

EINFACH.IMMER.BESSER



# Hybrid-DRGs aus Sicht der Kliniken

## Gamechanger oder Mogelpackung?

Dr. Stefan Paech  
Medizinischer Direktor  
Kliniken Südostbayern AG

42. Münchener Konferenz für Qualitätssicherung, 21.11.2025



1

## Kliniken Südostbayern AG (KSOB)



1200 Planbetten

59.000 stat. Patienten

98.000 amb. Fälle

8.400 AOPs n. §115b (2024)

2.140 hDRGs (HR 2025)

### Klinik Trostberg

Spezialisierte Grund- und Regelversorger  
ZOPV

### Klinikum Traunstein

Schwerpunktversorger für die Region Südostbayern

Großes FÄZ (15 KV-Sitze)

Eigenes AOZ (4 Säle)

Kurzliegerstation

### Gesundheitscampus Freilassing

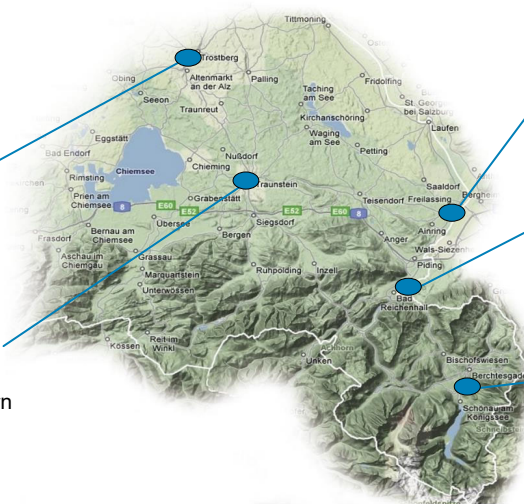
Ambulante Versorgung

### Zentralklinik Berchtesgader Land

Zentraler Akut- und Notfallversorger für das Berchtesgader Land  
ZOPV

### Fachklinik Berchtesgaden

Fachklinik für Orthopädie und Altersmedizin



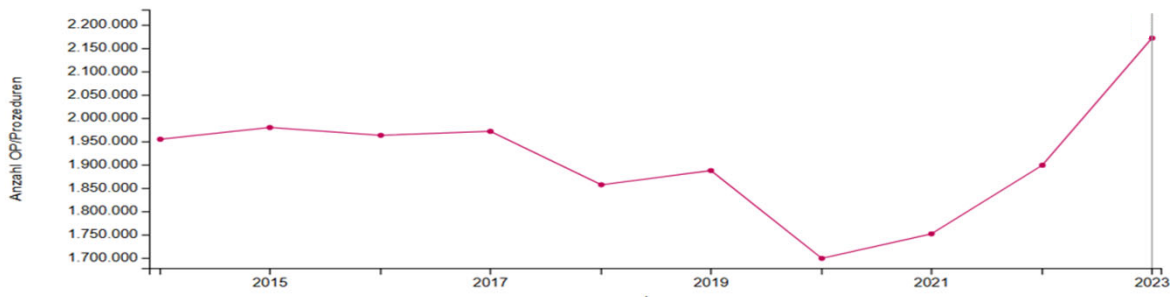
2

42. Münchener Konferenz für Qualitätssicherung, 21.11.2025



2

## Entwicklung Ambulantes Operieren (§115b) Krankenhäuser



**Moderate Steigerung AOPs von 2014 – 2023: +10,3%**  
Vollstationäre Operationen im gleichen Zeitraum +16%

**67% aller AOPs außerhalb KH, Tendenz steigend**  
KH > 600 Betten: 34% der AOPs  
KH < 200 Betten: 17% der AOPs

### IGES-Gutachten

#### AOP-Reform 2023

Erweiterung AOP-Katalog (2023/24)  
Schweregrad-Differenzierung  
+ 300.000 Fälle

#### Einführung Hybrid-DRGs 2024

Teilmenge OPS-Codes des AOP-Katalogs

3 42. Münchener Konferenz für Qualitätssicherung, 21.11.2025

Quelle: Destatis



3

## Zielsetzung der KH-Reform (KHVVG/KHAG)

### Verbesserung der Versorgungsqualität

Gesteigerte Qualitäts- und Strukturanforderungen  
Spezialisierung und Zentrenbildungen  
Bundeseinheitliche KH-Versorgungslevel  
Leistungsgruppensystematik  
Mindestmengen- und Personalvorgaben (Pflege, Ärzte, sonstige)

