

SpiFa e.V. | Robert-Koch-Platz 9 | 10115 Berlin

- Per E-Mail -

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Herrn Dr. David Scheller-Kreinsen
Geschäftsführer
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Berlin, den 11. Oktober 2026

Betreff: Kein Rückschritt bei der Ambulantisierung auf Grundlage unzureichend belegter Schlussfolgerungen

Sehr geehrter Herr Dr. Scheller-Kreinsen,
sehr geehrte Autorinnen und Autoren,

der Krankenhaus-Report 2026 beschreibt erhebliche Ambulantisierungspotenziale. Bei seiner Vorstellung haben Sie hervorgehoben, dass in allen Bundesländern mehr als die Hälfte der Krankenhausesfälle ambulant versorgt werden könnte. Zugleich haben Sie die geringeren Kosten einer Versorgung ohne stationären Aufenthalt betont.

Jetzt droht die Politik, genau die entgegengesetzte Richtung einzuschlagen.

Die Regierungsfractionen wollen 2027 die Hybrid-DRG-Fallpauschale für Leistungen ohne Übernachtung durch die regionale Euro-Gebührenordnung ersetzen. Bei stationärer Behandlung mit Übernachtung soll die Fallpauschale erhalten bleiben. Die vorgesehene Abschaffung der Hybrid-DRG ab 2028 würde die einheitliche Vergütung grundsätzlich aufgeben.

Damit wird die Übernachtung wirtschaftlich attraktiver, soweit die stationäre Fallpauschale die ambulante Vergütung einschließlich Sachkostenerstattung übersteigt. Eine Regelung, die angeblich Geld sparen soll, droht dadurch zusätzliche Krankenhausbehandlungen und erhebliche Mehrausgaben für die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler auszulösen.



**MEIN
FACHARZT.
MEINE
WAHL.**

Spitzenverband Fachärztinnen
und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)

Vorstand
Dr. med. Dirk Heinrich (Vorsitzender)
Dr. med. Helmut Weinhart
Prof. Dr. med. Hermann Helmberger
Dr. med. Petra Bubl
Dr. med. Norbert Smetak
Jan Henniger
Markus Haist (kooptiert)
Dr. med. Anna-Katharina Doepfer (kooptiert)
Daniel Pleger (kooptiert)

Hauptgeschäftsführer
Dr. iur. André Byrle

Hauptstadtbüro
Robert-Koch-Platz 9
10115 Berlin

T +49 (0)30 40 00 96 31
F +49 (0)30 40 00 96 32

info@spifa.de
www.spifa.de

Vereinsregister
AG Charlottenburg
VR 29131 B

Die Folgen treffen die Patienten unmittelbar. Medizinisch unnötige Krankenhausaufenthalte belasten Menschen, binden dringend benötigtes Personal und können gerade Kinder und ihre Familien schwer treffen. Krankenhausaufenthalte sind zudem mit dem Risiko verbunden, dort eine Infektion zu erwerben. Ein vermeidbarer Aufenthalt bedeutet deshalb auch eine vermeidbare Exposition gegenüber Krankenhausinfektionsrisiken.

In dieser politischen Diskussion wird Ihre Studie „Hybrid-DRGs im Fokus“ als wissenschaftliche Begründung für Einschnitte herangezogen. Umso schwerer wiegt, dass zentrale Ursachenzuschreibungen durch das veröffentlichte Untersuchungsdesign nicht hinreichend abgesichert sind.

Wir halten es für wissenschaftlich und gesundheitspolitisch unverantwortlich, aus ungeklärten Abrechnungs- und Ausgabenentwicklungen einen belastbaren Nachweis reformbedingter Mehrkosten abzuleiten. Unsere Einwände betreffen nicht Nebensächlichkeiten. Sie betreffen die Aussagekraft der Untersuchung.

