Robert Messerle · Corinna Hentschker · Matthias Maneck · Stephan Zähres · David Scheller-Kreinsen

Hybrid-DRGs im Fokus

Ausgaben- und Mengenentwicklung sowie Qualitätsaspekte im zweiten Jahr der Umsetzung

WIdO e-Paper 15 (2026)

WIdO | Wissenschaftliches Institut der AOK

Impressum

Die vorliegende Publikation ist ein Beitrag des
Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

Hybrid-DRGs im Fokus
Ausgaben- und Mengenentwicklung sowie Qualitätsaspekte
im zweiten Jahr der Umsetzung
WIdO e-Paper 15 (2026)

Berlin, im September 2026

Robert Messerle, Corinna Hentschker, Matthias Maneck,
Stephan Zähres, David Scheller-Kreinsen

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
im AOK-Bundesverband eGbR – Arbeitsgemeinschaft
von Körperschaften des öffentlichen Rechts
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Geschäftsführender Vorstand:
Dr. Carola Reimann (Vorsitzende)
Jens Martin Hoyer (stellv. Vorsitzender)
https://www.aok.de/pp/impressum/
Registergericht Berlin (Charlottenburg), GsR 634 B

Aufsichtsbehörde:
Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege
–SenWGP–
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Redaktionelle Bearbeitung: Melanie Hoberg, Tatjana Schwarz
Satz: Tatjana Schwarz
Titelfoto: istockphoto/faustasyan

Copyright: © 2026 Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO).
Creative Commons: Namensnennung - 4.0 International (CC BY 4.0)
https://creativecom-mons.org/licenses/by/4.0/deed.de
Der Inhalt dieser Publikation darf demnach uneingeschränkt und in allen Formen genutzt, geteilt und wiedergegeben werden, solange der Urheber und die Quelle angemessen angegeben werden.

DOI: https://doi.org/10.4126/FRL01-006529344

E-Mail: wido@wido.bv.aok.de
Internet: www.wido.de

Inhalt

Zusammenfassung/Abstract **4**

1 Einleitung **6**

2 Methodik **8**

2.1 Beschreibung der Datenselektion für Fallzahl- und Ausgabenentwicklung 8
2.1.1 Am Krankenhaus erbrachte Leistungen 8
2.1.2 Vertragsärztliche Leistungen 10
2.2 Qualitätsbetrachtungen 11
2.3 Limitationen 11

3 Mengen- und Ausgabenentwicklung **12**

3.1 Entwicklung der Fallzahlen 12
3.2 Entwicklung der Ausgaben 14
3.3 Ambulantisierungsgrad und Versorgungsbereich 17
3.4 Entwicklung der Fallzahlen nach Leistungsbereichen 19
3.5 Ausblick 2026 22

4 Qualität der Versorgung **24**

5 Diskussion und Fazit **27**

Abbildungsverzeichnis **29**

Tabellenverzeichnis **30**

Literaturverzeichnis **31**

Zusammenfassung/Abstract

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 und Wirtschaftlichkeitsreserven heben. Um den Rückstand bei der Ambulantisierung in Deutschland zu reduzieren, wurden im Jahr 2024 erstmals Leistungsbereiche festgelegt, für die Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und -ärzte einheitliche sektorenunabhängige Fallpauschalen (Hybrid-DRGs) erhalten. Mit den Erweiterungen des Katalogs in den Jahren 2025 und 2026 umfasst das Regelwerk mittlerweile 69 Hybrid-DRGs. Damit wurde der Anwendungsbereich deutlich erweitert und komplexere Leistungsbereiche, bei denen sowohl Mengeneffekte als auch qualitative Aspekte der Versorgung besondere Relevanz entfalten, wurden adressiert.

Methodik: Wir analysieren den Effekt der Einführung der Hybrid-DRG-Vergütung anhand von AOK-Routinedaten der Jahre 2022 bis 2025. Zur Ableitung von Aussagen für die gesamte gesetzliche Krankenversicherung (GKV) werden die AOK-Daten anhand der KM6-Statistik nach Alter, Geschlecht und KV-Region standardisiert und auf die Gesamtpopulation hochgerechnet. Für den längsschnittlichen Vergleich wird ein über die Jahre stabiler Warenkorb an einbezogenen Hybrid-Leistungen unabhängig von der Versorgungsform (Behandlung im Krankenhaus oder vertragsärztlich) gebildet. Berücksichtigt werden alle im Hybrid-DRG-Katalog 2025 enthaltenen Leistungsbereiche; ergänzend erfolgt eine explorative Abschätzung der potenziellen Effekte der im Jahr 2026 eingeführten Hybrid-DRGs. Für die betrachteten Leistungsbereiche werden die Fallzahlen insgesamt sowie getrennt nach ambulanter und stationärer Leistungserbringung ausgewiesen. Zusätzlich analysieren wir die Auswirkungen auf die Ausgabenentwicklung in beiden Sektoren. Zur Beurteilung von Effekten auf die Versorgungsqualität im vertragsärztlichen Bereich werden Krankenhausaufnahmeraten innerhalb von 30 Tagen bei Patientinnen und Patienten nach der Behandlung mit abgerechneter Hybrid-DRG explorativ ausgewertet.

Ergebnisse: Im Jahr 2025 wurden rund 830.000 Fälle abgerechnet, die unter die Hybrid-DRG-Regelung fallen. Diese waren mit Ausgaben in Höhe von ca. 1,2 Mrd. Euro für die GKV verbunden. Werden alle ambulanten und stationären Leistungen mit Leistungen des Hybrid-DRG-Katalogs im Sinne des Warenkorbs in eine Gesamtschau einbezogen betreffen diese Leistungen im Jahr 2025 1,3 Mio. Fälle und ein Vergütungsvolumen von ca. 2,9 Mrd. Euro. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich damit eine Mengensteigerung von 17 Prozent und ein inflationsbereinigter Ausgabenanstieg von 14 Prozent. Hybrid-DRGs führen damit aktuell zu erheblichen Mehrausgaben von ca. 360 Mio. Euro. Für die im Jahr 2026 eingeführten neuen Hybrid-DRGs lassen die ersten Trends auf Basis des ersten Quartals 2026 erwarten, dass sich Ausgaben- und Mengeneffekte verstetigen werden. Gleichzeitig erschweren die zunehmende Komplexität der Leistungsausgestaltung und die sektoral unterschiedlichen Kodieranforderungen detailliertere Schlussfolgerungen. Die Qualitätsanalysen zeigen im vertragsärztlichen Bereich keine Hinweise auf Qualitätsprobleme in der Versorgung. Insgesamt wird nur ein kleiner Teil der Patientinnen und Patienten nach der initialen vertragsärztlichen Leistung innerhalb von 30 Tagen in ein Krankenhaus aufgenommen. Von den in diesem Zusammenhang dokumentierten Behandlungsanlässen weist nur ein Teil auf ein Komplikationsgeschehen hin.

Diskussion: Vor dem Hintergrund der schwachen wirtschaftlichen Entwicklung und der angespannten GKV-Finanzsituation sollte eine Ambulantisierung von bisher stationär erbrachten Leistungen zu einer gesteigerten Wirtschaftlichkeit der Versorgung beitragen. Die vorliegende Analyse zeigt jedoch, dass insbesondere in der vertragsärztlichen Versorgung schnell auf die höheren Preise reagiert wurde und starke Mengensteigerungen zu verzeichnen sind. Der finanzielle Effekt auf die GKV ist mit über die allgemeinen Ausgabensteigerungen hinausgehenden Mehrausgaben von ca. 360 Mio. Euro erheblich. Im Sinne eines lernenden Systems müssen Preisanpassungen zeitnah erfolgen, damit gesteigerte Ambulantisierungsanteile in der Preisfindung berücksichtigt werden. Nur so können nicht intendierte Ausgabensteigerungen vermieden und nicht gerechtfertigte Mengenanreize beseitigt werden.

Abstract

Background: The introduction of Hybrid-DRGs was intended to speed up the transition to outpatient care for services that were traditionally provided on an inpatient basis. This process was progressing slowly by international standards, and the aim was also to tap into efficiency reserves. To accelerate this shift, service areas were defined for the first time in 2024, for which hospitals and office-based doctors would receive standardised, sector-independent flat-rate payments (Hybrid-DRGs). Following extensions to the catalogue in 2025 and further expansion in 2026, the regulatory framework now comprises 69 hybrid DRGs. This has significantly broadened the scope of application to include more complex service groups where both volume effects and the quality of care are particularly relevant.

Methodology: We analyse the effect of introducing Hybrid-DRG remuneration using AOK routine data from 2022 to 2025. To derive conclusions for the entire statutory health insurance (GKV) system, the AOK data were standardised according to age, gender, and health insurance region using KM6 statistics, and extrapolated to the total population. For the longitudinal comparison, a stable basket of medical services related to the Hybrid-DRGs was established across the years, regardless of the form of care (hospital treatment or treatment by office-based doctors). All service areas included in the 2025 Hybrid-DRG catalogue were considered, and the potential effects of the Hybrid-DRGs introduced in 2026 were also assessed on an exploratory basis. The total number of cases was reported for each service area, as well as for outpatient and inpatient care provision separately. Furthermore, we analysed the effects on expenditure trends in both sectors. To evaluate the impact on quality of care in the office-based medical sector, we conducted an exploratory analysis of 30-day hospital admission rates for patients treated and billed under a Hybrid-DRG.

Results: Around 830,000 cases were billed under the Hybrid-DRG scheme in 2025. This was associated with expenditure of around €1.2 billion for the statutory health insurance (GKV). If all outpatient and inpatient services related to the Hybrid-DRG catalogue – as defined by the 'basket of services' – are included in an overall analysis, these services account for 1.3 million cases and a reimbursement volume of around €2.9 billion in 2025. Compared with the previous year, this represents a 17 per cent increase in volume and a 14 per cent inflation-adjusted increase in costs. Hybrid-DRGs are therefore currently leading to additional expenditure of €360 million. Initial trends based on the first quarter of 2026 suggest that cost and volume effects will continue for the new Hybrid-DRGs introduced in 2026. However, the increasing complexity and the varying coding requirements across sectors make it difficult to draw more detailed conclusions. Quality analyses show no evidence of quality issues. Overall, only a small proportion of patients are admitted to hospital within 30 days of receiving an initial service from an office-based doctor. Of the treatment occasions documented in this context, only some indicate the occurrence of complications.

Discussion: Against the backdrop of weak economic growth and the strained financial situation of the statutory health insurance system, the intention behind shifting services from inpatient to outpatient care was intended to make healthcare provision more cost-effective. However, the present analysis shows that there was a rapid response to the financial incentives, particularly from office-based doctors, with significant increases in the volume of services recorded. This has had a considerable financial impact on statutory health insurance, resulting in additional expenditure of €360 million. In the spirit of a learning system, price adjustments must be made promptly to reflect increased proportions of outpatient care. This is the only way to avoid unintended expenditure increases and eliminate unjustified, volume-based incentives.

1 Einleitung

Mit dem § 115f SGB V wurde zum 1. Januar 2024 eine sektorengleiche Fallpauschalen-Vergütung (Hybrid-DRGs) eingeführt, um die im internationalen Vergleich nur langsam fortschreitende Ambulantisierung zu beschleunigen. Der Startkatalog 2024 umfasste fünf Leistungsbereiche und zwölf Hybrid-DRGs. Eine Analyse nach dem ersten Jahr der Einführung der Hybrid-DRGs zeigte zwar eine moderate Steigerung der ambulanten Leistungserbringung, die strukturelle Verlagerung vom stationären in den ambulanten Sektor blieb jedoch begrenzt (Hentschker et al. 2026). Ein erheblicher Anteil der Fälle wurde weiterhin mit Übernachtung im Krankenhaus behandelt, sodass sich häufig eher die Vergütungsform als die Versorgungsform änderte. Gleichzeitig waren bereits deutliche Mengeneffekte zu beobachten: Insbesondere im vertragsärztlichen Bereich stiegen Fallzahlen und Ausgaben spürbar, was mögliche Einsparungen kompensierte und überlagerte. Insgesamt fielen die ökonomischen Effekte ambivalent aus, da Einsparungen im stationären Bereich steigenden Ausgaben und Fallzahlen in anderen Versorgungsbereichen gegenüberstanden. Weitere Auswirkungen, z. B. zur Qualität der Versorgung, wurden nicht erfasst.

Für das Jahr 2025 wurde der Katalog auf neun Leistungsbereiche, 22 Hybrid-DRGs und 575 OPS-Kodes erweitert. Infolge der veränderten gesetzlichen Vorgaben, die die Erfassung von einer Million stationärer Fälle vorgaben, kamen im Jahr 2026 mengensensible kardiologische und gefäßmedizinische Eingriffe hinzu (69 DRGs, 904 OPS, bis zu zwei Tage Verweildauer). Dementsprechend ist die weitere Betrachtung der Auswirkungen von Hybrid-DRGs sowohl im Hinblick auf die Quantität als auch auf die Qualität der Versorgung von hoher Bedeutung.

Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Analyse den Effekt der Einführung der Hybrid-DRG-Vergütung anhand von AOK-Abrechnungsdaten aus den Jahren 2022 bis 2025; explorativ wird außerdem das erste Quartal 2026 einbezogen. Betrachtet wird die Entwicklung (a) der Fallzahlen insgesamt und (b) differenziert nach ambulanter und stationärer Leistungserbringung. Darüber hinaus wird der Einfluss der Hybrid-DRGs auf die Ausgabenentwicklung in beiden Sektoren untersucht. Um einen Vergleich der Mengen- und Ausgabeneffekte über die Zeit zu ermöglichen, werden wie bei einem Warenkorb auch die potenziellen Hybrid-DRG-Fälle mit Abrechnung nach DRG, nach § 115b SGB V (ambulantes Operieren/AOP) und nach EBM in den Daten identifiziert. Um Rückschlüsse auf die GKV insgesamt zu ermöglichen, erfolgt eine Standardisierung der Daten nach Alter, Geschlecht und KV-Region auf Basis der KM6-Statistik sowie eine Hochrechnung auf die Gesamt-GKV. Neben dieser ökonomischen Perspektive werden auch erste Schlussfolgerungen zu den Auswirkungen auf die Versorgungsqualität betrachtet, indem Krankenhausaufnahmeraten nach vertragsärztlichen Hybrid-DRG-Fällen analysiert werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Hybrid-DRGs inzwischen weit über die reine Verlagerung von stationären Fällen in den ambulanten Bereich hinausgehen. In der Diskussion zur Erweiterung des Katalogs lag der Fokus, den Vorgaben des Gesetzgebers folgend, vor allem auf dem Potenzial ehemals vollstationärer Fälle. So wurde im Rahmen der Katalogerweiterung 2025 von rund 300.000 Fällen gesprochen und die Hybrid-DRGs wurden insbesondere im Zusammenhang mit dem aG-DRG-System aus stationärer Perspektive diskutiert (Deutsches Ärzteblatt 2025). Hinzukommen hier aber die Fälle aus dem ambulanten Operieren im Krankenhaus und die Behandlungen bei den Vertragsärztinnen und -ärzten, die ebenfalls unter die Regelungen der Hybrid-DRGs fallen.

Die tatsächliche Entwicklung zeigt daher ein deutlich breiteres Inanspruchnahmegeschehen: Im Jahr 2025 wurden über 800.000 Fälle über Hybrid-DRGs abgerechnet, davon rund 500.000 in Krankenhäusern. Dies bedeutet, dass in erheblichem Umfang auch Leistungen erfasst werden, die zuvor bereits ambulant erbracht wurden. Darüber hinaus spricht die starke Ausweitung der Fallzahlen dafür, dass die Hybrid-DRGs nicht ausschließlich zu einer Substitution stationärer Leistungen führen, sondern auch zusätzliche Leistungsanreize erzeugen. Während im Jahr 2024 noch 1,15 Mio. Fälle mit Prozeduren aus dem Hybrid-Katalog 2025 erbracht wurden, waren es im Jahr 2025 1,35 Mio. Fälle. Das

entspricht einem Anstieg von 17 Prozent. Dieser Anstieg wird wesentlich durch den vertragsärztlichen Bereich getrieben; jedoch sind auch im Krankenhaus Mengensteigerungen zu verzeichnen.

Der Ambulantisierungseffekt der Hybrid-DRGs ist auch im Jahr 2025 zu sehen: Der Anteil der ambulant erbrachten Leistungen des in diesem Beitrag betrachteten Warenkorbs lag 2025 bei 48 Prozent, 2024 bei 38 Prozent. Die Verlagerung in ambulante Versorgungsformen bleibt begrenzt, da weiterhin ein relevanter Anteil der Hybrid-DRG-Leistungen stationär mit Übernachtung erbracht wird.

Ausgabenseitig ergibt sich kein Entlastungseffekt: Die Ausgaben für den Hybrid-DRG-Warenkorb im Krankenhausbereich betragen im Jahr 2025 2,5 Mrd. Euro, davon entfallen 0,8 Mrd. Euro direkt auf die Hybrid-DRGs. Inflationsbereinigt[1] liegen die Ausgaben um ca. 130 Mio. Euro bzw. 6 Prozent über dem Vorjahreswert. Im vertragsärztlichen Bereich fallen 2025 Ausgaben von über 400 Mio. Euro an, fast ausschließlich für Hybrid-DRGs. Im Vorjahresvergleich ist dies eine inflationsbereinigte Verdopplung bzw. ein Anstieg um 220 Mio. Euro, geprägt durch Fallzahl- und Vergütungseffekte.

Insgesamt zeigen die Hybrid-DRGs sowohl Struktur- als auch Mengeneffekte: Die Leistungs- und Ausgabenverteilung verändert sich zwischen den Sektoren. Im Vergleich zum Vorjahr ergibt sich insgesamt eine inflationsbereinigte Ausgabensteigerung von ca. 360 Mio. Euro (+14 Prozent). Damit gewinnt die Frage nach den tatsächlichen Steuerungswirkungen der Hybrid-DRGs sowie nach möglichen Mengeneffekten zunehmend an Bedeutung.

Ein Ausblick auf 2026 deutet darauf hin, dass weiterhin Ausgaben- und Mengeneffekte im laufenden Jahr zu erwarten sind. Allein im ersten Quartal 2026 entfielen Ausgaben von 2,4 Mrd. Euro auf den Hybrid-DRG-Warenkorb, etwa 1 Mrd. Euro direkt auf Hybrid-DRGs. Im Vergleich zum ersten Quartal 2025 ist ein Mengenanstieg von 5 Prozent zu beobachten, der mit einer inflationsbereinigten Ausgabensteigerung von 160 Mio. Euro (+7 Prozent) einhergeht.

Mit Blick auf das Versorgungsgeschehen geben die hier ausgewerteten Behandlungsanlässe bei Krankenhausaufnahmen innerhalb von 30 Tagen erste Hinweise auf Komplikationshäufigkeiten in den verschiedenen Leistungsbereichen. Insgesamt wird nur ein kleiner Teil der Patientinnen und Patienten nach dem initialen vertragsärztlichen Eingriff innerhalb von 30 Tagen in ein Krankenhaus aufgenommen. Von den in diesem Zusammenhang dokumentierten Behandlungsanlässen weist nur ein Teil auf ein Komplikationsgeschehen hin. Solche Behandlungsanlässe waren für alle hier betrachteten Leistungsbereiche selten. Für die überwiegende Mehrheit der Patienten zogen die hier untersuchten vertragsärztlich erbrachten Leistungen keine Krankenhausaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach sich.

[1] Unter der Inflationsbereinigung wird das Herausrechnen von Effekten verstanden, die durch die Steigerung des Landesbasisfallwerts sowie des Orientierungswerts vertragsärztlicher Leistungen entstehen. Zu diesem Zweck werden die Ausgaben der Jahre 2023 und 2024 auf das Preisniveau von 2025 gesetzt.

2 Methodik

2.1 Beschreibung der Datenselektion für Fallzahl- und Ausgabenentwicklung

Die folgenden Analysen basieren auf AOK-Abrechnungsdaten der Jahre 2022 bis 2025 sowie des ersten Quartals 2026. Um Rückschlüsse auf alle gesetzlichen Krankenkassen ziehen zu können, werden 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 werden.

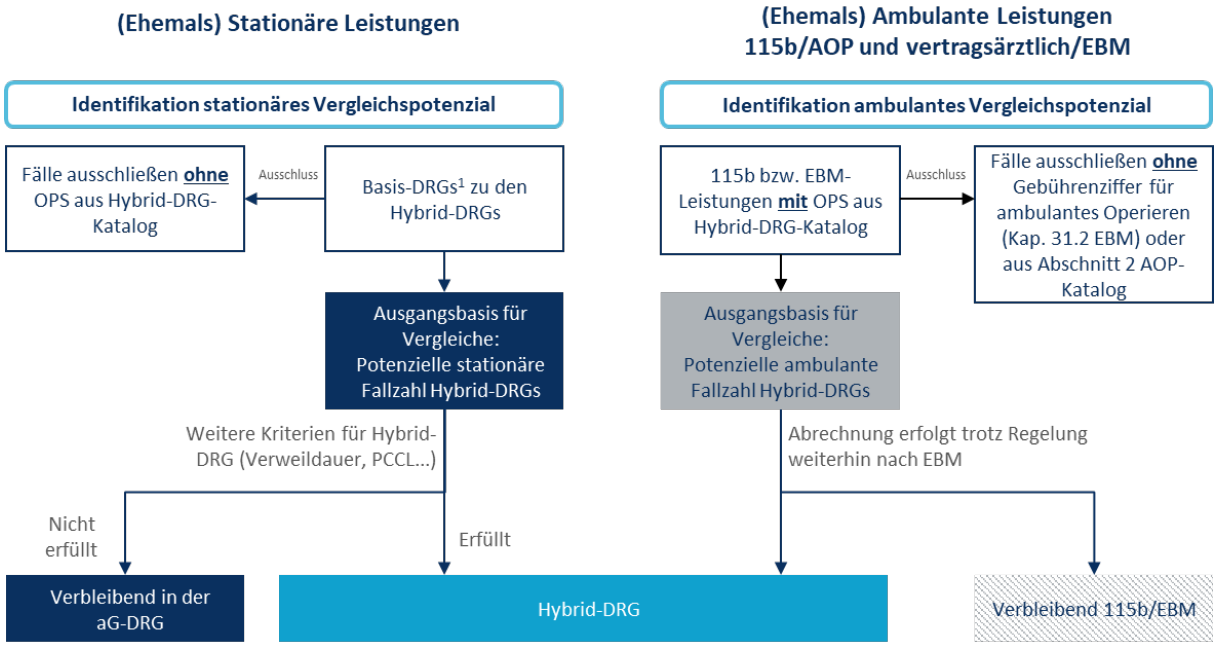
2.1.1 Am Krankenhaus erbrachte Leistungen

In die Analyse werden alle Fälle einbezogen, die in den Jahren 2024 und 2025 nach Hybrid-DRG abgerechnet wurden. Für den Ausblick wird zusätzlich das erste Quartal 2026 genutzt. Um einen Vergleich der Mengen- und Ausgabeneffekte über die Zeit zu erreichen, werden für den Warenkorb die potenziellen Hybrid-DRG-Fälle mit Abrechnung nach DRG und nach § 115b SGB V (ambulantes Operieren/AOP) in den Daten identifiziert. Es werden jene stationären DRG-Fälle aufgenommen, die potenziell in Hybrid-DRGs münden würden – basierend auf den zugehörigen Basis-DRGs[2]. Dabei werden nur die Fälle einbezogen, die eine Prozedur (OPS-Kode) aus der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung 2025 aufwiesen (GKV-Spitzenverband et al. 2024)[3]. 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 (medizinischen Schweregrad) kleiner 3 aufweisen. 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 größer 2) – werden weiterhin über das aG-DRG-System abgerechnet. In die Analysen werden also auch Fälle einbezogen, die nicht als Hybrid-DRGs gegroupt werden und somit nicht „hybrid-fähig“ sind. Aufgrund sich ändernder Ausschlusskriterien (z. B. bzgl. Verweildauer oder Alter) und möglicher Katalog- bzw. Leistungsverschiebungen lässt die Definition eines über die Jahre stabilen Warenkorbs an einbezogenen Leistungen eine umfassendere Analyse der betroffenen Hybrid-DRG-Leistungen zu. Abbildung 1 stellt die Spezifikation schematisch dar.

[2] „Basis-DRG“ bezeichnet die zugehörige DRG ohne Schweregrad, also den 3-Steller. Sie wird anstelle der „Mutter-DRG“ (4-Steller) – die einer Hybrid-DRG zugehörige stationäre DRG – genutzt, da weitreichende Katalogänderungen im aG-DRG-System andernfalls nicht berücksichtigt werden.

[3] Aus dem Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 10. Sitzung am 11. November 2025.

Abbildung 1: Spezifikation mit Ein- und Ausschlusskriterien des definierten Warenkorbs für die Hybrid-DRG-Analysen



(1) Basis-DRG bezeichnet den ersten dreistelligen Teil des vierteiligen DRG-Kodes (ohne Schweregrad).

Quelle: Eigene Darstellung

© WIdO 2026

Um die stationären Ausgaben im Zeitverlauf vergleichbar zu machen und den ausgabenerhöhenden Effekt durch die Landesbasisfallwerterhöhung zu bereinigen, wird der Casemix der aG-DRG-Fälle der Vorjahre mit dem jeweiligen Landesbasisfallwert von 2025 multipliziert. Alle Ausgaben sind also bereits inflationsbereinigt; Veränderungen der Ausgaben beziehen sich allein auf den Effekt der Hybrid-DRGs.

Für die Bestimmung der potenziellen Hybrid-DRG-Fälle aus den Daten nach § 115b SGB V (ambulantes Operieren) werden Fälle, die einen OPS-Kode aus der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung 2025 aufweisen, als solche gezählt. Bei diesen Fällen muss zusätzlich eine Gebührenordnungsziffer (GOP) aus EBM-Kapitel 31.2 (ambulante Operationen) oder eine korrespondierende GOP bzw. GOP-Kombination gemäß Abschnitt 2 des AOP-Katalogs 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 viel höher als vorher ist. Daher konnten diese Leistungen ab dem Jahr 2024 bzw. 2025 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 danach noch als Leistung gemäß § 115b SGB V abgerechnet worden sind. Für den Vergleich mit den Vorjahren werden diese Fälle weiterhin mitgezählt, um einen fairen Vergleich zu gewährleisten.

Um die Ausgaben für das ambulante Operieren im Zeitverlauf vergleichbar zu machen, werden die Ausgaben der Vorjahre um die Steigerung des Orientierungswerts für alle vertragsärztlichen Leistungen auf das Niveau des Jahres 2025 erhöht (GKV-Spitzenverband (2026): 2023 2,0 Prozent; 2024 3,85 Prozent; 2025 3,85 Prozent).