### Ent-Ökonomisierung

Vorhaltevergütung (Reduzierung Anreize Mengenausweitung)

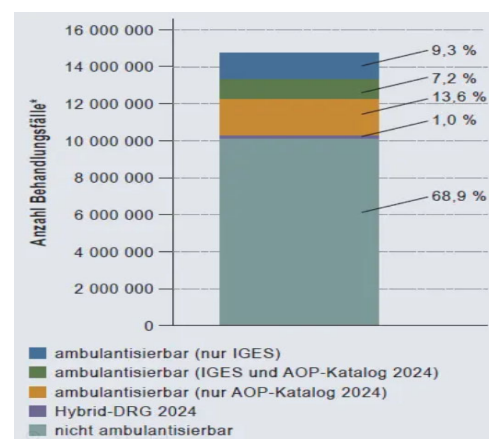
### Sektorenübergreifende Versorgung

### Vermehrte Ambulantisierung

Hebung des Ambulantisierungspotentials (17–20%) in den Kliniken

### Massiver Ausbau Hybrid-DRGs

**Zielsetzung:** bis 2026 1 Million Fälle bzw. 6%  
bis 2030 2 Millionen Fälle bzw. 12%



IGES-Gutachten

Ambulantes Potential: 17,3 – 21,3%

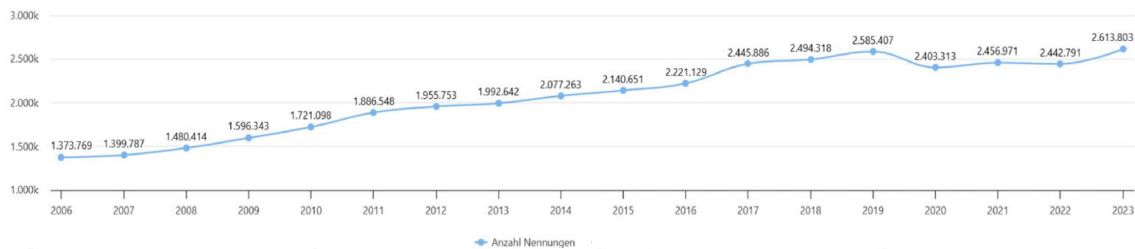
4 42. Münchener Konferenz für Qualitätssicherung, 21.11.2025



4

## Fallzahlpotential Hybrid-DRGs

Stationäre Fälle mit Kodierung von nur einem OPS-Code\*



**Fallzahlvolumen: ca. 2,6 Mio. stationäre Fälle mit nur einem OPS-Code**

Häufigste Prozedur 1-275.0 (Koronarangiographie)

### Oftmals stationäre Behandlungsnotwendigkeit

Notfälle, Nebendiagnosen, Kontextfaktoren, Pflegebedürftigkeit, Soziale/Häusliche Situation etc.



#### Auftrag an InEK:

Ableitung Algorithmus zur Identifizierung/Definition von Hybrid-DRGs

6 42. Münchener Konferenz für Qualitätssicherung, 21.11.2025

\*Krankenhausstatistik →

5

## Auftrag an InEK: 1 Million Hybrid-Fälle 2026

Die muss man erst mal finden...



DRG-FORUM 2025

Heimig: „Nicht jede DRG mit vielen Eintagesfällen ist als Hybrid-DRG geeignet“

DRG-Forum / 20.03.2025



Auf diese Zahl zu kommen, sei unter anderem schwierig, weil **Kinder und Menschen mit Behinderung nicht berücksichtigt** werden sollen.

Wenn man die bisherigen Hybrid-DRG ohne Berücksichtigung der Kinder operationalisiere, komme man ungefähr auf 270.000 Fälle. Somit **fehlen etwa 730.000 Fälle bis zur angepeilten Marke für das Jahr 2026**. „Die muss man erst einmal finden“, so Heimig.