1. Sie beobachten eine Entwicklung – weisen deren Ursache aber nicht belastbar nach

Ihre Untersuchung vergleicht die Zeit vor und nach Einführung der Hybrid-DRG, ohne eine geeignete Kontrollgruppe zu verwenden. Die Bereinigung um Veränderungen der Vergütungsparameter ersetzt keine Ursachenanalyse.

Vereinfacht gesagt: Was nach einer Reform geschieht, muss nicht durch diese Reform verursacht worden sein.

Für eine belastbare Bewertung müsste abgeschätzt werden, wie sich Leistungen und Ausgaben ohne Hybrid-DRG entwickelt hätten. Veränderungen der Nachfrage, der Kapazitäten, der Leistungszusammensetzung und der Dokumentation müssen dabei berücksichtigt werden.

Die ausschließliche Zuschreibung verbleibender Ausgabenveränderungen an die Hybrid-DRG geht deshalb über das hinaus, was Ihr Untersuchungsdesign trägt. Eine große Datenmenge behebt dieses Problem nicht. Auch viele Abrechnungsdaten ersetzen keinen belastbaren Vergleich.

2. Ein konstanter Leistungskorb garantiert noch keine vergleichbaren Fälle

Ihr Leistungskorb umfasst auch EBM- und aDRG-Leistungen. Er ist damit breiter als die tatsächlich nach Hybrid-DRG abgerechnete Versorgung.

Ein konstanter Katalog ist für den Zeitvergleich sinnvoll. Er gewährleistet aber weder eine gleichbleibende Erfassung noch eine vergleichbare Erkrankungsschwere und Leistungszusammensetzung.

Deshalb müssen Sie klar trennen, welche Ergebnisse den gesamten Leistungskorb betreffen und welche tatsächlich Hybrid-DRG-fähige Fälle. Die Entwicklung eines breiteren Versorgungsausschnitts darf nicht ohne ausreichende Prüfung als Wirkung eines einzelnen Vergütungssystems ausgegeben werden.

3. Eine vollständigere Erfassung kann als zusätzliche Behandlung erscheinen

Für 2024 fehlen vertragsärztliche Direktabrechner. Zudem benennen Sie selbst mögliche Untererfassungen früherer Leistungen aufgrund unterschiedlicher OPS-Dokumentation.

Das ist für die Interpretation entscheidend: Wird ein bereits zuvor erbrachter Eingriff später besser erfasst, entsteht rechnerisch ein Zuwachs, ohne dass zusätzlich operiert wurde.

Solange solche Effekte nicht ausreichend quantifiziert sind, bleibt die Höhe des tatsächlichen Behandlungszuwachses unsicher. Diese Unsicherheit gehört in die zentralen Ergebnisaussagen – nicht lediglich in einen Abschnitt über Limitationen.

4. Die weiterhin ausgewiesenen EBM-Fälle werfen eine grundlegende Abgrenzungsfrage auf

Die Auswahl dieser Fälle beruht auf katalogzugehörigen OPS und passenden Operations-GOP. Eine vollständige Gruppierungsprüfung wird hierfür nicht dokumentiert.

Für einen tatsächlich einer Hybrid-DRG zugeordneten Eingriff bestand 2025 kein Wahlrecht zur EBM-Abrechnung. Ein katalogzugehöriger OPS allein belegt allerdings noch keine Hybrid-DRG-Fähigkeit.

Sie müssen deshalb erklären, welche EBM-Fälle rechtmäßig außerhalb der Hybrid-DRG vergütet wurden und bei welchen tatsächlich eine abweichende Abrechnung vorlag. Wer diese Unterscheidung nicht nachvollziehbar belegt, kann aus den Fällen keine gesicherten Aussagen über das Verhalten der Leistungserbringer ableiten.

5. Mögliche Doppelzahlungen müssen nachvollziehbar ausgeschlossen werden

Derselbe Eingriff könnte zunächst nach EBM eingereicht und anschließend als Hybrid-DRG abgerechnet worden sein, obwohl nur einmal eine Vergütung erfolgte.

