

Hybrid-DRG

Hintergrund und Problem

Für die **Hybrid-DRG 2026** wurden durch den ergänzten Erweiterten Bewertungsausschuss (ergEBA) rund **100 neue OPS-Codes** ausgewählt. Dabei umfasst der Leistungskatalog auch Fälle mit einer Krankenhausverweildauer **von bis zu zwei Belegungstagen**. Die Auswahl der Prozeduren hatte zum Ziel, die für das **Jahr 2026** gesetzlich vorgeschriebene **Fallzahl in Höhe von einer Million** zu erreichen.

Bis zum 15. Mai 2025 sollen nun die zuständigen Institute InBa und InEK einen Vergütungsvorschlag für die Hybrid-DRG 2026 vorlegen. Daraufhin haben die Vertragsparteien **bis zum 30. Juni** Zeit, eine **Einigung über die konkrete Vergütung** zu erzielen.

Die **Skalierung der Hybrid-DRG** erfolgt dabei ohne die Vorgabe von Struktur- und Qualitätskriterien, **ohne die Evaluation** der bisherigen Umsetzung der Hybrid-DRG und auch **ohne den Einbezug empirischer Kostendaten** aus dem **ambulanten Bereich**. Die weitere Ausdehnung der Fallzahlen ohne diese Grundlagen läuft **Gefahr**, dass die **Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung**, der **Erhalt der Versorgungsqualität** und nicht zuletzt auch die **Patientensicherheit** dabei **aus dem Fokus geraten**. Gerade die **Verbindung von Kosteneffizienz bei Erhalt der Qualität** war jedoch **erklärtes Ziel** des gesetzlichen Auftrags zur Konzeption der Hybrid-DRG, und ist entscheidend für eine breite Akzeptanz der Ambulantisierung bei Patienten und Leistungserbringern.

Ziel

Vor einer weiteren Skalierung der Hybrid-DRG braucht es eine auf **empirischen Kostendaten** aus dem ambulanten und stationären Bereich basierende Kalkulation, die **Schweregrade** ausreichend **berücksichtigt** und **Sachkosten** patientenspezifisch und aufwandsbezogen **refinanziert**.

Die stark vereinfachte Ableitung aus der Mutter-DRG und die Bildung von Pauschalen gefährdet eine auskömmliche Sachkostenvergütung und somit den Zugang zu innovativen, nicht-invasiven Versorgungslösungen. Ansonsten besteht die Gefahr einer Unterversorgung, des Neueinzugs längst überholter Versorgungslösungen bzw. einer Zwei-Klassen-Medizin mit dem Angebot von IGeL-Leistungen.

Bei der Auswahl der OPS-Codes muss die Inzidenz in **vulnerablen Gruppen** mit den **Kontextfaktoren** abgeglichen und diese bei Bedarf **ergänzt** oder aber OPS-Codes aufgrund dessen generell von der Ambulantisierung ausgenommen werden.

Die Kontextfaktoren wurden bei den Hybrid-DRG im Vergleich zum AOP-Katalog abgeschwächt: Alter und Pflegegrad werden nicht berücksichtigt. Das kann zu einer Verlagerung des Behandlungsbedarfs in die Anschlussbehandlung und einer bloßen Verschiebung der Kosten bzw. sogar zu einer Kostenausweitung führen. Auch müssen Versorgungskosten gesamthaft und über den eigentlichen operativen Eingriff hinaus betrachtet werden, so kann bei bestimmten einfachen operativen Versorgungen ein höherer Aufwand in der Nachsorge entstehen, so zum Beispiel bei Osteosynthese im Bereich Fuß und Sprunggelenk.

Um die Qualität in der sektorengleichen Versorgung sicherzustellen, ist es zudem grundlegend notwendig, auch für die Erbringung der Hybrid-DRG **Struktur- und Qualitätskriterien** zu definieren.

Weiterentwicklung der Hybrid-DRG auf gesetzlicher Ebene

Die notwendige **Nachsteuerung** sollte **auf gesetzlicher Ebene** erfolgen, um die **Evaluation** und den **Einbezug vollständiger empirischer Kostendaten** zeitlich **vor die weitere Fallzahlausweitung** zu ziehen und die Skalierung nur dann vorzunehmen, wenn Transparenz zu den Auswirkungen auf Versorgungsqualität und Versorgungssicherheit besteht.

Des Weiteren könnte durch eine Anpassung von § 115f SGB V ebenfalls geregelt werden, dass die Hybrid-DRG im Gegensatz zu bisherigen Vorgaben **nicht als Pauschale** berechnet werden, sondern dass **Sachkosten separat** auszuweisen sind, um **Transparenz zu den kalkulatorischen Annahmen** zu schaffen und **höhere Schweregrade und medizinische Versorgungsaufwand** ggf. über **Zusatzentgelte** abbilden zu können.

Zudem sollte der **Zugang zu Innovationen** im Rahmen der Ambulantisierung **sichergestellt** werden. Bisher werden OPS-Codes, die mit **neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** in Verbindung stehen, explizit aus der Leistungsauswahl **ausgeklammert** und auch die Frage der **Übertragbarkeit des Verbotsvorbehalts** auf die nach sektorengleicher Vergütung erbrachten Leistungen wurde vom Gesetzgeber **offengelassen**. Gerade **innovative Methoden**, insb. auf Basis innovativer Medizintechnik, ermöglichen jedoch **minimal-invasive** Eingriffe und infolgedessen kurze Liegezeiten und eine schnelle Mobilität. Damit wird die Ambulantisierung von vielen Leistungen überhaupt erst möglich. Es braucht daher einen Weg, um diese ohne Zeitverzug durch langwierige G-BA-Verfahren auch **ambulant nutzbar zu machen**.

Um gleiche Chancen für den ambulanten Bereich zu gewährleisten, sollte außerdem dringend geprüft werden, ob die Möglichkeit einer (befristet erlaubten) **parallelen Abrechnung nach EBM** zur **schrittweisen Einführung der sektorengleichen Vergütung und Adaption** möglich ist, wie im ersten Referentenentwurf zur Hybrid-DRG-Verordnung vom 21. September 2023 vorgesehen.