

Stellungnahme

des

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

vom 5. Oktober 2026

zum Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD

*„Einfügung eines neuen Absatzes 6 in § 115f SGB V, Artikel 1a neu,
Nummer 4“*

auf Ausschussdrucksache 21(14)107

zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

auf Bundestagsdrucksache BT-Drs. 21/6808

Kontakt:

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

Anschrift: Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin
Telefon: +49 30 – 40 00 96 31, Fax: +49 30 40 00 96 32
E-Mail: info@spifa.de
Registergericht: Amtsgericht Charlottenburg, Registernummer: VR 29131 B

Vorstand:

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

Hauptgeschäftsführer:

Dr. iur. André Byrla

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Ordentliche Mitglieder des SpiFa





Assoziierte Mitglieder des SpiFa



Inhalt

I. Vorwort.....	5
II. Geplante Regelung und Bewertung.....	5
Artikel 1a neu Nummer 4 (§ 115f Absatz 6 SGB V neu).....	5
1. Einheitliche Vergütung erhalten	5
2. Ambulantisierungsfortschritte sichern.....	6
3. Patienteninteressen stärken.....	6
4. Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen	7
5. Ambulantisierung im Krankenhaus ermöglichen.....	7
6. Weiterentwicklung und Planungssicherheit	8
III. Forderung des SpiFa.....	8
IV. Quellen	9

I. Vorwort

Der Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa) nimmt ausschließlich zur vorgesehenen Einfügung des § 115f Absatz 6 SGB V durch Artikel 1a neu, Nummer 4 des Änderungsantrags 1 Stellung. Die weiteren Regelungen des Änderungsantrags sind nicht Gegenstand dieser Stellungnahme.

Der SpiFa lehnt die Einfügung des vorgesehenen Absatzes 6 ab. Die Regelung dreht den Reformansatz der Hybrid-DRG um: Sie schwächt die ambulante Versorgung und macht Krankenhausübernachtungen finanziell attraktiver. Damit gefährdet sie bereits erreichte Ambulantisierungsfortschritte. Der SpiFa warnt für 2027 vor zusätzlichen Krankenhausübernachtungen zulasten der Patientinnen und Patienten sowie vor erheblichen Mehrausgaben gegenüber einer konsequenten Förderung der Ambulantisierung.

II. Geplante Regelung und Bewertung

Artikel 1a neu Nummer 4 (§ 115f Absatz 6 SGB V neu)

Für das Kalenderjahr 2027 sollen Leistungen des Hybrid-DRG-Katalogs, die ohne Übernachtung erbracht werden, ausschließlich nach den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Dies betrifft vertragsärztliche Leistungserbringer und Krankenhäuser gleichermaßen. Bei stationärer Leistungserbringung mit Übernachtung bleibt hingegen die Hybrid-DRG-Fallpauschale bestehen. Ergänzend werden die technische Trennung der Fälle sowie unterschiedliche Sachkostenregelungen für vertragsärztliche Leistungserbringer und Krankenhäuser vorgesehen.^[1]

Bewertung des SpiFa:

1. Einheitliche Vergütung erhalten

Mit der Einführung der Hybrid-DRG wollte der Gesetzgeber bislang unnötig stationär erbrachte Leistungen in die ambulante Versorgung verlagern. Eine Vergütung zwischen dem bisherigen ambulanten und stationären Niveau sollte die ambulante Durchführung wirtschaftlich attraktiver machen und höheren stationären Behandlungsaufwand vermeiden. Dieser Zusammenhang ist in der ursprünglichen Gesetzesbegründung ausdrücklich beschrieben.^[2]

Der vorgeschlagene Absatz 6 durchbricht diesen Ansatz. Künftig entscheidet die Übernachtung darüber, welches Vergütungssystem angewandt wird. Zwar bleibt für Leistungen ohne Übernachtung eine gemeinsame EBM-Preisgrundlage für Praxen und Krankenhäuser bestehen. Die entscheidende Einheitlichkeit zwischen ambulanter und stationärer Durchführung wird jedoch aufgegeben.

Soweit die Hybrid-DRG-Fallpauschale die Vergütung ohne Übernachtung einschließlich gesondert erstatteter Sachkosten übersteigt, erzielt ein Krankenhaus mit Übernachtung einen höheren Erlös. Ob dieser Mehrerlös die zusätzlichen Kosten übersteigt, hängt vom jeweiligen Eingriff ab. Der vergütungsbedingte Anreiz, eine Übernachtung beizubehalten, wird jedoch strukturell wieder geschaffen.

Die Politik wertet damit ausgerechnet das Merkmal finanziell auf, dessen Vermeidung die Reform fördern sollte.

