



Schriftliche Anfrage

der Abgeordneten **Roland Magerl, Andreas Winhart, Matthias Vogler,
Elena Roon, Franz Schmid AfD**
vom 14.04.2025

Weiterentwicklung der Hybrid-DRGs

Die Staatsregierung wird gefragt:

- | | | |
|-----|--|---|
| 1.1 | Wie genau werden Hybrid-DRGs weiterentwickelt und was unterscheidet sie von den bestehenden Fallpauschalen? | 3 |
| 1.2 | Welche spezifischen Anpassungen müssen an den bestehenden DRG-Systemen vorgenommen werden? | 3 |
| 1.3 | Wie werden Hybrid-DRGs in der Praxis angewendet und welche konkreten Fallbeispiele gibt es für deren Implementierung? | 3 |
| 2.1 | Welche Vorteile bieten Hybrid-DRGs für die sektorenübergreifende Versorgung im Vergleich zu den traditionellen Fallpauschalen? | 4 |
| 2.2 | Wie wird die Finanzierung der sektorenübergreifenden Versorgung durch Hybrid-DRGs geregelt? | 4 |
| 2.3 | Wie wird die Integration von ambulanten und stationären Angeboten konkret umgesetzt? | 4 |
| 3.1 | Welche Maßnahmen müssen getroffen werden, um eine effektive Verschränkung der beiden Sektoren zu erreichen? | 5 |
| 3.2 | Welche Institutionen oder Akteure müssen stärker zusammenarbeiten, um eine sektorenübergreifende Versorgung zu ermöglichen? | 5 |
| 3.3 | Welche Rolle spielen Hausärzte und Fachärzte in diesem Modell? | 5 |
| 4.1 | Wie können Krankenhäuser und ambulante Praxen besser vernetzt werden, um die Patientenversorgung zu verbessern? | 5 |
| 4.2 | Welche digitalen Technologien und IT-Systeme werden benötigt, um die sektorenübergreifende Versorgung effizient zu gestalten? | 5 |
| 4.3 | Wie wird die Finanzierung der sektorenübergreifenden Versorgung durch die weiterentwickelten Hybrid-DRGs gesichert? | 6 |
| 5.1 | Werden durch die Einführung von Hybrid-DRGs Einsparungen bei den Gesundheitsausgaben erwartet oder entstehen neue Kosten? | 6 |

| | | |
|-----|--|---|
| 5.2 | Welche Mechanismen sind vorgesehen, um die Verteilung der Vergütung zwischen ambulanten und stationären Sektoren gerecht und transparent zu gestalten? | 6 |
| 5.3 | Wie wird die Kostentransparenz für Patienten und Leistungserbringer gewährleistet, wenn die Abrechnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor miteinander kombiniert wird? | 6 |
| 6.1 | Welche Vorteile erwarten sich Patienten von einer verstärkten sektorenübergreifenden Versorgung? | 7 |
| 6.2 | Wie wird der Übergang zwischen ambulantem und stationärem Bereich für Patienten organisiert, damit keine Versorgungslücken entstehen? | 7 |
| 6.3 | Werden Patienten durch die Einführung von Hybrid-DRGs in der Praxis schneller Zugang zu benötigten Behandlungen erhalten? | 7 |
| 7.1 | Welche Mechanismen gibt es, um Patienten über ihre Behandlungsoptionen in einem sektorenübergreifenden Modell zu informieren? | 7 |
| 7.2 | Welche rechtlichen Rahmenbedingungen müssen angepasst werden, damit Hybrid-DRGs in der sektorenübergreifenden Versorgung reibungslos implementiert werden können? | 8 |
| 7.3 | Wie wird die Qualität der sektorenübergreifenden Versorgung überwacht und sichergestellt, dass sie nicht unter den finanziellen Aspekten leidet? | 8 |
| 8.1 | Welche administrativen Herausforderungen entstehen bei der Einführung von Hybrid-DRGs und der Integration der beiden Sektoren (ambulant und stationär)? | 8 |
| 8.2 | Welche langfristigen Auswirkungen werden durch die Einführung von Hybrid-DRGs auf das Gesundheitssystem erwartet, sowohl im Hinblick auf die Qualität der Versorgung als auch auf die Effizienz? | 8 |
| | Hinweise des Landtagsamts | 9 |

Antwort

des Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention
vom 25.06.2025

1.1 Wie genau werden Hybrid-DRGs weiterentwickelt und was unterscheidet sie von den bestehenden Fallpauschalen?

Die spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V; „Hybrid-DRGs“) kann sowohl von ambulanten als auch von stationären Leistungserbringern abgerechnet werden. Im Gegensatz zu regulären Fallpauschalen (DRGs), die grundsätzlich für stationäre Leistungen im Bereich der Somatik zur Abrechnung kommen, erfolgt bei den über Hybrid-DRGs vergüteten Leistungen die Vergütung unabhängig davon, ob sie ambulant oder stationär mit Übernachtung erbracht wird.

