

# Hybrid-DRG, Tagesstationäre Leistungen & Co. Strategien für Ambulanzen

Tag des OP-Managements  
10. September 2024  
Kassel

## Hybrid-DRGs aus dem praxisambulanten Blickwinkel

- **H-DRG** Namensgebung (Sektorenübergreifende Fallpauschalen nach § 115f)
- Rechtsverordnung mit dem Ziel, **Krankenhäuser** zum Ambulanten Operieren zu **zwingen**
- Die Idee  Kapazitäten für **höherwertige stationäre Fälle** freizumachen
- Ambulante Praxen sind **nicht mitgedacht** worden:
  - **Berechnung** der Fallpauschalen nicht **transparent**
  - **Sachkosten** in den Fallpauschalen enthalten
  - **Aufteilung der Leistungserbringer** unklar („Zumutung“ der Honorarverhandlung), keine hausinterne Leistungsverrechnung wie in Krankenhäusern
  - CAVE Nomenklatur: **Sektorengleiche Vergütung** bedeutet nicht gleiche Vergütung für Kliniken und Praxen
- Kein Anreiz zum ambulanten Operieren:
  - Fallpauschalen sind **zu niedrig** (s. England)
  - **Einnächtige Übernachtung** wird weiterhin propagiert auch in Krankenhäusern

## „40/60“

- Notwendigkeit einer **Vorgabe** bzw. Berechnungsgrundlage durch den BDA schon gefordert, als zum ersten Mal von Fallpauschalen die Rede war
- **Ablehnung** durch KBV, GKV-SV und SpiFa: „Das müssen die Leistungserbringer schon selber schaffen“
- **Abhängigkeit** von Kollegen => Erpressungsmöglichkeit (bis zu ca. 15% der H-DRG)
- **Vorgabe durch den BDA** berechnet für den ersten Katalog 2024
  - Betriebswirtschaftliche Kalkulation einer **wirtschaftlich auskömmlichen** Anästhesieleistung (neue GoÄ)
  - **STABS-Aufteilung** der Verteilung Operateur ./ Anästhesist
  - Berechnet unter der Voraussetzung von EBM-Ziffern wie z.B. **präoperative Untersuchung**
  - Berücksichtigung der **Abschreibungsmöglichkeiten** von Operateur und Anästhesist
  - Konsens zwischen **BDA und BDC**

## „40/60“

- Abzug der Sachkosten erst **NACH** der Aufteilung!
- Bei Abzug VOR der Aufteilung:
  - keine wirtschaftliche Erbringung der Leistung für die Anästhesie mehr möglich
  - keine Beteiligung an Rabattverträgen
  - Anästhesie wäre der einzige Bremser der H-DRG
- Fragestellung der Berücksichtigung **weiterer Leistungserbringer** wie z.B. Pathologie nicht geklärt
- Forderung nach **klarer Berechnungsgrundlage** der Fallpauschale
- Forderung nach **Festsetzung der Sachkosten** (Pauschale?) (wie bei a-DRG)
- Bezahlung der **gegenseitigen Kosten** aus jeweiligem Honoraranteil nötig!!!!
- **Keine gegenseitige Verrechnung** auf prozentualer Ebene

## Gefahren der Fallpauschale im praxisambulanten Bereich

- Bezahlung eines Leistungserbringers durch den anderen:
  - Einschätzung der **Scheinselbständigkeit**
  - **Gewerbesteuerpflicht** (s. fachgruppenübergreifende MVZ)
- Forderung nach **getrennter Abrechnungsmöglichkeit** sämtlicher Leistungserbringer
- Wenn Managementgesellschaft: **Aufteilung nach Ansage**
- Forderung nach Definition der Versorgungsrelevanz
- Forderung nach **Weiterentwicklung des STABS**

## H-DRG-Katalog 2025

- Endoskopische Eingriffe an der Galle, der Leber und am Pankreas
- Proktologische Eingriffe an Analfisteln
- Eingriffe an Hoden und Nebenhoden
- Brusterhaltende Eingriffe der Mammachirurgie
- Osteosynthetische Versorgung von Klavikulafrakturen
- weitere OPS-Kodes der Hernienchirurgie und
- weitere OPS-Kodes der Operationen am Sinus pilonidalis

([https://www.kbv.de/html/1150\\_68599.php](https://www.kbv.de/html/1150_68599.php))

## H-DRG-Katalog 2025

- Kalkulation durch InBA und InEK
- Spezifische Analyse der Sachkosten
- Vermeidung von 400.000 vollstationären Fällen
  
- Vereinbarung bis zum 30. September 2024  
(Spätestens bis zum **31.12.2024**)

([https://www.kbv.de/html/1150\\_68599.php](https://www.kbv.de/html/1150_68599.php))

## 10 Strategien für Ambulanzen:

- Ambulantisierung ist gewollt; gute Ausgangsposition
  - WIE GESAGT: Praxisambulanzen sind nicht mitgedacht
1. Politische Forderung nach **Berechnungstransparenz; politisches Engagement!!!**
  2. Umgang mit der **Industrie**
  3. Strukturen aufbauen:
    - Übernachtungsoptionen schaffen
    - Raumluftklasse (RLK) berücksichtigen
    - Anbindung an Klinik suchen

## 10 Strategien für Ambulanzen

4. Herausforderung aufgrund komplexerer OPs, daher
  - **Kompetenzen** schaffen
  - **Eigene Grenzen** erkennen
  - **Assistenz** weiterbilden
  - Personalmangel vorbeugen – in **Schulungen** des gesamten Personals investieren
5. **Große Leistungspalette** schaffen (Portfolio), um auch Leistungen **ablehnen** zu können
6. Wenn sich Leistungen nicht rechnen:
  - **Abrechnungsoptionen** über EBM und/ oder STABS **prüfen**
  - erfordert auf berufspolitischer Ebene Weiterentwicklung von EBM/ STABS

## 10 Strategien für Ambulanzen

### 7. Erstellen eines **Gesamtkonzepts**:

- Anbindung an Krankentransport, Taxiunternehmen, Pflegedienst

### 8. Entlassmanagement:

- Möglichkeiten für baldigen Heimtransport und häusliche Betreuung schaffen z.B. durch Kooperationen und Vernetzungen
- In jedem Fall Kooperation mit einem Krankenhaus (Beobachtungs-Option)

### 9. Zentrenbildung:

- überdurchschnittliche Fachkompetenz und Erfahrung
- Wettbewerbsvorteile nutzen

### 10. **Kontinuierliche Verbesserungsprozesse**: aus jedem Fall lernen!

## Fazit

- **Investitionsmöglichkeit** von ärztlicher Seite
- Geeignete **Strategie** wählen (oder alle 10)
- **Politisch** „am Thema bleiben“
- **Kooperationen auf Augenhöhe**
- **Gemeinsam** evtl. auch **GEGEN** eine H-DRG entscheiden
- Transparenz (z.B. postoperative Indikationsüberprüfung)
- Große **Chance**
- Hoher **Gestaltungsspielraum**



# NARKA 2024

13. bis 15.09.2024, Berlin

[WWW.NARKA.DE](http://WWW.NARKA.DE)



[www.narka.de](http://www.narka.de)

**Am Ende wird alles gut!  
Und wenn nicht alles gut ist,  
dann ist es nicht das Ende!**

Oscar Wilde