



# „Ambulantisierung“ von Krankenhausfällen

## Eine Kurzbetrachtung zur Einführung der Hybrid-DRGs

Von Dr. René Holm

Die Einführung von DRG-Fallpauschalen in deutschen Krankenhäusern hat das Gesundheitswesen in den letzten 20 Jahren maßgeblich beeinflusst. Die Idee hinter DRGs ist die effiziente und transparente Abrechnung von Krankenhausleistungen anhand von pauschalisierten Fallgruppen. Das Ziel, die Kosten im deutschen Gesundheitswesen dadurch zu reduzieren, konnte über die Jahre nicht erreicht werden. Zu beklagen sind eine enorme Zunahme der Bürokratie, paralyisierende Dokumentation und ein Wust von kleinteiligen Vorschriften, die nur noch schwierig zu überblicken sind. Auftretende Fehler dürfen nachträglich lediglich korrigiert werden, wenn sie zu Lasten des Krankenhauses gehen. Selbst in Gerichtsverfahren zur aufwandsbezogenen Vergütung darf der Richter den tatsächlichen Aufwand des Falles nicht mehr beleuchten, sondern darf nur anhand der ursprünglich an den Medizinischen Dienst übermittelten Unterlagen entscheiden. All dies fügt sich in die inzwischen immer lauter geäußerte Strategie, die Zahl der Krankenhäuser deutlich zu reduzieren und Kosten zu senken.

Hierzu passt dann auch der – entgegen der begründeten Einwände aller Beteiligtenengruppen – erfolgte jüngste Coup des Bundesministeriums, Hybrid-DRGs als Instrument der sektorengleichen Vergütung bestimmter Fallgruppen einfach per Rechtsverordnung kurzfristig einzusetzen. Weder

hatte das InEK ausreichend Zeit und Gelegenheit die tatsächlichen Kosten der Versorgung zu kalkulieren, noch wurden den Krankenhäusern die erforderlichen Rahmenbedingungen an die Hand gegeben, die Hybrid-DRGs überhaupt per DTA in Abrechnung bringen zu können. Erst unterjährig hat man sich beispielsweise auf elektronische Schlüssel geeinigt, die eine Übertragung der Rechnung an die Kasse überhaupt erst ermöglicht. Zunächst aber als Zwischenrechnung, so dass man jeden Fall später für die Endrechnung ein zweites Mal anfassen muss.

Bei aufwändigeren Implantat-Versorgungen konnten ambulante Vertragsärzte den Patienten bis zum Jahreswechsel zur Versorgung in eine Klinik einweisen/überweisen. Die Implantat-Kosten wurden zusätzlich zur ambulanten Behandlungsvergütung bezahlt. Das ändert sich mit den Hybrid-DRGs. Hier sind mit der Pauschale alle Kosten beglichen. Obwohl das Krankenhaus als große Organisation in der Regel höhere Kosten für die Behandlung der Hybrid-Patienten hat, ist die Vergütung gleich. Die bisherige Aufteilung, dass sich das Krankenhaus vordergründig eher um die komplexeren Fälle aus der Fallgruppe kümmert und der Vertragsarzt um die einfacheren, wird so nicht mehr realisierbar sein. Erst recht werden Krankenhäuser nicht regelhaft die aufwändigen Implantat-Versorgungen übernehmen können, wenn dadurch die gesamten Behandlungskosten des Hybrid-Pa-

tienten höher sind als der erzielte Erlös. Krankenhäuser, für die die Erbringung von Hybrid-Leistungen ein Minusgeschäft wird, werden die entsprechenden Leistungen schlichtweg nicht mehr anbieten. Wer versorgt diese Patienten dann in Zeiten, in denen man ohnehin schon schwer einen Termin beim niedergelassenen Facharzt bekommt? Und wer wird die Patienten behandeln, die aufgrund von überwachungspflichtigen Begleiterkrankungen/Umständen nicht ambulant zu versorgen sind, jedoch bei unauffälligem Verlauf erfreulicherweise am nächsten Tag aus dem Stationsbetrieb entlassen werden können? Die hierfür vom InEK sauber kalkulierten Kosten sind deutlich höher als die Vergütung der Hybrid-DRG. Das Krankenhaus erhält als Vergütung für die stationäre Versorgung jedoch nicht einen Cent mehr als für einen unkomplizierten ambulanten Patienten derselben Fallgruppe.

Anstatt sich nun zunächst um die Lösung aufgelaufener Fragen zu kümmern, hat das InEK bereits Listen mit den nächsten Fallgruppen erhalten, die in Hybrid-DRGs überführt werden sollen.

