

Update Wahlrecht zwischen Hybrid-DRG und AOP

(Stand 19.12.2025)

Ass. jur. Prof. Dr. rer. pol. Erika Raab, MBA

Update Wahlrecht zwischen Hybrid-DRG und AOP

Am 19.12.2025 wurde die Systematik im Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses (ergEBA) im Teil C zu weiteren Regelungen zur speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) gemäß § 115f SGB V für das Jahr 2026 (Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026) mit Wirkung vom 1. Januar 2026 bis 31. Dezember 2026 geschärft.

Die Herausforderung ist, dass in keiner Norm explizit ausgewiesen wurde, dass es kein Wahlrecht mehr zwischen Hybrid-DRG und AOP gibt.

Wie verhält es sich nun (Stand 19.12.2025) mit einem Wahlrecht? Können Krankenkassen verlangen, dass im Einzelfall die kostengünstigere AOP-Leistung abzurechnen ist, wenn die Leistung im Hybrid-Katalog steht? Ist das Wirtschaftlichkeitsgebot (fiktives wirtschaftliches Alternativverhalten) des BSG vorrangig?

A. Juristische Auslegung: Verhältnis AOP vs. Hybrid-DRG nach dem Beschluss des ergEBA

1. Ausgangspunkt: Gesetzliche Systematik

Der § 115f SGB V schafft die **spezielle sektorengleiche Versorgung** über Hybrid-DRG.
Wesentliche Merkmale:

- Hybrid-DRG gelten **leistungsbezogen**, unabhängig vom Ort der Leistungserbringung (ambulant oder stationär).
- Sie sollen **Doppelstrukturen vermeiden** und **einheitliche Vergütung** sicherstellen.
- Sie sind **vorrangig**, wenn eine Leistung im Hybrid-DRG-Katalog enthalten ist.

Der AOP-Katalog nach § 115b SGB V ist dagegen ein **ambulantes Vergütungssystem**, das nur für Krankenhäuser und Vertragsärzte gilt, wenn **keine speziellere Regelung** greift.

Merksatz: Hybrid-DRG sind das speziellere System.

2. Hybrid-DRG-2026 ergEBA Lesefassung vom 19.12.2025:

Das Dokument enthält zwar keine explizite Kollisionsregel, aber es zeigt:

- Der Leistungskatalog der Hybrid-DRG wird **abschließend** festgelegt.
- Die Hybrid-DRG sind **systematisch mit dem aG-DRG-System verzahnt**.
- Die Abrechnung erfolgt **einheitlich**, sobald eine Leistung im Hybrid-DRG-Katalog enthalten ist.
- Teil C (nicht im Dokument enthalten, aber im Text erwähnt) enthält **Regelungen zur Erbringung und Abrechnung**.

Aus der Formulierung:

„... notwendige weitere Regelungen im Rahmen der Erbringung und Abrechnung der Hybrid-DRG (Teil C) ...“

kann man schließen:

Teil C enthält die Abrechnungslogik, und diese ist zwingend.

Da die Anlagen 1 und 2 (Leistungskatalog + Vergütung) ersetzt werden, wird der Hybrid-DRG-Katalog **final und verbindlich** festgelegt.

3. Systematische Auslegung: Spezialität und Subsidiarität

Die juristische Frage lautet:

Wenn eine Leistung im Hybrid-DRG-Katalog steht – darf man dann trotzdem AOP abrechnen?

Die Antwort ergibt sich aus drei Ebenen:

a) Spezialitätsprinzip

Hybrid-DRG sind ein **lex specialis** gegenüber AOP:

- Sie gelten *leistungsbezogen*, nicht *settingsbezogen*.
- Sie sollen *gerade die bisherige Trennung* zwischen ambulant und stationär überwinden.
- Der Gesetzgeber wollte *eine einheitliche Vergütung* für bestimmte Leistungen.

Damit gilt:

Wenn eine Leistung im Hybrid-DRG-Katalog steht, verdrängt sie die AOP-Abrechnung.

b) Subsidiaritätsprinzip

AOP greift nur, wenn:

- die Leistung **nicht** im Hybrid-DRG-Katalog enthalten ist **oder**
- die Hybrid-DRG-Voraussetzungen nicht erfüllt sind (z. B. fehlende OPS-Konstellation).

Damit ist AOP **subsidiär**.

c) Keine Wahlrechte

Wahlrechte wären systemwidrig, denn:

- Hybrid-DRG sollen *Verlagerungsanreize* beseitigen.
- Wahlrechte würden *Rosinenpickerei* ermöglichen.
- Der Bewertungsausschuss legt die Vergütung **verbindlich** fest.