2.1.2 Vertragsärztliche Leistungen

Es werden alle Hybrid-DRG-Fälle einbezogen, die gegenüber der AOK gemäß der Übergangsvereinbarung zur vertragsärztlichen Abrechnung mit speziellen Abrechnungsziffern über die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) abgerechnet wurden (2024), sowie alle nach § 301 SGB V über den „AMBO-Datensatz" abgerechneten Fälle. Fälle von Direktabrechnern, bei denen im Jahr 2024 ohne Einbezug der KV direkt mit den Krankenkassen abgerechnet wurde, sind in den Daten aus 2024 nicht enthalten.[4] Seit dem Jahr 2025 und der regelhaften Abrechnung nach § 301 SGB V sind alle abgerechneten Hybrid-DRG-Fälle enthalten. Für den Vergleich mit den Vorjahren, in denen die Abrechnung noch nach EBM erfolgte, und die Entwicklung über die Zeit wird analog zum Vorgehen für Krankenhausleistungen ein über die Jahre stabiler Warenkorb an einbezogenen Hybrid-DRG-Leistungen definiert. Hierzu werden alle Fälle aufgegriffen, bei denen sowohl eine Hybrid-Prozedur aus der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung 2025 kodiert als auch eine Gebührenordnungsziffer (GOP) aus Kapitel 31.2 (ambulantes Operieren) oder eine korrespondierende GOP bzw. GOP-Kombination gemäß Abschnitt 2 des AOP-Katalogs abgerechnet wurde (s. auch Abbildung 1). Fälle mit ausschließlich weiteren Leistungen, z. B. Anästhesie, werden in der Fallzählung nicht berücksichtigt, um eine Doppelzählung zu vermeiden. Fälle aus Selektivverträgen mit abweichenden Abrechnungsziffern sind ebenfalls nicht enthalten, da sie nicht dem Hybrid-DRG-Bereich zugeordnet werden können.

Die Ausgaben für die vertragsärztlich erbrachten EBM-Leistungen können aus den Daten nicht vollständig erschlossen werden, weil verschiedene Kostenarten wie Sachkosten nicht immer dem einzelnen Fall zugeordnet werden können. Daher werden je Leistungsbereich die durchschnittlichen Ausgaben für §115b-Leistungen aus dem Krankenhaus herangezogen (s. Abschnitt 2.1.1). Um die Ausgaben für das ambulante Operieren im Zeitverlauf vergleichbar zu machen, wird wie für die Leistungen gemäß § 115b SGB V vorgegangen. Entsprechend werden die Ausgaben der Vorjahre um die Steigerungen des Orientierungswerts der vertragsärztlichen Leistungen auf das Niveau des Jahres 2025 erhöht. Demnach sind alle Ausgaben, auch im vertragsärztlichen Bereich, bereits inflationsbereinigt. Veränderungen der Ausgaben resultieren ausschließlich aus dem Effekt der Hybrid-DRGs.

Wie im Krankenhaus werden auch im vertragsärztlichen Bereich weiterhin Fälle mit einer Hybrid-DRG-Prozedur zum Teil über den EBM abgerechnet, obwohl prinzipiell ein Anspruch auf die höhere Vergütung mit der Hybrid-DRG besteht. Auch hier werden die Fälle für einen fairen Vergleich mit den Vorjahren weiterhin mitgezählt.

[4] Basierend auf den Daten der KJ1-Statistik und den hochgerechneten Ergebnissen von Hentschker et al. (2026) betrifft dies ca. 15 Prozent der vertragsärztlichen Hybrid-DRG-Fälle bzw. ca. 5 Prozent aller Hybrid-DRG Fälle im Jahr 2024 mit Ausgaben in Höhe von ca. 18 Mio. Euro. Im Hinblick auf die berichteten Entwicklungen ist dieser Effekt daher zu vernachlässigen.

2.2 Qualitätsbetrachtungen

Die Qualitätsbetrachtung fokussiert auf vertragsärztlich erbrachte Hybrid-DRG-Leistungen. Für diese soll als erster grober Indikator der Bedarf an stationärer Anschlussversorgung analysiert werden. Hierzu werden Aufnahmen in ein Krankenhaus innerhalb von 30 Tagen nach der Hybrid-DRG-Behandlung der Jahre 2024 und 2025 ausgewertet. Als Indexfall werden alle Hybrid-DRG-Fälle einbezogen, die gegenüber der AOK gemäß der Übergangsvereinbarung zur vertragsärztlichen Abrechnung mit speziellen Abrechnungsziffern über die jeweilige KV abgerechnet wurden (2024) sowie alle nach § 301 SGB V über den „AMBO-Datensatz“ abgerechneten Fälle. Für diese wird innerhalb der einzelnen Hybrid-DRG-Leistungsbereiche für die entsprechenden initialen AOK-Fälle gezählt, welche Behandlungsanlässe (Hauptdiagnose ICD-10 4-Steller) bei Krankenhausaufnahmen innerhalb von 30 Tagen am häufigsten dokumentiert wurden. Exemplarisch werden die fünf häufigsten Behandlungsanlässe pro Leistungsbereich berichtet. Pro Leistungsbereiche wird zusätzlich die Gesamtaufnahmerate in das Krankenhaus berechnet. Diese gibt an, bei wie vielen AOK-Fällen mindestens eine Krankenhausaufnahme innerhalb von 30 Tagen erfolgte. Im Gegensatz zur Spezifikation für die Betrachtung der Fallzahl- und Ausgabenentwicklungen erfolgt hier eine Betrachtung der AOK ohne Standardisierung und Hochrechnung der Anteile auf die GKV.

2.3 Limitationen

Die Analyse basiert auf AOK-Routinedaten, die zwar nach Alter, Geschlecht und KV-Region standardisiert und auf die gesamte GKV hochgerechnet wurden, jedoch mögliche Unterschiede in Versichertenstruktur und Leistungsinanspruchnahme nicht vollständig abbilden. Die Zusammenführung bisher unterschiedlicher Abrechnungslogiken und Kodiervorgaben erzeugt zusammen mit der regelmäßigen Hybrid-DRG-Katalogerweiterung Struktureffekte, die eine Vergleichbarkeit sowohl über die Zeit als auch innerhalb eines Jahres einschränken. So ist insbesondere das Aufgreifen vergleichbarer Leistungen im EBM-Bereich infolge der Orientierung an Gebührenordnungspositionen anstelle von Prozedurenkodes und Diagnosen mit großen Herausforderungen verbunden. Beispielsweise erfolgt die Abrechnung einer Koronarangiographie, die im Jahr 2026 als Hybrid-DRG-Leistung eingeführt wurde, über die EBM-Ziffer 34291. Bei der ambulanten Behandlung im Krankenhaus mit Abrechnung nach EBM wurde 2025 bei nahezu allen Fällen auch ein entsprechender OPS-Kode kodiert, z. B. 1-275.0. In der vertragsärztlichen Versorgung geschah dies nur in ca. zwei Dritteln der Fälle. Da die Angabe eines OPS-Kodes relevant für die Aufnahmen in den Warenkorb der Hybrid-Leistungen ist, besteht die Möglichkeit einer entsprechenden Untererfassung erbrachter Leistungen vor Hybrid-DRG-Einführung, was zu einer Überschätzung des Mengeneffekts führen kann. Insbesondere für neue Leistungen des Jahres 2026 könnten diese Konstellationen vermehrt auftreten. Da noch keine vertragsärztlichen Daten für das Jahr 2026 vorliegen, ist es nicht möglich, das Ausmaß dieses Effekts abzuschätzen.

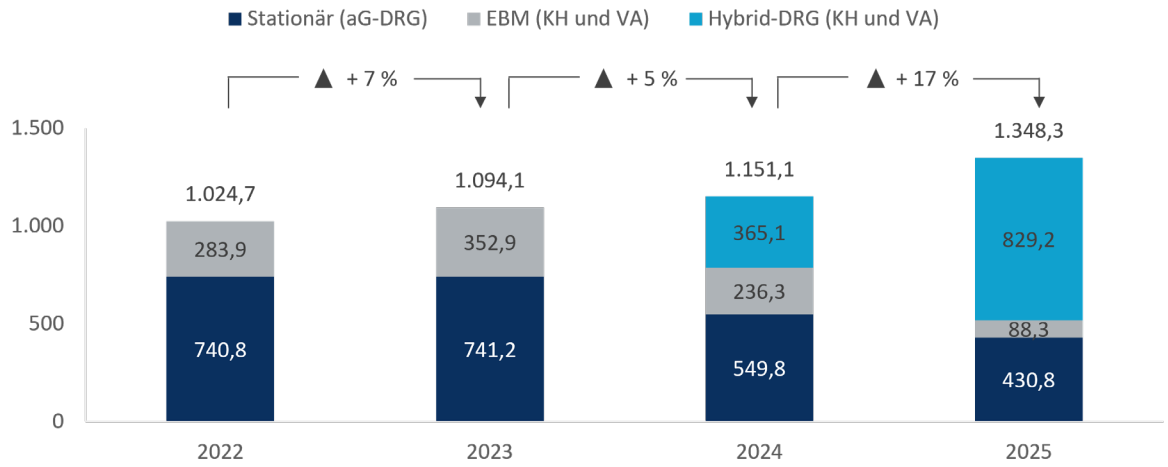
3 Mengen- und Ausgabenentwicklung

3.1 Entwicklung der Fallzahlen

Abbildung 2 zeigt die Entwicklung der Fallzahlen für die Jahre 2022 bis 2025. Berücksichtigt wurden für den Hybrid-DRG-Warenkorb alle Leistungen, die gemäß der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung 2025 für Krankenhäuser und Vertragsärzte identifiziert wurden, unabhängig von der Versorgungsform (s. Abschnitt 2.1). Im Jahr 2022 umfasste das Gesamtvolumen etwas mehr als eine Million Fälle. Für das Jahr 2023 war ein Anstieg um rund 7 Prozent zu verzeichnen. Dieses Wachstum ist auf den ambulanten Bereich mit Abrechnung nach EBM zurückzuführen, in dem die Fallzahlen von rund 283.900 auf rund 352.900 Fälle anstiegen (+24 Prozent). Die im stationären Bereich nach aG-DRG abgerechneten Fälle blieben dagegen weitgehend konstant.

Im Jahr 2024 konnte bereits ein Teil der Leistungen über Hybrid-DRGs abgerechnet werden. Entsprechend gingen die Fallzahlen in den Vergütungsbereichen aG-DRG und EBM zurück. Insgesamt ergab sich für das Jahr 2024 jedoch ein Anstieg der Gesamtfallzahlen um rund 5 Prozent.[5] Für das Jahr 2025, in dem der Leistungskatalog der Hybrid-DRGs erweitert wurde, zeigte sich ein weiterer Anstieg der Fallzahlen um rund 17 Prozent. Das Gesamtvolumen erreichte damit etwa 1,35 Millionen Fälle, von denen rund 829.200 über Hybrid-DRGs abgerechnet wurden.

Abbildung 2: Fallzahlen Krankenhäuser und Vertragsärzte nach Vergütungssystem, 2022–2025, in Tausend



Anmerkung: Fallzahlen spezifiziert nach Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung 2025. EBM enthält alle nach EBM abgerechneten Fälle für Krankenhäuser (KH) und Vertragsärzte (VA)

Quelle: AOK-Abrechnungsdaten (standardisiert und hochgerechnet auf die gesamte GKV) © WIdO 2026

Die Entwicklung der Fallzahlen unterschied sich zwischen den Versorgungsbereichen, d. h. zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten. Zunächst werden die Entwicklungen im Krankenhaus betrachtet.

Im Jahr 2023 wurden noch rund 741.200 Fälle über die Basis-DRGs abgerechnet, welche 2025 potenziell in eine Hybrid-DRG münden konnten (Abbildung 3). Bis zum Jahr 2025 reduzierte sich deren Anzahl auf rund 430.800 Fälle (-42 Prozent gegenüber 2023). Es wurden entsprechend der neuen Vorgaben nur noch jene Fälle über die aG-DRG abgerechnet, die die Hybrid-DRG-Kriterien nicht erfüllt haben, also z. B. eine Verweildauer von mehr als einem Tag oder eine höhere Erkrankungsschwere aufwiesen.

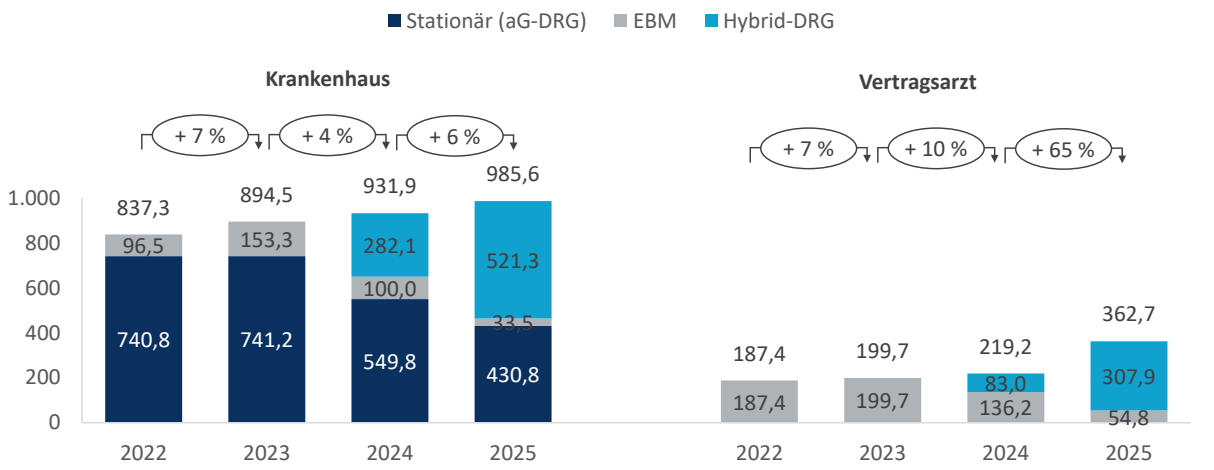
[5] Unter Berücksichtigung einer Abschätzung der im Jahr 2024 teilweise fehlenden, vertragsärztlichen Direktabrechner (s. Fußnote 4) ergäbe sich für 2024 eine Mengensteigerung von ca. 7 Prozent, für 2025 von 15 Prozent.

