Das Abrechnungssystem der Hybrid-DRG ist tatsächlich eine grundlegende Veränderung gegenüber der klassischen Abrechnung ambulanter Operationen nach dem EBM.

Der entscheidende Unterschied: Nicht mehr jede einzelne ärztliche Leistung wird vergütet, sondern der gesamte operative Behandlungsfall erhält eine festgelegte Pauschale.

Ein sogenannter „Grouper“ entscheidet anhand der medizinischen Falldaten, welcher Fallpauschale eine Operation zuzuordnen ist.

1. Was bedeutet Hybrid-DRG?

DRG steht für Diagnosis Related Groups, auf Deutsch diagnosebezogene Fallgruppen.

„Hybrid“ bedeutet, dass die Vergütung unabhängig davon erfolgt, ob die entsprechende Operation ambulant oder stationär durchgeführt wird.

Seit 2024 gibt es diese sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V. Im Jahr 2026 umfasst der Katalog bereits 904 OPS-Kodes und 69 Hybrid-DRG.



Hybrid-DRG (Quelle)

Bisherige ambulante OP-Abrechnung	**Hybrid-DRG**
Einzelne Gebührenordnungspositionen nach EBM	Eine festgelegte Fallpauschale
OP, Anästhesie und weitere Leistungen nach jeweiligen EBM-Regeln	Gemeinsame Vergütung für die eingeschlossenen Leistungen
Bestimmte Sachkosten gesondert berechnungsfähig	Sachkosten grundsätzlich enthalten
Vergütung abhängig von abrechenbaren Leistungen	Vergütung abhängig von der Fallgruppe
Abrechnung über die KV	Über KV, Krankenkasse direkt oder Dienstleister möglich

Wichtig ist: Sobald ein Eingriff tatsächlich einer Hybrid-DRG zugeordnet wird, besteht grundsätzlich kein Wahlrecht zwischen EBM und Hybrid-DRG.



(Quelle)

2. Was ist ein Grouper?

Ein Grouper ist eine spezielle Software, die einen Behandlungsfall anhand festgelegter medizinischer und abrechnungstechnischer Kriterien automatisch einer Fallgruppe zuordnet. Man könnte ihn als eine Art automatischen medizinischen Abrechnungsschlüssel bezeichnen.

Eingabedaten: Alter, Geschlecht, Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, OPS-Operationsschlüssel und gegebenenfalls weitere Faktoren

Grouper-Software: Prüft die Falldaten nach dem festgelegten Gruppierungsalgorithmus

Ergebnis: Fallgruppe (z. B. G24Q)

Dieser Gruppe ist eine bestimmte Vergütung zugeordnet.

Der Grouper berechnet also nicht frei, was die Operation kosten sollte. Er ordnet den Fall einer vorgegebenen Gruppe zu, für die bereits eine Vergütung festgesetzt wurde.

Dabei können beispielsweise Nebendiagnosen, bestimmte zusätzliche Eingriffe oder das Alter dazu führen, dass zwei Patienten mit ähnlichen Operationen unterschiedlichen Fallgruppen zugeordnet werden.

Seit 2026 wird bei den Hybrid-DRG außerdem stärker nach Schweregraden unterschieden.

KBV Hybrid-DRG+1(Quelle)

3. Ein konkretes Beispiel aus der KBV

Die KBV beschreibt zwei Patienten mit Leistenhernien:

Patient A
53 Jahre
Einseitige Leistenhernie
OPS 5-530.03, links
Hybrid-DRG G24Q

Patientin B
40 Jahre
Beidseitige Leistenhernie
OPS 5-530.03, links und rechts

Die beidseitige Operation führt zu einer höher vergüteten Fallgruppe, obwohl beide Eingriffe grundsätzlich derselben Operationsart angehören. (Beispiel der KVB für Hybrid-DRG 2026)

Hier sieht man, warum ein Grouper notwendig ist: Eine einfache Zuordnung nach dem Namen der Operation würde nicht ausreichen.

