



Robert Messerle · Carina Mostert-Brenck · David Scheller-Kreinsen

Ambulantisierungs- potenziale der Leistungs- gruppen im Krankenhaus

Empirische Analysen auf Basis von Abrechnungsdaten

WIdO e-Paper 3 (2025)

Impressum

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

Ambulantisierungspotenziale der Leistungsgruppen
im Krankenhaus
Empirische Analysen auf Basis von Abrechnungsdaten
WiDO e-Paper 3 (2025)

Berlin, 01.12.2025

Dr. Robert Messerle
Carina Mostert-Brenck
Dr. David Scheller-Kreinsen

Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)
im AOK-Bundesverband eGmbH – Arbeitsgemeinschaft
von Körperschaften des öffentlichen Rechts
Rosenthaler Str. 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 Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
–SenGPG–
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Redaktionelle Bearbeitung: Susanne Sollmann
Satz und Grafik: KomPart Verlag/Désirée Gensrich



Copyright: 2025 Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO).
Creative Commons: Namensnennung – 4.0 International (CC BY 4.0)
<https://creativecommons.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.

Nachdruck, Wiedergabe, Vervielfältigung und Verbreitung
(gleich welcher Art), auch von Teilen des Werkes,
bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung.

DOI: <https://doi.org/10.4126/FRL01-006526381>

E-Mail: wido@wido.bv.aok.de
Internet: <http://www.wido.de>

Inhalt

Zusammenfassung Abstract	4
1 Einleitung	5
2 Hintergrund	11
2.1 Leistungsgruppen	11
2.2 Ansätze zur Ambulantisierung im Krankenhaus	12
3 Methodik und Datengrundlagen	15
4 Ergebnisse	17
4.1 Übergreifend	17
4.2 Betrachtung nach Leistungsgruppen	20
4.3 Überschneidungen zwischen Ansätzen zur Ambulantisierung	26
4.4 Einordnung der Ergebnisse in frühere Analysen	27
5 Diskussion	29
6 Fazit	32
7 Anhang	33
Anhang Methodik	36
7.1 Ambulantisierbare elektive Leistungen	36
7.2 Ambulant behandelbare Notfälle/medizinisch dringliche Fälle	37
7.3 Vermeidbare Krankenhausfälle	38
Literaturverzeichnis	41
Abbildungsverzeichnis	43
Tabellenverzeichnis	43

Zusammenfassung/Abstract

Zusammenfassung

Die deutsche Krankenhauslandschaft befindet sich im Wandel. Im internationalen Vergleich weist Deutschland eine besonders hohe Zahl an Krankenhäusern, Betten und stationären Behandlungen auf – verbunden mit hohen Kosten und einer starken Belastung des medizinischen Personals. Die bevorstehende Reform der Krankenhausplanung und -vergütung soll durch bundeseinheitlich definierte Leistungsgruppen sowie daran geknüpfte Versorgungsaufträge und Vorhaltebudgets die stationäre Versorgungsstruktur und die Vergütung neu ordnen. Dabei stellt sich die zentrale Frage, welche Leistungen künftig tatsächlich noch stationär erbracht werden müssen. Eine Schlüsselrolle bei der Beantwortung dieser Frage spielt die Ambulantisierung. Viele medizinische Leistungen, die früher zwingend mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden waren, können heute ambulant durchgeführt werden. Zudem ließen sich zahlreiche stationäre Behandlungen durch die gezielte Verbesserung ambulanter Versorgungsstrukturen vermeiden.

Der Beitrag zeigt auf, welche bisher stationär erbrachten Leistungen systematisch daraufhin geprüft werden sollten, ob sie im Rahmen einer zukunftsfähigen Versorgungsstruktur zielgerichteter in anderen Bereichen erbracht werden können. In den Leistungsgruppen der Grundversorgung beträgt das in den vorliegenden Analysen breit verstandene Ambulantisierungspotenzial fast 60 % aller stationären Fälle sowie ca. 45 % der Ausgaben und Belegungstage. Bei Leistungsgruppen mit hohem Konzentrationspotenzial oder bereits hoher Spezialisierung ist das Potenzial mit 30 % bzw. 40 % der Fälle bzw. ca. 25 % der Ausgaben und Belegungstage geringer, aber dennoch von substanzieller Bedeutung. Die Ergebnisse unterstreichen, dass Ambulantisierungspotenziale in der zukünftigen Neugestaltung der Krankenhauslandschaft unbedingt mitbedacht werden sollten.

Abstract

Germany's hospital landscape is undergoing a fundamental transformation. Compared to other countries, Germany has a particularly high number of hospitals, beds, and inpatient treatments – resulting in significant costs and considerable strain on health-care resources. The upcoming reform of hospital planning and reimbursement aims to restructure service provision through nationally standardised care groups, which will guide the allocation of care mandates and budgets. A central question in this process is which services will still need to be provided in inpatient settings in the future. The shift toward outpatient care plays a key role in answering this question. Many medical services that used to require a hospital stay can now be performed safely and efficiently on an outpatient basis. In addition, numerous inpatient treatments could be avoided through a targeted expansion of outpatient care structures.

This paper highlights the need to systematically evaluate which services currently provided in hospitals could be more appropriately and effectively delivered in other sectors within a cross-sectoral, sustainable healthcare structure. In the hospital service groups for basic care, the broadly defined potential for ambulatory care in the available analyses amounts to almost 60 % of all inpatient cases and around 45 % of expenditures and occupancy days. For hospital service groups with high concentration potential or already high specialisation, the potential is lower – at 30 % and 40 % of cases and around 25 % of expenditures and occupancy days – but still of substantial importance. The findings underscore that the potential for ambulatory care must be considered in the future redesign of the hospital landscape.

1 Einleitung

Seit Jahren wird über den nötigen Strukturwandel der deutschen Krankenhauslandschaft diskutiert. Denn Deutschland weist im internationalen Vergleich eine ungewöhnliche hohe Anzahl Krankenhäuser und Betten sowie eine sehr hohe Rate stationärer Krankenhausbehandlungen auf, die sich nicht rein durch demographische Unterschiede erklären lassen. Dies geht einher mit einer hohen Belastung der Mitarbeitenden. Auch bei den Ausgaben für die stationäre Versorgung¹ liegt Deutschland – ob kraftbereinigt je Einwohner oder als Anteil am Bruttoinlandsprodukt – in der europäischen Spitzengruppe und deutlich über dem Durchschnitt (siehe Abbildungen 1–4). Den Schwerpunkt der Versorgung in Krankenhäusern stellt in Deutschland dabei die vollstationäre Versorgung dar. Die ambulante Versorgung ist dagegen mit wenigen Ausnahmen von geringer Bedeutung für Krankenhäuser.

Vor diesem Hintergrund kann die aktuelle Reform der Krankenhausplanung und -vergütung einen entscheidenden Wendepunkt darstellen. Mit der Reform sowie den damit verbundenen Milliardeninvestitionen in die Kliniken werden die Versorgungsstrukturen für die kommenden Jahre – möglicherweise sogar Jahrzehnte – maßgeblich geprägt.

Zentrales Steuerungsinstrument dieser Reform sind die bundeseinheitlich definierten Leistungsgruppen. Sie markieren einen Wechsel in der Krankenhausplanung: Anstelle der Fortschreibung historischer Bettenkapazitäten soll die Zuweisung von Versorgungsaufträgen künftig an definierte Leistungsbeispiele gekoppelt werden, die jeweils mit Qualitätskriterien verbunden sind. Gleichzeitig sollen die Leistungsgruppen die Grundlage für die neue Vorhaltevergütung bilden. Nur Krankenhäuser, die die Anforderungen einer Leistungsgruppe erfüllen, können den entsprechenden Versorgungsauftrag erhalten und haben Anspruch auf eine Vorhaltevergütung. Damit soll die Finanzierung stärker an

Qualität und Struktur gebunden und die bisherige Mengenausweitung unter dem DRG-System gezielt begrenzt werden.

Für die Ausgestaltung dieser Krankenhausplanung stellt sich jedoch die entscheidende Frage, welche Leistungen künftig in den stationären somatischen Versorgungsstrukturen erbracht werden sollen. Erste Ergebnisse aus der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen legen nahe, dass zwar eine Konzentration der Standorte erreicht wird, aber keine Konsolidierung der hohen Fallzahlen stattfindet (Loeser et al. 2025).

Dabei können viele Leistungen, die früher zwangsläufig mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden waren, heute ambulant oder als Tagesfall erbracht werden – dies belegen viele internationale Studien (Friedlander et al. 2021; Madsen et al. 2023). Dennoch werden in Deutschland weiterhin sehr viele Eingriffe und Behandlungen stationär durchgeführt, obwohl sie aus medizinischer Sicht auch ambulant erfolgen könnten. Diese mangelnde Ambulantisierung belastet das Klinikpersonal unnötig, bindet Kapazitäten und treibt die Kosten in die Höhe. Die Berücksichtigung des ambulanten Potenzials in der Planung künftiger Versorgungsstrukturen ist daher kein technisches Detail, sondern eine Notwendigkeit für die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems. Wenn Leistungen, die medizinisch sinnvoll und sicher ambulant erbracht werden können, weiterhin für die zukünftige Versorgung in stationären Strukturen eingeplant werden, zementiert dies strukturelle Ineffizienzen. Diese sind weder wirtschaftlich tragfähig noch versorgungswirksam. Entsprechend muss eine zielgerichtete Krankenhausplanung die ambulanten Potenziale systematisch einbeziehen.

¹ Ein Vergleich der Ausgaben für Krankenhäuser anstelle der Ausgaben für die stationäre Versorgung kann irreführend sein, da in anderen Ländern Krankenhäuser oft auch die ambulante Regelversorgung übernehmen.

Eine Analyse der Ambulantisierungspotenziale kann also bei der Ausgestaltung und Fortschreibung der Leistungsgruppen (LG) und insbesondere der Vorhaltevergütung helfen. So lässt sich ableiten, welche Strukturen der Krankenhäuser einer Stärkung und mengenunabhängigen Finanzierung bedürfen und an welcher Stelle die strukturelle Verbesserung anderer Versorgungsstrukturen die zielgerichtete und effizientere Lösung wäre.

Der aktuelle Diskurs zur Ambulantisierung fokussiert sich auf die Verlagerung stationärer Eingriffe in ein ambulantes Setting oder die Verkürzung der Verweildauer bei ausgewählten Operationen. Dabei werden besonders Hybrid-DRGs ausgiebig diskutiert. Diese jüngst eingeführten Instrumente sollen – wie auch die Erweiterung des AOP-Katalogs – die strikte Trennung zwischen stationärer und ambulanter Vergütung aufweichen und Anreize für mehr ambulante Behandlungen setzen. Das ambulante Potenzial ist allerdings weitreichender. Jenseits dieser operativen Eingriffe gibt es weitere Ansätze, die Versorgung zu ambualtisieren: Viele Krankenhaus-einweisungen könnten z. B. durch bessere ambulante Versorgung oder Prävention ganz vermieden werden (Behrendt et al. 2025; Sundmacher et al. 2015). Auch in einer Neuorganisation der Notfallversorgung steckt großes Potenzial, um die Versorgung effizienter zu gestalten und viele bisher stationär behandelte Fälle abschließend ambulant behandeln zu können (SVR Gesundheit und Pflege 2024).

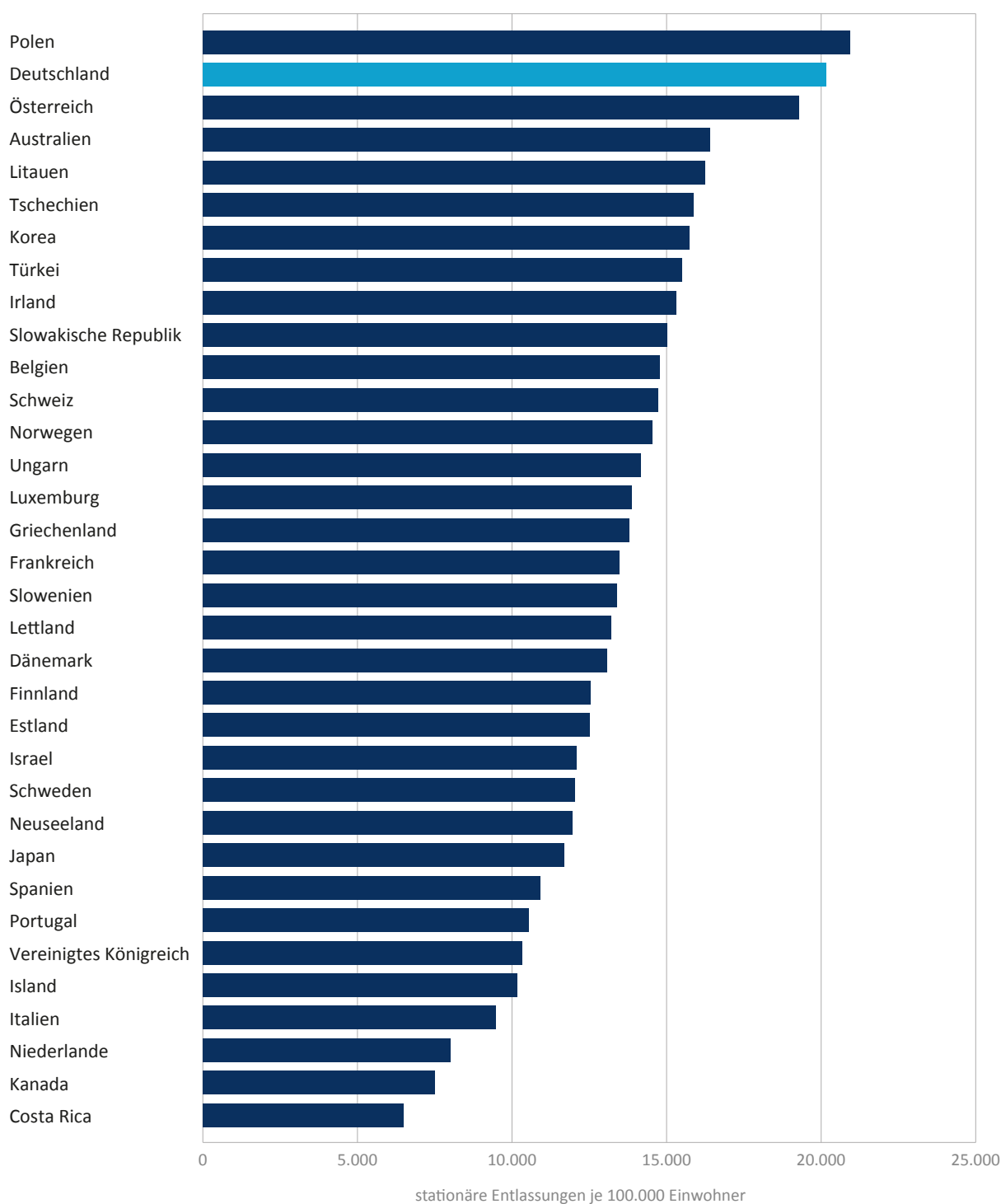
Bisher wurden die verschiedenen Aspekte des ambulanten Potenzials zumeist isoliert betrachtet (Pioch et al. 2024; Repschläger et al. 2022; Sundmacher et al. 2015). Ziel dieses Beitrags ist es daher, das Ambulantisierungspotenzial für bisher vollstationäre Leistungen insgesamt zu analysieren und empirisch zu beschreiben, indem die verschiedenen Ansätze und Kriterien nebeneinander dargestellt und verglichen werden. In seinem Gutachten aus dem Jahr 2024 hat der Sachverständigenrat Gesundheit dargestellt, welche Auswirkungen verschiedene Strukturreformen in der Akutversorgung potenziell auf die Fallzahlen und die Belegungstage in deutschen Krankenhäusern haben könnten (SVR Gesundheit und Pflege 2024). Aufbauend auf diesen Überlegungen soll der vorliegende Beitrag eine detaillierte Potenzialschätzung ermöglichen und die

Auswirkungen bereits erfolgter und möglicher Reformen auf die stationären Fallzahlen, Belegungstage und Ausgaben beleuchten.

Wichtig voranzustellen ist, dass die folgenden Analysen keine konkreten Einsparpotenziale beziffern. Die Ergebnisse sollen stattdessen im Sinne einer empirischen Abschätzung verdeutlichen, in welchem Maße sich eine konsequente Ambulantisierung mittelfristig auf die benötigten stationären Versorgungsstrukturen im Krankenhaus sowie die jeweiligen alternativen Versorgungsstrukturen (Primärversorgung, ambulante Sekundärversorgung, pflegerische Versorgung etc.) auswirken könnte. Eine solche konsequente Ambulantisierung erfordert jedoch auch Veränderungen der bestehenden Versorgungsstrukturen und -prozesse z. B. in der ambulanten und pflegerischen Versorgung, was mit entsprechenden Kosten verbunden sein kann.

Dementsprechend – die Ergebnisse vorwegnehmend – bedeutet eine Fallmenge von ca. 6,6 Mio. Fällen bzw. etwas über 40 % der aktuell vollstationären Fälle, auf die keines der untersuchten Ambulantisierungspotenziale zutrifft, nicht, dass mittelfristig 60 % der stationären Fälle entfallen können. Das insgesamt große Ambulantisierungspotenzial zeigt jedoch folgendes: Ein wesentlicher Teil der aktuell stationär erbrachten Leistungen muss systematisch daraufhin geprüft werden, ob diese im Rahmen einer zukunftsfesten und sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturierung zielgerichteter in anderen Bereichen versorgt werden können.

Abbildung 1: Anzahl stationärer Entlassungen im internationalen Vergleich



Quelle: OECD (2025), 2023 oder letztes verfügbares Datenjahr

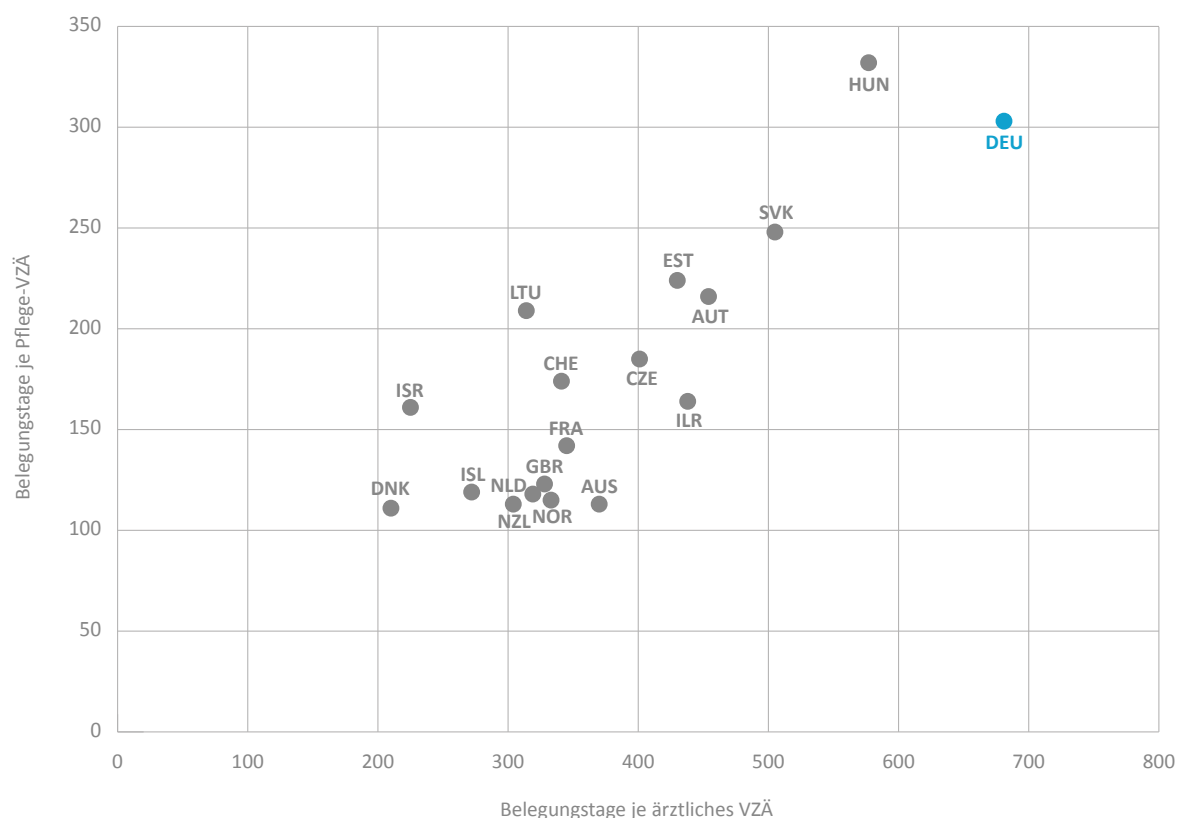
© WIDO 2025

Der Beitrag stellt entsprechende Potenziale auf der Ebene der Leistungsgruppen dar und zeigt damit differenziert Informationen für die Krankenhausplanung und die Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung auf. In den folgenden Betrachtungen wird bewusst ein weit gefasstes Verständnis des Begriffs „Ambulantisierungspotenzial“ zugrunde gelegt, um dessen Vielschichtigkeit zu erfassen. Zum Beispiel ist nicht jeder potenziell vermeidbare ambulant-sensitive Krankenhausfall in der Praxis auch wirklich vermeidbar, selbst unter perfekten Versorgungsbedingungen nicht. Ebenso kann es individuelle Faktoren für eine stationäre Behandlung einer eigentlich sehr gut ambulant erbringbaren Leistung geben, die sich nicht über Kontextfaktoren abbilden lassen. Es sei allerdings auch erwähnt, dass einige Eingriffe, die in keinem der im Folgenden betrachteten Kataloge bzw. Empfehlungen als potenziell ambulantisierbar aufgeführt sind, international

bereits seit Jahren erfolgreich ambulant bzw. als Tagesfall erbracht werden (z. B. Leistungen in der Endoprothetik). Entsprechend fallen sie in den folgenden Analysen nicht in das Ambulantisierungspotenzial, obwohl sie für bestimmte Patientengruppen prinzipiell auch qualitativ hochwertig ambulant erbringbar sind. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse sind daher weder als Obergrenze noch als Untergrenze für die Ambulantisierungspotenziale zu verstehen.

