DRG 27.07.2025

Weiterentwicklung der Hybrid-DRGs – Die geplante Erweiterung ab 2026

Die Umsetzung des Hybrid-DRGs hat in vielen Krankenhäusern bereits zu einer Verschärfung der Erlössituation geführt, insbesondere wenn ein Schwerpunkt der operativen Tätigkeit in der Hernienchirurgie [1] besteht. Die anstehende Erweiterung zum 01.01.2026 wird daher mit Sorge beobachtet, zumal vielerorts noch keine ausreichend effizienten Strukturen für ambulante Operationen an den Kliniken bestehen.

Viele niedergelassene Chirurgen fremdeln dagegen noch mit der Erbringung und Abrechnung der 2024 neu eingeführten Hybrid-DRGs. Unsere Mitglieder berichten sehr divergent über die bisherigen eigenen Erfahrungen. Vor allem hochspezialisierte Fußchirurgen beklagen die unzureichende Refinanzierung der dafür notwendigen teuren Implantate. Dagegen hört man vonseiten der ambulanten Hernienchirurgen, dass sie bis auf extrem komplexe Ventralhernien mit den H-DRGs zurechtkommen. Viele haben auch schon den Charme der attraktiven Bewertung von weniger komplexen Eingriffen ohne zusätzliche Sachkosten entdeckt und teilweise hat sich eine Art Goldgräberstimmung bei der Interpretation der zugehörigen OPS-Kodierungen entwickelt. Der BDC plädiert hier für eine seriöse und rechtlich einwandfreie Anwendung der Kodier-Richtlinien, um nicht das Risiko von berechtigten Beanstandungen durch den medizinischen Dienst einzugehen.

Politisch gewollt wird die Geschwindigkeit bei der Ambulantisierung der Operationen jetzt nochmals angezogen, beflügelt vom jetzt sogar gesetzlich vorgegebenen Ziel, bis 2026 eine Million Eingriffe aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu verlagern und bis 2030 sogar mindestens zwei Millionen Eingriffe.

Da sich im Frühjahr dieses Jahres erwartungsgemäß die drei Partner der Selbstverwaltung nicht fristgemäß auf einen erweiterten Leistungskatalog einigen konnten, musste eine Entscheidung unter Beteiligung eines neutralen Schlichters angestrebt werden.

So soll es weitergehen – entgegen dem Votum der DKG!

Am 28.04.2025 hat der „*Erweiterte ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5a SGB V*“ mit den Stimmen der GKV und der KBV sowie des Schlichters die Erweiterung und Umgestaltung des Hybrid-Leistungskatalogs 2026 beschlossen [2]. Neben der Aufnahme zahlreicher weiterer Leistungen, insbesondere auch aus den Bereichen Kardiologie und Angiologie, ist insbesondere bemerkenswert, dass entsprechend einer Forderung der Krankenkassen und der KBV ab 2026 Hybrid-DRGs auch bei einer Verweildauer von zwei Belegungstagen pauschal abrechenbar sein sollen. Anders wäre das vorgegeben Ziel von 1 Million Eingriffen nicht realistisch zu erzielen gewesen.

Der Katalog ist allerdings, wie im Vorjahr, zunächst einmal nur die Grundlage für die weiteren Kalkulationen und die Entwicklung von sachgerechten Gruppierungsalgorithmen durch das InEK. Es ist daher erneut damit zu rechnen, dass nicht alle aufgelisteten OPS-Kodes künftig zu einer Hybrid-DRG führen und das InEK auch aus systematischen und ökonomischen Überlegungen weitere Leistungen ergänzend vorschlagen wird. Auf die Möglichkeit einer Anpassung des jetzt vorgelegten Katalogs wird daher ausdrücklich hingewiesen: „*Sofern sich aus den Vorschlägen zur Vergütung nach § 115f Absatz 1 SGB V möglicher Änderungsbedarf bezüglich der Leistungen nach Absatz 1 ergibt, kann die Anlage durch die Vertragsparteien im Rahmen der Vereinbarung nach § 115f Absatz 1 Satz 9 SGB V angepasst werden*“.