6 42. Münchener Konferenz für Qualitätssicherung, 21.11.2025

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH  
Thema: Entgeltsystem im Krankenhaus 2026 Referent: Dr. F. Heimig



### Fallzahl in Hybrid-DRGs

Fallzahl-Vorgabe in § 115f SGB V

- Gemäß § 115f SGB V ist die Anzahl der Hybrid-Fälle für das Jahr 2026 gemessen in vollstationären Fällen des Datenjahres 2023 auf 1 Mio. Fälle auszuweiten.
- Dabei waren die Vorgaben des 9. Beschlusses des Ergänzen erweiterten Bewertungsausschusses umzusetzen.
- Im Ergebnis werden nun gut **992.000** vollstationäre Fälle des Datenjahres 2023 den insgesamt 70 Hybrid-DRGs des aG-DRG-Systems 2026 zugeordnet.
- In Anbetracht aller Unwägbarkeiten bei der Leistungsauswahl und notwendigen Ausschlusskriterien wurde das Fallzahl-Ziel aus Sicht des InEK erreicht.

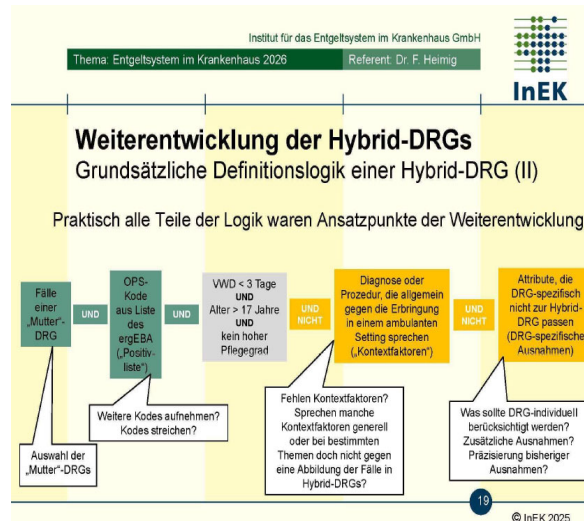
13

© InEK 2025

6

## Algorithmus Hybrid-DRGs 2026

### Praktisch komplette Neuentwicklung



**Ausschluß Kinder/Jugendliche (< 16 LJ)**

**Einschluß Fälle mit VWD bis 2 Tage**

**Anpassung Kontextfaktoren**

**Anpassung Schweregradabstufung**

**Keine Fälle mit ZE/NUB, Intensivbehandlung**

**Vielzahl (neu zu definierender) DRG-spezifischer Ein-/Ausschlüsse von Prozeduren**

**Komplexe Kostenkalkulation**

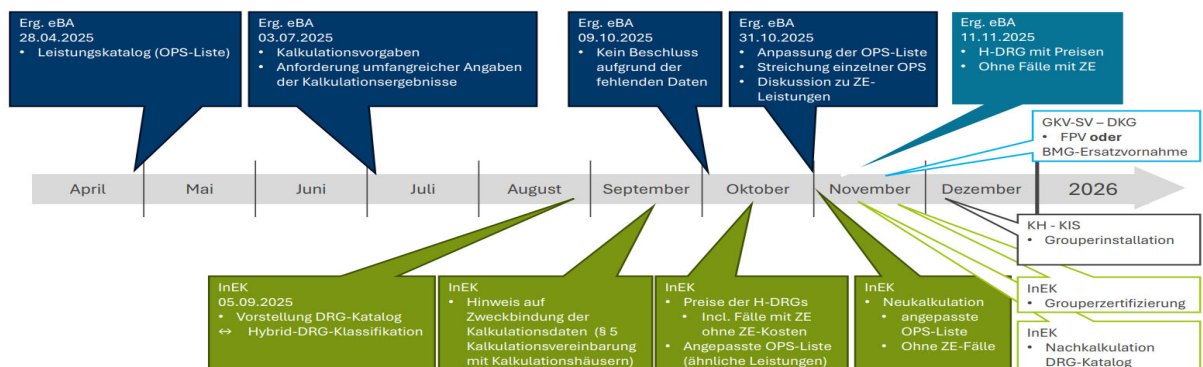
Hochvariable Sachkosten, VWD > 1

7 42. Münchener Konferenz für Qualitätssicherung, 21.11.2025

7

## Hybrid-DRG Katalog 2026

### Auf den letzten Metern...



**Große methodische Herausforderungen**  
**Enormer Zeitdruck**

**Erhebliche Einwände/Kritik von Kliniken und med. Fachgesellschaften**

insb. Einbeziehung 2-Tage Fälle, Notfälle, Ausschluss Kinder  
Konflikte mit med. Leitlinien, z.B. Kardiologie

