

Verteiler:

Bundesministerium für Gesundheit
Frau Bundesministerin Nina Warken
Herr Staatssekretär Tino Sorge
Herr Staatssekretär Dr. Georg Kippels
Herr Michael Weller
Frau Johanna Sell
Rochusstraße 1
53123 Bonn
vorab per E-Mail: nina.warken@bmg.bund.de
tino.sorge@bmg.bund.de
georg.kippels@bmg.bund.de
michael.weller@bmg.bund.de
johanna.sell@bmg.bund.de

GKV-Spitzenverband
Herr Johannes Wolff
Reinhardtstr. 28
10117 Berlin
vorab per E-Mail: johannes.wolff@gkv-spitzenverband.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herr Dr. Andreas Gassen
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin
Vorab per E-Mail: agassen@kbv.de

Deutsche Krankenhausgesellschaft
Herr Dr. Gerald Gaß
Frau Henriette Neumeyer
Frau Anke Wittrich
Wegelystraße 3
10623 Berlin
vorab per E-Mail: g.gass@dkgev.de
h.neumeyer@dkgev.de
a.wittrich@dkgev.de

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
Herrn Dr. Frank Heimig
Auf dem Seidenberg 3
53721 Siegburg
vorab per E-Mail: frank.heimig@inek-drq.de

Institut des Bewertungsausschusses Gesellschaft bürgerlichen Rechts
Herrn Dr. Christian Peters
Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin
vorab per E-Mail: info@institut-ba.de

Hockenheim, den 10.05.2025

EILT!**Fristsache - Entwicklung Hybrid-DRG 2026**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir äußern in diesem offenen Brief unsere erheblichen Bedenken zur aktuellen Veröffentlichung des Vorschlagkataloges von OPS-Kodes für die Entwicklung eines Hybrid-DRG-Kataloges für 2026.

Der vorgeschlagene Leistungskatalog besteht nur aus OPS-Kodes ohne Falldatenbezug. Das macht eine differenzierte Einschätzung der Schweregrade der in Betracht zu ziehenden Fälle unmöglich.

In der bisherigen Kalkulation hat das InEK auf einen Mix der Kosten und der prozentualen Verteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor abgezielt. Da der ambulante Bereich bisher keine 2-Tages-Fälle erbracht hat, können keine „gemischten Berechnungen“ mit dem stationären Bereich vorgenommen werden. Es ist somit objektiv unmöglich, die neuen Hybrid-Fallpauschalen auf die bis zu zwei Verweildauertage erweiterte Fallmenge grundsätzlich zu kalkulieren.

Das InEK hat in seinem Begleitschreiben sehr klar auf den erheblichen Arbeitsumfang der Aufgabe verwiesen:

- unterschiedliche Hybrid-DRGs
- unterschiedliche Vergütungssystematiken
- unterschiedliche Vorbereitungen
- unterschiedliche Plausibilisierung
- unterschiedliche Rückfragen
- unterschiedliche Logiken

Die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling teilt als Fachgesellschaft die Bedenken des InEK und begründet dies wie folgt:

Mit der Differenzierung zwischen Hybrid- und DRG-System entsteht ein paralleles Fallpauschalen (DRG) – System mit einem sehr zerfaserten Detaillierungsgrad und nicht absehbaren Folgen für das verbleibende stationäre Fallpauschalensystem. Zu berücksichtigen ist dabei, dass in der Vergangenheit bereits umfassende normative Eingriffe und Ausgliederungen im System vorgenommen wurden (Ausgliederung Pflegebudget, Absenkung von Relativgewichten, Sachkostenkorrekturen). Zudem führt perspektivisch die Vorhaltevergütung zu weiteren substantiellen Eingriffen ins System.

Es bedarf zur Ermittlung von Abgrenzungskriterien durch das InEK weiterer Angaben der Krankenhäuser, welche nicht in der bisherigen Übermittlung von Routinedatensätzen enthalten sind. Da die notwendigen Daten aufgrund der gesetzlich vorgegebenen engen Frist vom InEK benötigt werden, sind im Ergebnis die Krankenhäuser kurzfristig in der Pflicht, umfassend ergänzende Daten zu liefern.

Es ist illusorisch, bei der Vielzahl der oben genannten Punkte die notwendigen Datenfelder zu definieren, zu liefern, zu plausibilisieren, zu verarbeiten und zu bewerten. Ganz abgesehen davon sei bemerkt, dass diese Daten im ambulanten Sektor nicht erfasst werden und somit nicht vorhanden sind.

