



Stellungnahme der Gesellschaft für Fußchirurgie GFFC e.V. und der Deutschen Assoziation für Fuß & Sprunggelenk D.A.F. e.V. zum WIdO Gutachten des wissenschaftlichen Instituts der AOK

Im September 2026 veröffentlichte das wissenschaftliche Institut der AOK ein Gutachten zu den Effekten der Hybrid-DRGs. Als Ergebnis 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 für das Institut und die AOK nicht zu verzeichnen weitere Mehrausgaben seien zu erwarten (1).

Relevant hierfür wurden Mengenausweitung im vertragsärztlichen Bereich gesehen. Als Ursache wurde die höhere Vergütung der H-DRGs gegenüber dem EBM angeführt und implizit den Vertragsärzten eine Mengenausweitung unterstellt.

Bei der Analyse des WIdO wurde besonders im urologischen Fachgebiet und für den Bereich der Fußchirurgie im vertragsärztlichen Bereich ein sehr starkes Wachstum verzeichnet. Die Fallzahlen seien von 199.700 auf 362.700 gestiegen, was einem Anstieg von 82 Prozent entsprechen würde. 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 hätten. Mit rund 125.600 ambulanten Fällen im Jahr 2025 stellten die Arthrodesen den größten vertragsärztlichen Leistungsbereich dar (1).

Auffällig war die lediglich auf Kostenentwicklung ausgelegte Darstellung in diesem Gutachten. Ohne nach Ursachen dieser „Mengenausweitungen“ zu suchen, erfolgte lediglich der implizite Vorwurf einer bewussten Fallzahlsteigerung durch die Vertragsärzte.

Die Gefahr einer Fallzahlausweitung wurde bereits 2024 im Sachverständigengutachten (3) thematisiert und mögliche Steuerungselemente beschrieben.

Als Fachgesellschaft der Fuß- und Sprunggelenkschirurgen hatten wir bereits vor der Einführung der H-DRGs Ende 2023 vor den konzeptionell bedingten Mengenausweitungen gewarnt und Konzepte zur Verbesserung des Systems im Sinne einer „Ambulantisierung von stationären Fällen“ und nicht „Ambulantisierung von ambulanten Fällen“ gewarnt (4). Als Vertreter der deutschen Fußchirurgen war und ist uns daran gelegen eine leistungsgerechte Vergütung insbesondere der potentiell ambulant durchführbaren Hallux-Chirurgie und Arthroskopien an Fuß und Sprunggelenk zu erreichen.

In der aktuellen H-DRG-Konstellation können diese mit erheblichen Sachkosten verbundenen Eingriffe weiterhin nur mit teils erheblichen Abschlägen gegenüber dem EBM erbracht werden. Lücken im H-DRG-System ließen zumindest für einen Teil dieser potentiell ambulant durchführbaren Eingriffe eine Abrechnung nach DRG bzw. EBM zu.

Auf der anderen Seite wurden Kleinsteingriffe, wie die perkutane Durchtrennung einer Sehne sowie indirekt Eingriffe an den Zehennägeln auf das Vergütungsniveau der Hallux Chirurgie angehoben. Viele diese Eingriffe wurden bereits vor der Einführung der Hybrid-DRGs nahezu ausschließlich über dem EBM ambulant abgerechnet. Einige dieser Eingriffe waren noch nicht einmal Bestand des Anhang 2 zum EBM - Verzeichnis der ambulanten und belegärztlichen Operationen – und somit auch nicht im AOP-Katalog gelistet.

Diese damit verbundene erhebliche Mengenausweitung – insbesondere außerhalb der spezialisierten Fußchirurgie – waren ein handwerklicher Fehler bei der Konzeption des Hybrid-DRG-Systems. Der wesentliche Anteil der Mengenausweitung und damit erhöhten Mehrausgaben der Kostenträger, insbesondere im niedergelassenen Bereich, sind dem geschuldet.

Verschärft wurde dies durch, da eine Abrechnung von „Hybrid-Eingriffen“ über EBM sogar untersagt wurde. Entsprechende Änderungsanträge der Fachgesellschaft (5), in dem der Fehler benannt und im Rahmen des Vorschlagsverfahrens hätten korrigiert werden können, wurden jedoch vom InEK nicht umgesetzt (7).