Es ist kein Geheimnis, dass der Beschluss ohne Zustimmung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, aber mit Unterstützung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung zustande gekommen ist. Die Interessen der Krankenhäuser konnten demnach nicht durchgesetzt werden, was insbesondere an der Verlängerung der mit einer Hybrid-DRG pauschal vergüteten Behandlungsdauer erkennbar ist. Von dem pauschalen Entgelt, bei dem die Mehrkosten komplizierter Verläufe mit bis zu zwei Übernachtungen im Krankenhaus einkalkuliert sind, profitieren zu Lasten der Krankenhäuser alle Vertragsärzte, die selektiv nur ambulante Patienten behandeln.

Eine Erstattung der Mehrkosten bei einer ein- oder zweitägigen stationären Behandlungen (z. B. durch Pflegeentgeltpauschawlen) ist nach aktuellem Kenntnisstand weiterhin nicht vorgesehen.

Dies stellt offenbar auch den Hintergrund für die „*Anordnung des Sofortvollzugs*“ dar, um einer Verzögerung der Umsetzung im Falle einer Klage (durch die DKG?) entgegenzuwirken. Ob damit dem vielzitierten „*öffentlichen Interesse an einer fristgerechten Umsetzung*“ allerdings gedient ist, bleibt abzuwarten. Denn wenn eine Klage tatsächlich Erfolg haben sollte, dürfte die tatsächliche Anpassung des Leistungskataloges für 2026 kaum noch fristgerecht möglich sein.

Der neue Katalog enthält insgesamt 101 OPS-Kodes für neue Hybrid-Leistungen in sieben neuen Leistungsbereichen sowie 5 weitere Kodes für den bereits bestehenden Leistungsbereich „*Bestimmte Hernieneingriffe*“ (s. Tab. 1).

Tab. 1: Neue Leistungsbereiche

Neue Leistungsbereiche	Anzahl neuer OPS-Kodes
Einfache, laparoskopische Cholezystektomie	1
Laparoskopische Appendektomie	2
Bestimmte Hernieneingriffe *)	5
Perkutan-transluminale Gefäßinterventionen	33
Operative Maßnahmen mit Herzschrittmachern und Defibrillatoren	10
Diagnostische und therapeutische Interventionen an den Herzkranzgefäßen	23
Elektrophysiologische Untersuchungen am Herzen inklusive ablativer Maßnahmen	13
Frakturrepositionen	19

*) Bereits seit 2024 bestehender Leistungsbereich mit bisher 105 OPS-Kodes

Hernienchirurgie

In der Hernienchirurgie wurde nunmehr auch die Versorgung von Rezidiv-Leistenhernien in den Hybrid-Katalog aufgenommen, allerdings nur die Verfahren mit Verwendung von alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material in laparoskopisch transperitonealer (TAPP) oder endoskopisch total extraperitonealer (TEP) Technik. Bei den offen chirurgischen Verfahren wurde nur die epifasziale [anteriore] Technik (OP nach Lichtenstein, Onlay-Technik), nicht jedoch die präperitoneal/retromuskuläre [posteriore] Technik (OP nach Gilbert oder Pellissier, Sublay-Technik, TIPP, Plug-Verfahren) sowie Techniken mit plastischem Bruchpfortenverschluss (OP nach Lotheissen/McVay oder Desarda) berücksichtigt.

