



©Mirko Raatz - stock.adobe.com

Labyrinth und trojanische Pferde

Erste Erfahrungen mit den Hybrid-DRGs in der Unfallchirurgie und Orthopädie im Jahre 2026

Von Andreas Wenke, Frank Schemmann, Kaspar Gundlach und Dominik Franz

Der nachfolgende Artikel berichtet über erste Erfahrungen mit den Hybrid-DRGs in der Unfallchirurgie und Orthopädie im Jahr 2026, nachdem die Zahl der Hybrid-DRGs auf insgesamt 69 erweitert wurde.

Keywords: Abrechnung, Strategie, Finanzierung

Für das Jahr 2026 wurde die Zahl der Hybrid-DRGs auf insgesamt 69 erweitert. Gleichzeitig wurden die Rahmenbedingungen weiterentwickelt, unter anderem durch die Einbeziehung von Fallkonstellationen mit bis zu zwei Übernachtungen im Krankenhaus. Aus Sicht der Orthopädie und Unfallchirurgie wurden bestehende Hybrid-DRGs, etwa zur Arthrodesen der Zehengelenke, inhaltlich angepasst und erweitert. Erstmals eingeführt wurden zudem Hybrid-DRGs für häufige Frakturen des Unterarms, des Unterschenkels sowie der Klavikula.

Mit dieser Ausweitung der Hybrid-DRGs verbindet sich die Erwartung, dass Krankenhäuser – und hier insbesondere die behandelnden Ärztinnen

und Ärzte – eine aktive Rolle in der Patientensteuerung übernehmen. Gemeint ist die frühzeitige Weichenstellung hinsichtlich des geeigneten Versorgungs- und Abrechnungsweges. Formal stehen dabei drei Abrechnungsoptionen zur Verfügung: die ambulante Operation im Krankenhaus nach § 115b SGB V (AOP), Hybrid-DRGs oder die vollstationären aG-DRGs, sofern eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit besteht.

Eine solche proaktive Patientensteuerung ist grundsätzlich sinnvoll. Sie dient aus Sicht der Krankenhäuser der Leistungserbringung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots und der eigenen Kostensituation, aus Sicht der Patientinnen und Patienten einer bedarfsgerechten Versorgung. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass die maßgeblichen Entscheidungskriterien klar, transparent und im Klinikalltag handhabbar und umsetzbar sind. Idealerweise erfolgt die Weichenstellung bereits im Rahmen der Indikationsstellung.

Nach den ersten Erfahrungen mit den Hybrid-DRGs in der Orthopädie und

Unfallchirurgie im Jahr 2026 zeigt sich jedoch, dass diese Erwartung nur eingeschränkt erfüllbar ist. Die Zuordnung zu ambulanten, hybriden oder stationären Abrechnungswegen hängt zunehmend von einer Vielzahl formaler Kriterien ab, deren abrechnungssystematische Relevanz in der Aufnahmesituation häufig nicht vollständig absehbar bzw. planbar sind und eine proaktive Patientensteuerung deutlich erschweren oder unmöglich machen. Geringfügige Unterschiede bei Diagnosen und/oder Prozeduren können zu grundlegend unterschiedlichen Gruppierungen führen – mit erheblichen Konsequenzen für Abrechnungsstabilität und Prüfanfälligkeit.

Die nachfolgenden Beispiele greifen diese Problematik auf. Sie zeigen anhand klinisch sehr ähnlicher Fallkonstellationen, wie formale Abgrenzungskriterien im Hybrid-DRG-System zu divergierenden Abrechnungspfaden führen und welche strukturellen Spannungsfelder sich daraus für die prospektive Patientensteuerung ergeben. Die nachfolgenden Beispielszenarien dienen ausdrücklich nicht dazu, Handlungsempfehlun-

gen für die Leistungserbringung abzuleiten oder bestimmte Versorgungsformen zu legitimieren. Ziel ist vielmehr, typische Konstellationen darzustellen, in denen sich aus der aktuellen Systematik von AOP, Hybrid-DRGs und aG-DRGs abrechnungstechnische Sackgassen ergeben. Diese Sackgassen bestehen unabhängig davon, wie die medizinische Entscheidung im Einzelfall getroffen wurde.

Die Beispiele sind daher als systemische Illustrationen zu verstehen. Sie zeigen auf, wo die derzeitigen Regelwerke an ihre Grenzen stoßen und in welchen Konstellationen Krankenhäuser mit widersprüchlichen Anforderungen zwischen medizinischer Versorgung, Abrechnungssystematik und Prüfrecht konfrontiert sind. Eine Bewertung oder Lösung dieser Spannungsfelder ist ausdrücklich nicht Gegenstand der Fallbeschreibungen, sondern muss der gesundheitspolitischen Weiterentwicklung vorbehalten bleiben.