Die Darstellung und Diskussion der Ergebnisse – im Fokus auf Ebene der Leistungsgruppen – stehen nach einer kurzen Einführung in die Thematik und Methodik im Mittelpunkt des vorliegenden Beitrages. Detailliertere Informationen zur Methodik sowie zu den wichtigsten Konzepten und Instrumenten können in den Abschnitten im Anhang eingesehen werden.

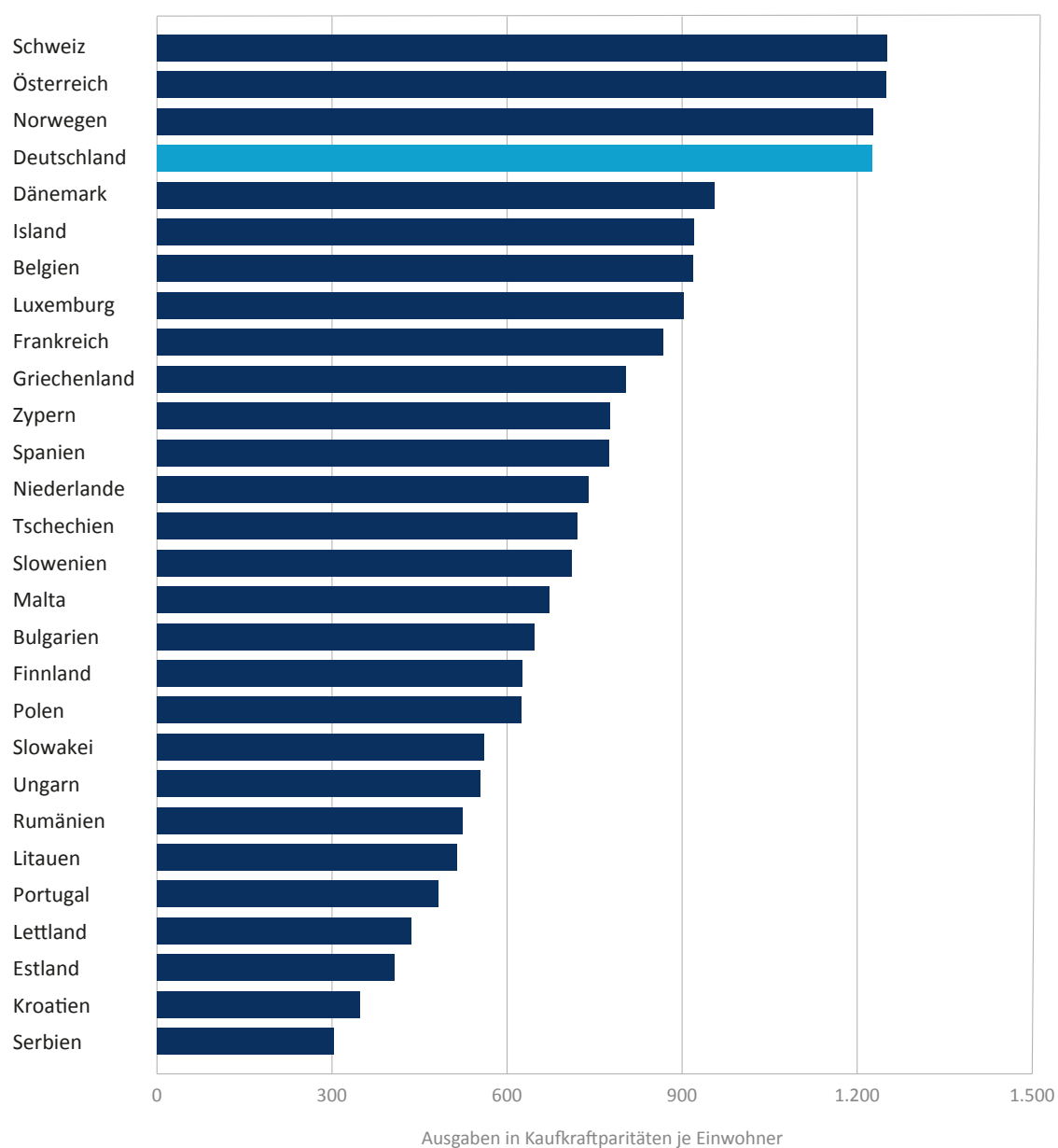
Abbildung 2: Personalrelationen im stationären Sektor im internationalen Vergleich



Darstellung in Anlehnung an SVR (2024).

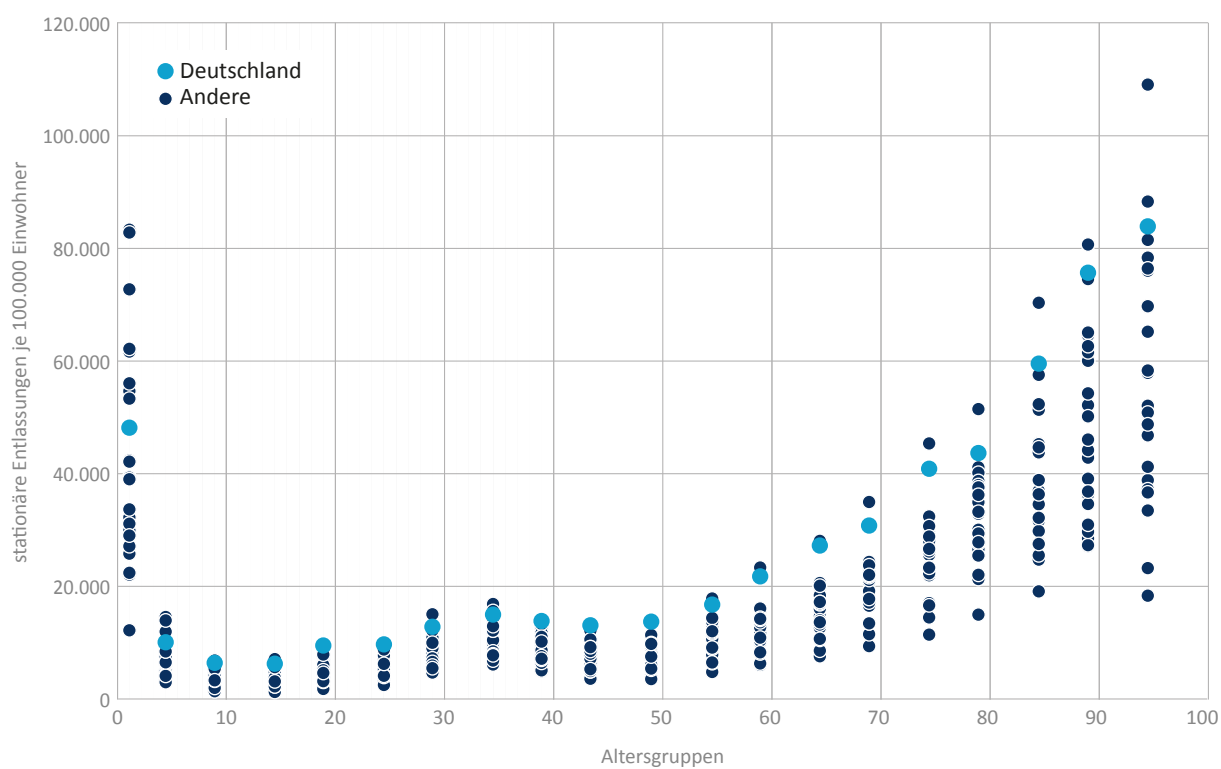
Quelle: OECD (2025), 2023 oder letztverfügbares Datenjahr

© WiDO 2025

Abbildung 3: Ausgaben für die stationäre Versorgung in Kaufkraftparitäten je Einwohner

Quelle: Eurostat (2025), Datenjahr 2021.

© WIdO 2025

Abbildung 4: Krankenhausentlassungen nach Altersgruppen im internationalen Vergleich

Quelle: Eurostat (2025), Datenjahr 2021

© WIDO 2025

2 Hintergrund

2.1 Leistungsgruppen

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wird die stationäre Versorgung in Deutschland sowohl planerisch als auch finanziell neu ausgerichtet. Durch die Zuweisung von Leistungsgruppen wird festgelegt, welche Leistungen Krankenhäuser erbringen dürfen. Auf Basis dieser Leistungsgruppen wird außerdem eine Vorhaltevergütung als dritte Finanzierungssäule neben den aG-DRGs und dem Pflegebudget etabliert. Ein erheblicher Anteil der bisherigen aG-DRG-Erlöse (im Mittel ca. 34 %; Heimig 2025) wird in ein Vorhaltebudget überführt, der Rest verbleibt leistungsabhängig (rDRG). Insgesamt wird so nur noch 40 % der Vergütung über die rDRG (Residual DRG) fallpauschaliert erfolgen. Für eine ausführlichere Beschreibung der Hintergründe sei z. B. auf Busse und Karagiannidis (2025) verwiesen.

Ein Krankenhaus darf eine Leistung nur dann regelhaft erbringen und abrechnen, wenn es die Kriterien der jeweiligen Leistungsgruppe erfüllt. Die Idee hinter den Leistungsgruppen ist es, fachlich verwandte medizinische Leistungen, die auf vergleichbaren personellen, technischen und strukturellen Mindestanforderungen beruhen, zu bündeln. Das Ziel besteht darin, Leistungen nur dort zu erbringen, wo die dafür nötige Expertise und Ausstattung verlässlich vorgehalten wird. Grundlage für die Auswahl sind Entscheidungen durch die Planungsbehörden der Länder, welche die Leistungsgruppen den einzelnen Standorten zuweisen. Alternativ kann eine Zuweisung auf Basis von historischen IST-Fallzahlen erfolgen. Die Einhaltung der überwiegend strukturellen Qualitätsvorgaben wird durch Prüfungen des Medizinischen Dienstes kontrolliert. Nordrhein-Westfalen (NRW) gilt als Vorreiter dieses Ansatzes. Mit dem Krankenhausplan 2022 wurde eine vollständig auf Leistungsgruppen aufsetzende Planung eingeführt, die am 1. April 2025 mit wenigen Ausnahmen Bestandskraft erlangte. Erste Analysen der

Feststellungsbescheide legen eine Konzentration der Standorte vor allem in teilspezialisierten und hochspezialisierten Feldern nahe, während die Grundversorgung nur geringfügige Anpassungen erfährt (Loeser et al. 2025).

Die in NRW definierten Leistungsgruppen bilden die Grundlage für die bundesweite Umsetzung. Die methodische Ausgestaltung und der Umfang der Leistungsgruppen sind Gegenstand intensiver Diskussionen. Der Ansatz, Leistungsgruppen aus DRG-Fallpauschalen abzuleiten, wurde verworfen, da DRGs primär abrechnungsorientierte Logiken abbilden und nicht die für die Planung relevanten Struktur- und Qualitätsdimensionen. Für NRW wurde stattdessen ein Mischsystem entwickelt, das OPS- und ICD-Codes mit Inhalten der Weiterbildungsordnung kombiniert. Dieses Konzept soll eine qualitätsorientierte Steuerung ermöglichen und zugleich in der klinischen Dokumentation praktikabel sein (Loeser et al. 2025). Auf Bundesebene wurde dieses Prinzip übernommen, jedoch stärker standardisiert. Mit dem Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) sollen 61 Leistungsgruppen² eingeführt werden, die prinzipiell auf dem System NRWs basieren. Ein wesentlicher Unterschied besteht jedoch darin, dass auf Bundesebene das Prinzip einer fachsystematischen Definition zugleich mit einer fallbezogenen Zuordnungsschicht – dem sogenannten Leistungsgruppengrouper – verbunden wird. Dieser nutzt DRG-nahe Entscheidungslogiken und stellt die Schnittstelle zur Vergütung her. Das ist notwendig, da die bundesweiten Leistungsgruppen des KHVVG nicht nur in der Planung Anwendung finden sollen, sondern mit einer Reform der Finanzierung verknüpft werden.

2 Für eine Übersicht der Leistungsgruppen siehe Anlage 1 des Anhangs zu Artikel 1 Nummer 14 des KHAG.

Denn an die Reform der Krankenhausplanung ist die Einführung der Vorhaltevergütung als neue Sockelfinanzierung gekoppelt. Die Pflegekosten werden weiterhin separat refinanziert. Theoretisch erhalten bedarfsnotwendige Krankenhäuser Geld dafür, dass sie Strukturen verlässlich vorhalten. In der Praxis besteht jedoch weiterhin ein zeitlich verzögerter Mengenbezug, da die Höhe des Vorhaltebudgets aus den DRG-Fallkosten und der historischen Fallzahl abgeleitet und fixiert wird, soweit keine planerische Zuweisung von Fallzahlen erfolgt. Die Leistungsgruppen fungieren im Wesentlichen primär als „Lizenz zur Abrechnung“. Unter diesen Rahmenbedingungen werden Krankenhäuser zukünftig individuelle Erlöskurven aufweisen, die sehr heterogene Anreize setzen (vgl. Schmid et al. 2023). Zusätzlich werden die Erlöse eines Krankenhauses nicht nur – wie bisher – von der Anzahl und Art der erbrachten Leistungen abhängen, sondern auch von der historischen Fallzahl des Krankenhauses und der anderen Krankenhäuser im Bundesland.

2.2 Ansätze zur Ambulantisierung im Krankenhaus

In den letzten Jahren wurden die Möglichkeiten ambulanter Leistungserbringung in Krankenhäusern deutlich ausgeweitet (Leber und Wasem 2016). Neben klassischen Modellen wie dem ambulanten Operieren (§ 115b SGB V) und der vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a SGB V) sind insbesondere neue Versorgungsformen wie die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V) sowie diverse Institutsambulanzen zu nennen (vgl. Messerle und Schreyögg 2021). Die Ambulantisierung ist also kein monolithisches Konzept, sondern hat verschiedene Facetten.

Für die konkrete Beurteilung des Ambulantisierungspotenzials noch stationär erbrachter Leistungen lassen sich drei übergeordnete Bereiche identifizieren, die strukturell und versorgungspolitisch besonders relevant erscheinen: Erstens die Verlagerung elektiver stationärer Leistungen in das ambulante Setting. Zweitens die Vermeidung stationärer Fälle durch eine qualitativ hochwertige und frühzeitige ambulante oder pflegerische Versorgung.

Drittens die Behandlung von stationären Notfallleistungen, die bei entsprechender Organisation der Notfallversorgung ambulant erbracht werden könnten.

Diese unterschiedlichen Ansätze bringen jeweils spezifische Herausforderungen und Lösungsstrategien mit sich. Die Verlagerung planbarer, elektiver Eingriffe in den ambulanten Bereich erfordert vor allem Anpassungen in der Klinikorganisation und den ökonomischen Anreizsystemen. Demgegenüber zielen ambulant-sensitive und pflege(heim)-sensitive Fälle auf die Vermeidung ungeplanter Klinikaufenthalte ab. Diese Fälle lassen sich in der Regel nicht einfach „verlagern“, sondern erfordern im Vorfeld präventive und koordinative Maßnahmen (z. B. engmaschige Betreuung, Telemonitoring). Schließlich erfordert das Feld der potenziell auch ambulant behandelbaren Notfälle eine entsprechende Strukturreform, sodass die für die abschließende ambulante Notfallversorgung benötigten Strukturen und Anreizsysteme zur Verfügung stehen.

2.2.1 Verlagerung elektiver Leistungen in ein ambulantes Setting

HYBRID-DRGS

Ein zentraler aktueller Reformansatz zur Verlagerung stationärer Leistungen in ein ambulantes Setting ist die Einführung der sogenannten Hybrid-DRGs gemäß § 115f SGB V. Dabei handelt es sich um spezielle Fallpauschalen, die sektorengleich gelten, das heißt, bestimmte Leistungen werden im ambulanten und stationären Bereich identisch vergütet. Ein ähnlicher Ansatz wird auch beim ambulanten Operieren gemäß AOP-Katalog nach § 115b SGB V verfolgt. Allerdings unterscheidet sich die regulatorische und technische Umsetzung. Für die Hybrid-DRGs werden ausgehend von bestimmten Prozeduren DRG-Fallgruppen definiert, die sowohl von Krankenhäusern (ambulant im Krankenhaus oder mit Übernachtung) als auch von Vertragsärzten erbracht und einheitlich vergütet werden.

Für Hybrid-DRGs wurden Kontextfaktoren festgelegt, die bestimmen, unter welchen Umständen ein Eingriff stationär erfolgen kann bzw. in eine stationäre DRG gegroupt wird (etwa bei aufwendigen weiteren Prozeduren, schweren Diagnosen, Beatmungsbedarf usw.). Diese Kontextfaktoren entsprechen in Teilen den Kriterien aus dem Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V („IGES-Gutachten“, Albrecht et al. 2022; siehe unten) das auch Grundlage für die Kontextfaktoren des AOP-Katalogs war.

Die Vergütung der Hybrid-DRG-Fälle basiert auf einem Mischpreis, der sich aus den bisherigen stationären und ambulanten Vergütungssätzen zusammensetzt. Da die ambulanten Sätze bislang unter dem stationären Niveau lagen, führte diese Mischkalkulation zu einer Absenkung der stationären und gleichzeitig zu einer Anhebung der ambulanten Vergütung. Ziel des Gesetzgebers ist es, mit der einheitlichen Vergütung über Hybrid-DRGs die Ambulantisierung bislang (unnötig) stationär erbrachter Leistungen zu beschleunigen. Die Ergebnisse hinsichtlich einer tatsächlich stattfindenden strukturellen Ambulantisierung in den Krankenhäusern, also des Aufbaus angepasster ambulanter Strukturen, sind bisher noch gemischt. Außerdem sind große Mengeneffekte im vertragsärztlichen Bereich zu beobachten (Hentschker et al. 2025), die mit hohen Kostenrisiken für die GKV einhergehen, hier aber nicht im Fokus stehen.

Die Hybrid-DRGs wurden für das Jahr 2024 erstmals festgelegt. 2025 erfolgte nur eine begrenzte Erweiterung des Kataloges sodass ca. 300.000 Fälle als Hybrid-DRG erbracht wurden. Mit dem KHVVG legte der Gesetzgeber daher ambitionierte Ziele fest. Diese sehen für 2026 eine Million Fälle und für 2030 sogar ein Volumen von zwei Millionen vormals stationären Fällen vor, die dann als Hybrid-DRGs abgerechnet werden sollen. Für das Jahr 2026 lag zum Stand der Analysen dieses Beitrages jedoch nur die OPS-Liste des Erweiterten Bewertungsausschusses³ vor, ein Grouper zur Zuweisung der Fälle war noch nicht verfügbar. Entsprechend sind die Analysen mit Unsicherheiten behaftet (siehe Methodik).

AMBULANTES OPERIEREN AM KRANKENHAUS / IGES-GUTACHTEN NACH § 115B ABS. 1A SGB V

Ein bereits seit Längerem etablierter Ansatz ist der AOP-Katalog (Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus nach § 115b SGB V). Dieser Leistungskatalog legt seit 1993 fest, welche Operationen und Prozeduren von Krankenhäusern auch ambulant erbracht werden dürfen. Damit sollten die Ambulantisierung und der Grundsatz „ambulant vor stationär“ forciert werden. In der Praxis blieb der Effekt jedoch begrenzt und die Fallzahlen des ambulanten Operierens im Krankenhaus stagnierten in den letzten Jahren. Im Jahr 2023 wurde der AOP-Katalog erheblich erweitert.