4. Wer bekommt das Geld?

Das ist wahrscheinlich einer der interessantesten Aspekte des Systems.
Nehmen wir eine rein fiktive Hybrid-DRG-Fallpauschale von **2.500 €.**
(Das ist ein Rechenbeispiel, keine tatsächliche DRG-Vergütung).

Gesamte Fallpauschale

Operateur und OP-Leistung	1.125 €	45 %
Anästhesie	625 €	25 %
OP-Infrastruktur, Material usw.	750 €	30 %

Die gesetzlichen Regelungen schreiben eine solche prozentuale Aufteilung nicht allgemein vor. Die Beteiligten müssen die Verteilung vielmehr vereinbaren.

Die Fallpauschale darf nur einmal abgerechnet werden. Für Vertragsärzte kann dies über die KV, direkt mit der Krankenkasse oder über einen beauftragten Dienstleister erfolgen.



Hybrid-DRG (Quelle)

5. Welche Leistungen sind in der Pauschale enthalten?

Dazu gehören grundsätzlich die unmittelbar mit der Operation zusammenhängenden Leistungen, beispielsweise:

- OP-Vorbereitung und Aufklärung
- Operation und Anästhesie
- perioperative Untersuchungen
- Medikamente und Sachkosten
- postoperative Überwachung bis zum Abschluss der Nachbeobachtung in der operierenden Einrichtung

Die spätere postoperative Weiterbehandlung ist dagegen grundsätzlich nicht Bestandteil der Pauschale.

Bis zum 31. Dezember 2026 gelten zudem Übergangsregelungen, wonach bestimmte präoperative Leistungen außerhalb der OP-Einrichtung und postoperative Leistungen gesondert nach EBM berechnet werden dürfen. Dabei ist die Kennzeichnung mit der GOP 88110 erforderlich.



KBV - Startseite+1(Quelle)

6. Welche wirtschaftlichen Konsequenzen hat das System?

Hier sehe ich drei wesentliche Punkte:

1. Das Kostenrisiko verlagert sich stärker zum Leistungserbringer. Bei einer festen Vergütung sinkt der wirtschaftliche Überschuss, wenn ein Eingriff unerwartet aufwendig wird oder die Materialkosten steigen.

2. Wirtschaftlichkeit wird stärker von Organisation und Prozessqualität abhängig. OP-Zeiten, Personalplanung, Materialverbrauch und die Zusammenarbeit zwischen Operateur und Anästhesist gewinnen an Bedeutung.

3. Die medizinische Kodierung gewinnt an Bedeutung. Haupt- und Nebendiagnosen sowie OPS-Kodes müssen korrekt und vollständig dokumentiert sein. Ein Kodierfehler kann zur falschen Gruppierung und damit zu einer falschen Vergütung führen. Die Deutschen Kodierrichtlinien sind anzuwenden.

7. Wo bekommt man einen Grouper?

Die KBV verweist auf die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zertifizierten Grouper.

Sie finden die Übersicht über den entsprechenden Link auf der KBV-Seite zu Hybrid-DRG unter „Grouper-Software“.

Der Grouper kann entweder in einer Abrechnungssoftware integriert sein oder als gesonderte Anwendung bereitgestellt werden.

Mein Fazit: Mit der Hybrid-DRG wird nicht mehr primär die einzelne ärztliche Tätigkeit vergütet, sondern ein definierter Behandlungsfall. Das kann die Ambulantisierung fördern, schafft aber zugleich neue wirtschaftliche Risiken und Anforderungen an die Kodierung.

Ich halte die ursprünglich eingeführte Hybrid-DRG grundsätzlich für sinnvoll. Die jetzt geplante Abschaffung dagegen für einen gesundheitspolitischen Rückschritt. Allerdings hat das bisherige System auch Schwächen, die man korrigieren sollte.

Besonders bemerkenswert ist, dass die Bundesregierung Anfang Oktober 2026 einen grundlegenden Kurswechsel vorgeschlagen hat: Ein Vergütungssystem, das erst 2024 zur Förderung ambulanter Operationen eingeführt wurde, soll bereits 2028 wieder verschwinden.