Wir behaupten nicht, dass solche Doppelzahlungen tatsächlich stattgefunden haben. Wir verlangen aber eine nachvollziehbare Erklärung, wie Sie diese plausible Fehlerquelle ausgeschlossen haben.

Wurden parallele Datensätze auf Ebene des konkreten Behandlungsereignisses zusammengeführt? Wurden Absetzungen, Stornierungen und nachträgliche Korrekturen berücksichtigt? Wurden nicht vergütete EBM-Abrechnungen aus einer rechnerischen Ausgabenbewertung entfernt?

Eine eingereichte Abrechnung ist keine zusätzliche Operation. Eine nicht vergütete Abrechnung ist keine tatsächliche Krankenkassenausgabe. Diese Unterschiede müssen in einer Untersuchung über Mengen- und Ausgabensteigerungen zuverlässig abgebildet sein.

6. Ihre ambulante Ausgangsvergütung beruht teilweise auf einer ungeprüften Übertragung

Für frühere vertragsärztliche EBM-Ausgaben verwenden Sie durchschnittliche Krankenhaus-AOP-Ausgaben als Näherung.

Gerade bei Sachkosten ist deren Übertragbarkeit erklärungsbedürftig. Regional unterschiedliche Erstattungsregelungen und unterschiedliche Einkaufskonditionen können erhebliche Unterschiede verursachen. Krankenhäuser können über Einkaufsgemeinschaften günstigere Konditionen erzielen als einzelne Praxen.

Soweit höhere Einkaufskosten der Praxen tatsächlich erstattet wurden, kann Ihre Näherung die frühere ambulante Vergütung unterschätzen. Ein zu niedrig angesetzter Ausgangswert lässt den späteren Vergütungsanstieg rechnerisch größer erscheinen.

Sie müssen deshalb zeigen, wie robust Ihre Ergebnisse gegenüber unterschiedlichen, realistischen Sachkostenannahmen sind.

7. Ihre eigenen Zahlen widersprechen einer einseitigen Belastung der Vertragsarztpraxen

Für 2023 bis 2025 weisen Sie einen finanziellen Mengeneffekt von 248 Millionen Euro im Krankenhausbereich und 182 Millionen Euro im vertragsärztlichen Bereich aus. Dieser enthält auch Veränderungen der Leistungszusammensetzung und einen Interaktionseffekt.

Eine vornehmlich gegen Vertragsarztpraxen gerichtete Interpretation greift deshalb zu kurz. Die wissenschaftlichen Maßstäbe müssen für Krankenhäuser und Praxen dieselben sein.

Vor allem belegen steigende Abrechnungszahlen keine medizinisch unnötigen Eingriffe. Ob zusätzliche Behandlungen unangemessen waren, muss anhand der Indikationen geprüft werden. Ohne diese Prüfung bleibt die Deutung als unerwünschte, vergütungsgetriebene Leistungsausweitung eine Hypothese.

8. EBM-Vergütung ist kein Nachweis tatsächlicher Betriebskosten

Eine niedrigere Vergütung beweist nicht, dass sie den Aufwand einer Praxis angemessen deckt. Ihre Untersuchung der Krankenkassenausgaben beantwortet diese betriebswirtschaftliche Frage nicht.

Personal, Operations- und Überwachungszeiten, Hygiene, Räume, Geräte, Investitionen und ärztliche Arbeit müssen finanziert werden. Der Abstand zum bisherigen EBM-Niveau ist deshalb kein wissenschaftlicher Beleg für eine Übervergütung.

Wer eine Rückkehr zum EBM-Niveau als wirtschaftlich angemessen darstellt, muss dessen Kostendeckung prüfen. Andernfalls wird ein historischer Vergütungspreis zum vermeintlich objektiven Kostenmaßstab erklärt.

