BVMed Bundesverband Medizintechnologie e.V.

Positionspapier

Hybrid-DRG

Oktober 2025

Vorbemerkung

Im Koalitionsvertrag betonen die Regierungsparteien das Ziel, die sektorenübergreifende Versorgung zu stärken. Im Zuge dessen wollen sie die sektorenunabhängigen Fallpauschalen (Hybrid-DRGs) weiterentwickeln und umfassend ermöglichen. Das derzeitige Hybrid-DRG-System ist nicht geeignet, die notwendigen Ambulantisierungsziele mithilfe von Medizintechnologien zu erreichen.

Die Einführung der Hybrid-DRGs hat zum Ziel, einen vergleichbar hohen Ambulantisierungsgrad, wie im europäischen Vergleich zu erreichen. Alle hierzu erstellten Gutachten und Studien weisen auf die notwendigen ökonomischen Anreize und strukturellen Voraussetzungen hin, die einen kurzen Krankenhausaufenthalt fördern. Krankenhäuser haben durch eine i.d.R. identische, d. h. verweildauerunabhängige Vergütung, starke finanzielle Anreize, Verweildauern bis hin zur ambulanten Versorgung ohne Übernachtung zu kürzen. Dies erlaubt die Verweildauer klinisch notwendig, patientenindividuell auszurichten und bewirkt mittelfristig eine Kostenreduktion für das Gesundheitswesen. Diese Ziele werden durch den Einsatz ressourcensparender Medizintechnologien erreicht.

International wird ausgehend vom Krankenhaus die sektorengleiche Versorgung definiert und ermöglicht ambulanten Leistungserbringern die ergänzende Teilnahme an der Versorgung. In Deutschland hingegen sollen die Vergütungsregelungen der vertragsärztlichen Versorgung auf die der Hybrid-DRGs übertragen werden. Allerdings lassen sich diese ambulanten Regelungen nicht auf die Versorgung im Krankenhaus anwenden. Daraus entstehen unrealistische Rahmenbedingungen, neue Fehlanreize und Konflikte mit der Krankenhausplanung. Eine grundlegende Überarbeitung ist notwendig!

Kurzfristig sollten im Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) die nachfolgend beschriebenen Anpassungen zu den Hybrid-DRGs erfolgen.

Medizintechnologien verstärken die Ambulantisierung

Der Erlaubnisvorbehalt grenzt die Ambulantisierung stationärer Leistungen aus.

Potential der Ambulantisierung durch Medizintechnologien heben:

1. Durch die automatische Aufnahme der OPS-Kodes des Hybrid-DRG-Kataloges in Anhang 2 des EBM gem. § 115b SGBV kann sichergestellt werden, dass alle die Hybrid-DRG umfassenden Methoden inkl. Zusatzentgelten sektorengleich von Krankenhäusern und Vertragsärzten erbracht werden können.
2. Krankenhäuser können innovative Leistungen (Methoden) nach § 137c SGB V erbringen, unabhängig davon, ob sie nach DRG oder Hybrid-DRG vergütet werden. Der Hybrid-DRG-Katalog beinhaltet Leistungen, die sektorengleich für Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte vergütet werden. In der vertragsärztlichen Versorgung müssen Wertungswidersprüche mit § 135 SGB V bei der Prüfung von Rechnungen vermieden werden. Es muss klargestellt sein, dass Vertragsärzte alle Leistungen des Hybrid-DRG-Katalogs inkl. der verbundenen Zusatzentgelt erbringen können, auch wenn diese bisher kein Verfahren nach § 135 Abs. 1 SGB V durchlaufen haben.

Bedarfsgerechte Sachkostenfinanzierung sicherstellen

Der Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses zur Kalkulation von Hybrid-DRGs vom 3. Juli 2025 ist eine deutliche Verbesserung des Status quo, ermöglicht jedoch nicht ausreichend, die Potenziale der Medizintechnik für die Ambulantisierung zu verstärken. Die zur Ambulantisierung bzw. weiteren Verweildauerreduktion erforderliche Medizintechnik kann aufgrund hohen Kostendrucks und Verweildaueruntergrenzen nur zu einem geringen Anteil in der stationären Leistungserbringung eingesetzt werden und ist daher im vorliegenden Kalkulationsschema nicht bzw. nicht ausreichend berücksichtigt. Zudem sind Technologien zur Sicherstellung des Behandlungserfolgs, wie die telemedizinische Überwachung oder zur Reduktion von Infektionen und anderen postoperativen Komplikationen in die Hybrid-Vergütung aktuell nicht einkalkuliert.