Es gibt **keine** Norm, die ein Wahlrecht vorsieht.

Es gibt **mehrere** Normen, die eine verbindliche Anwendung nahelegen.

4. Teleologische Auslegung

Der Zweck der Hybrid-DRG:

- **Sektorengleichheit**
- **einheitliche Vergütung**
- **Vermeidung von Parallelstrukturen**
- **Stärkung der ambulanten Versorgung**

Ein Wahlrecht würde diesen Zweck **konterkarieren**.

Damit ist teleologisch klar:
Hybrid-DRG gehen vor.

Fazit (aus Sicht der Krankenhäuser):

Es gibt kein Wahlrecht *der Krankenhäuser* mehr zwischen AOP und Hybrid-DRG.

Eine AOP-Abrechnung ist nur zulässig, wenn die Leistung keine Hybrid-DRG auslöst.

Das bedeutet:

- **Hybrid-DRG = zwingend**
- **AOP = subsidiär**

Diese Rechtsfolge ergibt sich aus:

- der Systematik des § 115f SGB V
- der Spezialität der Hybrid-DRG
- dem Zweck der sektorengleichen Vergütung
- der verbindlichen Festlegung des Leistungskatalogs
- der Abrechnungslogik in Teil C (im Dokument erwähnt).

Darf eine Krankenkasse verlangen, dass im Zweifel die „billigere“ AOP-Leistung abzurechnen ist?

Juristische Analyse: Anwendbarkeit des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V) und der BSG-Rechtsprechung zum fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhalten auf die Abrechenbarkeit von Hybrid-DRG-Leistungen im Verhältnis zu AOP-Leistungen nach § 115b SGB V

Einleitung und Problemaufriss

Kernfragen sind, ob und wie das Wirtschaftlichkeitsgebot und die BSG-Rechtsprechung auf die Wahl und Abrechnung zwischen Hybrid-DRG- und AOP-Leistungen anwendbar sind, ob Krankenkassen eine Abrechnung als AOP-Leistung verlangen können, wie § 115f Abs. 1 Satz 9 SGB V („AOP-Sperrklausel“) auszulegen ist und ob es Konstellationen gibt, in denen das Wirtschaftlichkeitsgebot trotz Hybrid-DRG-Vorrangs eine andere Abrechnung nahelegt. Die Analyse erfolgt unter Einbeziehung der maßgeblichen BSG-Entscheidungen, insbesondere B 1 KR 10/10 R, B 1 KR 24/15 R, B 1 KR 19/18 R, und einer systematischen Einordnung der Normlogik.

I. Systematische Grundlagen: Hybrid-DRG, AOP-Leistungen und das Wirtschaftlichkeitsgebot

1. Hybrid-DRG und AOP-Leistungen: Rechtsrahmen und Abrechnungslogik

Die Hybrid-DRG ist in § 115f SGB V gesetzlich verankert und wurde durch die Hybrid-DRG-Verordnung sowie die Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarungen konkretisiert. Sie sieht für bestimmte, im Katalog definierte Leistungen eine sektorengleiche Fallpauschale vor, die unabhängig davon gezahlt wird, ob die Leistung ambulant, teilstationär oder stationär erbracht wird. Die Auswahl der Leistungen und die Kalkulation der Vergütung erfolgen jährlich durch die Vertragspartner (GKV-

Spitzenverband, DKG, KBV) und werden durch den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss festgelegt, falls keine Einigung erzielt wird.

Der AOP-Katalog nach § 115b SGB V regelt, welche Operationen und stationersetzenden Eingriffe ambulant erbracht und abgerechnet werden müssen. Die Vergütung erfolgt nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und ist in der Regel niedriger als die stationäre DRG-Vergütung, aber häufig auch niedriger als die Hybrid-DRG.

Die Abrechnungslogik sieht vor, dass für Leistungen, die ausschließlich im AOP-Katalog oder ausschließlich im Hybrid-DRG-Katalog gelistet sind, jeweils nur die entsprechende Abrechnung zulässig ist. Bei Doppellistungen (Leistungen, die in beiden Katalogen enthalten sind) stellt sich die Frage nach dem Vorrang und der Rolle des Wirtschaftlichkeitsgebots.