Im Zuge der Krankenhausreform hat der Bundesgesetzgeber im Krankenhausverbesserungsgesetz (KHVVG) unter Verweis auf aktuellere Studien, wonach das Ambulantisierungspotenzial vollstationärer Fälle zwischen 10 Prozent und 20 Prozent liegen soll, vorgegeben, dass der Anwendungsbereich der Hybrid-DRGs künftig deutlich ausgeweitet werden soll. Die Auswahl geeigneter Leistungen hat im Rahmen einer Vereinbarung der Selbstverwaltung so zu erfolgen, dass bezogen auf die gemäß § 21 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) für das Jahr 2023 übermittelten vollstationären Krankenhausfalldaten ab dem Jahr 2026 jährlich mindestens eine Million Fälle mit der Leistungsauswahl [für künftige Hybrid-DRGs] erfasst werden. Das geforderte jährlich zu erfassende vollstationäre Fallzahlvolumen [für künftige Hybrid-DRGs] ist ab dem Jahr 2028 auf 1,5 Millionen und ab dem Jahr 2030 auf zwei Millionen zu erhöhen. Bei ca. 17 Millionen vollstationären Behandlungsfällen pro Jahr (Niveau vor der COVID-19-Pandemie) würden damit ab 2026 ca. 6 Prozent, ab 2028 ca. 9 Prozent und ab 2030 ca. 12 Prozent der vollstationären Fälle ambulantisiert.

Im aktuellen Koalitionsvertrag „Verantwortung für Deutschland“ zwischen CDU, CSU und SPD auf Bundesebene wurde vereinbart, dass das System der Hybrid-DRGs überarbeitet wird und Hybrid-DRGs umfassend ermöglicht werden sollen. Bislang liegen keine näheren Informationen zur bundesseitigen Weiterentwicklung der Hybrid-DRGs vor.

1.2 Welche spezifischen Anpassungen müssen an den bestehenden DRG-Systemen vorgenommen werden?

Fallpauschalen sollen die realen Kosten für Behandlungsleistungen möglichst realistisch abbilden. Das DRG-System wird deshalb jährlich anhand von Kosten- und Leistungsdaten aller Kliniken weiterentwickelt, die an der Kalkulation der DRGs teilnehmen. Zudem werden externe Sachverständige eingebunden. Das zuständige Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems für 2025 die Einführung der Hybrid-DRGs berücksichtigt.

1.3 Wie werden Hybrid-DRGs in der Praxis angewendet und welche konkreten Fallbeispiele gibt es für deren Implementierung?

Konkrete Fallbeispiele für aktuell einheitlich als Hybrid-DRGs abzurechnende Leistungen ergeben sich aus dem Hybrid-DRG-Leistungskatalog gemäß § 3 für das Jahr 2025

(Anlage 1 zur Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung vom 18.12.2024). Diese sind bei der Abrechnung gegenüber den Kostenträgern verpflichtend anzuwenden.

2.1 Welche Vorteile bieten Hybrid-DRGs für die sektorenübergreifende Versorgung im Vergleich zu den traditionellen Fallpauschalen?

Der Bundesgesetzgeber verfolgt mit der Einführung der Hybrid-DRGs das Ziel, die weiter gehende Nutzung bestehender Ambulantisierungspotenziale zu fördern.

Durch eine Vergütung, deren Höhe zwischen dem ambulanten (Einheitlicher Bewertungsmaßstab – EBM) und stationären Niveau (DRG) liegt, werden einerseits Anreize zur ambulanten Leistungserbringung gesetzt und andererseits höherer stationärer Behandlungsaufwand vermieden. Die Einführung der speziellen sektorengleichen Vergütung hat zugleich das Potenzial, das Pflegepersonal zu entlasten, ohne die Qualität der medizinischen Versorgung für die Patientinnen und Patienten einzuschränken.

2.2 Wie wird die Finanzierung der sektorenübergreifenden Versorgung durch Hybrid-DRGs geregelt?

Grundlage für die Vergütung von Hybrid-DRGs ist aktuell die vom GKV-Spitzenverband (GKV-SV), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zum 18.12.2024 geschlossene Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung für das Jahr 2025.