Bei der Versorgung von Narbenhernien wurden die offen chirurgischen Verfahren zur Bauchwandverstärkung mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM] oder in Sublay-Technik bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm zusätzlich in den Hybrid-Katalog aufgenommen. Inwieweit diese Leistungen jedoch tatsächlich ab 01.01.2026 mit einer Hybrid-DRG abrechenbar werden, hängt von den noch ausstehenden Kalkulationen und Bewertungen des InEK ab. Bekanntlich sind auch alle anderen in den Katalog aufgenommenen Leistungen zur minimalinvasiven Versorgung von Narbenhernien zum 01.01.2025 nicht mit einer Hybrid-DRG abrechenbar geworden, was im vergangenen Jahr zu erheblichen Irritationen geführt hat.

Für 2026 haben DGAV und Herniengesellschaft weitere Unterteilungen der OPS-Kodes für die Versorgung von Narbenhernien, epigastrischen und Nabelhernien beim BfArM beantragt, mit der W1- und W2-Narbenhernien bzw. epigastrischen und Nabelhernien unter 4 cm differenziert werden können. Sofern diese Anträge angenommen werden, könnten auf dieser Grundlage neue Hybrid-DRGs auf Hernien mit einer horizontalen Defektbreite < 4 cm beschränkt werden.

Laparoskopische Cholezystektomie und Appendektomie

Eine weitere viszeralchirurgisch bedeutsame Neuerung betrifft die Aufnahme der laparoskopischen Cholezystektomie und Appendektomie in den Hybridkatalog. Während dies bei der Cholezystektomie nur für Situationen ohne Gallenwegsrevision gelten soll (OPS-Kode 5-511.11), ist es sowohl bei der Cholezystektomie als auch bei der Appendektomie (OPS-Kodes 5-470.10 und 5-470.11) nicht klar, ob akute Situationen mit Perforation und/oder Peritonitis auch Hybridleistungen werden. Dies werden erst die Zuordnungen des InEK zeigen.

Es ist fachlich umstritten, ob hier die vertretbare Schwelle für ambulant durchführbare Leistungen überschritten wird. Die Sinnhaftigkeit eines „sektorenübergreifenden“ Vergütungskonzepts ist gerade bei diesen beiden Leistungen nicht nachvollziehbar. Resultieren wird vermutlich eine weitere Absenkung der Vergütung von Kurzliegern, die dann auch auf eine Verweildauer von zwei Tagen ausgeweitet wird. Zudem ist zu erwarten, dass alle Patienten, die wegen einer Cholezystitis oder Appendizitis operiert werden, künftig in das Visier der MD-Begutachtung geraten, mit dem Ziel, die Vergütung mit einer regulären DRG zugunsten einer Hybrid-DRG abzuwerten.

Tab. 2: Geschlossene Frakturreposition

Geschlossene Frakturreposition		Draht/Zuggurtung	Intramedullärer Draht
		einfach / mehrfragmentär	einfach / mehrfragmentär
Radius	distal		
	Schaft		5-790.25
	proximal		
Ulna	distal		

	Schaft		5-790.28	
	proximal			
Humerus	distal	5-790.13		
	Schaft			
	proximal			

Tab. 3: Offene Frakturreposition

Offene Frakturreposition		**Schraube**		**Draht/Zuggurtung**		**Platte**		**winkelstabile Platte**	
		einfach.	**mehrfr.**	**einfach**	**mehrfr.**	**einfach**	**mehrfr.**	**einfach**	**mehrfr.**
Radius	distal					5-793.36	5-794.26	5-793.k6	5-794.k6
	Schaft								
	proximal	5-793.14	5-794.04						
Ulna	distal								
	Schaft								
	proximal			5-793.27					5-794.k7
Tibia	distal	5-793.1n							
	Schaft								
	proximal								
Fibula	distal	5-793.1r						5-793.kr	5-794.kr
	Schaft								
	proximal								
Klavikula			5-796.00				5-796.20	5-795.k0	5-796.k0