Sachkosten bedarfsgerecht finanzieren:

1. Die Vereinbarung individueller Zusatzentgelte sowie ein transparenter und strukturierter Dialog zur Weiterentwicklung der Hybrid-DRGs und deren Kalkulation kann die bestehende Finanzierungslücke prospektiv schließen.
2. Bis die Kosten der für eine sichere und qualitativ hochwertige Ambulantisierung notwendigen Sachmittel in die aktuelle Kostenkalkulation Eingang finden, sollte deren Vergütung analog der Vereinbarung zur Vergütung nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V bzw. des EBM erfolgen. Mittelfristig können sie über eine empirische Datenerhebung in eine transparente Kalkulation eingehen.

Negative Fallselektion vermeiden

Die Erweiterung der Hybrid-DRGs auf Fälle mit zwei Verweildauertagen birgt die Gefahr, dass bei relevanten, verweildauerabhängigen Kostenunterschieden eine Diskriminierung von stationären Leistungserbringern erfolgt. Während Vertragsärzte für den ambulanten Fall übervergütet werden, entsteht für die stationäre Leistungserbringung eine Untervergütung.

Um eine Über- bzw. Untervergütung zu vermeiden, muss eine verweildauerabhängige Aufteilung der Hybrid-DRG vorgenommen werden.

Krankenhausreform und Weiterentwicklung der sektorgleichen Vergütung nach § 115f SGB V harmonisieren

Die Einführung und der für das Jahr 2026 geplante weitere Ausbau der Hybrid-DRGs ist ein Element der Krankenhausreform. Krankenhausplanung anhand von Leistungsgruppen, die zukünftige Vorhaltefinanzierung und der Ausbau der Hybrid-DRGs unter Einschluss von stationären Fällen mit 1-2 Tagen Verweildauer greifen in der aktuellen Phase nicht synchron ineinander und erschweren die Zielerreichung der jeweiligen Bausteine.

Hybrid-DRGs in der Krankenhausreform sachgerecht integrieren durch:

1. Die Anzahl an erbrachten Hybrid-DRGs muss bei der Berechnung der Mindestvorhaltezahlen der jeweiligen Leistungsgruppen für stationäre Leistungserbringer berücksichtigt werden.
2. Die Ausgliederung der Hybrid-DRGs aus dem aDRG-System führt zu einer Reduktion von Casemix und dadurch Reduktion der Finanzierung der Vorhaltekosten eines Krankenhauses. Dieser fehlende Anteil an den Vorhaltekosten muss bei der Kalkulation der Vorhaltebudgetvolumen und der daraus resultierenden Vorhaltebudgets der betroffenen Leistungsgruppen berücksichtigt werden, um die im aDRG-System verbleibenden Leistungen nachhaltig zu finanzieren.
3. Ein zentrales Ziel der Krankenhausreform ist die Anhebung der Qualität der Versorgung durch maßgebliche Qualitätskriterien an die Leistungserbringer gem. § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V. Es ist zu klären, ob diese nur für die stationäre Leistungserbringung der aDRGs oder auch für stationäre und ambulante Leistungserbringung als Hybrid-DRG gem. § 115f SGB V gelten, da § 115f Absatz 3 Satz 1 SGB V die Qualität der an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer an die in § 115b Absatz 1 Satz 5 SGB V genannten Qualitätsvoraussetzungen knüpft.
4. Die notwendigen Aufwendungen für Investitionen der Hybrid-DRG-Versorgung müssen im vertragsärztlichen Bereich und im Krankenhaus sichergestellt und in die Kalkulation der Hybrid-DRG-Entgelthöhe aufgenommen werden.

Vor Skalierung evaluieren und nachsteuern

Auf Grundlage des KHVVG kommt es im Jahr 2026 zu Erweiterung des Hybrid-Kataloges sowie zum Einsatz einer neuen vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) entwickelten Kalkulationsmethodik. Der Umfang der Maßnahmen rechtfertigt eine zeitnahe Bewertung, so dass die Evaluation der Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung auch diese Veränderungen einbeziehen sollte. Daher sollte der Evaluationsbericht der Institute nicht zum 30. Juni 2026, sondern zum 31. Dezember 2026 veröffentlicht werden und das Leistungsgeschehen bis zum 30. Juni 2026 einbeziehen. Nur dann können ggf. durch gezielte Maßnahmen Qualitätseinbußen und ökonomische Fehlanreize zeitnah verhindert werden.

Kontakt
Olaf Winkler
Referat Industrieller Gesundheitsmarkt
winkler@bvmed.de

BVMed
Bundesverband Medizintechnologie e.V.
Georgenstraße 25, 10117 Berlin
+49 30 246 255 - 0
www.bvmed.de