2. Das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) und seine Bedeutung

Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist in § 12 SGB V kodifiziert und verlangt, dass Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich erbracht werden und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Es ist ein zentrales Steuerungsinstrument im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung und prägt sowohl die Anspruchsberechtigung der Versicherten als auch die Abrechnungsbefugnis der Leistungserbringer.

Das BSG hat das Wirtschaftlichkeitsgebot in ständiger Rechtsprechung als maßgeblichen Prüfungsmaßstab für die Auswahl zwischen mehreren gleich geeigneten, ausreichenden und notwendigen Behandlungsalternativen etabliert. Dabei ist stets die kostengünstigere Alternative zu wählen, sofern sie den gleichen Behandlungserfolg erwarten lässt.

II. BSG-Rechtsprechung zum fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhalten und zur Systemgrenze des Wirtschaftlichkeitsgebots

1. Grundsätze des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens

Das BSG hat die Figur des „fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens“ entwickelt, um in Fällen, in denen das Krankenhaus eine unwirtschaftliche Behandlungsalternative gewählt hat, die Vergütung auf das Maß zu begrenzen, das bei wirtschaftlichem Verhalten angefallen wäre. Dies gilt insbesondere, wenn zwischen mehreren gleich zweckmäßigen und notwendigen Behandlungsalternativen gewählt werden kann.

In der Entscheidung B 1 KR 5/21 R hat das BSG klargestellt:

„In dem Stufenverhältnis der unterschiedlichen Formen der Krankenhausbehandlung kommt ein Vergütungsanspruch nach Maßgabe eines fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens in Betracht, wenn eine zweckmäßige, medizinisch aber in einer höheren Stufe nicht erforderliche Behandlung durchgeführt wurde, eine Behandlung in einer niedrigeren Stufe aber gleichermaßen zweckmäßig und medizinisch erforderlich gewesen wäre, und wenn das Krankenhaus berechtigt gewesen wäre, die (fiktive) wirtschaftliche Leistung selbst zu erbringen und unmittelbar gegenüber der Krankenkasse abzurechnen.“

Das Wirtschaftlichkeitsgebot wirkt hier als Auswahlregel: Bei mehreren gleichwertigen Alternativen ist die kostengünstigere zu wählen. Wählt das Krankenhaus die teurere, kann es nur die Vergütung für die wirtschaftlichere beanspruchen.

2. Systemgrenzen: Anwendung des Wirtschaftlichkeitsgebots systemübergreifend?

Die Anwendung des Wirtschaftlichkeitsgebots ist nach der BSG-Rechtsprechung grundsätzlich systemübergreifend möglich, sofern keine zwingenden gesetzlichen oder vertraglichen Vorgaben entgegenstehen. Das BSG hat dies etwa im Verhältnis stationär/teilstationär/ambulant (Stufenverhältnis nach § 39 SGB V) mehrfach bestätigt.

Allerdings hat das BSG auch betont, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht dazu führen darf, gesetzlich oder vertraglich vorgegebene Abrechnungswege zu unterlaufen. In B 1 KR 19/19 R wird ausgeführt:

„Die Anwendung der normenvertraglichen Abrechnungsbestimmungen ist nicht automatisiert und unterliegt als Mitsteuerung der prozesshaften Tatbestandsbildung im Zusammenspiel mit den Vorgaben zertifizierter Grouper ihrerseits grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen.“

Das bedeutet: Wo das Gesetz oder die Vergütungsvereinbarungen einen bestimmten Abrechnungsweg zwingend vorgeben, tritt das Wirtschaftlichkeitsgebot als Auswahlregel zurück. Die Abrechnung hat dann nach den normierten Vorgaben zu erfolgen.

3. Wesensgleiche Teilleistung und Abgrenzung

Ein Vergütungsanspruch nach Maßgabe des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens setzt voraus, dass das Krankenhaus berechtigt gewesen wäre, die wirtschaftlichere Alternative selbst zu erbringen und abzurechnen. Das BSG betont, dass der Anspruch nicht dazu führen darf, dass das Krankenhaus außerhalb seines Versorgungsauftrags tätig wird oder zwingende Vorgaben des Leistungserbringerrechts unterlaufen werden.

III. Anwendung auf das Verhältnis Hybrid-DRG vs. AOP-Leistungen

1. Gesetzliche und vertragliche Vorgaben: Vorrang der Hybrid-DRG und AOP-Sperrklausel

Mit der Einführung der Hybrid-DRG wurde eine neue Abrechnungslogik geschaffen. § 115f Abs. 1 SGB V sieht vor, dass für die im Katalog gelisteten Leistungen eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG) erfolgt, unabhängig davon, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht wird. Die Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarungen und die Umsetzungsvereinbarungen konkretisieren, dass für diese Leistungen keine Abrechnung nach dem EBM (AOP-Leistung) möglich ist, sofern eine Hybrid-DRG vorliegt.