Die systematische Schwäche des WIdO- Gutachtens liegt darin, dass die Mehrkosten zwar beziffert werden und diese den ambulanten Leistungserbringern aufgrund willkürlicher Mengenausweitungen angelastet werden. Eine Frage nach dem Hintergrund der Mengenausweitung , ob systemisch bedingt oder willkürlich – wurde nicht angesprochen.

Medizinisch gesprochen wurden Symptome dargestellt und ohne weitere Ursachenforschung interpretiert. Der „Patient H-DRG“ und die damit verbundene Ambulantisierung soll sang und klanglos aufgegeben werden, die Beerdigungszeremonie wurde bereits eingeleitet.

Bei der Analyse des aktuellen bisherige Hybrid-DRG-System muss zwischen den 2024 eingeführten und 2025 nachgebesserten Hybrid-DRGs und den Hybrid-DRGs des Jahres 2026 unterschieden werden. Die Ausgestaltung des H-DRG-Systems oblag dem InEK auf Basis von Vorgaben aus dem Bundesministerium für Gesundheit. Auf angebotene Unterstützung der Fachgesellschaften und Berufsverbänden wurde nicht reagiert.

Seit der Implementierung der Hybrid-DRGs 2024 können zwei unterschiedliche Umsetzungen der H-DRG in der Vergütungssystematik in den Jahren 2024-2025 sowie 2026 gesehen werden.

Mit Einführung der H-DRGs 2024 erfolgte eine Umwandlung von zwei DRGs im Fußbereich der DRG I20F und I20E in je eine H-DRG. Beide Haupt-DRGs stellen sogenannte Resteklassen-DRGs dar. Inhaltlich überwogen definierte Eingriffe der Hallux valgus Chirurgie und Arthrodesen bei Zehendeformitäten diese Haupt-DRGs. Weiterhin waren und sind diese DRGs jedoch auch ein Sammelbecken unzähliger kleinerer und kleinster operativer Leistungen am Fuß. Diese wurden aus der Bewertung nicht ausgegliedert.

Dies lag u.a. an einer geringen stationären Fallzahl dieser bereits 2024 überwiegend ambulant erbrachten Leistungen. Die bestehende inhaltliche Ausgestaltung dieser beider Haupt-DRGs wurden mit wenigen Ausnahmen 1:1 in die H-DRGs übernommen. Ausgeschlossen wurden beispielsweise Eingriffe mit einer zusätzlichen Arthroplastik am Großzehengrundgelenk, da diese Eingriffe mit höheren Kosten verbunden waren und eine Vergütung über den 1-Tagesfällen der Haupt-DRG bedingt hätten (7).

Bei der Zuordnung in die H-DRGs spielte es somit keine Rolle, ob einzelne OPS bereits 2024 ausschließlich im EBM-Bereich durchgeführt wurden.

Auch wurde keine Unterscheidung nach medizinischen Schweregrad und tatsächlichen Behandlungsaufwand – wie von den Fachgesellschaften gefordert – umgesetzt (5). Die Ursachen hierfür sind sicherlich auch in den Vorgaben des BMG an das InEK zu suchen, verändern aber die Fehlkonstruktion der H-DRGs nicht.

Als Folge wurden Eingriffe - welche regelhaft nur im ambulanten Bereich zu erbringen waren - wie Durchtrennung von Sehnen an einer Kleinzehe auf den gleichen Vergütungsrang mit sachkostenlastigen und zeitaufwendigeren arthroskopischen Eingriffe am Sprunggelenk bzw. Hallux valgus Korrekturen gleichgesetzt. Zeitgleich wurde vom Gesetzgeber der Vorrang der H-DRG Abrechnung gegenüber der Abrechnung nach DRG und EBM festgelegt.

Als Konsequenz mussten kleinerer und kleinste operative Eingriffe, welche nahezu ausschließlich im vertragsärztlichen Bereich erbracht wurden und werden, zwangsläufig von den Vertragsärzten nach H-DRG abgerechnet werden. Somit fand eine Ambulantisierung bereits ambulantisierter Eingriffe statt, welche nun nicht mehr nach EBM, sondern nach H-DRG abgerechnet werden mussten und müssen.

Der überwiegende Teil der vom WIdO angeführten Mehrkosten und Leistungserweiterungen waren und sind konzeptionell bedingt und kein Ausdruck einer willkürlichen Mengenausweitung im vertragsärztlichen Bereich.