Die Vereinbarung weist eine Ausweitung der Fallpauschalen sowohl hinsichtlich der Menge (von zwölf Leistungsbereichen auf nunmehr 21 Leistungsbereiche) als auch der Vergütungshöhe auf. So fällt die Vergütungshöhe ab 2025 merklich auskömmlicher aus (teilweise Erhöhung um mehr als 10 Prozent).

In diesem Zusammenhang ist in der Gesetzesbegründung zum KHVVG ausgeführt, dass der größte Teil der mit der Fallpauschale nach § 115f Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V abgegoltenen Leistungen auf das Kapitel 31 EBM (Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen) entfällt und damit bereits zuvor außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vergütet wird. Allerdings können einzelne, mit der Fallpauschale vergütete Leistungsbestandteile auch in fachärztlichen Grundpauschalen und EBM-Positionen des Labors enthalten sein, die wiederum Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind. Vor diesem Hintergrund ist laut Gesetzesbegründung eine Bereinigung zur Vermeidung einer Doppelvergütung sachgerecht. Ein Beschluss des Bewertungsausschusses über ein entsprechendes Verfahren steht derzeit noch aus.

2.3 Wie wird die Integration von ambulanten und stationären Angeboten konkret umgesetzt?

Die konkrete Umsetzung obliegt den Arztpraxen und Krankenhäusern als selbstständigen Wirtschaftsunternehmen im Rahmen ihrer betriebsinternen Organisation.

Die Staatsregierung hat hierauf keinen unmittelbaren Einfluss und insoweit auch keine Kenntnis.

- 3.1 Welche Maßnahmen müssen getroffen werden, um eine effektive Verschränkung der beiden Sektoren zu erreichen?**
- 3.2 Welche Institutionen oder Akteure müssen stärker zusammenarbeiten, um eine sektorenübergreifende Versorgung zu ermöglichen?**
- 3.3 Welche Rolle spielen Hausärzte und Fachärzte in diesem Modell?**
- 4.1 Wie können Krankenhäuser und ambulante Praxen besser vernetzt werden, um die Patientenversorgung zu verbessern?**
- 4.2 Welche digitalen Technologien und IT-Systeme werden benötigt, um die sektorenübergreifende Versorgung effizient zu gestalten?**

Die Fragen 3.1 bis 4.2 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Hybrid-DRGs setzen einen Anreiz zur ambulanten Leistungserbringung und zur Vermeidung eines andererseits höheren stationären Behandlungsaufwands im Wege einer Vergütungsregelung. Die Verschränkung des ambulanten mit dem stationären Sektor ist hingegen nicht Ziel der Hybrid-DRGs.

Eine gute Kommunikation zwischen dem ambulanten und stationären Sektor ist jedoch die Voraussetzung für eine gute Gesundheitsversorgung von Patientinnen und Patienten, die von einem Bereich in den anderen wechseln müssen. Insoweit gibt es bereits Modelle bzw. Vorgaben, die eine entsprechende Verschränkung fördern. Hierzu zählen etwa:

Belegärztliche Versorgung: Im Rahmen des Belegarztmodells betreuen Ärzte ihre Patienten sowohl im Krankenhaus als auch ambulant. Das ermöglicht eine bessere Koordination der Behandlung, kürzere Wartezeiten und eine individuellere Betreuung. Zudem können Belegärzte direkt im Krankenhaus auf die Infrastruktur zugreifen, was die Behandlung effizienter gestalten kann. Insoweit fördert dieses Modell die sektorenübergreifende Zusammenarbeit.

Gemeinsame Versorgungsmodelle: Modelle wie die Integrierte Versorgung oder Disease-Management-Programme, die ambulante und stationäre Leistungen verknüpfen, sorgen für eine kontinuierliche Betreuung der Patienten. So zielen etwa Angebote der Integrierten Versorgung auf eine patientenorientierte interdisziplinäre medizinische Versorgung durch eine enge Kooperation unterschiedlicher Leistungserbringer (z. B. Haus- und Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer, Krankenhäuser, Medizinische Versorgungszentren, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Arztnetze). Hierdurch sollen die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung verbessert werden.

Informationspflichten: Es gehört zu den berufsrechtlichen Pflichten von Ärzten, bei Überweisungen – insbesondere bei Krankenhauseinweisungen und -entlassungen – rechtzeitig die erhobenen Befunde zu übermitteln und über die bisherige Behandlung zu informieren (sog. Arztbrief, vgl. §7 Abs. 7 Berufsordnung für Ärzte Bayerns).

