



# HYBRID-DRG 2026

## REIMBURSEMENT-STRATEGIEN UND DIE ROLLE DER MEDTECH-INDUSTRIE

**Franz + Wenke GmbH**

**Prof. Dr. med. Dominik Franz**  
d.franz@dasgesundheitswesen.de  
Mendelstraße 11  
Tel.: 0251-149 824 10



**Andreas Wenke**  
a.wenke@dasgesundheitswesen.de  
48149 Münster  
www.dasgesundheitswesen.de



**FRANZ + WENKE**  
Beratung im Gesundheitswesen



Die Unternehmen der  
Medizintechnik  
www.innovat.de

Webinar  
14. April 2026

### Hybrid-DRGs 2026

Reimbursement-Strategien für Krankenhäuser und Vertragsärzt:innen unter Berücksichtigung der Hybrid-DRGs sowie der Beiträge der MedTech-Unternehmen

BY **Med**AKADEMIE

12:45 Uhr Teilnehmerregistrierung

13:00 Uhr Olaf Winkler  
**Begrüßung**

13:05 Uhr Prof. Dr. Dominik Franz & Andreas Wenke  
**Endlich! Die Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung**

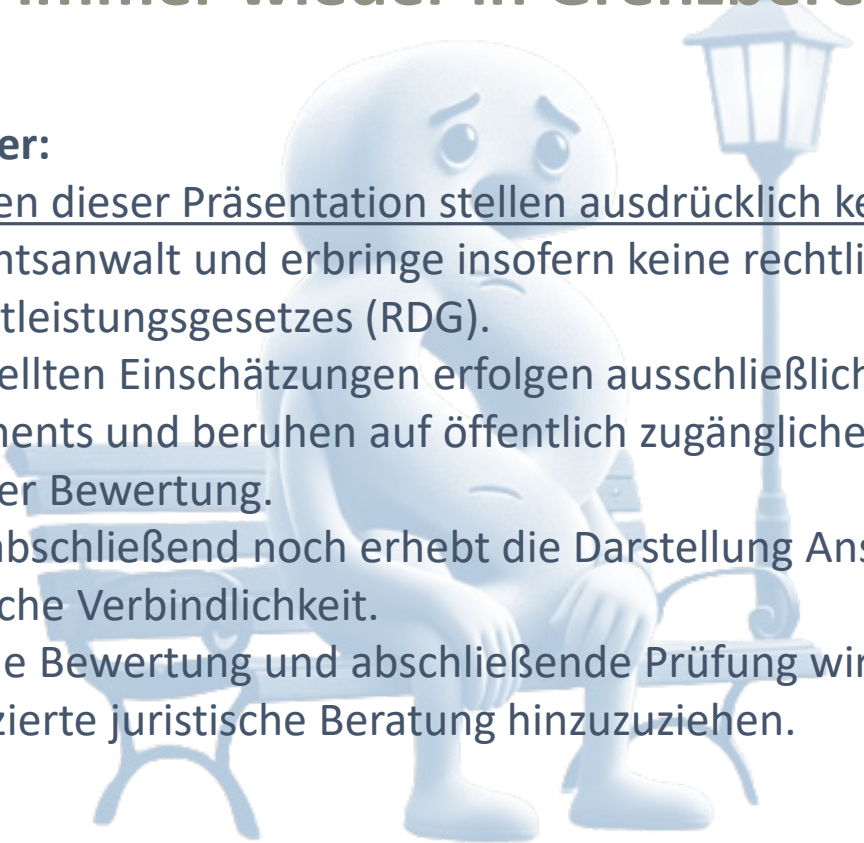
- > Wie hoch sind denn nun die Hybrid-Erlöse?
- > Die Perspektive der Kliniken
- > Die Perspektive der Vertragsärzteschaft
- > MedTech-Unternehmen zwischen Aufbruch und Stillstand
- > Welche Lösungsansätze gibt es?

14:45 Uhr **Fragen der Teilnehmer:innen**

15:00 Uhr *Ende*

# Weil wir uns immer wieder in Grenzbereichen bewegen

## Hinweis / Disclaimer:

- Die Ausführungen dieser Präsentation stellen ausdrücklich keine Rechtsberatung dar.
  - Ich bin kein Rechtsanwalt und erbringe insofern keine rechtliche Beratung im Sinne des Rechtsdienstleistungsgesetzes (RDG).
  - Die hier dargestellten Einschätzungen erfolgen ausschließlich aus Sicht des medizinischen Managements und beruhen auf öffentlich zugänglichen Informationen sowie eigener fachlicher Bewertung.
  - Sie sind weder abschließend noch erhebt die Darstellung Anspruch auf Vollständigkeit oder rechtliche Verbindlichkeit.
  - Für die rechtliche Bewertung und abschließende Prüfung wird ausdrücklich empfohlen, eine qualifizierte juristische Beratung hinzuzuziehen.
- 



# HYBRID-DRGs 2026

## ALLGEMEINES

# Sportliche Ziele des KHVVG bei der „Hybridisierung“



Quelle Fallzahl 2024: <https://datenbrowser.mek.org> (Zugriff 27.05.2025)

## Das Ziel des KHVVG:

2026 jährlich mindestens eine Million Fälle

2028 jährlich mindestens 1,5 Millionen Fälle

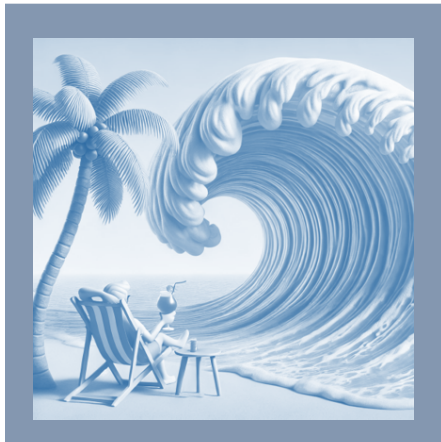
2030 jährlich mindestens zwei Millionen Fälle

...auch wenn es im KHAG nur noch „soll“ heißt...



Am Ende wird es aber auf immer  
mehr ambulante  
Leistungserbringung hinauslaufen...

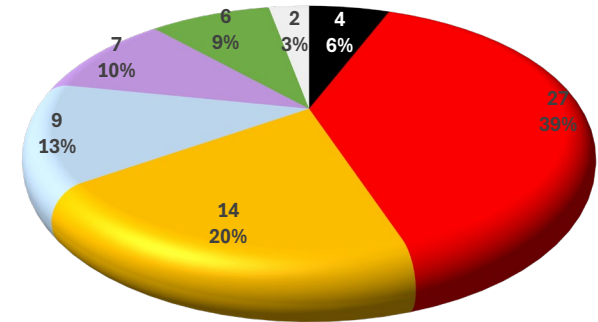




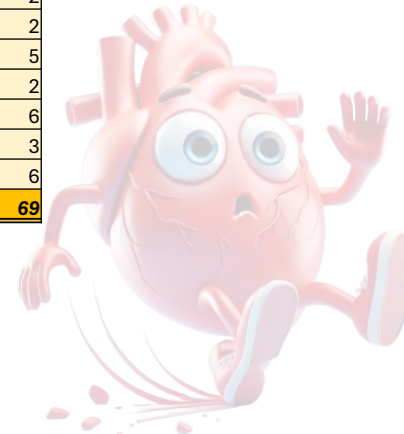
**AKTUELLER STAND 2026**

# DRGs pro Leistungsbereich – neuer Spitzenreiter

Lymphknotenbiopsien	E02M	Q03M	R11M	R14M							4
Diagnost./Koronarinterventionen	F49M	F49N	F49O	F49P	F49Q	F49R					6
	F19M	F24M	F52M	F56M	F56N	F58M	F58N				7
	F95M	F95N									2
Bestimmte Herzschrittmacher und Defibrillatoren	F01M	F01N	F01O	F02M	F02N						5
Ablationen bei Herzrhythmusstörungen	F50M	F50N	F50O								3
Bestimmte Gefäßinterventionen	F59M	F59N	F59O	F59P							4
Exzision Sinus pilonidalis	J09M										1
Bestimmte Hernieeingriffe	G08M	G09M	G09N	G24M	G24N	G24O	G24P	G24Q	G24R		9
Laparoskop. Eingr. an Gallenblase/Blinddarm	H08M	G23M									2
Eingriffe an Analfisteln	G26M	G26N									2
Eingriffe Galle, Leber, Pankreas	H41M	H41N									2
Entfernung Harnleitersteine	L06M	L17M	L17N	L20M	L20N						5
Eingriffe Hoden/Nebenhoden	M04M	M05M									2
Ovariectomien	N05M	N07M	N21M	N21N	N23M	N25M					6
Arthrodesen Zehengelenk	I20M	I20N	I20O								3
Bestimmte Osteosynthesen bei Frakturen	I13M	I13N	I21M	I29M	I31M	I31N					6
											<b>69</b>