Parallel dazu gab es im Jahr 2023 rund 153.300 nach § 115b SGB V abgerechnete Fälle, welche im Jahr 2025 hybrid-fähig gewesen wären. Im Jahr 2025 reduzierte sich deren Anzahl entsprechend auf rund 33.500 Fälle (-78 Prozent gegenüber 2023). Dass sich weiterhin Fälle mit Hybrid-DRG-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 versorgten Krankenhäuser im Jahr 2023 im Vergleich zum Vorjahr ca. 7 Prozent mehr Fälle in den Hybrid-Leistungsbereichen. Dieser Anstieg wurde fast ausschließlich durch die §115b-Leistungen getrieben. In den Jahren 2024 und 2025 kamen dementsprechend die nach Hybrid-DRGs abgerechneten Leistungen hinzu. Im Jahr 2024 wurden in den Krankenhäusern rund 282.100 Fälle über Hybrid-DRGs abgerechnet, im Zuge der Katalogerweiterung stieg diese Zahl im Jahr 2025 auf rund 521.300 Fälle an.

Damit ergab sich für die Gesamtentwicklung im Krankenhaus gegenüber dem Vorjahr ein Anstieg der Fälle um 4 Prozent im Jahr 2024 und um 6 Prozent im Jahr 2025. Im Vergleich der Jahre 2023 und 2025 war insgesamt eine Zunahme der Fallzahlen in Höhe von 10 Prozent zu verzeichnen.

Im Vertragsarztbereich war bezüglich des Hybrid-Warenkorbs eine dynamischere Entwicklung als in den Krankenhäusern zu beobachten. Im Jahr 2023 stiegen die Fallzahlen im Vergleich zum Vorjahr wie im Krankenhaus um 7 Prozent von 187.400 auf 199.700 Fälle an (Abbildung 3 und Tabelle 1). Im Jahr 2024, dem Jahr der Hybrid-DRG-Einführung, war eine erneute Steigerung der Fälle um 10 Prozent auf 219.200 zu beobachten. Die deutlichste Dynamik zeigte sich im Jahr 2025: Die Fallzahl lag dann bei 362.700, was einem Anstieg von 65 Prozent gegenüber dem Vorjahr entspricht. Insgesamt ist im Vergleich der Jahre 2023 und 2025 eine Zunahme der Fallzahlen in Höhe von 82 Prozent zu verzeichnen.

Abbildung 3: Fallzahlen nach Versorgungsbereich und Vergütungssystem, 2022–2025, in Tausend



Anmerkung: Fallzahlen spezifiziert für Leistungen nach Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung 2025

Quelle: AOK-Abrechnungsdaten (standardisiert und hochgerechnet auf die gesamte GKV)

© WIdO 2026

Tabelle 1: Fallzahlen nach Versorgungsbereich und Vergütungssystem, 2022–2025, in Tausend

Versorgungsbereich	Fallzahlen in Tausend				Veränderung zum Vorjahr			2025 zu 2023
	2022	2023	2024	2025	2023	2024	2025	
Summe Krankenhaus	**837,3**	**894,5**	**931,9**	**985,6**	**7%**	**4%**	**6%**	**10%**
KH - verbleibend im aG-DRG-System	740,8	741,2	549,8	430,8	0%	-26%	-22%	-42%
KH - ambulantes Operieren	96,5	153,3	100,0	33,5	59%	-35%	-66%	-78%
KH - Hybrid-DRG			282,1	521,3			85%	
davon: ohne Übernachtung			113,8	255,5			125%	
davon: mit Übernachtung			168,2	265,7			58%	
Summe Vertragsärzte	**187,4**	**199,7**	**219,2**	**362,7**	**7%**	**10%**	**65%**	**82%**
VA - ambulantes Operieren	187,4	199,7	136,2	54,8	7%	-32%	-60%	-73%
VA - Hybrid-DRG			83,0	307,9			271%	
Gesamt	**1.024,7**	**1.094,1**	**1.151,1**	**1.348,3**	**7%**	**5%**	**17%**	**23%**

Anmerkung: Fallzahlen spezifiziert für Leistungen nach Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung 2025

Quelle: AOK-Abrechnungsdaten (standardisiert und hochgerechnet auf die gesamte GKV)

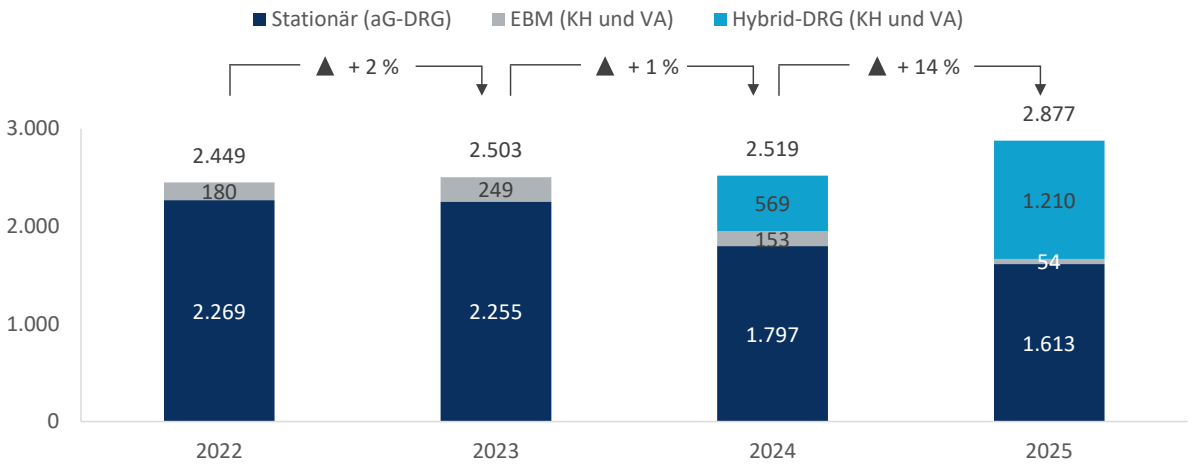
© WIdO 2026

3.2 Entwicklung der Ausgaben

Werden die inflationsbereinigten Gesamtausgaben der Versorgungsbereiche Krankenhaus und Vertragsärzte gemeinsam betrachtet, so stiegen diese im Jahr 2025 gegenüber dem Vorjahr um 14 Prozent (+358 Mio. Euro) an (Tabelle 2 und Abbildung 4). Dieser Anstieg ist deutlich stärker ausgeprägt als noch im Jahr 2024, in dem die Ausgaben um 1 Prozent (+16 Mio. Euro) höher als im Vorjahr waren. Wird das Jahr 2025 mit 2023 (vor Hybrid-DRG-Einführung) verglichen, zeigt sich insgesamt ein Ausgabenanstieg in Höhe von 15 Prozent (373 Mio. Euro). Dieser Anstieg setzt sich aus einem Mengeneffekt aufgrund der Fallzahlsteigerung in Höhe von 429 Mio. Euro und einem Preiseffekt von -56 Mio. Euro zusammen.[6] Wie bei den Fallzahlen zeigt sich eine unterschiedliche Dynamik zwischen den Versorgungsbereichen.

[6] Der Preiseffekt umfasst jene Ausgabenveränderungen, die ausschließlich auf Veränderungen der Vergütungssätze zurückzuführen sind. Demgegenüber bezeichnet der Mengeneffekt die Ausgabenveränderungen, die aus Änderungen des Leistungsvolumens sowie aus Verschiebungen in der Zusammensetzung der erbrachten Leistungen resultieren. Darüber hinaus wird hier der Interaktionseffekt, der durch gleichzeitige Änderungen von Preisen und Mengen entsteht, dem Mengeneffekt zugerechnet.

Abbildung 4: Gesamtausgaben (Krankenhäuser und Vertragsärzte) nach Vergütungssystem, 2022–2025, in Mio. Euro



Anmerkung: Fallzahlen spezifiziert nach Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung 2025. EBM enthält alle nach EBM abgerechneten Fälle für Krankenhäuser (KH) und Vertragsärzte (VA).

Quelle: AOK-Abrechnungsdaten (standardisiert und hochgerechnet auf gesamte GKV, inflationsbereinigt). © WIdO 2026

Tabelle 2: Ausgaben nach Versorgungsbereich und Vergütungssystem, 2022–2025, in Mio. Euro

Versorgungsbereich	Ausgaben in Mio. Euro				Veränderung zum Vorjahr			2025 zu 2023
	2022	2023	2024	2025	2023	2024	2025	
Summe Krankenhaus	**2.331,9**	**2.366,5**	**2.318,9**	**2.452,4**	**1%**	**-2%**	**6%**	**4%**
KH - verbleibend im aG-DRG-System	2.269,1	2.254,9	1.796,8	1.613,0	-1%	-20%	-10%	-28%
KH - ambulantes Operieren	62,8	111,6	64,8	19,6	78%	-42%	-70%	-82%
KH - Hybrid-DRG			457,3	819,9			79%	
Summe Vertragsärzte	**117,6**	**137,0**	**200,2**	**424,2**	**16%**	**46%**	**112%**	**210%**
VA - ambulantes Operieren	117,6	137,0	88,2	34,0	16%	-36%	-61%	-75%
VA - Hybrid-DRG			112,0	390,2			248%	
Gesamt	**2.449,5**	**2.503,5**	**2.519,1**	**2.876,6**	**2%**	**1%**	**14%**	**15%**

Quelle: AOK-Abrechnungsdaten (standardisiert und hochgerechnet auf die gesamte GKV, inflationsbereinigt)

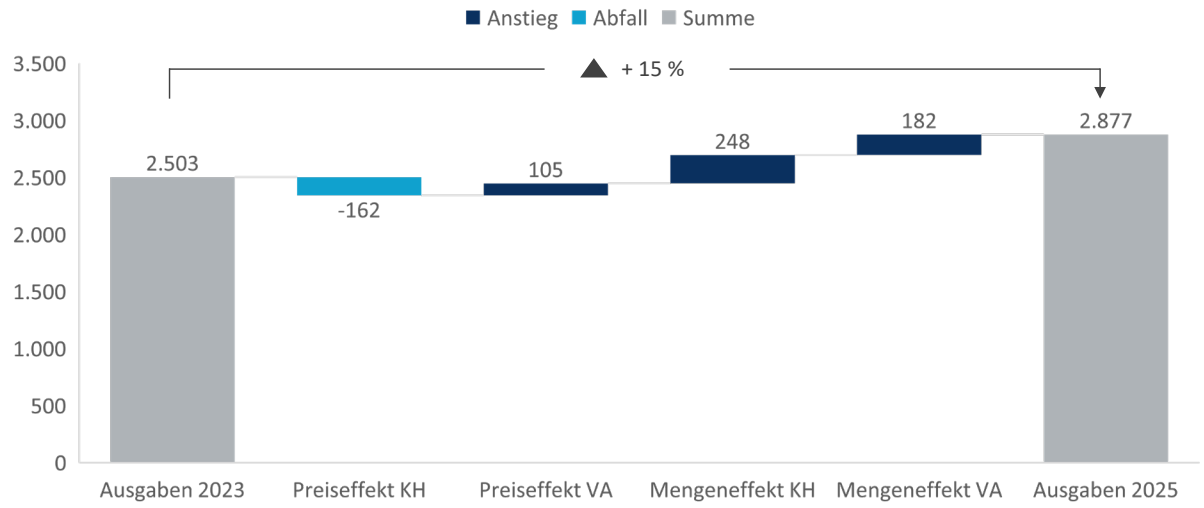
© WIdO 2026

Bei der Betrachtung der inflationsbereinigten Ausgaben für den Versorgungsbereich Krankenhaus zeigt sich, dass diese 2025 einen Anstieg von 6 Prozent (+133 Mio. Euro) gegenüber dem Vorjahr aufwiesen, nachdem 2024 noch ein kleiner Rückgang von 2 Prozent (-48 Mio. Euro) zu beobachten gewesen war. Über beide Jahre hinweg ist somit ein Ausgabenanstieg von 4 Prozent (+86 Mio. Euro) zu verzeichnen. Dieser Anstieg setzt sich aus einem Mengeneffekt von +248 Mio. Euro und einem Preiseffekt von -162 Mio. Euro zusammen. Letzterer basiert wiederum auf zwei Effekten für die Hybrid-DRG-Fälle: Durch die Einführung der Hybrid-DRGs sinkt die Vergütung für die ehemals nach aG-DRG abgerechneten Fälle. Im Gegensatz dazu steigt die Vergütung für die ehemaligen AOP-Fälle an. So wurden beispielsweise die ehemals stationären, aber Hybrid-DRG-fähigen Hernieneingriffe im Jahr 2023 mit durchschnittlich 2.600 Euro vergütet. Mit Hybrid-DRG-Preisen liegt deren durchschnittliche Vergütung hingegen bei rund 1.900 Euro. Dies entspricht einem Rückgang um 27 Prozent. Für die bisher bereits ambulant im Krankenhaus oder vertragsärztlich durchgeführten Hernieneingriffe steigt die Vergütung hingegen von durchschnittlich 860 Euro auf 1.850 Euro[7] (+115 Prozent) an.

[7] Der Betrag von 1.850 Euro entspricht der günstigsten Hybrid-DRG im Leistungsbereich für das Jahr 2025.

Bei den Vertragsärzten stiegen die Ausgaben 2025 um 112 Prozent (+224 Mio. Euro) gegenüber dem Vorjahr an. Bereits im Jahr 2024 war ein Anstieg um 46 Prozent (+63 Mio. Euro) zu verzeichnen.[8] Insgesamt haben sich die Ausgaben zwischen 2023 und 2025 verdreifacht. Der Gesamtanstieg in diesem Zeitraum beträgt 210 Prozent (+287 Mio. Euro). Diese Steigerung setzt sich aus einem Mengeneffekt, begründet durch die Fallzahlsteigerungen in Höhe von 182 Mio. Euro, sowie einem Preiseffekt aufgrund der steigenden Durchschnittskosten in Höhe von 105 Mio. Euro zusammen. Der Preiseffekt ist bedingt durch die Mischkalkulation der Hybrid-DRGs aus ehemals stationärer und ambulanter Vergütung, was dazu führt, dass die Vergütung je Fall im vertragsärztlichen Bereich deutlich ansteigt. Abbildung 5 fasst die Entwicklung der Gesamtausgaben von 2023 und 2025 nach Preis- und Mengeneffekt zusammen.

