



© HNFOTO - stock.adobe.com

Einführung der Hybrid-DRGs

Auswirkungen auf die Abrechnungslogik im Verhältnis zum AOP-Katalog

Von Prof. Dr. Erika Raab

Die Einführung der sektorengleichen Hybrid-DRGs 2025 leitete eine neue Phase der Reform der Krankenhausfinanzierung in Deutschland ein. Die Krankenhäuser werden durch den Trend zur Ambulantisierung vor einige offene Fragen gestellt. Dieser Artikel gibt eine rechtliche Einordnung zum Thema, Details zum Wirtschaftlichkeitsgebot sowie Praxisempfehlungen.

Keywords: Abrechnung, Hybrid-DRG, Ambulantisierung

Die Reform der Krankenhausfinanzierung in Deutschland ist im Jahr 2025 durch die Einführung sektorengleicher Hybrid-DRGs in eine neue Phase getreten. Ziel der Hybrid-DRG ist es, Versorgungsleistungen zwischen ambulantem und stationärem Sektor vereinheitlicht und leistungsadäquat zu vergüten. Parallel dazu bestehen weiterhin der AOP-Katalog und das Prinzip „ambulant vor stationär“, das maßgeblich den Trend zur Ambulantisierung treiben soll. Dies stellt Krankenhäuser, Abrechner und das gesamte Gesundheitssystem vor zentrale Fragen bezüglich der Abrechnungslogik, Priorisierung von Leistungen und nicht zuletzt der Aus-

legung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG). Insbesondere ist unklar, ob die Abrechnungsfreiheit zwischen AOP und Hybrid-DRG besteht, ob das Wirtschaftlichkeitsgebot eine Einzelfallprüfung verlangt, und wie Praxen und Kliniken die geltenden Regeln rechtssicher umsetzen können.

Geschichte und Zielsetzung der Hybrid-DRGs

Die Hybrid-DRGs wurden mit der Krankenhausreform 2023/2024 auf Initiative des Bundesgesundheitsministeriums (§ 115f SGB V) eingeführt, um die bisherige Trennung zwischen ambulant und stationär erbrachten Operationen und Prozeduren überwinden zu helfen. Ziel ist es, innovativen Versorgungskonzepten Raum zu geben, Doppelstrukturen zu vermeiden und den Trend zur Ambulantisierung gezielt zu unterstützen, ohne dass Krankenhäuser wirtschaftliche Nachteile fürchten müssen.

Hybrid-DRGs ermöglichen erstmals für ausgewählte Leistungen eine sektorengleiche Vergütung, d. h. dieselbe Vergütungshöhe unabhängig davon, ob die Maßnahme stationär, teilstatio-

när oder ambulant erbracht wurde. Dies schafft Anreize, Versorgungsprozesse effizient zu gestalten und bevorzugt evidenzbasierte, patientenindividuelle Behandlungsentscheidungen. Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind im SGB V verankert, insbesondere in §§ 115b (AOP) und 115f (Hybrid-DRG).

Struktur, Inhalt und Rechtsrahmen des AOP-Katalogs

Der AOP-Katalog (Ambulantes Operieren und stationärsersetzende Eingriffe gemäß § 115b Abs. 1 SGB V) umfasst eine jährlich aktualisierte Liste von Leistungen, die ohne zwingende medizinische Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts ambulant erbracht und abgerechnet werden müssen. Der Katalog wird vom G-BA im Einvernehmen mit KBV und GKV-Spitzenverband beschlossen. Er regelt für jede Leistung, unter welchen Rahmenbedingungen und für welche Patientengruppen sie ambulant (im Krankenhaus oder in der vertragsärztlichen Versorgung) durchgeführt werden soll. Der Katalog kann auch Ausnahmen und Kontraindikationen enthalten, bei denen eine stationäre Aufnahme weiterhin erlaubt bleibt.

