nicht unnötigen finanziellen Belastungen auszusetzen, kann auf diese Mehranreize verzichtet und trotzdem ein Ambulantisierungseffekt erzielt werden. Denn bei der Ambulantisierung geht es primär darum, Krankenhäuser dazu zu bewegen, stationäre Leistungen abzubauen.

Die Weiterentwicklung des EBM in diesem Bereich sollte jedoch perspektivisch unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) im erweiterten Bewertungsausschuss erfolgen. Dabei ist der erweiterte Bewertungsausschuss so anzupassen, dass die Kliniken und Vertragsärzteschaft 50 % der Sitze haben, die anderen 50 % der GKV zustehen. Das erweiterte Bundesschiedsamt ist in gleicher Weise anzupassen, weil ansonsten das Wirtschaftlichkeitsgebot für die Anpassungen des EBM keine Beachtung finden würde.