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Weiterentwicklung des DRG-Systems wurden unter Federführung der Gesellschaft für Fußchirurgie GFFC e.V. Änderungsvorschläge in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Orthopäden und Unfallchirurgen (BVOU), dem Berufsverband der Chirurgen (BDC) und dem Berufsverband der niedergelassenen Chirurgen (BNC) eingereicht. Diese beinhalteten unter anderem eine Schärfung der H-DRGs auf stationäre Fälle mit Ambulantisierungspotential sowie eine Differenzierung der H-DRG nach Schweregrad und Kostenaufwand. Kleinsteingriffe sollten aus der H-DRG-Regelung ausgenommen und somit erheblich Kosten eingespart werden (5).

Diese konkreten Vorschläge wurden zeitgleich unter anderem dem Bundesministerium für Gesundheit BMG, dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung GKV, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KBV, der Deutschen Krankenhausgesellschaft DKG und den Gesundheitsministerien der Länder und der KBV unterbreitet und um Unterstützung dieses Vorhabens gebeten.

Wir möchten betonen, dass im Gegensatz zur Darstellung des WIdO die Mengenausweitung der H-DRG in überwiegender Mehrheit nicht finanziellen Fehlanreizen, sondern einer

undifferenzierten Ausarbeitung des H-DRG-Systems verbunden mit gesetzlichen Vorgaben zur Abrechnung der Hybrid-DRGs geschuldet sind.

Auch das H-DRG-System wurde, wie auch das DRG-System als lernendes System implementiert. Während bei der Einführung des DRG-Systems um das Fachwissen der Fachgesellschaften und Berufsverbände gebeten wurde und zu einer Verbesserung des DRG-Systems geführt hatte, wurde dies für das H-DRG Systems sträflich und konsequent vernachlässigt.

Im Jahr 2026 erfolgten die Erweiterungen im Bereich der H-DRGs, für die Fußchirurgie speziell die DRG I20M der DRG I20D. Diese H-DRG wird über die Versteifung eines Mittelfußgelenkes mit über 70% der Fälle dominiert, ein häufiger Eingriff in der Vorfußchirurgie. Pikanterweise sollte exakt dieser Eingriff nach Vorgaben der KBV, DKG und GKV kein Eingriff einer H-DRG werden.

Durch einen kleinen technischen Eingruppierungstrick bei der Hybrid-DRG-Entwicklung wurde dieser Eingriff über kleinere Nebeneingriffe zur Hauptleistung der H-DRG I20M. Und nebenbei zu einer der erfolgreichsten H-DRG, welche den Anspruch der Ambulantisierung von stationären Fällen gerecht wurde.

Statt pauschal DRGs in Hybrid-DRGs zu überführen wurden definierte fallzahlstarke potentiell ambulant durchführbare Eingriffe selektiv den H-DRGs zugeführt.

Eine solche Spezifizierung wurde bereits 2021 im Rahmen des Innovationsfondsprojekt ESV 2024 thematisiert und gefordert. (6)

Die 2024 eingeführten H-DRGs I20O und I20N der Resteklasse-DRGs I20F und I20E wurden jedoch mit marginalen Änderungen beibehalten.

Die Fallzahlstärke dieser H-DRGs kam dem InEK bei der Erfüllung der vom BMG geforderten 1 Millionen Fälle an H-DRGs sicherlich entgegen. Eine Bereinigung dieser H-DRGs um überbewertete Fälle hätte die Anzahl der Gesamt-H-DRG-Fälle wesentlich verringert.

Derzeit liegen zwei unterschiedliche Ansätze zur Etablierung von H-DRGs vor:

1. Die Umwandlung von Gesamt-DRGs in H-DRGs, das erste Konzept vom InEK. Diesem sind die Mengenausweitungen und Mehrkosten der H-DRGs im Bereich der Fußchirurgie zum überwiegenden Anteil geschuldet.
2. Der Ansatz mit Etablierung von H-DRGs bei definierten fallzahlstarken Eingriffen, welche ab 2026 vom InEK vorangetrieben wurde, zeigt hingegen den gewünschten Effekt, stationäre Leistungen in den ambulanten Bereich zu verschieben.

Durch die neu etablierten H-DRGs 2026 wurde ein Weg zur erfolgsversprechenden Umsetzung der H-DRGs-Systems und somit zu einer sektorenübergreifenden Vergütung auf Ebene von Fallpauschalen beschritten.

