

Hybrid-DRGs in der Rhythmologie

AG Elektrophysiologie (AGEP) der DGK

Online, 3. Dezember 2025

The logo for the DRG Research Group features a stylized blue line graph with a sharp peak and a subsequent dip, resembling a pulse or waveform. To the right of this graphic, the text "DRG RESEARCH" is written in a small, dark blue, sans-serif font, and "GROUP" is written in a larger, bold, grey, sans-serif font below it.

DRG RESEARCH
GROUP

Dr. med. Wolfgang Fiori

Roeder & Partner Ärzte
Berater im Gesundheitswesen

Wichtig:

Die folgenden Informationen beruhen auf dem **Stand vom 25. November 2025**

Sie enthalten auch eigene **Interpretationen** des Vortragenden!

Vieles befindet sich noch in der Schwebe (z.B. Veränderungswert, Landesbasisfallwerte)

Die Inhalte wurden durch den mündlichen Vortrag ergänzt und erläutert.
Zur Vermeidung von Missverständnissen bitten wir dies zu berücksichtigen.

Auch wenn Inhalte nach bestem Wissen erstellt wurden, sind einzelne Fehler nicht ausgeschlossen.
Die Inhalte stellen daher keine verbindliche Beratung dar.

Die **neuen** Hybrid-DRGs

Hybrid-DRGs: neue gesetzliche Vorgaben

(§ 115f SGB V [Stand KHVVG])

Ursprünglicher Wunsch:

- **Auswahl geeigneter AOP-Leistungen**, die überwiegend noch stationär erbracht (und abgerechnet) werden
- **Einheitliche Vergütung** unabhängig von der Leistungserbringung setzt Anreiz zur Ambulantisierung
- [Entzug von in stationärer Vergütung enthaltenen Ressourcen zur Refinanzierung des Gesamtkrankenhauses]?
- [Abbau von Krankenhausstrukturen/Standorten]?

Umsetzung im KHVVG:

- **Ab 2026 soll 1 Mio. Fälle** von der Hybrid-DRG-Abrechnung erfasst werden (2024/2025 ca. 181.000 / 287.000 Fälle), ab 2028 1,5 Mio. Fälle und **ab 2030 2 Mio. Fälle** (Basis vollstationäre Fälle 2023)
→ Hybrid-DRGs werden auch **Fälle > 1 Belegungstag** umfassen müssen
- Vergütung soll schrittweise **bis zum Jahr 2030** dem **Niveau nach AOP-Vertrag (EBM)** angepasst werden
- Differenzierung: Fälle **ohne Übernachtung** = „ambulant“ / Fälle **mit Übernachtung** = „stationär“
- Keine Möglichkeit der Verschleppung oder Blockade durch Partner der Selbstverwaltung

Die **neuen** Hybrid-DRGs

(§ 115f SGBV)

- 69 Hybrid-DRGs mit **deutlich mehr Fällen**
- Ausgliederung **substanzieller Anteile ganzer Fachbereiche** (Kardiologie/Angiologie) **und Leistungsgruppen** (EPU/Ablationen, interventionelle Kardiologie, Kardiale Devices)
- Viele (bislang) **eindeutig stationäre Leistungen** – Konflikt mit Krankenhausplanung
➔ Wirtschaftliche Tragfähigkeit der „reststationären Versorgung“ muss mitgedacht werden
- Umfasst auch Fälle mit **bis zu zwei Übernachtungen** (Mischpreise mit Anreizwirkung)
- Andere Kalkulation (insbesondere mit Bedeutung für die Zukunft!)
- Ohne Kinder & Menschen mit „Behinderungen“ & ZE/NUB-Leistungen
- Klare Zuordnung zu den Sektoren

Vorsicht:

**Die bisherigen Erfahrungen mit den Hybrid-DRGs
können nicht einfach übertragen werden!**

Hybrid-DRGs in der Elektrophysiologie

(Beschluss des ergEBA vom 11.11.2025)

Welche Leistungen (OPS):

- 1-265.4 Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt:
Bei Tachykardien mit schmalen QRS-Komplex oder atrialen Tachykardien
- 1-265.8 Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Synkopen unklarer Genese
- 1-265.x/y Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Sonstige/N.n.bez.
- 8-835.2- Konventionelle Radiofrequenzablation
- 8-835.3- Gekühlte Radiofrequenzablation
- 8-835.4- Ablation mit anderen Energiequellen
- 8-835.a- Kryoablation
- 8-835.b- Bipolare phasenverschobene
- 8-835.k- Irreversible Elektroporation
- 8-835.x/y Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Sonstige/N.n.bez.

Alle Codes (zzgl. weiterer)
werden auch zur Definition
der **Leistungsgruppe 010**
EPU/Ablation genutzt!

Jeweils ohne OPS-Kodes 8-835.-4 (Linker Ventrikel)

- Keine Kinder- und Jugendlichen (< 18 Jahre), keine Fälle mit PCCL >2, keine Fälle mit Pflegegrad 4/5, keine Fälle mit Zusatzentgelten (bewertet oder unbewertet) oder NUB, weitere Ausnahmen

Hybrid-DRGs bei den kardialen Devices

(Beschluss des ergEBA vom 11.11.2025)

Welche Leistungen (OPS):

- 5-377.50 Implantation Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Ohne atriale Detektion
- 5-377.6 Implantation Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
- 5-377.7- Implantation Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation (ohne/mit Vorhofelektrode)
- ~~5-378.51~~ ~~Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem~~
- 5-378.55 Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
- 5-378.5c/5d Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne/mit atriale(r) Detektion
- 5-378.5e/5f Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne/mit Vorhofelektrode
- 5-378.5g Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit subkutaner Elektrode
- 5-378.b8 Systemumstellung Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
- 5-378.ba Systemumstellung Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
- 5-378.bb/bc Systemumstellung Herzschrittmacher auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne/mit Vorhofelektrode
- 5-378.c0 Systemumstellung Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
- 5-378.c1/c2 Systemumstellung Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne/mit Vorhofelektrode
- 5-378.c5/c6 Systemumstellung Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne/mit Vorhofelektrode
- 5-378.c9 Systemumstellung Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
- 5-378.cf Systemumstellung Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
- 5-378.ch Systemumstellung Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
- 5-378.cj/ck Systemumstellung Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne/mit Vorhofelektrode
- 5-378.d4 Systemumstellung intrakardialer Impulsgenerator auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
- 5-378.d6 Systemumstellung intrakardialer Impulsgenerator auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
- 5-378.d7/d8 Systemumstellung intrakardialer Impulsgenerator auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne/mit Vorhofelektrode

