Trendpapier

Mehr Ambulantisierung wagen!

Ein Neustart für die sektorenübergreifende Versorgung von morgen

Impressum

Gesundheitsstadt Berlin e.V.
Schützenstraße 6A
10117 Berlin
www.gesundheitsstadt-berlin.de

Redaktionsleitung:
Dr. Daniel Dettling, Geschäftsführer

Mitarbeit und Lektorat:
Vanessa Deredder

Gestaltung:
Peter Mühlfriedel / skop

Herstellung auf FSC®-zertifiziertem Papier

FSC FORESTS® FOR ALL FOREVER

Auftraggeber:

PVS pria
EIN UNTERNEHMEN
DER PVS HOLDING

Trendpapier

Mehr Ambulantisierung wagen!

Ein Neustart für die sektorenübergreifende Versorgung von morgen

gesundheitsstadt berl!n
das netzwerk
für berlin-brandenburg

Nach Expertenschätzung könnten bei konsequenter Umsetzung von Fallvermeidung und Hybrid-DRGs Millionen Fälle eingespart werden.

Inhaltsverzeichnis

Wir danken unseren Gesprächspartnern 6

Executive Summary und Handlungsempfehlungen 7

Einleitung:
Ambulantisierung und Krankenhausreform:
Weichenstellung für die Versorgung von morgen? 9

KAPITEL 1

Der Primat der Ambulantisierung:
Potenziale und Chancen 13

Mehr Qualität und mehr Bürokratie? 17

Vorhaltepauschalen:
Jenseits von Finanzierungslücken und Fehlanreizen 21

Funktioniert Ambulantisierung im ländlichen Raum? 22

SVR: Konkrete Schritte zur Weiterentwicklung 26

KAPITEL 2

Ambulantisierung als Chance für Effizienz und Qualität 29

Positionen der Verbände 34

Literatur 36

Wir danken unseren Gesprächspartnern

Marc Barjenbruch
Vorstandsvorsitzender, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

Dr. Karsten Braun
Vorsitzender, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Dr. med. Dr. Markus Gantert; MD, PhD, MBA,
Stabsstelle Ärztlicher Direktor, Universitätsklinikum Münster

Dr. Robert Messerle
Leiter des Forschungsbereichs Gesundheitspolitik
und Systemanalysen, Wissenschaftliches Institut der AOK

Dr. Martin Albrecht
Geschäftsführer, IGES Institut GmbH

Dr. Burkhard Ruppert,
Vorsitzender, Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Katrin Stary
Leiterin Abteilung Gesundheit und Prävention, Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung

Dr. Matthias Schatz
Direktor, PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH

Kai Stepath
Manager, PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH

Dr. Christine Wessel
Stellvertretende Vorsitzende, Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Michael Zaske
Leiter Abteilung Gesundheit, Ministerium für Gesundheit und Soziales
des Landes Brandenburg

Executive Summary und Handlungsempfehlungen

Aufbruch in ein sektorenübergreifendes Vergütungssystem

Die neue Bundesregierung bekennt sich mit der Krankenhausreform zur Fortentwicklung einer qualitativen, bedarfsgerechten und praxistauglichen Krankenhauslandschaft. Durch Spezialisierung und Zentralisierung soll die Qualität der Behandlung gesteigert werden. Ziel ist auch die Verbesserung der Grund- und Regelversorgung insbesondere in ländlichen Regionen.