Abbildung 5: Entwicklung der Gesamtausgaben 2023 und 2025 nach Preis- und Mengeneffekt, in Mio. Euro



Quelle: AOK-Abrechnungsdaten (standardisiert und hochgerechnet auf die gesamte GKV, inflationsbereinigt)

© WIdO 2026

Ausgaben für Hybrid-DRGs in der amtlichen Statistik

Die GKV-Ausgaben für Hybrid-DRGs werden auch in der amtlichen Statistik erfasst und dort getrennt für Krankenhäuser (Konto 4621) und Vertragsärztinnen und -ärzte (Konto 4011) ausgewiesen. Für den Krankenhausbereich lagen die Ausgaben 2024 bei rund 430 Mio. Euro und 2025 bei rund 810 Mio. Euro. Bei den Vertragsärzten waren es 2024 rund 130 Mio. Euro und 2025 rund 416 Mio. Euro. Zur Einschätzung der Auswirkungen der Hybrid-DRGs ist ein reiner Vergleich der Jahreswerte der amtlichen Statistik jedoch nicht geeignet, da die Werte immer die Effekte der Katalogerweiterung enthalten und die im Gegenzug sinkenden Werte an anderer Stelle (z. B. aG-DRG-Ausgaben oder AOP-Ausgaben) nicht zuordenbar sind. Deshalb wird in der vorliegenden Analyse immer ein konstanter Warenkorb für die betreffenden Leistungen im Jahresvergleich verwendet.

Die geschätzten Hybrid-DRG-Ausgaben im Krankenhausbereich liegen gemäß dieser Analyse bei 457 Mio. Euro für 2024 und bei 820 Mio. Euro für 2025. Für das Jahr 2024 liegen die Werte somit 6 Prozent oberhalb des Werts der amtlichen Statistik. Das hängt damit zusammen, dass für die Analyse die Ausgaben im Zeitverlauf vergleichbar gemacht wurden und der Effekt der Landesbasisfallwerterhöhung 2024 zu 2025 in den Hybrid-DRG-Ausgaben 2024 erhöhend berücksichtigt wurde. Die geschätzten Hybrid-DRG-Ausgaben bei den Vertragsärztinnen und -ärzten liegen bei 112 Mio. Euro für das Jahr 2024 und bei 390 Mio. Euro für das Jahr 2025. Da im Jahr 2024 die Direktabrechner nicht in den Routinedaten enthalten sind, liegt der Wert unterhalb der amtlichen Statistik. Auch für das Jahr 2025 ist eine leichte Unterschätzung zu beobachten. Die Größenordnung der Werte stimmt jedoch mit den Werten der amtlichen Statistik sehr gut überein.

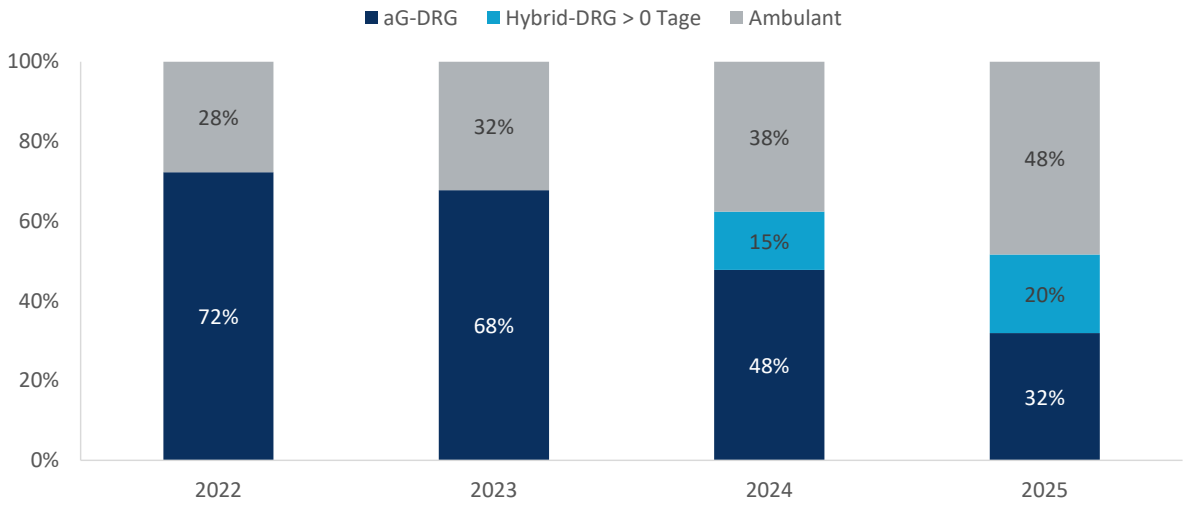
[8] Durch das Fehlen der Direktabrechner ist der relative Anstieg im Jahr 2024 etwas geringer und im Jahr 2025 dafür etwas höher.

3.3 Ambulantisierungsgrad und Versorgungsbereich

Das Ziel der Einführung der Hybrid-DRG-Vergütung ist es, das Ambulantisierungspotenzial von bisher noch stationär erbrachten Fällen zu heben. Der Ambulantisierungsgrad gibt dabei den Anteil der Gesamtzahl der Fälle, die bereits ambulant erbracht werden, an. In den vorliegenden Analysen werden zur Bestimmung des Ambulantisierungsgrades die Fallzahlen von Krankenhäusern und der Vertragsärzte gemeinsam betrachtet. Alle Fälle, die vertragsärztlich erbracht werden (abgerechnet nach EBM oder Hybrid-DRG), gelten als ambulant erbracht. Im Krankenhaus gelten alle Fälle der ambulanten Operationen als ambulant erbracht. Des Weiteren gelten Hybrid-DRG-Fälle im Krankenhaus als ambulant erbracht, wenn der Aufnahmetag dem Entlassungstag entspricht und somit keine Übernachtung im Krankenhaus stattgefunden hat. Alle anderen Hybrid-DRG-Fälle der Krankenhäuser benötigen weiterhin die Strukturen der stationären Versorgung und sind somit noch nicht ambulantisiert, ebenso wie die nach aG-DRG abgerechneten Fälle.

Im Jahr 2022 und 2023 lag der Ambulantisierungsgrad bei 28 Prozent bzw. 32 Prozent (Abbildung 6). Im Jahr 2024 ist ein weiterer Anstieg des Ambulantisierungsgrades auf 38 Prozent zu verzeichnen. Im Jahr 2025 lag der Ambulantisierungsgrad bei 48 Prozent. Das entspricht in absoluten Zahlen auf Basis der Fallzahl von 2023 ca. 170.000 ehemals stationären, nun ambulantisierten Fällen von 2023 zu 2025.

Abbildung 6: Ambulantisierungsgrad, 2022 bis 2025, Anteil in %



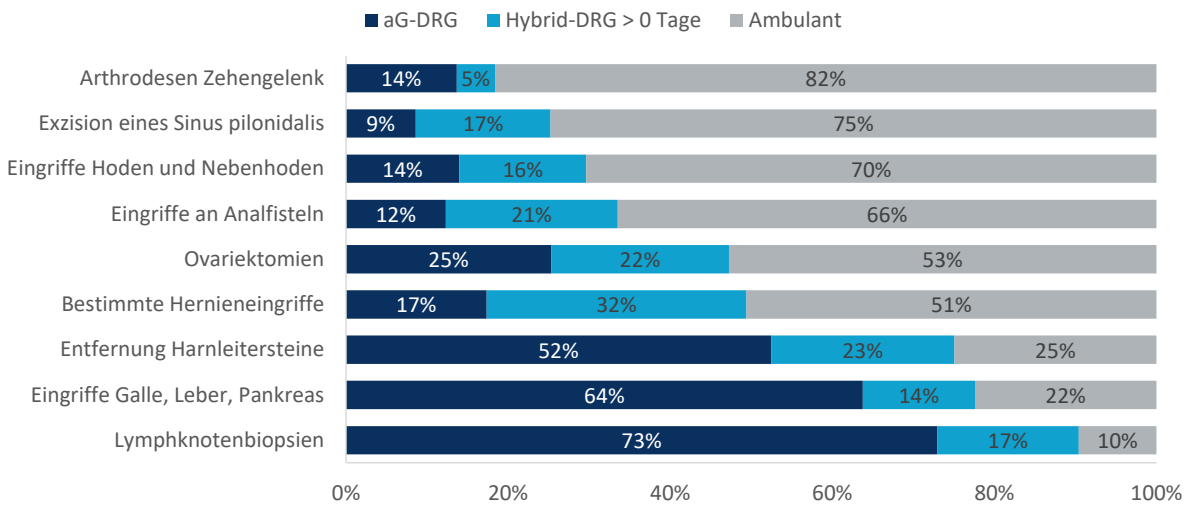
Anmerkung: Fallzahlen in der Kategorie „Ambulant" umfassen alle Fälle mit einer vertragsärztlichen Behandlung (abgerechnet nach EBM oder Hybrid-DRG) sowie alle Fälle mit ambulanter Operation im Krankenhaus und Hybrid-DRG-Fälle ohne Übernachtung im Krankenhaus

Quelle: AOK-Abrechnungsdaten (standardisiert und hochgerechnet auf die gesamte GKV)

© WIdO 2026

Der Ambulantisierungsgrad unterscheidet sich dabei erheblich zwischen den Leistungsbereichen. Im Jahr 2025 wurden bei „Arthrodesen Zehengelenk" und „Exzision eines Sinus pilonidalis" bereits 82 Prozent bzw. 75 Prozent der Fälle ambulant behandelt (Abbildung 7). Bei den Leistungsbereichen „Lymphknotenbiopsien" und „Eingriffe an Galle, Leber oder Pankreas" sind es nur 10 Prozent bzw. 22 Prozent.

Abbildung 7: Ambulantisierungsgrad nach Leistungsbereichen 2025, Anteil in %



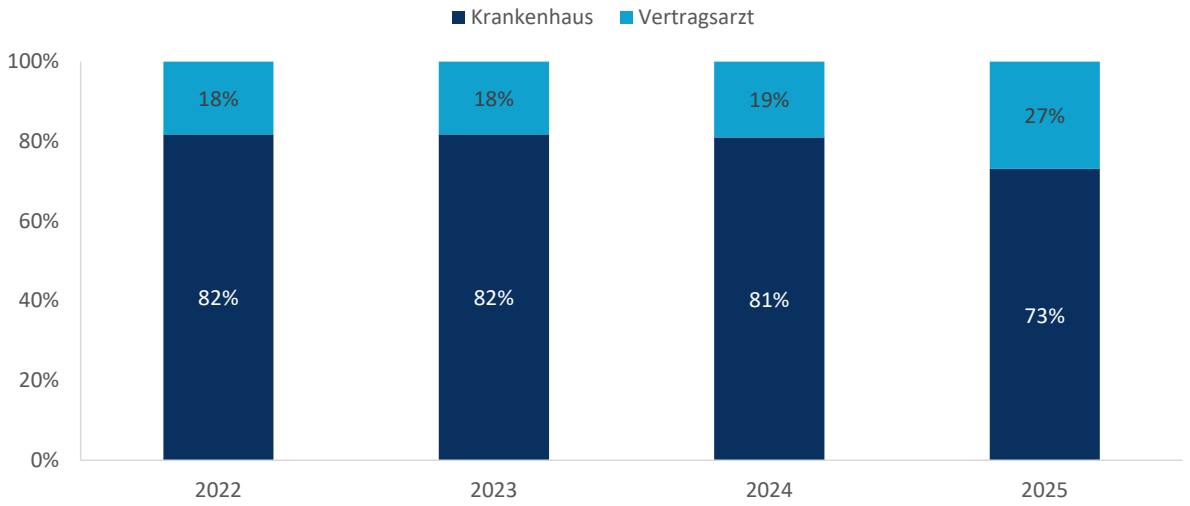
Anmerkung: Fallzahlen in der Kategorie „Ambulant" umfassen alle Fälle mit einer vertragsärztlichen Behandlung (abgerechnet nach EBM oder Hybrid-DRG) sowie alle Fälle mit ambulanter Operation im Krankenhaus und Hybrid-DRG-Fälle ohne Übernachtung im Krankenhaus

Quelle: AOK-Abrechnungsdaten (standardisiert und hochgerechnet auf die gesamte GKV)

© WIdO 2026

Abbildung 8 stellt die Fälle nach Versorgungsbereich (Krankenhaus oder vertragsärztlich) im Zeitverlauf dar. Zwischen den Jahren 2022 bis 2024 zeigen sich kaum Verschiebungen; so wurden im Jahr 2024 rund 19 Prozent der Fälle vertragsärztlich behandelt, 2025 stieg dieser Anteil auf 27 Prozent an. Dies ist auf die überproportionale Steigerung der Fallzahlen bei den Vertragsärztinnen und -ärzten im Vergleich zu den Krankenhäusern im Jahr 2025 zurückzuführen.

