

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
Spezialisierter 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 Berchtesgadener Land
Zentraler Akut- und Notfallversorger für das Berchtesgadener Land
ZOPV

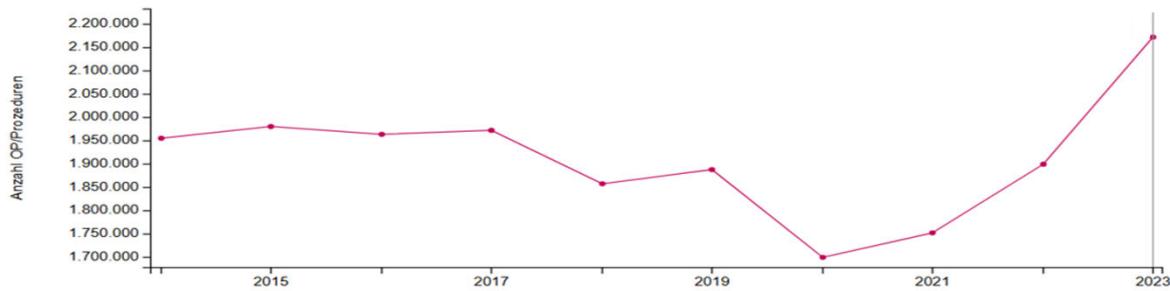
Fachklinik Berchtesgaden
Fachklinik für Orthopädie und Altersmedizin

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 (KHFVG/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)

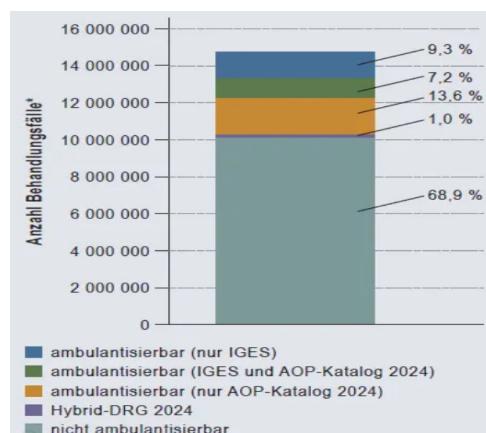
Sektorenübergreifende Versorgung

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%

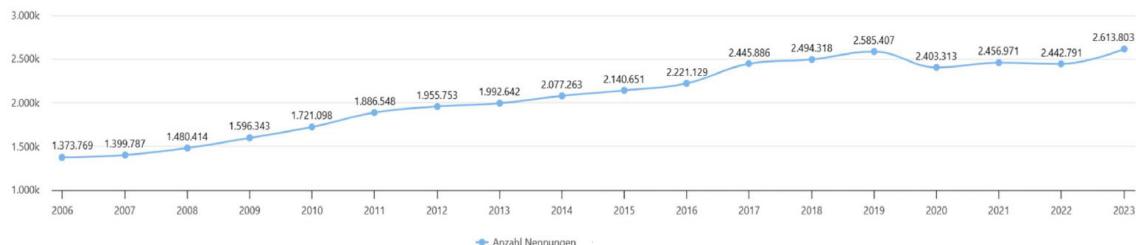
4 42. Münchener Konferenz für Qualitätssicherung, 21.11.2025



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

5

*Krankenhausstatistik →

Auftrag an InEK: 1 Million Hybrid-Fälle 2026

Die muss man erst mal finden...



DRGFORUM 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.