Bereits im AOP-
Katalog 2025

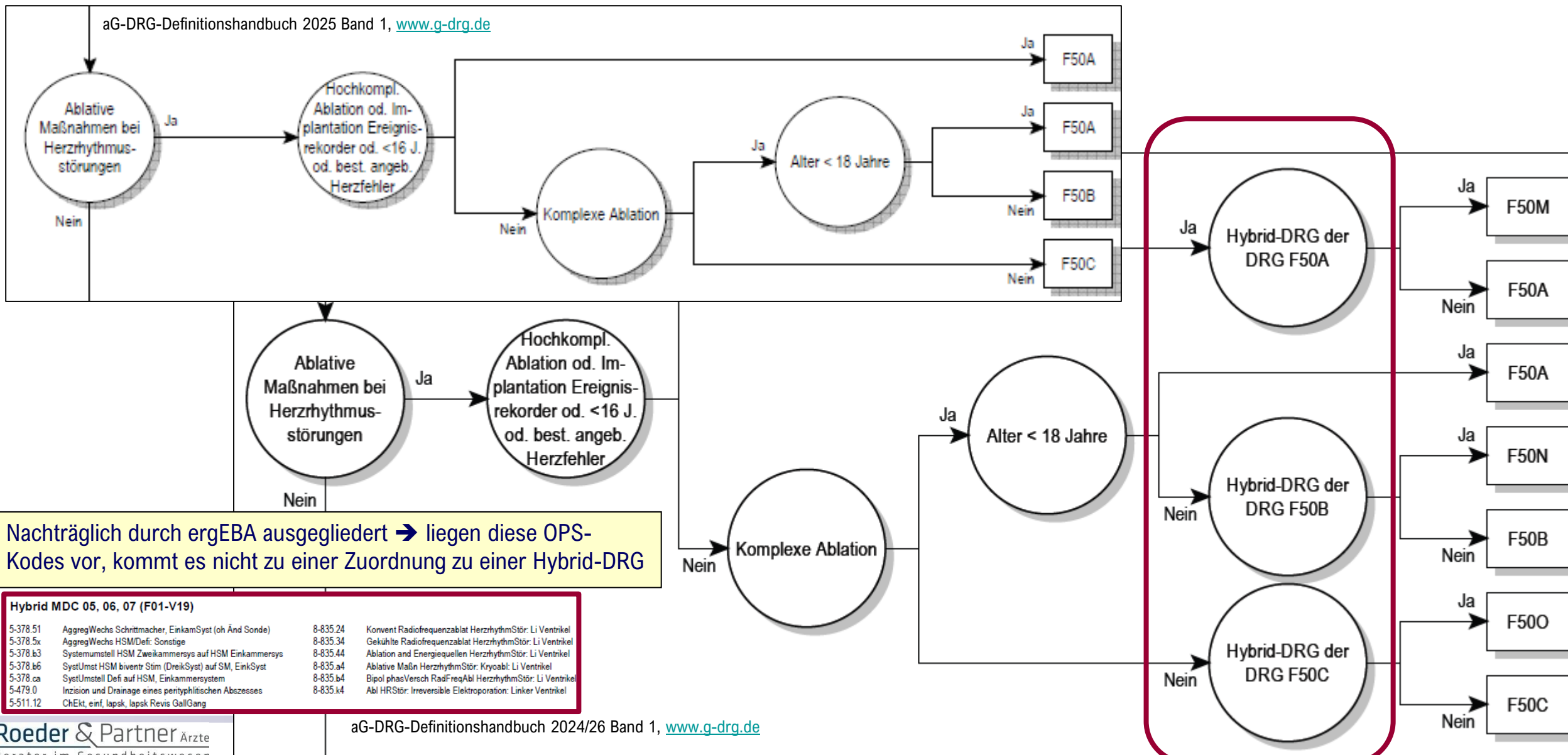
Die neuen OPS-Kodes (Umstellung von Defi mit substernaler Elektrode auf ...) werden vermutlich nicht berücksichtigt (5-378.cp - ct)

Alle Kodes (zzgl. weiterer) werden auch zur Definition der **Leistungsgruppe 012 Kardiale Devices** genutzt!

Keine Kinder- und Jugendlichen (< 18 Jahre), keine Fälle mit PCCL >2, keine Fälle mit Pflegegrad 4/5, keine Fälle mit Zusatzentgelten (bewertet oder unbewertet) oder NUB, weitere Ausnahmen

Ablationen: Basis-DRG F50

aG-DRG-Definitionsband 2025 Band 1, www.g-drg.de



Hybrid-DRGs in der Elektrophysiologie

(Auswertung der Daten nach § 21 KHEntgG aus dem Jahr 2024 nach dem InEK DatenBrowser)

150.828 Fälle mit einem OPS-Kode aus den Klassen 1-265 oder 8-835

... davon 140.582 Fälle mit OPS-Kodes aus der Hybrid-DRG-Auswahl

... davon 131.227 Fälle in den Mutter-DRGs F50A-C (weitere ca. 5.000 Fälle in den Mutter-DRGs F49/F01)

... davon 129.841 Fälle im Alter > 17 Jahre, mittlere Verweildauer 2,3 Belegungstage (StD: 2,7)

... (davon 5,8% mit PCCL > 2 → im Weiteren nicht ausgegrenzt)

... (davon 326 Fälle mit Pflegegrad 4/5 → im Weiteren nicht ausgegrenzt)

... davon 72.577 Fälle (56%) mit einer Verweildauer von 1 Belegungstag

(= eine Übernachtung oder Tagesfall),

enthalten ca. 1.900 Fälle mit PCCL > 2 und ca. 100 Fälle mit hohem Pflegegrad

→ Ein erheblicher Anteil der Fälle mit EP-Leistungen wandert in die Hybrid-DRGs

- 7.213 Fälle mit einem OPS-Kode aus 8-835.-4 (Ablation Linker Ventrikel), höhere Verweildauern, weniger Kurzlieger, höhere PCCL → Subkollektiv unterscheidet sich tatsächlich

Hybrid-DRGs der Kardialen Devices

(Auswertung der Daten nach § 21 KHEntgG aus dem Jahr 2024 nach dem InEK DatenBrowser)

133.337 Fälle mit einem OPS-Kode aus den Klassen 5-377 oder 5-378

... davon 31.746 Fälle mit OPS-Kodes aus der Hybrid-DRG-Auswahl

... davon 16.979 Fälle in den Mutter-DRGs F01C/D/F und F02A/B (weitere 43 Fälle in den Mutter-DRGs F50)

... davon 16.973 Fälle im Alter > 17 Jahre, mittlere Verweildauer 4,0 Belegungstage (StD: 5,1)

... (davon 20,5% mit PCCL > 2 → im Weiteren nicht ausgegrenzt)

... (davon 373 Fälle mit Pflegegrad 4/5 → im Weiteren nicht ausgegrenzt)

... davon 8.108 Fälle (47,8%) mit einer Verweildauer von 1 Belegungstag

(= eine Übernachtung oder Tagesfall),

enthalten ca. 2.500 Fälle mit PCCL > 2 und ca. 150 Fälle mit hohem Pflegegrad

→ Ein deutlich geringerer Anteil der Fälle mit Kardialen Devices in die Hybrid-DRGs