Tab. 4: Kodes für die Gefäßchirurgie, Bereich Angiologie

Gefäß	**Ballon-Angiopl.**	**Blade-Angiopl.**	**Ather-ektomie**	**Thromb-ektomie**	**Rotations-Thrombekt.**	**Rotations-Atherekt.**
Schulter/OA	8-836.02		8-836.32	8-836.82		
Unterarm	8-836.03		8-836.33	8-836.83		
OS Arterien	8-836.0s	8-836.1k	8-836.3k	8-836.8k	8-836.pk	8-83c.fb
OS Venen	8-836.0t		8-836.3m	8-836.8m		
US	8-836.0c		8-836.3c	8-836.8c		
Aa. abdom./pelv.	8-836.0q					
Malformat.	8-836.0d		8-836.3d	8-836.8d		
Künstl. Gef.	8-836.0e		8-836.3e	8-836.8e		
sonstige	8-836.0x		8-836.3x	8-836.8x		

Tab. 5: Kodes für die Gefäßchirurgie, Einlage von Stents

Gefäß	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	
	1 Stent	2 Stents
OS Arterien	8-840.0s	8-840.1s
Aa. abdomominal / pelvin	8-840.0q	8-840.1q

Unfallchirurgie

Der neue unfallchirurgische Leistungsbereich „*Frakturrepositionen*“ umfasst einige wenige, ausgewählte Osteosynthesen am distalen Humerus, Radius, Ulna, distaler Tibia und Fibula sowie Klavikula. Eine Systematik bei der Auswahl der Prozeduren ist allerdings nicht erkennbar.

Alle Leistungen, für die in den Tabellen keine OPS-Kodes angegeben ist, werden mit den konventionellen DRGs vergütet oder sind als ambulante Eingriffe gemäß AOP-Katalog abzurechnen.

Angiologie, Gefäßchirurgie

Numerisch die meisten Erweiterungen finden sich im Bereich der Angiologie: Ballon-Angioplastien, Thromb- und Atherektomien sowie die Einlage von bis zu zwei nicht medikamentefreisetzenden Stents in Gefäße der oberen und unteren Extremität, aber auch in abdominale und pelvine Arterien aufgenommen. Mit einer Protokollnotiz wurde der für unsere Gefäßchirurgen sehr wichtige Vorbehalt vereinbart, dass die Partner des Bundesmantelvertrages bis zum 30. Juni 2025 eine Regelung im Rahmen der Qualitätssicherung getroffen haben, die ab dem 01. Januar 2026 eine Durchführung dieser Leistungen durch Fachärzte für Gefäßchirurgie sowie für Fachärzte für Angiologie ermöglicht. Bisher waren diese Leistungen für die GKV aufgrund der QS-Vereinbarung ausschließlich von Radiologen zu erbringen.

Kardiologie

Als neuer Leistungsbereich ist künftig die Kardiologie vertreten. Als Hybrid-Leistungen finden sich diagnostische Herzkatheter-Untersuchungen sowie Angioplastien, Blade-Angioplastie, Rotablation und Lithoplastie an einer Koronararterie mit Einlage von bis zu zwei medikamentefreisetzenden Stents sowie der Verschluss eines Vorhofseptumdefektes oder des Herzohrs. Zudem werden auch einige der ablativen Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen in den Hybrid-Katalog aufgenommen.

Bei der Implantation von Schrittmachern und Defibrillatoren ist auffällig, dass sich die Eingriffe auf die Implantation und den Aggregatwechsel von Defibrillatoren beschränken. Bei Herzschrittmachern wird nur der Aggregatwechsel von Einkammer-Systemen in den Hybrid-Katalog aufgenommen, während alle Erstimplantationen sowie der Aggregatwechsel von Mehrkammersystemen nicht als Hybrid-Leistung vorgesehen sind.