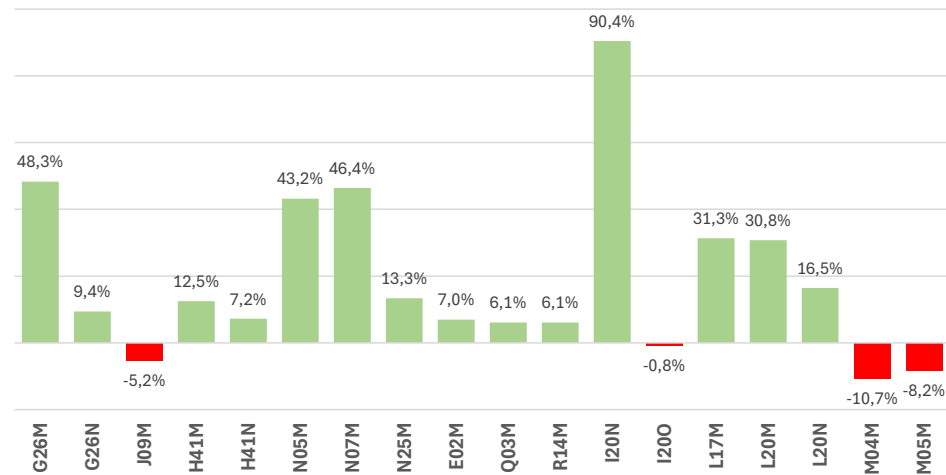
■ Onkologie   
 ■ Kardio/Angio   
 ■ All. Chirurgie   
 ■ Unfall/Ortho  
■ Urologie   
 ■ Gynäkologie   
 ■ Gastro



# Zum Teil erhebliche Aufwertungen Bestands-Hybrid-DRGs

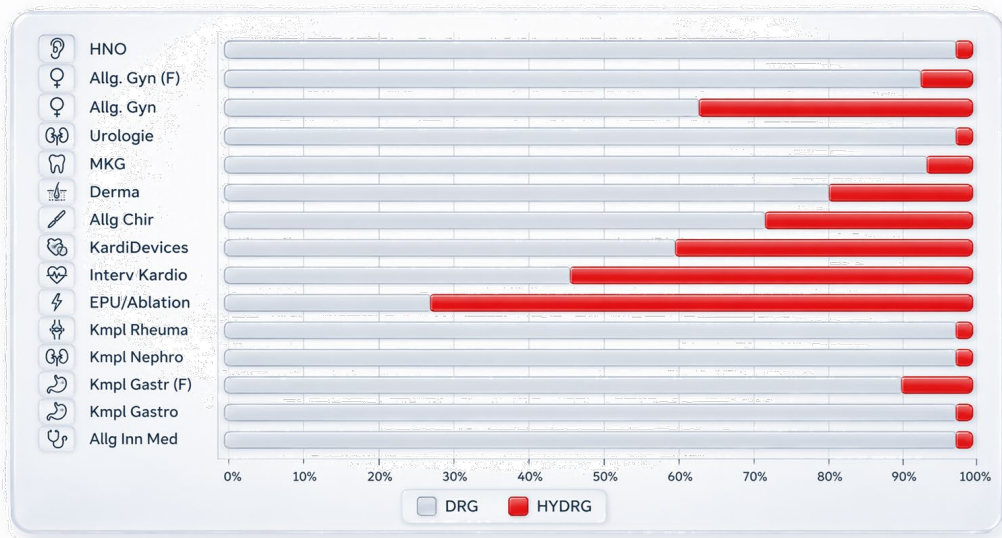
ChirAll	DRG 2025	HYDR 2025	€ HYDR 2025	HYDR 2026	€ HYDR 2026	Δ 2026-2025	Δ 2026-2025 %
ChirAll	G26A	G26N	962 €	G26M	1.427 €	465 €	48,3%
ChirAll	G26B	G26M	929 €	G26N	1.016 €	87 €	9,4%
ChirAll	J09B	J09N	1.200 €	J09M	1.137 €	-63 €	-5,2%
Gastro	H41D	H41N	1.641 €	H41M	1.846 €	205 €	12,5%
Gastro	H41F	H41M	1.380 €	H41N	1.480 €	100 €	7,2%
Gyn	N05B	N05N	1.713 €	N05M	2.453 €	740 €	43,2%
Gyn	N07A	N07N	1.722 €	N07M	2.521 €	799 €	46,4%
Gyn	N25Z	N25N	1.569 €	N25M	1.778 €	209 €	13,3%
Onko	E02E	E02N	1.880 €	E02M	2.011 €	131 €	7,0%
Onko	Q03B	Q03N	1.693 €	Q03M	1.796 €	103 €	6,1%
Onko	R14Z	R14N	1.484 €	M	1.575 €	91 €	6,1%
Unf/Ortho	I20E	I20N	1.095 €	I20N	2.085 €	990 €	90,4%
Unf/Ortho	I20F	I20M	1.015 €	I20O	1.007 €	-8 €	-0,8%
Uro	L17B	L17N	1.356 €	L17M	1.780 €	424 €	31,3%
Uro	L20B	L20N	2.000 €	L20M	2.615 €	615 €	30,8%
Uro	L20C	L20M	1.526 €	L20N	1.777 €	251 €	16,5%
Uro	M04C	M04N	1.588 €	M04M	1.419 €	-169 €	-10,7%
Uro	M05Z	M05N	1.171 €	M05M	1.075 €	-96 €	-8,2%

Erlösveränderung 2025/26 für vergleichbare Hybrid-DRGs

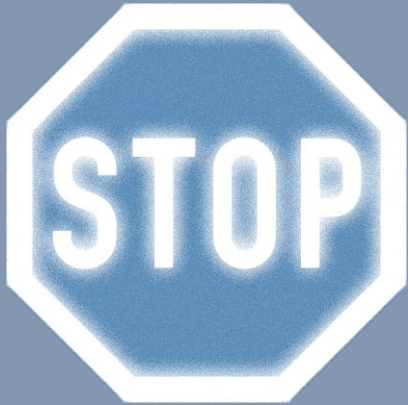


- Hier werden nur die Hybrid-DRGs berücksichtigt, die eine 1:1-Überleitung aufweisen.
- Inhaltliche Verschiebungen können mit ursächlich für die zum Teil erheblichen Aufwertungen sein.
- Hier muss immer anhand der eigenen Falldaten analysiert werden, wie groß die Effekte sind.

# Die Auswirkungen werden spürbarer



- Dieses auf Leistungsgruppen ausgerichtete, beispielhafte Verteilungsmuster bezieht sich auf die universitäre Medizin.
- Auch dort wird man sich aktuell, zumindest in bestimmten Bereichen, nicht mehr der Thematik verschließen können.
- Damit wird es erforderlich, auch dort (wo es nicht bereits geschehen ist) Gedanken über ambulante Strukturen zu machen.
- Die Zukunft macht keinen Bogen um die Maximalversorgung!



**NEUE AUSSCHLUSSKRITERIEN**

# Neue Ausschlusskriterien für Hybrid-DRGs



**Ausblick:**  
Rückgängigmachung  
ab 2027 wahrscheinlich

**KHAG**  
(Krankenhausreform)  
2025



Aufgrund der Regelungen des gerade verabschiedeten KHAG wird die Ausnahmevorschrift voraussichtlich ab 2027 wieder aufgehoben.



# ZUSATZENTGELTE UND HYBRID-DRGs

# Wir erinnern uns ans letzte Jahr – Schreck in der H41

HDG	ICD	OK	DRG	CCL	Bezeichnung
<input checked="" type="checkbox"/>	K80.51	<input checked="" type="checkbox"/>			Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion
<input type="checkbox"/>					

OPS	OK	DRG	OR	Bezeichnung
5-513.n0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen oder Wechsel von selbstexpandierenden gecoverten Stent-Prothesen: 1 Stent-Prothese
1-640	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege

**2025**

Hauptgruppe MDC	<input type="text" value="07"/>	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas			
Gruppe DRG	<input type="text" value="H41F"/>	Andere ERCP ohne bestimmte oder andere aufwendige ERCP, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte BNB oder bestimmte Pankreatitis			
Grupperstatus	<input type="text" value="00"/>	normale Gruppierung		Partition	<input type="text" value="andere"/>
WVD des Falls	<input type="text" value="2"/>	durch. WVD d. DRG	<input type="text" value="4,7"/>	Schweregrad (PCCL)	<input type="text" value="0"/>
Kostengewicht	<input type="text" value="0,665"/>	OGVD 1. Tag	<input type="text" value="11"/>	Entgelthöhe	<input type="text" value="4.014,34"/>
				Entgelthöhe	<input type="text" value="0,00"/>

Entgelte	Bezeichnung
7010H41F	DRG-Entgelt - Hauptabteilung: Andere ERCP ohne bestimmte oder andere aufwendige ERCP, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte BNB oder bestimm...
7410H41F	DRG-Entgelt für Pflege am Bett - Hauptabteilung: Andere ERCP ohne bestimmte oder andere aufwendige ERCP, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte...
76000D62	Zusatzentgelt - ZE2025-54 Selbstexpandierende Prothesen am Gastrointestinaltrakt, OPS 5-513.n0
47100001	Zu- und Abschlag nach GMG und sonstiger Zu- und Abschlag - Zuschlag für gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 Abs. 3, 139a, 137a SGB V i. V....
48000001	DRG Systemzuschlag - DRG-Systemzuschlag, vollstationär