Die medizinische Notwendigkeit stationärer Behandlung bleibt selbstverständlich Voraussetzung ihrer Zulässigkeit. Eine verantwortliche Vergütungspolitik muss dennoch vermeiden, dass wirtschaftliche Anreize der medizinisch geeigneten ambulanten Versorgung entgegenwirken.

2. Ambulantisierungsfortschritte sichern

Die WIdO-Analyse „Hybrid-DRGs im Fokus“ vom September 2026 zeigt im untersuchten Leistungskorb einen Anstieg des ambulanten Anteils von 32 Prozent 2023 auf 48 Prozent 2025. Bezogen auf die Fallzahlbasis 2023 entspricht dies nach Berechnung des WIdO ungefähr 170.000 ambulantiserten Fällen. Diese Schätzung belegt keine individuelle Verlagerung jedes Falls und erlaubt keine vollständige kausale Zuordnung zum Vergütungssystem. Sie zeigt jedoch eine Entwicklung hin zu mehr ambulanter Versorgung.^[3]

Der Gesetzgeber verändert somit ein System, in dessen Anwendungsbereich bereits erkennbare Ambulantisierungsfortschritte erreicht wurden.

Statt diese Entwicklung zu festigen, entzieht der Änderungsvorschlag der Behandlung ohne Übernachtung den bisherigen Vergütungsanreiz. Dies betrifft sowohl die Übernahme zusätzlicher Eingriffe durch Facharztpraxen und ambulante OP-Zentren als auch die Umstellung von Behandlungsabläufen innerhalb der Krankenhäuser.

3. Patienteninteressen stärken

Die explorative Qualitätsanalyse des WIdO ergab für die untersuchten vertragsärztlichen Hybrid-DRG-Behandlungen keine Hinweise auf Qualitätsprobleme. Krankenhausaufnahmen innerhalb von 30 Tagen waren insgesamt selten; nur ein Teil der dokumentierten Behandlungsanlässe deutete auf Komplikationen hin. Dies ersetzt keinen umfassenden Qualitätsvergleich mit stationärer Behandlung, stützt aber die Bedeutung sicherer ambulanter Versorgungsangebote.^[3]

Auch das Bundesministerium für Gesundheit hat in der Begründung seiner Hybrid-DRG-Verordnung die Vermeidung unnötiger, häufig als belastend empfundener Krankenhausaufenthalte ausdrücklich als Vorteil hervorgehoben.^[4]

Der vorgeschlagene Absatz 6 steht diesem patientenbezogenen Reformziel entgegen. Der SpiFa erwartet für 2027 mehr Krankenhausübernachtungen, als bei einer

konsequenten Weiterentwicklung der einheitlichen Vergütung erforderlich wären. Vermeidbare Aufenthalte belasten Patientinnen und Patienten und setzen sie zusätzlichen Krankenhausrisiken aus. Sie binden außerdem Pflegepersonal und stationäre Kapazitäten, die für Menschen mit tatsächlichem stationärem Behandlungsbedarf benötigt werden.

Eine sichere ambulante Behandlung darf wirtschaftlich nicht schlechtergestellt werden, nur weil sie eine Krankenhausübernachtung vermeidet.

4. Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen

Das WIdO verdeutlicht am Beispiel von Hernieneingriffen die höhere bisherige stationäre Vergütung: durchschnittlich rund 2.600 Euro unter aG-DRG gegenüber rund 1.900 Euro bei Hybrid-DRG. Für 2023 bis 2025 weist es im Krankenhausbereich insgesamt einen vergütungssenkenden Preiseffekt von rund 162 Millionen Euro aus.^[3]

Die Daten belegen keine Folgen des jetzt vorgeschlagenen Absatzes 6. Aus Sicht des SpiFa unterstreichen sie aber, dass Wirtschaftlichkeitsreserven durch die Ablösung höherer stationärer Vergütungen und die Vermeidung unnötigen stationären Aufwands erschlossen werden müssen.

Eine Absenkung der Vergütung ohne Übernachtung ist dagegen noch kein Nachweis wirtschaftlicherer Versorgung. Werden weniger Fälle ambulant übernommen oder bleiben mehr Patientinnen und Patienten über Nacht im Krankenhaus, können kurzfristige Einsparungen aufgezehrt oder übertroffen werden.

Der SpiFa warnt deshalb vor erheblichen Mehrausgaben gegenüber einer konsequenten Ambulantisierung. Deren Umfang lässt sich aus den bisherigen Untersuchungen nicht belastbar beziffern. Eine seriöse Folgenabschätzung muss jedoch mögliche Rückverlagerungen und unterbleibende Ambulantisierung berücksichtigen. Ein bloßer Vergleich der Vergütungshöhen genügt nicht.