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH

Thema: Entgeltsystem im Krankenhaus 2026

Referent: Dr. F. Heimig



InEK

Fallzahl in Hybrid-DRGs

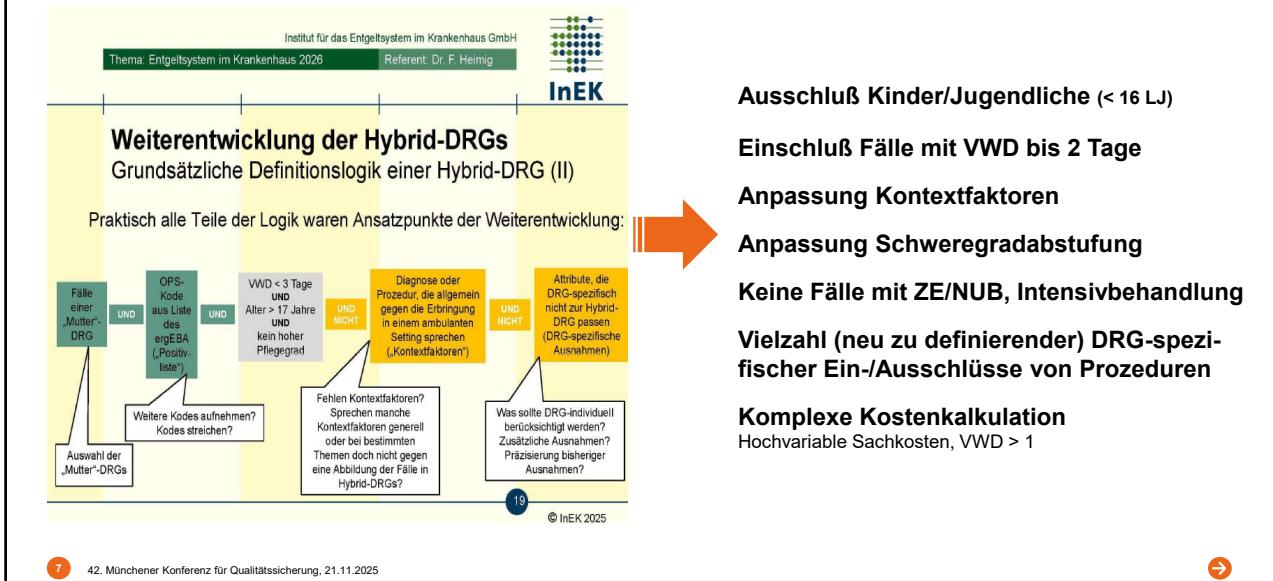
Fallzahl-Vorgabe in § 115f SGB V

- Gemäß § 115f SGB V ist die Anzahl der Hybrid-Fälle für das Jahr 2026 gemessen in vollstationären Fällen des Datenjahrs 2023 auf 1 Mio. Fälle auszuweiten.
- Dabei waren die Vorgaben des 9. Beschlusses des Ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses umzusetzen.
- Im Ergebnis werden nun gut **992.000** vollstationäre Fälle des Datenjahrs 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.