**WVD = 2 Tage**  
**Stationäre DRG H41F**  
**ZE2025-54**

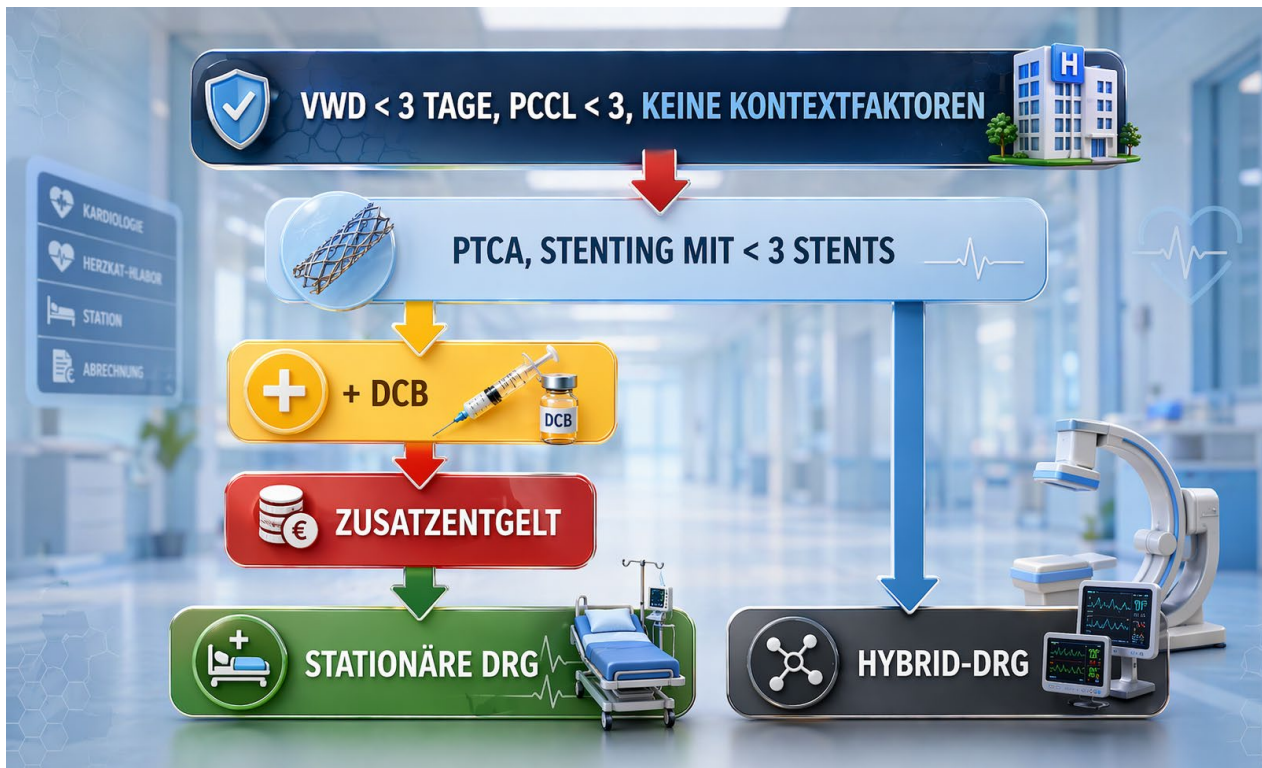
Hauptgruppe MDC	<input type="text" value="07"/>	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas			
Gruppe DRG	<input type="text" value="H41M"/>	Hybrid-DRG der DRG H41F Andere ERCP ohne bestimmte oder andere aufwendige ERCP, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte BNB oder bestimm...			
Grupperstatus	<input type="text" value="00"/>	normale Gruppierung		Partition	<input type="text" value="andere"/>
WVD des Falls	<input type="text" value="1"/>	durch. WVD d. DRG	<input type="text" value="0"/>	Schweregrad (PCCL)	<input type="text" value="0"/>
Kostengewicht	<input type="text" value="0,000"/>	OGVD 1. Tag	<input type="text" value="0"/>	Entgelthöhe	<input type="text" value="1.380,29"/>
				Entgelthöhe	<input type="text" value="0,00"/>

**WVD = 1 Tag**  
**Hybrid-DRG H41M**  
**Kein ZE abrechenbar!**

## 2026 keine ZEs/NUBs in den Hybrid-DRGs

- Für 2026 sind alle Fälle mit Zusatzentgelt und/oder NUB-Entgelt aus den Hybrid-DRGs ausgeschlossen.
- Auch wenn es zunächst so aussah, als wenn bewertete ZEs neben Hybrid-DRGs abrechenbar würden, hat sich dies am Ende nicht bestätigt.
- Das führt in einigen Bereichen zu bemerkenswerten Folgen (z. B. DCB in Kardiologie und Gefäßmedizin).
- Da einige NUB-Entgelte keinen OPS besitzen bzw. nicht spezifisch und einheitlich kodiert werden, wird es bei Ausweitung der Hybrid-DRGs irgendwann vermutlich auch Bereiche treffen, bei denen es nicht so funktionieren wird.
- Aktuell führt der Algorithmus aber wohl nicht zu fehlerhaften Ergebnissen.
- Alternativ könnte auch die Entgelte-Datei gruppierungsrelevant werden, was aber zu unterschiedlichen Gruppierungsergebnissen in verschiedenen Kliniken führen könnte, was für das DRG-System keinesfalls tragbar wäre.

# Ausschluss Fälle mit DCB aus den Hybrid-DRGs



- Bei Verwendung eines oder mehrerer DCB ist der Fall für die Hybrid-DRGs nicht mehr geeignet, da das ZE136 (koronar) bzw. ZE137 (peripher) ausgelöst wird.
- Dies könnte ein Anreiz für die Kasse sein, die zwingende Indikation des DCB prüfen zu lassen.
- Kommt der MD zum negativen Ergebnis, gelangt der Fall sekundär dann doch in eine Hybrid-DRG.
- Zusätzlich ist die Klinik dann noch mit den nicht finanzierten Kosten für den/ die DCB(s) belastet.
- Es wird spannend, wie sich die Kassen bei einem deutlichen Anstieg der Zahlen in einer Klinik positionieren werden.

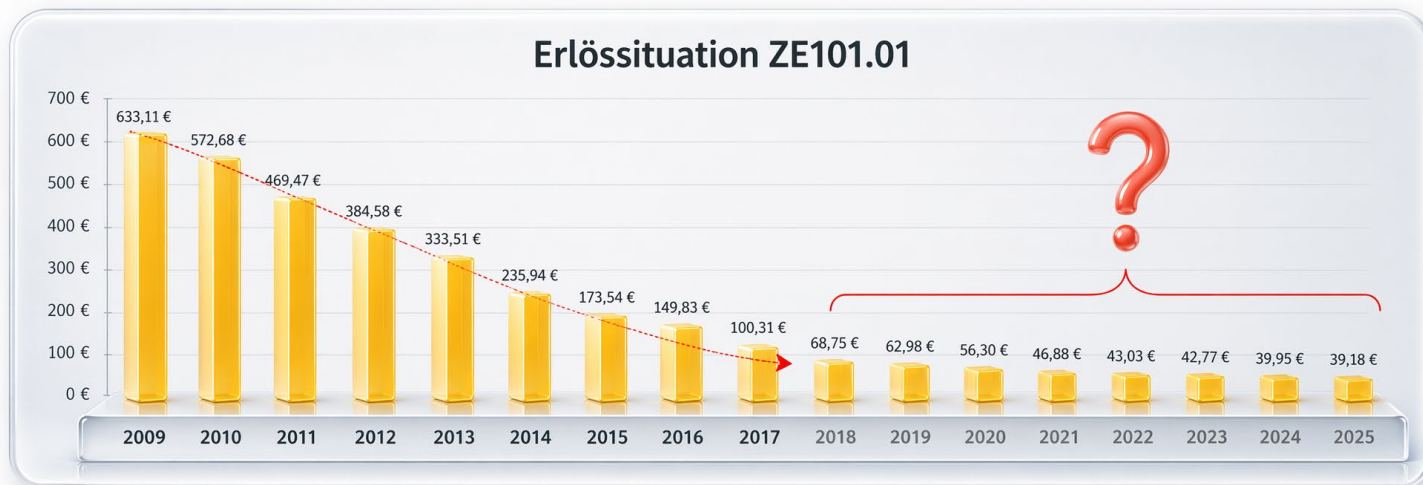
# NUB-„Klassiker“ – GORE® Viabahn VBX®



# Wichtig für Kardio-Hybrid-DRGs: Zusatzentgelt ZE101

Jahr	ZE101.01
2009	633,11 €
2010	572,68 €
2011	469,47 €
2012	384,58 €
2013	333,51 €
2014	235,94 €
2015	173,54 €
2016	149,83 €
2017	100,31 €
2018	68,75 €
2019	62,98 €
2020	56,30 €
2021	46,88 €
2022	43,03 €
2023	42,77 €
2024	39,95 €
2025	39,18 €
2026	<del>39,18 €</del>

- „Historisches“ Zusatzentgelt für DES aus dem ersten Fallpauschalen-Katalog
- Sowohl erheblicher Preisrückgang als auch mittlerweile Standardleistung beim Stenting
- Insofern keine Notwendigkeit mehr für dieses ZE
- Weiterbestehen hätte Hybrid-DRGs für PCI nahezu unmöglich gemacht.