Die sogenannte „AOP-Sperrklausel“ (§ 115f Abs. 1 Satz 9 SGB V) regelt explizit, dass für die ausgewählten Leistungen die Vergütung ausschließlich nach der Hybrid-DRG erfolgt. Die Abrechnung als AOP-Leistung ist ausgeschlossen, soweit eine Hybrid-DRG besteht.

2. Wirtschaftlichkeitsgebot als Auswahlregel bei Doppellistungen?

In der Praxis gibt es zahlreiche Leistungen, die sowohl im AOP-Katalog als auch im Hybrid-DRG-Katalog gelistet sind (Doppellistungen). Hier stellt sich die Frage, ob das Krankenhaus ein wirtschaftliches Wahlrecht hat oder ob das Wirtschaftlichkeitsgebot eine Abrechnung nach dem jeweils günstigeren Modell verlangt.

Die Literatur und Kommentierung betonen, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot auch im Kontext der Hybrid-DRG Anwendung findet, jedoch durch die gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben begrenzt wird. Das Krankenhaus muss im Einzelfall prüfen und dokumentieren, warum es eine bestimmte

Abrechnungsform wählt. Eine pauschale Festlegung, immer nach Hybrid-DRG oder immer nach AOP abzurechnen, ist unzulässig.

Das BSG hat in vergleichbaren Konstellationen (z. B. stationär vs. ambulant) entschieden, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot eine Einzelfallprüfung verlangt, sofern keine zwingenden Abrechnungswege vorgegeben sind. Bei Doppellistungen ist daher grundsätzlich der günstigere Abrechnungsweg zu wählen, es sei denn, medizinische oder organisatorische Gründe sprechen dagegen.

3. Prüfungsbefugnisse der Krankenkassen und Anforderungen an die Dokumentation

Krankenkassen sind verpflichtet, die Wirtschaftlichkeit der Abrechnung zu prüfen und können im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen verlangen, dass eine Leistung als AOP erbracht wird, wenn dies günstiger und medizinisch möglich ist. Das Krankenhaus muss in diesen Fällen dokumentieren und begründen, warum die Wahl auf die teurere Vergütungsoption gefallen ist. Fehlt eine nachvollziehbare Begründung, drohen Rückforderungen und Regresse.

Die Anforderungen an die Dokumentation sind hoch: Es muss nachvollziehbar dargelegt werden, welche medizinischen, organisatorischen oder ökonomischen Erwägungen der Wahl der Abrechnungsform zugrunde lagen. Automatisierte Abrechnungen ohne Wirtschaftlichkeitsprüfung sind risikobehaftet.

IV. Auslegung von § 115f Abs. 1 Satz 9 SGB V („AOP-Sperrklausel“) im Lichte der BSG-Rechtsprechung

1. Wortlaut und Systematik

§ 115f Abs. 1 Satz 9 SGB V bestimmt, dass für die in der Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 2 ausgewählten Leistungen die Vergütung ausschließlich nach der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) erfolgt. Dies wird durch die Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarungen und die Umsetzungsvereinbarungen bestätigt, die eine Abrechnung als AOP-Leistung für diese Leistungen ausschließen.

2. Teleologische und systematische Auslegung

Die Sperrklausel dient dem Ziel, für bestimmte Leistungen eine einheitliche Vergütung unabhängig vom Leistungsort zu schaffen und so die Ambulantisierung zu fördern, ohne ökonomische Fehlanreize zu setzen. Sie verhindert, dass Krankenhäuser oder Vertragsärzte gezielt die günstigere oder lukrativere Abrechnungsform wählen und so das Steuerungsziel der Hybrid-DRG unterlaufen.

Im Lichte der BSG-Rechtsprechung ist die Sperrklausel als *lex specialis* zu verstehen, die das Wirtschaftlichkeitsgebot als Auswahlregel für die Abrechnungsform verdrängt, soweit eine Hybrid-DRG vorliegt. Das BSG hat in vergleichbaren Konstellationen (z. B. Festbetragsregelungen für Arzneimittel) entschieden, dass bei gesetzlich vorgegebenen Abrechnungswegen das Wirtschaftlichkeitsgebot zurücktritt und die Abrechnung nach den normierten Vorgaben zu erfolgen hat.