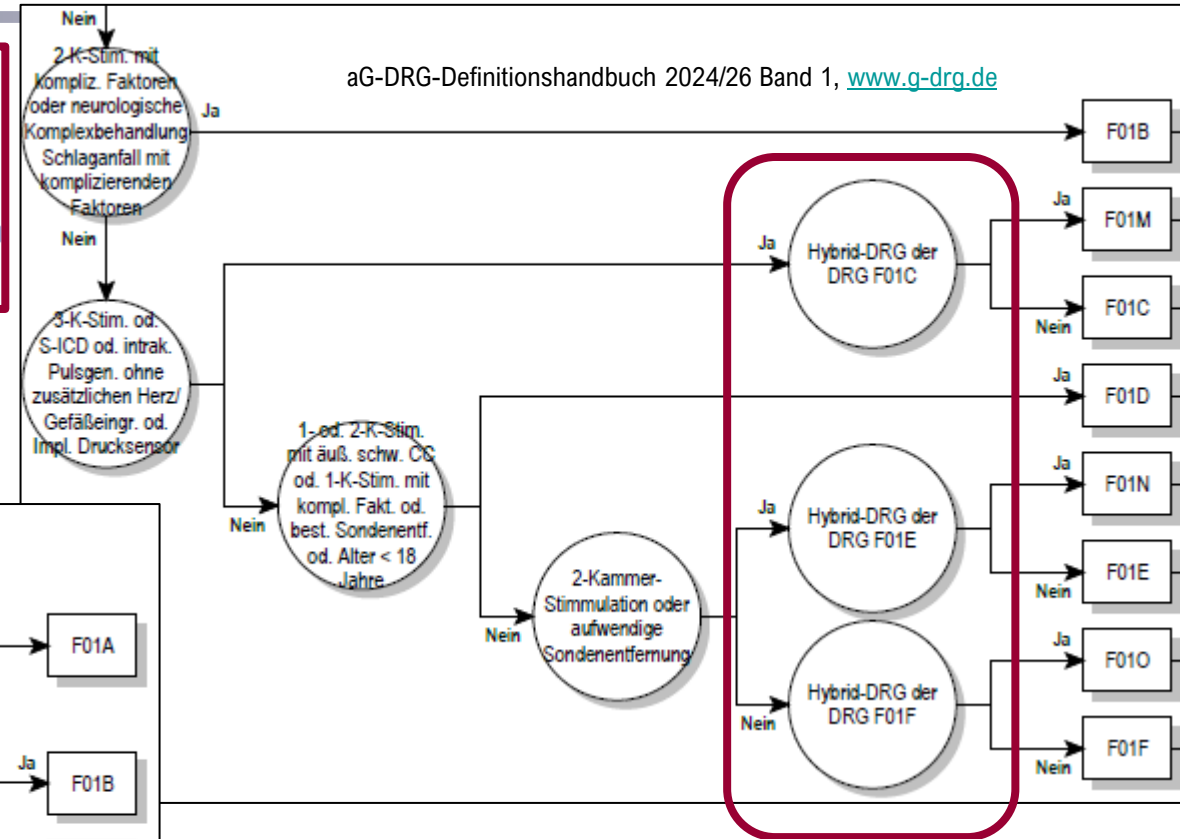
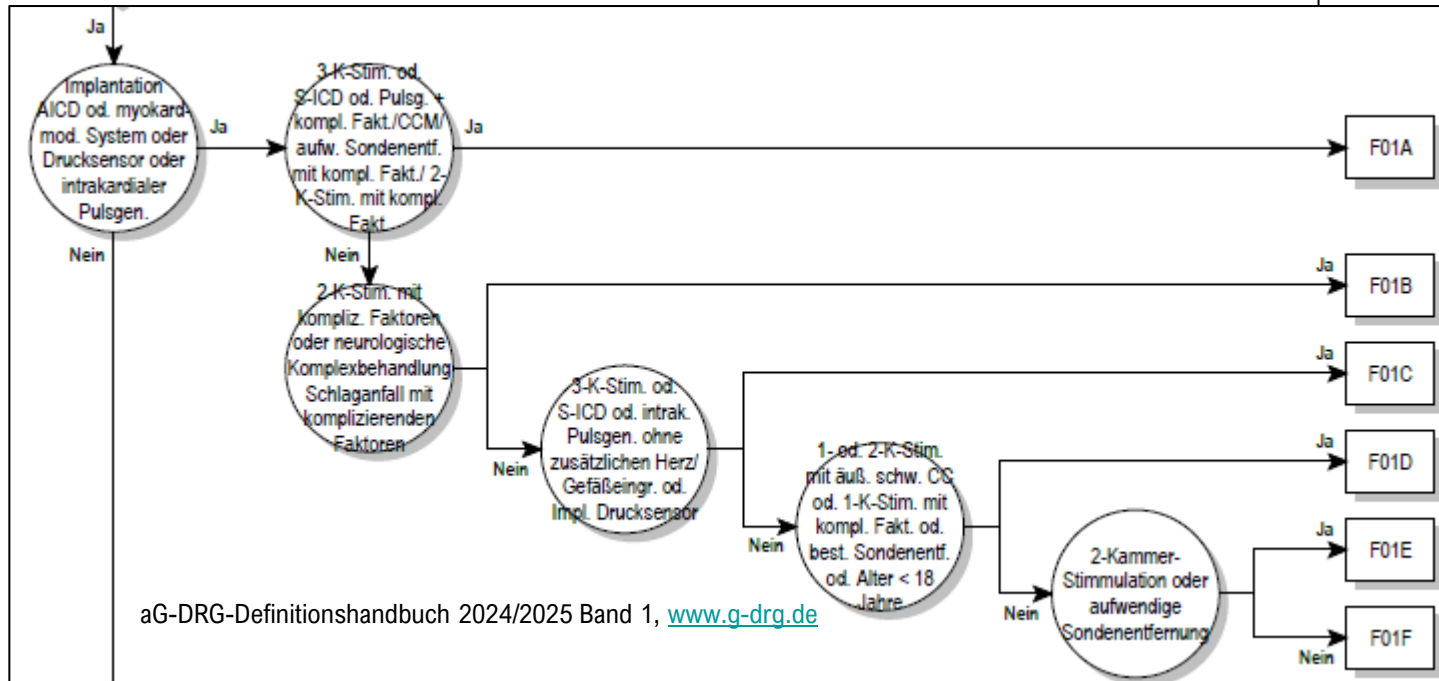
Kardiale Devices: Basis-DRG F01

Hybrid MDC 05, 06, 07 (F01-V19)

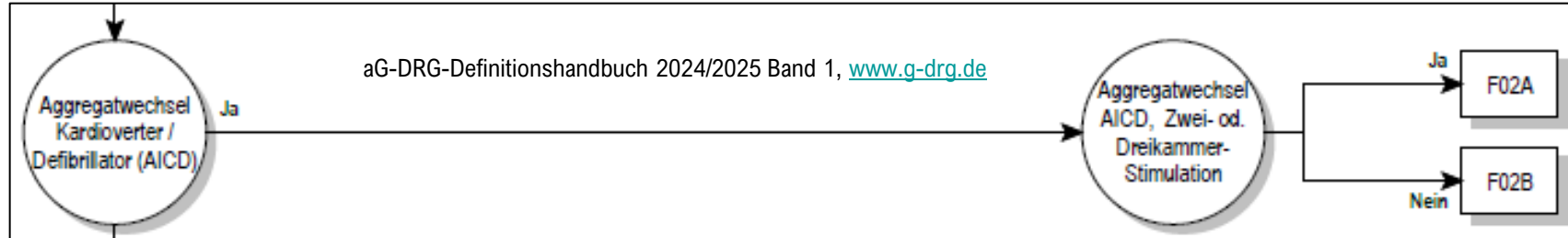
5-378.51	AggregWechs Schrittmacher, EinkamSyst (oh Änd Sonde)	8-835.24	Konvent Radiofrequenzablat HerzrhythmStör: Li Ventrikel
5-378.5x	AggregWechs HSM/Defi: Sonstige	8-835.34	Gekühlte Radiofrequenzablat HerzrhythmStör: Li Ventrikel
5-378.b3	Systemumstell HSM Zweikammersys auf HSM Einkammersys	8-835.44	Ablation and Energiequellen HerzrhythmStör: Li Ventrikel
5-378.b6	SystUmstell HSM biventr Stim (DreikSyst) auf SM, EinkSyst	8-835.a4	Ablative Maßn HerzrhythmStör: Kryoabl: Li Ventrikel
5-378.ca	SystUmstell Defi auf HSM, Einkammersystem	8-835.b4	Bipol phasVersch RadFreqAbl HerzrhythmStör: Li Ventrikel
5-479.0	Inzision und Drainage eines perityphlitischen Abszesses	8-835.k4	Abl HRStör: Irreversible Elektroporation: Linker Ventrikel
5-511.12	ChEkt, einf, lapsk, lapsk Revis GallGang		

Nachträglich durch ergEBA ausgegliedert → liegen diese OPS-Kodes vor, kommt es nicht zu einer Zuordnung zu einer Hybrid-DRG

aG-DRG-Definitionshandbuch 2024/26 Band 1, www.g-drg.de



Kardiale Devices: Basis-DRG F02

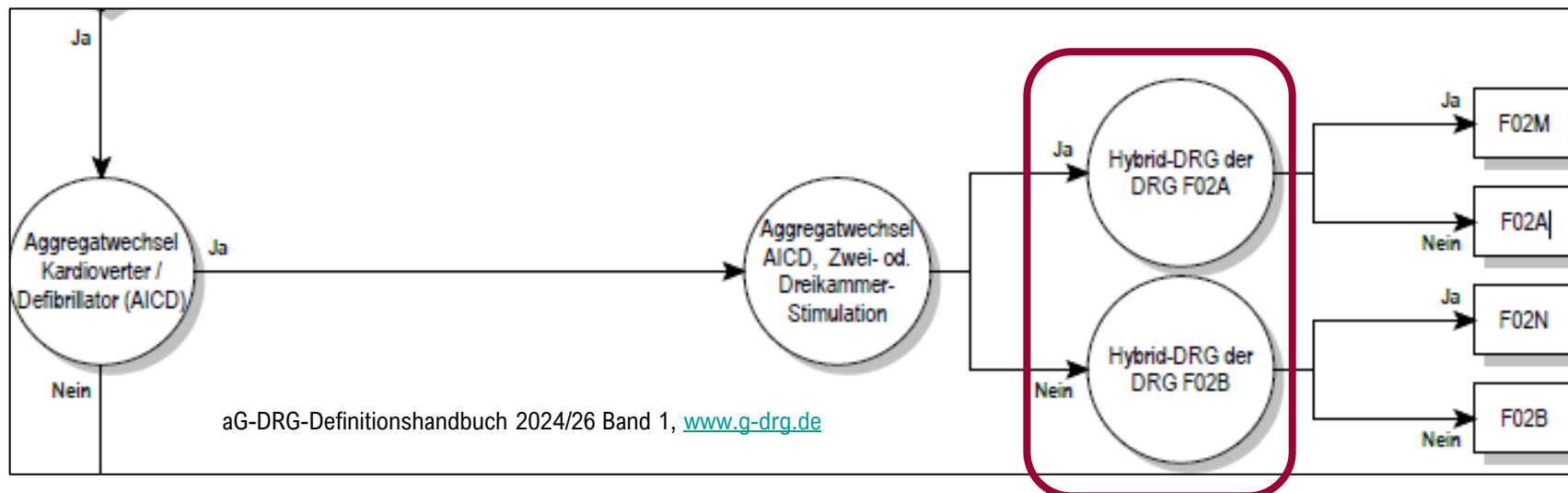


Nachträglich durch ergEBA ausgegliedert → liegen diese OPS-Kodes vor, kommt es nicht zu einer Zuordnung zu einer Hybrid-DRG