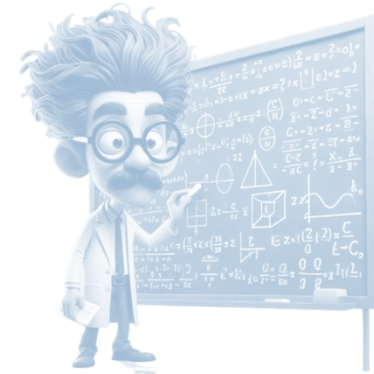
# SACHKOSTENPROBLEMATIK HYBRID-DRGs

# Prinzip der Kalkulation extrem vereinfacht

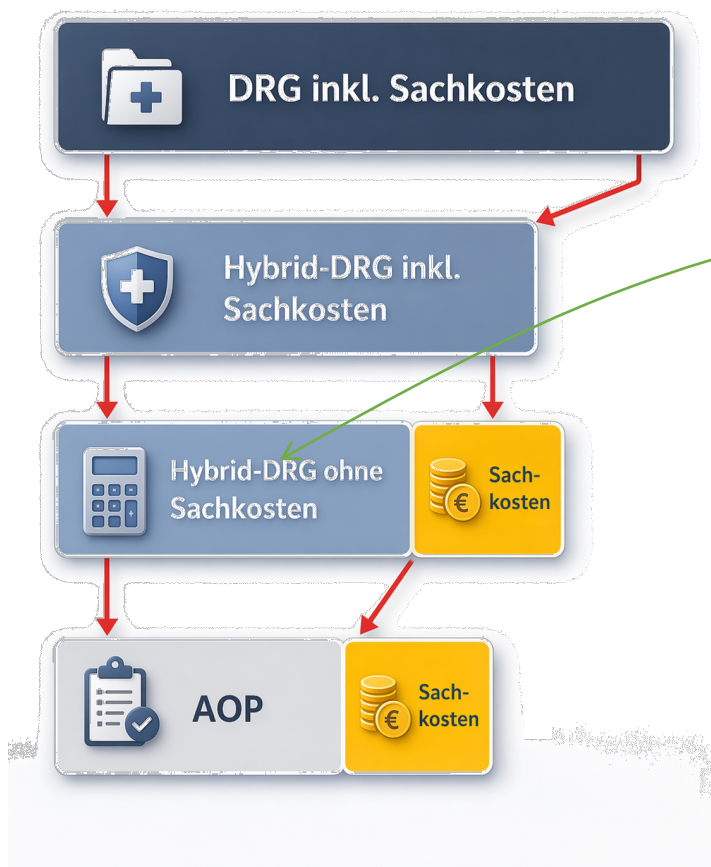


## Sehr vereinfacht:

- Hybrid-DRG-Erlöse sind immer Sachkosten + x
- Die Sachkosten stammen fast immer aus der Stationären



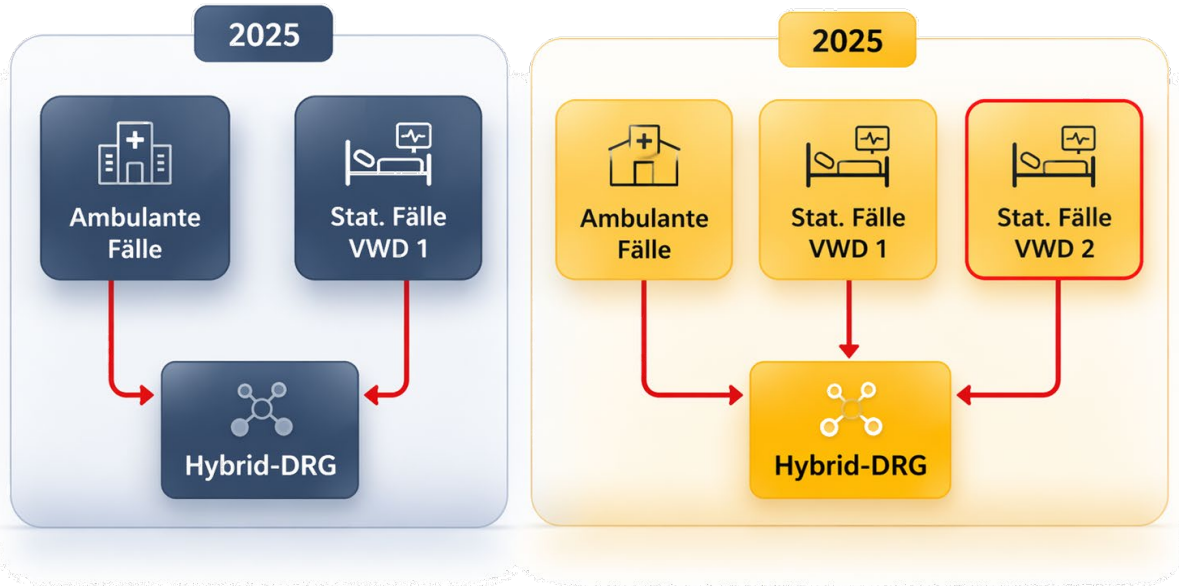
# Damit wäre auch diese Lösung denkbar





**VERWEILDAUERAUSWEITUNG**

# Ausweitung der VWD-Grenzen – zweischneidiges Schwert

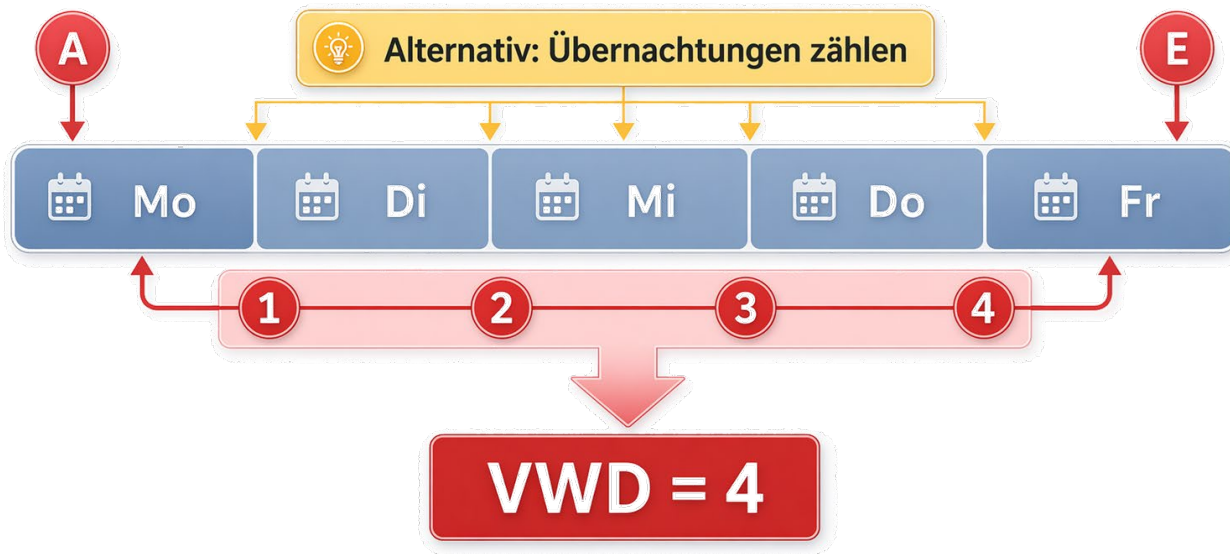


- Für die Hybrid-DRGs 2025 wurden Kosten von ambulanten Fällen (wo vorhanden) und Kosten von stationären Fällen mit VWD = 1 herangezogen.
- Für die Hybrid-DRGs 2026 kommen die deutlich höheren Kosten der Fälle mit VWD = 2 hinzu, sodass der Hybrid-DRG-Erlös erheblich ansteigt.
- Zusätzlich finden sich auch viele Konstellationen (z. B. Ablationen), die praktisch kaum bis nicht in der ambulanten Leistungserbringung zu finden sind.
- Damit ist klar, dass in den neuen Hybrid-DRGs sehr häufig die Hybrid-Erlöse über denen der Tagesfall-DRG des Vorjahres liegen müssen.

# Damit es hier keine Missverständnisse gibt

## § 1 Abs.7 FPV 2026 Abrechnung von Fallpauschalen

<sup>1</sup>Maßgeblich für die Ermittlung der Verweildauer ist die Zahl der Belegungstage. <sup>2</sup>Belegungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts ohne den Verlegungs- oder Entlassungstag aus dem Krankenhaus; wird ein Patient oder eine Patientin am gleichen Tag aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahmetag.



# Ein neues VWD-Kriterium des InEK hat es in sich

**DRG G26N**

## Hybrid-DRG der DRG G26B

Pr Andere Eingriffe an Anus, Gesäß, Leisten- und Genitalregion (G26-V3)		Pr Hybrid MDC 06 – 6 (G26-V6)	VWD < 3 T	Alter > 17 J	PCCL < 3	Tagesdifferenz [von ADT zu SDT] ≤ 2	Schlussfaktoren [26]	Ohne Pr Hybrid MDC 06 – 26 (G26-V7)
HD Hämorrhoiden und Analfissuren (G26-V1)	Pr Anoproktoplastik und Rekonstruktion Anus und Sphinkter (G26-V4)							