8. Was soll sich konkret ändern?

Geplante Änderungen, aber noch nicht beschlossen:

1. **2026 – bisheriges System**

   Ambulante und stationäre Eingriffe aus dem Hybrid-DRG-Katalog werden grundsätzlich mit derselben Fallpauschale vergütet.

2. **Ab 1. Januar 2027 – Rückkehr zum EBM**

   Eingriffe ohne Übernachtung sollen wieder nach EBM vergütet werden. Bei entsprechenden Krankenhausbehandlungen mit Übernachtung soll zunächst die Hybrid-DRG bestehen bleiben.

3. **Ab 1. Januar 2028 – vollständige Abschaffung**

   Die Hybrid-DRG sollen entfallen und § 115f SGB V gestrichen werden. Stattdessen sind neue Kurzzeitfallpauschalen für Krankenhäuser vorgesehen.

Stand: 16. Oktober 2026: Der Vorschlag befindet sich im Gesetzgebungsverfahren. Hybrid-DRG sollen abgeschafft werden.

Die Konsequenz wäre aus meiner Sicht problematisch: Eine Operation ohne Krankenhausübernachtung könnte erheblich geringer vergütet werden als eine vergleichbare Behandlung mit stationärer Übernachtung.

Damit droht ausgerechnet das wirtschaftlich bestraft zu werden, was politisch jahrelang gefordert wurde: mehr ambulantes Operieren.

9. Warum soll die Hybrid-DRG wieder abgeschafft werden?

Der Hintergrund liegt wesentlich in der Kostenentwicklung.

Nach einer Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) stiegen 2025 die Fallzahlen der betrachteten Leistungen gegenüber dem Vorjahr um etwa 17 Prozent. Die inflationsbereinigten Mehrausgaben wurden auf rund 360 Millionen Euro beziffert. Dabei spielten sowohl höhere Preise als auch höhere Fallzahlen eine Rolle.


BDC|Online (Quelle)

Hier liegt ein tatsächlich berechtigter Kritikpunkt: Wenn Operationen, die bisher schon ambulant durchgeführt wurden, plötzlich erheblich höher vergütet werden, entstehen zusätzliche Kosten, ohne dass zwingend mehr stationäre Behandlungen vermieden werden.

Das sollte man allerdings von einer echten Verlagerung stationärer Operationen in den ambulanten Bereich unterscheiden.

10. Was spricht für und gegen die geplante Änderung?

Gesichtspunkt	**Meine Bewertung**
Ambulantisierung	Die geplante Änderung könnte sie bremsen.
Kosteneinsparungen	Kurzfristig möglich, langfristig nicht gesichert.
Niedergelassene Operateure	Wirtschaftlich eher nachteilig.
Krankenhäuser	Neue Kurzzeitpauschalen könnten Vorteile bringen.
Patienten	Gefahr vermeidbarer Krankenhausübernachtungen.
Qualität der Versorgung	Eine differenzierte Berücksichtigung des Patientenrisikos ist erforderlich.

Interessant ist die gegensätzliche Bewertung durch die ärztlichen Körperschaften und die Krankenhäuser.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bezeichnet die Abschaffung als erheblichen Rückschlag für die Ambulantisierung. Auch die KV Nordrhein warnt ausdrücklich vor einer wirtschaftlichen Benachteiligung operierender Praxen.

KBV fordert Erhalt der Hybrid-DRG+1 (Quelle)

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt dagegen die Abschaffung. Sie argumentiert, dass Fehlanreize beseitigt und Kurzzeitfallpauschalen auf einer sachgerechteren Kalkulationsgrundlage eingeführt werden müssten.

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (Quelle)

Beide Seiten haben nachvollziehbare Interessen, allerdings aus unterschiedlichen wirtschaftlichen Perspektiven.

11. Wie sollte man das System gestalten?

Statt die Hybrid-DRGs abzuschaffen, könnte man sie in vier Punkten verändern:

1. Medizinische Notwendigkeit und Schweregrad stärker berücksichtigen

Ein gesunder 45-jähriger Patient benötigt eine andere Betreuung als ein multimorbider 85-jähriger Patient. Eine Pauschale, die diese Unterschiede nicht ausreichend berücksichtigt, schafft Anreize zur Auswahl unkomplizierter Patienten.