Hybrid MDC 05, 06, 07 (F02-V4)

5-378.51 AggregWechs Schrittmacher, EinkamSyst (oh Änd Sonde)
 5-378.5x AggregWechs HSM/Defi: Sonstige
 5-378.b3 Systemumstell HSM Zweikammersys auf HSM Einkammersys
 5-378.b6 SystUmst HSM bivent Stim (DreikSyst) auf SM, EinkSyst
 5-378.ca SystUmstell Defi auf HSM, Einkammersystem
 5-479.0 Inzision und Drainage eines perityphlitischen Abszesses
 5-511.12 ChEkt, einf, lapsk, lapsk Revis GallGang

8-835.24 Konvent Radiofrequenzablat HerzrhythmStör: Li Ventrikel
 8-835.34 Gekühlte Radiofrequenzablat HerzrhythmStör: Li Ventrikel
 8-835.44 Ablation and Energiequellen HerzrhythmStör: Li Ventrikel
 8-835.a4 Ablative Maßn HerzrhythmStör: Kryoabl: Li Ventrikel
 8-835.b4 Bipol phasVersch RadFreqAbl HerzrhythmStör: Li Ventrikel
 8-835.k4 Abl HRStör: Irreversible Elektroporation: Linker Ventrikel



Hybrid-DRGs in der Elektrophysiologie

		ohne postoperative Nachbehandlung im Krankenhaus		zuzüglich postoperativer Nachbehandlung im Krankenhaus (+ 30 €)	
		Veränderungswert von 5,17%	Veränderungswert von 2,98%	Veränderungswert von 5,17%	Veränderungswert von 2,98%
F50M	Hybrid-DRG der DRG F50A	7.564,35 €	7.406,84 €	7.594,35 €	7.436,84 €
F50N	Hybrid-DRG der DRG F50B	5.176,69 €	5.068,89 €	5.206,69 €	5.098,89 €
F50O	Hybrid-DRG der DRG F50C	3.675,85 €	3.599,30 €	3.705,85 €	3.629,30 €

Erlöse 2025 zum Vergleich:

	Bewertungsrelation 2025		Erlöse 2025*		
	VWD = 1	VWD = 2	VWD = 1	VWD = 2	
F50A	1,427	1,995	6.321,61 €	8.837,85 €	FDA frei
F50B	1,074	1,618	4.757,82 €	7.167,74 €	
F50C	0,722	1,107	3.198,46 €	4.904,01 €	
* bei einem fiktivem Landesbasisfallwert von 4.430 €					

Bitte beachten:

- 2025 Abwertung der Kurzlieger um 15%
- 2025 keine Sachkostenabwertung
- **Nicht alle Leistungen wandern in Hybrid-DRGs**

➔ **Die Hybrid-DRG-Vergütung liegt zwischen der Vergütung der Kurzlieger und der Normallieger 2025**
(aber unterhalb einer fiktiven Vergütung für Kurzlieger ohne 15%-Abwertung!)

Hybrid-DRGs der Kardialen Devices

		ohne postoperative Nachbehandlung im Krankenhaus		zuzüglich postoperativer Nachbehandlung im Krankenhaus (+ 30 €)	
		Veränderungswert von 5,17%	Veränderungswert von 2,98%	Veränderungswert von 5,17%	Veränderungswert von 2,98%
F01M	Hybrid-DRG der DRG F01C	10.281,49 €	10.067,56 €	10.311,49 €	10.097,56 €
F01N	Hybrid-DRG der DRG F01E	7.642,84 €	7.484,31 €	7.672,84 €	7.514,31 €
F01O	Hybrid-DRG der DRG F01F	6.294,39 €	6.163,41 €	6.324,39 €	6.193,41 €
F02M	Hybrid-DRG der DRG F02A	6.623,80 €	6.489,52 €	6.653,80 €	6.519,52 €
F02N	Hybrid-DRG der DRG F02B	5.193,46 €	5.088,25 €	5.223,46 €	5.118,25 €

Erlöse 2025 zum Vergleich:

	Bewertungsrelation 2025		Erlöse 2025*		
	VWD = 1	VWD = 2	VWD = 1	VWD = 2	
F01C	2,137	2,952	9.466,91 €	13.077,36 €	FDA frei
F01E	1,432	2,362	6.343,76 €	10.463,66 €	FDA frei
F01F	1,244	2,013	5.510,92 €	8.917,59 €	FDA frei
F02A	1,386	1,806	6.139,98 €	8.000,58 €	FDA frei
F02B	1,13	1,536	5.005,90 €	6.804,48 €	FDA frei

* bei einem fiktivem Landesbasisfallwert von 4.430 €

Bitte beachten:

- 2025 Abwertung der Kurzlieger um 15%
- 2025 keine Sachkostenabwertung
- **Nicht alle Leistungen wandern in Hybrid-DRGs**
- **Einzelne Leistungen könnten 2025 als AOP-Fälle abgerechnet worden sein!**

➔ **Die Hybrid-DRG-Vergütung liegt zwischen der Vergütung der Kurzlieger und der Normallieger 2025**
(aber meist unterhalb einer fiktiven Vergütung für Kurzlieger ohne 15%-Abwertung!)

Ist das Alles?

Info	Hauptdiagnosen	Nebendiagnosen	Prozeduren	DRG-Verteilung	Krankenhaus-Verteilung																											
Fallmenge <table><tr><td>Fallzahl</td><td>136.005</td></tr></table>		Fallzahl	136.005	Verweildauer <table><tr><td>Kurzlieger</td><td>55,31 %</td></tr><tr><td>Normallieger</td><td>38,31 %</td></tr><tr><td>Langlieger</td><td>6,38 %</td></tr><tr><td>Mittl. arithm. VWD</td><td>2,4</td></tr><tr><td>Std. Abw. VWD</td><td>2,8</td></tr><tr><td>HK VWD</td><td>45,87 %</td></tr></table>		Kurzlieger	55,31 %	Normallieger	38,31 %	Langlieger	6,38 %	Mittl. arithm. VWD	2,4	Std. Abw. VWD	2,8	HK VWD	45,87 %	aG-DRG-Definitionsbandbuch 2025 Band 1, www.g-drg.de <table><tr><td>0</td><td>0,00 %</td><td>16-17 Jahre</td><td>0,23 %</td><td>75-79 Jahre</td><td>13,34 %</td></tr><tr><td></td><td></td><td>18-29 Jahre</td><td>1,74 %</td><td>80+ Jahre</td><td>12,14 %</td></tr></table>			0	0,00 %	16-17 Jahre	0,23 %	75-79 Jahre	13,34 %			18-29 Jahre	1,74 %	80+ Jahre	12,14 %
Fallzahl	136.005																															
Kurzlieger	55,31 %																															
Normallieger	38,31 %																															
Langlieger	6,38 %																															
Mittl. arithm. VWD	2,4																															
Std. Abw. VWD	2,8																															
HK VWD	45,87 %																															
0	0,00 %	16-17 Jahre	0,23 %	75-79 Jahre	13,34 %																											
		18-29 Jahre	1,74 %	80+ Jahre	12,14 %																											

Kurzlieger

(VWD = 1)
bislang um 15%
abgewertet

Inlier

Langlieger

Hybrid-DRG

(VWD = 1 oder 2)

DRGs 2026

- Deutlich weniger Fälle!
- Anderer Fallmix (Kosten?)
- Anpassung der DRG-Klassifikation notwendig?
- Höhere mittlere VWD (und obere Grenzverweildauer)
- Katalogeffekt, Effekt auf CMI?