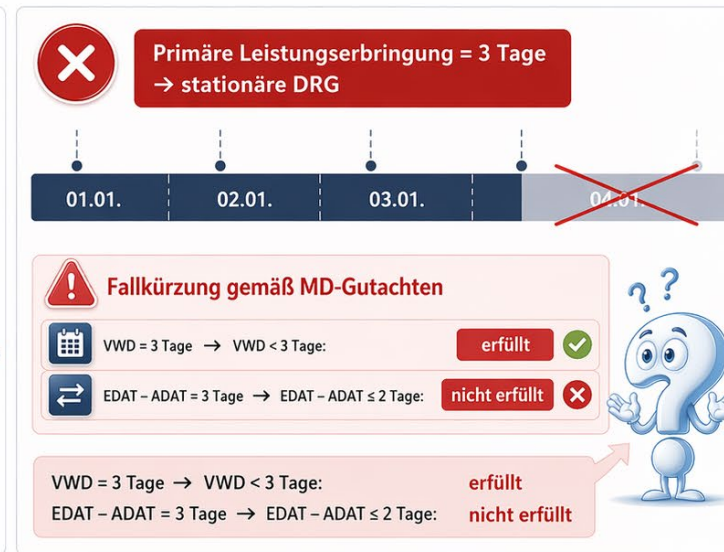
Tagesdifferenz  
[von ADT zu SDT]  
≤ 2



## Verweildauerkriterien:

- VWD < 3 Tage
- Tagesdifferenz [von ADT zu SDT] ≤ 2 Tage

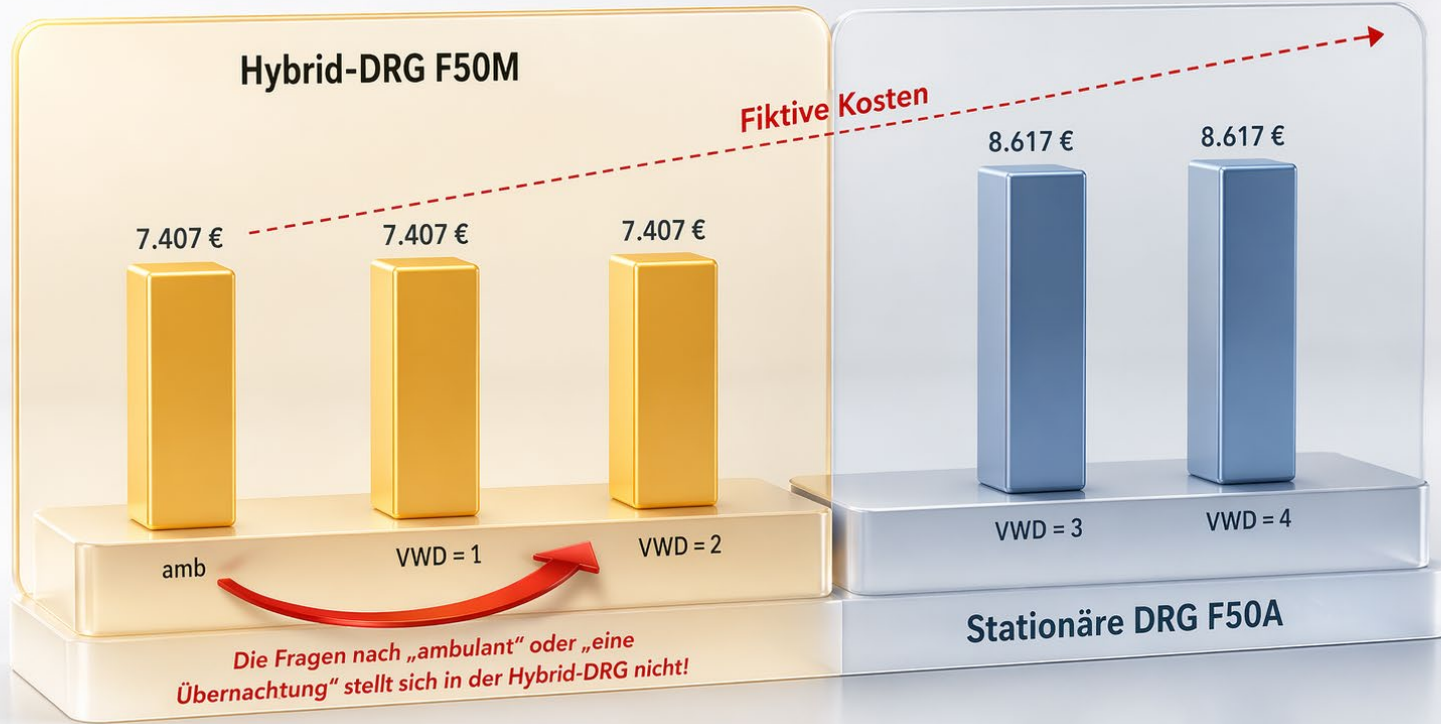
# Kuriose Situation kombinierte VWD-Regelung 2026



Entscheidend sind: VWD < 3 Tage • Tagesdifferenz [von ADAT zu EDAT] ≤ 2 Tage

**Eine sekundäre Fehlbelegungsprüfung führt nicht von der stationären in eine Hybrid-DRG!**

# Verschiebung der Sichtweisen



# Unterschiedliche Umsetzungsgedanken sind möglich

## Verweildauersteigerung aller potenziellen Hybrid-Fälle auf drei Übernachtungen

- Das führt prinzipiell unausweichlich dazu, dass Hybrid-DRGs vermieden werden.
- Auch eine sekundäre Fehlbelegungsprüfung der Krankenkassen können hier im Extremfall einer Kürzung auf Tagesfälle nur abschlägige DRGs generieren.
- Das hat aber vielfältige negative Auswirkungen:
  - Kosten steigen deutlich an
  - Pflege muss im Rahmen der Pflegepersonaluntergrenzen ausreichend vorgehalten werden.
  - Betten sind belegt, Wartezeiten steigen ggf. an, Fallzahl sinkt.

*Die Frage „Übernachtung“ stellt sich in der Hybrid-DRG nicht!*

**→ Diese Variante stellt sicher keine zukunftsfähige strategische Lösung dar.**

# Unterschiedliche Umsetzungsgedanken sind möglich

## Radikale Verweildauerverkürzung aller möglichen Hybrid-Konstellationen

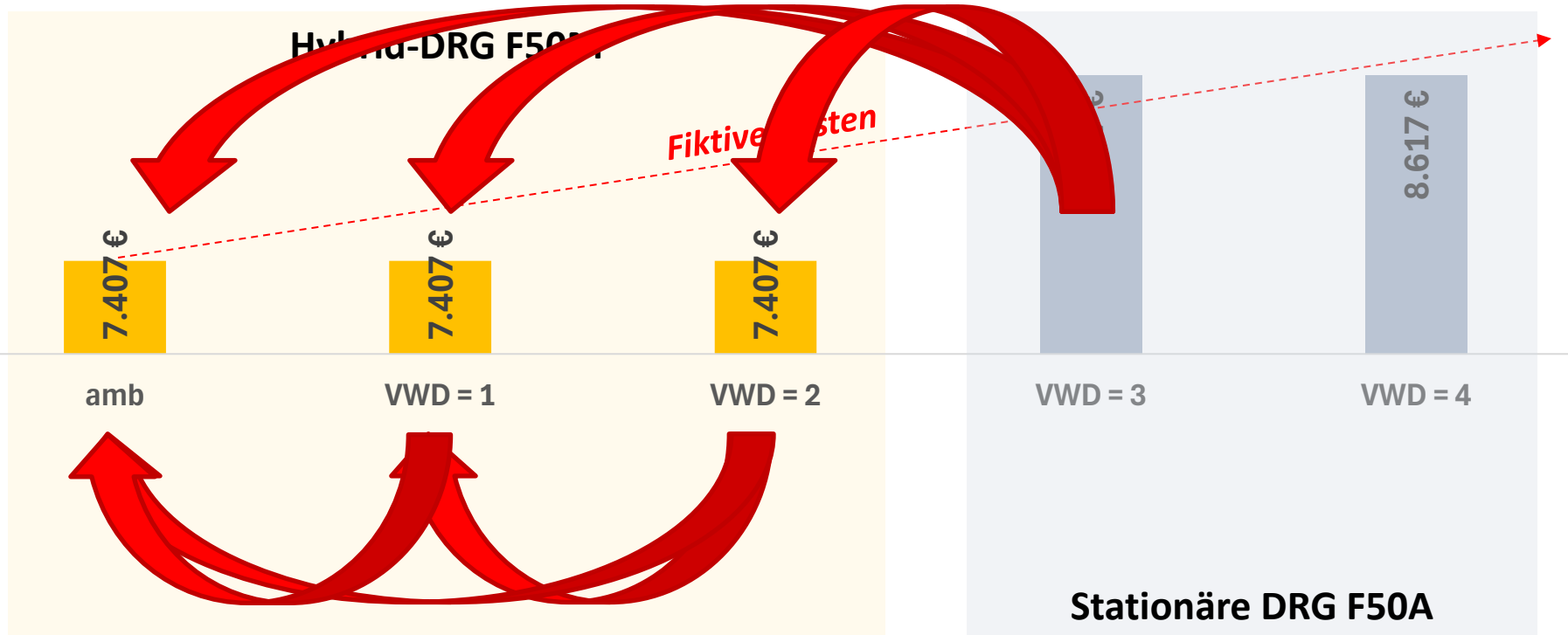
- Damit fallen deutlich mehr Fälle in die Hybrid-DRGs als in der Übergangsgroupierung der Daten 2025 zu erwarten.
- Die Erlöse reduzieren sich nicht weiter, allerdings sinken die von der VWD abhängigen Kosten.
- Prozesse und Strukturen müssen angepasst werden, was in kleineren Kliniken meist leichter gelingt als z. B. in universitären Häusern.
- Gerade bei Wartelisten und Bettenknappheit kann dieses Vorgehen Sinn machen.

→ **Diese Variante kann eine zukunftsfähige strategische Lösung darstellen.**

*Übernachtung" stellt sich in der Hybrid-DRG nicht!*

Stationäre DRG F50A

# Verkürzung der Verweildauern – Fluch oder Segen?



# Risiko Kostenspirale



- Prinzipiell steigen wir auch hier wieder in die Kostenspirale ein, in der wir uns mit dem DRG-System von Beginn an befinden.
- Kostenreduktion als Antwort auf geringere Erlöse führt in der InEK-Kalkulation zur Absenkung der Erlöse u.s.w.

# Aber das wissen wir ja bereits seit dem Vorjahr...

## **Ergänzung § 115f Abs. 1 SGB V:**

In den Vorschlägen [für die Kalkulation der Vergütung] ist eine schrittweise Anpassung der Vergütungen vorzusehen, mit dem Ziel, dass bis zum Jahr 2030 die Höhe der Vergütungen der nach § 115b vereinbarten Leistungen erreicht wird.