Mit den weiteren Differenzierungsvorgaben wird das System noch bürokratischer, komplizierter und führt zu einer Nichthandhabbarkeit in der Praxis. Es sind zuviele Parameter neben der hybridsensitiven Leistung zu berücksichtigen wie Kontextfaktoren, Leistungsgruppen, Zuweisungskriterien, Strukturmerkmale und nicht zuletzt der Erkrankung des Patienten.

Eine sinnvolle Fallsteuerung von Patienten ist nicht mehr möglich. Die Datengrundlage für die Erstellung von Hybrid-DRGs entsteht am Ende der Behandlung von Patienten. Das INEK und die Leistungserbringer sind jedoch aufgefordert, die Abrechnungsdaten zukünftig zu antizipieren. Dies hat es in dieser Form noch nie gegeben und ist objektiv unmöglich.

Zu den im Jahr 2025 bestehenden 575 OPS-Kodes sollen 106 hinzugefügt werden. Gesetzliche Zielvorgabe für das Jahr 2026 ist eine Überführung von 1 Million bisher stationär behandelte Fälle in Hybrid-DRGs. Tatsächlich weisen 2,6 Millionen Fälle im Datensatz des Destatis aus dem Jahr 2023 einen OPS aus dem Vorschlagskatalog auf. Hierbei sind weder die Liegezeit, die Hauptdiagnose, die Altersstruktur oder Schweregrad- und/oder liegezeitverlängernde Umstände bekannt. Auch weitere operative Leistungen in einem Behandlungsfall wurden nicht berücksichtigt. Trotz dieser Komplexität soll das INEK innerhalb kürzester Fristen eine juristisch belastbare und substantiierte Berechnung sowohl des Hybrid-Systems als auch des anzupassenden DRG-Systems leisten. Auch dies ist objektiv absolut unmöglich.

Es wird ein über 20 Jahre auf Kostendaten entwickeltes, jährlich nachgeschärftes System zur leistungsorientierten Vergütung normativ gesprengt. Die Folgen dieses Vorgehens sind für die Gesundheitsversorgung nicht abschätzbar.

Eine Folgenabschätzung für die Versorgungslandschaft wurde im Vorfeld nicht gemacht. Damit ist das Vorgehen für 2026 rein experimentell.

Die „Hybridisierung“ von Leistungen, welche per se durch entsprechende medizinische Behandlungsleitlinien nicht ambulant erbringbar sind, stellen eine erhebliche

Patientengefährdung dar und zwingen den behandelnden Arzt in ein Haftungsrisiko und einen Gewissenskonflikt.

Zwei Tage stationäre Verweildauer bedeuten, dass die Mittel des Krankenhauses nach §39 SGB V erforderlich sind und stellen somit keine Ambulantisierung im semantischen Kontext dar.

Für die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling wird damit deutlich, dass es hier nicht mehr um eine wirkliche Ambulantisierung geht, sondern dass die willkürliche Absenkung stationärer Vergütung auf ein ambulantes Niveau das Ziel ist.

Die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling fordert, normative Eingriffe in das System zu unterlassen. Statt der Hybrid-DRGs sollte vielmehr die bisherige Kurzliegersystematik im Fallpauschalenkatalog konsequent weiterentwickelt werden. Um den Zugang von niedergelassenen Ärzten zur Kurzliegerbehandlung zu ermöglichen, bedarf es lediglich der konsequenten Nutzung der Belegarztsystematik.

Nicht das System ist anzupassen, sondern bereits bestehende Zugangswege sind anzuwenden.

Als positiver Nebeneffekt ist eine erhebliche Kosteneinsparung als auch ein massiver Bürokratieabbau zu erwarten.

Mit freundlichen Grüßen

Ass. jur. Prof. Dr. rer. pol. Erika Raab, MBA (Vorstandsvorsitzende)

Dipl.-Kfm. (FH) Dirk Hohmann (Stellv. Vorstandsvorsitzender)

PD Dr. med. habil. Nikolaus von Dercks (Generalsekretär)

Dr. med. Frank Reddig (Finanzvorstand)

Jürgen Scheubach (Schriftführer)

Dr. med. Ulf Dennler (MBA) (Beirat)

PD Dr. med. habil. Claus Wolff-Menzler, M.A. (Beirat)

Dr. med. Jacqueline Voges (Beirat)

Guido Hartmann (Beirat)

Dr. med. Bettina Beinhauer (Beirat)