Dr. rer. oec. Corinna Hentschker
Dr. rer. oec. Robert Messerle
Julia Schlüter MaHE
Prof. Dr. med. Jochen Schmitt MPH
Dr. med. Jürgen Malzahn

# Effekte der Hybrid-DRG-Einführung – eine Analyse auf Basis von AOK-Daten

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Mit der Einführung der Hybrid-DRGs gemäß § 115f SGB V wollte der Gesetzgeber die im internationalen Vergleich nur langsam voranschreitende Ambulantisierung traditionell stationär erbrachter Leistungen voranbringen. Um den Rückstand bei der Ambulantisierung in Deutschland zu reduzieren, wurden im Jahr 2024 fünf Leistungsbereiche festgelegt, für die Krankenhäuser und Vertragsärzte einheitliche sektorenunabhängige Fallpauschalen (Hybrid-DRGs) erhalten.

**Methodik:** Der Effekt der Einführung der Hybrid-DRG-Vergütung wird anhand bundesweiter GKV-Routinedaten der AOK der Jahre 2022 bis 2024 analysiert. Dargestellt werden für die fünf Leistungsbereiche die Fallzahlen (insgesamt sowie stratifiziert nach ambulanter und stationärer Leistungserbringung) und der Effekt auf die Ausgaben in beiden Sektoren. Um Rückschlüsse auf die gesamte GKV zu ziehen, wurden die Daten auf Basis der KM6-Statistik nach Alter, Geschlecht und KV-Region standardisiert und auf die gesamte GKV hochgerechnet. Die Analysen erfolgten explorativ.

**Ergebnisse:** 2024 wurden 360.000 Fälle abgerechnet, die unter die Hybrid-DRG-Regelung fallen. Werden die erbrachten Behandlungen aus den Bereichen Krankenhaus und Vertragsarzt gemeinsam betrachtet, so zeigt sich 2024 gegenüber dem Vorjahr ein Anstieg von 7%. Der Anteil der ambulant erbrachten Fälle über die fünf betrachteten Leistungsbereiche hinweg stieg von 42% im Jahr 2023 auf 49% im Jahr 2024 an. In der Gesamtbetrachtung zeigt sich ein nahezu unverändertes Ausgabenvolumen. Dies ist jedoch insbesondere darauf zurückzuführen, dass im ambulanten Bereich häufig noch nach dem günstigeren EBM abgerechnet wurde.

**Diskussion:** Aus Sicht der Solidargemeinschaft muss eine Ambulantisierung von bisher stationär erbrachten Leistungen dazu führen, dass Effizienzgewinne in der Versorgung die Versicherten entlasten. Die vorliegende Analyse zeigt jedoch, dass insbesondere die Vertragsärzte schnell auf die höheren Preise reagiert haben und starke Mengensteigerungen zu verzeichnen sind. Der finanzielle Effekt auf die GKV ist zwar noch neutral, allerdings nur, weil ein großer Teil der Fälle weiterhin per EBM abgerechnet wurde. Sobald die Abrechnung der Hybrid-DRGs etabliert ist, sind infolge der Mengensteigerungen Kostensteigerungen für die GKV von ca. 5% (49 Mio. Euro) zu erwarten.

## Keywords

Ambulantisierung, Hybrid-DRG, GKV-Routinedaten, Effizienz, Gesundheitsökonomie

## Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2801

Zum 01.01.2024 wurde mit Einführung der Hybrid-DRGs nach § 115f SGB V ein sektorenübergreifendes, einheitliches Vergütungssystem für bestimmte medizinische Leistungen etabliert. Ziel ist die Ambulantisierung von Leistungen, die sicher, qualitativ angemessen und effektiv im ambulanten Setting erbracht werden können, die jedoch bisher in Deutschland – anders als im internationalen Vergleich – traditionell sehr häufig stationär erfolgten. Zudem soll ein effizienterer Einsatz medizinischer Fachkräfte gefördert und die Wirtschaftlichkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bei gleichbleibender Versorgungsqualität gestärkt werden [1, 2]. Das Hybrid-DRG-Vergütungssystem gilt sowohl für die vertragsärztliche als auch für die stationäre Versorgung und umfasst folgende fünf Leistungsbereiche: bestimmte Hernieneingriffe, Entfernung von Harnleitersteinen, Ovariektomien (Entfernung der Eierstöcke), Arthrodesen an Zehengelenken (Gelenkversteifung) und Entfernung von Steißbeinfisteln (Sinus pilonidalis). Für das Jahr 2024 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) diesen fünf Leistungsbereichen insgesamt zwölf Hybrid-DRGs zugeordnet. Bis zum 31.12.2023 konnten diese Eingriffe entweder ambulant nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) oder stationär mittels DRGs abgerechnet werden.

Die neuen Hybrid-DRGs stellen sektorenunabhängige Fallpauschalen dar. Sie sorgen dafür, dass sowohl Krankenhäuser als auch Vertragsärzte für die betreffenden Leistungen eine einheitliche, pauschalierte Vergütung erhalten [3]. Die Vergütung der Hybrid-DRG-Fälle basiert auf einem gewichteten Mischpreis, der sich aus den bisherigen stationären und ambulanten Vergütungssätzen zusammensetzt. Da die ambulanten Sätze bislang weit unter dem stationären Niveau lagen, führte diese Mischkalkulation zu einer Absenkung der stationären und gleichzeitig zu einer deutlichen Anhebung der ambulanten Vergütung.

>> Aus Sicht der beitragszahlenden Solidargemeinschaft muss die Ambulantisierung mittels Hybrid-DRGs die Effizienz der Versorgung steigern, d. h., die Versorgung muss insgesamt kosteneffektiver werden und zur dringend notwendigen Senkung der GKV-Ausgaben beitragen. Bisher fehlen jedoch Analysen zum Effekt der Einführung von Hybrid-DRGs in Deutschland auf die Leistungsmenge, den Ort der Erbringung und die Kosteneffekte. Um diese Evidenzlücke zu füllen, analysierten wir bundesweite GKV-Routinedaten der AOK. Die Analyse erfolgte explorativ; die Berichterstattung erfolgt gemäß STROSA-Empfehlungen [4].

## Methodik

### Beschreibung der Datenselektion

Die folgenden Analysen basieren auf AOK-Abrechnungsdaten der Jahre 2022 bis 2024. Um Rückschlüsse auf die gesamte GKV zu ziehen, wurden die Daten auf Basis der Versichertenstatistik der GKV (KM6-Statistik) nach Alter, Geschlecht und Wohnort (KV-Region) standardisiert und auf die gesamte GKV hochgerechnet, indem die entsprechenden Versichertenanteile der AOKs zugrunde gelegt wurden. Es handelt sich um eine explorative Analyse der beobachteten Entwicklungen.

### Am Krankenhaus erbrachte Leistungen

In die Analyse wurden alle im Jahr 2024 nach Hybrid-DRG abgerechneten Fälle einbezogen. Für einen Vergleich mit den Vorjahren

mussten die potenziellen Hybrid-Fälle mit Abrechnung nach DRG und nach § 115b SGB V (ambulantes Operieren / AOP) aus den Vorjahren herangezogen werden. Es wurden jene stationären DRG-Fälle des Vorzeitraums (2022 und 2023) betrachtet, die 2024 potenziell in Hybrid-DRGs münden würden – basierend auf den zwölf „Mutter-DRGs"(1). Hierfür wurden nur die Fälle einbezogen, welche eine Prozedur (OPS-Kode) aus dem Startkatalog der Hybrid-DRG-Verordnung des BMG (2) aufwiesen. Im Jahr 2022 und 2023 erfolgte die Abrechnung dieser Fälle noch vollständig über das aG-DRG-System. Ab 2024 wurden Teile dieser Fälle über Hybrid-DRGs vergütet. Das sind in der Regel Fälle, die eine Hybrid-Prozedur, eine Verweildauer von einem Tag und einen PCCL von kleiner als drei aufweisen [1, 5]. Fälle, die die Hybrid-DRG-Kriterien nicht erfüllten – in der Regel Fälle mit einer Verweildauer von mehr als einem Tag und/oder Fälle mit einer höheren Erkrankungsschwere (Vorliegen von Kontextfaktoren oder einem PCCL > 2) – wurden 2024 weiterhin über das DRG-System abgerechnet. Abbildung 1 stellt die Spezifikation schematisch dar.