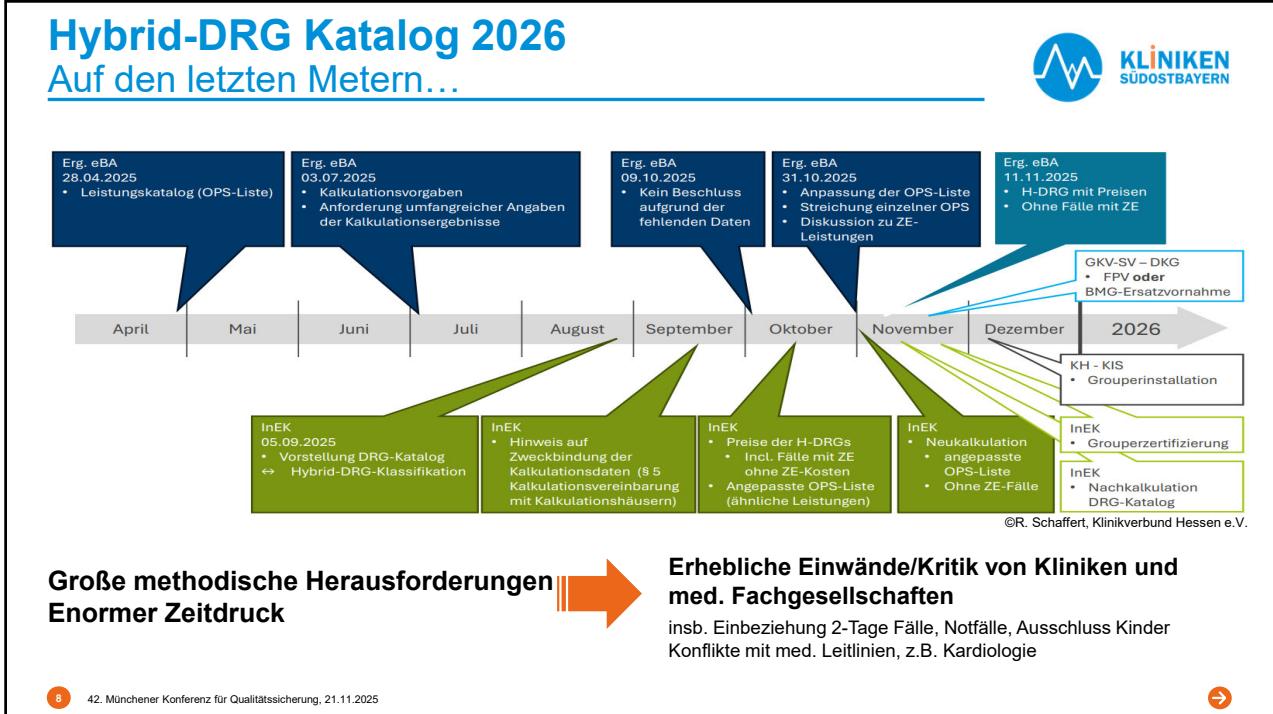
13 © InEK 2025

Algorithmus Hybrid-DRGs 2026

Praktisch komplete Neuentwicklung



7



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 Frakturrepositionen/Osteosynthesen

904 OPS-Kodes, 69 Hybrid-DRGs

6% aller stationären Fälle

9 42. Münchener Konferenz für Qualitätssicherung, 21.11.2025

→

9

Hybrid-DRG Katalog 2026

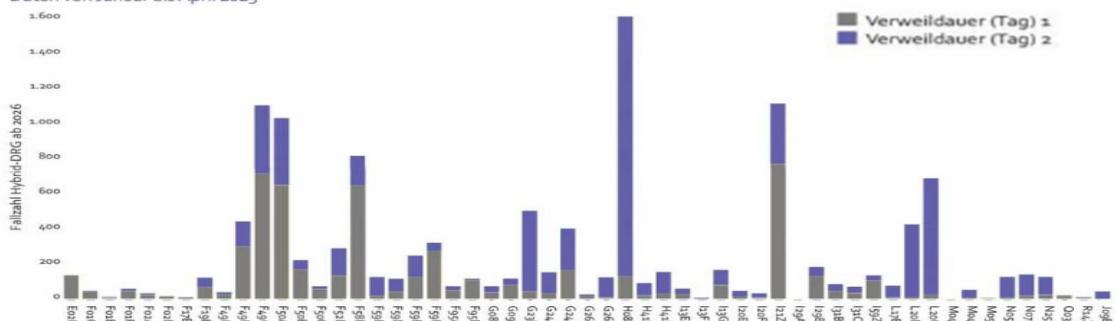
Signifikanter Anteil von 2-Tages-Fällen inkludiert



Simulation hDRG-Katalog 2026

am Beispiel Clinotel-Mitgliedshäuser (100 KH-Standorte)

Verteilung der Verweildauer pro DRG
Daten von Januar bis April 2025



Betroffen insb. Kardiologie (PCI einschl. ACS/MI, EPU/Ablation), **Viszeralchirurgie** (lap. CHE, lap. AE), **Urologie, Gynäkologie**

10 42. Münchener Konferenz für Qualitätssicherung, 21.11.2025

→

10

Hybrid-DRG Katalog 2026

Kritische Stellungnahmen von med. Fachgesellschaften



DGK.

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



ALKK

Arbeitsgemeinschaft Lehrende
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 **regelhaft 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 Arthroskopien – 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 Weiterbildungseingriffe 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 Nasennebenhöhleneingriffe. 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.