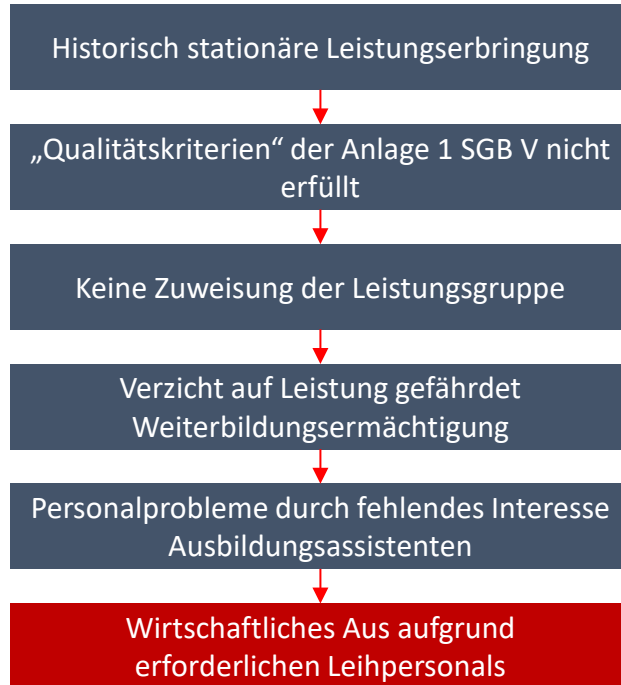
**Insofern dürfte auch ohne Kostenspirale das ökonomische Ziel der Politik weitgehend klar sein...**





# LG UND HYBRID-DRGs AUSWEG AUS DER QUALITÄTSFALLE?

# Und wenn ich stationär nicht darf, dann mache ich es ambulant...



## Fazit:

Nicht alle Leistungserbringer verschwinden aufgrund fehlender Leistungsgruppe vom Markt...  
Und leider auch – ambulant ist Qualität nicht so wichtig...

Ambulante Leistungen als Hybrid-DRG

Abrechnung auch ohne LG möglich



**Vorsicht!!**

**STOP**

**Das funktioniert nicht immer.**

# § 115 SGB V + AOP-Vertrag verhindern diese Lösung

## § 115b Abs. 2 Satz 1 SGB V:

Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen, stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen zugelassen.

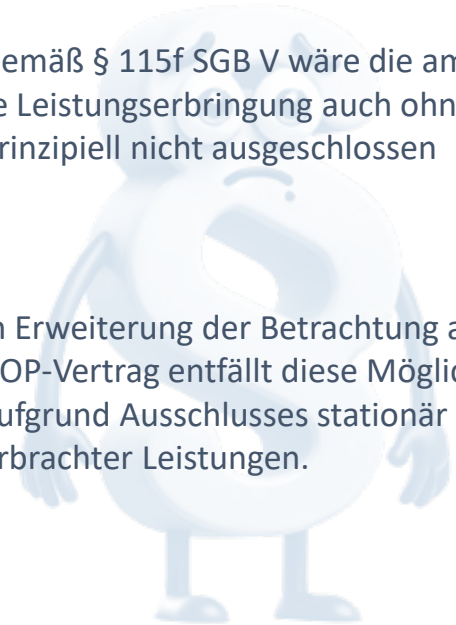
Gemäß § 115f SGB V wäre die ambulante Leistungserbringung auch ohne LG prinzipiell nicht ausgeschlossen

## Vertrag nach § 115b Absatz 1 SGB V

### § 1 Zulassung von Krankenhäusern zur Erbringung von Leistungen gemäß § 115b SGB V

(1) Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog nach § 3 aufgeführten Leistungen gemäß § 115b SGB V in den Leistungs-bereichen zugelassen, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlung erbringen.

In Erweiterung der Betrachtung auf den AOP-Vertrag entfällt diese Möglichkeit aufgrund Ausschlusses stationär nicht erbrachter Leistungen.



## Ohne Leistungsgruppe – was ist noch möglich?

### WEITERHIN MÖGLICH



#### Leistungen mit bestehender LG

- Zuordnung zu anderer LG (z.B. Allgemeine Chirurgie / Innere)
- stationär + ambulant möglich



#### Ambulant über KV / MVZ

- eigener Kassensitz / MVZ
- Kooperation mit Praxis

### NICHT (SICHER) MÖGLICH



#### Stationär ohne LG

- keine planerische Grundlage



#### AOP als Krankenhaus

- nur in Leistungsbereichen mit stationärer Versorgung
- ohne LG grundsätzlich **nicht zulässig**



#### Hybrid-DRG als „Ausweg“

- \$115f = Vergütung
- keine Leistungsberechtigung

### KERNAUSSAGE

**Ohne Leistungsgruppe entfällt im Regelfall auch die ambulante Krankenhausleistung in diesem Bereich.**

• AOP setzt stationäre Leistungsberechtigung voraus • Hybrid-DRG schafft keine neue Zulassung



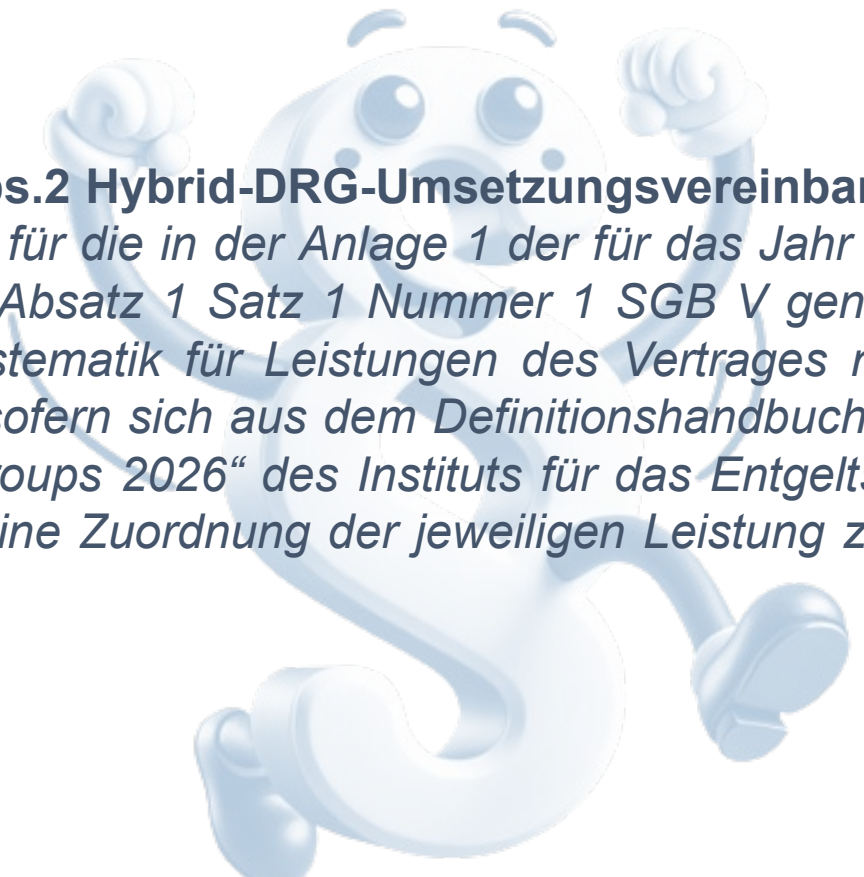


**HYBRID-DRG ODER AOP???**



**WER DIE WAHL HAT, HAT DIE QUAL...**  
**ABER – HABEN WIR EINE WAHL?**

# KEINE WAHLFREIHEIT – AOP ODER HYBRID-DRG!!!



**Für KH gilt § 1 Abs.2 Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung vom 17.12.2025**  
*„Eine Abrechnung für die in der Anlage 1 der für das Jahr 2026 gültigen Vereinbarung nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V genannten Leistungen über die Vergütungssystematik für Leistungen des Vertrages nach § 115b SGB V ist ausgeschlossen, sofern sich aus dem Definitionshandbuch „aG-DRG German Diagnosis Related Groups 2026“ des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus vom 10.12.2025 eine Zuordnung der jeweiligen Leistung zu der jeweiligen Hybrid-DRG ergibt.“*

## Keine MBeg zur Abgrenzung AOP vs. Hybrid-DRG

- Existiert für Hybrid-DRGs eine Begründungspflicht? (Einige Kassen fordern eine med. Begründung (MBeg) an, da es sich um einen Eingriff nach § 115b handelt und der Patient stationär aufgenommen und mit einer Hybrid-DRG abgerechnet wurde).
- *Die Vergütungspflicht ergibt sich aus § 109 Abs. 4 SGB V i. V. m. dem jeweiligen Landesvertrag.*
- *Ist die Rechnung vollständig, formal prüffähig, korrekt gruppiert, tritt Fälligkeit nach Ablauf der vertraglichen Zahlungsfrist ein (5 Werkzeuge).*
- ***Bei Hybrid-DRG gilt: stationäre Behandlungsbedürftigkeit ist kein Tatbestandsmerkmal.***
- ***Eine MBEG zur stationären Erforderlichkeit ist daher nicht fälligkeitsrelevant.***
- *Bestreitet die Kasse die Fälligkeit allein mit dem Argument „ambulantes Potenzial nicht begründet“, ist das bei Hybrid-DRG kein tragfähiger Fälligkeitsmangel.*
- *Zahlt die Kasse trotz fälliger Rechnung nicht, tritt Verzug ein (§ 286 BGB analog)*
- *Krankenhaus kann Leistungsklage beim Sozialgericht erheben.*
- *Es ist keine vorgelagerte „Widerspruchsstufe“ erforderlich, da es sich um eine Leistungsklage aus dem Vergütungsanspruch handelt.*