Beispiel 1: Labyrinth der Diagnosen

Fall A: Isolierte Fraktur des Außenknöchels

Ein erwachsener Patient stellt sich mit einer Fraktur des Außenknöchels (ICD S82.6) vor. Es erfolgt eine offene Reposition und Osteosynthese mittels winkelstabiler Platte (OPS 5-793.kr). Bei einer Verweildauer von weniger als drei Übernachtungen erfüllt der Fall die Voraussetzungen für eine Eingruppierung in die Hybrid-DRG I13N. Die operative Leistung, die kurze Verweildauer und das Fehlen weiterer ausschlussrelevanter Diagnosen bzw. Prozeduren führen in diesem Fall zu einer eindeutigen Zuordnung in den Hybrid-DRG-Bereich.

Fall B: Außenknöchelfraktur mit zusätzlicher Fingerfraktur

Die klinische Situation entspricht hier der in Beispiel 1. Zusätzlich liegt jedoch eine Fraktur der distalen Phalanx des rechten Ringfingers (ICD S62.63) vor, die konservativ durch Ruhigstellung behandelt wird. Die zusätzliche Kodierung der Diagnose einer Fraktur an der oberen Extremität führt dazu, dass die Voraussetzungen für die Hybrid-DRG I13N nicht mehr erfüllt sind. Aufgrund des Ausschlusskriteriums „Frakturen an oberer und unterer Extremität“ wird der Fall stattdessen der aG-DRG I13G zugeordnet. Die medizinische Behandlung des Außenknöchels ist in beiden Fällen identisch. Auch der Versorgungsaufwand unterscheidet sich nur marginal. Dennoch

ergibt sich abrechnungssystematisch eine vollständig andere Einordnung, die den Fall formal in den vollstationären Bereich verschiebt.

Abrechnungssystematische Konsequenzen und Folgeproblematik

Mit der Gruppierung in eine aG-DRG ist der zweite Fall originär als vollstationärer Behandlungsfall abzurechnen. Damit wird insbesondere bei sehr kurzer Verweildauer vielfach eine Prüfung der stationären Behandlungsbedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst (MD) relevant. Kommt dieser im Rahmen einer Prüfung nach § 275c SGB V zu dem Ergebnis, dass eine vollstationäre Behandlung medizinisch nicht erforderlich war (primäre Fehlbelegung), kann die DRG-Vergütung nicht gehalten werden. In dieser Konstellation entfällt zugleich eine Abrechnung als AOP-Leistung, da der durchgeführte OPS-Kode (5-793.kr) nicht im AOP-Katalog enthalten ist. Eine Hybrid-DRG-Abrechnung ist bereits aufgrund der Kombination von Frakturen an oberer und unterer Extremität ausgeschlossen. Damit greifen auch die regulären ambulanten Abrechnungswege nicht. Da damit weder eine Hybrid-DRG-, eine AOP- noch eine vollstationäre DRG-Vergütung greift, verbleibt als gesetzlich vorgesehener Auffangtatbestand nur noch die ökonomisch völlig unzulängliche Vergütung nach § 8 Abs. 3 KHEntgG in Verbindung mit den Vereinbarungen zu § 115a SGB V (vorstationäre Pauschale).

Die Darstellung zeigt, dass bereits geringfügig abweichende klinische Konstellationen ohne relevanten Einfluss auf die operative Hauptleistung zu grundlegend unterschiedlichen abrechnungssystematischen Konsequenzen führen können. Während der erste Fall konsistent im Hybrid-DRG-System abgebildet wird, gerät der zweite Fall in eine schlussendlich weitgehend ausweglose Abrechnungssituation. Dabei ist zu beachten, dass auch die Regelungen der Auffangregelungen der vorstationären Vergütung strenggenommen und in der Folge einer Fallprüfung nach § 275c SGB V zum Tragen kommen.

Beispiel 2: Labyrinth der Prozeduren I

Fall C: Bimalleoläre Sprunggelenksfraktur – offene Reposition des Innenknöchels

Ein erwachsener Patient erleidet eine bimalleoläre Sprunggelenksfraktur (ICD S82.8). Die Fraktur der distalen Fibula wird offen chirurgisch mittels winkelstabiler Platte versorgt (OPS

5-793.kr). Die ebenfalls einfache Fraktur der distalen Tibia wird ebenfalls offen chirurgisch mittels Schraubenosteosynthese versorgt (OPS 5-793.ln). Aufgrund der Kombination zweier offen chirurgisch versorgter Frakturen im Bereich des Sprunggelenks erfolgt keine Eingruppierung in eine Hybrid-DRG. Der Fall wird der aG-DRG I13G zugeordnet. Die Gruppierung ist in dieser Konstellation formal eindeutig und unstrittig. Entscheidend ist hierbei nicht die Frakturmorphologie an sich, sondern die neben der Außenknöchelversorgung zusätzlich offen durchgeführte Reposition des Innenknöchels, die zur Zuordnung in den vollstationären DRG-Bereich führt.