Ausgangspunkt hierfür war das Gutachten von IGES gemäß § 115b Abs. 1a SGB V (Albrecht et al. 2022). In diesem wurden systematisch diejenigen Leistungen analysiert, die unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren wie Komorbiditäten, Alter oder sozialen Rahmenbedingungen auch außerhalb des stationären Sektors sicher und wirtschaftlich erbracht werden können. Entsprechend identifizierte das Gutachten weitere ambulantisierbare Prozeduren und listete zugleich Kontextfaktoren auf, die systematisieren sollen, wann eine grundsätzlich ambulante Leistung doch stationär erfolgen kann. In der Erweiterung des AOP-Katalogs wurden die Empfehlungen des Gutachtens jedoch nicht vollständig umgesetzt. Einige vorgeschlagene Kontextfaktoren und Leistungsbereiche fanden keinen Eingang, sodass zwischen dem ambulanten Volumen nach AOP-Katalog und dem Potenzial nach dem IGES-Gutachten unterschieden werden muss. Leistungen des AOP-Katalogs müssten ohne das Vorliegen entsprechender Kontextfaktoren oder fallindividueller Begründungen bereits heute ambulant erbracht werden. Die Möglichkeit der fallindividuellen Begründung im AOP-Katalog eröffnet allerdings einen sehr breiten Spielraum, um die stationäre Durchführung zu rechtfertigen.

³ Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 8. Sitzung am 28. April 2025. Die Ergänzung am 31. Oktober 2025 fügte ca. 200 weitere Prozedurenschlüssel dazu. Diese haben bzgl. der betroffenen Fälle jedoch eine eher geringe Bedeutung.

2.2.2 Vermeidbare Krankenhausfälle

Neben diesen vergütungs- und katalogbasierten Ansätzen gibt es andere Ansätze, die das Ambulantisierungspotenzial stärker aus einer Präventionsperspektive beleuchten. Ein wichtiger hier zu nennender Ansatz sind die ambulant-sensitiven Krankenhausfälle (ASK). ASK bezeichnen stationäre Aufnahmen, die bei rechtzeitiger und adäquater ambulanter Versorgung potenziell vermeidbar gewesen wären. Die Diskussion um ASK begann in den 1990er Jahren in den USA, wo sie als Indikator für den Zugang zur Primärversorgung und auch als Maß für die Qualität der ambulanten Versorgung interpretiert werden. Die zugrunde liegende Annahme ist, dass durch eine kontinuierliche, koordinierte und patientenzentrierte Betreuung das Auftreten bestimmter Erkrankungen oder deren Verschlechterung verhindert werden kann, sodass bestimmte Krankenhausfälle bei adäquater ambulanter Versorgung vermeidbar wären (Purdy et al. 2009).

Ein verwandtes Konzept sind pflegeheimsensitive Krankenhausfälle (PSK). Dabei handelt es sich um Krankenhausaufenthalte von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen, die unter optimalen Versorgungsbedingungen im Pflegeheim nicht im Krankenhaus behandelt werden müssten.

Sowohl ASK als auch PSK werden zunehmend als Indikatoren für die Effizienz und Koordination an den Schnittstellen des Gesundheitssystems betrachtet. Es wird angenommen, dass durch die Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte erhebliche Ressourcen im Gesundheitssystem eingespart werden können – sowohl finanziell als auch personell. Während sich ASK primär auf die ambulante (ärztliche) Versorgung beziehen, machen PSK strukturelle Defizite in der Langzeitpflege sichtbar, beispielsweise unzureichende ärztliche Präsenz, fehlende Notfallkompetenz oder mangelnde digitale Infrastruktur. Zu berücksichtigen ist, dass nicht alle ASK und PSK vermeidbar sind. Stattdessen wurden für beide Konzepte auf Basis von Experteneinschätzungen prozentuale Vermeidungspotenziale abgeschätzt. Außerdem erfordert die Reduktion solcher Fälle organisatorische und teilweise rechtliche Interventionen.

Allerdings sollte davon ausgegangen werden, dass eine umfassende Stärkung der Primärversorgung und der Pflege, wie sie im aktuellen Koalitionsvertrag vorgesehen ist, bei geeigneter Ausgestaltung auch Auswirkungen auf die Anzahl von ASK und PSK hat. Internationale Vergleiche zeigen, dass Deutschland bei vielen ASK-Indikatoren deutlich höhere stationäre Behandlungsraten aufweist als vergleichbare Länder, was ein weiterer Hinweis auf ein tatsächlich realisierbares Potenzial ist (Berger et al. 2024; Hengel et al. 2025).

2.2.3 Reform der Notfallversorgung

Die Struktur der Notfallversorgung in Deutschland muss grundlegend verbessert werden – darüber besteht weitgehend Einigkeit – wie die Gesetzesentwürfe in den letzten beiden Legislaturperioden gezeigt haben. Diskutiert wird, die beteiligten Bereiche besser miteinander zu vernetzen und so die Patientinnen und Patienten schneller und passender zu versorgen; gleichzeitig soll das System effizienter arbeiten. Kern bisher diskutierter Reformvorschläge sind drei zentrale Maßnahmen: Erstens sollen an bestimmten Krankenhausstandorten sogenannte Integrierte Notfallzentren (INZ) entstehen, in denen die ambulante Notfallversorgung gebündelt wird. Zweitens ist geplant, gemeinsame Notfallleitstellen (ILS) einzurichten, in denen die Leitstellen von Feuerwehr, Rettungsdienst und ärztlichem Bereitschaftsdienst zusammenarbeiten und die Patientinnen und Patienten in die bedarfsgerechte Versorgungsebene steuern. Drittens soll der Rettungsdienst vollständig in die Notfallversorgung integriert und der Rettungseinsatz selbst als medizinische Leistung definiert werden.

Das Potenzial, das eine solche Reform auch im Hinblick auf die Ambulantisierung realisieren könnte, ist erheblich (SVR Gesundheit und Pflege 2024), wird in der Diskussion aber oft vernachlässigt. Bis zu 50 % der stationären Krankenhausaufnahmen erfolgen über die Notaufnahmen⁴. Aufgrund der enormen Bedeutung der Notaufnahmen für die Krankenhausfallzahlen würde eine entsprechende Entlastung der Notaufnahmen bzw. der INZ daher wahrscheinlich auch zu einer Reduktion der stationären Belegungs- und Fallzahlen führen. Eine bessere Steuerung durch die Notfallleitstellen und die Einbindung des

Rettungsdienstes als präklinischer Leistungsbereich könnten die Anzahl der fahrend in die Notaufnahmen transportierten Patientinnen und Patienten reduzieren. Weitere Stellschrauben wären höhere ambulante Behandlungsraten in INZ durch verbesserte Behandlungsmöglichkeiten sowie die Vermeidung finanzieller Fehlanreize zur stationären Aufnahme. Eine Reform könnte also sowohl zur Vermeidung stationärer Fälle beitragen als auch dazu, dass bisher stationär versorgte Fälle ambulant erbracht werden.

3 Methodik und Datengrundlagen

Ziel ist es, die verschiedenen Ambulantisierungsansätze quantifizierbar zu machen und zu einer ganzheitlichen Gesamtanalyse auf der Ebene der Leistungsgruppen zusammenzubringen. Initial werden zunächst die Größenordnungen der einzelnen Ansätze verglichen. Details zur genauen methodischen Vorgehensweise und der Operationalisierung sind im Anhang zu finden. Da bei einer Einzelbetrachtung zwangsläufig Doppelzählungen vorkommen und das Gesamtpotenzial damit überschätzt wird, liegt im Anschluss ein Fokus auf der Gesamtchau und der Darstellung ohne Überschneidungen oder Doppelzählungen.

Dazu werden die unterschiedlichen Kriterien-Sets iterativ angewendet. Im Rahmen der Analyse wird für jeden stationären Fall in absteigender Reihenfolge geprüft, ob

(a) der Fall gemäß den Hybrid-Katalogen der Jahre 2024, 2025 und 2026 als Hybrid-DRG abgerechnet werden müsste. Das Potenzial für 2026 ist aufgrund des noch nicht vorliegenden Groupers mit Unsicherheiten verbunden.

(b) ein OPS aus dem AOP-Katalog erbracht wurde und kein Kontextfaktor vorliegt.

(c) ein OPS oder eine DRG aus den Empfehlungen des IGES-Gutachtens zur Erweiterung des AOP-Katalogs erbracht/abgerechnet wurde und kein Kontextfaktor vorliegt.

(d) der Patient bzw. die Patientin administrativ als stationärer Notfall aufgenommen wurde, dabei aber eine relativ geringe medizinische Dringlichkeit (kleiner 0,75 bzw. 75 %⁵) nach Krämer et al. (2019) und einen geringen Casemix (< 0,5), also einen eher geringen Ressourcenbedarf aufweist. Eine stationäre „Notfall“-Aufnahme trotz eher geringer medizinischer Dringlichkeit und geringerem Ressourcenbedarf legt nahe, dass der entsprechende Fall nach einer erfolgreichen Neuaufstellung der Notfallstrukturen auch ambulant abschließend behandelbar wäre. Eine solche Herangehensweise identifiziert nur einen kleinen Teil des Effizienzpotenzials durch eine Notfallreform (vgl. dazu Schreyögg und Messerle 2025), kann aber als erster Indikator für besonders betroffene Leistungsgruppen herangezogen werden.

⁴ Dies legen die Angaben gemäß der administrativen Kennzeichnung „Aufnahmearbeit Notfall“ und Abschätzungen auf Basis der veröffentlichten Aufnahmequoten der Notaufnahmen nahe.

⁵ Auf einer Skala von 0 – rein elektive Fälle zu 1 – dringlichster Notfall mit sofortigem medizinischem Handlungsbedarf.

- (e) eine Hauptdiagnose aus dem Kern-Katalog der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle nach Sundmacher et al. (2015) vorliegt. Zusätzlich wurde das diagnosespezifische Vermeidungspotenzial, also welcher Anteil der Fälle nach Experteneinschätzung vermeidbar wäre, herangezogen.
- (f) eine Hauptdiagnose aus dem Katalog pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle nach Valk-Draad et al. (2023) aufweist und einen Versicherten mit Pflegestufe betrifft. Entgegen der ursprünglichen Genese der PSK-Diagnosen erfolgt keine Beschränkung auf Pflegeheimbewohnende, sondern die Liste wird im Sinne eines Proxy-Tools für stationär und häuslich Gepflegte verwendet (Behrendt et al. 2025). Auch hier wurde das diagnosespezifische Vermeidungspotenzial herangezogen.

Für die Ansätze (b), (c) und (d) erfolgt zusätzlich noch eine Unterteilung in Kurzlieger (≤ 3 Tage Verweildauer) und Nicht-Kurzlieger. Um ein Gesamtpotenzial zu erhalten, wird jeder Fall nur genau einem der Blöcke zugeordnet. Das heißt, ein Fall, der in den Daten 2024 als Hybrid-DRG abgerechnet wird, wird bei den weiteren Potenzialen nicht mehr berücksichtigt. Dementsprechend ist bei der Interpretation der Größenordnungen zu berücksichtigen, dass die Reihenfolge der Ansätze starke Auswirkungen auf das ausgewiesene individuelle Fallpotenzial hat. Als Reihenfolge wurde die seitens der Autorinnen und Autoren angenommene Realisierungschance der jeweiligen Ansätze herangezogen. Details zu den einzelnen Auswertungsschritten können dem methodischen Anhang entnommen werden.

Die Unterteilung der Ergebnisse nach Leistungsgruppen erfolgt auf Basis des Leistungsgruppengruppers des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), der im Februar 2025 veröffentlicht wurde. Als weitere Information zur Strukturierung der Analysen werden erste Erkenntnisse zu den Standortentscheidungen der Krankenhausplanung in NRW herangezogen (Loeser et al. 2025) und die Leistungsgruppen in folgende vier Cluster unterteilt:

- 1) Leistungsgruppen der medizinischen Grundversorgung, die nur eine vergleichsweise geringe Reduktion der Standorte in NRW aufweisen.

- 2) Leistungsgruppen mit bereits hoher Spezialisierung im aktuellen Status quo, bei denen es kaum Veränderungen in der Standortzahl in NRW gibt.
- 3) Leistungsgruppen mit Konzentrationspotenzial, die nach erfolgter Zuweisung in NRW eine deutliche Veränderung der Standortverteilung zeigen.
- 4) Weitere, nicht eindeutig zuordenbare Leistungsgruppen.

Auf dieser Basis soll untersucht werden, inwiefern ein Bezug zwischen Ambulantisierungspotenzialen bzgl. der Fallzahlen und erster Konzentrationstendenzen der Standortzahlen besteht, die sich in NRW abzeichnen.

DATENGRUNDLAGE

Grundlage der Auswertungen sind Abrechnungsdaten gemäß § 301 SGB V von AOK-Versicherten aus der stationären Versorgung für das Jahr 2024 (ohne Überlieger). Da der Marktanteil der AOKen bei über einem Drittel aller GKV-Versicherten liegt, lassen sich auch kleinere Teilgruppen noch robust untersuchen. Die ausgewerteten Ergebnisse werden auf Basis der Alters- und Geschlechtsstruktur sowie nach Wohnort-KV auf die Gesamt-GKV gemäß der KM6-Statistik hochgerechnet, für Pflegebedürftige erfolgt zusätzlich eine Standardisierung nach Alter und Geschlecht auf die GKV-weite PG2-Statistik, sodass eine näherungsweise Interpretation für das Gesamtsystem möglich ist. Für die Berechnung der Ausgaben werden die gesamten Fallkosten herangezogen, einschließlich Pflege, Zusatzentgelten etc.

In früheren Analysen wurden zum Teil Fälle im Zusammenhang mit Geburten sowie Behandlungen von Neugeborenen ausgeschlossen (z. B. Pioch et al. 2024, ungefähr 1,2 Mio. Fälle jährlich). In der vorliegenden Analyse werden hingegen sämtliche vollstationären Fälle berücksichtigt, um ein vollständiges Bild über das gesamte stationäre Versorgungsgeschehen zu geben. Beim Vergleich mit anderen Analysen bzw. der Interpretation der Ergebnisse muss dies entsprechend berücksichtigt werden. Die betroffenen Fälle werden fast ausnahmslos den Leistungsgruppen Geburten und perinataler Schwerpunkt zugeordnet.

4 Ergebnisse

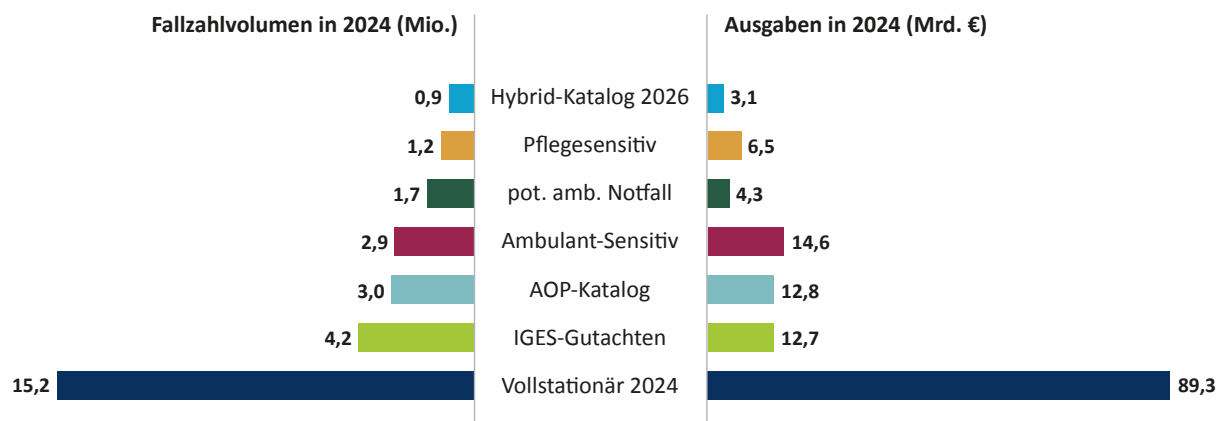
4.1 Übergreifend

Abbildung 5 stellt die einzelnen Ansätze dar, die zunächst getrennt voneinander betrachtet werden. Isoliert betrachtet sticht vor allem das Potenzial der IGES-Empfehlungen zur Erweiterung des AOP-Katalogs hervor. Über 4 Mio. Fälle weisen die im Gutachten herausgearbeiteten Kriterien auf, also gelten ca. 28 % aller stationären Fälle allein nach diesem Ansatz als ambulantisierbar. Auch die anderen Ansätze zur Bezifferung des Ambulantisierungspotenzials weisen erhebliche Volumina auf. So verdeutlicht Abbildung 5 auch, dass die ambitionierten Vorgaben des Gesetzgebers bzgl. der Ambulantisie-

rung durch Hybrid-DRGs durch die Selbstverwaltung im Wesentlichen eingehalten werden. Nach einer eher gering ausfallenden Erweiterung im Jahr 2025 werden durch den Hybrid-Katalog 2026 knapp 1 Mio. Fälle aufgegriffen.

Ein Blick auf das aktuelle Ausgabenvolumen zeigt, dass erwartungsgemäß eher unterdurchschnittlich komplexe Fälle durch die Ambulantisierungsansätze aufgegriffen werden, da die Ausgaben je Fall unterdurchschnittlich sind (eine Ausnahme sind die pflege- und ambulant-sensitiven Fälle).

Abbildung 5: Überblick potenzielles Fallzahlvolumen und Ausgaben je distinktem Ambulantisierungsansatz



Datenjahr 2024. Für eine Erläuterung der unterschiedlichen Ansätze: siehe Text. Hybrid = Hybrid-Katalog nach § 115f SGB V, AOP-Katalog = Katalog nach § 115b SGB V, IGES-Gutachten = Gutachten nach § 115b SGB V, pot. amb. Notfall = Krankenhausfall mit Aufnahmeanlass „Notfall“ und geringer (bis 0,75) medizinischer Dringlichkeit nach Krämer et al. (2019) und geringerem Ressourcenbedarf (<0,5), ambulant-sensitiv nach Sundmacher et al. (2015), pflegesensitiv nach Katalog pflegeheimsensitiver Diagnosen nach Valk-Draad et al. (2023), auch für ambulant Gepflegte.

Quelle: Basierend auf AOK-Abrechnungsdaten (hochgerechnet auf KM6 und PG2)

© WiDO 2025

Abbildung 5 bietet keinen Gesamtblick auf das Ambulantisierungspotenzial, da in dieser getrennten Betrachtung ein Fall mehreren Ansätzen zugeordnet sein kann. Abbildung 6 stellt daher die unter-

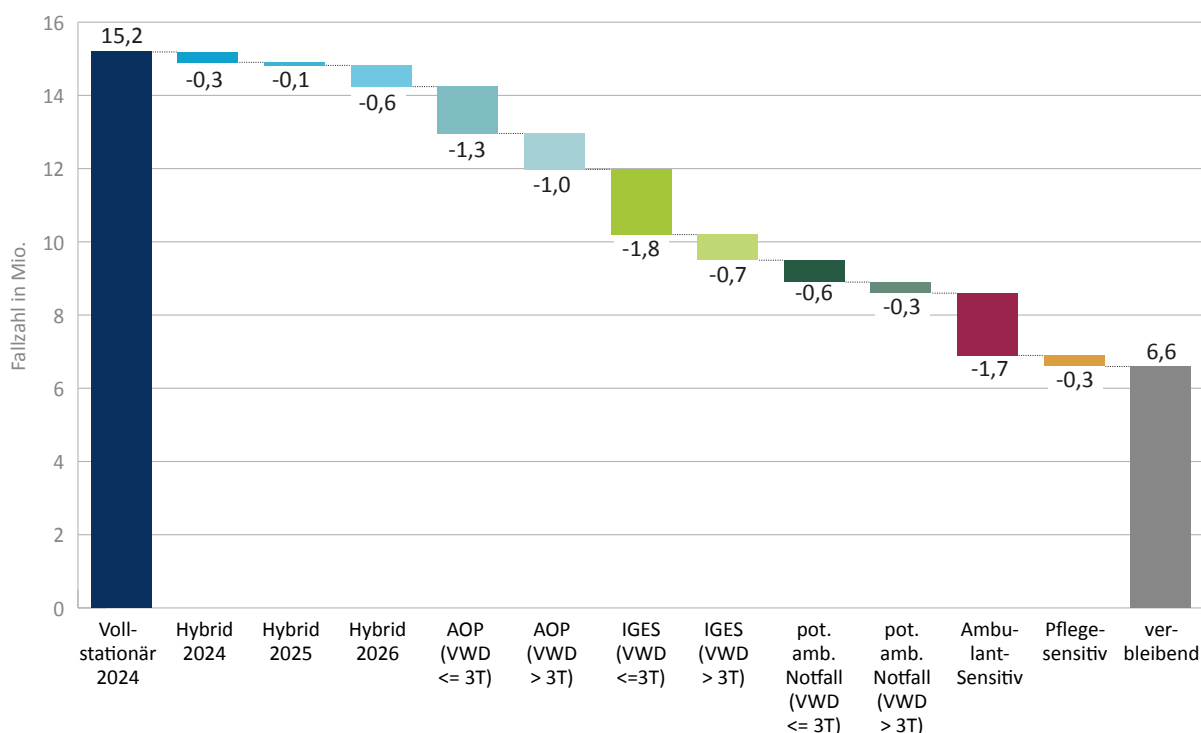
schiedlichen Ansätze ohne Überschneidungen nebeneinander – d. h. jeder Krankenhausfall wird nach der im Abschnitt 3 beschriebenen Vorgehensweise nur einem Ambulantisierungsansatz zugeord-

net. Bei der Interpretation ist zu beachten, dass hier nun die Reihenfolge der Ansätze wichtig ist. Ist ein Fall z. B. gemäß dem Hybrid-Katalog 2024 als Hybrid-DRG zu erbringen, wird er in den folgenden Ansätzen nicht mehr berücksichtigt.