Um die stationären Ausgaben 2022 sowie 2023 mit 2024 vergleichbar zu machen und den Preiseffekt durch die Landesbasisfallwerterhöhung zu bereinigen, wurde der Casemix der Fälle 2022 und 2023 mit dem jeweiligen Landesbasisfallwert 2024 multipliziert.

Für die Bestimmung der potenziellen Hybrid-Fälle 2022 und 2023 aus den § 115b SGB V-Daten (ambulantes Operieren), wurden Fälle, welche einen OPS-Kode aus dem Startkatalog der Hybrid-DRGs aufwiesen, als solche gezählt. Bei diesen Fällen muss zusätzlich ein Entgelt aus dem EBM-Kapitel 31.2 (ambulante Operationen) abgerechnet worden sein. Die so ermittelten Fälle wurden in der Vergangenheit bereits ambulant erbracht, es ändert sich hier nur das Vergütungssystem bzw. es steigt aufgrund der Mischkalkulation der Erlös, der nun sehr viel höher als vorher ist.

Entsprechend konnten diese Leistungen im Jahr 2024 grundsätzlich nicht mehr als ambulante Operation nach § 115b SGB V abgerechnet werden, sondern als Hybrid-DRG nach § 115f SGB V. Es wurde jedoch festgestellt, dass Fälle mit diesen OPS-Kodes teilweise auch noch im Jahr 2024 als § 115b SGB V-Leistung abgerechnet wurden. Für den Vergleich mit den Vorjahren wurden diese Fälle auch im Jahr 2024 mitgezählt, um einen fairen Vergleich zu gewährleisten. Dass diese Fälle auftreten, kann auch eine Folge des späten Inkrafttretens der Hybrid-DRG-Verordnung und der Abrechnungsvereinbarung sein. In den Daten ist ersichtlich, dass der Anteil dieser Fälle im Laufe des Jahres 2024 abnimmt.

Um die Ausgaben für das ambulante Operieren der Jahre 2022 und 2023 mit denen des Jahres 2024 vergleichbar zu machen, wurden die Ausgaben des Jahres 2023 um die Steigerung des Orientierungswerts für alle vertragsärztlichen Leistungen des Jahres 2024 in Höhe von 3,85% erhöht und die Ausgaben des Jahres 2022 zusätzlich mit der Steigerung des Orientierungswerts des Jahres 2023 in Höhe von 2,00% [6].

**Vertragsärztliche Leistungen**

Es wurden alle Hybrid-Fälle einbezogen, welche im Jahr 2024 gegenüber der AOK gemäß der Übergangsvereinbarung zur vertragsärztlichen Abrechnung mit speziellen Abrechnungsziffern über die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) abgerechnet wurden. Fälle von Direktabrechnern, bei denen ohne Einbezug der KV direkt mit den Krankenkassen abgerechnet wurde, sind in den Daten nur teilweise enthalten. Für den Vergleich mit den Vorjahren 2022 und 2023, in denen die Abrechnung noch nach EBM erfolgte, wurden alle Fälle aufgegriffen, bei denen sowohl eine Hybrid-Prozedur aus dem Startkatalog kodiert als auch eine Gebühren-

– – – – – – –

*1:* Jeder Hybrid-DRG ist eine „Mutter-DRG" zugewiesen, die weiterhin nach dem DRG-System abgerechnet wird. Hierin enthalten sind ab dem Jahr 2024 Fälle, welche keinen OPS-Kode nach Hybrid-DRG-Startkatalog aufweisen oder Fälle, die auf Basis der Erkrankungsschwere weiterhin stationär erbracht werden.

*2:* Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung). BGBl. 2023 I Nr. 380 vom 21.12.2023.

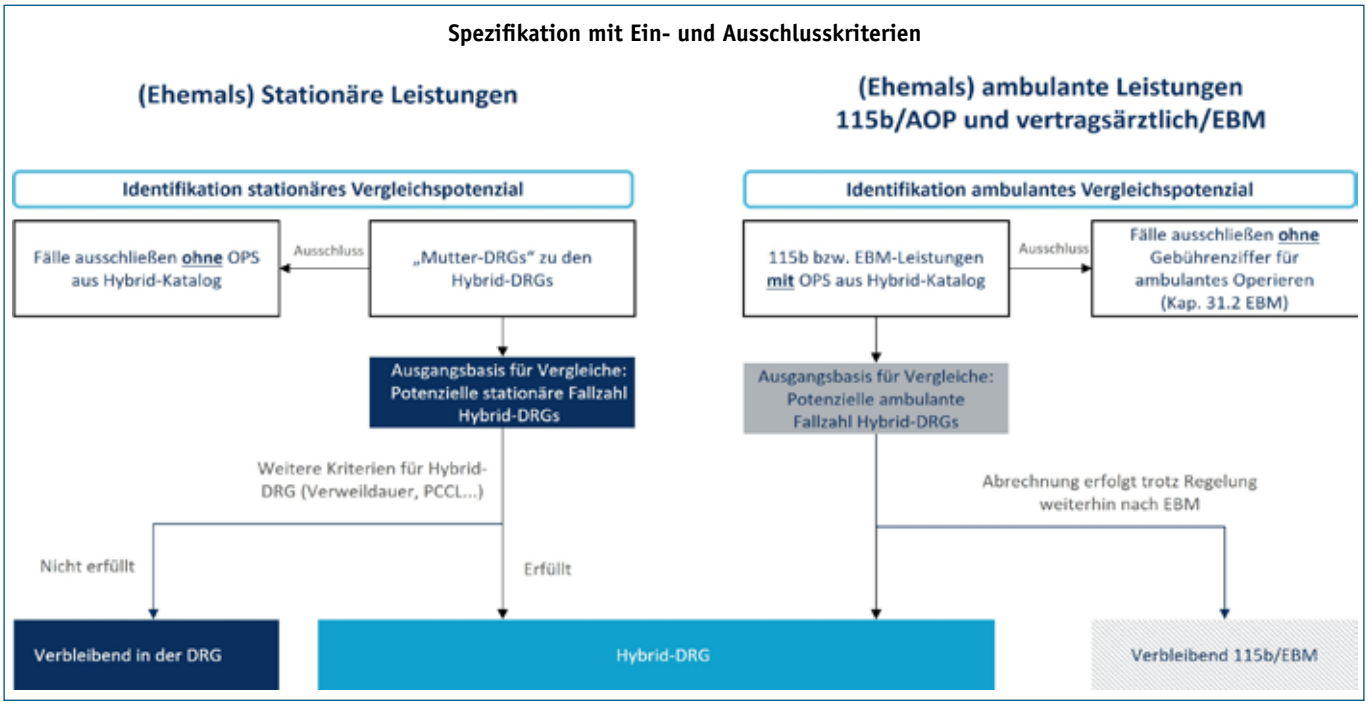



***Abb. 1:*** Spezifikation mit Ein- und Ausschlusskriterien. Eigene Darstellung.

ordnungsziffer (GOP) aus dem Kapitel 31.2 (ambulantes Operieren) abgerechnet wurde (siehe auch Abb. 1). Fälle mit ausschließlich weiteren Leistungen wie z. B. der Anästhesie wurden in der Fallzählung also nicht berücksichtigt, um eine Doppelzählung zu vermeiden. Fälle aus Selektivverträgen mit abweichenden Abrechnungsziffern sind ebenfalls nicht enthalten, da sie nicht dem Hybrid-Bereich zugeordnet werden können.