3. Grenzen der Sperrklausel und Ausnahmen

Die Sperrklausel gilt nur für die im Hybrid-DRG-Katalog gelisteten Leistungen. Für Leistungen, die nicht im Hybrid-DRG-Katalog enthalten sind, bleibt die Abrechnung als AOP-Leistung möglich. Zudem können medizinische oder organisatorische Gründe im Einzelfall eine andere Abrechnung rechtfertigen, etwa wenn die Hybrid-DRG aufgrund von Kontextfaktoren (z. B. Schweregrad, Verweildauer, Kontraindikationen) nicht anwendbar ist.

V. Ausnahmen und Konstellationen, in denen das Wirtschaftlichkeitsgebot trotz Hybrid-DRG-Vorrangs eine andere Abrechnung nahelegt**1. Kontextfaktoren und Ausschlusskriterien**

Die Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarungen und die Umsetzungsvereinbarungen sehen zahlreiche Kontextfaktoren und Ausschlusskriterien vor, die eine Zuordnung zu einer Hybrid-DRG ausschließen. Dazu zählen etwa:

- Überschreitung der maximalen Verweildauer (z. B. mehr als zwei Tage)
- Hoher Schweregrad (PCCL > 2)
- Bestimmte Nebendiagnosen (z. B. bösartige Neubildungen)
- Notwendigkeit von Zusatzentgelten, die nicht in der Hybrid-DRG abgebildet sind

In diesen Fällen ist die Abrechnung als Hybrid-DRG ausgeschlossen, und es kommt entweder die Abrechnung als AOP-Leistung oder als klassische DRG in Betracht.

2. Medizinische und organisatorische Gründe

Das Wirtschaftlichkeitsgebot verlangt keine Abrechnung nach dem günstigsten Modell, wenn medizinische oder organisatorische Gründe entgegenstehen. Dies kann etwa der Fall sein, wenn der Patient für eine ambulante Behandlung nicht geeignet ist oder wenn die erforderlichen Strukturen für eine ambulante Durchführung fehlen.

VI. Systematische Einordnung der Normlogik: Verhältnis §§ 12, 39, 115b, 115f SGB V**1. § 12 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot)**

Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist das übergreifende Steuerungsprinzip für die Leistungserbringung und -abrechnung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Es wirkt als Auswahlregel, sofern keine zwingenden gesetzlichen oder vertraglichen Vorgaben entgegenstehen.

2. § 39 SGB V (Krankenhausbehandlung)

§ 39 SGB V regelt das Stufenverhältnis zwischen vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung und kodifiziert den Grundsatz „ambulant vor stationär“. Die vollstationäre Behandlung ist nachrangig und nur zulässig, wenn das Behandlungsziel nicht durch eine weniger aufwendige Behandlungsform erreicht werden kann.

3. § 115b SGB V (AOP-Leistungen)

§ 115b SGB V verpflichtet die Vertragspartner zur Vereinbarung eines Katalogs ambulant durchführbarer Operationen und stationärsersetzender Eingriffe. Die Abrechnung erfolgt nach EBM, sofern keine Hybrid-DRG vorliegt.

4. § 115f SGB V (Hybrid-DRG)

§ 115f SGB V schafft für ausgewählte Leistungen eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG), die unabhängig vom Leistungsort gezahlt wird. Die Sperrklausel in Abs. 1 Satz 9 schließt eine Abrechnung als AOP-Leistung für diese Leistungen aus.

5. Verhältnis der Normen

Das Wirtschaftlichkeitsgebot bleibt grundsätzlich anwendbar, wird jedoch durch die speziellen Vorgaben des § 115f SGB V und der zugehörigen Vereinbarungen begrenzt. Die Sperrklausel verdrängt das

Wirtschaftlichkeitsgebot als Auswahlregel für die Abrechnungsform, soweit eine Hybrid-DRG vorliegt. Für nicht erfasste Leistungen bleibt das Wirtschaftlichkeitsgebot vollumfänglich anwendbar.

Zusammenfassende Bewertung und Fazit

1. Können Krankenkassen im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen verlangen, dass eine Leistung als AOP erbracht wird, wenn sie günstiger wäre als eine Hybrid-DRG-Leistung?