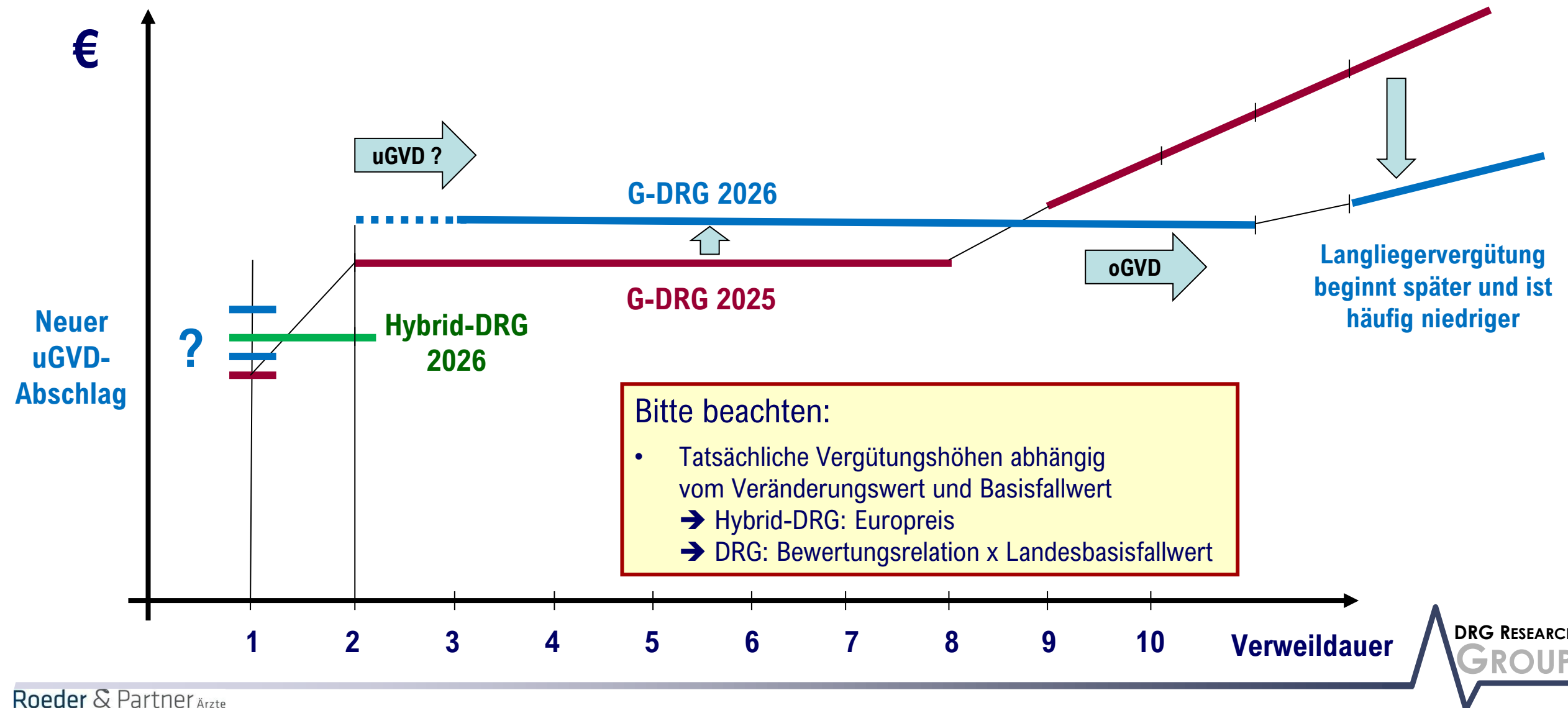
Kurzlieger (z.B. Kinder/ZE)

Inlier

(überwiegend VWD > 2)

Langlieger

Wie könnte die neue Gesamtvergütung bei Ihnen aussehen?



DRG-System 2026

DRG	BWR 2025	BWR 2026	Δ BWR	VWD 2025	VWD 2026	Δ VWD	uGVD	uGVD Abschlag 2025	uGVD Abschlag 2026	BWR 1 BT 2025	BWR 1 BT 2026	Δ BWR 1 BT
F50A	1,995	1,961	-1,7%	3,1	4,5	45,2%	1	0,568	0,415	1,427	1,546	8,3%
F50B	1,618	1,598	-1,2%	3,3	4,8	45,5%	1	0,544	0,388	1,074	1,210	12,7%
F50C	1,107	1,187	7,2%	3,2	5,0	56,3%	1	0,385	0,318	0,722	0,869	20,4%

DRG	oGVD 2025	oGVD 2026	oGVD Zuschlag 2025	oGVD Zuschlag 2026	Δ oGVD Zuschlag	Pflege-BWR 2025	Pflege-BWR 2026	Δ Pflege-BWR
F50A	7	11	0,084	0,076	-9,5%	0,9691	0,8895	-8,2%
F50B	8	11	0,082	0,074	-9,8%	0,9601	0,8495	-11,5%
F50C	7	12	0,079	0,071	-10,1%	0,9859	0,8786	-10,9%

DRG-System 2026

DRG	BWR 2025	BWR 2026	Δ BWR	VWD 2025	VWD 2026	Δ VWD	uGVD	uGVD Abschlag 2025	uGVD Abschlag 2026	BWR 1 BT 2025	BWR 1 BT 2026	Δ BWR 1 BT
F50A	1,995	1,961	-1,7%	3,1	4,5	45,2%	1	0,568	0,415	1,427	1,546	8,3%
F50B	1,618	1,598	-1,2%	3,3	4,8	45,5%	1	0,544	0,388	1,074	1,210	12,7%
F50C	1,107	1,187	7,2%	3,2	5,0	56,3%	1	0,385	0,318	0,722	0,869	20,4%

DRG	oGVD 2025	oGVD 2026	oGVD Zuschlag 2025	Z
F50A	7	11	0,084	
F50B	8	11	0,082	
F50C	7	12	0,079	

Bitte beachten:

- Für 2026 (noch?) keine wesentlichen klassifikatorischer Änderungen (**DRG-Definitionen/Migrationen**)!
- Keine Abwertung der Kurzlieger um 15% mehr in 2026
→ Einfluss von verbleibenden **Kurzliegern** (höher vergütet)!
- Einfluss von **Langliegern** (weniger und deutlich schlechter vergütet)
- 2026 erstmals wieder **Sachkostenabwertung** (-1,68%), Aufwertung restlicher BWR-Anteile um + 0,52%
- Normierung** des Systems (ca. + 0,1 %)
- Einfluss des neuen **Landesbasisfallwerts** (v.s. Veränderungswert)

DRG-System 2026

DRG	BWR 2025	BWR 2026	Δ BWR	VWD 2025	VWD 2026	Δ VWD	uGVD 2025	uGVD 2026	uGVD Abschlag 2025	uGVD Abschlag 2026	BWR 1 BT 2025	BWR 1 BT 2026	Δ BWR 1 BT
F01C	2,952	2,968	0,5%	5,8	7,2	24,1%	1	1	0,815	0,167	2,137	2,801	31,1%
F01E	2,362	2,453	3,9%	6,3	8,2	30,2%	1	2	0,930	0,300	1,432	1,853	29,4%
F01F	2,013	2,153	7,0%	5,1	7,2	41,2%	1	1	0,769	0,647	1,244	1,506	21,1%
F02A	1,806	2,009	11,2%	3,4	5,6	64,7%	1	1	0,420	0,441	1,386	1,568	13,1%
F02B	1,536	1,712	11,5%	3,5	5,2	48,6%	1	1	0,406	0,246	1,130	1,466	29,7%