Die Ausgaben für die vertragsärztlich erbrachten EBM-Leistungen können aus den Daten nicht vollständig erschlossen werden, weil verschiedene Kostenarten, wie z. B. Sachkosten, nicht immer einem einzelnen Fall zugeordnet werden können. Daher wurden je Leistungsbereich die durchschnittlichen Ausgaben für § 115b-Leistungen aus dem Krankenhaus herangezogen. Um die Ausgaben für das ambulante Operieren der Jahre 2022 und 2023 mit denen des Jahres 2024 vergleichbar zu machen, wurde wie für die § 115b SGB V-Leistungen vorgegangen. Wie im Krankenhaus wurden auch im vertragsärztlichen Bereich im Jahr 2024 Fälle mit einer Hybrid-Prozedur weiterhin über den EBM vergütet, obwohl prinzipiell ein Anspruch auf die höhere Vergütung mit der Hybrid-DRG bestanden hat. Jedoch ist auch hier ein sinkender Anteil dieser Fälle im Laufe des Jahres 2024 zu beobachten.

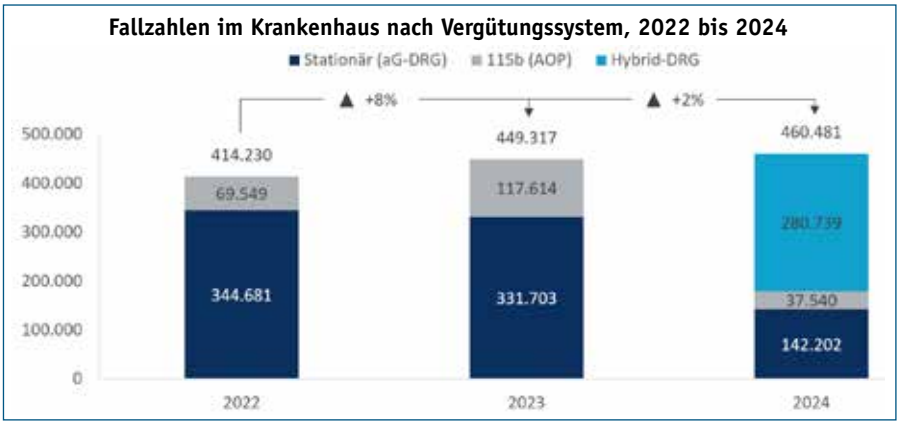



***Abb. 2:*** Fallzahlen im Krankenhaus nach Vergütungssystem, 2022 bis 2024. Quelle: AOK-Abrechnungsdaten (standardisiert und hochgerechnet auf gesamte GKV). Eigene Darstellung.

## Ergebnisse

Mit der Einführung der Hybrid-DRGs gab es wesentliche Verschiebungen, die im Folgenden zunächst einzeln für die Leistungserbringer „Krankenhaus" und „Vertragsarzt" und dann in der Gesamtbetrachtung dargestellt werden.

**Leistungserbringer Krankenhaus**

Tabelle 1 stellt Fallzahlen, Kosten und Tage für die Jahre 2022 bis 2024 nach Abrechnungsart für § 115b SGB V (AOP), DRG und Hybrid-DRG nach Leistungsbereichen für die am Krankenhaus erbrachten Behandlungen dar. Die Leistungsbereiche „Bestimmte Hernieneingriffe", „Entfernung der Harnleitersteine" und „Ovarientomien" machten dabei über 80% der Fälle aus.

Im Jahr 2023 wurden rund 331.700 Fälle über die Mutter-DRGs abgerechnet, welche 2024 potenziell in eine Hybrid-DRG münden konnten. Im Jahr 2024 reduzierte sich deren Anzahl auf 142.200 Fälle (-57%). Es wurden entsprechend der neuen Vorgaben nur noch jene Fälle über die aG-DRG abgerechnet, die die Hybrid-DRG-Kriterien nicht erfüllten, also z. B. eine Verweildauer größer als ein Tag oder eine höhere Erkrankungsschwere aufwiesen. Parallel dazu gab es im Jahr 2023 rund 117.600 nach § 115b SGB V abgerechnete Fälle, welche im Jahr 2024 hybrid-fähig gewesen wären. Im Jahr 2024 reduzierte sich deren Anzahl auf 37.500 Fälle (-68%). Dass sich weiterhin Fälle mit Hybrid-Prozeduren in den Abrechnungen für das ambulante Operieren nach § 115b SGB V (AOP) wiederfinden, muss weiter beobachtet werden. Auffällig ist, dass bereits vor Einführung der Hybrid-DRG-Vergütung eine deutliche Mengenentwicklung zu beobachten war. So erbrachten Krankenhäuser 2023 im Vergleich zum Vorjahr ca. 8% mehr Fälle in den Leistungsbereichen. Dieser Anstieg wurde vor allem durch die § 115b SGB V-Leistungen getrieben.

Im Jahr 2024 wurden erstmalig rund 280.700 Fälle über Hybrid-DRGs abgerechnet. Um die Entwicklung zu beurteilen, muss auf die Gesamtfallzahlen (einschließlich Hybrid-DRG-Fälle) geschaut werden. Die Gesamtentwicklung der Fallzahlen im Krankenhaus zeigt, dass diese im Jahr 2024 im Vergleich zu 2023 leicht gestiegen sind (+2%) (Abb. 2).

Auf der Ausgabenseite zeigt sich, dass diese im Jahr 2024 gegenüber dem Vorjahr um 7% sanken (-71 Mio. Euro, Tab. 1). Dieser Effekt setzt sich zusammen aus einem Mengeneffekt (+21 Mio. Euro) und einem Preiseffekt von -92 Mio. Euro. Letzterer basiert wiederum auf zwei Effekten für die Hybrid-Fälle: Durch die Einführung der Hybrid-DRGs sank die Vergütung für die ehemals nach DRG abgerechneten Fälle. Im Durchschnitt erhalten die Krankenhäuser für diese Fälle noch zwei Drittel der ehemals stationären Vergütung. Im Gegensatz dazu verdoppelte sich die Vergütung für die ehemaligen AOP-Fälle (Anstieg um ca. 100%).

Zu berücksichtigen ist, dass im Jahr 2024 rund 37.500 Fälle weiter nach EBM abgerechnet wurden, für die gesetzlich der Anspruch auf eine Hybrid-DRG bestand. Würden diese Fälle entsprechend über Hybrid-DRG abgerechnet werden, so würden der GKV zusätzliche Ausgaben i. H. v. 25 Mio. Euro entstehen. Die Ausgabenreduktion im Krankenhaus würde dann nur noch 46 Mio. Euro betragen.

Zusätzlich ist noch ein weiterer Effekt zu beachten: Aufgrund der Einführung der Hybrid-DRGs reduzierten sich die Belegungstage im Krankenhaus, da Fälle häufiger ambulant erbracht wurden und nicht mehr über Nacht im Krankenhaus blieben. Im Jahr 2024 wurden gegenüber 2023 rund 78.000 weniger Belegungstage verzeichnet (-11%). Eine konservative Methode, die Kostenverminderung aufgrund dieser Reduktion abzuschätzen, besteht darin, den Betrag von 160 Euro pro Belegungstag zu veranschlagen, wie dies bei der tagesstationären Behandlung nach § 115e SGB V für die weggefallenen Übernachtungen vorgenommen wird.(3) Daraus ergeben sich rund 12 Mio. Euro Kosteneinsparungen für Krankenhäuser.