Krankenhäuser sollten nunmehr die verbleibende Zeit nutzen, ihre Abläufe im Hinblick auf die verschiedenen Versorgungsformen zu überprüfen und anzupassen. Wenn die Vergütung bei Hybrid-Patienten sektorengleich erfolgt, kann auch die vergütete Leistung im Hinblick auf Qualität und Kos-

ten nur auf die gleiche Weise erfolgen. Die Eingliederung der ambulanten oder Hybrid-Patienten in den stationären Bereich des Krankenhauses, sei es auch nur tangential, wird in den wenigsten Fällen zu Kostendeckung führen. Nicht umsonst sind die vom InEK kalkulierten Kosten für die Kurzlieger der jeweiligen DRG deutlich höher als die Vergütung für Hybrid-DRG oder Ambulantes Operieren (AOP).

Die Leistungen der Krankenhäuser im Bereich Hybrid-DRG und AOP müssen sich an den Leistungen der ambulanten Versorgung in den Arztpraxen orientieren, denn die Vergütungen sind nicht für Berührungen der Patienten mit dem stationären Bereich kalkuliert. Hierbei gibt es eine besondere Kostengefahr bei den neuen Hybrid-Patienten gegenüber den AOP-Patienten: Wenn ein AOP-Patient (z.B. aufgrund überwachungs-pflichtiger Begleiterkrankungen oder

intraoperativer Komplikationen) einer stationären Überwachung bis zum Folgetag bedarf, wird ein stationärer Fall als Kurzlieger mit einem Pflergetag abgerechnet. Die Kosten hierfür wurden von InEK sauber kalkuliert. Bei Hybrid-Patienten hingegen bleibt es bei der gleichen ambulanten Pauschale als wenn der Patient nach der OP direkt aus dem ambulanten Bereich des Krankenhauses entlassen worden wäre. Genau dieser Sachverhalt macht potenzielle Hybrid-Patienten, die zwei oder drei Tage stationär versorgt werden, für Verweildauerprüfungen besonders interessant: Man braucht sie gar nicht auf primäre Fehlbelegung zu prüfen. Schon wenn man die Zeit nach dem ersten postoperativen Tag streicht, rauscht der Fall aus der stationären Vergütung in die Hybrid-DRG. Seien wir gespannt, für wen die Rechnung am Ende aufgeht. ■



**Dr. René Holm, MBA**  
Komm. Vorsitzender RV Nordost  
Mitglied des Präsidiums der DGfM  
rene.holm@medizincontroller.de

# KU FACHBEIRAT



**Dipl. Kfm. Peter Asché**  
Vizepräsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD)



**Prof. Dr. med. Andreas Becker**  
Institut Prof. Dr. Becker, Rösraht



**Dipl. Kfm. Jens Bussmann**  
Generalsekretär Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD)



**Dr. med. York Dhein**  
Managing Partner  
Pantaleon Health Advisory GmbH



**Xaver Frauenknecht MBA**  
Berater im Gesundheitswesen



**Stefan Günther, M.A.**  
Mitglied des Vorstands der Fachgruppe psychiatrischer Einrichtungen im VKD  
Referent des Direktors Wirtschaft und Finanzen und Leiter Controlling bei den Medizinischen Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz



**Dr. med. Erwin Horndasch**  
Leitung Medizincontrolling  
Diakoneo Kliniken Neuendettelsau und Schwabach



**Heinz Kölking**  
Unternehmensberatung  
Gesundheitswirtschaft



**Dr. Nicolas Krämer**  
Vorstandsvorsitzender  
der HC&S AG



**Dr. Thomas Krössin MBA**  
Professur für Gesundheitsmanagement  
iU Internationale Hochschule



**Prof. Dr. Julia Oswald**  
Professorin für Betriebswirtschaftslehre, insbes. Krankenhausfinanzierung und -management, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften Hochschule Osnabrück



**Prof. Dr. Volker Penter**  
Partner BDO AG  
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft



**Dr. med. Dr. jur. Martin Siebert**  
Geschäftsführender Gesellschafter  
medAurel GmbH – Gesellschaft für Gesundheitsmanagement



**Dr. Christian Stoffers**  
Leiter Zentralreferat Marketing  
Marien Gesellschaft Siegen gGmbH



**Dipl. Kfm. Kai Westphal**  
Geschäftsführer Kaiser-Karl-Klinik Bonn,  
Geschäftsführer Herzpark Mönchengladbach,  
Geschäftsführer Aatakllinik Bad Wünnenberg