DRG	oGVD 2025	oGVD 2026	oGVD Zuschlag 2025	oGVD Zuschlag 2026	Δ oGVD Zuschlag	Pflege-BWR 2025	Pflege-BWR 2026	Δ Pflege-BWR
F01C	15	18	0,071	0,070	-1,4%	0,9593	0,9492	-1,1%
F01E	15	18	0,078	0,077	-1,3%	0,9706	1,0062	3,7%
F01F	13	16	0,080	0,078	-2,5%	0,9622	0,9978	3,7%
F02A	9	14	0,073	0,067	-8,2%	0,9646	0,9159	-5,0%
F02B	9	12	0,075	0,066	-12,0%	0,9587	0,8666	-9,6%

Bitte beachten:

- Für 2026 (noch?) keine wesentlichen klassifikatorischer Änderungen (**DRG-Definitionen/Migrationen**)!
- Keine Abwertung der Kurzlieger um 15% mehr in 2026
→ Einfluss von verbleibenden **Kurzliegern** (höher vergütet)!
- Einfluss von **Langliegern** (weniger und deutlich schlechter vergütet)
- 2026 erstmals wieder **Sachkostenabwertung** (-1,68%), Aufwertung restlicher BWR-Anteile um + 0,52%
- Normierung** des Systems (ca. + 0,1 %)
- Einfluss des neuen **Landesbasisfallwerts** (v.s. Veränderungswert)

Bitte beachten!

Einflüsse der Hybrid-DRG- und aG-DRG-Erlöse müssen gemeinsam betrachtet werden!

- Auch deutliche Katalogeffekte (krankenhausindividuell) bei verbleibenden G-DRG-Fällen zu erwarten!
→ **Nicht nur auf Hybrid-DRGs fokussieren!**
- Durch Einbeziehung der Fälle mit 2 Belegungstagen liegt die Hybrid-DRG-Vergütung zunächst höher, als wir sie von den bisherigen Hybrid-DRGs kennen
- Vergleich mit der Vergütung der DRG-Einbelegungstag-Fälle 2025 „hinkt“ ein wenig, weil diese künstlich um 15% abgewertet wurden
 - Effekte auf Krankenhausebene (bisherige Mischung 1-/2-Belegungstagfälle)
 - Vorsicht bei der Bewertung der Daten aus 2024 und 2025!
 - 2 Vergleiche denkbar: Katalogeffekt 2025/26 oder was wäre mein Erlös ohne Hybrid-DRGs 2026 gewesen
- Leistungen werden bislang noch fast ausschließlich durch Krankenhäuser (und stationär) erbracht
 - Anfangs keine relevante Mischkalkulation zu erwarten, „Hybrid-Startvergütung“ 2026 relativ hoch
 - Zunächst wirken die Anreize (Krankenhäuser/Vertragsärzte), dann kommt die Nachkalkulation

Wer darf Hybrid-DRG-Leistungen unter welchen Bedingungen erbringen und abrechnen?

Wer darf Hybrid-DRG-Leistungen erbringen und abrechnen?

(3) ¹Zur Erbringung der nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten oder durch Entscheidung nach Absatz 4 Satz 2 oder Satz 5 bestimmten Leistungen und zur Abrechnung der nach Absatz 1 Satz 2 kalkulierten Fallpauschale berechtigt sind die nach § 95 Absatz 1 Satz 1 sowie § 108 an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die die in § 115b Absatz 1 Satz 5 genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen. ²Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. ³Die in Satz 1 genannten Leistungserbringer können die jeweilige Vergütung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. ⁵In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 und den §§ 136 bis 136b zu berücksichtigen. ⁶In der

- Reicht es aus, die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V sowie die Richtlinien und Beschlüsse des G-BA zu erfüllen?
- Dürfen auch **Krankenhäuser ohne Versorgungsauftrag für eine Leistungsgruppe** (der ein Hybrid-DRG-Fall potenziell zugeordnet würde) (und damit auch ohne Erfüllung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen) Hybrid-DRGs abrechnen?
- Dürfen **Vertragsärzte auch stationäre Hybrid-DRGs** (d.h. mit Übernachtung) abrechnen? (und müssten sie dann in den Krankenhausplan mit den Leistungsgruppen aufgenommen werden?)

Hybrid-DRGs und Leistungsgruppen

(Stand: Kabinettsentwurf KHAG)

LG-Nr.	Leistungsgruppe	Erbringung verwandter LG (Standort)	Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung (Qualifikation)	Personelle Ausstattung (Verfügbarkeit)
10	EPU/Ablation	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	CT jederzeit , 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit
11	Interventionelle Kardiologie		Katheterlabor, Röntgen, CT jederzeit , 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE		Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit
12	Kardiale Devices		CT jederzeit , 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE		Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit



Soll das für die Hybrid-DRGs (nur bei Durchführung durch Vertragsärzte?) keine Rolle mehr spielen?

Können Krankenhäuser durch die Hybrid-DRGs (ambulant/stationär?) die Krankenhausplanung unterwandern?

Ablationen durch Vertragsärzte/MVZ?

https://leitlinien.dgk.org/files/2017_PP_Qualit%C3%A4tskriterien_Vorhofflimmern.pdf

Qualitätskriterien zur Durchführung der Katheterablation von Vorhofflimmern

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

VHF-Ablationen sollen nur an einem Zentrum durchgeführt werden, das als rhythmologisches Zentrum gemäß Curriculum der **DGK zertifiziert** ist. Diese Ablationen können nur von Kardiologen mit rhythmologischer Zusatzqualifikation gemäß DGK Curriculum, ausreichender Erfahrung und Qualifikation entsprechend diesem Positionspapier durchgeführt werden. Zudem müssen für die Gesamtheit der klinischen Behandlung und das Management möglicher Komplikationen weitere geschulte Mitarbeiter vorhanden sein. Dazu zählen u. a. Radiologen, Intensivmediziner und insbesondere im elektrophysiologischen Katheterlabor **geschultes Assistenzpersonal**.

Weitere Fachdisziplinen. Das VHF-Ablationszentrum sollte über eine **Intensivstation mit ständiger Arztpräsenz** und einem Facharzthintergrund verfügen.

Während der Ablation sollten neben dem Assistenzpersonal **mindestens 2 Ärzte** im Katheterlabor anwesend und in die Prozedur involviert sein, einer davon ein Kardiologe mit Nachweis der rhythmologischen **Zusatzqualifikation** „Invasive Elektrophysiologie“.

nischer Ausstattung erfolgen. Bei Patienten mit einem unkomplizierten Verlauf wird unter Berücksichtigung individueller Komorbiditäten und des Allgemeinzustands eine stationäre Überwachung für 24–48 h nach dem Eingriff gefordert.

https://leitlinien.dgk.org/files/2017_Kriterien_rhythmologische_Eingriffe.pdf

Kriterien für die Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlung bei elektiven rhythmologischen Eingriffen

Implantation von Herzschrittmachern, Defibrillatoren und Ablationsbehandlungen von tachykarden Herzrhythmusstörungen

Untersuchererfahrung und Anzahl der VHF-Ablationen pro Einrichtung haben einen relevanten Einfluss auf die Rate schwerwiegender Komplikationen und prozedurassoziierter Todesfälle [45–47]. Weniger als 25 VHF-Ablationen pro Jahr pro Untersucher und weniger als 100 VHF-Ablationen pro Jahr und Zentrum sind mit einer relevant höheren Komplikationsrate verbunden. Die

Zur Sicherstellung einer ausreichenden Routine des Ablationsteams sollte die minimale **Zahl von VHF-Ablationen pro Zentrum 75 Eingriffe pro Jahr** betragen. Bei personellen Veränderungen

3.5 Stationäre Überwachung länger als bis zum Folgetag des Eingriffs

Kathetergestützte Ablationsbehandlungen erfordern eine postinterventionelle klinische und apparative Überwachung. Ein durchgehendes Monitoring von EKG, Punktionsstelle, Blutdruck und ggf. auch Blutbild, Blutzucker, Retentionsparameter erfolgt **in der Regel bis zu 24 h**. Nach diesem Zeitraum ist bei ausbleibenden Komplikationen und unauffälligem klinischem Verlauf die Entlassung aus der stationären Behandlung möglich. Bei komplikativem Verlauf oder drohenden

Ablationen durch Vertragsärzte/MVZ?