# Es wird nicht unbedingt einfacher...

**5-378.5d** Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion

- Ambulant:** Im AOP-Katalog, keine Wahlfreiheit → Hybrid-DRG F02N
- Ab VWD = 3:** Stationäre DRG F02B  
 → Sekundäre Fehlbelegungsprüfung → Stationäre DRG ggf. Abschlag (VWD = 1)  
**KEINE HYBRID-DRG!**  
 → Primäre Fehlbelegungsprüfung → Hybrid-DRG F02N  
 Hier resultiert theoretisch eine AOP-Leistung. Ohne Wahlfreiheit mündet diese Konstellation dann aber auch in die Hybrid-DRG.
- VWD = 1 od. 2:** Hybrid-DRG F02N  
 → Kostenträgerprüfungen primär meist nicht sinnvoll.
- Cave:** Bei strittigem OPS-Kode könnte eine Verschiebung in den AOP-Bereich erfolgen. Was passiert, wenn keine AOP möglich ist, bleibt noch offen. § 8 Abs. 3 KHEntgG<sup>1</sup> bezieht sich streng genommen auf stationäre Fälle. Wenn Hybrid-DRGs aber kein eigener Sektor, sondern nur eine Abrechnungsart sind, dann wäre bei VWD = 1 bzw. 2 prinzipiell ein stationärer Fall vorhanden. Das ist rechtlich aber noch unklar.

<sup>1</sup>(3) Hat nach dem Ergebnis einer Prüfung nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht vorgelegen, sind die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen nach den für vorstationäre Behandlungen nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffenen Vereinbarungen zu vergüten, soweit keine andere Möglichkeit zur Abrechnung der erbrachten Leistung besteht.



# DIE SICHT DER VERTRAGSÄRZTE

# Gewinner im vertragsärztlichen/AOP-Bereich



# Fall 1: Koronarangiografie ohne weitere Maßnahmen

<b>I25.13</b>	<b>Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung</b>
<b>1-275.2</b>	<b>Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel</b>

ICD: I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris		
<b>OPS: 1-275.2</b>	<b>Transarterielle Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel</b>		
<b>HKT mit Koronarangiographie</b>	404,51 €	34291 Punkte:	3175
<b>Zusatzp Beobachtung n diagn Koro</b>	111,86 €	01520 Punkte:	878
<b>Zusatzpauschale Kardiologie: Duplex-Echokardiographische Untersuchung</b>	94,15 €	13545 Punkte:	739
<b>Grundpauschale Kardiologie</b>	27,39 €	13541 Punkte:	215
<b>Erlös</b>	637,91 €		
<b>Arznei- und Sachkosten 7%</b>	44,65 €		
<b>Sachkosten für eine Koronarangiografie</b>	181,50 €		40300
<b>Gesamterlös</b>	<b>864,06 €</b>	inkl. 7% Arznei- und Sachkosten	
<b>Materialkosten (-6,25€)</b>	keine, da Sachkostenpauschale 40300		

DRG 2026	BWR	Erlös
<b>F49F</b>	0,678	<b>2.979 €</b>

Abschläge bei Unterschreiten uGVD		
Tag 1 Abschl	1	0,248
Abschl/Tag	0,248	1.090 €
Erlös 1 BT	0,430	1.890 €

DRG 2025	F49G
<b>DRG 2026</b>	<b>F49F</b>

Hybrid-DRG 2026	F49Q	F49R

<b>Hybrid-Erlös 2026</b>	1.928 €	1.144 €
--------------------------	---------	---------

F49F

F49P/Q

## Fall 2: Koronarangiografie + 1 DES

<b>I20.8</b>	<b>Sonstige Formen der Angina pectoris</b>
<b>1-275.0</b>	<b>Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen</b>
<b>8-837.m0</b>	<b>Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz u Koronargef: Einlegen eines medikamentefreis Stents in eine Koronararterie</b>

OPS: 8-837.m0	PT Einlegen DES: 1 Stent in eine Koronararterie		
HKT mit Koronarangiographie	404,51 €	34291	Punkte: 3175
Zuschlag Intervention (PTCA, Stent)	484,01 €	34292	Punkte: 3799
Zusatzp Beob/Betr (Vereinb z inv Kardio gem § 135 Abs. 2 SGB V)	166,52 €	01522	Punkte: 1307
<b>Grundpauschale Kardiologe</b>	27,39 €	13541	Punkte: 215
Erlös	1.082,43 €		
Arznei- und Sachkosten 7%	75,77 €		
Sachkosten für eine Koronarangiografie	181,50 €	40300	
Sachkosten für PTCA / Stent an einem Gefäß bei Koronarangiografie	1.058,40 €	40302	
<b>Gesamterlös</b>	<b>2.398,10 €</b>	inkl. 7% Arznei- und Sachkosten	
Materialkosten (-6,25€)	keine, da Sachkostenpauschale 40300		

DRG 2026	BWR	Erlös
<b>F58B</b>	0,898	<b>3.946 €</b>

Abschläge bei Unterschreiten uGVD		
Tag 1 Abschl	1	0,306
Abschl/Tag	0,306	1.345 €
Erlös 1 BT	0,592	2.601 €

DRG 2025	F58B
<b>DRG 2026</b>	<b>F58B</b>

Hybrid-DRG 2026	F58M	F58N
<b>Hybrid-Erlös 2026</b>	<b>2.939 €</b>	<b>2.310 €</b>

F58B

F58M/N

# Erhebliche Erlöszuwächse im ambulanten Bereich

EBM-Abrechnung



AOP-Abrechnung



Stat. 1 BT



Stat. 2 BT



- Im KV-Bereich und in der AOP-Abrechnung steigt für die meisten Konstellationen der Erlös erheblich an.
- Auch wenn davon auszugehen ist, dass diese Situation bis 2023 deutlichen Veränderungen unterworfen sein werden, ist die Finanzierung in diesen Bereichen aktuell komfortabel.
- Das gilt auch für die übrigen Leistungsbereiche (Fußchirurgie eingeschränkt).

Ganz so schön ist die Welt auch im niedergelassenen Bereich aktuell nicht unbedingt, die Finanzierung in den Hybrid-DRG-Bereichen ist aber unbestritten komfortabel...





# MÖGLICHKEITEN FÜR DIE MEDTECH-INDUSTRIE

# Der Markt schrumpft nicht – er zieht um

Stationäre Abrechnung



Ambulante Abrechnung



DRG

Hybrid-DRG  
AOP



EBM

# Der Markt schrumpft nicht – er zieht um

**Hybrid-DRGs verändern nicht nur die Vergütung – sie verschieben den Markt aus dem Krankenhaus heraus.**

Leistungen ohne Übernachtung wandern in:

- MVZ
- ambulante OP-Zentren

Krankenhäuser verlieren:

- einfache, margenstabile Fälle

übrig bleiben:

- komplexe, teure Fälle

## Konsequenz für MedTech

Je nach Produkt

- neue Kunden
- kleinere Einheiten
- andere Entscheidungslogik
- wichtig: andere Sachkostenvergütungslogik!



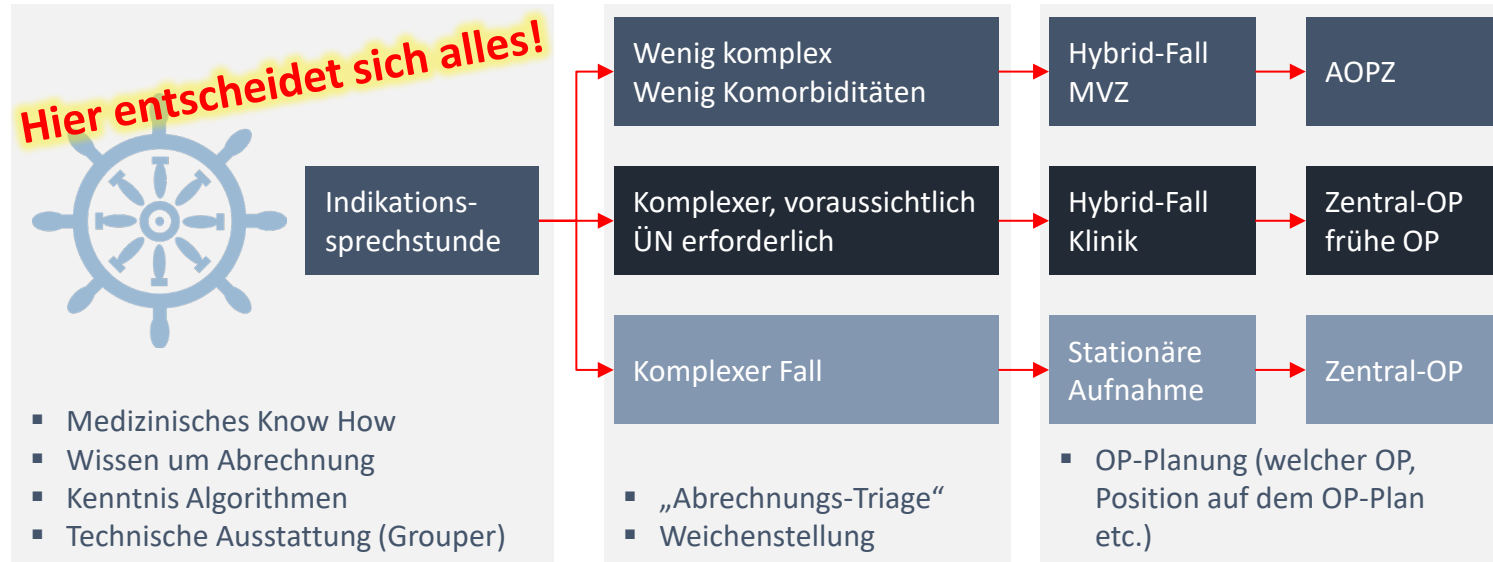
# Sachkosten sollten nicht das Problem sein