Abbildung 6 verdeutlicht zunächst, dass trotz der ambitionierten Vorgaben des Hybrid-Kataloges 2026 ein zusätzliches Fallpotenzial von 1,3 Mio. Fällen basierend auf dem AOP-Katalog nach Anwendung der Kontextfaktoren besteht; wenn nur die Fälle mit einer Verweildauer von höchstens drei Tagen einbezogen werden. Diese hohe Fallzahl der stationären

Erbringung von AOP-Leistungen kann auf fallindividuelle/medizinische Begründungen zurückzuführen sein, aber auch auf Rechnungsprüfungspotenzial hinweisen. Werden unabhängig von der Verweildauer alle AOP-Fälle nach Anwendung der Kontextfaktoren einbezogen, ergibt sich sogar ein Volumen von 2,3 Mio. Fällen – zusätzlich zu den bereits vom Hybrid-Katalog aufgegriffenen Fällen. Auch wenn die Ziele des Gesetzgebers nach § 115f SGB V, ab dem Jahr 2030 jährlich mindestens zwei Mio. Fälle mit dem Hybrid-Katalog zu erfassen, also ambitioniert erscheinen, zeigt diese Einordnung, dass es ein prinzipiell erreichbares Ziel ist.

Abbildung 6: Darstellung des (iterativen) Ambulantisierungspotenzials in Fällen, gegliedert nach den unterschiedlichen Ansätzen



Datenjahr 2024. Für eine Erläuterung der unterschiedlichen Ansätze: siehe Text. Hybrid = Hybrid-Katalog nach § 115f SGB V (für 2024 inkl. Hybrid-DRG die zuvor als 115b-Leistung erbracht worden wären), AOP-Katalog = Katalog nach § 115b SGB V, IGES-Gutachten = Gutachten nach § 115b SGB V, pot. amb. Notfall = Krankenhausfall mit Aufnahmeanlass „Notfall“ und geringer (bis 0,75) medizinischer Dringlichkeit nach Krämer et al. (2019) und geringerem Ressourcenbedarf (<0,5), ambulant-sensitiv nach Sundmacher et al. (2015), pflegesensitiv nach Katalog pflegeheimsensitiver Diagnosen nach Valk-Draad et al. (2023), auch für ambulant Gepflegte.

Quelle: Basierend auf AOK-Abrechnungsdaten (hochgerechnet auf KM6 und PG2)

© WIdO 2025

Würden die weiteren Empfehlungen des IGES-Gutachtens aufgegriffen, ergäben sich weitere 1,8 Mio. (Verweildauer ≤ 3 Tage) bzw. 0,7 Mio. (Verweildauer > 3 Tage) zusätzliche potenziell ambulantisierbare Fälle. Diese relativ geringen Überschneidungen der beschriebenen Ansätze, die eigentlich eng miteinander verwandt sind, sind im Wesentlichen auf zwei Faktoren zurückzuführen. Einerseits auf die sehr unterschiedlich ausfallende Kontextprüfung zwischen IGES und AOP-Katalog und andererseits darauf, dass die IGES-Empfehlungen auch die Aufnahme verschiedener medizinischer DRGs umfassen, während AOP und Hybrid-DRGs bisher rein prozedurengetrieben klassifizieren.

Die Effekte einer Notfallreform sind ebenfalls nicht zu vernachlässigen, betragen in der hier betrachteten Abgrenzung jedoch insgesamt „nur“ ca. 1 Mio. zusätzliche Fälle. Etwa zwei Drittel weisen dabei eine Verweildauer von höchstens drei Tagen auf. Zum Vergleich: Der SVR hat ein Fallpotenzial von ca. 4 Mio. vermeidbaren stationären Notfällen skizziert (SVR Gesundheit und Pflege 2024). Das im Vergleich zu den Analysen des SVR relativ geringe zusätzliche Potenzial ist hauptsächlich auf die enge Auslegung in der Datenanalyse zurückzuführen. Z. B. erfolgt von vornherein eine Beschränkung auf Fälle mit geringem Case-Mix (vgl. Abschnitt 7.2 – Methodenteil). Außerdem rekurren die vom IGES vorgeschlagenen medizinischen DRGs teilweise auf Notfälle und werden dementsprechend bereits dort berücksichtigt (vgl. Abbildung 6 und Tabelle 2).

Ansätze bei der Identifikation ambulant erbringbarer Leistungen:

Im Gutachten nach § 115b Abs. 1 SGB V verfolgt das IGES-Institut bei der Identifikation potenziell ambulant erbringbarer Leistungen einen sehr umfassenden Ansatz. Grundsätzlich werden alle Leistungen berücksichtigt, die potenziell ambulant durchgeführt werden könnten. Als Gegengewicht erfolgt eine sehr umfangreiche und „strenge“ individuelle Einzelfallprüfung, die viele Beweggründe für eine stationäre Erbringung vorsieht. Die von IGES definierten Kontextfaktoren, die eine stationäre Behandlung rechtfertigen können, sind zudem eher vorsichtig formuliert. Selbst bei heute bereits ambulant erbrachten Leistungen liegt bei einem

relevanten Anteil einer der IGES-Kontextfaktoren vor, der eine stationäre Behandlung ermöglichen würde.

Im Gegensatz dazu ist der Ansatz des AOP-Katalogs bei der Leistungsauswahl deutlich selektiver: Hier werden vergleichsweise wenige Leistungen aufgenommen, bei denen jedoch mit hoher Sicherheit davon ausgegangen werden kann, dass sie ambulant erbracht werden können. Im Gegenzug wird auf eine sehr umfangreiche Prüfung des Einzelfalls verzichtet und nur eine vergleichsweise reduzierte Kontextprüfung vorgenommen.

Ambulant-sensitive (vermeidbare) Krankenhausfälle betreffen weitere, zusätzliche 1,7 Mio. Fälle. Werden die Belegungstage oder die betroffenen vollstationären Ausgaben zugrunde gelegt (siehe Anhang), stellen die ambulant-sensitiven Krankenhausfälle sogar den wichtigsten Ansatz zur Ambulantisierung dar. Pflegesensitive Fälle identifizieren mit ca. 0,3 Mio. zusätzlichen Fällen hingegen ein vergleichsweise überschaubares zusätzliches Ambulantisierungspotenzial. Dies liegt teilweise in der verwendeten Vorgehensweise und ist darauf zurückzuführen, dass große Überschneidungen (siehe 4.3) mit ambulant-sensitiven Krankenhausfällen bestehen. In der hierarchisierten Vorgehensweise werden daher viele Fälle bereits vorher aufgegriffen. Dennoch hat das Konstrukt der pflegesensitiven Fälle eine hohe Bedeutung. Denn die Strategien und Maßnahmen, die zur Verbesserung der Versorgung benötigt werden, um ambulant-sensitive oder pflegesensitive Fälle zu vermeiden, sind sehr unterschiedlich und sollten daher auch separat betrachtet werden.

4.2 Betrachtung nach Leistungsgruppen

Um auch konkretere Auswirkungen der konsequenten Realisierung von Ambulantisierungspotenzialen diskutieren zu können, ist ein detaillierter Blick auf die Ebene der Leistungsgruppen notwendig. Als Einstieg erfolgt zunächst ein Blick auf die Verweildauern, der oft als einfacher Indikator für das Ambulantisierungspotenzial herangezogen wird. Abbildung 7 verdeutlicht die hier bestehenden großen Unterschiede für eine Auswahl der fallzahlstärksten Leistungsgruppen (für alle Leistungsgruppen siehe Anhang). So verbleiben in der Leistungsgruppe EPU/Ablation über 50 % aller Patientinnen und Patienten höchstens eine Nacht; in der Geriatrie dagegen de facto niemand kürzer als vier Tage. Allein der Erwartung folgend, dass die Eintagesfälle von heute die ambulanten Fälle von morgen sind (Leber und Wasem 2016), werden sich umfangreiche Veränderungen im Leistungsspektrum ergeben.

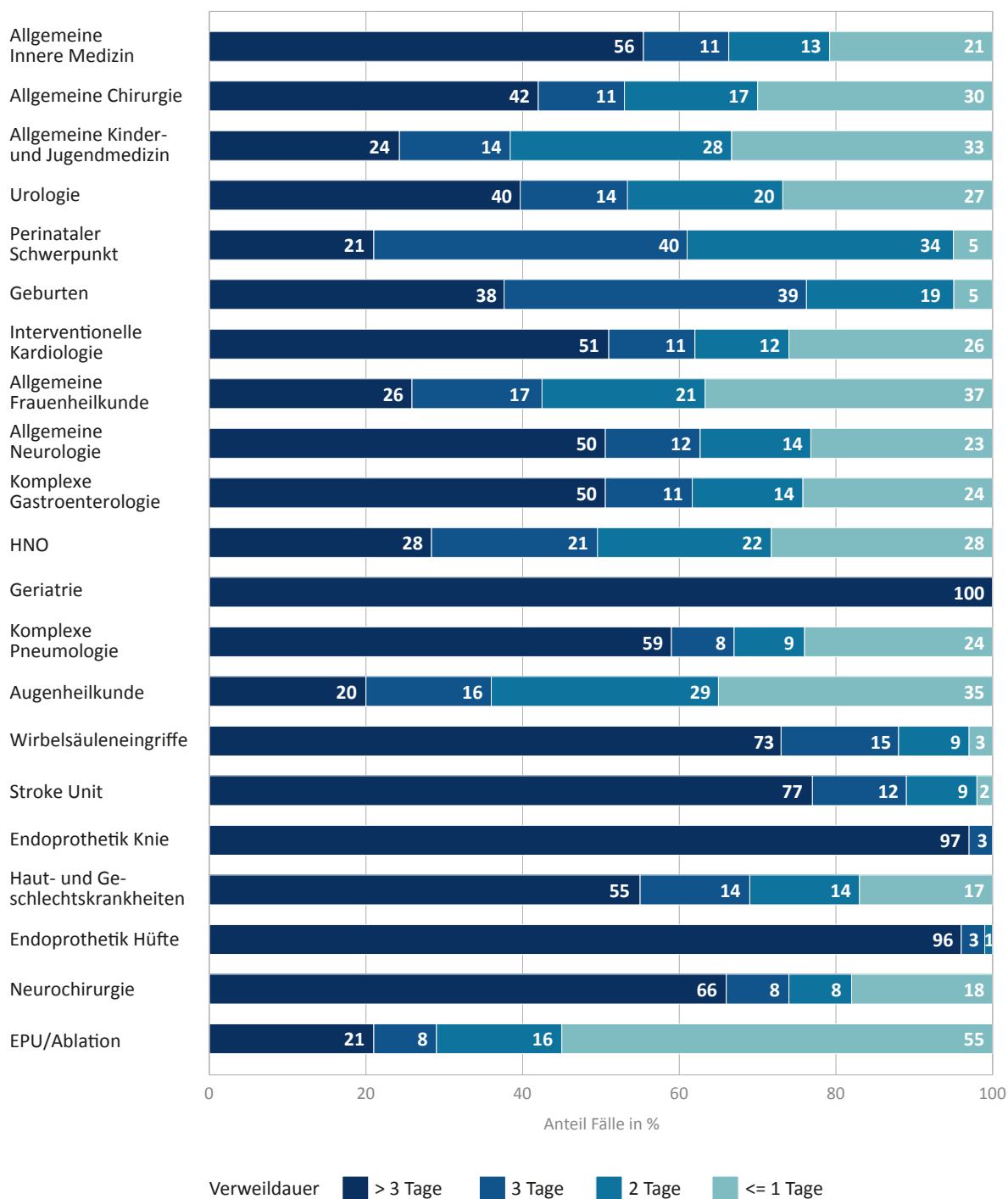
In den 21 betrachteten Leistungsgruppen in Abbildung 7 beträgt der durchschnittliche Anteil der Eintagesfälle ca. 20 %. Im Durchschnitt müsste das Vorhaltebudget also allein schon dann angepasst werden, wenn alle Eintagesfälle ambulant erbracht würden.

Die reine Betrachtung der Verweildauer ist jedoch nicht ausreichend. Weder der AOP-Katalog noch die IGES-Empfehlungen nutzen die Verweildauer als Abgrenzungskriterium. Auch bei vermeidbaren Krankenhausfällen hat die Verweildauer letztlich stationär behandlungsbedürftiger, nicht vermiedener Fälle relativ wenig Aussagekraft auf die potenzielle Vermeidbarkeit. Entsprechend ist es sinnvoll, weitere Indikatoren zur Beurteilung des ambulanten Potenzials heranzuziehen.

Abbildung 8 stellt daher die bereits in Abbildung 6 präsentierten Potenziale für die 21 fallzahlstärksten Bereiche (hochgerechnete Fallzahl > 100.000) grafisch dar. In Tabelle 1 im elektronischen Anhang kann dies für alle Leistungsgruppen (hochgerechnete Fallzahl > 1.000) entnommen werden.

Über alle betrachteten Leistungsgruppen werden zwischen ca. 80 % (EPU/Ablation) und ca. 0 % (Stroke Unit, Endoprothetik Hüfte) der Fälle als Ambulantisierungspotenzial identifiziert. In 15 der 21 fallzahlstärksten LG werden über 50 % der Fälle als potenziell ambulantisierbar aufgegriffen. Unter diesen 21 LG sind es nur in den LG Endoprothetik Hüfte, Stroke Unit, Wirbelsäuleneingriffe, Geriatrie und Neurochirurgie unter 30 %. Für die beiden mit Abstand größten Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie werden etwa 60 % der Fälle als potenziell ambulantisierbar identifiziert.

Abbildung 7: Verweildaueranteile in den 15 fallzahlstärksten Leistungsgruppen

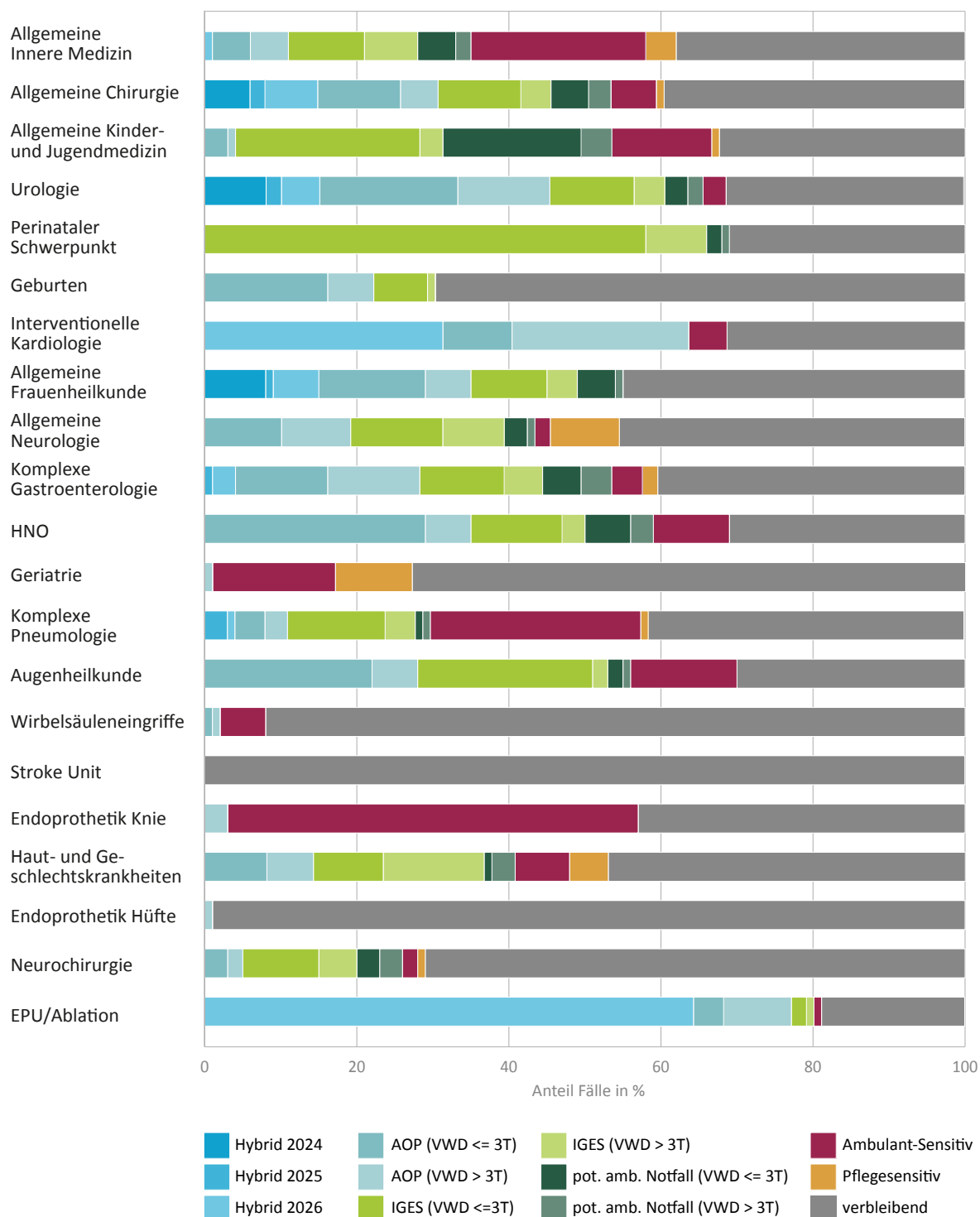


Datenjahr 2024.

Quelle: Basierend auf AOK-Abrechnungsdaten (hochgerechnet auf KM6 und PG2)

© WIdO 2025

Abbildung 8: Ambulantisierungspotenziale für die 21 fallzahlstärksten Leistungsgruppen



Datenjahr 2024. Für eine Erläuterung der unterschiedlichen Ansätze: siehe Text. Hybrid = Hybrid-Katalog nach § 115f SGB V (für 2024 inkl. Hybrid-DRG die zuvor als 115b-Leistung erbracht worden wären), AOP-Katalog = Katalog nach § 115b SGB V, IGES-Gutachten = Gutachten nach § 115b SGB V, pot. amb. Notfall = Krankenhausfall mit Aufnahmearbeit „Notfall“ und geringer (bis 0,75) medizinischer Dringlichkeit nach Krämer et al. (2019) und geringerem Ressourcenbedarf (<0,5), ambulant-sensitiv nach Sundmacher et al. (2015), pflegesensitiv nach Katalog pflegeheimsensitiver Diagnosen nach Valk-Draad et al. (2023), auch für ambulant Gepflegte.

Quelle: Basierend auf AOK-Abrechnungsdaten (hochgerechnet auf KM6 und PG2)

© WIdO 2025

Tabelle 1 stellt das übergreifende Ambulantisierungspotenzial für die Leistungsgruppen sowie den je Leistungsgruppe wichtigsten Ansatz (nicht iterativ bzw. ohne Reihenfolge/Hierarchie) dar. Es zeigt sich, dass bei der Betrachtung der Belegungstage und Ausgaben anstelle der Fallzahlen geringere Anteile identifiziert werden, da durch die meisten Ansätze eher Kurzlieger und weniger komplexe Fälle aufgegriffen werden. Dennoch werden auch hier hohe Anteile aufgegriffen. Insgesamt betrachtet liegt das Ambulantisierungspotenzial bzgl. der Belegungstage und Ausgaben etwa ein Drittel niedriger als bei den Fallzahlen, weist mit ungefähr 40 % aber weiterhin eine beträchtliche Höhe auf. Für die beiden größten Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie beträgt es etwa 55 % bzw. 40 % der Belegungstage und Ausgaben.