Wesentliche rechtliche Pfeiler sind:

- § 115b SGB V: Recht auf ambulante Durchführung und Abrechnung bestimmter Leistungen.
- § 39 SGB V: Grundsatz „ambulant vor stationär“.
- Implementierungsbestimmungen über die AOP-Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband, DKG und KBV.

Auch die korrespondierenden Vergütungsvereinbarungen und der AOP-Vertrag gehören zur rechtlichen und betrieblichen Basis der Abrechnungslogik.

Einführung und gesetzliche Verankerung der Hybrid-DRGs

Die rechtliche Kodifizierung der Hybrid-DRG erfolgt in § 115f SGB V. Die Details zu Leistung, Vergütung, Kalkulation und Abrechnung regeln G-BA-Beschlüsse, die jährlichen Kataloge sowie spezifische Vergütungsvereinbarungen, wie sie z. B. zwischen DKG, KBV und GKV-Spitzenverband abgeschlossen werden.

Die Kernpunkte sind:

- Der Hybrid-DRG-Katalog wird regelmäßig fortgeschrieben und enthält klar definierte, sektorengleiche Leistungspositionen.
- Die Leistungserbringer können für Hybrid-DRG-fähige Leistungen zwischen stationär, teilstationär oder ambulant wählen, sofern keine medizinischen Gründe dagegensprechen.
- Eine einheitliche Abrechnungslogik und -struktur ist vorgeschrieben, um Sektorengerechtigkeit herzustellen.

Systematik und Inhalte des AOP-Katalogs

Der AOP-Katalog 2025 listet mehr als 2.500 ambulant erbringbare Eingriffe und Prozeduren mit Klassifizierung nach OPS-Codes, Zusatzmerkmalen (z. B. Schweregrad), Indikationsstellungen und teils spezifischen Leistungsbeschreibungen. Die wichtigsten Kategorien sind:

- Ambulante Operationen (z. B. minimalinvasive Chirurgie, Endoskopie, kleine und mittlere chirurgische Eingriffe)
- Stationärsersetzende Eingriffe (beispielsweise klassische Tagesbehandlungen, komplexere diagnostische und therapeutische Prozeduren)
- Kontraindikationen oder Ausnahmen, bei denen eine stationäre Aufnahme trotz AOP-Katalogposition möglich ist

Ein besonderes Augenmerk liegt auf der städtischen und regionalen Ambu-

lantisierungskapazität, die in der Kataloggestaltung zunehmend berücksichtigt wird.

Schnittstellen zum Hybrid-DRG-Katalog

Mit der Einführung des Hybrid-DRG-Systems werden Überschneidungen für bestimmte Leistungsgruppen geschaffen. Leistungen aus dem Hybrid-DRG-Katalog können auch AOP-Leistungen sein – dies führt zu besonderen Abrechnungs- und Priorisierungsfragen, die im weiteren Verlauf erläutert werden.

Abrechnungslogik und Grundsatz „ambulant vor stationär“

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ (§ 39 SGB V und gefestigte BSG-Rechtsprechung) verpflichtet alle Leistungserbringer, medizinisch zweifelsfrei mögliche Behandlungen immer ambulant zu erbringen, sofern keine stationären Einzelfallindikationen vorliegen. Er stellt sicher, dass Krankenhäuser grundsätzlich keine stationäre Vergütung beanspruchen können, wenn eine AOP-fähige Versorgung realistisch möglich wäre.

Die Hybrid-DRG-Einführung bedeutet, dass für zahlreiche (frühere) stationäre Leistungen künftig die ambulante Erbringung nach einheitlichen Pauschalen möglich ist, ohne Vergütungsnachteile für das Krankenhaus. Dennoch bleibt das Dogma bestehen: Wo AOP-Katalog und Hybrid-DRG-Leistung gleichzeitig zutreffen, entscheidet das Wirtschaftlichkeitsgebot und die medizinische Indikation, welche Vergütungsform zulässig ist.

AOP-Leistung versus Hybrid-DRG: Wer hat Vorrang?

Für Leistungen, die im AOP-Katalog gelistet und auch als Hybrid-DRG möglich sind, stellt sich die Frage nach der Vergütungspriorität.