8 42. Münchener Konferenz für Qualitätssicherung, 21.11.2025

8

## Hybrid-DRGs

### Katalogausweitungen 2025/2026



#### Fallpauschale für ambulante oder (kurz-)stationäre Leistungserbringung (KH, niedergelassene Ärzte)

Alle Leistungen und Aufwände im Zusammenhang mit der Behandlung des Patienten abgegolten

Ab Abschluss der Indikationsstellung bis Abschluss der postop. Nachbeobachtung

Erlöse ca. 25 – 60% geringer als vollstationäre DRG

Perspektivisch Absenkung der Vergütung auf EBM-Niveau (2030)

#### Hybrid-DRG-Katalog 2025:

Endoskopische Eingriffe an der Galle, der Leber und am Pankreas

Proktologische Eingriffe an Analfisteln

Eingriffe an Hoden und Nebenhoden

Brusterhaltende Eingriffe der Mammachirurgie

Osteosynthetische Versorgung von Klavikulafrakturen

575 OPS-Kodes (+100), 22 Hybrid-DRGs

0,4% aller stationären Fälle



#### Erweiterung Hybrid-DRG Katalog 2026:

Interventionelle Kardiologie (Herzkatheter, PCI, EPU/Ablation)

Herzschrittmacher, ICD

Interventionelle Radiologie (PTAs, Stentimplantationen)

Lap. Appendektomie, Lap. Cholecystektomie

Vielzahl an Frakturpositionen/Osteosynthesen

904 OPS-Kodes, 69 Hybrid-DRGs

6% aller stationären Fälle



## Hybrid-DRG Katalog 2026

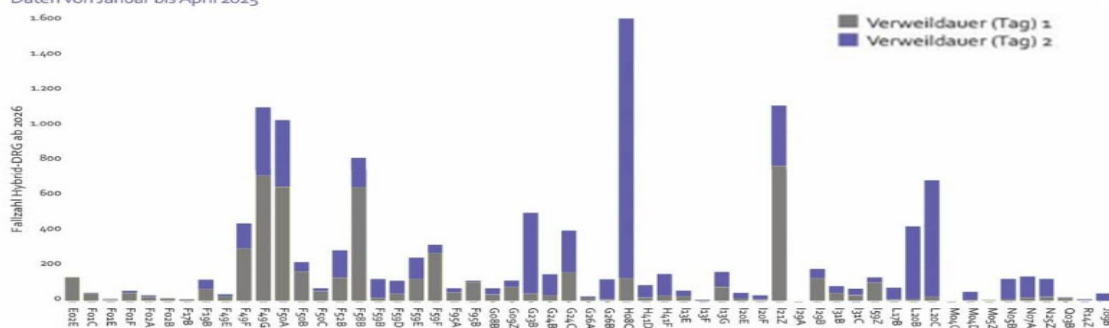
### Signifikanter Anteil von 2-Tages-Fällen inkludiert



#### Simulation hDRG-Katalog 2026

am Beispiel Clinotel-Mitgliedshäuser (100 KH-Standorte)

Verteilung der Verweildauer pro DRG  
Daten von Januar bis April 2025





## Hybrid-DRG Katalog 2026

### Kritische Stellungnahmen von med. Fachgesellschaften



**DGK**  
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie  
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.



**ALKK**  
Arbeitsgemeinschaft Leitende  
Kardiologische Krankenhausärzte e.V.



**BNK**  
Bundesverband  
Niedergelassener  
Kardiologen

„Eine stationäre Verweildauer von 2 Tagen **bedeutet schon per se, dass es sich um eine stationäre Behandlung handelt**. Schon heute erfolgt die stationäre Aufnahme in der Regel am Eingriffstag (und nicht einen Tag zuvor).