– – – – – –

***3:*** Der § 115e SGB V sieht eine Reduktion von 0,04 Bewertungsrelationen je entfallender Übernachtung vor, was bei einem Basisfallwert von ungefähr 4.000 Euro einer Reduktion um 160 Euro entspricht.

**Leistungserbringer Vertragsärzte**

Bei den (potenziellen) Hybrid-DRG-Fällen im Vertragsarztbereich ist eine dynamische Entwicklung zu beobachten. Bereits im Jahr 2023 stiegen die Fallzahlen im Vergleich zum Vorjahr um 8% von 108.700 auf 117.800 Fälle an (Tab. 2). Im Jahr der Hybrid-DRG-Einführung war eine erneute Steigerung der Fälle um 23% auf 144.400 Fälle zu beobachten.

Aufgrund der Mischkalkulation der Hybrid-DRGs aus ehemals stationärer und ambulanter Vergütung stiegen die durchschnittlichen Ausgaben je Fall um ca. 43% an. Da im Jahr 2024 aber weiterhin über 40% der Fälle nach EBM abgerechnet wurden, fiel die Steigerung der Gesamtausgaben bisher geringer aus, als auf Basis der Vergütungsdifferenzen erwartbar gewesen wäre. Insgesamt stiegen die Ausgaben 2024 gegenüber 2023 um 75% und damit um ungefähr 64 Mio. Euro. Diese Steigerung setzt sich zusammen aus einem Mengeneffekt, begründet durch die Fallzahlsteigerungen in Höhe von 28 Mio. Euro (32%), sowie einem Preiseffekt aufgrund der steigenden Durchschnittskosten in Höhe von 37 Mio. Euro (43%).

Zusätzlich ist für die Ausgaben zu berücksichtigen, dass die verbleibenden Fälle mit EBM-Abrechnung 2024 zukünftig über die Hybrid-DRGs abgerechnet werden. So entstehen der GKV zukünftig zusätzliche Mehrausgaben i. H. v. rund 30 Mio. Euro. Die GKV-Ausgaben im vertragsärztlichen Bereich würden sich somit im Vergleich zu 2023 verdoppeln, von 86 Mio. Euro auf 180 Mio. Euro.

**Gesamtbetrachtung**

Werden die erbrachten Behandlungen aus den Bereichen Krankenhaus und Vertragsarzt gemeinsam betrachtet, so zeigt sich im Jahr 2024 gegenüber dem Vorjahr ein Fallzahlanstieg von 7% (Tab. 3). Aufgrund der gesunkenen Durchschnittskosten je Fall steht diesem Anstieg dennoch eine Ausgabenreduktion von 1% gegenüber.

Allerdings ist davon auszugehen, dass die von den Krankenhäusern und Vertragsärzten derzeit noch über EBM abgerechneten Hybrid-DRG-Leistungen zukünftig auch über Hybrid-DRGs abgerechnet werden, ggf. könnten auch rückwirkende Rechnungskorrekturen erfolgen. Dieses Szenario wird in Tabelle 3 in den letzten beiden Spalten dargestellt. In diesem Szenario wird davon ausgegangen, dass sich die Ausgaben für die verbleibenden EBM-Abrechnungsfälle ungefähr verdoppeln würden. Insgesamt würde sich aufgrund der Einführung von Hybrid-DRGs dann eine Ausgabensteigerung von ca. 5% bzw. 49 Mio. Euro für das Jahr 2024 im Vergleich zu 2023 ergeben. Dieser Anstieg wäre maßgeblich getrieben durch einen Mengeneffekt infolge der erheblichen Fallzahlzuwächse.

Zwischen den Leistungsbereichen bestünden dabei erhebliche Unterschiede. Während sich bei Hernieneingriffen und der Entfernung der Harnleitersteine nur relativ kleine Veränderungen ergäben, bestünde bei den anderen Bereichen mehr Dynamik. Dies sind die Bereiche, bei denen bereits eine relativ hohe Ambulantisierung zu verzeichnen ist (siehe nächster

**Ausgewählte Kennzahlen für Leistungserbringer Krankenhaus im Bereich der (potenziellen) Hybrid-DRGs**

| Leistungsbereich | 115b-Abrechnung (AOP) | | | | | DRG-Abrechnung | | | | | H |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2022 | 2023 | 2024 | VÄR 2023 zu 2022 | VÄR 2024 zu 2023 | 2022 | 2023 | 2024 | VÄR 2023 zu 2022 | VÄR 2024 zu 2023 | |
| **Fallzahlen** | | | | | | | | | | | |
| Bestimmte Hernieneingriffe | 27.540 | 48.463 | 6.712 | 76 % | -86 % | 127.437 | 121.657 | 33.150 | -5 % | -73 % | |
| Entfernung Harnleitersteine | 3.639 | 7.151 | 1.579 | 97 % | -78 % | 100.765 | 102.988 | 57.353 | 2 % | -44 % | |
| Ovariektomien | 21.645 | 30.148 | 10.844 | 39 % | -64 % | 67.062 | 63.732 | 32.791 | -5 % | -49 % | |
| Arthrodese Zehengelenk | 7.240 | 11.756 | 5.471 | 62 % | -53 % | 31.767 | 28.006 | 15.008 | -12 % | -46 % | |
| Exzision Sinus pilonidalis | 9.485 | 20.096 | 12.934 | 112 % | -36 % | 17.650 | 15.320 | 3.900 | -13 % | -75 % | |
| Summe | 69.549 | 117.614 | 37.540 | 69 % | -68 % | 344.681 | 331.703 | 142.202 | -4 % | -57 % | |
| **Kosten** | | | | | | | | | | | |
| Bestimmte Hernieneingriffe | 19.044.217 | 39.626.753 | 5.493.829 | 108 % | -86 % | 351.781.896 | 327.955.257 | 108.668.195 | -7 % | -67 % | |
| Entfernung Harnleitersteine | 2.705.500 | 5.614.270 | 1.079.533 | 108 % | -81 % | 253.305.437 | 261.179.012 | 159.543.995 | 3 % | -39 % | |
| Ovariektomien | 12.686.636 | 18.258.433 | 6.624.854 | 44 % | -64 % | 200.902.918 | 182.103.537 | 108.451.971 | -9 % | -40 % | |
| Arthrodese Zehengelenk | 4.551.720 | 8.165.948 | 3.917.305 | 79 % | -52 % | 85.418.830 | 74.127.050 | 44.173.156 | -13 % | -40 % | |
| Exzision Sinus pilonidalis | 6.781.576 | 14.136.993 | 7.292.865 | 108 % | -48 % | 30.322.536 | 25.868.111 | 8.644.075 | -15 % | -67 % | |
| Summe | 45.769.649 | 85.802.397 | 24.408.386 | 87 % | -72 % | 921.731.617 | 871.232.967 | 429.481.392 | -5 % | -51 % | |
| **Tage** | | | | | | | | | | | |
| Bestimmte Hernieneingriffe | 0 | 0 | 0 | | | 226.080 | 212.136 | 109.503 | -6 % | -48 % | |
| Entfernung Harnleitersteine | 0 | 0 | 0 | | | 264.137 | 266.849 | 198.637 | 1 % | -26 % | |
| Ovariektomien | 0 | 0 | 0 | | | 157.336 | 144.046 | 100.913 | -8 % | -30 % | |
| Arthrodese Zehengelenk | 0 | 0 | 0 | | | 69.211 | 58.476 | 38.428 | -16 % | -34 % | |
| Exzision Sinus pilonidalis | 0 | 0 | 0 | | | 28.210 | 24.992 | 11.753 | -11 % | -53 % | |
| Summe | 0 | 0 | 0 | | | 744.974 | 706.499 | 459.234 | -5 % | -35 % | |
| **Durchschnittliche Kosten** | | | | | | | | | | | |
| Bestimmte Hernieneingriffe | 692 | 818 | 819 | 18 % | 0 % | 2.760 | 2.696 | 3.278 | -2 % | 22 % | |
| Entfernung Harnleitersteine | 743 | 785 | 684 | 6 % | -13 % | 2.514 | 2.536 | 2.782 | 1 % | 10 % | |
| Ovariektomien | 586 | 606 | 611 | 3 % | 1 % | 2.996 | 2.857 | 3.307 | -5 % | 16 % | |
| Arthrodese Zehengelenk | 629 | 695 | 716 | 10 % | 3 % | 2.689 | 2.647 | 2.943 | -2 % | 11 % | |
| Exzision Sinus pilonidalis | 715 | 703 | 564 | -2 % | -20 % | 1.718 | 1.689 | 2.216 | -2 % | 31 % | |
| Summe | 658 | 730 | 650 | 11 % | -11 % | 2.674 | 2.627 | 3.020 | -2 % | 15 % | |