9. Eine Kürzung ambulanter Vergütung ist noch keine Einsparung für die GKV

Ihre Untersuchung belegt nicht, dass die geplante Schlechterstellung von Leistungen ohne Übernachtung oder die Abschaffung der Hybrid-DRG die Gesamtausgaben senken würde.

Dafür müsste untersucht werden, ob ambulante Kapazitäten verloren gehen, Eingriffe wieder stationär erbracht werden und dadurch zusätzliche Krankenhausaussgaben entstehen.

Weniger Geld für eine ambulante Behandlung kann am Ende deutlich mehr Geld für eine Krankenhausbehandlung bedeuten. Eine Folgenabschätzung, die diese Reaktionen ausblendet, beantwortet die entscheidende Frage der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler nicht.

Unsere Forderung: wissenschaftliche Klärung statt politisch folgenreicher Überinterpretation

Wir fordern Sie auf, die genannten Fragen öffentlich zu beantworten, die Datenbereinigung und Fallabgrenzung nachvollziehbar darzustellen und Ihre Ergebnisse unter alternativen Annahmen zu überprüfen. Nicht hinreichend abgesicherte Ursachenzuschreibungen müssen korrigiert oder deutlich als solche gekennzeichnet werden.

In der veröffentlichten Form ist Ihre Studie keine belastbare wissenschaftliche Grundlage für die behaupteten reformbedingten Mehrkosten und erst recht keine Rechtfertigung für die Abschaffung der einheitlichen Vergütung. Sie beschreibt Entwicklungen, lässt aber zentrale Erklärungen und mögliche Fehlerquellen offen.

Das ist angesichts der politischen Tragweite nicht ausreichend. Es geht um Beiträge, Versorgungskapazitäten und die Gesundheit von Menschen. Kinder dürfen nicht deshalb im Krankenhaus bleiben, weil eine Übernachtung wirtschaftlich attraktiver geworden ist. Beitragszahler dürfen nicht mit zusätzlichen Kosten belastet werden, weil eine vermeintliche Sparmaßnahme ihre tatsächlichen Folgen verkennt.

Die vom Krankenhaus-Report beschriebenen Ambulantisierungspotenziale dürfen nicht durch eine Politik verspielt werden, die sich auf wissenschaftlich unzureichend abgesicherte Schlussfolgerungen beruft.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Dirk Heinrich
Vorstandsvorsitzender

Dr. iur. André Byrle
Hauptgeschäftsführer

Der Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) setzt sich zusammen aus:

Ordentliche Mitglieder

Akkreditierte Labore in der Medizin e.V. (ALM), Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V. (BAO), Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser e.V. (BdB), Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI), Berufsverband Deutsche Neurochirurgie e.V. (BDNC), Berufsverband Deutscher Neuroradiologen e.V. (BDNR), Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V. (BDN), Bundesverband der Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin e.V. (BdP), Bundesverband für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM), Berufsverband der Deutschen Radiologie e.V. (BDR), Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V. (BNC), Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK), Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (BNG), Berufsverband Niedergelassener und ambulant tätiger Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO), Berufsverband der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie in Deutschland e.V. (BNHO), Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ), Berufsverband der Augenärztinnen und Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA), Berufsverband der AngiologInnen Deutschlands e.V. (BVAD), Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD), Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. (BVDH), Berufsverband der Deutschen Urologie e.V. (BvDU), Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND), Berufsverband der Frauenärztinnen und Frauenärzte e.V. (BVF), Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO), Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU), Berufsverband für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V. (BVPRM), Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP), Deutscher Facharztverband e.V. (DFV), Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG), Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e.V. (DGPRÄC), Verband der Nephrologinnen und Nephrologen in Deutschland e.V. (DN), Verband der in Deutschland niedergelassenen Radioonkologen e.V. (VDRO).

Assoziierte Mitglieder

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V. (BVKJ), MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI), Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS Verband), Virchowbund – Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V. (VIR).