Seit 2024 können bestimmte stationäre Eingriffe, als sog. Hybrid-DRG-Leistungen ambulant durchgeführt werden. Unabhängig davon, ob ein Eingriff stationär oder ambulant erfolgt ist, werden Fallpauschalen gezahlt. Im Rahmen der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung für das Jahr 2025 fand eine Erweiterung von 12 auf insgesamt 22 Leistungsbereiche bzw. Hybrid-DRG-Fallpauschalen statt (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2024). 2026 soll mindestens eine Million ehemals vollstationäre Fälle ambulant durchgeführt werden. Die sektorenübergreifende Fallpauschalen (Hybrid-DRGs) stehen für das politische und wirtschaftliche Ziel, sektorale Grenzen zu überwinden und somit Effizienz und Zusammenarbeit zu fördern und die Möglichkeit zu bieten, die Versorgung flexibler zu gestalten und die Ressourcen effizienter zu nutzen. Nach Expertenschätzung könnten bei konsequenter Umsetzung von Fallvermeidung und Hybrid-DRGs Millionen Fälle eingespart werden.

Damit dieses Potenzial erschlossen werden kann, sollte erstens die sektorengleiche Vergütung weiterentwickelt werden, um Fehlanreize zu vermeiden. Hierzu kann eine stärker an unterschiedlichen Patientenmerkmalen und Behandlungskontexten orientierte Differenzierung beitragen. Im Zusammenhang hiermit sollten zweitens ambulante Versorgungspfade und -strukturen umfassender abgebildet werden, insbesondere im Hinblick auf (häusliche) Nachsorge und Patientenmobilität in ländlichen Regionen mit alternder Bevölkerung. Darüber hinaus ist Kooperation für alle Kliniken der Schlüssel, um die Strukturvorgaben der neuen Leistungsgruppen in der vollstationären Versorgung zu erreichen. Die Umsetzung der Ambulantisierung wird daher neue Kooperationsmodelle zwischen Kliniken, niedergelassenen Ärzten und anderen Versorgungsträgern erfordern. Um die Versorgung trotz geringerer Bevölkerungsdichte wohnortnah sicherzustellen, braucht es eine stabile und digitale Infrastruktur und flexible Planungsmodelle.

1. Für die Umsetzung der Ambulantisierung braucht es **neue Kooperationsmodelle** zwischen Kliniken, niedergelassenen Ärzten und anderen Versorgungsträgern.

2. Ambulantisierung funktioniert, wenn sie durch **politische Steuerung, digitale Vernetzung und komplementäre ambulante Strukturen** unterstützt wird.

3. Ambulante Versorgungspfade und -strukturen sollten umfassender abgebildet werden, insbesondere im Hinblick auf **(häusliche) Nachsorge und Patientenmobilität** in ländlichen Regionen mit alternder Bevölkerung.

4. Voraussetzung für das Heben des Potenzials der Hybrid-DRGs ist die **Weiterentwicklung der sektorengleichen Vergütung**, um Fehlanreize zu vermeiden. Hierzu kann eine stärker an unterschiedlichen Patientenmerkmalen und Behandlungskontexten orientierte **Differenzierung** beitragen.

5. Ambulantisierung und Hybrid-DRGs müssen auch zur **Stabilisierung der regionalen Versorgungsstrukturen** beitragen. Voraussetzungen sind eine stabile und digitale Infrastruktur und flexible Planungsmodelle im ländlichen Raum.

Einleitung

Ambulantisierung und Krankenhausreform: Weichenstellung für die Versorgung von morgen?

Die deutsche Krankenhausversorgung steht vor einem grundlegenden Umbruch. Steigende Gesundheitsausgaben, Fachkräftemangel, demografischer Wandel und strukturelle Unterschiede zwischen urbanen und ländlichen Regionen stellen das bisherige System vor große Herausforderungen. Die neue Bundesregierung hat auf diese Entwicklungen mit einer umfassenden Krankenhausreform reagiert, die sich auf eine qualitative, bedarfsgerechte und gleichzeitig wirtschaftlich tragfähige Krankenhauslandschaft konzentriert. Zentrale Stellschrauben dieser Reform sind die stärkere Ambulantisierung medizinischer Leistungen sowie die Einführung neuer sektorenübergreifender Finanzierungsmodelle, insbesondere der sogenannten Hybrid-DRGs.