- Wenn eine Leistung ausschließlich im AOP-Katalog ist (keine Hybrid-DRG-Position), gilt unverändert die AOP-Abrechnung als einzige Option.
- Wenn eine Leistung ausschließlich im Hybrid-DRG-Katalog ist (nicht im AOP-Katalog), erfolgt zwingend die sektorengleiche Hybrid-DRG-Abrechnung.
- Bei Überschneidungen (sog. „Doppelleistungen“) ist entscheidend: Die Behandlung ist grundsätzlich ambulant durchzuführen. Das Krankenhaus kann wählen, ob sie im Rahmen des AOP-Katalogs oder als Hybrid-DRG

vergütet wird – maßgeblich sind medizinische Indikation, Patienteneignung und das Wirtschaftlichkeitsgebot.

Einordnung des „Wirtschaftlichen Wahlrechts“

Das „wirtschaftliche Wahlrecht“ für Krankenhäuser gilt nur begrenzt. Es besteht, wenn und soweit keine expliziten Ausschlüsse oder medizinischen Kontraindikationen vorliegen und sofern die vorzugswürdige Vergütung aus Sicht der Wirtschaftlichkeit und Patientenorientierung begründet ist. Eine Wahl gegen das günstigere Abrechnungsmodell (im Sinne der Gesamtkosten für die Solidargemeinschaft) ist nach BSG-Judikatur nicht zulässig.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach BSG im Kontext Hybrid-DRG/AOP

Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist in § 12 SGB V kodifiziert und prägt maßgeblich alle Leistungsansprüche im Gesundheitswesen. Es verlangt, dass Leistungen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ zu erbringen sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Das BSG betont in mehreren Grundsatzentscheidungen, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot vorrangig vor Partikularinteressen der Leistungserbringer oder wirtschaftlichen Eigeninteressen gilt.

Das BSG hat in mehreren Urteilen (u. a. B 1 KR 20/19 R, B 1 KR 16/17 R) festgehalten:

- Eine stationäre Behandlung darf nur abgerechnet werden, wenn sie nach den Regeln der ärztlichen Kunst zwingend erforderlich war.
- Liegt eine Abrechenbarkeit sowohl im AOP-System als auch im Hybrid-DRG-System vor, ist zu prüfen, welche Versorgungsform im Einzelfall wirtschaftlicher ist.
- Das Wirtschaftlichkeitsgebot verpflichtet zur Prüfung, welches Abrechnungsmodell im Einzelfall den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Erforderlichkeit genügt.

Aus der Judikatur folgt, dass Krankenhäuser bei jeder Leistungsabrechnung prüfen müssen, ob der Leistungserbringung und der Abrechnungsform wirtschaftliche Erfordernisse entgegenstehen. Dies betrifft insbesondere Fälle, in denen sowohl AOP- als auch Hybrid-DRG-Vergütung zulässig erscheinen. Das Krankenhaus muss in diesen Fällen dokumentieren und begründen können, warum die Wahl getroffen wurde und welche Bewertungs-

maßstäbe (medizinisch, organisatorisch, ökonomisch) zugrunde lagen.

Ein Automatismus für das Vergütungsmodell wäre nur dann zulässig, wenn keine wirtschaftlich sinnvollere Alternative existiert. Das bedeutet, dass bei Doppellistungen grundsätzlich der günstigere Abrechnungsweg Vorrang haben muss, außer es sprechen zwingende medizinische oder organisatorische Gründe dagegen.

Die Maßstäbe der BSG-Rechtsprechung machen jedoch klar, dass die Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht rein formal, sondern substanzorientiert zu erfolgen hat. Eine pauschale Festlegung, immer nach Hybrid-DRG oder immer nach AOP abzurechnen, wäre unzulässig und abrechnungstechnisch riskant.