Fall D: Bimalleoläre Sprunggelenksfraktur – geschlossene Reposition des Innenknöchels

Die klinische Ausgangssituation entspricht Fall C. Auch hier liegt eine bimalleoläre Sprunggelenksfraktur (ICD S82.8) vor. Die Fraktur der distalen Fibula wird auch hier offen mittels winkelstabiler Platte versorgt (OPS 5-793.kr). Der entscheidende Unterschied besteht darin, dass der Innenknöchel geschlossen reponiert und mittels Schraubenosteosynthese stabilisiert wird (OPS 5-790.0n). In dieser Konstellation wird der Fall bei entsprechend kurzer Verweildauer jetzt abweichend zu Fall C der Hybrid-DRG I13N zugeordnet.

Die Abgrenzung zwischen Hybrid-DRG und aG-DRG hängt damit nicht von der klinischen Schwere der Verletzung, sondern maßgeblich von der formalen Unterscheidung zwischen offener und geschlossener Reposition ab.

Abrechnungssystematische Konsequenzen bei kurzer Verweildauer

Auch hier ergeben sich bei kurzer Verweildauer relevante Abrechnungsfragen. Wird Fall C als vollstationärer Behandlungsfall abgerechnet, kann eine Prüfung der stationären Behandlungsbedürftigkeit durch den MD erfolgen. Kommt diese Prüfung zu dem Ergebnis einer primären Fehlbelegung, ist die aG-DRG-Vergütung nicht haltbar. Eine Abrechnung als AOP-Leistung scheidet auch hier aus, da die einschlägigen OPS-Kodes nicht im AOP-Katalog enthalten sind. Gleichzeitig ist eine Hybrid-DRG-Abrechnung aufgrund der formalen OPS-Konstellation ausgeschlossen. Damit entsteht, analog zu Beispiel 1, eine Situation, in der reguläre ambulante und stationäre Abrechnungswege nicht greifen. In dieser Konstellation verbleibt erneut ausschließlich die vorstationäre Vergütung (s. o.). ▶

Beispiel 3: Labyrinth der Prozeduren II

Ein erwachsener Patient stellt sich nach einem Sturz mit einer Fraktur des Außenknöchels (ICD-10-GM S82.6) vor. Es handelt sich um eine Mehrfragmentfraktur der distalen Fibula. Die operative Versorgung erfolgt offen chirurgisch mittels Schraubenosteosynthese (OPS 5-794.0r). Die klinisch vergleichbare Versorgung mit einer winkelstabilen Platte (5-794.kr) führt in die Hybrid-DRG I13N. Tatsächlich erfolgt bei einer alleinigen Schraubenosteosynthese (OPS 5-794.0r) keine Gruppierung in die Hybrid-DRG I13N, sondern in die aG-DRG I13F. Die unterschiedliche Gruppierung resultiert damit nicht aus der Frakturdiagnose oder dem Versorgungsaufwand, sondern allein aus der gewählten Osteosynthesetechnik und der damit verbundenen OPS-Kodierung. Klinisch vergleichbare Behandlungsfälle werden abrechnungssystematisch unterschiedlich behandelt.

Wie bei den bereits zuvor dargestellten Beispielen steht eine Klinik auch hier vor dem Dilemma der Abrechnung, wenn entweder bei primär fehlender stationärer Aufnahme oder als Folge einer MD-Prüfung die stationäre DRG-Abrechnung entfällt. Der OPS-Kode 5-794.0r ist nicht im AOP-Katalog vorhanden, so dass zumindest bei primär stationärer Abrechnung und nachfolgend negativem MD-Gutachten nur die unzureichende vorstationäre Pauschale resultiert.

Auch dieses Beispiel zeigt, dass bei klinisch vergleichbaren Versorgungsrealitäten bereits die Wahl der Osteosynthesetechnik erhebliche Auswirkungen auf die abrechnungssystematische Einordnung haben kann. Das Beispiel verdeutlicht erneut, dass formale OPS-Differenzierungen maßgeblich über Abrechnungsstabilität und Prüfanfälligkeit entscheiden, ohne dass sich der klinische Behandlungsaufwand in vergleichbarer Weise unterscheidet.