2. Tatsächliche Kosten als Berechnungsgrundlage verwenden

Es müsste transparent nachvollziehbar sein, welche Kosten für Personal, Anästhesie, OP-Infrastruktur, Materialien und Nachbetreuung entstehen. Das gilt für niedergelassene Operateure ebenso wie für Krankenhäuser.

3. Keine finanzielle Belohnung für medizinisch unnötige Übernachtungen

Das ist für mich der entscheidende Punkt. Wenn derselbe Eingriff ambulant sicher möglich ist, sollte eine unnötige stationäre Aufnahme keinen finanziellen Vorteil bringen.

4. Echte Ambulantisierung von reinen Vergütungseffekten unterscheiden

Entscheidend ist nicht, wie viele Hybrid-DRG abgerechnet werden, sondern wie viele bislang stationäre Behandlungen tatsächlich ambulant durchgeführt werden konnten. Nur so lässt sich feststellen, ob das System wirtschaftlich erfolgreich ist.

12. Ein grundsätzlicher Denkfehler in der Gesundheits-politik

Es gibt ein strukturelles Problem, das weit über die Hybrid-DRG hinausgeht. Politisch wird einerseits gefordert, möglichst viele Leistungen aus den Krankenhäusern in den ambulanten Sektor zu verlagern. Andererseits stehen die Krankenhäuser unter dem Druck, ihre vorhandenen Strukturen zu finanzieren.

Dadurch entsteht ein Zielkonflikt:

- Die Krankenkassen wollen Ausgaben begrenzen.
- Die Krankenhäuser müssen ihre Vorhaltekosten finanzieren.
- Die niedergelassenen Operateure benötigen eine kostendeckende Vergütung.
- Die Patienten sollen ohne unnötige stationäre Aufenthalte behandelt werden.

Diese Interessen lassen sich nicht dadurch in Einklang bringen, dass man alle paar Jahre das Vergütungssystem austauscht.

Vor allem brauchen Leistungserbringer Planungssicherheit. Wer in OP-Säle, Personal, Geräte und Infrastruktur investiert, muss sich auf eine längerfristig tragfähige Finanzierung verlassen können.

13. Mein Fazit

Die Hybrid-DRG war ein sinnvoller Versuch, die historisch gewachsene Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zumindest teilweise zu überwinden. Dass das Vergütungssystem bislang zu zusätzlichen Ausgaben geführt hat, rechtfertigt eine kritische Überprüfung. Es beweist aber nicht, dass das Grundprinzip falsch ist.

Ich halte es für einen Fehler, die Hybrid-DRG abzuschaffen, bevor belastbar geklärt ist, welche Eingriffe tatsächlich aus der stationären in die ambulante Versorgung verlagert wurden und welche Gesamtkosten dadurch entstanden sind.

Besonders bedenklich finde ich, dass die geplante Neuregelung wieder eine unterschiedliche Vergütung abhängig von einer Krankenhausübernachtung schaffen würde.

Die entscheidende Frage müsste doch sein: Welche Versorgungsform ist für den jeweiligen Patienten medizinisch sinnvoll und insgesamt wirtschaftlich? Und nicht: In welcher Versorgungsform lässt sich die höhere Vergütung erzielen? Genau hier sollte eine Reform ansetzen.

Noch ein Punkt, der aus berufspolitischer Sicht interessant ist: Sollte die neue Regelung so beschlossen werden, könnten Krankenhäuser bei bestimmten Kurzzeiteingriffen gegenüber niedergelassenen Operateuren erneut bevorzugt werden. Das wäre ein bemerkenswerter Widerspruch zur jahrelang propagierten Stärkung des ambulanten Operierens.

Als weiterführende Quellen empfehle ich die Stellungnahme der KBV vom 8. Oktober 2026 und die Gegenposition der DKG vom 9. Oktober 2026.

Dr. med. Helga Eitzenberger-Wollring

Der Beitrag basiert auf meinen persönlichen Erfahrungen, Beobachtungen und Einschätzungen. Bei der sprachlichen Ausarbeitung wurde KI unterstützend eingesetzt.