Abbildung 8: Fälle nach Versorgungsbereich 2022 bis 2025, Anteil in %

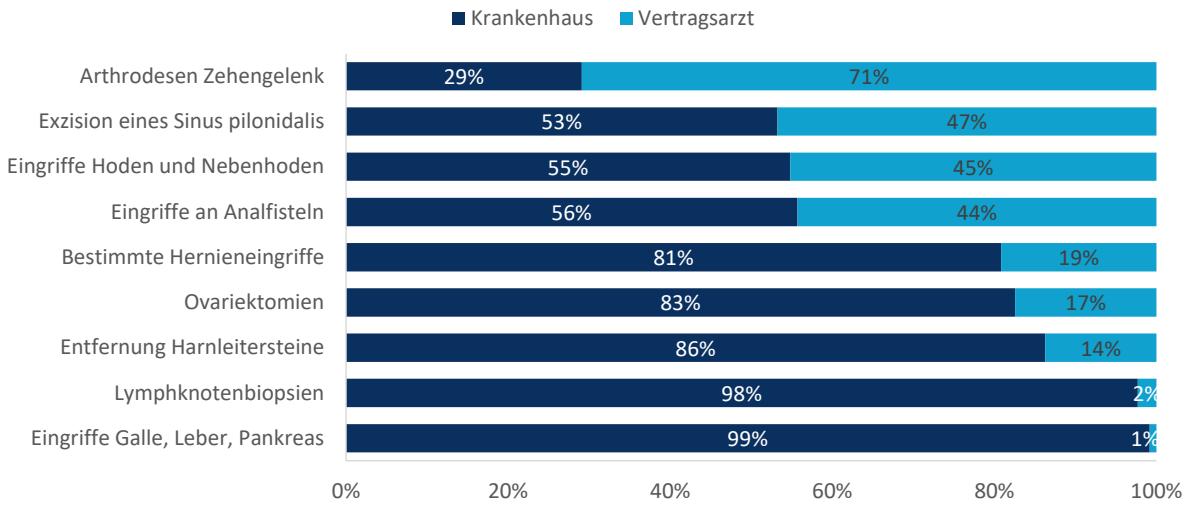


Quelle: AOK-Abrechnungsdaten (standardisiert und hochgerechnet auf die gesamte GKV).

© WIdO 2026

Jedoch zeigen sich auch hier Unterschiede in den Leistungsbereichen. Bei den „Arthrodesen der Zehengelenke" übernahmen die Vertragsärztinnen und -ärzte mit einem Anteil von 71 Prozent den überwiegenden Teil der Behandlungen (Abbildung 9). Hingegen spielte die vertragsärztliche Behandlung in den Leistungsbereichen „Eingriffe an Galle, Leber oder Pankreas" und „Lymphknotenbiopsien" mit einem Anteil von 1 Prozent bzw. 2 Prozent keine Rolle.

Abbildung 9: Fälle nach Versorgungsbereich und Leistungsbereichen 2025, Anteil in %



Quelle: AOK-Abrechnungsdaten (standardisiert und hochgerechnet auf die gesamte GKV)

© WIdO 2026

3.4 Entwicklung der Fallzahlen nach Leistungsbereichen

Die Gesamtfallzahlentwicklung von 23 Prozent zwischen 2023 und 2025 (s. Abschnitt 3.1) lässt sich differenzierter nach Versorgungs- und Leistungsbereichen betrachten. Abbildung 10 zeigt die Entwicklung der Fallzahlen nach Leistungsbereichen für die Jahre 2023 und 2025. Sie werden sowohl insgesamt als auch getrennt nach Leistungen, die im Krankenhaus bzw. vertragsärztlich erbracht wurden, dargestellt.

Die stationären Fallzahlen des in diesem Beitrag betrachtenden Warenkorbs an Hybrid-DRG-Leistungen stiegen zwischen 2023 und 2025 um 10 Prozent. Den fallzahlstärksten Leistungsbereich stellen die „Bestimmten Hernieneingriffe" dar. In diesem Bereich stieg die Zahl der stationären Fälle leicht von rund 201.300 auf rund 206.500 (+3 Prozent) an. Ein Fallzahlwachstum von 8 Prozent bzw. 7 Prozent ist in den Leistungsbereichen „Entfernung von Harnleitersteinen" bzw. „Ovariektomien" zu beobachten. Im Leistungsbereich „Arthrodesen Zehengelenk" war ein leichter Rückgang um 1 Prozent zu verzeichnen. Deutlich rückläufiger entwickelten sich die „Exzisionen eines Sinus pilonidalis", deren Fallzahlen um 11 Prozent sanken. Für diese fünf genannten Leistungsbereiche wurden Hybrid-DRGs bereits im Jahr 2024 eingeführt.

Deutlich dynamischer entwickelten sich die Leistungsbereiche im Krankenhaus, für die die Hybrid-DRGs erst seit 2025 gelten. Die höchste Wachstumsrate innerhalb des stationären Bereichs war bei den „Eingriffen an Galle, Leber oder Pankreas" mit einem Anstieg von 140.900 auf 178.300 Fälle (+27 Prozent) zu verzeichnen. Auch die Eingriffe an Analfisteln wiesen mit +26 Prozent (62.600 auf 78.600 Fälle) eine sehr dynamische Entwicklung auf. Weitere deutliche Zuwächse zeigten sich bei den „Lymphknotenbiopsien" (+15 Prozent) und den „Eingriffen an Hoden und Nebenhoden" (+14 Prozent).

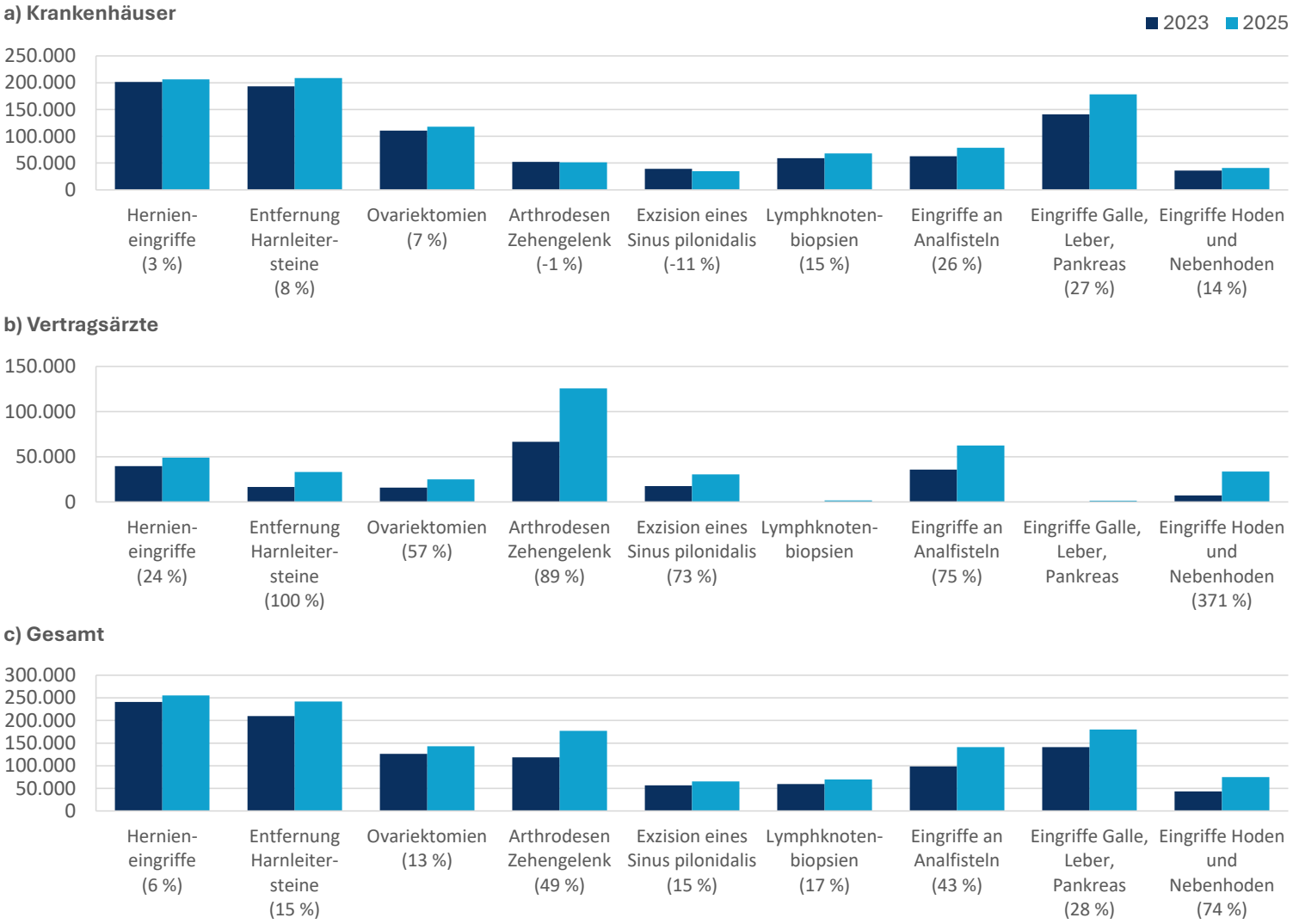
Der vertragsärztliche Bereich verzeichnete ein sehr starkes Wachstum. Die Fallzahlen stiegen von 199.700 auf 362.700, was einem Anstieg von 82 Prozent entspricht. Dabei gab es im Leistungsbereich „Entfernung von Harnleitersteinen" mit einem Anstieg von 100 Prozent eine Verdoppelung, während die Fallzahlen bei „Arthrodesen der Zehengelenke" um 89 Prozent zugenommen haben. Mit rund 125.600 ambulanten Fällen im Jahr 2025 stellten die Arthrodesen den größten vertragsärztlichen Leistungsbereich dar. Die dynamischste Entwicklung ist beim Leistungsbereich „Eingriffe an Hoden und Nebenhoden" mit einem Anstieg der Fallzahlen von 7.200 auf 33.800 (+371 Prozent) zu beobachten. Deutliche Zuwächse waren auch bei den „Eingriffen an Analfisteln" (+75 Prozent), den „Exzisionen eines Sinus pilonidalis" (+73 Prozent), den Ovariektomien (+57 Prozent) sowie den „Bestimmten

Hernieneingriffen“ (+24 Prozent) zu verzeichnen. Die Leistungsbereiche „Eingriffe an Galle, Leber oder Pankreas“ und „Lymphknotenbiopsien“ spielten in der ambulanten Versorgung weiterhin kaum eine Rolle.

In der Gesamtbetrachtung wies der Leistungsbereich „Bestimmte Hernieneingriffe“ die höchsten Fallzahlen auf. Diese nahmen von 240.900 auf 255.400 Fälle zu (+6 Prozent). Dies war das geringste relative Wachstum eines Leistungsbereichs. Die stärkste Gesamtdynamik zeigte der Leistungsbereich „Eingriffe an Hoden und Nebenhoden“: Die Fallzahlen steigen von 43.000 auf 74.800 (+74 Prozent). Maßgeblich hierfür ist der starke Anstieg der Fallzahlen im vertragsärztlichen Bereich (+26.600 Fälle).

Auch die Arthrodesen der Zehengelenke entwickelten sich sehr dynamisch. Trotz konstanter Fallzahlen im Krankenhausbereich wuchs die Gesamtzahl der Eingriffe um 49 Prozent auf 177.200 Fälle. Dies ist auf den starken Anstieg im vertragsärztlichen Bereich zurückzuführen. Bei den „Exzisionen eines Sinus pilonidalis“ war insgesamt ein Wachstum von 15 Prozent zu beobachten. Die Verringerung der Fallzahlen im stationären Bereich wird somit durch den ambulanten Bereich kompensiert.

Abbildung 10: Fallzahlen nach Leistungsbereichen und Versorgungsbereich, 2023 und 2025



Anmerkung: Die Prozentwerte in Klammern unterhalb der x-Achse geben die Veränderung der Fallzahlen im Jahr 2025 gegenüber 2023 an.

Quelle: AOK-Abrechnungsdaten (standardisiert und hochgerechnet auf die gesamte GKV)

© WIdO 2026

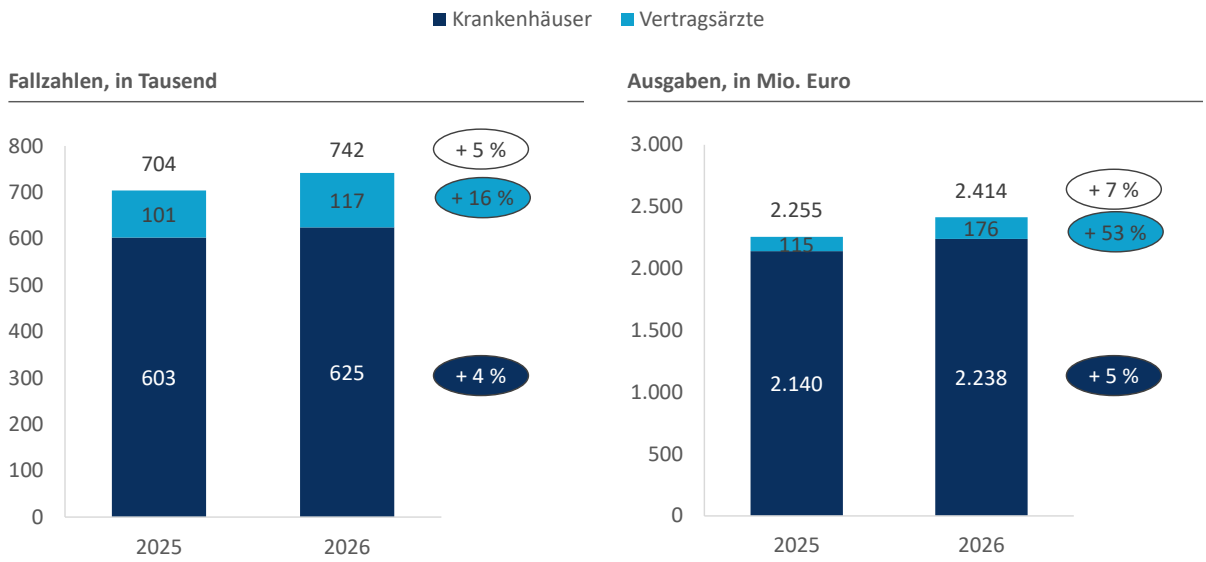
3.5 Ausblick 2026

Wie im Jahr 2025 erfolgte auch für das Jahr 2026 eine Ausweitung des Hybrid-DRG-Katalogs. Diese setzt sich aus einer Erweiterung bestehender Leistungsbereiche durch Hinzunahme weiterer Prozedurenkodes und der Aufnahme komplett neuer Leistungsbereiche zusammen. Insgesamt steigt die Anzahl der Hybrid-DRG-fähigen OPS-Kodes von 575 im Jahr 2025 auf 904 im Jahr 2026. 2026 wurden zusätzlich zu den ehemals stationären Fällen mit einem Tag Verweildauer auch die Fälle mit zwei Verweildauertagen Hybrid-DRG-fähig. Die Erweiterung im Jahr 2026 ist die bisher umfangreichste. Während die Kalkulation des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für 2025 auf rund 290.000 stationären Fällen basierte, sind es für 2026 bereits 990.000 stationäre Fälle.