Das bisherige Finanzierungssystem der Krankenhäuser basiert im Wesentlichen auf diagnosebezogenen Fallpauschalen, den DRGs (Diagnosis Related Groups), die seit 2003 die Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen strukturieren. Ziel dieser Pauschalen war es, mehr Transparenz und Effizienz in die Krankenhausfinanzierung zu bringen, indem Behandlungsfälle anhand ihrer Diagnosen und Prozeduren klassifiziert und mit einem festen Betrag vergütet werden. Während die DRGs das Leistungsgeschehen stärker ökonomisch strukturierten und Leistungsanreize setzten, führten sie in der Praxis auch zu Fehlentwicklungen: So wurden ökonomisch lukrative Behandlungen bevorzugt, medizinisch nicht zwingend notwendige stationäre Aufenthalte verlängert oder überhaupt erst veranlasst, häufig zulasten von Patient:innen und Solidargemeinschaft.

Mit den Hybrid-DRGs geht die Krankenhausreform nun einen entscheidenden Schritt weiter. Sie sollen die starre Trennung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung aufbrechen und eine gemeinsame Vergütung für bestimmte medizinische Leistungen schaffen, und zwar unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär erbracht werden. Damit wird nicht nur die bisherige Sektorengrenze zwischen Krankenhaus und Vertragsarztpraxis infrage gestellt, sondern auch ein Anreizsystem geschaffen, das stärker auf medizinische Notwendigkeit, Versorgungsqualität und Ressourceneffizienz abzielt.

Ambulant vor stationär

Hybrid-DRGs sind insbesondere für sogenannte „ambulantisierbare Leistungen“ gedacht, also für Eingriffe, die unter stationären Bedingungen bislang vergütet wurden, die aber bei geeigneten Rahmenbedingungen ambulant ebenso sicher und wirksam durchgeführt werden können. Zu diesen Leistungen zählen etwa bestimmte minimalinvasive Operationen, diagnostische Verfahren oder Behandlungen mit kurzem Beobachtungsbedarf. Durch eine einheitliche Vergütung sollen Fehlanreize vermieden werden, die bislang zur unnötigen Stationarisierung führten. Gleichzeitig eröffnen Hybrid-DRGs die Chance, Versorgungsstrukturen flexibler zu gestalten, Ressourcen gezielter einzusetzen und die Behandlungsqualität zu verbessern. 2026 kommt es zu einer Ausweitung der Hybrid-DRGs, die zu einer Veränderung der bisherigen Vergütungs- und Versorgungslogik führt. Betroffen sind vor allem Fachgebiete wie die interventionelle Kardiologie, Gefäßmedizin (Radiologie, Angiologie, Gefäßchirurgie), Allgemein- und Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie / Orthopädie und die onkologische Diagnostik. Für diese gilt in Zukunft stärker denn je „ambulant vor stationär“, sofern die medizinische Eignung und kurze Verweildauer gegeben und keine Kriterien vorhanden sind, die gegen eine Eingruppierung in einer Hybrid-DRG sprechen.

Ziel ist es, die durchschnittliche Verweildauer, die derzeit bei über sieben Tagen liegt, deutlich zu reduzieren. Diese Entwicklungen sind nicht nur ökonomisch relevant, sondern betreffen auch die Versorgungssicherheit in der Fläche: Gerade kleinere Krankenhäuser in ländlichen Regionen stehen vor der Herausforderung, ihre wirtschaftliche Existenz bei sinkender Fallzahl und steigenden Anforderungen an Qualität und Spezialisierung zu sichern. Hier könnten Hybrid-DRGs eine Chance darstellen, da sie die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Leistungserbringern fördern und neue Versorgungspfade eröffnen. Die sektorenübergreifende Vergütung erhöht den Druck auf Kliniken, ihre Prozesse, Ressourcensteuerung und Infrastrukturen anzupassen.