***Tab. 1:*** Ausgewählte Kennzahlen für Leistungserbringer Krankenhaus im Bereich der (potenziellen) Hybrid-DRGs, 2022 bis 2024. Anmerkung: Um Preiseffekte durch Steigerung
Abrechnungsdaten (standardisiert und hochgerechnet auf gesamte GKV). Eigene Darstellung.

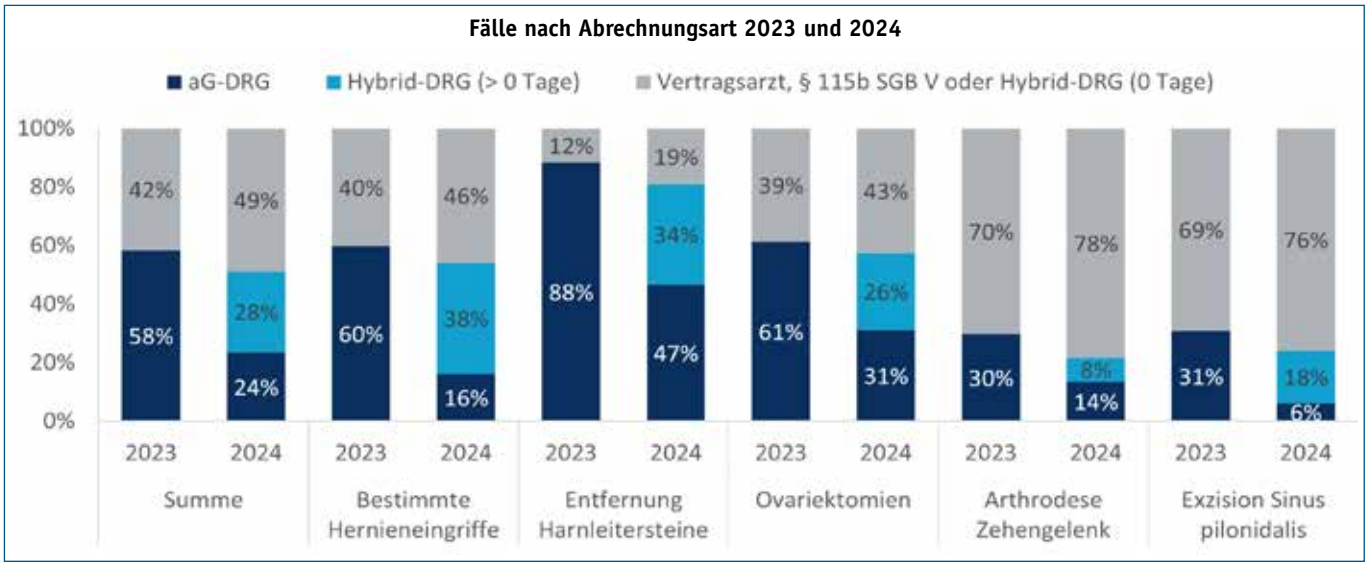



***Abb. 3:*** Fälle nach Abrechnungsart 2023 und 2024, Anteil in %. Quelle: AOK-Abrechnungsdaten (standardisiert und hochgerechnet auf gesamte GKV). Eigene Darstellung.

Abschnitt). Insbesondere beim zahlenmäßig kleinsten Leistungsbereich „Exzision Sinus pilonidalis" wäre – bei vollständiger Abrechnung über Hybrid-DRGs – ein Ausgabenanstieg um ca. 42% bzw. 21 Mio. Euro zu verzeichnen.

| ybrid-DRG-Abrechnung | | Gesamt | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2024 | 2024 davon: 0 Tage | 2022 (Stat. + AOP) | 2023 (Stat. + AOP) | 2024 (Stat. + Hybrid + AOP verbl.) | VÄR 2023 zu 2022 | VÄR 2024 zu 2023 |
| 133.111 | 55.309 | 154.977 | 170.120 | 172.973 | 10 % | 2 % |
| 56.069 | 13.983 | 104.404 | 110.139 | 115.001 | 5 % | 4 % |
| 50.978 | 23.534 | 88.707 | 93.880 | 94.613 | 6 % | 1 % |
| 17.901 | 8.912 | 39.007 | 39.762 | 38.380 | 2 % | -3 % |
| 22.680 | 11.610 | 27.135 | 35.416 | 39.514 | 31 % | 12 % |
| 280.739 | 113.348 | 414.230 | 449.317 | 460.481 | 8 % | 2 % |
| | | | | | | |
| 226.911.424 | 93.307.860 | 370.826.113 | 367.582.010 | 341.073.448 | -1 % | -7 % |
| 88.172.022 | 21.430.533 | 256.010.937 | 266.793.282 | 248.795.550 | 4 % | -7 % |
| 77.140.741 | 35.352.667 | 213.589.554 | 200.361.970 | 192.217.566 | -6 % | -4 % |
| 16.961.650 | 8.349.393 | 89.970.550 | 82.292.998 | 65.052.111 | -9 % | -21 % |
| 23.547.895 | 12.053.280 | 37.104.112 | 40.005.104 | 39.484.835 | 8 % | -1 % |
| 432.733.732 | 170.493.733 | 967.501.266 | 957.035.364 | 886.623.510 | -1 % | -7 % |
| | | | | | | |
| 78.377 | 0 | 226.080 | 212.136 | 187.880 | -6 % | -11 % |
| 42.439 | 0 | 264.137 | 266.849 | 241.076 | 1 % | -10 % |
| 28.082 | 0 | 157.336 | 144.046 | 128.995 | -8 % | -10 % |
| 9.299 | 0 | 69.211 | 58.476 | 47.727 | -16 % | -18 % |
| 11.160 | 0 | 28.210 | 24.992 | 22.913 | -11 % | -8 % |
| 169.357 | 0 | 744.974 | 706.499 | 628.591 | -5 % | -11 % |
| | | | | | | |
| 1.705 | 1.687 | 2.393 | 2.161 | 1.972 | -10 % | -9 % |
| 1.573 | 1.533 | 2.452 | 2.422 | 2.163 | -1 % | -11 % |
| 1.513 | 1.502 | 2.408 | 2.134 | 2.032 | -11 % | -5 % |
| 948 | 937 | 2.307 | 2.070 | 1.695 | -10 % | -18 % |
| 1.038 | 1.038 | 1.367 | 1.130 | 999 | -17 % | -12 % |
| 1.541 | 1.504 | 2.336 | 2.130 | 1.925 | -9 % | -10 % |

des Landesbasisfallwertes und Orientierungswertes vertragsärztlicher Leistungen bereinigt. Quelle: AOK-