Besondere Anforderungen bestehen bei Fehlbelegungskontrollen, Dokumentationspflichten und Compliance-Prüfungen, da ein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot Rückforderungen und Regresse nach sich ziehen kann. Die Systeme müssen in der Lage sein, medizinisch begründete Ausnahmefälle sauber abzubilden und revisionssicher zu dokumentieren.

Ambulantisierungstrend und Implikationen auf die DRG-Systematik

Bundesweit verfolgen G-BA, BMG und die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung einen konsequenten Ausbau der ambulanten Versorgungskapazitäten. Die Hybrid-DRG ist ein zentrales Steuerungsinstrument, um „aus dem Bett zu denken, nicht aus der Fallpauschale“ und den Paradigmenwechsel zu einer patientenzentrierten, flexibleren und wirtschaftlicheren Leistungserbringung zu vollziehen.

Dennoch bleibt die Rolle der Krankenhäuser als zentraler Leistungserbringer erhalten, insbesondere bei komplexen Fällen oder bei Infrastrukturvoraussetzungen, die nur hier vorgehalten werden können (z. B. Notfallambulanzen).

Die klassische stationäre DRG-Abrechnung wird durch die sektorengleiche Hybrid-DRG ausdifferenziert und flexibel ergänzt. Komplexere Eingriffe, Komorbiditäten und Nachsorgeleistungen verbleiben in der Regel im stationären DRG-Segment, während einfachere, planbare oder mobile Leistungen zunehmend in AOP- oder Hybrid-DRG-Strukturen verschoben werden.

Die DRG-Systematik erfährt damit eine Dezentralisierung und Spezifizierung der Leistungszuteilung, die erhebliche Umstellungs- und Bildungsanforderungen an die Abrechnungs- und Steuerungsteams in den Krankenhäusern stellt.

Praktische Umsetzung in Krankenhausinformationssystemen (KIS)

Die Hybrid-DRG verlangt spezifische Dokumentations- und Zuordnungsregeln:

- Kodierung der behandelten Prozeduren nach OPS und Zuordnung der passenden Abrechnungsart.
- Dokumentation der medizinischen Indikation und ggf. von Ausnahmegründen
- Automatisierte Prüfmechanismen zur Fehlervermeidung und zur Einhaltung von Abrechnungsprioritäten (bspw. Wirtschaftlichkeitsprüfung)
- Schnittstellen zu Abrechnungsdatenbanken der KVen und GKV-Spitzenverbände

KIS-Anbieter sind dabei verpflichtet, regelmäßige Updates und Supportdienstleistungen bereitzustellen, um allen neuen Abrechnungsregeln und Katalogaktualisierungen gerecht zu werden.

Umsetzungsempfehlungen für Krankenhäuser

Wesentliche Schritte für eine rechtssichere und effiziente Umsetzung sind:

- Regelmäßige Schulungen des Abrechnungspersonals zu Hybrid-DRG/AOP und dem Wirtschaftlichkeitsgebot
- Integration von Entscheidungsbäumen im KIS, die automatisch auf AOP, Hybrid-DRG und stationäre Optionen prüfen
- Definition und Verschriftlichung von Ausnahmeindikationen; ggf. institutionelle Entscheidungsgremien für Grenzfälle
- Prüfroutinen und interne Revision zur Fehlervermeidung und zur Sicherstellung der stets aktuellsten Anwendung der Abrechnungslogik.

Typische Abrechnungsrisiken und Compliance-Anforderungen

Bereiche mit erhöhtem Risiko sind:

- Automatisierte Hybrid-DRG-Abrechnung ohne Wirtschaftlichkeits- oder Ausnahmeprüfung
- Unzureichende Dokumentation medizinischer Begründungen bei Wahl der teureren Vergütungsoption
- Fehlende Awareness für aktuelle Katalogänderungen und neue Abrechnungsregeln im Personal

- Fehlerhafte Implementierung in Abrechnungssystemen/KIS

Ein wirksames Risikomanagement umfasst die Kombination von Softwareprüfungen, regelmäßigen Schulungen und internen Audit-Mechanismen.