Offene Fragen

Neue Fragen kommen mit der Reform auf. So wird diskutiert, ob die Einführung von Hybrid-DRGs tatsächlich zu einer besseren Versorgungsqualität führt oder, ob sie zusätzliche Bürokratie, komplexe Abrechnungslogiken und neue Unklarheiten in der Verantwortungsverteilung mit sich bringt. Auch die Rolle der neu eingeführten Vorhaltepauschalen, mit denen bestimmte strukturelle und personelle Ressourcen unabhängig vom Leistungsvolumen finanziert werden sollen, ist umstritten: Einerseits können sie helfen, Grundversorgungsangebote in der Fläche abzusichern, andererseits besteht die Gefahr, dass sie falsche Anreize setzen und zu ineffizienter Mittelverwendung führen. Im Kontext der Krankenhausreform sollen Kooperationen zwischen Krankenhäusern sowie zwischen ambulanter und stationärer Versorgung künftig eine zentrale Rolle spielen. Besonders die Umsetzung der neuen Leistungsgruppenstruktur setzt eine koordinierte Planung, Spezialisierung und Arbeitsteilung voraus. Die Frage

ist dabei nicht nur, wie diese Zusammenarbeit organisiert und finanziert werden kann, sondern auch, ob sie zu mehr Qualität führt – oder ob sie vor allem die Verwaltungs- und Dokumentationslast für die Leistungserbringer erhöht.

Im Rahmen dieses Policy Papers werden die Potenziale und Risiken der Ambulantisierung und der Einführung von Hybrid-DRGs aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet. Es greift die zentralen Fragestellungen auf, die aktuell sowohl die gesundheitspolitische Debatte als auch die strategische Planung in Krankenhäusern prägen:

1. **Führen Hybrid-DRGs zu mehr Qualität – oder zu mehr Bürokratie?**

2. **Welche Rolle spielen die Vorhaltepauschalen – wirken sie der Ambulantisierung aufgrund strukturerhaltender Effekte entgegen?**

3. **Welche Chancen bietet die Ambulantisierung für Kliniken, insbesondere für kleinere Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen?**

»Ambulantisierung ist einer der Megatrends in der gesundheitlichen Versorgung.«

Michael Zaske

»Die ersten Kliniken sind bereits auf dem Weg und in der Umsetzung. Spätestens 2027 sind Lösungen am Netz.«

Katrin Stary

»Damit die Ambulantisierung funktionieren kann, muss das Geld endlich der Leistung folgen.«

Christine Wessel, Burkhard Ruppert

KAPITEL 1

Der Primat der Ambulantisierung: Potenziale und Chancen

Die Hospitalisierung im deutschen Gesundheitswesen liegt im OECD-Vergleich auf einem hohen Niveau, ohne entscheidende Vorteile bei Lebenserwartung und vermeidbaren Todesfällen (Statistisches Bundesamt 2024). Der Vorsitzende der KV Baden-Württemberg, Karsten Braun, kritisiert: „Wir haben in Deutschland zu viele Fälle im stationären Bereich. Der Weg in die Ambulantisierung ist im internationalen Vergleich absolut richtig." Den vertragsärztlichen Bereich sieht Braun beim Thema Ambulantisierung „bereits sehr gut aufgestellt: Es gibt schon heute viele Operationen, bei denen in den ambulanten OP-Zentren unserer Vertragsärzte in bestimmten Bereichen wesentlich höhere Kompetenz vorhanden ist als in manchem Krankenhaus."

Dänemark und Frankreich gelten als Vorreiter der Ambulantisierung. In Dänemark hat man die ambulante Versorgung um etwa 50 Prozent gesteigert: Was möglich ist, wird ambulant behandelt (Düllings 2022). Das Land gilt als Vorreiter in der konsequenten Ambulantisierung mit einer starken Digitalisierung und Zentralisierung bei gleichzeitiger Nachjustierung für ländliche Räume. Frankreich setzt auf sektorübergreifende Versorgungsmodelle, ohne kleine Krankenhäuser oder wohnortnahe Angebote vollständig aufzugeben. Beide Länder zeigen, dass Ambulantisierung funktioniert, wenn sie durch politische Steuerung, digitale Vernetzung und komplementäre ambulante Strukturen unterstützt wird.