Beispiel 4: Trojanisches Pferd

Bei einer Patientin mit erworbenem Hallux valgus (M20.1) wird eine sogenannten Lapidus-Arthrodesse indiziert. Diese Operation beschreibt eine Versteifung des Gelenkes zwischen dem ersten Mittelfußknochen und dem inneren Keilbein z. B. mit einer winkelstabilen Platte und eine Raffung der Gelenkkapsel des Großzehengrundgelenkes. Die Kodierung erfolgt über die OPS-Ziffern 5-808.a4 + 5-93b.e für die Gelenkversteifung sowie 5-788.40 für

die Kapselraffung. Die OPS-Kodes für die Gelenkversteifung alleine kodiert, führen nicht in eine Hybrid-DRG, sondern in die aG-DRG I20D. Wird nun die Kapselraffung (5-788.40), die den deutlich weniger ressourcenverbrauchenden Teil der Lapidus-Arthrodesse darstellt, hinzukodiert, wird die Gelenkversteifung wie im Bauch des Trojanischen Pferdes in die Hybrid-DRG I20M eingeschleust. Ein typisches Beispiel für Erlösminderung durch Leistungsausweitung.

Das Phänomen einer Erlösminderung durch Leistungsausweitung ist auch aus der Abrechnung über aG-DRGs bekannt. Bei der Weiterentwicklung der Hybrid-DRGs sollten Kontrollen der Plausibilität erfolgen, um strukturelle Fehler nicht zu wiederholen. Die Arthrodesse wird nun „Huckepack“ in die Hybrid-DRG einbezogen. Dies führt zu Fehlanreizen und nicht leistungsgerechten Erlösminderungen. Auch bei komplexen Rückfußeingriffen, die primär nicht in eine Hybrid-DRG gruppiert werden, kann durch zusätzliche Vorfußeingriffe eine Hybrid-DRG entstehen.

Systemische Grenzen der Fallsteuerung

Die dargestellten Beispiele machen deutlich, dass die abrechnungssystematische Einordnung medizinisch vergleichbarer Fälle zunehmend von formalen Detailkriterien abhängt, deren Tragweite in der Akutsituation der Aufnahme kaum zu überblicken ist und demnach die leistungsgerechte Patientensteuerung erheblich erschwert. Ob ein Fall in eine Hybrid-DRG, eine aG-DRG oder in nachgelagerte Abrechnungsverfahren fällt, entscheidet sich nicht primär anhand prima vista erkennbarer klinischer Konstellationen, sondern anhand von Details der Kodierung, wie z. B. zusätzliche Diagnosen, der Art der Reposition oder der gewählten Osteosynthesetechnik.

Diese Kriterien sind zwar klassifikatorisch nachvollziehbar, entfalten ihre abrechnungstechnische Wirkung jedoch häufig erst ex post. In der praktischen Aufnahmesituation stehen sie entweder noch nicht vollständig zur Verfügung, oder die unübersichtliche Struktur der Abrechnungszuordnung ist für das dort eingesetzte Personal kaum prognostizierbar. Die Erwartung, Krankenhäuser könnten unter diesen Bedingungen eine prospektive Patientensteuerung durchführen, um den Herausforderungen der Hybrid-DRGs zu begegnen, erscheint vor diesem Hintergrund unrealistisch.

Besonders problematisch ist, dass geringfügige formale Abweichungen bei ansonsten vergleichbarer Behandlung nicht nur zu unterschiedlichen Gruppierungen führen, sondern auch zu erheblich divergierender Prüfanfälligkeit. Während einzelne Konstellationen konsistent im Hybrid-DRG-System abgebildet werden, geraten andere Fälle bei kurzer Verweildauer in eine Abrechnungssituation, die nur noch über nachgelagerte Prüf- und Korrekturmechanismen scheinbar aufgelöst werden kann, wobei Erlössituationen resultieren, die in keiner Weise den tatsächlichen Kostenaufwand abzubilden in der Lage sind.

Die Beispiele zeigen damit keine Fehlanwendung des Systems, sondern ein zunehmendes strukturelles Problem. Ein Abrechnungssystem, das hochdifferenzierte formale Weichenstellungen in der ex ante-Situation des klinischen Erstkontaktes verlangt, diese aber erst retrospektiv transparent macht, verlagert die Abrechnungsrisiken zwangsläufig in die klinische Routine. Vor diesem Hintergrund stößt die Idee einer klaren, transparenten und proaktiven Patientensteuerung an ihre systemischen Grenzen. ■



Andreas Wenke

Geschäftsführer Franz + Wenke GmbH
Mendelstr. 11
48149 Münster
a.wenke@dasgesundheitswesen.de

Dr. med. Frank Schemmann

Leitender Arzt
Zentrum für Orthopädische Chirurgie am
Boxberg
Boxbergweg 3
66538 Neunkirchen

Dr. med. Kaspar Gundlach

Stv. Ärztlicher Direktor KLINIK DR. GUTH
Ärztlicher Leiter MVZ Elbe-West
Klinik Dr. Guth GmbH & Co. KG
Jürgensallee 46-48
22609 Hamburg

Prof. Dr. med. Dominik Franz

Geschäftsführer Franz + Wenke GmbH
Mendelstr. 11
48149 Münster