

Vorschläge für eine Reform der Hybrid DRG

1. Sachkosten separat erstatten

Problem: Die aktuellen Hybrid-DRGs basieren auf den aDRGs. Diese sind innerhalb der stationären Versorgung in Bezug auf medizinischen Aufwand und Behandlungskosten möglichst homogen. Werden jedoch nur die ambulantisierbaren Fälle herausgelöst, entstehen Hybrid-DRGs mit deutlicher wirtschaftlicher Heterogenität – vor allem bei Verfahren mit hohem Sachkostenanteil. Werden OPS mit niedrigen und hohen Sachkosten in eine Hybrid-DRG gruppiert, ist die Vergütung teilweise nicht mehr kostendeckend. Krankenhäuser und Praxen eruieren, ob sie diese Methoden noch wirtschaftlich anbieten können oder auf andere wirtschaftlichere, aber medizinisch unterlegene oder deutlich invasivere, nicht notwendige Methoden zurückgreifen. Ein alternativer pauschaler Abschlag von 10-15% auf die klassische aDRG-Pauschale hilft nur teilweise bei dieser Problematik, da das grundlegende Problem der Heterogenität im ambulanten Bereich bestehen bleibt. Anders als Personal- und Hotelkosten ändern sich die Sachkosten nicht mit der Änderung der Verweildauer – sie können auch nicht durch Veränderungen im Einkauf oder Rabattierungen ausgeglichen werden. Deswegen wäre eine separate Sachkostenerstattung in jedem Fall hilfreich.

Beispiel 1: Verfahren für Frauen mit Menorrhagie – Hochfrequenzablation des Endometriums mittels Netzelektrode (NovaSure® oder umgangssprachlich „Goldnetz“; OPS 5-681.53)

Mittels Hochfrequenzenergie wird die Gebärmutter Schleimhaut verödet. Dabei sorgen verschiedene Mechanismen dafür, dass die Prozedur auf die individuellen Gegebenheiten der jeweiligen Patientin angepasst wird und die Schleimhaut so weit verödet wird. So kann der hohe Leidensdruck von Frauen mit Menorrhagie (starke Regelblutung) gelindert werden. Durch die systemimmanenten Maßnahmen wird die Qualität und Sicherheit der Prozedur gewährleistet. Kompliziertere Eingriffe wie eine Gebärmutterentfernung können Patientinnen so erspart bleiben oder medizinisch unterlegene Eingriffe verhindert werden.¹ Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) unterstützte die Ambulantisierung des Verfahrens, was er durch ein beschleunigtes Methodenbewertungsverfahren ausdrückte. Im Jahr 2023 wurde NovaSure® in den EBM und 2024 in den AOP-Katalog aufgenommen. Auf Basis der aktuellen Vergütung für das Jahr 2025 würde eine Prozedur statt mit 2.640,93 € (1 Tag) bzw. 3.344,00 € (2 Tage) als DRG-Erlös im stationären Sektor bzw. über den AOP/EBM im ambulanten Bereich mit **1.588,87 €** inklusive Sachkostenpauschale sachgerecht und auskömmlich vergütet. Die Hybrid-DRG N25N für das Jahr 2025 liegt mit **1.568,91 €** schon jetzt unter der Vergütung der spezifischen Methode im EBM bzw. AOP-Katalog (Siehe Anlage 1). Eine weitere Reduktion für das Jahr 2026 und folgende ist aufgrund der Berechnungslogik der Hybrid-DRGs sehr wahrscheinlich. Dieser gewollte Trend stellt kurzfristig für das nächste Jahr die Durchführung von Hochfrequenzablationen des Endometriums mittels Netzelektrode zumindest in Einzelfällen in Frage und gefährdet langfristig den Erhalt einer vielfach unterstützten Methode in der Versorgung.

Beispiel 2: Patienten mit Blasenkrebs - fluoreszenzgestützte transurethrale Resektion der Harnblase (OPS 5-573.41)

Problem: Die Inklusion der Kosten für histopathologische und zytologische Beurteilungen in die Hybrid-DRGs berücksichtigt nicht, dass der Aufwand je nach Anzahl und Art der Proben stark variiert und nicht im Voraus planbar ist. Bei Blasenkarzinomen ist laut Leitlinienempfehlung oft eine fraktionierte Resektion nötig, bei der jede Probe separat eingeschickt und beurteilt werden muss. Zusätzliche z.T. leitliniengestützte Analysen wie die Immunhistologie erhöhen die Kosten weiter, sodass die pauschale Vergütung der Pathologie diese Kosten nicht abdeckt. Niedergelassene Ärzte können komplexere Pathologien über den EBM abrechnen, Krankenhäuser hingegen nicht.