Die Unterscheidung nach Leistungsgruppenart (nach der Systematik von Loeser et al. 2025) zeigt, dass LG mit hohem Spezialisierungsgrad oder hohem standortbezogenem Konzentrationspotenzial eher niedrige und LG der Grundversorgung und nicht zuordenbare LG eher höhere Ambulantisierungspotenziale aufweisen. Die wichtigsten Ansätze bzw. Treiber unterscheiden sich zwischen und innerhalb der Cluster stark voneinander. Jeder der betrachteten Ansätze stellt für mindestens eine der LG den individuell wichtigsten Ansatz dar (nicht iterativ bzw. ohne Reihenfolge/Hierarchie). Dies unterstreicht die Bedeutung einer Gesamtbetrachtung mehrerer Ansätze zur Bewertung von Ambulantisierungspotenzialen.

Die folgenden Beschreibungen der iterativen Bedeutung der jeweiligen Ansätze (siehe Tabelle 1 im elektronischen Anhang) konzentrieren sich der Einfachheit halber auf die Fallzahlen. Auch bei dieser Betrachtung ist die individuelle Bedeutung der verschiedenen Ansätze sehr unterschiedlich. So verteilen sich die bisher beschlossenen Hybrid-DRGs sehr stark auf drei Leistungsgruppen, die allgemeine Chirurgie, die interventionelle Kardiologie und EPU/Ablation. Während aufgrund der Größe der allgemeinen Chirurgie die Hybrid-DRGs dort „nur“ etwa 15 % der Fälle betreffen, werden in den anderen beiden Leistungsgruppen potenziell ca. ein bzw. zwei Drittel der noch stationären Fälle in den ambulanten-stationären Versorgungsbereich verlagert. Die zusätzlichen Ambulantisierungspotenziale nach dem AOP-Katalog, also bei Leistungen die grundsätzlich bereits ambulant erfolgen sollten, sind deutlich breiter gestreut. Bei sieben der 21 fallzahlstärksten Leistungsgruppen betrifft der AOP-Katalog, über die Hybrid-DRGs hinaus, mindestens zusätzliche 20 % der Fälle. In den Leistungsgruppen HNO, Interventionelle Kardiologie und Urologie sogar mehr als 30 %. Für die HNO-Gruppe stellen dabei Kurzlieger mit einer Verweildauer von höchstens drei Tagen den Großteil (29 Prozentpunkte) des Potenzials dar. Für die interventionelle Kardiologie identifiziert der AOP-Katalog hingegen eher Fälle mit längerer Verweildauer (23 Prozentpunkte) – die Kurzlieger werden größtenteils bereits von den Hybrid-DRGs aufgegriffen. Der Vergleich mit Tabelle 1 zeigt, dass die Bedeutung der Ansätze mit und ohne Reihenfolge/Überschneidungen (siehe auch Abschnitt 4.3) unterschiedlich ausfallen kann. Für die interventionelle Kardiologie werden in Tabelle 1 AOP-Fälle mit höchstens drei Tagen Verweildauer als wichtigster Ansatz identifiziert. Iterativ betrachtet identifizieren die Hybrid-DRGs jedoch ein größeres Potenzial.

Tabelle 1: Distinktes Ambulantisierungspotenzial je Leistungsgruppe und Haupttreiber

Leistungsgruppe		Fälle	davon potenziell ambulanti-sierbar	Wichtigster Treiber (nicht iterativ)	Belegungs-tage	davon potenziell ambulanti-sierbar	Ausgaben in €	davon potenziell ambulanti-sierbar
LG der Grundversorgung	Allgemeine Innere Medizin	4,1 Mio	62 %	ASK	23,2 Mio	55 %	18,4 Mrd	53 %
	Allgemeine Chirurgie	2,8 Mio	60 %	IGES <= 3 Tage	14,6 Mio	40 %	16,7 Mrd	40 %
	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	0,7 Mio	68 %	ASK	2,2 Mio	55 %	2,9 Mrd	51 %
	Geburten	0,6 Mio	31 %	AOP <= 3 Tage	2,3 Mio	25 %	2,5 Mrd	25 %
	Allgemeine Frauenheilkunde	0,6 Mio	55 %	IGES <= 3 Tage	1,9 Mio	47 %	2,2 Mrd	50 %
	Komplexe Gastroenterologie	0,5 Mio	60 %	IGES <= 3 Tage	2,6 Mio	46 %	2,2 Mrd	45 %
	Geriatrie	0,3 Mio	28 %	PSK	6,1 Mio	27 %	3,5 Mrd	26 %
	Komplexe Pneumologie	0,3 Mio	58 %	ASK	1,8 Mio	46 %	1,7 Mrd	44 %
	Kinder- und Jugendchirurgie	0,1 Mio	62 %	IGES <= 3 Tage	0,3 Mio	34 %	0,5 Mrd	32 %
	Komplexe Nephrologie	0,1 Mio	49 %	ASK	0,5 Mio	38 %	0,5 Mrd	36 %
	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	0,1 Mio	51 %	IGES <= 3 Tage	0,4 Mio	35 %	0,5 Mrd	36 %
	Komplexe Rheumatologie	0,1 Mio	46 %	IGES > 3 Tage	0,5 Mio	37 %	0,3 Mrd	40 %
	Weitere LG	0,0 Mio	68 %		0,3 Mio	63 %	0,2 Mrd	62 %
	Ergebnis	10,2 Mio	58 %		56,6 Mio	45 %	52,0 Mrd	44 %
LG mit Konzentrationspotenzial	Wirbelsäuleneingriffe	0,2 Mio	8 %	ASK	2,0 Mio	8 %	2,5 Mrd	8 %
	Endoprothetik Knie	0,2 Mio	57 %	ASK	1,3 Mio	56 %	1,7 Mrd	56 %
	Endoprothetik Hüfte	0,1 Mio	1 %	AOP > 3 Tage	1,1 Mio	1 %	1,2 Mrd	1 %
	Senologie	0,1 Mio	61 %	AOP <= 3 Tage	0,3 Mio	58 %	0,4 Mrd	60 %
	Komplexe periphere arterielle Gefäße	0,1 Mio	70 %	ASK	0,9 Mio	66 %	1,0 Mrd	65 %
	Weitere LG	0,2 Mio	27 %		2,6 Mio	15 %	4,1 Mrd	18 %
	Ergebnis	0,9 Mio	29 %		8,1 Mio	25 %	10,8 Mrd	25 %

Datenjahr 2024. Für eine Erläuterung der unterschiedlichen Ansätze: siehe Text. Hybrid = Hybrid-Katalog nach § 115f SGB V (für 2024 inkl. Hybrid-DRG die zuvor als 115b-Leistung erbracht worden wären), AOP-Katalog = Katalog nach § 115b SGB V, IGES-Gutachten = Gutachten nach § 115b SGB V, pot. Amb. Notfall = Krankenhausfall mit Aufnahmearbeit „Notfall“ und geringer (bis 0,75) medizinischer Dringlichkeit nach Krämer et al. (2019) und geringerem Ressourcenbedarf (<0,5), ambulant-sensitiv nach Sundmacher et al. (2015), pflegesensitiv nach Katalog pflegeheim-sensitiver Diagnosen nach Valk-Draad et al. (2023), auch für ambulant Gepflegte.

Quelle: Basierend auf AOK-Abrechnungsdaten (hochgerechnet auf KM6 und PG2)

© WIdO 2025

Tabelle 1 (Fortsetzung): Distinktes Ambulantisierungspotenzial je Leistungsgruppe und Haupttreiber

Leistungsgruppe		Fälle	davon potenziell ambulantisierbar	Wichtigster Treiber (nicht iterativ)	Belegungstage	davon potenziell ambulantisierbar	Ausgaben in €	davon potenziell ambulantisierbar
LG mit hohem Spezialisierungsgrad	Haut- und Geschlechtskrankheiten	0,2 Mio	53 %	IGES > 3 Tage	0,9 Mio	50 %	0,7 Mrd	52 %
	Neurochirurgie	0,1 Mio	29 %	IGES ≤ 3 Tage	0,9 Mio	14 %	1,5 Mrd	11 %
	Herzchirurgie	0,1 Mio	29 %	ASK	0,8 Mio	25 %	1,9 Mrd	23 %
	Weitere LG	0,0 Mio	42 %		0,5 Mio	29 %	1,2 Mrd	30 %
	Ergebnis	0,4 Mio	41 %		3,1 Mio	30 %	5,3 Mrd	25 %
Weitere LG	Urologie	0,7 Mio	69 %	AOP ≤ 3 Tage	2,7 Mio	53 %	3,0 Mrd	52 %
	Perinataler Schwerpunkt	0,7 Mio	69 %	IGES ≤ 3 Tage	2,2 Mio	54 %	1,8 Mrd	41 %
	Interventionelle Kardiologie	0,6 Mio	68 %	AOP ≤ 3 Tage	3,4 Mio	54 %	4,5 Mrd	48 %
	Allgemeine Neurologie	0,5 Mio	55 %	IGES ≤ 3 Tage	3,1 Mio	46 %	2,7 Mrd	43 %
	HNO	0,4 Mio	69 %	IGES ≤ 3 Tage	1,3 Mio	59 %	1,6 Mrd	57 %
	Augenheilkunde	0,3 Mio	70 %	ASK	0,7 Mio	62 %	0,8 Mrd	62 %
	Stroke Unit	0,2 Mio	1 %	ASK	1,8 Mio	2 %	2,0 Mrd	1 %
	EPU/Ablation	0,1 Mio	81 %	HDRG 26	0,3 Mio	61 %	0,9 Mrd	76 %
	MKG	0,1 Mio	59 %	ASK	0,3 Mio	44 %	0,5 Mrd	39 %
	Palliativmedizin	0,1 Mio	18 %	Notfall > 3 Tage	1,0 Mio	18 %	0,7 Mrd	16 %
	Weitere LG	0,1 Mio	1 %		2,2 Mio	1 %	2,6 Mrd	1 %
	Ergebnis	3,7 Mio	61 %		19,2 Mio	40 %	21,2 Mrd	38 %
Gesamtergebnis		15,2 Mio	56 %		87,1 Mio	42 %	89,3 Mrd	39 %

Datenjahr 2024. Für eine Erläuterung der unterschiedlichen Ansätze: siehe Text. Hybrid = Hybrid-Katalog nach § 115f SGB V (für 2024 inkl. Hybrid-DRG die zuvor als 115b-Leistung erbracht worden wären), AOP-Katalog = Katalog nach § 115b SGB V, IGES-Gutachten = Gutachten nach § 115b SGB V, pot. Amb. Notfall = Krankenhausfall mit Aufnahmearbeit „Notfall“ und geringer (bis 0,75) medizinischer Dringlichkeit nach Krämer et al. (2019) und geringerem Ressourcenbedarf (<0,5), ambulant-sensitiv nach Sundmacher et al. (2015), pflegesensitiv nach Katalog pflegeheim-sensitiver Diagnosen nach Valk-Draad et al. (2023), auch für ambulant Gepflegte.

Quelle: Basierend auf AOK-Abrechnungsdaten (hochgerechnet auf KM6 und PG2)

© WIdO 2025

Ähnlich breit wie der AOP-Katalog greifen die Empfehlungen des IGES-Gutachtens. Besonders auffällig sind sicherlich die zwei Drittel der Fälle im perinatalen Schwerpunkt, die gemäß den IGES-Empfehlungen zusätzlich potenziell ambulantisierbar wären. Allerdings lassen sich hier aus den Routinedaten wesentliche Teile der Kontextbetrachtung nicht umsetzen, was auch im IGES-Gutachten entsprechend festgehalten wird: „Die Versorgung eines (gesunden) Neugeborenen kann nur dann als ambulant durchführbar gelten, wenn die Geburt seitens der Mutter ambulant durchführbar ist“ (Albrecht et al. 2022, S. 196). Insofern dienen diese berichteten Ambulantisierungspotenziale nur der Vollständigkeit. Doch auch für andere LG, die Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin, die Augenheilkunde, für Haut- und Geschlechtskrankheiten, die Allgemeine Neurologie und die Komplexe Pneumologie ergeben sich zusätzliche Potenziale von über 20 % aller Fälle. Mit Ausnahme der LG Haut- und Geschlechtskrankheiten betrifft der Großteil der dort identifizierten zusätzlichen Potenziale Kurzlieger.

Wesentliche zusätzliche Potenziale für die ambulante Erbringung von Notfällen ergeben sich insbesondere in der LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin. Dort werden über 20 % aller Fälle aufgegriffen. Größere Bedeutung hat diese Kategorie auch in den LG Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie, allerdings sind die resultierenden Anteile infolge der Fallzahlgröße dieser LG etwas geringer (ca. 8 %).

Zusätzliche vermeidbare ambulant-sensitive Krankenhausfälle betreffen prozentual insbesondere die LG Endoprothetik Knie. Dort wären über die Hälfte der Fälle gemäß dem ASK-Konzept vermeidbar, wenn die ambulante Versorgung von Kniearthrosen verbessert würde. Internationale Erfahrungen, wonach z. B. in den USA wesentliche Anteile der Knie- und Hüftendoprothesen ambulant bzw. als Tagesfall erbracht werden (Ailaney et al. 2025; Nowak und Schemitsch 2023), werden hier nicht berücksichtigt. Weitere, erheblich von zusätzlichen ASK-Fällen betroffene LG sind die Komplexe Pneumologie und die Allgemeine Innere Medizin, bei denen jeweils über 20 % zusätzliche Fälle aufgegriffen werden.

Zusätzliche vermeidbare pflegesensitive Krankenhausfälle betreffen im Wesentlichen die LG Neurologie und Geriatrie. In der Neurologie identifiziert der PSK-Ansatz (9 %) deutlich mehr Fälle über den allgemeinen ASK-Ansatz (2 %) hinaus. In der Geriatrie decken ASK-Fälle hingegen bereits viele der PSK-Fälle ab, wodurch die Anteile der ASK-Fälle beim iterativen Ansatz von größerer Bedeutung sind (16 % ggü. 10 %). Individuell betrachtet identifiziert der PSK-Ansatz hier jedoch die größten Anteile (vgl. Tabelle 1).

4.3 Überschneidungen zwischen Ansätzen zur Ambulantisierung

Die Übersicht in der Tabelle 2 quantifiziert die Ansätze und ihre jeweiligen Überschneidungen. In Abbildung 13 im Anhang wird diese Darstellung noch einmal detaillierter dargestellt, indem auch Überschneidungen zwischen mehreren Ansätzen bzw. Ambulantisierungspotenzialen abgebildet werden.

Diese Darstellung unterstreicht noch einmal, dass die Empfehlungen des IGES-Gutachtens das größte Ambulantisierungspotenzial identifizieren. Über 4 Mio. Fälle, d. h. mehr als ein Viertel aller stationären Fälle, werden gemäß den IGES-Empfehlungen als potenziell ambulantisierbar eingestuft. Dies ist etwas mehr als in anderen Analysen (siehe Kapitel 4.4 für eine Einordnung). Etwas über 1,5 Mio. Fälle werden dabei ausschließlich auf Basis der IGES-Empfehlungen identifiziert. In einer ähnlichen Größenordnung, d. h. in etwa 4 Mio. Fällen, liegt eine ambulant-sensitive Diagnose des Kernkatalogs nach Sundmacher et al. (2015) vor.

In ca. 1,6 Mio. dieser Fälle liegt ausschließlich eine ambulant-sensitive Diagnose vor, ohne dass andere Ansätze diese Fälle erfassen würden. Diese beiden Konzepte – IGES und ASK – bilden somit die individuell fallzahlstärksten Ansätze. Erst mit einem Abstand folgen der aktuelle AOP-Katalog und die potenziell ambulantisierbaren Notfälle. Innerhalb der drei grundsätzlich unterscheidbaren Gruppen oder Cluster – elektives Operieren, Notfälle und vermeidbare Fälle – gibt es jeweils größere Überschneidungen. Ansonsten zeigt vor allem das IGES-Gut-

Tabelle 2: Überschneidungen zwischen den Ansätzen – Kreuztabelle

Kombination mit	IGES	AOP	Hybrid-DRG	ASK	PSK	Pot. ambu. Notfall	Allein zutreffend
IGES	4,2 Mio.	30 %	14 %	13 %	4 %	14 %	1,5 Mio.
AOP	1,7 Mio.	3,0 Mio.	22 %	12 %	3 %	5 %	0,8 Mio.
Hybrid-DRG	0,6 Mio.	0,7 Mio.	1,0 Mio.	5 %	1 %	0 %	0,1 Mio.
ASK	1,0 Mio.	0,7 Mio.	0,2 Mio.	3,9 Mio.	24 %	10 %	1,6 Mio.
PSK	0,2 Mio.	0,1 Mio.	0,0 Mio.	1,0 Mio.	1,5 Mio.	4 %	0,4 Mio.
Pot. ambu. Notfall	0,7 Mio.	0,2 Mio.	0,0 Mio.	0,5 Mio.	0,1 Mio.	1,7 Mio.	0,6 Mio.

Die Anteile in Prozent stellen den Jaccard-Index dar und beziehen sich auf den Anteil der Schnittmenge an der Vereinigungsmenge der jeweils dargestellten Kombination.

Datenjahr 2024. Für eine Erläuterung der unterschiedlichen Ansätze: siehe Text. Hybrid = Hybrid-Katalog nach § 115f SGB V (für 2024 inkl. Hybrid-DRG die zuvor als 115b-Leistung erbracht worden wären), AOP-Katalog = Katalog nach § 115b SGB V, IGES-Gutachten = Gutachten nach § 115b SGB V, pot. amb. Notfall = Krankenhausfall mit Aufnahmeanlass „Notfall“ und geringer (bis 0,75) medizinischer Dringlichkeit nach Krämer et al. (2019) und geringerem Ressourcenbedarf (<0,5), ambulant-sensitiv nach Sundmacher et al. (2015), pflegesensitiv nach Katalog pflegeheim-sensitiver Diagnosen nach Valk-Draad et al. (2023), auch für ambulant Gepflegte.

Quelle: Basierend auf AOK-Abrechnungsdaten (hochgerechnet auf KM6 und PG2)

© WIdO 2025

achten in der Breite seiner Empfehlungen sowohl Überschneidungen zur Notfallversorgung als auch zu ambulant-sensitiven Krankenhausfällen.

4.4 Einordnung der Ergebnisse in frühere Analysen

Die in der vorliegenden Studie ermittelten Ambulantisierungspotenziale für im Wesentlichen elektive Eingriffe liegen, wenn die Unterschiede in der konkreten Ausgestaltung der Analysen berücksichtigt werden, für das IGES- und das AOP-Modell weitestgehend im Rahmen anderer Schätzungen. Pioch et al. (2024) berechnen für das Jahr 2022 einen Anteil von 21,8 % aller stationären Behandlungsfälle (ohne Neugeborene und Entbindungen) für das AOP-Modell. Der etwas geringere Wert von 19,5 % (AOP, bezogen auf die Fälle ohne Neugeborene und Entbindungen) in der vorliegenden Analyse ist unter anderem auf einen höheren Anteil von Fällen mit schwerwiegenden Diagnosen zurückzuführen. Dies könnte eine Folge des unterschiedlichen Versicher-

tenkollektivs sein. Tabelle 4, Tabelle 5 und Tabelle 6 im Anhang enthalten detailliertere Informationen für den Vergleich mit Pioch et al. (2024) und eine Auflistung der einbezogenen Kontextfaktoren.

Analysen auf Basis von Barmer-Daten kamen mit etwa 10 % auf einen deutlich geringeren Anteil potenziell ambulanter Fälle nach dem AOP-Katalog (Repschläger et al. 2022). Dies ist vermutlich auf die dort vorgenommene abweichende Operationalisierung zurückzuführen, beispielsweise durch den Einbezug ambulanter Diagnosen und einen längeren Betrachtungszeitraum für die Kontextfaktoren.

Die Schätzung für das ambulante Potenzial nach dem IGES-Gutachten liegt mit 25,8 % deutlich über den Ergebnissen von Pioch et al. (2024) mit 17,3 %. Regionale Analysen für Brandenburg auf Basis des IGES-Gutachtens (Albrecht et al. 2025) kommen hingegen auf ähnliche Werte wie in der vorliegenden Analyse. Die Unterschiede zu Pioch et al. (2024) sind hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass sie die Kontextfaktoren K5 und K6s⁶ als Ausschlusskrite-

⁶ K5: Probleme mit der postoperativen Compliance und/oder Versorgungssicherheit zu erwarten (diagnosebasiert)
K6s: Erhöhter Aufwand durch Diagnose angezeigt

rium anwenden, obwohl dies gemäß IGES-Gutachten nicht zwingend vorgesehen ist. Bei Anwendung der Kontextfaktoren K5 und K6s ergeben sich ähnliche Ergebnisse, wobei der Wert mit 16,8 % etwas geringer ausfällt als das Ergebnis von Pioch et al. (2024). Auffällig ist des Weiteren der große Unterschied bzgl. des Kontextfaktors K8 – Gebrechlichkeit. Pioch et al. (2024) nutzen dafür in Annäherung an das vom IGES vorgeschlagene Frailty-Modell den Hospital-Frailty-Index, in der vorliegenden Analyse wird hingegen die Umsetzung gemäß dem AOP-Katalog herangezogen, der auf dem Barthel-Index basiert.