Curriculum Spezielle Rhythmologie

https://leitlinien.dgk.org/files/2012_Curriculum_Spezielle_Rhythmologie.pdf

Eine Stätte zur Zusatzqualifikation bietet sämtliche Implantationen aktiver Herzrhythmusimplantate und/oder sämtliche Katheterablationen an und führt im Jahr mindestens 250 elektrophysiologische Prozeduren (davon mindestens 200 Katheterablationen einschließlich 50 Vorhofflimmerablationen) und/oder mindestens 100 Herzschrittmacher- sowie mindestens 40 ICD- und 15 CRT-Implantationen durch. An den Zentren werden jährlich auch mindestens 350 Kontrollen bei Patienten mit aktiven Herzrhythmusimplantaten vorgenommen.

Weiterbildungscurriculum und Prüfungsordnung „Fachassistenten Spezielle Rhythmologie“

vorliegende Weiterbildungscurriculum „Fachassistenten Spezielle Rhythmologie“ soll die Qualität in der Patientenversorgung sichern und optimieren und dem medizinischen

zu erlangen. Das Curriculum soll neben der Verbesserung der Qualitätskriterien mittelfristig auch zum Ziel haben, eine entsprechend der Qualifizierung höhere Eingruppierung des Assistenz- und Pflegepersonals zu ermöglichen.

https://leitlinien.dgk.org/files/2023_curriculum_fachassistenten_spezielle_rhythmologie_druck.pdf

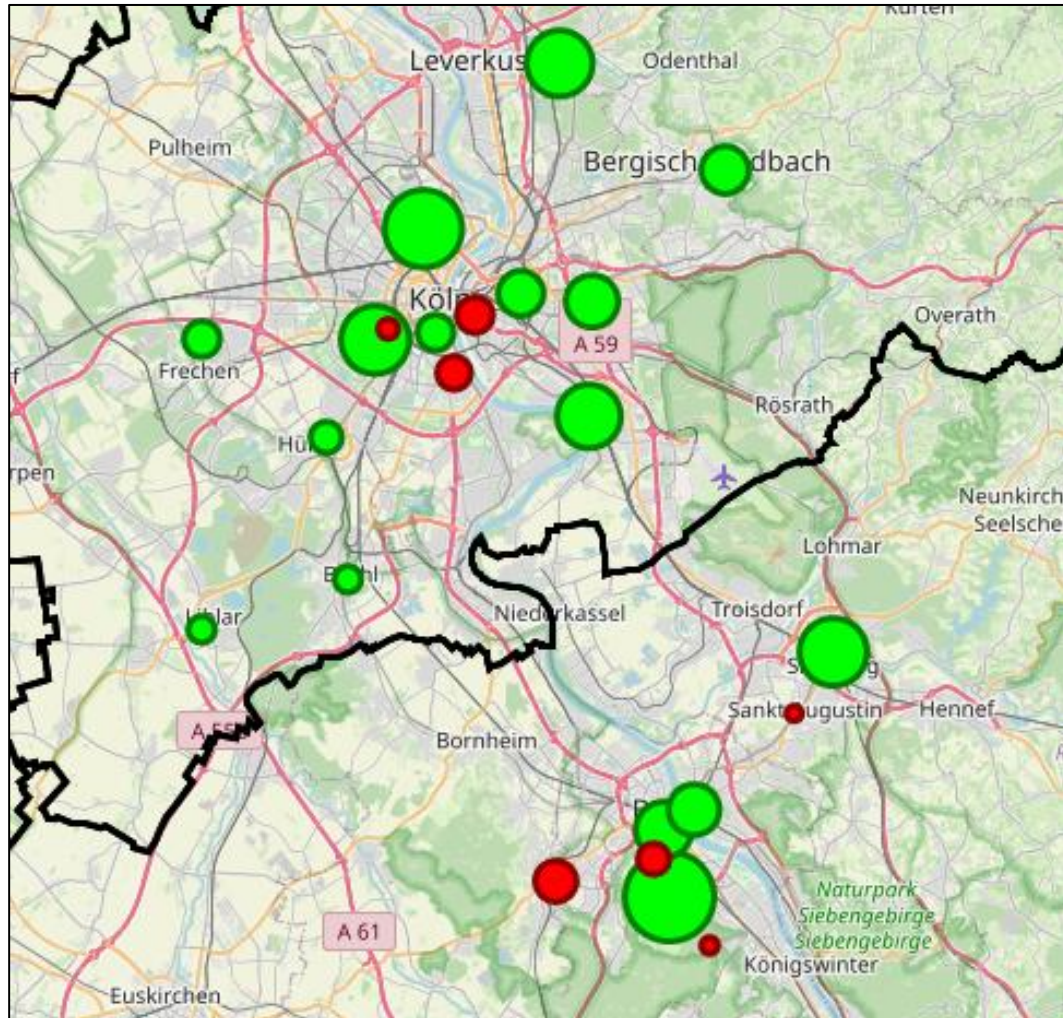
Anreize, Prozesse und Steuerung unter Hybrid-DRG-Bedingungen

Anreize der Hybrid-DRGs

1. Bei sinkender Vergütung: **Reduktion der (Fall-)Kosten**
(Reduktion der Vorhaltung [bzw. optimale Auslastung], Verschlinkung der Prozesse, Überprüfung genutzter Personalressourcen [quantitativ, aber auch qualitativ], Überprüfung eingesetzter Sachkosten, Weiterbildung?)
 2. Bei Einheitsvergütung (ohne adäquate Schweregraddifferenzierung): **Fallselektion**
 - ➔ Fälle, die als **Tagesfall** (= ambulant oder maximal mit einer Übernachtung = stationär) behandelt werden können
 - ➔ Fälle, die keine hohen **Sachkosten** verursachen
 - ➔ Keine Fälle mit der Gefahr einer längeren stationären Aufnahme (**potenziell komplikationsträchtige Fälle**)
- Sehr starke **Anreize für niedergelassene Ärzte (oder MVZ)** in die Versorgung einzusteigen
(und das ohne differenzierte Mengensteuerung & Bedarfsplanung)
 - **Ungerechter Wettbewerb**, wegen unterschiedlichem Potenzial zur Fallselektion (und Qualitätsvorgaben)
(Wer hat den Versorgungs-/Sicherstellungsauftrag für welche Fälle?)
 - **Wartelisten** für komplexere/teurere Eingriffe oder potenziell komplikationsträchtige Fälle?
 - Wichtige Eingriffe für die **ärztliche Weiterbildung**!
 - Besteht die Gefahr, dass bei **Unwirtschaftlichkeit** im Krankenhausbereich der **Versorgungsauftrag** für die Leistungsgruppe nicht mehr beantragt bzw. zurückgegeben wird (insbesondere in der Kardiologie)?

Krankenhausplanung NRW

Leistungsgruppe „interventionelle Kardiologie“



- Im **Ziel der Krankenhausplanung**: Sicherstellung der **Notfallversorgung** beim akuten Koronarsyndrom (daher auch 5 Vollzeitäquivalente gefordert)
- Vermutlich auch: **Mengensteuerung**
(„Da es sich um häufige und besonders steuerungsrelevante Interventionen handelt, erfolgt die Planung künftig über eine eigene Leistungsgruppe.“)
- Was passiert nun, wenn die Leistungen als Hybrid-DRGs freigegeben werden?

(Wie) Wirken Anreize in der Elektrophysiologie?