**Ambulantisierungsgrad und Ort der Leistungserbringung**

Das Ziel der Einführung der Hybrid-DRG-Vergütung ist die Hebung des Ambulantisierungspotenzials von bisher noch stationär erbrachten Fällen. Zur Bestimmung des Ambulantisierungsgrades wurden die Fallzahlen bei Krankenhäusern und Vertragsärzten gemeinsam betrachtet. Alle Fälle, welche beim Vertragsarzt erbracht worden sind (abgerechnet nach EBM oder Hybrid-DRG), gelten als ambulant erbracht. Hinzu kommen die Fälle der ambulanten Operationen an Krankenhäusern. Hybrid-DRG-Fälle an Krankenhäusern gelten nur dann als ambulant erbracht, wenn der Aufnahmetag dem Entlassungstag entspricht, also keine Übernachtung im Krankenhaus stattgefunden hat. Alle anderen Hybrid-DRG-Fälle der Krankenhäuser benötigen weiterhin Strukturen der stationären Versorgung, ebenso wie die nach DRG abgerechneten Fälle. Im Jahr 2023 lag der Anteil der ambulant erbrachten Fälle über die fünf betrachteten Leistungsbereiche hinweg bei 42% (Abb. 3). Dieser Anteil stieg 2024 auf 49% an. Weitere 28% der Fälle wurden zwar über Hybrid-DRGs vergütet, verblieben aber mit Übernachtung im Krankenhaus.

Über die Leistungsbereiche hinweg sind die Ambulantisierungsgrade 2024 für die Behandlungen der „Arthrodese Zehengelenk" und „Exzision Sinus pilonidalis" mit 78% bzw. 76% am höchsten. Hingegen erfolgte die Entfernung der Harnleitersteine noch überwiegend stationär. Der Ambulantisierungsgrad liegt hier bei nur 19% (Abb.3).

Abbildung 4 stellt die Fälle nach dem Ort der Leistungserbringung dar. Zwischen den Jahren 2023 und 2024 zeigen sich kaum Verschiebungen – so wurden über alle Leistungsbereiche hinweg im Jahr 2023 79% der Fälle am oder im Krankenhaus erbracht; 2024 waren es 76%. Nur beim Leistungsbereich „Arthrodesen der Zehengelenke" behandelten die Vertragsärzte mit einem Anteil von 65% deutlich mehr Fälle als die Krankenhäuser.




***Abb. 4:*** Fälle nach Ort der Leistungserbringung, Anteil in %. Quelle: AOK-Abrechnungsdaten (standardisiert und hochgerechnet auf gesamte GKV). Eigene Darstellung.

## Diskussion und Fazit

Im Jahr 2024 erfolgte eine Umstellung der Vergütung von Fällen in fünf Leistungsbereichen auf eine sektorengleiche Vergütung. Aufgrund der sehr späten Veröffentlichung der Rechtsverordnung zu den Hybrid-DRGs am 19.12.2023 ist die Datenlage mit Unsicherheiten behaftet. Die Krankenhäuser rechneten im Jahr 2024 nicht alle ambulant erbrachten Fälle mit Hybrid-OPS auch mit Hybrid-DRGs ab, sondern zum Teil weiterhin nach EBM. Auch im vertragsärztlichen Bereich wurden weiterhin Fälle nach EBM abgerechnet.

Die vorliegenden Daten zeigen, dass im Krankenhausbereich ein leichter Entlastungseffekt bei den Ausgaben i. H. v. -70 Mio. Euro (-7%) für das Jahr 2024 im Vergleich zum Vorjahr zu verzeichnen ist. So konnten durch die Zunahme von Hybrid-DRG-Fällen und die entsprechenden Rückgänge der vollstationär vergüteten Fälle im Jahr 2024 Ausgaben auf der einen Seite eingespart werden. Auf der anderen Seite wurden jedoch viele der bisher über § 115b SGB V (AOP) vergüteten ambulanten Leistungen nun mit der teureren Hybrid-DRG vergütet, wodurch höhere Ausgaben entstanden sind. Zu berücksichtigen ist noch der Effekt, dass sich nicht nur die Aus-

**Ausgewählte Kennzahlen für Vertragsärzte im Bereich der (potenziellen) Hybrid-DRGs**

| Leistungsbereich | EBM | | | Hybrid-DRG | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2022 | 2023 | 2024 | 2024 | 2024 (EBM + Hybrid) | VÄR 2023 zu 2022 | VÄR 2024 zu 2023 |
| **Fallzahlen** | | | | | | | |
| Bestimmte Hernieneingriffe | 30.480 | 33.187 | 8.721 | 23.200 | 31.921 | 9 % | -4 % |
| Entfernung Harnleitersteine | 6.031 | 6.243 | 4.384 | 3.407 | 7.791 | 4 % | 25 % |
| Ovariektomien | 10.056 | 9.971 | 4.541 | 5.716 | 10.257 | -1 % | 3 % |
| Arthrodese Zehengelenk | 51.193 | 54.228 | 37.298 | 34.623 | 71.921 | 6 % | 33 % |
| Exzision Sinus pilonidalis | 10.946 | 14.214 | 7.117 | 15.444 | 22.561 | 30 % | 59 % |
| Summe | 108.706 | 117.843 | 62.061 | 82.390 | 144.451 | 8 % | 23 % |
| **Kosten** | | | | | | | |
| Bestimmte Hernieneingriffe | 21.077.260 | 27.136.022 | 7.138.213 | 40.731.599 | 47.869.812 | 29 % | 76 % |
| Entfernung Harnleitersteine | 4.483.889 | 4.901.397 | 2.997.259 | 5.069.667 | 8.066.926 | 9 % | 65 % |
| Ovariektomien | 5.894.055 | 6.038.704 | 2.774.203 | 8.958.008 | 11.732.211 | 2 % | 94 % |
| Arthrodese Zehengelenk | 32.184.558 | 37.667.832 | 26.705.838 | 34.515.641 | 61.221.479 | 17 % | 63 % |
| Exzision Sinus pilonidalis | 7.826.160 | 9.999.165 | 4.012.936 | 17.239.032 | 21.251.968 | 28 % | 113 % |
| Summe | 71.465.922 | 85.743.119 | 43.628.450 | 106.513.947 | 150.142.397 | 20 % | 75 % |
| **Durchschnittliche Kosten** | | | | | | | |
| Bestimmte Hernieneingriffe | 692 | 818 | 819 | 1.756 | 1.500 | 18 % | 83 % |
| Entfernung Harnleitersteine | 743 | 785 | 684 | 1.488 | 1.035 | 6 % | 32 % |
| Ovariektomien | 586 | 606 | 611 | 1.567 | 1.144 | 3 % | 89 % |
| Arthrodese Zehengelenk | 629 | 695 | 716 | 997 | 851 | 10 % | 23 % |
| Exzision Sinus pilonidalis | 715 | 703 | 564 | 1.116 | 942 | -2 % | 34 % |
| Summe | 657 | 728 | 703 | 1.293 | 1.039 | 11 % | 43 % |

***Tab. 2:*** Ausgewählte Kennzahlen für Vertragsärzte im Bereich der (potenziellen) Hybrid-DRGs, 2022 bis 2024. Anmerkung: Angesetzte Kosten basieren auf den durchschnittlichen Kosten gemäß § 115b SGB V-Abrechnungen der Krankenhäuser bereinigt um Preiseffekte. Quelle: AOK-Abrechnungsdaten (standardisiert und hochgerechnet auf gesamte GKV). Eigene Darstellung.

gabenseite (Erlösseite der Krankenhäuser), sondern auch die Kostenseite der Krankenhäuser verändert haben, zum Beispiel durch eingesparte Belegungstage. Da die Fallzahlen in Krankenhäusern von 2023 auf 2024 gestiegen sind, kann zudem davon ausgegangen werden, dass eingesparte Belegungstage für die Erbringung weiterer Krankenhausfälle genutzt worden sind. Unter betriebswirtschaftlichen Erwägungen ist auch ein höherer Wert für die Nutzung dieser Belegungstage gerechtfertigt.