Das Hybrid-DRG-Potenzial für den Hybrid-Katalog 2026 liegt grundsätzlich in der Größenordnung der vom Gesetzgeber intendierten Fallzahl von ca. 1 Mio. Fällen ab dem Jahr 2026. Die im Vergleich zu den vom InEK im September präsentierten Zahlen leicht niedrigeren Werte (1,1 Mio. Fälle auf Basis des Jahres 2024; Heimig 2025) lassen sich dadurch erklären, dass in den Datengrundlagen des InEK auch Fälle von Privatversicherten (~10 % der Versichertenpopulation) vorliegen und das InEK außerdem die Kontextfaktoren in einer deutlich feineren Granularität einbezieht. Dies kann insbesondere ab dem Jahr 2026 zu einer Unterschätzung in den vorliegenden Analysen führen, da dort viele DRG-spezifische Ausnahmen existieren. Diese sorgen dafür, dass Kontextfaktoren die grundsätzlich als Ausschluss für die Überführung in eine Hybrid-DRG dienen, für ausgewählte neue Hybrid-DRGs nicht gegen eine Erbringung im Hybrid-Kontext sprechen, sondern im Gegenteil nicht untypisch für den Leistungsinhalt einer Hybrid-DRG sind (z. B. Verletzung der A. radialis bei Herzkatheter-Hybrid-DRGs). Diese zunehmende Komplexität verhindert die exakte Abschätzung ohne Verfügbarkeit eines Groupers und führt zu einer Unterschätzung. In der Größenordnung stimmen die Zahlen jedoch überein.

Neben den hier gezeigten Ansätzen gibt es weitere Studien, die das Ambulantisierungspotenzial bzgl. elektiver Operationen beleuchten und zur Einordnung herangezogen werden könnten. So benennen Schreyögg und Milstein (2021) in einem Gutachten für das BMG, das auf OPS aus dem AOP-Katalog basiert, ein Fallpotenzial von bis zu 5 Mio. Fällen jährlich, die sektorengleich erbracht werden könnten. Tillmanns und Jäckel (2024) berechnen allein 1,8 Mio.

ambulantisierbare Tagesfälle mit OPS aus dem AOP-Katalog. Im Rahmen des vom GBA geförderten Innovationsfondsprojekts „Einheitliche, sektorengleiche Vergütung“ wurde – ebenfalls basierend auf Kurzliegerfällen (≤ 3 Tage) mit OPS aus dem AOP-Katalog – ein Volumen von über 2 Mio. ambulantisierbaren Fällen identifiziert. Werden die Vorschläge des IGES berücksichtigt, würde sich dieses Volumen auf rund 4 Mio. Fälle verdoppeln (ESV 2024). Diese Größenordnung wird durch die vorliegenden Analysen bestätigt.

Die in der vorliegenden Studie ermittelten Vermeidbarkeitspotenziale im Sinne der ambulant- und pflege(heim)sensitiven Krankenhausfälle liegen ebenfalls im Rahmen anderer Schätzungen. Einzeln betrachtet liegt in etwa 4 Mio. Fällen bzw. 26 % aller Fälle eine ambulant-sensitive Diagnose des Kernkataloges nach Sundmacher et al. (2015) vor. Davon sind etwa 3 Mio. bzw. 19 % aller Krankenhausfälle gemäß dem Vermeidungspotenzial des Expertenkonsens auch tatsächlich vermeidbar.

Nach Analysen von Sundmacher et al. (2015) wurden in 2015 rund 5 Mio. Klinikfälle pro Jahr bzw. 27 % mit einer ambulant-sensitiven Diagnose erbracht. 3,7 Mio. davon bzw. 20 % aller Fälle wären tatsächlich vermeidbar, wenn die ambulante Versorgung optimal greifen würde. Infolge des allgemeinen Fallzahlrückgangs durch die Corona-Pandemie ist die absolute Anzahl der ASK-Fälle also gesunken, der hohe relative Anteil verdeutlicht aber weiterhin ein enormes Effizienzpotenzial. Regionale Analysen für Brandenburg kommen auf ähnliche Werte (Albrecht et al. 2025). Weitere Analysen zeigen außerdem konsistent, dass Deutschland bei vielen ASK-Indikatoren deutlich höhere stationäre Behandlungsraten aufweist als vergleichbare Länder, was die Einordnung als tatsächlich vermeidbar weiter unterstützt (Berger et al. 2024; Hengel et al. 2025).

Für pflege(heim)sensitive Fälle – angewandt auf alle pflegerisch versorgten Versicherten – ergab sich ein Potenzial von ca. 1,5 Mio. Fällen bzw. 10 % aller Fälle. Vermeidbar wären ca. 1,2 Mio. Fälle oder 8 % aller stationären Fälle. Der PSK-Katalog wurde für Pflegeheimbewohnende entwickelt, muss also mit Vorsicht interpretiert werden. Vorherige Analysen, die den PSK-Katalog auf alle pflegerisch versorgten Versicherten anwendeten, kamen auf ähnliche Ergebnisse (Behrendt et al. 2025). So ermittelten Behrendt et al. (2025) für die Gesamtbevölkerung ein Potenzial von ca. 1,4 Mio. vermeidbaren PSK-Fällen im Jahr 2022.

Empirische Analysen zum Umfang der Notfallversorgung sind bisher kaum verfügbar. Die verfügbaren Angaben beziehen sich in der Regel nur auf Einzelaspekte der Notfallversorgung, wie z. B. den ärztlichen Bereitschaftsdienst oder ausgewählte Kliniken, oder nähern sich dem Potenzial ausschließlich auf aggregierter Basis (Schreyögg und Messerle

2025). Aufbauend auf dem DRG-Datensatz, also alle Krankenhausfälle in Deutschland umfassend, berichten Krämer et al. (2019), dass in den Daten des Jahres 2013 auf Basis ihrer Klassifikation etwa 60 % aller Fälle als elektiv und etwa 40 % aller Fälle als Notfall eingestuft wurden. Basierend auf den Daten des Jahres 2024 und dem Klassifikationsergebnis von Krämer et al. (2019) klassifizieren wir ca. 48 % der Fälle als Notfall und 52 % als elektiv. Unter Fortschreibung der von Krämer et al. (2019) identifizierten Trends entspricht dies ungefähr den erwarteten Werten. Als weitere Vergleichsgröße können Beispielrechnungen des SVR herangezogen werden (SVR Gesundheit und Pflege 2024). Dieser hat ein Ambulantisierungs- und Vermeidungspotenzial von ca. 4 Mio. stationären Notfällen skizziert. Das im Vergleich zu den Analysen des SVR relativ geringe Potenzial ist hier auf die sehr enge Auslegung der Datenanalyse zurückzuführen, da nur ein geringer Ausschnitt möglicher Fälle aufgegriffen wurde.

5 Diskussion

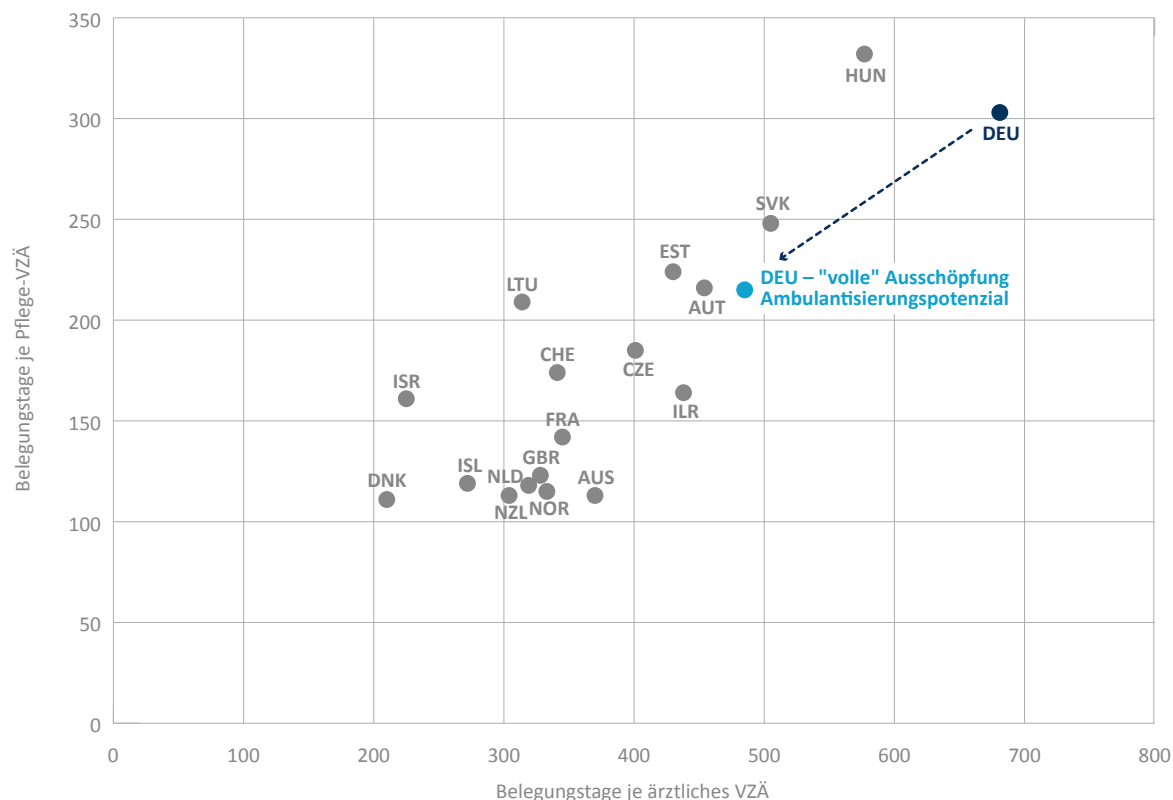
Das in den vorliegenden Analysen identifizierte große Ambulantisierungspotenzial mag auf den ersten Blick erstaunen. Grundsätzlich deuten die individuellen Betrachtungen der einzelnen Ansätze – wie aus anderen Studien bekannt – zwar bereits auf ein hohes Potenzial hin. In der Gesamtheit erscheint dies auf den ersten Blick dennoch vielleicht unrealistisch. Ein häufig geäußerter Einwand gegen Bestrebungen zur Ambulantisierung ist entsprechend auch, dass eine signifikante Reduktion stationärer Fälle hierzulande undenkbar sei, ohne die Versorgung zu verschlechtern. Ein großer Teil der Fälle bedürfe schlicht eines stationären Aufenthalts, ohne dass allgemeine Kontextfaktoren oder tendenziell grobe Konzepte vermeidbarer Fälle dies berücksichtigen könnten. Ein Blick auf internationale Kennzahlen unterstützt jedoch den Eindruck, dass große Potenziale bestehen; wie auch der SVR im Jahr 2024 aufzeigte (SVR Gesundheit und Pflege 2024). Trotz einer insgesamt

hohen Arzt- und Pflegepersonaldichte pro Kopf weist Deutschland im Verhältnis zum verfügbaren medizinischen Personal eine außergewöhnlich hohe Belastung der stationären Strukturen auf. So fallen hierzulande rund 680 Krankenhaus-Belegungstage pro Arzt/VZÄ an, in Frankreich sind es lediglich ca. 350, in den Niederlanden 320 pro ärztlichem Vollzeitäquivalent. Bei den Pflegekräften zeigt sich ein ähnliches Bild: In deutschen Kliniken sind es etwa 300 Belegungstage pro Pflegekraft, in Frankreich und den Niederlanden hingegen nur 140 bzw. 120 (vgl. Abbildung 9). Anders ausgedrückt: Jeder Arzt/Ärztin und jede Pflegefachperson betreut in Deutschland im Jahr doppelt so viele stationäre Patiententage im Krankenhaus wie in unseren Nachbarländern.

Würden die dargestellten Ambulantisierungsmaßnahmen – von der vollständigen Ausschöpfung des AOP/Hybrid-Potenzials über eine bedarfsgerechte Notfallreform bis hin zur Verbesserung der primären und pflegerischen Versorgung – umgesetzt, ließe sich die Anzahl der stationären Fälle und Belegungstage deutlich verringern. Selbst bei vollständiger Ausschöpfung all dieser Potenziale würde Deutschland bei der stationären Inanspruchnahme im Vergleich zu den betrachteten OECD-Staaten jedoch nur im Mittelfeld liegen. Dies wird in Abbildung 9 und Abbildung 10 veranschaulicht. Sie zeigen die hypothetische Belastung der stationären Ressourcen in Deutschland nach der vollständigen Realisierung der dargestellten Ambulantisierungspotenziale im Vergleich zu anderen Ländern. Die Abbildungen legen nahe, dass ein enormes Potenzial realisiert werden könnte.

Die Ergebnisse nach den Clustern aus der Krankenhausplanung (Loeser et al. 2025) lassen dabei vermuten, dass die getroffenen Standortentscheidungen im Krankenhaussektor voraussichtlich eine geringe Auswirkung auf die Fallvolumen der stationären Inanspruchnahme und die Hebung von Ambulantisierungspotenzialen haben werden. Die Konzentration stationärer Leistungsangebote auf spezialisierte Zentren stellt ein zentrales Instrument der aktuellen Krankenhausplanung dar, das eher strukturelle Impulse setzt. Das Ziel dieser Maßnahme besteht in der Steigerung der Qualität sowie dem Abbau von Doppelvorhaltungen. Zu diesem Zweck werden komplexe Leistungen an wenigen, leistungsstarken Standorten gebündelt. Diese Strukturpolitik fokussiert sich jedoch in erster Linie auf das obere Komplexitätssegment der stationären Versorgung. Die Auswirkungen solcher Konzentrationsprozesse auf

Abbildung 9: Personalrelationen im stationären Sektor im internationalen Vergleich nach Ausschöpfung der Ambulantisierungspotenziale

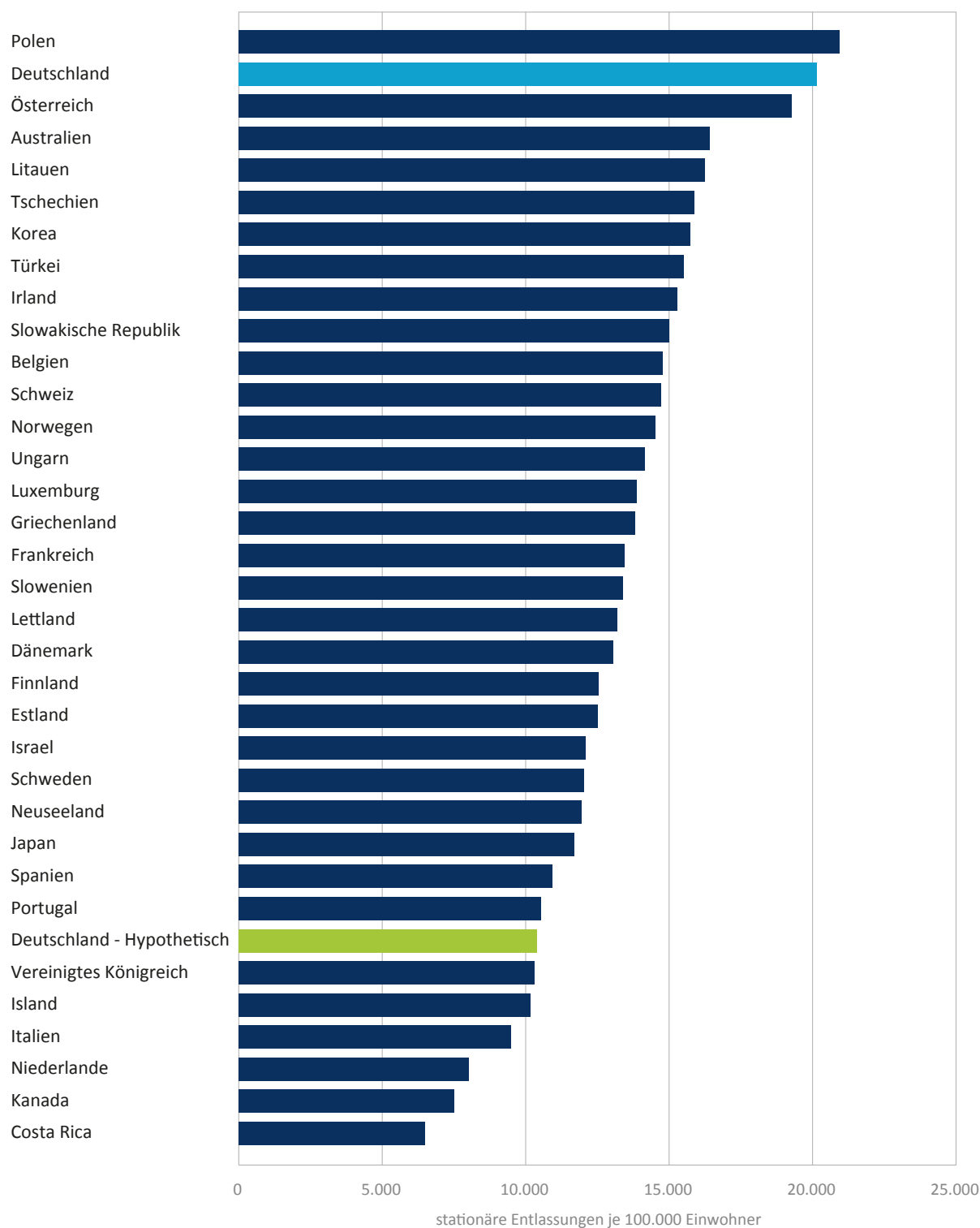


Darstellung in Anlehnung an SVR (2024), hypothetisches Deutschland mit 36 Mio. weniger Belegungstagen.

Quelle: OECD (2025), 2023 oder letztverfügbares Datenjahr.

© WIDO 2025

Abbildung 10: Anzahl stationärer Entlassungen je 100.000 Einwohner im internationalen Vergleich nach Ausschöpfung der Ambulantisierungspotenziale



Hypothetisches Deutschland mit 8,6 Mio. weniger Fällen

Quelle: OECD (2025), 2023 oder letztverfügbares Datenjahr.

© WIdO 2025

die Leistungsgruppen der Grundversorgung sind hingegen begrenzt. Gerade dort entscheidet sich jedoch, ob die überdurchschnittlich hohen Zahlen stationärer Behandlungen nachhaltig gesenkt werden können. Denn in der Grundversorgung liegt mit etwa zwei Drittel ein erheblicher Anteil der stationär erbrachten, aber potenziell ambulantisierbaren Leistungen.

Darüber hinaus, bleiben die zugrunde liegenden finanziellen Anreize zunächst weitgehend unverändert. Während die Standortbündelung auf eine strukturelle Rationalisierung des Angebots abzielt, verbleibt auch bei Einführung der bisher beabsichtigten Vorhaltevergütung ein Fallzahlbezug und der Anreiz, stationäre Fälle zu erbringen. Die Verbesserung tagesstationärer oder ambulanter Versorgungsformen kann hier eine ökonomisch tragfähige

Alternative zur klassischen stationären Aufnahme schaffen. Hierfür bedarf es jedoch eines Gesamtkonzepts, das die strukturelle Modernisierung mit einer Veränderung auf der Ebene der Leistungserbringung verbindet. So ließe sich einerseits die strukturelle Funktion der Grundversorgung erhalten und dennoch eine effiziente Versorgung gewährleisten. Nur durch diese Kombination aus Strukturkonzentration auf der einen und konsequenter Ambulantisierung auf der anderen Seite kann eine strukturell gut aufgestellte, wirtschaftlich dauerhaft tragfähige und international anschlussfähige Versorgungsstruktur erreicht werden. Nach der intensiven Debatte über die Rahmenbedingungen der strukturellen Modernisierung (vgl. u. a. Klauber et al. 2024), ist es angezeigt die Rahmenbedingungen für eine weitreichende Ambulantisierung zu setzen und vor Ort Gestaltungsmöglichkeiten zu eröffnen.