(Leistungserbringung DRGs F50A-C in den Jahren 2024 und 2025, Quelle: InEK Datenbrowser)

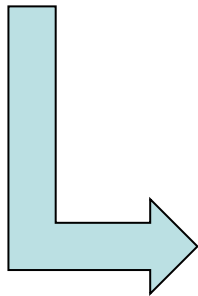
Info	Hauptdiagnosen	Nebendiagnosen	Prozeduren
Fallmenge		Verweildauer	
Fallzahl	55.696	Kurzlieger	50,93 %
		Normallieger	44,20 %
		Langlieger	4,87 %
Geschlecht		Mittl. arithm. VWD	2,4
männlich	58,83 %	Std. Abw. VWD	2,9
weiblich	41,17 %	HK VWD	45,80 %
divers	0,00 %		

Unterjährige Datenlieferung Jan-Mai 2024

Kurzlieger
um 15%
abgewertet

Info	Hauptdiagnosen	Nebendiagnosen	Prozeduren
Fallmenge		Verweildauer	
Fallzahl	64.028	Kurzlieger	49,47 %
		Normallieger	44,59 %
		Langlieger	5,94 %
Geschlecht		Mittl. arithm. VWD	2,4
männlich	58,52 %	Std. Abw. VWD	2,9
weiblich	41,48 %	HK VWD	45,70 %
divers	0,00 %		

Unterjährige Datenlieferung Jan-Mai 2025
(Absenkung der oGVD in den DRGs F50A/C)



Info	Hauptdiagnosen	Nebendiagnosen	Prozeduren
Fallmenge		Verweildauer	
Fallzahl	136.005	Kurzlieger	55,31 %
		Normallieger	38,31 %
		Langlieger	6,38 %
Geschlecht		Mittl. arithm. VWD	2,4
männlich	58,47 %	Std. Abw. VWD	2,8
weiblich	41,53 %	HK VWD	45,87 %
divers	0,00 %		

Endgültige Daten 2024 (gruppiert nach 2025)

Was tun?

- Habe ich Potenzial und Ressourcen zur Leistungssteigerung?
- Woher stammen meine Patienten?
- Optimierung des Aufnahme- und Entlassprozesses
 - ggf. Nutzung eines Patientenhotels?
 - Organisation der Nachsorge vor Ort oder am Wohnort?
- Wie verändert sich das Umfeld?
Provozieren Wartelisten auch für „gute Risiken“ die Entwicklung einer lokalen Konkurrenz?
- Lohnen sich bei der zu erwartenden Fallzahl, eigene und getrennte ambulante/vertragsärztliche Strukturen?
(Wer nutzt wann und für welche Fälle das Katheterlabor?)
- Lohnt sich perspektivisch noch der Versorgungsauftrag für die Leistungsgruppen der Kardiologie?
- (Wie) Kann die Weiterbildung beibehalten werden?

Hybrid-DRGs: Selbstzahler und Wahlleistungen

Aktueller Stand:

- Leistungserbringung von privat Versicherten im Krankenhaus (stationär oder ambulant):
 - ➔ Krankenhäuser rechnen Hybrid-DRG + Wahlleistungen (z.B. GOÄ) ab
 - ➔ Basis ist gemeinsame Rechtsauffassung von PKV und DKG
 - ➔ Für Tagesfälle bei Zusatzversicherten im Zweifelsfall individuelle Vertragsbedingungen beachten
 - ➔ Beihilfe?, Selbstzahler?
 - ➔ **Vertragsärzte (und MVZ) rechnen nur bei GKV-Patienten Hybrid-DRGs ab!**
 - ➔ Für Selbstzahler (GOÄ) erhalten sie damit weniger als die Krankenhäuser
- ➔ Bislang spielte das keine so große Rolle, aber durch die Einbeziehung der Fälle mit 2 stationären Belegungstagen in die Kalkulation der Hybrid-DRGs wächst die Diskrepanz!
- ➔ Ob das Alles so bleiben wird, ist natürlich ungewiss!

<https://www.pkv.de/verband/presse/pressemitteilungen/aerztliche-wahlleistungen-auch-bei-ambulant-behandlungen-im-krankenhaus-moeglich/>
https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2024/2024-06-21_PM_DKG_zu_Wahlleistungen.pdf

Ein kurzer Blick in die Zukunft

Blick in die Zukunft: Kalkulation der Hybrid-DRGs

Gesetzgebung dazu ist widersprüchlich:

- § 115f Abs. 1 Satz 8 SGB V: **Ziel der Kalkulationsmethodik** soll sein, dass **bis zum Jahr 2030** die Höhe der Vergütungen der AOP-Leistungen (**EBM**) erreicht wird (bislang gibt es aber vielfach noch keine EBM-Ziffern)
 - § 115f Abs. 1a Satz 1 SGB V: Spätestens in der bis zum 30. Juni 2030 zu schließenden Vereinbarung (= **für 2031**) sind die **Hybrid-DRGs auf Grundlage fallbezogener empirischer Kostendaten** des ambulanten und stationären Bereichs **festzulegen** (festlegen = kalkulieren?)
- ➔ Nachdem sich die Hybrid-DRGs nicht mehr aus dem AOP-Katalog speisen, sind Gesetzesanpassungen denkbar
- ➔ Die Kritik an der Anpassung der Hybrid-DRGs durch das KHVVG ist (außer bei den Vertragsärzten) deutlich
- ➔ Trotzdem ist ein Mechanismus zur Vergütungsreduktion auch bei reiner Versorgung durch Krankenhäuser bereits angelegt!

Hybrid-DRGs („Sektorengleiche Vergütung“) sind nicht gleich ambulant !!!

KH stationär

KH ambulant (= Tagesfall)

Vertragsarzt ambulant

Kalkulation der Hybrid-DRGs

Wesentliche Unterschiede zu den bisherigen Kalkulationen

Für die Operationen, die in den Jahren 2025 oder 2026 in die Hybrid-DRGs überführt werden:

$$\text{Hybrid}_{\text{DRG}} = \left(\frac{\text{Fallzahl}_{\text{Praxis}} + \text{Fallzahl}_{115b}}{\text{Fallzahl}_{\text{gesamt}}} \right) * \text{Fallwert}_{\text{Praxis}} + \left(\frac{\text{Fallzahl}_{\text{stationär}}}{\text{Fallzahl}_{\text{gesamt}}} \right) * \text{Fallkosten}_{\text{stationär}}$$

+ Sach- und Laborkosten ausschließlich Implantat-/Transplantatkosten_{stationär}

+ Implantat-/Transplantatkosten_{stationär}

mit $\text{Fallzahl}_{\text{gesamt}} = \text{Fallzahl}_{\text{Praxis}} + \text{Fallzahl}_{115b} + \text{Fallzahl}_{\text{stationär}}$

Für ambulante Hybrid-DRG-Fälle gibt es keine InEK-Kostenmatrix!!

3.2.5. Ambulante Fallzahl in Arztpraxen (Fallzahl_{ambulant})

Die ambulante Fallzahl in Arztpraxen für im Jahr 2024 bereits existenten Hybrid-DRG, Fallzahl_{ambulant}, basiert auf der Fallzahl_{Praxis} (vgl. Nr. 3.2.4) zuzüglich der Summe aller vom Krankenhaus im Entgeltbereich „HYB“ abgerechneten Hybrid-Fälle ohne Übernachtung des Jahres 2024.

Für die Operationen, die im Jahr 2024 in die Hybrid-DRGs überführt wurden:

$$\text{Hybrid}_{\text{DRG}} = \left(\frac{\text{Fallzahl}_{\text{ambulant}}}{\text{Fallzahl}_{\text{gesamt}}} \right) * \text{Fallwert}_{\text{ambulant}} + \left(\frac{\text{Fallzahl}_{\text{KH}}}{\text{Fallzahl}_{\text{gesamt}}} \right) * \text{Fallkosten}_{\text{KH}}$$

+ Sach- und Laborkosten ausschließlich Implantat-/Transplantatkosten_{KH}

+ Implantat-/Transplantatkosten_{KH}

mit $\text{Fallzahl}_{\text{gesamt}} = \text{Fallzahl}_{\text{ambulant}} + \text{Fallzahl}_{\text{KH}}$

Datenjahr 2024 enthält schon Hybrid-DRG-Fälle!

Ambulantisierung im Krankenhaus führt zur Bewertung nach den Preisen im niedergelassenen Bereich (EBM)!



Roeder & Partner Ärzte

Berater im Gesundheitswesen

Roeder & Partner
Ärzte, Partnerschaftsgesellschaft
DRG-Research-Group
Am Dorn 10, 48308 Senden
www.roederpartner.de

Dr. med. Holger Bunzemeier
Geschäftsführender Partner

Prof. Dr. med. Norbert Roeder
Geschäftsführender Partner

Dr. med. Wolfgang Fiori
Geschäftsführender Partner