Für die vertragsärztliche Versorgung wurden für die Ausgabenschätzung aus technischen Gründen die durchschnittlichen Kosten aus den § 115b SGB V-Leistungen in Krankenhäusern unterstellt. Auf dieser Basis ergeben sich im Jahr 2024 Ausgabensteigerungen von 64 Mio. Euro (+75%). In der Gesamtbetrachtung (Krankenhaus und Vertragsarzt) zeigt sich somit aktuell ein Ausgabenrückgang von 6 Mio. Euro (-1%). Der Mengeneffekt durch höhere Fallzahlen (+65 Mio. Euro) wurde dabei durch den Preiseffekt (-71 Mio. Euro) neutralisiert.

Sowohl im Krankenhaus als auch in der vertragsärztlichen Versorgung wurden im Jahr 2024 Hybrid-Leistungen noch über den EBM anstatt über die höhere Hybrid-DRG-Vergütung abgerechnet. Es ist naheliegend, dass diese Fälle zukünftig ebenfalls mit einer Hybrid-DRG in Rechnung gestellt werden. Auf dieser Grundlage würde sich für die GKV ein Ausgabenanstieg von 49 Mio. Euro (5%) ergeben, da dem Mengeneffekt kein Preiseffekt mehr entgegenstünde. In einem Szenario ohne Mengensteigerungen sollte kein Ausgabeneffekt zu beobachten sein. Denn die Ausgestaltung als gewichteter Mischpreis sollte bei gleichbleibender Menge das Ausgabenvolumen aus Sicht des Gesetzgebers insgesamt und damit auch den Durchschnittspreis stabil halten.

Insbesondere in der vertragsärztlichen Versorgung zeigte sich im Jahr 2024 ein Fallzahlanstieg von 23%. Entsprechende Entwicklungen sollten bei der Preisfestlegung zukünftig Berücksichtigung finden. Darüber hinaus waren auch bereits im Jahr 2023 Fallzahlsteigerungen in Krankenhäusern und in der vertragsärztlichen Versorgung zu verzeichnen. Inwiefern diese auf Nachholeffekte aus der Coronazeit, auf die Antizipation der Hybrid-DRGs oder die Überarbeitung des AOP-Kataloges zurückzuführen sind, lässt sich an dieser Stelle nicht beurteilen. Auch Kodiereffekte lassen sich mangels ambulanter Kodierrichtlinien und der komplexen Abrechnungssituation nicht ausschließen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass ab 2026 weitere mengensensible Indikationen für Hybrid-DRGs vorgesehen sind, muss dieser Frage weiter nachgegangen werden. Entsprechend ist ein Versorgungsmonitoring dringend zu empfehlen. Auch im Hinblick auf die jährliche Anpassung der Preise wäre dies zu begrüßen.

Im Hinblick auf eine Förderung der Ambulantisierung kann man hingegen feststellen, dass der Ambulantisierungsgrad mit Einführung der Hybrid-DRGs bisher nur leicht angestiegen ist. Von 42% im Jahr 2023 auf 49% im Jahr 2024. Weitere 28% der mit einer Hybrid-DRG abgerechneten Fälle blieben weiterhin für eine Übernachtung im Krankenhaus. Dort hat sich lediglich die Vergütung der Fälle verändert, die jedoch nicht automatisch zu einer Ambulantisierung geführt hat. Der erhöhte Anteil ambulant abgerechneter Leistungen spiegelt sich – zum Teil angesichts des kurzen Zeitraums sicherlich erwartbar – also bislang nur zum Teil in strukturellen Veränderungen in der Versorgung wider. Diese bilden das Potenzial für eine weitere „echte" Ambulantisierung.

Die Hybrid-DRG-Einführung hat bisher – trotz der deutlichen

**Gesamtbetrachtung (Krankenhaus und Vertragsarzt), 2022 bis 2024**

| Leistungsbereich | Gesamt | | | | | Szenario | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2022 | 2023 | 2024 | VÄR 2023 zu 2022 | VÄR 2024 zu 2023 | Szenario 2024 | VÄR 2024 zu 2023 |
| | | | | | | | |
| **Fallzahlen** | | | | | | | |
| Bestimmte Hernieneingriffe | 185.457 | 203.307 | 204.894 | 10% | 1% | 204.894 | 1% |
| Entfernung Harnleitersteine | 110.435 | 116.382 | 122.792 | 5% | 6% | 122.792 | 6% |
| Ovariektomien | 98.763 | 103.851 | 104.870 | 5% | 1% | 104.870 | 1% |
| Arthrodese Zehengelenk | 90.200 | 93.990 | 110.301 | 4% | 17% | 110.301 | 17% |
| Exzision Sinus pilonidalis | 38.081 | 49.630 | 62.075 | 30% | 25% | 62.075 | 25% |
| Summe | 522.936 | 567.160 | 604.932 | 8% | 7% | 604.932 | 7% |
| **Kosten** | | | | | | | |
| Bestimmte Hernieneingriffe | 391.903.373 | 394.718.032 | 388.943.260 | 1% | -1% | 403.064.237 | 2% |
| Entfernung Harnleitersteine | 260.494.826 | 271.694.679 | 256.862.476 | 4% | -5% | 261.792.218 | -4% |
| Ovariektomien | 219.483.609 | 206.400.674 | 203.949.777 | -6% | -1% | 218.076.608 | 6% |
| Arthrodese Zehengelenk | 122.155.108 | 119.960.830 | 126.273.590 | -2% | 5% | 138.016.704 | 15% |
| Exzision Sinus pilonidalis | 44.930.272 | 50.004.269 | 60.736.803 | 11% | 21% | 70.804.145 | 42% |
| Summe | 1.038.967.188 | 1.042.778.483 | 1.036.765.907 | 0% | -1% | 1.091.753.912 | 5% |
| **Durchschnittliche Kosten** | | | | | | | |
| Bestimmte Hernieneingriffe | 2.113 | 1.941 | 1.898 | -8% | -2% | 1.967 | 1% |
| Entfernung Harnleitersteine | 2.359 | 2.335 | 2.092 | -1% | -10% | 2.132 | -9% |
| Ovariektomien | 2.222 | 1.987 | 1.945 | -11% | -2% | 2.079 | 5% |
| Arthrodese Zehengelenk | 1.354 | 1.276 | 1.145 | -6% | -10% | 1.251 | -2% |
| Exzision Sinus pilonidalis | 1.180 | 1.008 | 978 | -15% | -3% | 1.141 | 13% |
| Summe | 1.987 | 1.839 | 1.714 | -7% | -7% | 1.805 | -1,8% |

***Tab. 3:*** Gesamtbetrachtung (Krankenhaus und Vertragsarzt), 2022 bis 2024.
Anmerkung: Um Preiseffekte durch Steigerung des Landesbasisfallwertes und Orientierungswertes vertragsärztlicher Leistungen bereinigt.
Quelle: AOK-Abrechnungsdaten (standardisiert und hochgerechnet auf gesamte GKV). Eigene Darstellung.