5. Ambulantisierung im Krankenhaus ermöglichen

Die Krankenhausseite hat selbst auf Grenzen der EBM-Vergütung hingewiesen. Eine von der Deutschen Krankenhausgesellschaft beauftragte DKI-Studie von 2022 untersuchte 14 ausgewählte ambulante Leistungen anhand von rund 18.500 Krankenhaussfällen. Im Durchschnitt waren 34 Prozent der Kosten nicht durch die EBM-Erlöse gedeckt. Die Untersuchung betrifft damalige Preise und ausgewählte Leistungen; ihre Ergebnisse lassen sich nicht pauschal auf den Hybrid-DRG-Katalog 2027 übertragen.^[5]

Sie begründet jedoch erhebliche Zweifel daran, dass eine pauschale Rückkehr zur EBM-Vergütung die Ambulantisierung innerhalb der Krankenhäuser fördert. Die DKG bezeichnete eine auskömmliche ambulante Vergütung ausdrücklich als Voraussetzung dafür, diese Entwicklung nachhaltig zu unterstützen.^[6]

Der Einwand des SpiFa betrifft daher das gesamte Versorgungssystem: Medizinisch geeignete ambulante Behandlungen benötigen tragfähige Bedingungen in Praxen und Krankenhäusern.

6. Weiterentwicklung und Planungssicherheit

§ 115f SGB V sieht bereits eine Differenzierung nach dem Schweregrad, die jährliche Weiterentwicklung der Vergütung sowie eine schrittweise Annäherung an das Vergütungsniveau der Leistungen nach § 115b bis 2030 vor.^[7]

Angemessene Preisanpassungen sind damit innerhalb der einheitlichen Vergütung möglich. Es bedarf keiner Aufspaltung nach dem Kriterium der Übernachtung.

Zugleich erfordert die Übernahme zusätzlicher Eingriffe Investitionen in Personal, Räume und Technik. Eine kurzfristige Änderung der Vergütungsgrundlage gefährdet die Kalkulation solcher Investitionen. Vollständige Zahlung der vorgesehenen EBM-Preise und der Verzicht auf Mengenbegrenzungen gewährleisten allein noch keine wirtschaftlich tragfähige Leistungserbringung.

Zusätzliche technische Vorgaben zur Trennung der Fälle beheben diesen Fehlanreiz nicht. Vielmehr bleibt die Hybrid-DRG-Zuordnung erforderlich, obwohl anschließend unterschiedliche Vergütungssysteme und Sachkostenregelungen angewandt werden. Das erhöht die Abrechnungskomplexität.

III. Forderung des SpiFa

Artikel 1a Nummer 4 des Änderungsantrags ist zu streichen. § 115f SGB V darf nicht um den vorgesehenen Absatz 6 ergänzt werden.

Die Hybrid-DRG müssen als angemessene, verlässliche Vergütung unabhängig von ambulanter oder stationärer Durchführung weiterentwickelt werden. Maßgeblich müssen der medizinische Bedarf, der Schweregrad und der erforderliche Behandlungsaufwand sein.

Einsparungen müssen durch die Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte erreicht werden. Wer die ambulante Alternative schwächt und Übernachtungen finanziell attraktiver macht, gefährdet erreichte Reformfortschritte – zulasten der Patientinnen und Patienten und der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler.

IV. Quellen

- [1] Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages: Ausschussdrucksache 21(14)107 vom 5. Oktober 2026, Änderungsantrag 1, Nummer 2, Artikel 1a neu, Nummer 4; Regelung S. 3, Begründung S. 6–7.
- [2] Deutscher Bundestag: BT-Drucksache 20/4708 (neu), Begründung zu § 115f SGB V, S. 100.
- [3] Messerle, R. et al.: Hybrid-DRGs im Fokus. Ausgaben- und Mengenentwicklung sowie Qualitätsaspekte im zweiten Jahr der Umsetzung. WIdO e-Paper 15 (2026), September 2026, insbesondere S. 4, 15–17 und 24–26.
- [4] Bundesministerium für Gesundheit: Hybrid-DRG-Verordnung vom 19. Dezember 2023 mit Begründung, insbesondere allgemeiner Teil.
- [5] Levsen, A., Parloh, A. K., Offermanns, M.: Ambulantes Operieren im Krankenhaus. Kosten- und Erlösvergleich von Leistungen nach § 115b SGB V bei Leistungserbringung im Krankenhaus. DKI-Ergebnisbericht vom 17. November 2022, insbesondere Executive Summary S. 3.
- [6] Deutsche Krankenhausgesellschaft: Ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe in Kliniken sind stark unterfinanziert. Pressemitteilung vom 30. November 2022.
- [7] § 115f SGB V, insbesondere Absatz 1.

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), Berufsverband 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).