Aufbau gemeinsamer IT-Systeme: Die Einführung interoperabler elektronischer Gesundheitsakten und Abrechnungssysteme erleichtert den Datenaustausch und kann so für eine nahtlose Versorgung sorgen.

In diesem Zusammenhang war im Rahmen der aus bayerischer Sicht erforderlichen, aber bislang nicht erfolgten Notfallreform auch die Einführung von Integrierten Notfallzentren als sektorenübergreifende Notfallversorgungsstrukturen vorgesehen, innerhalb derer eine digitale Fallübergabe in einem interoperablen Datenformat erfolgen sollte, um eine möglichst unmittelbare Betreuung der Patienten zu gewährleisten.

4.3 Wie wird die Finanzierung der sektorenübergreifenden Versorgung durch die weiterentwickelten Hybrid-DRGs gesichert?

5.1 Werden durch die Einführung von Hybrid-DRGs Einsparungen bei den Gesundheitsausgaben erwartet oder entstehen neue Kosten?

Die Fragen 4.3 und 5.1 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Es wird auf die Antwort zu Frage 2.1 verwiesen.

Das InEK und das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) wurden vom Bund beauftragt, jährlich einen Vorschlag zur Kalkulation der Hybrid-DRGs vorzulegen, der Grundlage für eine Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist.

Nach derzeitiger gesetzlicher Lage (§ 115f Abs. 1 Satz 8 SGB V) haben die beiden Institute dabei eine schrittweise Absenkung der Vergütung auf das Niveau des EBM umzusetzen.

Bei einer Ausweitung von Hybrid-DRG-Fallzahlen wird es daher voraussichtlich zu weiteren Einsparungen bei den Gesundheitsausgaben kommen, ohne die Qualität der medizinischen Versorgung für die Patienten einzuschränken.

5.2 Welche Mechanismen sind vorgesehen, um die Verteilung der Vergütung zwischen ambulanten und stationären Sektoren gerecht und transparent zu gestalten?

5.3 Wie wird die Kostentransparenz für Patienten und Leistungserbringer gewährleistet, wenn die Abrechnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor miteinander kombiniert wird?

Die Fragen 5.2 und 5.3 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Ausgangspunkt der Regelung des Bundesgesetzgebers ist es, die jeweilige Versorgung des Patienten wirtschaftlich entsprechend dem tatsächlich bestehenden individuellen Versorgungsbedarf sicherzustellen. Die Verteilung der Vergütung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor ist unmittelbare Folge der bedarfsgerechten Leistungserbringung in den beiden Sektoren.

Entscheidend für das Gelingen der Hybrid-DRGs ist die sachgerechte Auswahl der geeigneten Leistungen und deren auskömmliche Vergütung. Die Vergütung sowohl im ambulanten Bereich (EBM) als auch im stationären Bereich (DRGs) sowie im sektorenübergreifenden Bereich (Hybrid-DRGs) werden in Verhandlungen auf Selbstverwaltungsebene zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern auch unter Berücksichtigung der Expertise externer Experten festgelegt. Durch diese transparente Vergütungsregelung wird Kostentransparenz sowohl für die Kostenträger (gesetzliche und private Krankenversicherung bzw. dem Patienten/der Patientin als Selbstzahler) geschaffen als auch für die Leistungserbringer im ambulanten und stationären Bereich.

6.1 Welche Vorteile erwarten sich Patienten von einer verstärkten sektorenübergreifenden Versorgung?

Der Staatsregierung liegen hierzu keine Informationen vor.

6.2 Wie wird der Übergang zwischen ambulantem und stationärem Bereich für Patienten organisiert, damit keine Versorgungslücken entstehen?

Die Pflicht der Leistungserbringer zur Organisation eines Versorgungsmanagements ergibt sich grundsätzlich aus § 11 Abs. 4 SGB V. Das Versorgungsmanagement stellt sicher, dass Patientinnen und Patienten beim Wechsel von Versorgungsbereichen weiterhin optimal betreut werden und kein Informationsverlust stattfindet. Im Krankenhausbereich gilt der speziellere § 39 Abs. 1a SGB V, der die Aufgaben des sog. Entlassmanagements regelt, welches die Krankenhäuser vorzuhalten haben. Hierzu gehört u. a. die Organisation von Rehapläzten, Kurzzeitpflegeplätzen, Erstverordnung von Medikamenten und die Übermittlung des Arztbriefes an den ambulant Weiterbehandelnden. Das Entlassmanagement liegt in der alleinigen Verantwortung der jeweiligen Einrichtungen.