6 Fazit

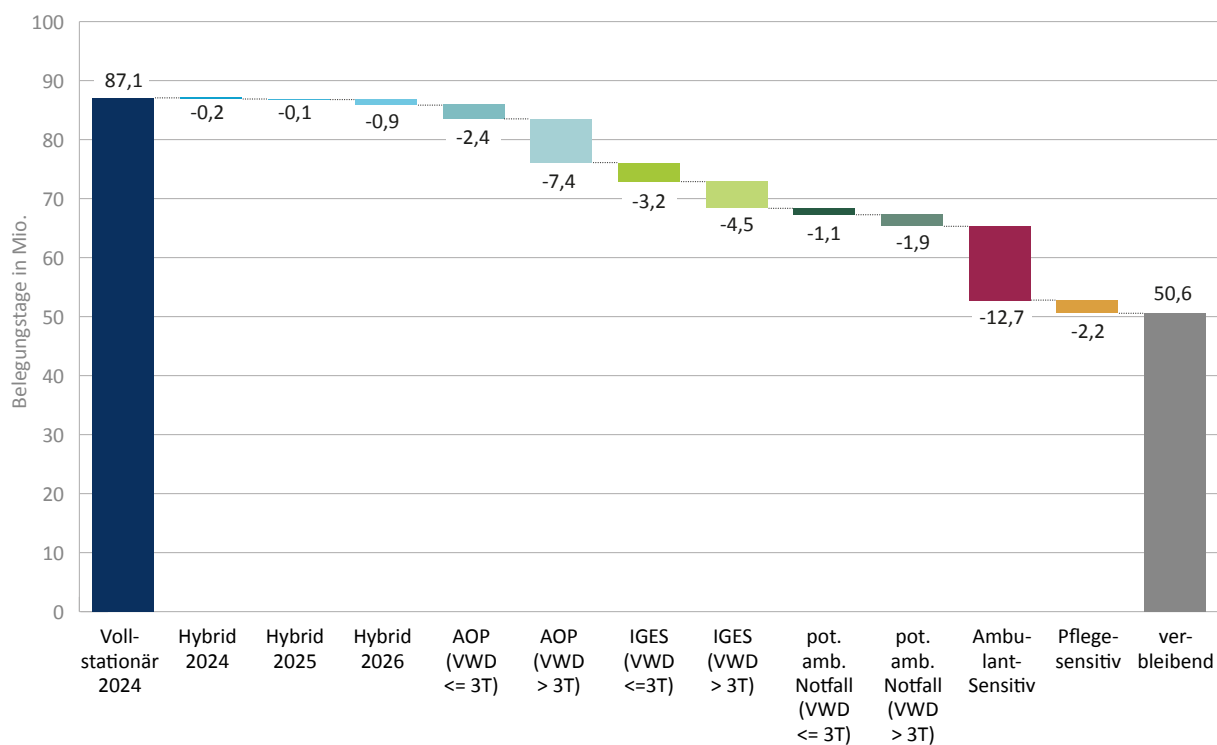
Eine substanzielle Ambulantisierung der stationären Versorgung ist ein weiter Weg, aber würde einer Angleichung an bewährte internationale Versorgungsmodelle entsprechen. Länder mit einer moderateren Klinikinanspruchnahme gewährleisten eine ebenso hohe Versorgungsqualität, oft sogar mit besseren Ergebnissen. Die Analysen des vorliegenden Beitrags zeigen, dass eine strukturelle Modernisierung zur Steigerung der Spezialisierung allein nicht ausreichen wird, um die notwendige Modernisierung insgesamt zu erreichen.

Die Frage ist daher weniger, ob weniger stationäre Versorgung möglich ist, sondern wie der Transformationsprozess dahin gestaltet werden sollte. Die vorliegende Analyse kann als Ausgangspunkt für weitere Ausarbeitungen dienen, die die empirische-quantitative Perspektive um medizinische und versorgungspolitische Sichtweisen ergänzen. So wäre eine ganzheitliche Einschätzung des benötigten stationären Versorgungsbedarfs möglich. Zusätzlich wäre eine Quantifizierung der daraus folgenden Veränderungsbedarfe an ambulanten Strukturen sinnvoll.

Auf dieser Basis müssen dann die Rahmenbedingungen (Planung und Vergütung) so gestaltet werden, dass vor Ort Anreize und Gestaltungsspielräume entstehen, Leistungen viel stärker als bislang ambulant zu erbringen. Den Leistungserbringern muss die notwendige Flexibilität gegeben werden, eine effiziente Versorgung kostendeckend zu erbringen. Das Festschreiben von stationärer Leistungserbringung als Eingangsvoraussetzung für innovative Versorgungskonzepte ist zwingend zu vermeiden. Eine echte Vorhaltevergütung ohne Mengenbezug in Verbindung mit einer bedarfsgerechten Planung könnte hingegen ein sinnvoller Baustein sein, soweit stationäre Leistungserbringung vor Ort sinnvoll ist. Notwendig ist darüber hinaus eine strukturelle Modernisierung der Notfallversorgung. Eine interprofessionelle ambulante Sekundärversorgung sowie die Erleichterung einer koordinierten primären und pflegerischen Versorgung sind weitere Bausteine, die dringend angezeigt sind.

7 Anhang

Abbildung 11: Darstellung des (iterativen) Ambulantisierungspotenzials in Belegungstagen, gegliedert nach den unterschiedlichen Ansätzen

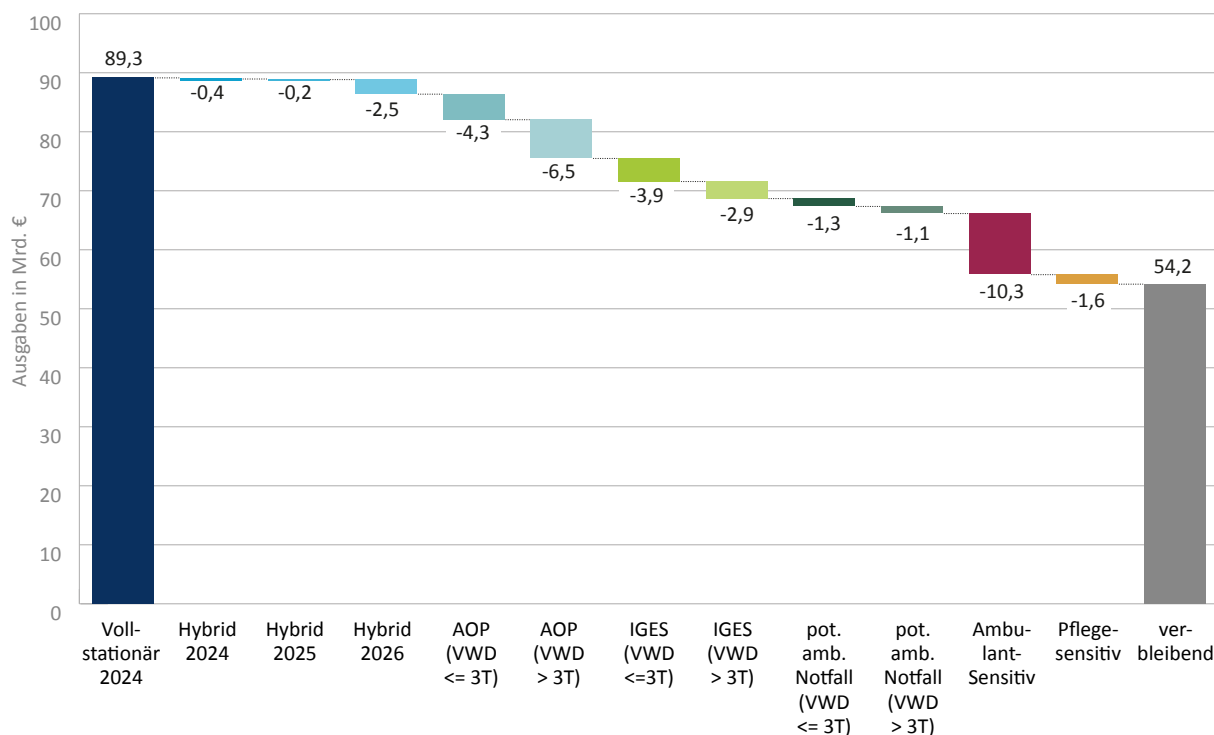


Datenjahr 2024. Für eine Erläuterung der unterschiedlichen Ansätze: siehe Text. Hybrid = Hybrid-Katalog nach § 115f SGB V (für 2024 inkl. Hybrid-DRG die zuvor als 115b-Leistung erbracht worden wären), AOP-Katalog = Katalog nach § 115b SGB V, IGES-Gutachten = Gutachten nach § 115b SGB V, pot. amb. Notfall = Krankenhausfall mit Aufnahmearbeit „Notfall“ und geringer (bis 0,75) medizinischer Dringlichkeit nach Krämer et al. (2019) und geringerem Ressourcenbedarf (<0,5), ambulant-sensitiv nach Sundmacher et al. (2015), pflegesensitiv nach Katalog pflegeheimsensitiver Diagnosen nach Valk-Draad et al. (2023), auch für ambulant Gepflegte.

Quelle: Basierend auf AOK-Abrechnungsdaten (hochgerechnet auf KM6 und PG2)

© WIdO 2025

Abbildung 12: Darstellung des (iterativen) Ambulantisierungspotenzials bzgl. der aktuellen stationären Ausgaben, gegliedert nach den unterschiedlichen Ansätzen

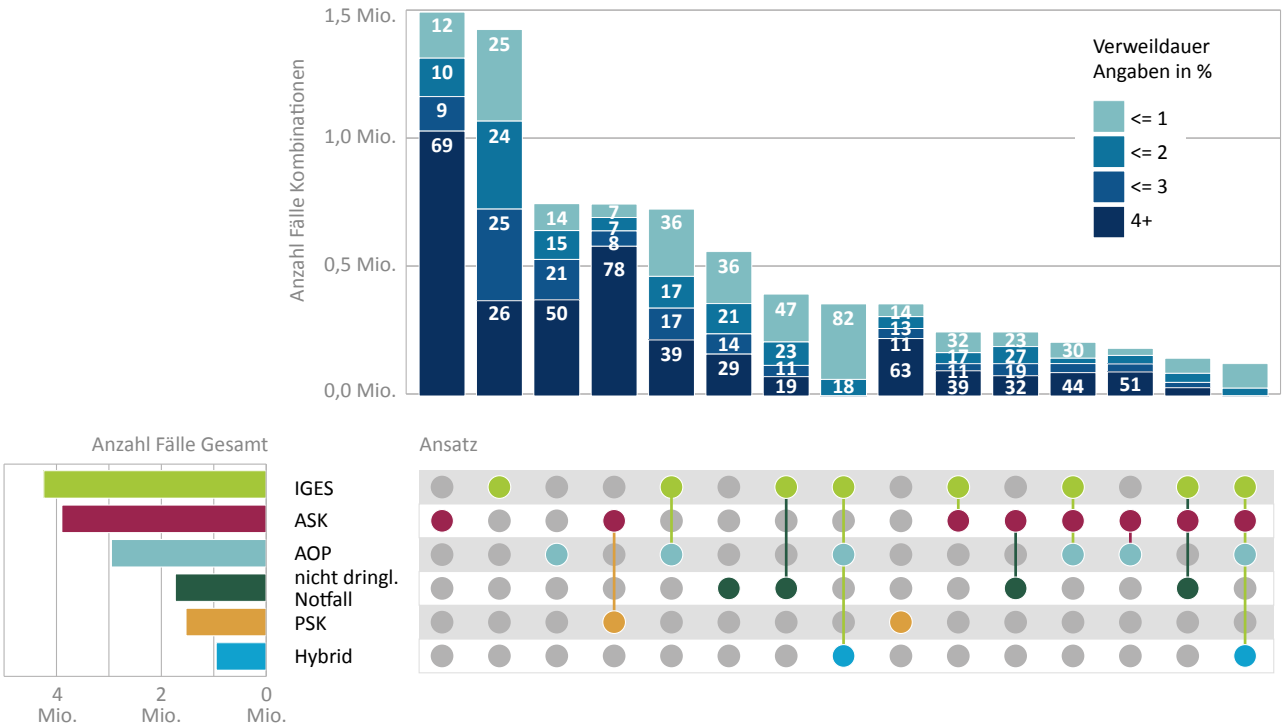


Datenjahr 2024. Für eine Erläuterung der unterschiedlichen Ansätze: siehe Text. Hybrid = Hybrid-Katalog nach § 115f SGB V (für 2024 inkl. Hybrid-DRG die zuvor als 115b-Leistung erbracht worden wären), AOP-Katalog = Katalog nach § 115b SGB V, IGES-Gutachten = Gutachten nach § 115b SGB V, pot. amb. Notfall = Krankenhausfall mit Aufnahmeanlass „Notfall“ und geringer (bis 0,75) medizinischer Dringlichkeit nach Krämer et al. (2019) und geringerem Ressourcenbedarf (<0,5), ambulant-sensitiv nach Sundmacher et al. (2015), pflegesensitiv nach Katalog pflegeheimsensitiver Diagnosen nach Valk-Draad et al. (2023), auch für ambulant Gepflegte.

Quelle: Basierend auf AOK-Abrechnungsdaten (hochgerechnet auf KM6 und PG2)

© WIdO 2025

Abbildung 13: Bedeutung der Ambulantisierungsansätze nach betroffenen Fallzahlen und Überschneidungen zwischen den Ansätzen (fallzahlstärksten 15 Überschneidungen)



Erläuterung: Die Abbildung zeigt die distinkte Zählung der Ambulantisierungspotenziale, dabei werden für jede Kombination/Überschneidung der Ansätze Fallzahlen distinkt ermittelt.

Datenjahr 2024. Für eine Erläuterung der unterschiedlichen Ansätze: siehe Text. Hybrid = Hybrid-Katalog nach § 115f SGB V (für 2024 inkl. Hybrid-DRG die zuvor als 115b-Leistung erbracht worden wären), AOP-Katalog = Katalog nach § 115b SGB V, IGES-Gutachten = Gutachten nach § 115b SGB V, pot. amb. Notfall = Krankenhausfall mit Aufnahmearbeit „Notfall“ und geringer (bis 0,75) medizinischer Dringlichkeit nach Krämer et al. (2019) und geringerem Ressourcenbedarf (<0,5), ambulant-sensitiv nach Sundmacher et al. (2015), pflegesensitiv nach Katalog pflegeheimsensitiver Diagnosen nach Valk-Draad et al. (2023), auch für ambulant Gepflegte.

Anhang Methodik

Zur Bestimmung des Anteils an Behandlungsfällen, die potenziell ambulant durchgeführt werden können oder vermeidbar wären, wurden sechs methodische Ansätze herangezogen: Hybrid-DRGs, der AOP-Katalog des Jahres 2025, das IGES-Modell, die Einschätzung der medizinischen Dringlichkeit nach Krämer et al. (2019), ambulant-sensitive Krankenhausfälle nach Sundmacher et al. (2015) und pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle nach Valk-Draad et al. (2023).

Die drei Ansätze lassen sich grob in die Kategorien elektive Leistungen, Notfall und vermeidbare Krankenhausfälle gliedern. In diesem Zusammenhang werden sie im Folgenden näher erläutert.

7.1 Ambulantisierbare elektive Leistungen

Für Hybrid-DRGs, AOP-Katalog und IGES-Gutachten stellt Tabelle 3 eine Übersicht der Ein- und Ausschlusskriterien dar. Für die Identifikation von Hybrid-DRG-Fällen wurde in Abhängigkeit des Katalogjahres unterschiedlich vorgegangen. Für das Jahr 2024 wurden direkt die als Hybrid-DRGs abgerechneten Fälle herangezogen; es erfolgte entsprechend keine Kontextprüfung. Für die Jahre 2025 und 2026 wurden potenzielle Hybrid-DRG-Fälle näherungsweise identifiziert, indem basierend auf den korrespondierenden sogenannten „Mutter-DRGs“ (4-Steller, 2025) bzw. „Basis-DRGs“ (3-Steller, 2026) und den spezifischen Einschlusskriterien in Form der OPS-Listen Fälle aufgegriffen wurden. Anschließend erfolgte auf Basis der Ausschlusskriterien des Definitionshandbuchs 2025 (unter anderem bestimmte Diagnosen, Prozeduren, Verweildauer, Beatmung, Komorbiditäten in Form des PCCL) eine näherungsweise Kontextprüfung. Es erfolgt also keine Nutzung eines Groupers für 2025 und 2026. Für 2026 wurden außerdem die dreistelligen Basis-DRGs herangezogen, da aufgrund der umfangreichen Verschiebungen in die Hybrid-DRGs wesentliche Katalogveränderungen an den Mutter-DRGs zu erwarten sind und die Identifikation basierend auf

den enger abgegrenzten Mutter-DRGs daher das Potenzial deutlich unterschätzen könnte.

Daran anschließend wurde das Ambulantisierungspotenzial anhand des AOP-Kataloges 2025 ermittelt. Dieser integriert Teile der Kontextprüfung des IGES-Modells (siehe unten). Die Einschlusskriterien basieren auf OPS-Kodes, einige davon stammen aus den Empfehlungen des IGES-Gutachtens. Auch die Ausschlusskriterien des AOP-Kataloges greifen zum Teil auf Empfehlungen des IGES-Gutachtens zurück, sind jedoch nicht vollständig identisch. Die wichtigsten Kontextfaktoren sind die Listen K2 bzw. K6, die Prozeduren bzw. Diagnosen auflisten, die eine stationäre Durchführung begründen können. Weitere begründende Faktoren können das Alter, der Pflegegrad, ICD-basierte Funktionseinschränkungen oder die Notwendigkeit einer Beatmung sein. Für 2025 gilt außerdem übergangsweise, dass bestimmte ophthalmologische Eingriffe bei beidseitigen Eingriffen oder in Verbindung mit Begleiterkrankungen als Ausschlusskriterium dienen. Da für letzteres keine ICD-basierte Operationalisierung vorliegt, wurden die betroffenen Prozeduren insgesamt ausgeschlossen. Fallindividuelle Begründungen konnten im Rahmen der Analyse nicht berücksichtigt werden.

Auch das IGES-Modell geht zunächst von einer Positivliste aus, die bestimmte Prozeduren und DRGs umfasst, um potenziell ambulante Fälle zu identifizieren. Ein wesentlicher Unterschied der IGES-Empfehlungen im Vergleich zum AOP-Katalog und den Hybrid-DRGs ist, dass IGES zusätzlich zu der OPS-Liste (A1) auch bestimmte medizinische DRGs (DRG-Liste A2-A4) ohne Bezug zu bestimmten Prozeduren zur Ambulantisierung empfiehlt. Im Anschluss an die Identifikation ambulanten Potenzials erfolgt eine Kontextprüfung, bei der mithilfe von Kontextfaktoren geprüft wird, ob bestimmte Kriterien gegen eine ambulante Durchführung sprechen. Wesentliche Treiber einer stationären Begründung sind auch im IGES-Gutachten die Listen mit bestimmten Prozeduren (K2) und Diagnosen (K6). Weitere Kriterien sind bestimmte nur stationär zu

erbringende DRGs (K1), die Notwendigkeit der Beatmung (K3), komplexe Komorbiditäten (K7), Gebrechlichkeit (K8) sowie bestimmte ICD-Kodes, bei denen in Zusammenhang mit medizinischen DRGs (A2) der Ausschluss schwerwiegender Akuterkrankungen anzunehmen ist (Beobachtungs-ICD). Die Kontextfaktoren hohe Komplexität durch Kombinationen einfacher Eingriffe (K4) und soziale Umstände (K9) wurden mangels operationalisierbarer Daten nicht berücksichtigt. IGES nennt des Weiteren mehrere Faktoren, die nicht zwingend eine stationäre Erbringung begründen, aber einen höheren Schweregrad anzeigen und z. B. für eine ambulante Schweregrad-differenzierung genutzt werden könnten. Dabei handelt es sich um Diagnosen, die entweder erwartete Probleme mit der postoperativen Compliance und/oder Versorgungssicherheit (K5) oder erhöhten perioperativen Aufwand bzw. Nachsorgebedarf (K6s) anzeigen. Diese Faktoren wurden in anderen Analysen zum Teil als Kriterium gegen eine ambulante Erbringbarkeit interpretiert (Piöch et al. 2024; Rößler et al. 2022), werden hier im Folgenden aber nicht als striktes Ausschlusskriterium angewendet. Da die Empfehlungen des IGES-Gutachtens auf Katalogen des Jahres 2019 basieren, mussten die dort genannten ICD- und OPS-Kodes sowie die DRGs in die Kataloge des Jahres 2024 überführt werden. Die Überleitung der ICD- und OPS-Kodes erfolgte auf Basis der jährlichen Überleitungstabellen. Die DRGs wurden ebenfalls jahresweise so übergeleitet, dass jeweils die neue DRG mit der größten Fallüberschneidung im Vergleich zweier Groupversionen ausgewählt wurde.