Dies stellt die Grundlage für die vom Sachverständigenrat im Gutachten aus dem Jahr 2024 geforderten Entwicklung eines eigenständigen Kalkulationssystems für die sektorengleiche Vergütung. Das Potential zur Kostensenkung durch die Ambulantisierung wurde in bis zu 27 Millionen Belegungstagen berechnet (2).

Das Sektorenübergreifende Fallpauschalensystem kann jedoch nur erfolgreich fortgesetzt werden, wenn die Entwicklung aus dem vorgegebenen rechtlichen Zwangskorsett mit vorgegebener Fallzahlsteigerung, begrenzten Mengen an neu zu etablierenden H-DRGs und der Zielvorgaben die Kosten auf EBM-Niveau zu drücken, befreit wird.

Die geplante Abschaffung der H-DRG kommt einer Kapitulation vor der geplanten und zwingend notwendigen Ambulantisierung und sektorenübergreifenden Vergütung im deutschen Gesundheitswesen gleich.

Die fußchirurgischen Fachgesellschaften fordern daher die politischen Akteure auf, nicht vorzeitig den erfolgsversprechenden Ansatz der H-DRGs zur mittelfristigen Reduktion der Kosten im Gesundheitssystem ohne Einbuße an Qualität zu beerdigen.

Das H-DRG-System wurde als lernendes System konzipiert, die initialen Mehrkosten waren bereits im Vorfeld thematisiert worden (6).

Wir fordern

- eine Beibehaltung des H-DRGs im Jahr 2027
- eine strukturelle und qualitative Verbesserung des Hybrid-DRGs-Systems unter Einbeziehung des medizinischen Fachverständs
- Eine Entkopplung der Hybrid-DRGs aus starren rechtlichen Vorgaben
- Ein sektorenübergreifendes Vergütungssystem für sektorenübergreifend erbrachte medizinische Leistungen
- Transparenz bei der Kostenkalkulation der Hybrid-DRGs

Als Fachgesellschaften von klinisch und vertragsärztlich arbeitenden Mediziner*innen sind wir uns der Kostenproblematik und der Notwendigkeit von Einsparungen im Gesundheitssystem bei möglichst gleichbleibender Qualität der Versorgung vollkommen bewusst.

Die Abschaffung einer sektorenübergreifenden gleichen Vergütung konterkariert jedoch den Ansatz der Ambulantisierung, eine Verschiebung von zahlreichen operativen Fällen in den stationären Leistungssektor ist vorprogrammiert.

Quellennachweis:

- 1) Hybrid-DRGs im Fokus, Ausgaben- und Mengenentwicklung sowie Qualitätsaspekte im zweiten Jahr der Umsetzung, WIdO e-Paper 15 (2026), DOI: <https://doi.org/10.4126/FRL01-006529344>
- 2) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege www.svr-gesundheit.de Kapitel 6.1.2 Sektorengleiche Vergütung S. 252-254 Kapitel 582 & 583, DOI: 10.4126/FRL01-006400072
- 3) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege www.svr-gesundheit.de DOI: 10.4126/FRL01-006400072 Kapitel 6.1.2 Sektorengleiche Vergütung S. 252-254 Kapitel 584 – 587
- 4) Stellungnahme der Gesellschaft für Fußchirurgie e.V. (GFFC) vom 31.10.2023 an das Bundesministerium für Gesundheit zum Referentenentwurf des BMG zur Verordnung einer sektorengleichen Vergütung. [GFFC Stn RefE Hybrid-DRG-V.pdf](#)
- 5) Antrag der GFFC e.V. „Vorschlag I20 Hybrid Neu 2025“ im Rahmen des Vorschlagsverfahrens 2025 des InEK zu den Hybrid-DRGs I20 vom 31.03.2024

Änderungsvorschlag Hybrid-DRG 2026 -GFFC im Rahmen des Vorschlagsverfahrens 2026 des InEK vom 23.03.2025
- 6) Innovationsfondsprojekt Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung gefördert durch den G-BA Innovationsfonds – Förderkennzeichen: 01VSF19040 Ein sektorengleiches Vergütungssystem Ein gemeinsames Projekt des Hamburg Center for Health Economics, dem BKK Dachverband e.V., dem Deutschen Krankenhausinstitut, dem Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der TU Berlin sowie dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland Kapitel 1. .2.3 Datenbasis und Kalkulation
- 7) Antwortschreiben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) im Rahmen des "Verfahrens zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2025" Verfahrensnummer V250254 Vorschlag der Gesellschaft für Fußchirurgie GFFC e.V.