Dies zeigt sich auch in den Ausgaben. Für das gesamte Jahr 2025 lagen die Ausgaben für abgerechnete Hybrid-DRG-Fälle bei 1,2 Mrd. Euro mit rund 829.000 Fällen. Allein im ersten Quartal 2026, dem einzigen bisher vorliegenden, betrugen die Hybrid-DRG-Ausgaben bereits über eine Mrd. Euro mit rund 450.000 Fällen. Somit wird das Ausgabenniveau der Hybrid-DRGs im Jahr 2026 gegenüber 2025 voraussichtlich auf das Vierfache steigen.

Um die Entwicklung von Mengen- und Preiseffekten beurteilen zu können, wird wie für die Auswertungen der Hybrid-DRG-Leistungen 2025 vorgegangen und ein Warenkorb auf Basis des Hybrid-DRG-Leistungskatalogs 2026 definiert. Abbildung 11 stellt die Entwicklung dieses Warenkorbs für das erste Quartal der Jahre 2025 und 2026 dar, wobei noch keine 2026er-Zahlen für die vertragsärztliche Abrechnung nach EBM vorliegen. Dennoch zeigt sich im ersten Quartal des Jahres 2026 im Vergleich zum Vorjahresquartal ein Fallzahlanstieg von 5 Prozent (rund 38.000 Fälle) und ein Ausgabenanstieg von 7 Prozent (rund 160 Mio. Euro).

Abbildung 11: Fallzahlen und Ausgaben nach Versorgungsbereich, 2025 und 2026 jeweils 1. Quartal



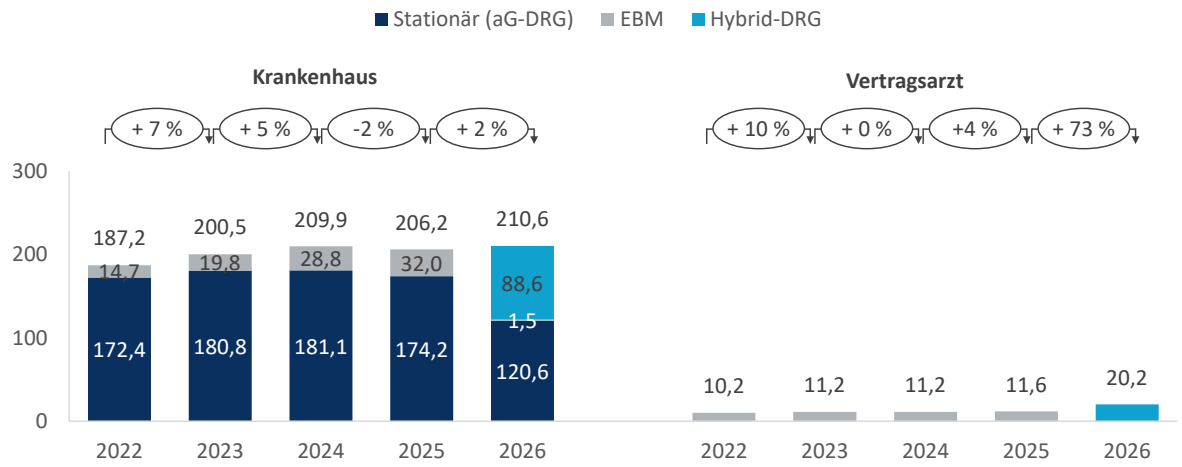
Anmerkung: Stichprobe spezifiziert für Leistungen nach Hybrid-DRG-Leistungskatalog 2026; für 2026 ohne vertragsärztliche, nach EBM abgerechnete Leistungen

Quelle: AOK-Abrechnungsdaten (standardisiert und hochgerechnet auf die gesamte GKV) © WIdO 2026

Abbildung 12 stellt exemplarisch die Fallzahlen für den Leistungsbereich „Diagnostische Herzkatheter/Koronarinterventionen und bestimmte Gefäßinterventionen“ dar, welcher 2026 neu eingeführt wurde und der mit über 800 Mio. Euro Ausgaben allein im ersten Quartal 2026 den bedeutsamsten

Bereich des 2026er Leistungskatalogs darstellt. Im Krankenhaus sind vor allem in den Jahren 2022 bis 2024 Fallzahlanstiege zu beobachten. Seit der Hybrid-DRG-Einführung sind die Fallzahlen auf einem konstanten Niveau geblieben. Im Vertragsarztbereich weist der Leistungsbereich deutlich geringere Fallzahlen auf. Mit der Hybrid-DRG-Einführung kommt es jedoch zu einem deutlichen Anstieg von rund 12.000 auf 20.000 Fälle. Insgesamt ist für diesen Leistungsbereich ein Fallzahlanstieg von 6 Prozent sowie ein inflationsbereinigter Ausgabenanstieg von ebenfalls 6 Prozent für das erste Quartal 2026 zu beobachten.

Abbildung 12: Fallzahlen für den Leistungsbereich Diagnostische Herzkatheter/Koronarinterventionen und bestimmte Gefäßinterventionen nach Versorgungsbereich und Vergütungssystem, 2022–2026 jeweils 1. Quartal, in Tausend



Anmerkung: Stichprobe spezifiziert für Leistungen nach Hybrid-DRG-Leistungskatalog 2026; für 2026 ohne vertragsärztliche, nach EBM abgerechnete Leistungen

Quelle: AOK-Abrechnungsdaten (standardisiert und hochgerechnet auf die gesamte GKV)

© WIdO 2026

4 Qualität der Versorgung

Wie häufig eine Aufnahme im Krankenhaus nach vertragsärztlicher Versorgung mit einer abgerechneten Hybrid-DRG-Leistung stattfand, wird für die Jahre 2024 und 2025 in Tabelle 3 dargestellt. Mit 8,2 Prozent war die Krankenhausaufnahmerate innerhalb von 30 Tagen nach Entfernung von Harnleitersteinen am höchsten, im Gegensatz dazu war sie bei bestimmten Hernienoperationen und bei Exzisionen eines Sinus pilonidalis mit 1,8 Prozent bzw. 1,7 Prozent am niedrigsten.

Tabelle 3: Krankenhausaufnahmeraten innerhalb von 30 Tagen nach vertragsärztlicher Versorgung, 2024 und 2025

Leistungsbereich	Anteil in %
Bestimmte Hernienoperationen	1,8
Entfernung Harnleitersteine	8,2
Ovariektomien	2,2
Arthrodese (Versteifung) der Zehengelenke	2,2
Exzision eines Sinus pilonidalis	1,7
Lymphknotenbiopsien	6,2
Eingriffe an Analfisteln	2,3
Eingriffe Galle, Leber, Pankreas	5,7
Eingriffe Hoden und Nebenhoden	2,3

Quelle: AOK-Abrechnungsdaten, AOK-Fälle mit Hybrid-DRG (Vertragsarzt) nach Leistungsbereich 2024-2025 © WIdO 2026

Die jeweils fünf am häufigsten dokumentierten Behandlungsanlässe bei Krankenhausaufnahme innerhalb von 30 Tagen sind je Leistungsbereich in Tabelle 4 dargestellt. Dazu zählten bösartige Neubildungen der Harnblase bzw. Harnwegsinfektionen nach Entfernungen von Harnleitersteinen mit 0,85 Prozent bzw. 0,66 Prozent sowie Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis nach Eingriffen an Galle, Leber oder Pankreas mit 0,69 Prozent.

Die Behandlungsanlässe, die zu einer Krankenhausaufnahme führen, sind bei den verschiedenen Leistungsbereichen zum Teil sehr unterschiedlich, da sich auch die Art der Behandlung bzw. Versorgung stark unterscheidet. Insgesamt lassen sich die Anlässe der Krankenhausaufnahme in drei Kategorien gliedern: a) Hinweise auf Komplikationen, b) Hinweise auf mehrzeitiges Vorgehen[1] bzw. Fallsplitting und c) andere Anlässe.

Behandlungsanlässe, die leistungsbereichsübergreifend auf Komplikationen hinweisen, sind z. B. die ICD-10-Kodes der Gruppen T80-T88 „Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert“. So wurden Blutungen oder Hämatome als Komplikation eines Eingriffes (ICD-10: T81.0) nach bestimmten Hernienoperationen (0,17 Prozent), Exzisionen eines Sinus pilonidalis (0,24 Prozent), Eingriffen an Analfisteln (0,17 Prozent) und Eingriffe Hoden und Nebenhoden (0,18 Prozent) jeweils am häufigsten dokumentiert. Daneben gibt es weitere spezifische Behandlungsanlässe für die einzelnen Leistungsbereiche, die auf Komplikationen hinweisen. Beispielsweise wurde bei 0,11 Prozent der Fälle, bei denen initial eine Analfistel versorgt wurde, eine Krankenhausaufnahme wegen Hämorrhagie des Anus und des Rektums dokumentiert.

Die Häufigkeiten von Krankenhausaufnahmen mit bestimmten Behandlungsanlässen können nur erste Hinweise auf Komplikationshäufigkeiten geben. Für eine genauere Aussage müssen sowohl die Fallkonstellationen der initialen Behandlungen als auch die der folgenden Krankenhausaufnahmen

[1] Ein mehrzeitiges Vorgehen bedeutet, dass die Behandlung in mehreren Schritten zu unterschiedlichen Zeitpunkten erfolgt.

berücksichtigt werden. Besonders bei den Krankenhausaufnahmen müssen ebenfalls die vorgenommenen Prozeduren ausgewertet werden.

Behandlungsanlässe, die auf ein mehrzeitiges Vorgehen hinweisen, waren insbesondere bei Leistungsbereichen zu beobachten, bei denen etablierte Vorgehensweisen existieren bzw. bei denen es sich bei der initialen Leistung um Diagnostik handelte. Im Leistungsbereich Eingriffe an Galle, Leber oder Pankreas kann eine Krankenhausaufnahme wegen Gallenblasensteinen mit sonstiger Cholezystitis (0,69 Prozent) auf ein mehrzeitiges Vorgehen hinweisen, sofern bei diesem sich anschließenden Behandlungsanlass eine Cholezystektomie erfolgte. Die Sanierung der Gallengänge vor einer Cholezystektomie ist klinischer Standard, sofern diese von Steinen betroffen sind. Gleiches gilt z. B. auch für Eingriffe am Pankreas. Ob eine solche Konstellation tatsächlich vorlag, ist jedoch allein am Behandlungsanlass der Krankenhausaufnahme nicht abzulesen. Vorstellbar wäre auch ein ungeplantes Fallsplitting, das die Krankenhausaufnahme notwendig machte.

Ein Beispiel für die Krankenhausaufnahmein infolge einer vorangegangenen Diagnostik ist der Leistungsbereich der Lymphknotenbiopsien. Hier kam es insbesondere zu Aufnahmen aufgrund verschiedener bösartiger Neubildungen.

Weiterhin gibt es Krankenhausaufnahmen mit Behandlungsanlässen, die in keinem Zusammenhang mit dem initialen Eingriff stehen. Diese können z. B. wegen neu auftretenden Erkrankungen oder Unfällen notwendig sein. Ein weiteres Beispiel ist die Krankenhausaufnahme bei einer Entbindung, der Eingriffe an Analfisteln vorausgegangen sind. Zwar können Analfisteln in der Schwangerschaft häufiger auftreten, sie sind jedoch keine Ursache für die Entbindung.

Wie bereits bei den Komplikationen angemerkt, ist für detailliertere Aussagen über Krankenhausaufnahmen nach vertragsärztlicher Versorgung aufgrund notwendiger Folgebehandlungen oder Komplikationen weitergehende Forschung notwendig. Dabei müssen sowohl die einzelnen Fallkonstellationen als auch die durchgeführten Prozeduren berücksichtigt werden.