Zusammenfassende Bewertung

Leider wurde weiterhin auf viele Möglichkeiten der Ambulantisierung verzichtet, die bereits im Gutachten der Regierungskommission empfohlen wurden, z.B. Knie- und Schulterarthroskopie, Varizenchirurgie, Katarakt-OP, Tonsillektomie, Nasenseptum- und Nasennebenhöhleneingriffe. Aus der Verhandlungskommission ist zu vernehmen, dass dies von der GKV blockiert wird, weil in diesen Bereichen bereits ein hoher Ambulantisierungsgrad bestünde. Die Rolle des parallel geführten AOP-Katalogs erscheint zudem fragwürdig, zumal die Aufnahme ambulant durchführbarer Leistungen wie z. B. die Implantation von Eventrekordern seit Jahren blockiert wird.

Immerhin wurde in die Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung die Absicht aufgenommen, das Problem der unterschiedlichen und unzureichenden Refinanzierung der Sachkosten, z. B. für Netze und Implantate zu lösen. Es bleibt aber dabei, dass die gesetzliche Festschreibung einer degressiven Bepreisung bis auf das Niveau des EBM bis 2030 im § 115f SGB V unakzeptabel ist. Auch der grundsätzliche Ausschluss von Kindern und Personen mit Behinderung wird kritisch betrachtet, zumal diese Patientengruppen gerade von ambulanten Eingriffen profitieren würden. Gesetzliche Anpassungen sind hier unerlässlich und bereits gegenüber der neuen Bundesregierung formuliert worden.

Alternativ sollte das ganze Konzept der sektorenübergreifenden ambulanten und kurzstationären Versorgung neu gedacht werden – ohne den Irrweg über DRG-Algorithmen. Bereits bei dem Versuch, „Lymphknotenbiopsien“ mit Hybrid-Preisen auszustatten, zeigte sich, dass ein Diagnosen-gesteuerter Algorithmus für diesen Zweck wenig geeignet ist. Es bleibt unverständlich, dass hier nicht ein bewährtes Prozedurengesteuertes System wie der EBM weiterentwickelt wurde.

Es ist nochmals darauf hinzuweisen, dass dieser Beschluss lediglich eine Arbeitsgrundlage für das InBA und das InEK darstellt und dass wahrscheinlich festzustellen sein wird, dass sich bestimmte Prozeduren nicht zu neuen Hybrid-DRGs zuordnen oder bewerten lassen. Somit sind bis zum Start-Termin der Erweiterungen zum Januar 2026 noch erhebliche Anpassungen zu erwarten, über die wir Sie zeitnah informieren werden.

Literatur

[1] Köckerling F, Kalbe P, Bartkowski R, Witzigmann H, Uhl WH, Meyer HJ: Hybrid-DRG aus Sicht der Kliniken. Passion Chirurgie. 2025 April; 15(04): Artikel 03_03.

[2] Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 8. Sitzung am 28. April 2025 zum Hybrid-DRG-Leistungskatalog 2026 https://institut-ba.de/ba/ergaenzbeschluesse/2025-04-28_ergEBA8.pdf, zuletzt zugegriffen 01.07.2025

Autor:innen des Artikels

Bartkowski R, Kalbe P, Kisch T, Witzigmann H, Uhl W: Weiterentwicklung der Hybrid-DRGs – Die geplante Erweiterung ab 2026. Passion Chirurgie. 2025 Juli/August; 15(07/08): Artikel 04_05.

Autor:innen des Artikels

Rolf Bartkowski

DGAV e.V.
Geschäftsführer von Med-I-Class GmbH
Berlin

Kontakt

Peter Kalbe

Vizepräsident des BDC
Gelenkzentrum Schaumburg
Stükenstraße 3
31737 Rinteln

Kontakt

Tobias Kisch

Regionalvertreter BDC|Landesverband Schleswig-Holstein
Praxisklinik Kronshagen
Universität zu Lübeck

Kontakt

Helmut Witzigmann

DGAV e.V.
Helios Park-Klinikum Leipzig

Waldemar H. Uhl

DGAV e.V.
Kompetenzzentrum in Bochum
Deutsches Schilddrüsenzentrum
St. Josef-Hospital