13 42. Münchener Konferenz für Qualitätssicherung, 21.11.2025



13

Hybrid-DRG Katalog 2026

Fallzahl- und Erlöseffekte KSOB



Hochrechnung hDRGs 2025						Überleitung auf 2026		
Standort/Fachabteilung	Fallzahl	DRG	EffErlös	Gesamterlös DRG und Pflegeerlös	Katalogeffekt hDRG (Hausindividuell)	Prognose Gesamterlös H-DRGs	Erlös Minderung Delta	
TS	854	3.098.273 €	362.800 €	3.461.073 €	59,90%	2.073.183 €	- 1.387.890 €	
TS-IMK	436	1.804.939 €	179.518 €	1.984.458 €	59,90%	1.188.690 €	- 795.767 €	
TS-CHA	128	443.987 €	58.326 €	502.314 €	59,90%	300.886 €	- 201.428 €	
TS-CHG	108	289.781 €	64.647 €	496.939 €	59,90%	297.666 €	- 199.272 €	
TS-B-CHK	30	64.172 €	13.773 €	77.944 €	59,90%	195.323 €	- 130.759 €	
TS-B-IMK	24	39.158 €	7.546 €	46.703 €	59,90%	46.689 €	- 31.256 €	
						27.975 €	- 18.728 €	
BR								
BR-CHA	380	1.166.281 €	138.315 €	1.304.595 €	61,58%	803.370 €	- 501.225 €	
BR-CHU	134	474.917 €	59.237 €	534.154 €	61,58%	328.932 €	- 205.222 €	
BR-IMK	116	354.235 €	36.884 €	391.119 €	61,58%	240.851 €	- 150.268 €	
BR-CHG	86	224.283 €	29.341 €	253.623 €	61,58%	156.181 €	- 97.442 €	
	30	89.688 €	9.324 €	99.012 €	61,58%	60.972 €	- 38.040 €	
TB								
TB-CHA	300	988.419 €	147.404 €	1.135.823 €	64,81%	736.127 €	- 399.696 €	
TB-CHU	166	580.966 €	91.195 €	672.161 €	64,81%	435.627 €	- 236.533 €	
TB-IMK	126	387.650 €	52.658 €	440.308 €	64,81%	285.363 €	- 154.944 €	
TB-B-CHA	6	15.643 €	2.735 €	18.378 €	64,81%	11.911 €	- 6.467 €	
KSOB Gesamt	1.536	5.257.043 €	649.014 €	5.906.057 €	61,22%	3.615.491 €	- 2.290.566 €	

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

14 42. Münchener Konferenz für Qualitätssicherung, 21.11.2025



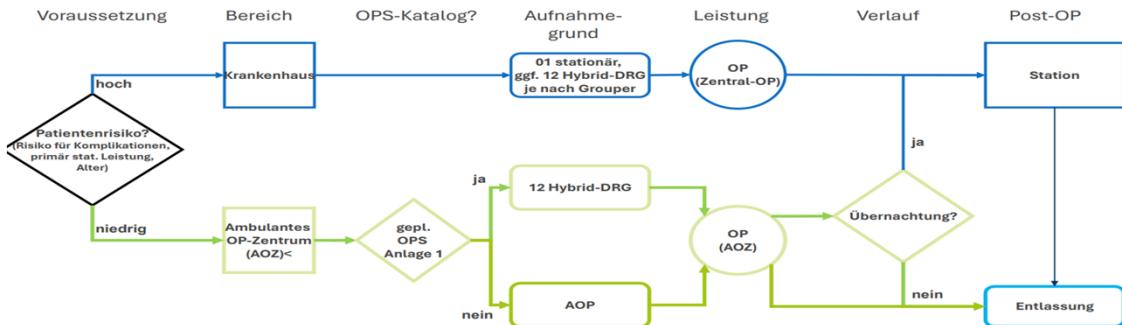
14

Hybrid-DRG Fallmanagement in den Kliniken



Aufbaus/Ausbau prozessadäquater ambulanter Strukturen

- AOP-Zentrum außerhalb Zentral-OP, ggf. 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)

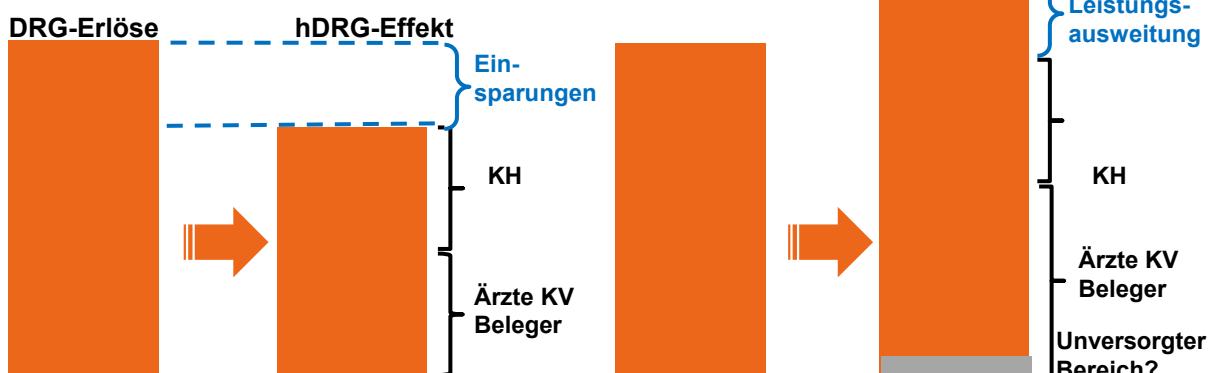
15

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

regelhaft 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 Erlösminde rungen 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.