Ein Patient, der z.B. nach einer ggf. auch komplexen Katheter-basierten Intervention 2 Tage nach dem Eingriff verbleibt, hat häufig einen komplizierten Verlauf, der die stationäre Weiterbetreuung unerlässlich macht.

Diese Fälle beanspruchen **regelmäßig Ressourcen, die eine Refinanzierung der Leistungserbringung nach Hybrid-DRG nicht ermöglicht**.

Katheter-interventionelle Eingriffe und Implantationen von Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren haben einen hohen und gleichzeitig stark variablen Sachkostenanteil. Sachkosten sind in den Hybrid-DRG nicht adäquat abgebildet bei sehr variablen Sachkosten sogar innerhalb einer OPS-Ziffer.

Klare Kriterien für die Einstufung von invasiven kardiologischen Leistungen in DRG/Hybrid-DRG/AOP vor der Leistungserbringung.  
Eine **ex-post Einstufung durch den MD muss vermieden werden**.“

**EPU/Ablation: Gemäß ESC-Leitlinie nur eingeschränkt ambulant erbringbar**

Rate schwerer postinterventioneller Komplikationen (Herzbeuteltamponade, SM-pflichtige HRS): bis 3%

11

42. Münchener Konferenz für Qualitätssicherung, 21.11.2025



11

## Hybrid-DRG Katalog 2026

### Kritische Stellungnahmen von med. Fachgesellschaften



**BVOU** Berufsverband für  
Orthopädie und Unfallchirurgie

„Wir begrüßen die deutliche Erweiterung des Hybrid-DRG-Katalogs

#### Kritische Punkte des Beschlusses

##### Aufnahme von Frakturen in den Leistungskatalog:

Die Aufnahme der operativen Versorgung von Frakturen (z. B. distaler Oberarm, Unterarm, Sprunggelenk, Klavikula) in den Hybrid-DRG-Katalog ist aus Sicht des BVOU mehr als kritisch zu betrachten. Diese Eingriffe betreffen häufig **ältere Patientinnen und Patienten mit multiplen Komorbiditäten**, für deren perioperative Behandlung und postoperative Überwachung und Betreuung derzeit **keine ausreichenden ambulanten Versorgungsstrukturen** existieren.

##### Vernachlässigung elektiver Eingriffe:

Der BVOU hätte es begrüßt, wenn elektive Eingriffe wie Materialentfernungen, Handchirurgie oder einfache Arthroscopien – wie von uns und anderen orthopädisch-unfallchirurgischen Verbänden vorgeschlagen – stärker berücksichtigt worden wären.

##### Konsequenzen für die Weiterbildung in Orthopädie und Unfallchirurgie:

Macht wichtigen Teil der Weiterbildungsingriffe im Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie aus.

##### 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 Nasennebenhöhlen-eingriffe. 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.“

12

42. Münchener Konferenz für Qualitätssicherung, 21.11.2025



12

# Hybrid-DRG Katalog 2026

## Kritische Stellungnahmen von med. Fachgesellschaften



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.