Wirtschaftliche Bewertung von AOP vs. Hybrid-DRG

Die sektorenübergreifende Einführung der Hybrid-DRG ist nachweislich ein Instrument zur ökonomischen Steuerung und zur Reduktion stationärer Aufenthalte mit geringer sozialmedizinischer Notwendigkeit. Dennoch zeigen erste Auswertungen, dass einige Hybrid-DRG-Pauschalen über den AOP-Sätzen liegen und damit ausschließlich eine sorgfältige Wirtschaftlichkeitsprüfung legitime Wahlfreiheit verschafft.

Krankenhäuser müssen folglich fallindividuell prüfen:

- Ist die Hybrid-DRG-Abrechnung tatsächlich die wirtschaftlichere Alternative (z. B. weil Nachsorgekosten inkludiert oder höhere Vorhaltekosten entstehen)?
- Oder ist die AOP-Leistung die zu bevorzugende Lösung (meist bei unkomplizierten, standardisierten Eingriffen)?

Fehleinschätzungen oder Übergehung des Wirtschaftlichkeitsgebots führen potenziell zu Rückforderungen durch den medizinischen Dienst oder die Kassen.

Steuerungsoptionen und Handlungsempfehlungen

Es empfiehlt sich für Häuser, folgende Steuerungsmechanismen zu etablieren:

- Proaktive Fallanalysen: Identifikation und Kategorisierung aller typischen Doppelleistungen im Portfolio
- Interdisziplinäre Entscheidungsteams: Einbindung von Medizincontrolling, ärztlichem Dienst und Abrechnungsmanagement bei komplexen Fällen oder neu gelisteten Prozeduren
- Leitlinien-Entwicklung: Klare, interne Entscheidungsalgorithmen und Checklisten gemäß den aktuellen gesetzlichen, vertraglichen und BSG-basierten Vorgaben
- Transparente Dokumentation: Lückenlose Nachvollziehbarkeit von Ausnahmefällen und gesonderten Wirtschaftlichkeitsbegründungen
- Kontinuierliche Fort- und Weiterbildung: Sensibilisierung für den Para-

digmenwechsel und die Abrechnungsprioritäten auf allen Ebenen.

Fazit

Die Einführung der Hybrid-DRG ist eine paradigmatische Wende in der deutschen Krankenhausfinanzierung, deren Folgen weit über die reine Abrechnungstechnik hinausgehen. Die neue Abrechnungslogik verlangt Krankenhäusern sowohl individuelle Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei jeder Doppelleistung als auch proaktives Management der Katalogumstellungen und Abrechnungssysteme ab. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ bleibt unverändert bestehen, die Wahl zwischen AOP- und Hybrid-DRG-Ver-

gütung ist an das Wirtschaftlichkeitsgebot und eine begründete Einzelfallbewertung gebunden. Die BSG-Rechtsprechung spricht eine klare Sprache: Es existiert zwar ein Wahlrecht, das aber stets der Prüfung unterliegt, welche Leistungserbringung den Solidargemeinschaftsgedanken und die Wirtschaftlichkeit am besten wahrt. Die praktische Umsetzung ist anspruchsvoll und verlangt transparente Dokumentation, gute Systemintegration und kontinuierliche Fortbildung. Nur so können Krankenhäuser den Wandel zu einer flexibleren und wirtschaftlichen Versorgung effektiv und rechtssicher begleiten. ■



Prof. Dr. Erika Raab

Geschäftsführerin der Kreisklinik
Groß-Gerau GmbH
Vorstandsvorsitzende der DGfM e.V.

Save the Date:



KU Lunchtalk

am 8. und 15. Juni 2026

**Mobbing und diskriminierungsfreies
Arbeiten im Krankenhaus**

mit Sabine Loh und renommierten
Experten und Expertinnen



Weitere Informationen unter
[ku-gesundheitsmanagement.de/
veranstaltungen](https://ku-gesundheitsmanagement.de/veranstaltungen)

Foto © istock - stock.adobe.com