- Das Problem ist nicht die Sachkostenlogik – sondern der Durchschnitt.
  - Die Kalkulation der Sachkosten in den Hybrid-DRGs ist prinzipiell eher industriefreundlich.
  - Wie bei den stationären DRGs findet hier die Mittelwert-Kalkulation der Ein- und Zweitagesfälle statt.
  - Hochpreisige Produkte lassen sich im AOP-Bereich ggf. separat abrechnen (cave Wirtschaftlichkeitsprüfung!).
  - Bei den Hybrid-DRGs gibt es hier keinen Spielraum oberhalb des Durchschnitts.
  - Allerdings verlangen die dort abgebildeten Fallkonstellationen auch eher selten nach teuren Speziallösungen.
- Sachkosten sind IMMER limitiert – nur unterschiedlich transparent.
- **Kommunikationsaufgabe:** In den Kliniken werden nur die geringeren Hybrid-DRG-Erlöse gegenüber den stationären Erlösen gesehen
  - Vorsicht – Tagesfälle 2025 waren oft geringer vergütet als Hybrid-Fälle 2026.
  - Fälle, die aus dem AOP-Bereich in die Hybrid-DRGs laufen, werden regelhaft höher vergütet.
  - Wer bei diesen Konstellationen in 2025 noch Zweitagesfälle hatte, verliert unstrittig Erlöse, hatte aber auch im Vorjahr deutlich höhere Erlöse im Vergleich zu vielen Kliniken, die hier nur Tagesfälle gegenüber den Kassen durchsetzen konnten.
- Das Problem sind nicht die Sachkosten, das Problem sind in der Regel Strukturen und Prozesse in den Kliniken.
- **Das ist ein neues Feld für die MedTech-Industrie!**

# Beratung statt Lieferung – vom Produkt zum Prozess

- Kliniken verlieren Geld durch ineffiziente Abläufe, falsche OP-Planung, unnötige Liegezeiten
- Industrie kann helfen bei OP-Durchlauf, Materiallogistik, Standardisierung
- Viele Kliniken sind bereits auf einem sehr guten Weg hinsichtlich der Gestaltung von Strukturen und Prozessen, trotzdem sind best-practice-Modelle heiß begehrt.
- Hersteller haben eine sehr breite Informationsbasis und können Hilfestellung leisten.
- Zudem - ein Produkt für alle Fälle ist kein Modell mehr
- Das führt automatisch zu einem neuen Denken:
  - Produkt A für AOP
  - Produkt B für Hybrid
  - Produkt C für komplexe Fälle

# Viele Stellelemente führen zum optimierten Prozess



# Viele Stellelemente führen zum optimierten Prozess

Hier entscheidet sich alles!



Indikations-  
sprechstunde

- Medizinisches Know How
- Wissen um Abrechnung
- Kenntnis Algorithmen
- Technische Ausstattung (Grouper)

## Indikationsprechstunde Problem

- Entscheidung erfolgt vor Kodierung, vor DRG
- Hohe Unsicherheit (Hybrid vs. stationär vs. AOP)
- Kliniken haben keine sauberen Entscheidungsalgorithmen

## Industrie-Ansatz: Entscheidungshilfe statt Produktverkauf

- Digitale Triage-/Entscheidungstools (Hybrid-geeignet ja/nein)
- Strukturierte Komorbiditäts-Checklisten
- „Was passiert wirtschaftlich, wenn...“-Simulationen
- Integration in KIS / MVZ-Workflows

## Strategischer Hebel:

Wer hier dabei ist, beeinflusst den gesamten Behandlungspfad.



# Viele Stullelemente führen zum optimierten Prozess

**Abrechnung/Weichenstellung: hier wird Geld gewonnen oder verloren**

**Problem**

- Fehlende Transparenz über:
  - Hybrid vs. stationär
  - Sachkostenwirkung
  - MD-Risiko
- Kliniken reagieren oft defensiv (Vermeidung statt Optimierung)

**Industrie-Ansatz:** ökonomische Übersetzung liefern

- Fallbeispiele / Use Cases (So rechnet sich Produkt X im Hybrid-Setting)
- Kalkulationstools
- Schulungen für:
  - Medizincontrolling
  - Kodierung, Fallmanager
  - Ärzte in der Notaufnahme

**Wichtig:**

Nicht Produkt erklären, sondern Erlöslogik erklären

Wenig komplex  
Wenig Komorbiditäten

Komplexer, voraussichtlich  
ÜN erforderlich

Komplexer Fall

- „Abrechnungs-Triage“
- Weichenstellung

Hybrid-Fall  
MVZ

AOPZ

Hybrid-Fall  
Klinik

Zentral-OP  
frühe OP

Stationäre  
Aufnahme

Zentral-OP

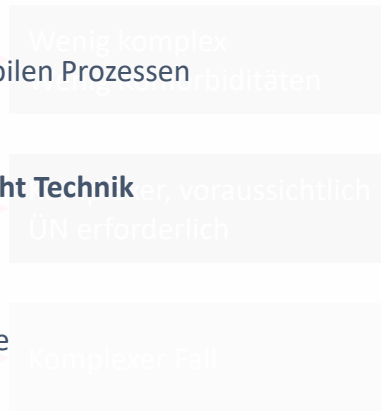
- OP-Planung (welcher OP, Position auf dem OP-Plan etc.)



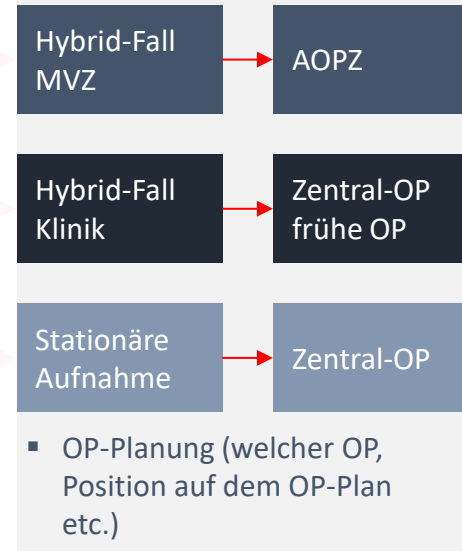
# Viele Stallelemente führen zum optimierten Prozess

## Problem

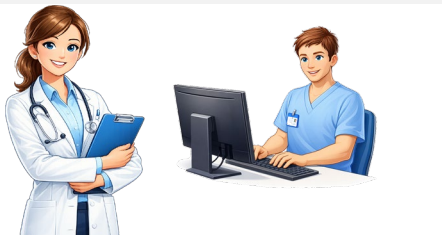
- Hybrid zwingt zu frühen OP-Slots und stabilen Prozessen
- Konflikt: Notfälle vs. Elektiv vs. Hybrid
- Ressourcen (Personal, Saal) knapp
- Industrie-Ansatz: Effizienz verkaufen, nicht Technik**
- Argumentation:
  - Zeitersparnis im OP
  - Standardisierung
  - geringere Komplexität/Lernkurve
- Unterstützung bei:
  - Prozessdesign (OP-Abläufe)
  - Set-Optimierung
  - Reduktion von Wechselzeiten
  - Technische Ausstattung (Groupier)



„Abrechnungs-Triage“  
Weichenstellung



# Viele Stellelemente führen zum optimierten Prozess



- Schaffung von Kompetenz
- Bereitstellung erforderlicher Technik
- Personelle Unterstützung
- Qualifizierte Sprechstundensettings



- Angliederung an Sprechstunden
- Angliederung an Notaufnahme
- Organisation Patienteneinbestellung für Sprechstunde und Aufnahme



- Sicherung OP-Programm
- Schaffung möglichst frühe Entlassungsfähigkeit postoperativ
- Sicherstellung stationärer OP-Betrieb

Präoperative Organisation

OP-  
Organisation

# Prozessgestaltung wird zum Schlüssel des Erfolgs



- Wichtiger Aspekt ist die Abwicklung am OP-Tag.
- Hier muss eine frühe und medizinisch vertretbare Entlassungsfähigkeit geschaffen werden.
- Nächtliche Entlassungen sind sowohl für die Klinik (wer entlässt den Patienten qualifiziert?) als auch für den Patienten (Transport) von großer Wichtigkeit.
- Insofern fällt die gesamte Leistungserbringung mit der Optimierung der betroffenen Prozesse.





# DOKUMENTATION!!!

## DOKUMENTATION – MEDTECH SOLLTE HIER WEITERHIN DIE LEISTUNGSERBRINGER UNTERSTÜTZEN



- Oft ist nicht mehr die Frage, ... ob Hybrid-DRG, sondern ... welche Hybrid-DRG
- Korrekte und vollständige ärztliche Dokumentation kann die Kodierung optimieren und zu sachgerechteren Erlösen führen
- ... das ist aber grundsätzlich nichts Neues... das gilt seit mehr als 20 Jahren... ist aber sehr schwer umzusetzen
- **Kodierbroschüren bleiben eine wertvolle Unterstützung**

**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!**