# Hybrid-DRG Katalog 2026

## Fallzahl- und Erlöseffekte KSOB



Standort/Fach- abteilung	Hochrechnung hDRGs 2025				Überleitung auf 2026		
	Fallzahl	DRG EffErl	Pflegeerl	Gesamterlös DRG und Pflegeerl	Katalogeffekt hDRG (Hausindividuell)	Prognose Gesamterlös H-DRGs	Erlös Minderung Delta
<b>TS</b>	<b>854</b>	<b>3.098.273 €</b>	<b>362.800 €</b>	<b>3.461.073 €</b>	<b>59,90%</b>	<b>2.073.183 €</b>	<b>- 1.387.890 €</b>
TS-IMK	436	1.804.939 €	179.518 €	1.984.458 €	59,90%	1.188.690 €	- 795.767 €
TS-CHU	128	443.987 €	58.326 €	502.314 €	59,90%	300.888 €	- 201.428 €
TS-CHA	120	432.292 €	64.647 €	496.939 €	59,90%	297.668 €	- 199.272 €
TS-CHG	108	289.781 €	36.301 €	326.081 €	59,90%	195.323 €	- 130.759 €
TS-B-CHK	30	64.172 €	13.773 €	77.944 €	59,90%	46.689 €	- 31.256 €
TS-B-IMK	24	39.158 €	7.546 €	46.703 €	59,90%	27.975 €	- 18.728 €
<b>BR</b>	<b>380</b>	<b>1.166.281 €</b>	<b>138.315 €</b>	<b>1.304.595 €</b>	<b>61,58%</b>	<b>803.370 €</b>	<b>- 501.225 €</b>
BR-CHA	134	474.917 €	59.237 €	534.154 €	61,58%	328.932 €	- 205.222 €
BR-CHU	116	354.235 €	36.884 €	391.119 €	61,58%	240.851 €	- 150.268 €
BR-IMK	86	224.283 €	29.341 €	253.623 €	61,58%	156.181 €	- 97.442 €
BR-CHG	30	89.688 €	9.324 €	99.012 €	61,58%	60.972 €	- 38.040 €
<b>TB</b>	<b>300</b>	<b>988.419 €</b>	<b>147.404 €</b>	<b>1.135.823 €</b>	<b>64,81%</b>	<b>736.127 €</b>	<b>- 399.696 €</b>
TB-CHA	166	580.966 €	91.195 €	672.161 €	64,81%	435.627 €	- 236.533 €
TB-CHU	126	387.650 €	52.658 €	440.308 €	64,81%	285.363 €	- 154.944 €
TB-B-CHU	6	15.643 €	2.735 €	18.378 €	64,81%	11.911 €	- 6.467 €
<b>KSOB Gesamt</b>	<b>1.536</b>	<b>5.257.043 €</b>	<b>649.014 €</b>	<b>5.906.057 €</b>	<b>61,22%</b>	<b>3.615.491 €</b>	<b>- 2.290.566 €</b>



**Erweiterung in 2026 um rd. 1500 Fälle bzw. 3,6 Mio. €**

insb. Kardiologie, Allgemein- und Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie

**Erlösverlust von insg. 2,3 Mio.€ im Vergleich zum aDRG-Erlös**

nur partielle Kompensation durch Reduzierung von Prozessaufwand und Vorhaltekosten



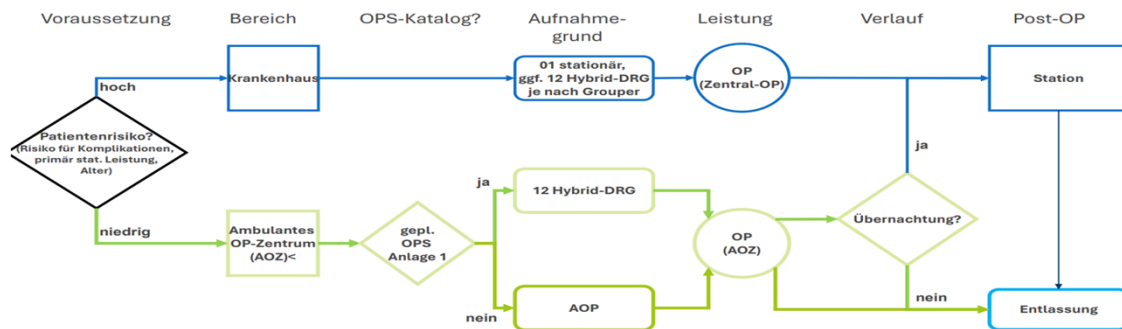
## Hybrid-DRG

### Fallmanagement in den Kliniken



#### Aufbaus/Ausbau prozessadäquater ambulanter Strukturen

- AOP-Zentrum außerhalb Zentral-OP, ggfs. in MVZ-Struktur
- Ambulantes Personal (MFA statt OP-Pflegekraft, erfahrene Operateure/Anästhesisten)
- Schlanke Prozesse



#### Präoperatives Screening/Selektion in Bezug auf Versorgungssektor (Stationär, Hybrid, AOP)

Definitive Zuordnung erst bei Behandlungsabschluß/ex-post möglich (nach DRG-Grouping)