Tabelle 4: Top 5 der häufigsten Behandlungsanlässe bei Krankenhausaufnahme innerhalb von 30 Tagen nach vertragsärztlicher Versorgung

Behandlungsanlässe bei Krankenhausaufnahme	ICD-10	Anteil in %
Bestimmte Hernienoperationen		
Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, a.n.k.	T81.0	0,17
Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	T81.4	0,13
Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	L02.2	0,05
Akuter Schmerz	R52.0	0,04
Synkope und Kollaps	R55	0,04
Entfernung Harnleitersteine		
Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	C67.8	0,85
Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	N39.0	0,66
Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand	C67.2	0,40
Prostatahyperplasie	N40	0,40
Nicht näher bezeichnete Hämaturie	R31	0,36
Ovariektomien		
Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	R10.3	0,22
Bösartige Neubildung: Endometrium	C54.1	0,12
Akute Salpingitis und Oophoritis	N70.0	0,06
Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, a.n.k.	T81.0	0,06
Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	T81.4	0,06
Arthrodese (Versteifung) der Zehengelenke		
Atherosklerose der Extremitätenarterien	I70.2	0,20
Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen	E11.7	0,17
Phlegmone an sonstigen Teilen der Extremitäten	L03.1	0,05
Phlegmone an Fingern und Zehen	L03.0	0,04
Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	T81.4	0,04
Exzision eines Sinus pilonidalis		
Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, a.n.k.	T81.0	0,24
Pilonidalzyste ohne Abszess	L05.9	0,10
Analabszess	K61.0	0,07
Pilonidalzyste mit Abszess	L05.0	0,07
Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Gesäß	L02.3	0,05
Lymphknotenbiopsien		
Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	C34.3	0,55
Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	C83.3	0,55
Lymphknotenvergrößerung, umschrieben	R59.0	0,55
Bösartige Neubildung des Zungengrundes	C01	0,37
Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, a.n.k.	T81.0	0,37
Eingriffe an Analfisteln		
Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, a.n.k.	T81.0	0,17
Hämorrhagie des Anus und des Rektums	K62.5	0,11
Analfistel	K60.3	0,08
Einling, Geburt im Krankenhaus	Z38.0	0,08
Analabszess	K61.0	0,07
Eingriffe Galle, Leber, Pankreas		
Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis	K80.1	0,69
Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis	K80.5	0,69
Cholangitis	K83.0	0,46
Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger	A41.5	0,23
Bösartige Neubildung: Kardia	C16.0	0,23
Eingriffe Hoden und Nebenhoden		
Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, a.n.k.	T81.0	0,18
Sonstige entzündliche Krankheiten des Penis	N48.2	0,07
Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Penis	N48.8	0,07
Entzündliche Krankheiten des Skrotums	N49.2	0,06
Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	T81.4	0,06

Quelle: AOK-Abrechnungsdaten, AOK-Fälle mit Hybrid-DRG nach Leistungsbereichen 2024-2025

© WIdO 2026

5 Diskussion und Fazit

Die im Jahr 2024 eingeführten Hybrid-DRGs nach § 115f SGB V verfolgen das Ziel, die im internationalen Vergleich niedrige Ambulantisierung in Deutschland zu beschleunigen und zugleich die Wirtschaftlichkeit der GKV zu verbessern. Eine Analyse der Ergebnisse für das erste Umsetzungsjahr zeigte ein ambivalentes Bild (Hentschker et al. 2026). Zwar stieg der Ambulantisierungsgrad in den fünf initialen Leistungsbereichen an, jedoch wurde zugleich weiterhin fast ein Drittel der Hybrid-DRG-Fälle mit Übernachtung im Krankenhaus versorgt. Die Vergütungslogik änderte sich, nicht aber die Versorgungsform. Gleichzeitig war insbesondere in der vertragsärztlichen Versorgung ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen zu beobachten. Eine gesteigerte Wirtschaftlichkeit im Sinne geringerer Ausgaben für die GKV war daher nicht zu verzeichnen. Im Gegenteil, das Risiko von Mehrausgaben wurde bereits erkennbar.

Erstmals lässt sich nun mit dem Beobachtungsjahr 2025 beurteilen, ob die Effekte des Jahres 2024 Anlaufphänomene waren oder sich die beobachteten Muster verstetigt haben. Es zeigt sich, dass die Mengenausweitung an Geschwindigkeit zugenommen hat. So sind im Jahr 2025 gegenüber 2024 relevante, bereits um die Inflation bereinigte Mehrausgaben in Höhe von ca. 360 Mio. Euro für die GKV entstanden. Für die im Jahr 2026 eingeführten neuen Hybrid-DRGs lassen die Trends auf Basis des ersten Quartals 2026 erwarten, dass sich Ausgaben- und Mengeneffekte weiter verstetigen werden.

Hier zeigt sich ein grundsätzliches Dilemma: Preisanreize, die stark genug sind, um Verlagerung auszulösen, sind zugleich stark genug, um Mengen zu induzieren. Anders als im stationären Bereich, wo verschiedene Instrumente wie der Fixkostendegressionsabschlag zur Mengensteuerung dienten, fehlen diese bislang im Hybrid-DRG-System. Im GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz ist für das neue Konzept der Kurzzeitfallpauschalen vorgesehen, dass die Selbstverwaltung Vorgaben zur Verhinderung von Fallzahlausweitungen beschließen soll (§ 9 KHEntgG Abs. 1 Nr. 11). Parallel dazu sollen auch über den EBM abgerechnete ambulante Operationen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt, also ebenfalls mengengesteuert werden. Einzig für den Bereich der Hybrid-DRGs hat der Gesetzgeber nur ein Preisinstrument geschaffen, aber auf ein Mengeninstrument verzichtet.

Dadurch entstehen zwischen den verschiedenen Versorgungs- und Vergütungsbereichen auseinanderlaufende Rahmenbedingungen. Diese können bestehende Mengenanreize nicht nur aufrechterhalten, sondern auch verstärken. Als sachgerechte Lösung kommt dafür insbesondere ein gemeinsamer Mengendeckel in Betracht, der auch die über die Hybrid-DRGs vergüteten Leistungen einbezieht. Die Ausgestaltung könnte sich an dem in dieser Analyse genutzten „Warenkorb“ relevanter Leistungen orientieren.

Sollte eine solche Mengenbegrenzung nicht umgesetzt werden, müssten alternativ die Preise zeitnah und regelgebunden angepasst werden, um unerwünschte Fallzahlausweitungen zu verhindern: Bei hohem Angebot sinken die Preise. Diese klassische ökonomische Steuerungsfunktion der Preise kommt auch im Bereich der Hybrid-DRGs kaum zum Tragen: Die zeitlich stark verzögerte, nur zum Teil auf empirischen Daten basierende Preissetzung lässt veraltete Anreizstrukturen sehr lange bestehen. Dabei würde der Einsatz des Mischpreises eine zeitnahe Anpassung nahelegen. Dem stehen jedoch die zähen Verhandlungen der Selbstverwaltung entgegen, die bei Verteilungsaufgaben ohne klare gesetzliche Vorgaben für Stillstand sorgen. Exemplarisch kann hier auf die im Gesetz verankerte schrittweise Anpassung der Vergütung von Hybrid-DRGs in Richtung Einheitlicher Bewertungsmaßstab bis 2030 verwiesen werden (§ 115f Abs. 1 Satz 8 SGB V), die bisher scheinbar ausgeblieben ist.

Daher wäre es sinnvoll, die Weiterentwicklung des Systems mit klareren gesetzlichen Regelungen, etwa zu Ausgabenwirkungen und Mengensteuerung, zu flankieren. Im Sinne eines lernenden Systems müssen Preisanpassungen zeitnah und weitgehend regelbasiert erfolgen, damit gesteigerte Ambulantisierungsanteile unmittelbar in die Anreizstrukturen einfließen. So können Ausgabensteigerungen vermieden und ungerechtfertigte Mengenanreize beseitigt werden.

Zudem ist die Wirkung von Hybrid-DRGs vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Gesamtsituation und der parallellaufenden Umsetzung der Krankenhausreform einzuordnen. Es ist erstens zu vermuten, dass Leistungserbringer mit Investitionsmöglichkeiten die Hybrid-DRG-Vergütung eher wirtschaftlich tragfähig umsetzen können als kleinere Standorte ohne entsprechende Kapazitäten. Zweitens liegt nahe, dass Investitionen vor allem durch Skaleneffekte und entsprechend hohe Fallzahlen refinanziert werden sollen. Ob sich hieraus Konzentrationseffekte, der Rückzug einzelner Standorte aus den betroffenen Leistungsbereichen oder ein Hamsterradeffekt ergeben und welche Folgen dies wiederum auf die geplanten Strukturveränderungen der Krankenhausreform hat, ist bisher jedoch kein Teil der Debatte. Entsprechend ist ein Versorgungsmonitoring anzuraten, das auch die Effekte auf die Regelversorgung betrachten und die ambulante Versorgungssituation einbeziehen sollte. Hybrid-DRGs dürfen nicht dazu führen, dass die operative der konservativen Versorgung vorgezogen wird. Die Erfahrung aus der Augenheilkunde, eines der am stärksten ambulantisierten Fachgebiete, hat gezeigt, dass die wirtschaftliche Attraktivität operativer Leistungen wiederholt Nachsteuerungen erforderlich machen kann, um die konservative Versorgung sicherzustellen.

Angesichts der schwachen wirtschaftlichen Entwicklung und der angespannten GKV-Finanzsituation muss eine Ambulantisierung von bisher stationär erbrachten Leistungen außerdem dazu führen, dass Effizienzgewinne in der Versorgung die Versicherten und ihre Arbeitgeber entlasten. Die vorliegende Analyse zeigt jedoch, dass insbesondere die Vertragsärzteschaft schnell auf die höheren Preise reagiert hat und starke Mengensteigerungen zu verzeichnen sind. Der geschätzte finanzielle Effekt auf die GKV ist mit Mehrausgaben von ca. 360 Mio. Euro, bei denen inflationsbedingte Ausgabensteigerungen bereits herausgerechnet wurden, erheblich.

Die zum Teil bereits im Rahmen der ursprünglichen Analyse von Hentschker et al. (2026) formulierten Empfehlungen werden durch die Ergebnisse des Jahres 2025 daher bestätigt und in ihrer Dringlichkeit unterstrichen: Ein zeitnahes und transparentes Versorgungsmonitoring sollte verbindlich und sektorenübergreifend ausgestaltet werden. Es könnte Mengenentwicklungen und strukturelle Verschiebungen identifizieren und rechtzeitig Nachsteuerungsbedarf aufzeigen. Außerdem muss die Kalkulationssystematik weiterentwickelt werden. Neben einer stärkeren Schweregraddifferenzierung könnten degressive Vergütungselemente zur Begrenzung der Fehlanreize und Mengenausweitungen beitragen. Im Zusammenhang mit den Strukturentscheidungen zur Krankenhausplanung sollte die Ambulantisierungsstrategie stärker mit der Krankenhausreform verzahnt werden. Wenn kein Bezug zwischen Hybrid-DRG und Leistungsgruppen besteht, kann dies dazu führen, dass Krankenhäuser ohne stationären Versorgungsauftrag auf die ambulante Erbringung ausweichen. Gleichzeitig könnten gerade Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag die Ambulantisierung verzögern, um die stationären Fallzahlen nicht zu gefährden.

Abschließend verdeutlichen die Ergebnisse zur Qualität, dass die untersuchten vertragsärztlichen Leistungen nur selten zu Krankenhausaufnahmen führen und Hinweise auf Komplikationen insgesamt selten sind.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Spezifikation mit Ein- und Ausschlusskriterien des definierten Warenkorbs für die Hybrid-DRG-Analysen 9

Abbildung 2: Fallzahlen Krankenhäuser und Vertragsärzte nach Vergütungssystem, 2022–2025 12

Abbildung 3: Fallzahlen nach Versorgungsbereich und Vergütungssystem, 2022–2025, in Tausend 13

Abbildung 4: Gesamtausgaben (Krankenhäuser und Vertragsärzte) nach Vergütungssystem, 2022–2025, in Mio. Euro 15

Abbildung 5: Entwicklung der Gesamtausgaben 2023 und 2025 nach Preis- und Mengeneffekt, in Mio. Euro . 16

Abbildung 6: Ambulantisierungsgrad, 2022 bis 2025, Anteil in % 17

Abbildung 7: Ambulantisierungsgrad nach Leistungsbereichen 2025, Anteil in % 18

Abbildung 8: Fälle nach Versorgungsbereich 2022 bis 2025, Anteil in % 18

Abbildung 9: Fälle nach Versorgungsbereich und Leistungsbereichen 2025, Anteil in % 19

Abbildung 10: Fallzahlen nach Leistungsbereichen und Versorgungsbereich, 2023 und 2025 21

Abbildung 11: Fallzahlen und Ausgaben nach Versorgungsbereich, 2025 und 2026 jeweils 1. Quartal 22

Abbildung 12: Fallzahlen für den Leistungsbereich Diagnostische Herzkatheter/Koronarinterventionen und bestimmte Gefäßinterventionen nach Versorgungsbereich und Vergütungssystem, 2022–2026 jeweils 1. Quartal, in Tausend 23

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fallzahlen nach Versorgungsbereich und Vergütungssystem, 2022–2025, in Tausend 14

Tabelle 2: Ausgaben nach Versorgungsbereich und Vergütungssystem, 2022–2025, in Mio. Euro 15

Tabelle 3: Krankenhausaufnahmeraten innerhalb von 30 Tagen nach vertragsärztlicher Versorgung, 2024 und 2025 24

Tabelle 4: Top 5 der häufigsten Behandlungsanlässe bei Krankenhausaufnahme innerhalb von 30 Tagen nach vertragsärztlicher Versorgung 26

Literaturverzeichnis

Deutsches Ärzteblatt (2025) Krankenhaustag: Experten kritisieren Hybrid-DRG heftig. https://www.aerzteblatt.de/news/krankenhaustag-experten-kritisieren-hybrid-drg-heftig-c2bfc6b5-90e5-43a3-936c-59f0207bd686. Zugegriffen: 29. Juni 2026.

GKV-Spitzenverband (2026) Vergütung ärztlicher Leistungen. https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/verguetung_aerztlicher_leistungen/s_thema_aerzteverguetung.jsp. Zugegriffen: 14. Aug. 2025.

GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (2024) Vereinbarung zu der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) gemäß § 115f SGB V für das Jahr 2025 (Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung). https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_vers/115f_hybrid_drg/20241219_Hybrid-DRG-Verguetungsvereinbarung_2025.pdf. Zugegriffen: 14. Aug. 2025.

Hentschker C, Messerle R, Schlüter J, Schmitt J, Malzahn J (2026) Effekte der Hybrid-DRG-Einführung – eine Analyse auf Basis von AOK-Daten. Monitor Versorgungsforschung 2026 (1):73-81