7.2 Ambulant behandelbare Notfälle/medizinisch dringliche Fälle

Um Fälle zu identifizieren, die bei einer bedarfsgerechten Neustrukturierung der Notfallversorgung nicht mehr stationär behandelt werden müssten, wird ein Klassifikationsmodell von Krämer et al. (2019) herangezogen. Dieses Modell basiert auf einem maschinellen Lernverfahren, das stationäre Krankenhausfälle anhand der Hauptdiagnose systematisch in Notfall- oder elektive Versorgung einordnet. Grundlage ist ein Algorithmus, der den ICD-Diagnosen basierend auf aggregierten Informatio-

nen aus Millionen von Fällen Dringlichkeitswerte zuweist. Zentrale Einflussfaktoren des Modells sind z. B. zeitbezogene Prädiktoren: Viele wichtige Variablen basieren auf Zeitstempeln, die sowohl das Verhalten von Patienten als auch des Krankenhauspersonals widerspiegeln und damit Rückschlüsse auf die Dringlichkeit zulassen. So ist die Aufnahmezeit zwischen 6 Uhr und 12 Uhr ein wichtiger Prädiktor für die Unterscheidung in geplante Aufnahmen oder elektive Eingriffe. Dagegen deuten diagnostische Maßnahmen außerhalb der regulären Arbeitszeiten – nachts oder am Wochenende – auf ungeplante, dringliche Fälle hin. Ausgehend von einem Startkatalog, der von ärztlichen Experten validiert wurde entsteht so eine Skala, die die Wahrscheinlichkeit einer echten Notfallsituation quantifiziert.

Gemäß den Analysen von Krämer et al. (2019) war in den letzten Jahren das stationäre Fallwachstum insbesondere in der mittleren Region der Dringlichkeitsskala (0,25 bis 0,75) ausgeprägt, während klar elektive bzw. klare medizinische Notfälle nur geringfügig im Volumen anstiegen. Besonders bemerkenswert ist, dass der größte Anstieg bei der Inanspruchnahme von Notfallbehandlungen mit geringer Dringlichkeit (zwischen 0,5 und 0,75) zu verzeichnen ist. Hier liegt die Vermutung nahe, dass diese medizinisch dringlichen Fälle bei einer bedarfsgerecht strukturierten Notfallversorgung mit gut konzipierten INZ auch ambulant versorgt werden könnten. Dementsprechend wurden die Fälle, die administrativ als Notfall aufgenommen (Aufnahmegrund = „Notfall“) werden, aber nur eine geringe medizinische Dringlichkeit aufweisen (kleiner als 0,75) und dabei einen relativ geringen Ressourcenbedarf aufweisen (Relativgewicht < 0,5), als potenziell ambulantisierbar identifiziert. Fälle im Zusammenhang mit Geburten sowie Behandlungen von Neugeborenen werden bei dieser Betrachtung ausgeschlossen. Dieser Ansatz deckt nur einen Teil der möglichen Effekte einer Notfallreform ab, sodass er nur als erster Indikator für die strukturellen Vorteile einer bedarfsgerechten Notfallversorgung herangezogen werden sollte.

7.3 Vermeidbare Krankenhausfälle

Ambulant-sensitive Krankenhausfälle (ASK) bezeichnen stationäre Behandlungen, die bei adäquater ambulanter Versorgung vermeidbar wären. Dazu zählen u.a. Komplikationen bei Diabetes, dekompensierte Herzinsuffizienz, Hypertonie oder COPD. Hohe ASK-Raten gelten als Indikator für Defizite in Prävention und Primärversorgung. Gezählt wurden Fälle, deren Hauptdiagnose bzw. Entlassdiagnose im Kern-Katalog der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle nach Sundmacher et al. (2015) enthalten war. Zusätzlich wurde je Diagnosegruppe das Vermeidungspotenzial, also welcher Anteil der Fälle nach Experteneinschätzung vermeidbar wäre, berücksichtigt.

Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle (PSK) sind prinzipiell den ASK ähnlich und bezeichnen ebenfalls vermeidbare Hospitalisierungen. Sie fokussieren sich in ihrer ursprünglichen Idee aber auf Patien-

tinnen und Patienten in Pflegeheimen, die durch bessere Versorgung vor Ort nicht im Krankenhaus aufgenommen werden müssten. In der vorliegenden Analyse wird der Fokus auf alle Gepflegten erweitert – unabhängig, ob stationär oder ambulant. Dies wird operationalisiert, indem Fälle von Versicherten mit einem Pflegegrad betrachtet werden, die zusätzlich eine Hauptdiagnose bzw. Entlassdiagnose aus dem Katalog nach Valk-Draad et al. (2023) aufweisen. Auch hier wurde das diagnosespezifische Vermeidungspotenzial herangezogen. Zu berücksichtigen ist, dass das PSK-Konstrukt für pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle entwickelt wurde und eine 1:1-Übertragung auf ambulant Gepflegte entsprechend vorsichtig interpretiert werden sollte. Wie auch für die ASK gilt, dass die PSK einen Proxy für eine potenzielle Fehlversorgung darstellen und damit nur eine Annäherung an die tatsächliche Zahl vermeidbarer Krankenhausaufenthalte sind.

Tabelle 3 Einschlusskriterien zur Identifikation potenziell ambulant erbringbarer Behandlungsfälle nach Hybrid-DRG, AOP und IGES

Einschlusskriterien	IGES-Gutachten	AOP-Katalog 2025	Hybrid-DRG
OPS-basiert	A1: OPS, die zur Aufnahme in den AOP-Katalog empfohlen wurden sowie OPS aus dem AOP-Katalog 2025 (insgesamt 5605 OPS)	A1: OPS aus dem AOP-Katalog 2025 (3288 OPS)	OPS-Kodes der Hybrid-DRG-Vereinbarung (2024: 244, 2025: 575, 2026: 681)
DRG-basiert	A2: medizinische DRGs, die für eine ambulante Behandlung in Frage kommt (103 DRGs) A3: Neubildungen in medizinischen DRGs ohne erschwerenden DRG-Behandlungskontext (14 DRGs) A4: DRGs mit Hauptleistung Strahlentherapie ohne erschwerenden DRG-Behandlungskontext (31 DRGs)	-	2024: Hybrid-DRG (12 Hybrid-DRGs) 2025: Mutter-DRGs (22 Mutter-DRGs) 2026: Basis/Mutter-DRGs (Basis-DRGs der 70 Mutter-DRGs)
In Anlehnung an Pioch et al. (2024). Die kurzfristig vorgenommene Erweiterung auf 904 OPS für den Katalog der Hybrid-DRGs 2026 wurde in den Analysen nicht berücksichtigt. Die betroffene Fallzahl ist aber als gering einzuschätzen.			

Tabelle 4 Ausschlusskriterien zur Identifikation potenziell ambulant erbringbarer Behandlungsfälle nach Hybrid-DRG, AOP und IGES

Ausschlusskriterien/ Kontextfaktoren	IGES-Gutachten	AOP-Katalog 2025	Hybrid-DRG
DRG nicht ambulant durchführbar	X (K1: 242 DRGs)	-	-
OPS nur stationär durchführbar	X (K2: 20310 OPS)	X (K2: 5562 OPS)	X (AK-FV4 5611 OPS auf Basis des Jahres 2025) ¹
Beatmung	X (K3: > 0 Stunden)	X (> 0 Stunden)	X (> 0 Stunden)
Kombination mehrerer aufwendiger Eingriffe	- (K4: nicht operationalisiert)	-	-
Probleme mit der postoperativen Compliance und/oder Versorgungssicherheit zu erwarten	- (K5: kein Ausschlusskriterium, nur für Schweregrad, 152 ICD)	-	-
Akuität der Behandlung (Hauptdiagnose)	X (K6: 1323 ICD)	X (K6: 1473 ICD)	X (AKF-V1 und -V3 1956 ICD auf Basis des Jahres 2025) ²
erhöhter Aufwand	- (K6s: kein Ausschlusskriterium, nur für Schweregrad, 735 ICD)	-	-
Komplexe Komorbidität	X (K7: PCCL ≥ 4)	-	X (PCCL ≥ 3)
Gebrechlichkeit	X (K8: Monatsgleicher Pflegegrad 4 und 5 aus Versichertenstammdaten und Funktionseinschränkungen (7 ICD))	X (Monatsgleicher Pflegegrad 4 und 5 aus Versichertenstammdaten und Funktionseinschränkungen (7 ICD))	Ab 2026: Monatsgleicher Pflegegrad 4 und 5 aus Versichertenstammdaten
Soziale Umstände	- (K9: nicht operationalisiert)	-	-
Alter	-	X (Alter <1 Jahr, Alter < 12 bei Pflegegrad 2-5 (4 OPS), Alter < 16 bei 6 OPS1)	Ab 2026: Alter ≥ 18 Jahre
Beobachtungsdiagnosen (Hauptdiagnose)	X (330 ICD in Zusammenhang mit DRGs A2-A4)	-	-
Übergangsregelungen	-	X (84 ophthalmologische OPS2 ³ , davon 36 bei beidseitigem Eingriff)	-
Verweildauer	-	-	X (2024: >1 Tag, 2025: >1 Tag, 2026: >2 Tage)

In Anlehnung an Pioch et al. (2024). © WIdO 2025

¹ Laut AOP-Katalog nur bei bestimmten Herzfehlern. Aufgrund der geringen Anzahl hier keine Einschränkung auf Diagnosen.

² Laut AOP-Katalog nur bei bestimmten Begleiterkrankungen. Aufgrund fehlender Operationalisierung hier keine Einschränkung auf Diagnosen.

³ Das Definitionshandbuch des InEK sieht weitere DRG-individuelle Kontextfaktoren bzw. Ausnahmen vor. Auf diese wurde aufgrund des hohen Aufwands zur Implementierung verzichtet, dadurch wird das Volumen tendenziell unterschätzt.

Tabelle 5 Ein- und Ausschlüsse zur Identifikation potenziell ambulant erbringbarer Behandlungsfälle nach dem AOP-Katalog im Vergleich zu Pioch et al. (2024)

	Pioch et al. (AOP 2024 für Datenjahr 2022)	WIdO (AOP 2025 für Datenjahr 2024)
Aufgegriffene Fälle	30,5 %	30,1 %
Liste K2: stationäre Behandlung laut OPS angezeigt	5,9 %	5,2 %
Beatmung	2,6 %	2,9 %
Liste K6: stationäre Behandlung durch Diagnose angezeigt	21,8 %	24,9 %
Funktionseinschränkung oder Pflegegrad	4,3 %	5,4 %
Altersgrenzen	0,7 %	0,7 %
Beidseitiger Eingriff	0,03 %	0,0 %
Ophthalmologische Begleiterkrankungen	2,0 %	1,9 %
Identifiziertes ambulantes Potenzial	21,8 %	19,5 %
<i>Quelle: Basierend auf AOK-Abrechnungsdaten (hochgerechnet auf KM6 und PG2) Fälle im Zusammenhang mit Geburten sowie Behandlungen von Neugeborenen wurden für den Vergleich ausgeschlossen.</i>		
		© WIdO 2025

Tabelle 6 Ein- und Ausschlüsse zur Identifikation potenziell ambulant erbringbarer Behandlungsfälle nach dem IGES-Gutachten im Vergleich zu Pioch et al. (2024)

	Pioch et al. (AOP 2024 für Datenjahr 2022)	WIdO (AOP 2025 für Datenjahr 2024)
Aufgegriffene Fälle	70,3 %	71,3 %
Liste K1: DRG ambulant nicht durchführbar	7,6 %	6,0 %
Liste K2: stationäre Behandlung laut OPS angezeigt	40,3 %	45,5 %
Liste K3: Beatmung	2,5 %	2,9 %
Liste K5: postoperative Versorgungssicherheit nicht gewährleistet	9,5 %	(6,8 %)
Liste K6: stationäre Behandlung durch Diagnose angezeigt	21,8 %	23,5 %
Liste K6-S: erhöhter Aufwand durch Diagnose angezeigt	40,8 %	(40,3 %)
Liste K7: stationäre Behandlung durch komplexe Komorbidität angezeigt	9,1 %	5,0 %
Liste K8: stationäre Behandlung aufgrund von Gebrechlichkeit angezeigt	13,3 %	5,4 %
Liste: ICD-Beobachtungsstatus	16,3 %	14,4 %
Identifiziertes ambulantes Potenzial	17,3 %	26,4 % (16,8 % bei Anwendung von K5 und K6s)
<i>Quelle: Basierend auf AOK-Abrechnungsdaten (hochgerechnet auf KM6 und PG2) Fälle im Zusammenhang mit Geburten sowie Behandlungen von Neugeborenen wurden für den Vergleich ausgeschlossen.</i>		
		© WIdO 2025

Literaturverzeichnis

- Ailaney N, Schloemann DT, Wegman SJ, Umelo J, Thirukumaran CP, Ricciardi BF (2025) Trends in Outpatient Primary Total Hip and Knee Replacement From the Hospital Outpatient Department and Ambulatory Surgery Center Settings in New York State. *Arthroplasty Today* 33:101695. doi:10.1016/j.artd.2025.101695
- Albrecht M, Kurepkat M, Sander M, Loos S, Grundmann L, Bohm S, Lenk A (2025) Versorgungsbedarfsanalysen Brandenburg. Gesamtbericht für alle Versorgungsgebiete.
- Albrecht M, Mansky T, Sander M, Schiffhorst G (2022) Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V: Gutachten für die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Berlin
- Behrendt S, Tsiasioti C, Schwinger A (2025) Schnittstelle Krankenhausbehandlung und Langzeitpflege: potenziell vermeidbare Krankenhausfälle. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C, Scheller-Kreinsen D (Hrsg) Krankenhaus-Report 2025: Versorgung Hochbetagter. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S 267-283
- Berger E, Hengel P, Busse R (2024) Deskriptive Analyse des Steuerungspotenzials in der Inneren Medizin im internationalen Vergleich. *Die Innere Medizin* 65:871-879. doi:10.1007/s00108-024-01769-1
- Busse R, Karagiannidis C (2025) Reform der Krankenhausversorgung: was vom ursprünglichen Vorschlag bleibt und was die nächsten Schritte sind. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C, Scheller-Kreinsen D (Hrsg) Krankenhaus-Report 2025: Versorgung Hochbetagter. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S 391-401
- ESV (2024) Abschlussbericht des Innovationsfondsprojekt „Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung“: gefördert durch den G-BA Innovationsfonds - Förderkennzeichen: 01VSF19040.
- Friedlander DF et al. (2021) Where Is the Value in Ambulatory Versus Inpatient Surgery? *Annals of Surgery* 273:909–916. doi:10.1097/sla.0000000000003578
- Heimig F (2025) Entgeltsystem im Krankenhaus 2026. Ergebnispräsentation für die Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG.
- Hengel P, Nimptsch U, Busse R (2025) Ambulant-sensitive Krankenhausfälle: Fokus alte Menschen. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C, Scheller-Kreinsen D (Hrsg) Krankenhaus-Report 2025: Versorgung Hochbetagter. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S 251-265
- Hentschker C, Messerle R, Schlüter J, Schmitt J, Malzahn J (2025) Effekte der Hybrid-DRG-Einführung – eine Analyse auf Basis von AOK-Daten. Unveröffentlicht
- Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C, Scheller-Kreinsen D (2024) Krankenhaus-Report 2024. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg
- Krämer J, Schreyögg J, Busse R (2019) Classification of hospital admissions into emergency and elective care: a machine learning approach. *Health Care Management Science* 22:85–105. doi:10.1007/s10729-017-9423-5
- Leber WD, Wasem J (2016) Ambulante Krankenhausleistung - ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. In: Klauber J, Geraedts M, J. F, Wasem J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2016 - Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Schattauer, Stuttgart, S 3-26
- Loeser S, Hentschker C, Scheller-Kreinsen D (2025) Reform der Krankenhausplanung in NRW: Umsetzungsprozess und Auswirkung. In: Augurzyk B, Karagiannidis C (Hrsg) Die große Krankenhausreform 2025 (KHVG). S 53-76
- Madsen HJ, Henderson WG, Dyas AR, Bronsert MR, Colborn KL, Lambert-Kerzner A, Meguid RA (2023) Inpatient Versus Outpatient Surgery: A Comparison of Postoperative Mortality and Morbidity in Elective Operations. *World J Surg* 47:627-639. doi:10.1007/s00268-022-06819-z

- Messerle R, Schreyögg J (2021) Sektorenübergreifende Versorgungssteuerung. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C (Hrsg) Krankenhaus-Report 2021. Springer Berlin, Berlin, S 185–201
- Nowak LL, Schemitsch EH (2023) Trends in Outpatient Total Knee Arthroplasty From 2012 to 2020. *The Journal of Arthroplasty* 38:S21-S25. doi:10.1016/j.arth.2023.03.077
- OECD (2025) Health statistics.
- Pioch C, Nimptsch U, Mansky T, Busse R (2024) Ambulantisierungspotenzial in deutschen Akutkrankenhäusern.
- Purdy S, Griffin T, Salisbury C, Sharp D (2009) Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. *Public health* 123:169–173. doi:10.1016/j.puhe.2008.11.001
- Repschläger U, Rößler M, Schulte C, Sievers C, Wende D (2022) IGES-Gutachten zur Ausweitung ambulanter Operationen. Eine Potenzialermittlung unter Berücksichtigung des Behandlungskontextes. bifg ePaper. doi:10.30433/ePGSF.2022.002
- Rößler M, Schulte C, Repschläger U, Sievers C, Wende D (2022) Die Kontextprüfung im Rahmen des IGES-Vorschlags zum ambulanten Operieren. Eine Analyse der Relevanz und Aussagekraft der Kontextfaktoren bei der Ermittlung des Ambulantisierungspotenzials. bifg ePaper. doi:10.30433/ePGSF.2022.007
- Schmid A, Schlächtermann J, Ulrich V (2023) Impuls zur Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung im Kontext der Krankenhausreform *Zeitschrift für Recht und Politik im Gesundheitswesen* 29:87-92
- Schreyögg J, Messerle R (2025) Effizienzpotenziale einer Reform der Notfallversorgung: Quantifizierung auf Basis verfügbarer Daten. HCHE Research Paper
- Schreyögg J, Milstein R (2021) Identifizierung einer initialen Auswahl von Leistungsbereichen für eine sektorengleiche Vergütung.
- Sundmacher L, Schüttig W, Faisst C (2015) Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland.
- SVR Gesundheit und Pflege (2024) Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource.
- Tillmanns H, Jäckel D (2024) Entwicklung der Ambulantisierung. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C, Scheller-Kreinsen D (Hrsg) Krankenhaus-Report 2024. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S 225–268
- Valk-Draad MP et al. (2023) Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle und Ansätze zur Verringerung der Hospitalisierung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 66:199-211. doi:10.1007/s00103-022-03654-4

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl stationärer Entlassungen im internationalen Vergleich	7
Abbildung 2: Personalrelationen im stationären Sektor im internationalen Vergleich	8
Abbildung 3: Ausgaben für die stationäre Versorgung in Kaufkraftparitäten je Einwohner	9
Abbildung 4: Krankenhausentlassungen nach Altersgruppen im internationalen Vergleich	10
Abbildung 5: Überblick potenzielles Fallzahlvolumen und Ausgaben je distinktem Ambulantisierungsansatz	17
Abbildung 6: Darstellung des (iterativen) Ambulantisierungspotenzials in Fällen, gegliedert nach den unterschiedlichen Ansätzen.	18
Abbildung 7: Verweildaueranteile in den 15 fallzahlstärksten Leistungsgruppen	21
Abbildung 8: Ambulantisierungspotenziale für die 21 fallzahlstärksten Leistungsgruppen	22
Abbildung 9: Personalrelationen im stationären Sektor im internationalen Vergleich nach Ausschöpfung der Ambulantisierungspotenziale	30
Abbildung 10: Anzahl stationärer Entlassungen je 100.000 Einwohner im internationalen Vergleich nach Ausschöpfung der Ambulantisierungspotenziale	31
Abbildung 11: Darstellung des (iterativen) Ambulantisierungspotenzials in Belegungstagen, gegliedert nach den unterschiedlichen Ansätzen.	33
Abbildung 12: Darstellung des (iterativen) Ambulantisierungspotenzials bzgl. der aktuellen stationären Ausgaben, gegliedert nach den unterschiedlichen Ansätzen.	34
Abbildung 13: Bedeutung der Ambulantisierungsansätze nach betroffenen Fallzahlen und Überschneidungen zwischen den Ansätzen (fallzahlstärksten 15 Überschneidungen)	35

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Distinktes Ambulantisierungspotenzial je Leistungsgruppe und Haupttreiber	24
Tabelle 2: Überschneidungen zwischen den Ansätzen – Kreuztabelle	27
Tabelle 3: Einschlusskriterien zur Identifikation potenziell ambulant erbringbarer Behandlungsfälle nach Hybrid-DRG, AOP und IGES	38
Tabelle 4: Ausschlusskriterien zur Identifikation potenziell ambulant erbringbarer Behandlungsfälle nach Hybrid-DRG, AOP und IGES	39
Tabelle 5: Ein- und Ausschlüsse zur Identifikation potenziell ambulant erbringbarer Behandlungsfälle nach dem AOP-Katalog im Vergleich zu Pioch et al. (2024)	40
Tabelle 6: Ein- und Ausschlüsse zur Identifikation potenziell ambulant erbringbarer Behandlungsfälle nach dem IGES-Gutachten im Vergleich zu Pioch et al. (2024)	40

www.wido.de