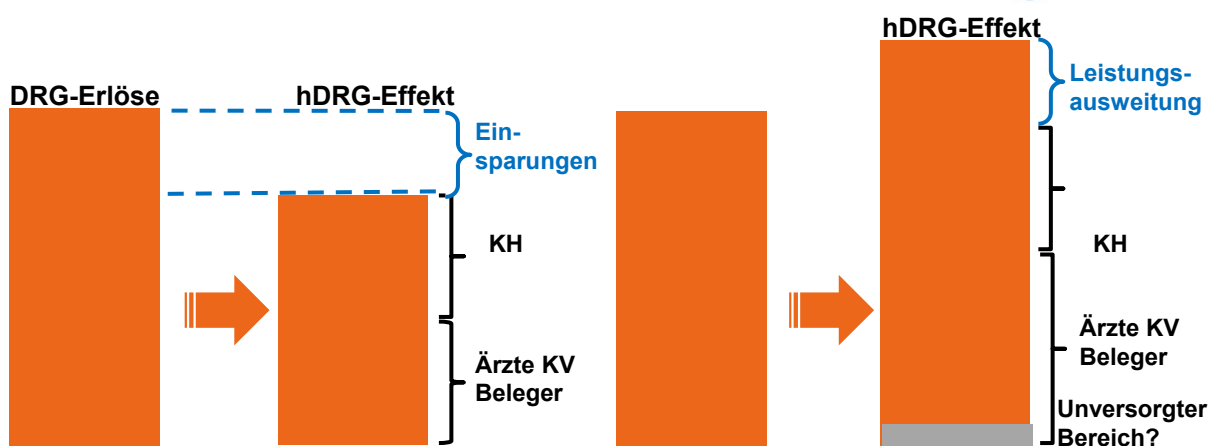
15 42. Münchener Konferenz für Qualitätssicherung, 21.11.2025



15

## Hybrid-DRGs

### Könnte den gegenläufigen Effekt bewirken...



**Gefahr der angebotsinduzierten Leistungssteigerung bei lukrativen und unbudgetierten Erlösen für ambulante Leistungserbringer**

**Zudem Risiko der Unterversorgung bei „unattraktiven“ Leistungen**

16 42. Münchener Konferenz für Qualitätssicherung, 21.11.2025



16



## Hybrid-DRGs 2026

### Einordnung aus Sicht der Kliniken



#### Sehr heterogenes Fall-Portfolio

regelmäßig ambulante Fälle, in großen Umfang Notfälle, 2-Tagesfälle und Risikopatienten (Alter, intraop. Risiken), welche der besonderen Mittel des Krankenhauses bedürfen

#### Große Unwägbarkeiten bei der ex-ante Fallzuordnung/Fallsteuerung (vollstationär, AOP, hDRG)

Grouping erst nach Abschluß der Behandlung /vollständiger Kodierung  
Massiver Bürokratieaufbau

#### Substantielle Erlösminderungen auch bei Fällen mit Übernachtung / VWD 2d, welche aus medizinischen Gründen nicht ambulant erbracht werden können (z.B. Notfälle, EPU/Ablation)

#### Inadäquate Mischkalkulation aus stationären und ambulanten Fallkosten mit falschen Anreizsystemen (cherry picking)

#### Negative Folgen für KH bzgl. Vorhaltebudget, Mindestvorhaltezahlen, Pflegebudget und Investitionsförderung

#### Keine Förderung des notwendigen Auf-/Ausbau ambulanter und kurzstationärer Versorgungsstrukturen über Transformationsfonds

17

42. Münchener Konferenz für Qualitätssicherung, 21.11.2025



17

## Hybrid-DRGs

### Game changer oder Mogelpackung?



Das politische Ziel der vermehrten ambulanten Leistungserbringung wird wohl erreicht. Ob dies auch die erwarteten Einspareffekte betrifft, ist fraglich und mit Risiken verbunden.

Aus Sicht der Kliniken werden die Hybrid-DRGs als **primäres Kostendämpfungsinstrument** wahrgenommen mit Verschärfung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser und Gefährdung der Sicherheit der Patientenversorgung.

Das Nebeneinander von AOP- und Hybrid-DRG-Systematik ist kontraproduktiv und schafft falsche Anreize.

18

42. Münchener Konferenz für Qualitätssicherung, 21.11.2025



18

Gerne Ihre Fragen...



EINFACH.  
IMMER.  
BESSER.