Mengenausweitungen – die GKV-Ausgaben nicht erhöht. Dies ist aber nur darauf zurückzuführen, dass weiterhin ambulante Leistungen nach EBM vergütet werden, welche eigentlich über die Hybrid-DRG vergütet werden könnten. Auch bei einer Abrechnung aller ambulanten Hybrid-Fälle über Hybrid-DRGs wäre die Einführung der Hybrid-DRG ausgabenneutral möglich gewesen, wenn keine Mengeneffekte zu verzeichnen wären. Jedoch gibt es getrieben durch die Mischkalkulation insbesondere im vertragsärztlichen Bereich Mengenausweitungen.

Dennoch wurden die im Jahr 2024 eingeführten Hybrid-Leistungen weiterhin hauptsächlich im Krankenhaus erbracht, wobei ein hoher Anteil der Fälle mit einer Übernachtung im Krankenhaus verbleibt. Die Anpassung der Strukturen wird also voraussichtlich noch Zeit benötigen.

Aus der gesamtgesellschaftlichen Sicht der Solidargemeinschaft muss eine Ambulantisierung von bisher stationär erbrachten Leistungen dazu führen, dass die Effizienzgewinne in der Versorgung bei den Beitragszahlenden ankommen und die Versicherten und damit unsere Sozialsysteme entlasten. Hinzu kommt, dass eine Zunahme von ambulanten Operationen im vertragsärztlichen Sektor die angespannte Terminsituation in der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung für konservative Versorgung weiter verschärft. Die deutlichen Mengenausweitungen im vertragsärztlichen Sektor um 23% können entsprechend interpretiert werden. Im Jahr 2026 werden besonders mengensensible Leistungsbereiche wie diagnostische Herzkatheter und Ereignisrekorder in den Katalog für Hybrid-DRGs aufgenommen. Da die Indikationsgerechtigkeit kaum im Einzelfall geprüft werden kann, ist der Anreiz zur Mengenausweitung zu beseitigen. <<

## Literatur


[1] BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2023). Referentenentwurf: Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/H/RefE_Hybrid-DRG-V.pdf (abgerufen am: 22.10.2025)

[2] SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (2024). Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2.__durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf_2.pdf (abgerufen am: 22.10.2025)

[3] Dengler, R., Froschauer, S., Kron, F.: „Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) im Kontext der aktuellen gesundheitspolitischen Reformen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (05/23), S. 63–70. http://doi.org/10.24945/MVF.05.23.1866-0533.2548

[4] Swart, E./Schmitt, J. (2014). Standardized reporting of secondary data analyses (STROSA) – Vorschlag für ein Berichtsformat für Sekundärdatenanalysen. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 108(8-9), 511-516

[5] InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2024). Definitionshandbuch 2024. https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2024/definitionshandbuch/definitionshandbuch-2024. (abgerufen am: 22.10.2025)

[6] GKV-SV – GKV-Spitzenverband (2025). Fokus: Vergütung ärztlicher Leistungen. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/verguetung_aerztlicher_leistungen/s_thema_aerzteverguetung.jsp#:~:text=September%202021%20gegen%20die%20Stimmen,500%20Millionen%20Euro (abgerufen am: 22.10.2025)

## Autorenerklärung

Corinna Hentschker, Robert Messerle, Julia Schlüter und Jürgen Malzahn sind Mitarbeiter des AOK-Bundesverbandes. Jochen Schmitt ist Universitätsprofessor der TU Dresden und Mitglied des Sachverständigenrats Gesundheit und Pflege. Die Aufbereitung der Daten, Analyse und Interpretation der Daten und die Manuskripterstellung erfolgte einzig durch die Autoren ohne die Beteiligung oder finanzielle Unterstützung Dritter.

## Zitationshinweis

Hentschker et al.: „Effekte der Hybrid-DRG-Einführung – eine Analyse auf Basis von AOK-Daten“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (01/26), S. 73–81. http://doi.org/10.24945/MVF.01.26.1866-0533.2801

## Effects of the introduction of hybrid DRGs – an analysis based on administrative claims data

**Background:** The introduction of hybrid DRGs (§ 115f SGB V) aimed to accelerate the shift towards outpatient treatment of services that were traditionally provided in an inpatient setting. In 2024, five service areas were defined for which hospitals and physicians receive equal payment under the hybrid DRG system.

**Methods:** We analysed the effects of the introduction of hybrid DRG using administrative claims data from a large German statutory health insurance provider (AOK) from 2022 to 2024. To draw conclusions about the entire statutory health insurance (SHI) system, we standardised the data according to age, gender and federal state and extrapolated it to the entire SHI system. We analysed the development of case numbers and expenditure, both overall and inpatient and outpatient sector separately.

**Results:** In 2024, 360,000 cases fell under the hybrid DRG regulation. Overall, there has been a 7% increase in the number of cases compared to the previous year. The proportion of outpatient cases across the five considered service areas rose from 42% in 2023 to 49% in in 2024. Overall, the volume of expenditure has remained unchanged. However, this is because outpatient services were still often billed according to the EBM system.

**Conclusion:** From the perspective of the SHI system, shifting from inpatient to outpatient services should lead to more efficient care. However, the present analysis shows that physicians have quickly responded to higher prices, resulting in a significant increase in volume. The financial impact on the SHI system remains neutral for now, but only because a significant proportion of cases continue to be billed under the EBM system. Once hybrid DRG billing is in place, the SHI system can expect cost increases of around 5% (49 million Euro) as a result of the increased volume.

### Keywords

Outpatient care, hybrid DRG, administrative claims data, efficiency, health economics

**Dr. rer. oec. Corinna Hentschker** ORCID: 0000-0002-1409-8382
ist promovierte Gesundheitsökonomin und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) im Forschungsbereich Krankenhaus. Zuvor war sie am RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung beschäftigt.
Kontakt: Corinna.Hentschker@wido.bv.aok.de



**Dr. rer. oec. Robert Messerle** ORCID: 0000-0002-0354-8675
leitet den Forschungsbereich Gesundheitspolitik/Systemanalysen im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO). 2020 bis 2024 promovierte er an der Universität Hamburg in Gesundheitsökonomie. Zuvor arbeitete er beim GKV-Spitzenverband in der Analyse der ambulanten Versorgung sowie in den Geschäftsstellen des Sachverständigenrates Gesundheit und Pflege und der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem. Kontakt: Robert.Messerle@wido.bv.aok.de



**Julia Schlüter MaHE**
ist seit 2017 Referentin im Bereich stationäre Versorgung beim AOK-Bundesverband. Zuvor war sie 14 Jahre an der Charité Universitätsmedizin Berlin im Wissenschaftsmanagement beschäftigt. Sie studierte Betriebswirtschaft und hat einen Abschluss als Master of Health Economics (MaHE).
Kontakt: Julia.Schlueter@bv.aok.de



**Prof. Dr. med. Jochen Schmitt MPH** ORCID: 0000-0003-0264-0960
war nach Medizin- und Public-Health-Studium zunächst rund zehn Jahre (ober)ärztlich an der Klinik und Poliklinik für Dermatologie am Universitätsklinikum Dresden tätig. 2011 erhielt er den Ruf auf die Professur für Sozialmedizin und Versorgungsforschung an der TU Dresden und ist seit 2012 Gründungsdirektor des Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) der Dresdner Hochschulmedizin. Er ist Mitglied im SVRt Gesundheit und Pflege und Stv. Vorsitzender des DNVF. Kontakt: Jochen.Schmitt@ukdd.de



**Dr. med. Jürgen Malzahn** ORCID: 0009-0006-2165-6684
studierte in Berlin und Frankfurt am Main Humanmedizin. Seit 1997 ist er im AOK-Bundesverband tätig, bis zum Jahr 2000 im Referat Krankenhaus-Fallmanagement. Danach wechselte er ins Referat Krankenhäuser. Seit 2007 leitet er die Abteilung Stationäre Versorgung/Rehabilitation.
Kontakt: Juergen.Malzahn@bv.aok.de