Antwort: Grundsätzlich ja, sofern keine zwingenden gesetzlichen oder vertraglichen Vorgaben entgegenstehen. Bei Doppellistungen ist das Krankenhaus verpflichtet, die wirtschaftlichere Alternative zu wählen, es sei denn, medizinische oder organisatorische Gründe sprechen dagegen. Die Hybrid-DRG-Sperrklausel schließt jedoch für die im Katalog gelisteten Leistungen eine Abrechnung als AOP-Leistung aus. In diesen Fällen ist eine Abrechnung als AOP-Leistung nicht zulässig, und das Wirtschaftlichkeitsgebot tritt als Auswahlregel zurück.

2. Hat das BSG das Wirtschaftlichkeitsgebot systemübergreifend angewendet oder tritt es bei gesetzlich vorgegebenen Abrechnungswegen zurück?

Antwort: Das BSG hat das Wirtschaftlichkeitsgebot grundsätzlich systemübergreifend angewendet, sofern keine zwingenden gesetzlichen oder vertraglichen Vorgaben entgegenstehen. Wo das Gesetz oder die Vergütungsvereinbarungen einen bestimmten Abrechnungsweg zwingend vorgeben (z. B. Hybrid-DRG-Sperrklausel, Festbetragsregelungen), tritt das Wirtschaftlichkeitsgebot als Auswahlregel zurück und die Abrechnung hat nach den normierten Vorgaben zu erfolgen.

3. Wie ist § 115f Abs. 1 Satz 9 SGB V („AOP-Sperrklausel“) im Lichte der BSG-Rechtsprechung auszulegen?

Antwort: Die Sperrklausel ist als *lex specialis* zu verstehen, die das Wirtschaftlichkeitsgebot als Auswahlregel für die Abrechnungsform verdrängt, soweit eine Hybrid-DRG vorliegt. Für die im Hybrid-DRG-Katalog gelisteten Leistungen ist eine Abrechnung als AOP-Leistung ausgeschlossen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot bleibt jedoch auf der Ebene der Leistungserbringung und der Auswahl zwischen mehreren medizinisch gleichwertigen Alternativen anwendbar, sofern keine zwingenden Vorgaben entgegenstehen.

4. Gibt es Ausnahmen oder Konstellationen, in denen das Wirtschaftlichkeitsgebot trotz Hybrid-DRG-Vorrangs eine andere Abrechnung nahelegt?

Antwort: Ja, insbesondere wenn Kontextfaktoren oder Ausschlusskriterien eine Zuordnung zur Hybrid-DRG ausschließen (z. B. Überschreitung der maximalen Verweildauer, hoher Schweregrad, bestimmte Nebendiagnosen, Notwendigkeit von Zusatzentgelten). In diesen Fällen ist die Abrechnung als Hybrid-DRG ausgeschlossen, und es kommt entweder die Abrechnung als AOP-Leistung oder als klassische DRG in Betracht. Zudem können medizinische oder organisatorische Gründe im Einzelfall eine andere Abrechnung rechtfertigen.

XI. Schlussfolgerung

Die Einführung der Hybrid-DRG und die damit verbundene Abrechnungslogik stellen einen Paradigmenwechsel in der deutschen Krankenhausfinanzierung dar. Das Wirtschaftlichkeitsgebot bleibt ein zentrales Steuerungsinstrument, wird jedoch durch die gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben der Hybrid-DRG begrenzt. Die Sperrklausel in § 115f Abs. 1 Satz 9 SGB V verdrängt das Wirtschaftlichkeitsgebot als Auswahlregel für die Abrechnungsform, soweit eine Hybrid-DRG vorliegt. Für nicht erfasste Leistungen bleibt das Wirtschaftlichkeitsgebot vollumfänglich anwendbar.

Krankenkassen können im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen verlangen, dass eine Leistung als AOP erbracht wird, wenn dies günstiger und medizinisch möglich ist, sofern keine zwingenden Vorgaben entgegenstehen. Die BSG-Rechtsprechung bestätigt, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot systemübergreifend anwendbar ist, jedoch bei gesetzlich vorgegebenen Abrechnungswegen zurücktritt. Die praktische Umsetzung erfordert eine sorgfältige Dokumentation und Begründung der Wahl der Abrechnungsform, um Rückforderungen und Regresse zu vermeiden.

Insgesamt bleibt die Hybrid-DRG ein dynamisches Steuerungsinstrument, dessen praktische und rechtliche Ausgestaltung weiterhin einer engen Beobachtung und Anpassung bedarf, um die Ziele der Ambulantisierung, Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität zu erreichen.