¹ Vgl. IQWiG (2021): [IQWiG-Berichte – Nr. 1237: Hochfrequenzablation des Endometriums mittels Netzelektrode bei Menorrhagie.](#)

>>> **Änderung in §115f Abs. 1 SGB V:** Sachkosten sowie histopathologische und zytologische Beurteilungen von intraoperativ entnommenem Material werden analog den Zusatzentgelten zusätzlich zur Fallpauschale vergütet. Entsprechend wird die Nennung der Übermittlung von Sachkosten in Satz 6 sowie die Anpassung an EBM-Niveau bis 2030 in Satz 8 gestrichen.

2. Qualitätssicherung unabhängig vom Ort der Durchführung

Problem: Aktuell existieren unterschiedliche Qualitätsvorgaben für die gleiche Leistung, abhängig davon vom wem die Leistung erbracht bzw. wie die Leistung abgerechnet werden.

Ziel: Die Qualitätskriterien sollten im Sinne der Patienten unabhängig vom Ort der Erbringung oder der Art der Abrechnung erfolgen.

>>> **Vorschlag:** Vereinheitlichung der Qualitätsvorgaben der Hybrid-DRG, des AOP-Vertrags sowie für die rein vertragsärztliche Leistungserbringung.

3. Anrechnung der Hybrid-DRG an die Mindestvorhaltzahlen nach § 135f SGB V:

Problem: Durch die Herausnahme ambulant durchführbarer Leistungen drohen Kliniken, die Mindestvorhaltzahlen für bestimmte Leistungsgruppen nicht zu erreichen. Die dadurch verringerte Vorhaltefinanzierung verhindert die Aufrechterhaltung notwendiger Strukturen, bei Komplikationen oder für komplexere Eingriffe.

>>> **Vorschlag:** Ergänzung 135f Abs. 3 SGB V: Tritt das Krankenhaus als Leistungserbringer nach § 108 SGB V auf, werden die als Hybrid-DRG erbrachten Leistungen für die Ermittlung der Mindestvorhaltzahlen nach § 135f SGB V berücksichtigt; dies gilt gemäß §135e SGB V auch bei Leistungserbringung durch Vertragsärzte am Krankenhaus, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt.

4. Digitale Nachsorgestrukturen aufbauen

Problem: Auch wenn hauptsächlich Leistungen mit geringem Komplikationsrisiko ambulantisiert werden sollen, sind Komplikationen immer möglich. Durch die bisherige Liegedauer nach solchen Eingriffen wurde die Überwachung im Krankenhaus sichergestellt. Die Strukturen des ambulanten Bereitschaftsdienstes sind nicht auf die Übernahme solcher Fälle ausgerichtet, zudem müssen Anfahrtswege zu ambulanten OP-Einrichtungen oder den durchführenden Krankenhäusern beachtet werden.

>>> **Vorschlag:** Digitaltechnik wie z. B. telemedizinische Überwachungen sind ein wichtiger Baustein für die mit der Ambulantisierung verbundene Sicherheitserfordernis für Patienten und sollte deshalb im nötigen und möglichen Maße eingesetzt werden und im Rahmen der Kostenkalkulation für die H-DRGs berücksichtigt werden. Alternativ sollten bestehende Telemonitoring Verfahren, wie für die Herzinsuffizienz, auch auf weitere Indikationen und die postoperative Überwachung erweitert werden.

5. Ausschluss vollumfängliche onkologische Behandlungen aus den Hybrid-DRGs

Problem: Studien zeigen, dass Patienten in von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifizierten Zentren ein signifikant besseres Überleben aufweisen, insbesondere bei frühen Tumorstadien, was auf die Einhaltung von Qualitätsstandards, wie beispielsweise das verpflichtenden interdisziplinäre Tumorboard, zurückzuführen ist. Die fluoreszenzgestützte transurethrale Resektion der Harnblase mit Blaulicht (OPS 5-573.41; Blaulicht-TUR-B) wird

vor allem bei Harnblasenkarzinomen im Frühstadium eingesetzt. Daher ist eine qualitätsgesicherte Durchführung entscheidend für Rezidiv- und Progressionsraten sowie Überleben. Die im Rahmen der Hybrid-DRGs forcierte Ambulantisierung könnte bei onkologischen Indikationen wie dem Harnblasenkarzinom jedoch dazu führen, dass dieser Eingriff seltener in zertifizierten Zentren durchgeführt und damit der patientenrelevante Nutzen der Zentralisierung konterkariert wird.

>>> **Vorschlag:** Vollumfängliche onkologischen Prozeduren (ausgenommen von Biopsien) sollten nicht im Rahmen der Hybrid-DRGs durchgeführt werden (Vergleich Referentenentwurf Hybrid-DRG-V) und daher explizit rechtlich exkludiert werden.