

Rein in die Kartoffeln, raus aus den Kartoffeln!

Abschaffung der Hybrid-DRGs soll bis 2028 erfolgen!

Am 5. Oktober haben die Fraktionen von CDU/CSU und SPD überraschend einen Änderungsantrag zur vollständigen **Abschaffung der Hybrid-DRGs ab dem Jahr 2028** vorgelegt obwohl doch eigentlich im Gesetz ursprünglich eine Fallzahlausweitung auf zwei Millionen Fälle ab dem Jahr 2030 geplant ist.

Diese Abschaffung des § 115f SGB V soll jetzt allerdings noch im Rahmen von Änderungen der Notfallreform bis Ende 2026 beschlossen werden und konterkariert alle bisherigen Aktivitäten der Ambulantisierung. Denn ab dem 1. Januar 2027 sollen ambulante Hybrid-Fälle (ohne Übernachtung) **nur noch nach dem EBM vergütet** werden. Ab 2028 soll es dann gar keine Hybrid-DRGs mehr geben.

Das plötzliche Abschaffen der erst 2024 eingeführten Vergütungsform steht u. E. symbolisch für eine erratische, fast kopflose Gesundheitspolitik.

Es verdeutlicht, dass selbst **mittelfristige Planungen** für Krankenhäuser und andere Leistungserbringer **immer schwieriger** oder unmöglich werden.

Wer in den letzten beiden Jahren mit der Gründung oder dem Ausbau eines MVZs am eigenen Krankenhaus begonnen hat, weil die Hybrid-DRGs neue Möglichkeiten aufgezeigt haben, steht nun vor einem, kaum zu kalkulierendem, finanziellen Risiko. **Wir haben das Wichtigste im Weiteren zusammengefasst.**

Das geplante Vergütungsmodell nach § 115f SGB V ab 2027:

Wenn eine Leistung aus dem Hybrid-DRG-Katalog ab dem 01.01.2027 **ohne Übernachtung** erbracht wird, soll die **Vergütung ausschließlich mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung (EBM)** erfolgen. Die Krankenkassen zahlen diese Preise vollständig - bei Vertragsärzten außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Sachkosten werden gesondert vergütet: bei Vertragsärzten nach dem Gesamtvertrag, bei Krankenhäusern nach dem AOP-Vertrag (§ 115f Abs. 6 SGB V neu). Wer wie abrechnet (Operator/Anästhesist) ist noch nicht bekannt.

Somit sollen Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren ab dem nächsten Jahr nur noch den im Vergleich zur Hybrid-DRG wesentlich niedrigeren EBM-Erlös erhalten. Dasselbe gilt auch für Krankenhäuser bei Hybrid-Leistung ohne Übernachtung.

Aber hier ist Vorsicht geboten: Nicht alle Leistungen (OPS) aus dem Hybrid-DRG-Katalog sind auch Bestandteil des EBM bzw. des AOP-Katalogs. Welche EBM-Position einer solchen Leistung entspricht und wie ein Krankenhaus dann EBM-Preise abrechnen soll, wenn die Leistungen nicht im §115b SGB V aufgeführt sind, regelt der Änderungsantrag nicht. Auch was „ohne Übernachtung“ im Einzelnen bedeutet, liegt bislang nicht vor und ist den Antragstellern sicherlich auch nicht bewusst.

Krankenhäuser hätten somit einen **deutlichen Anreiz**, Patienten wieder für **mindestens eine Nacht aufzunehmen**, wenn der OPS im Hybrid-DRG-Katalog enthalten ist – auch, um überhaupt abrechnen zu können, wenn die Leistung nicht im §115b SGB V enthalten ist!

Wird die Hybrid-DRG-Leistung nämlich **mit einer Übernachtung** erbracht, so sieht die Planung für 2027 weiterhin den **vollen Betrag der Hybrid-DRG-Fallpauschale** vor. Eine aG-DRG-Fallpauschale ist für diese Leistungen ausgeschlossen (Begründung zu Änderungsantrag 1, S. 7). Aber ist das in der Praxis ohne Weiteres umsetzbar?

Somit wird noch fraglicher als zuvor, wie sich die Hybrid-DRGs mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V und dem Vorrang der ambulanten Behandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V noch vereinbaren lassen. Das „*fiktive wirtschaftliche Alternativverhalten*“ aus der Sozialrechtsprechung lässt grüßen.

Drohen für 2027 dann doch Anfragen nach medizinischer Begründung (MBEG) und primäre Fehlbelegungsprüfung bei Hybrid-DRGs?

Ausgeschlossen waren solche Prüfungen eigentlich nie:

Nach § 115f Abs. 3 Satz 4 SGB V prüfen die Krankenkassen Abrechnung und Wirtschaftlichkeit, auf Wunsch über den Medizinischen Dienst. Solange der Preis mit ein bzw. zwei oder ohne Übernachtungen gleich war, lohnte sich die Prüfung der primären Fehlbelegung für die Kassen natürlich nicht. Ab 2027 würde sie sich dann doch lohnen.