6.3 Werden Patienten durch die Einführung von Hybrid-DRGs in der Praxis schneller Zugang zu benötigten Behandlungen erhalten?

Die Auswirkungen von Hybrid-DRG auf die Versorgungslage sollen gem. § 115f Abs. 5 SGB V durch die Vertragsparteien nach §§ 115f Abs. 1 Satz 1, 115b Abs. 1 Satz 1 SGB V regelmäßig in einem Evaluationsbericht an das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt werden. Die Vertragsparteien nach §§ 115f Abs. 1 Satz 1, 115b Abs. 1 Satz 1 SGB V müssen erstmals zum 30.06.2026 einen Evaluationsbericht vorlegen.

7.1 Welche Mechanismen gibt es, um Patienten über ihre Behandlungsoptionen in einem sektorenübergreifenden Modell zu informieren?

Die Krankenkassen haben aufgrund bundesgesetzlicher Zuweisung umfassende Aufklärungs- und Beratungspflichten gegenüber ihren Versicherten bzgl. verschiedener Behandlungsoptionen sowie den infrage kommenden Leistungserbringern, vgl. §§ 13, 14 SGB I, §§ 1 Satz 4, 127 Abs. 6 Satz 1, 305 Abs. 3 SGB V.

7.2 Welche rechtlichen Rahmenbedingungen müssen angepasst werden, damit Hybrid-DRGs in der sektorenübergreifenden Versorgung reibungslos implementiert werden können?

Hybrid-DRG sind bereits Teil der Versorgungsrealität. Im Übrigen wird auf die Antwort zu den Fragen 3.1 bis 4.2 verwiesen.

7.3 Wie wird die Qualität der sektorenübergreifenden Versorgung überwacht und sichergestellt, dass sie nicht unter den finanziellen Aspekten leidet?

Die Vereinbarung von Qualitätskriterien obliegt der Selbstverwaltung auf Bundesebene. Die Sicherstellung der Qualität ist in der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung zwischen GKV-SV sowie KBV und DKG in §6 vereinbart (Link: www.gkv-spitzenverband.de¹).

8.1 Welche administrativen Herausforderungen entstehen bei der Einführung von Hybrid-DRGs und der Integration der beiden Sektoren (ambulant und stationär)?

8.2 Welche langfristigen Auswirkungen werden durch die Einführung von Hybrid-DRGs auf das Gesundheitssystem erwartet, sowohl im Hinblick auf die Qualität der Versorgung als auch auf die Effizienz?

Die Fragen 8.1 und 8.2 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Hybrid-DRGs stellen aufgrund ihrer Konzeption grundsätzlich eine Vereinfachung im Bereich des Abrechnungsverfahrens dar. Hybrid-DRGs bedeuten, dass für einen Behandlungsfall eine Pauschale durch einen Leistungserbringer abgerechnet wird und somit eine Abrechnung von Einzelleistungen durch viele Beteiligte vermieden wird. Der Staatsregierung liegen im Übrigen keine Informationen bzgl. administrativer Herausforderungen bei der Einführung von Hybrid-DRGs vor. Zu den langfristigen Auswirkungen auf das Gesundheitssystem wird der Evaluationsbericht der Vertragspartner der Hybrid-DRG-Vereinbarung Auskunft geben, siehe hierzu auch die Antwort auf Frage 6.3.

1 https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_vers/115f_hybrid_drg/20241219_Hybrid-DRG-Verguetungsvereinbarung_2025.pdf

Hinweise des Landtagsamts

Zitate werden weder inhaltlich noch formal überprüft. Die korrekte Zitierweise liegt in der Verantwortung der Fragestellerin bzw. des Fragestellers sowie der Staatsregierung.

—————

Zur Vereinfachung der Lesbarkeit können Internetadressen verkürzt dargestellt sein. Die vollständige Internetadresse ist als Hyperlink hinterlegt und in der digitalen Version des Dokuments direkt aufrufbar. Zusätzlich ist diese als Fußnote vollständig dargestellt.

Drucksachen, Plenarprotokolle sowie die Tagesordnungen der Vollversammlung und der Ausschüsse sind im Internet unter www.bayern.landtag.de/parlament/dokumente abrufbar.

Die aktuelle Sitzungsübersicht steht unter www.bayern.landtag.de/aktuelles/sitzungen zur Verfügung.