Wie dann geprüft wird, zeigt leider erst die dann erforderliche Regelung in der Praxis, wenn die Anfragen der Krankenkassen kommen und die Fälle vor den Sozialgerichten landen. Ein vereinbarter Prüfverzicht ist nicht in Sicht: Die Vertragsparteien regeln nach § 115f Abs. 3 Satz 6 SGB V nur Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens. Für Kliniken würde das bedeuten, ab 2027 bei jedem Hybrid-Fall mit Übernachtung belegen zu müssen, warum der Patient über Nacht bleiben musste.

Umstellungsaufwand in der Fallführung

Eine überhastete Abschaffung der Hybrid-DRGs, kurz nachdem diese erst 2026 auf eine Verweildauer von bis zu zwei Tagen ausgedehnt wurden, würde auch für großes Chaos bei der Fallführung in den Kliniken sorgen.

Welcher Operateur (und welche Patienten) sollen denn noch nachvollziehen können, warum Fälle aus diesem Hybrid-Bereich im Jahr 2027 wieder anders geführt werden als im Jahr 2026? Dasselbe Chaos entstand schon im Wechsel 2025/2026 in der Kinder-Chirurgie, als die Kinder und Jugendlichen aus den Hybrid-DRGs herausgenommen wurden (und 2027 wieder reinkommen).

Zu bedenken wären auch die Kosten, die Krankenhäuser für aufwendige Hybrid-DRG-Analysetools und Fallführungspiloten im Bereich der EDV ausgegeben haben, die sich nun als nicht nachhaltige Investition erweisen.

Für 2027 kommt ein neuer Aufwand hinzu: Fälle mit und ohne Übernachtung sind mit einer vom InEK zertifizierten Software zu trennen (§ 115f Abs. 6 Satz 2 SGB V neu). In einem System knapper Ressourcen wäre eine umsichtige Politik der Nachhaltigkeit von Maßnahmen nicht nur wünschenswert, sondern geboten.

Kurzzeitfallpauschalen ab 2028

Anstelle der Hybrid-DRGs soll es ab 2028 sogenannte Kurzzeitfallpauschalen geben. Diese umfassen stationäre Fälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und höchstens zwei Übernachtungen. Eine untere Grenzverweildauer wird nicht kalkuliert (§ 17b Abs. 2a KHG).

Dass diese neuen Pauschalen eingeführt werden, war bereits mit dem GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz bekannt. Unklar war jedoch, wie sie im Kontext der Hybrid-DRGs funktionieren sollten. Der Änderungsantrag streicht nun den Prüfauftrag, ob statt einer Kurzzeitfallpauschale eine Hybrid-DRG abzurechnen ist, und schreibt vor, dass der Wechsel von 2027 auf 2028 keine Mehrausgaben für die Krankenkassen verursachen darf (§ 17b Abs. 2a Satz 8 KHG neu).

Ein Ersatz eins zu eins ist das nicht: Steht eine Leistung im AOP-Katalog, ist die Kurzzeitfallpauschale grundsätzlich ausgeschlossen (§ 8 Abs. 5a KHEntgG). Wie Krankenhausfälle ohne Übernachtung ab 2028 vergütet werden, lässt der Antrag offen.

Wie es weitergeht?

Die Anhörung im Gesundheitsausschuss war am 7. Oktober 2026. Nach Presseberichten soll der Ausschuss am 14. Oktober beschließen und der Bundestag am 15. oder 16. Oktober abstimmen. Ein amtlicher Termin steht noch nicht fest (Stand 7. Oktober 2026).

Plenarsitzungen des Bundesrates sind am 16. Oktober, 20. November und 18. Dezember 2026. Laut Entwurf ist die Notfallreform ein Einspruchsgesetz:

Der Bundesrat kann den Vermittlungsausschuss anrufen und Einspruch einlegen, den der Bundestag zurückweisen kann. Damit die Regeln für 2027 wie geplant zum 1. Januar 2027 gelten, muss das Gesetz bis zum Jahresende verkündet sein.

Es ist also wieder einmal zu erwarten, dass bis in den tiefen Dezember 2026 hinein keine Klarheit darüber besteht, wie es konkret weitergeht. Insbesondere diese kurzfristig anberaumte Abschaffung der Hybrid-DRGs lässt befürchten, dass die Entwicklung und Umsetzung der Kurzzeit-Fallpauschalen mit mindestens ebenso vielen Fragen und Unwägbarkeiten verbunden sein werden.

Was jetzt zu tun ist:

Zunächst einmal gilt es abzuwarten, wie genau der Antrag umgesetzt wird.

Sollte es zu den Änderungen kommen, müssen diese intern mit dem ärztlichen Personal entsprechend kommuniziert und das weitere Vorgehen abgestimmt werden.

Laufende Projekte mit ambulanten OP-Zentren und hohem Hybrid-DRG-Leistungsanteil sollten vor weiteren Investitionen mit EBM-Preisen und der Sachkostenregel 2027 durchgerechnet werden.

Quelle: Deutscher Bundestag, Ausschussdrucksache 21(14)107 vom 5. Oktober 2026, Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (BT-Drs. 21/6808), S. 1-8.

KAYSERS CONSILIUM^{GmbH}

Schulung und Beratung im Gesundheitswesen

Marienstraße 24 - 47623 Kevelaer