Das Ambulantisierungspotential in Deutschland ist noch lange nicht ausgeschöpft. 2021 hätten mehr als 2,5 Millionen der stationär erbrachten Behandlungen ambulant durchgeführt werden können. Das Barmer Institut (bifg) schätzte 2022 das Ambulantisierungspotenzial einer Erweiterung des AOP-Katalogs auf Basis des IGES-Gutachtens auf knapp 22 Prozent aller stationären Fälle (Repschläger 2022). Mindestens 20 Prozent der vollstationären Fälle könnten potenziell ambulant erbracht werden, so die beiden Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, Burkhard Ruppert und Christine Wessel: „Hier besteht vor allem für die Fachabteilungen der Strahlentherapie, Urologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Augenheilkunde ein hohes Ambulantisierungspotential."

Auch Michael Zaske, Leiter der Abteilung Gesundheit des brandenburgischen Ministeriums für Gesundheit und Soziales, schätzt das Potenzial für mehr Ambulantisierung hoch ein: „Der Ambulantisierungsbedarf ist groß und hat seine Ursachen in den gestiegenen medizinischen Möglichkeiten, mehr ambulant machen zu können, im Unterschied zum Beispiel noch vor zehn Jahren, und in der Ressourcennutzung. Ambulant heißt weniger personal- und ressourcenintensiv."

Wird die Ambulantisierung auch in Deutschland zum Gamechanger?

Hohe Nachfrage nach Hybrid-DRGs

Die Einführung von sektorgleichen Vergütungsmodellen, sogenannten Hybrid-DRGs stellt einen zentralen Baustein der aktuellen Krankenhausreform dar. Ihr Ziel ist es, die Ambulantisierung medizinischer Leistungen durch ein einheitliches Finanzierungssystem zu fördern, und zwar unabhängig davon, ob die Leistung im Krankenhaus oder in einer vertragsärztlichen Praxis erbracht wird (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2024).

Das Krankenhausreformgesetz (KHVVG) setzt auf einen forcierten Ausbau des Hybrid-DRG-Bereichs und gibt dafür ehrgeizige Zielgrößen von bis zu zwei Millionen Fällen ab 2030 vor, die zukünftig ambulant statt stationär versorgt werden sollen (Wosnitzka 2024). Die Abteilungsleiterin für Prävention und Gesundheit im niedersächsischen Ministerium Kathrin Stary, sieht das Vorhaben positiv: „Die Kliniken machen sich mit den richtigen Anreizen auf den Weg. Das INEK kalkuliert die Hybrid-DRGs jetzt mit zwei Millionen Leistungen aus der Vorhaltevergütung herauszunehmen. Das ist ein großer Anreiz, der auch die Krankenhäuser entsprechend dazu bewegen wird, zu prüfen, welche dieser Leistungen in den ambulanten Bereich verschoben werden können.“ Sie gibt aber auch zu bedenken: „Ob tatsächlich praktisch zwei Millionen Fälle erbracht werden, wird man sehen. Es ist zu prüfen und zu evaluieren, ob die Leistungen, die identifiziert wurden, die richtigen Leistungen sind. Oder ist man mit den Zweitagesfällen oder mit bestimmten Leistungen möglicherweise zu optimistisch gewesen?“

Mit den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen („Level Ii“) wird ein weiteres neues Vehikel für die Ambulantisierung geschaffen (Bundesministerium für Gesundheit 2024). Länder wie Baden-Württemberg sehen sich als Vorreiter, so der Vorstandsvorsitzende der KV Baden-Württemberg, Karsten Braun: „Wir als KV Baden-Württemberg sind sehr früh auf das Thema eingestiegen und haben unseren Mitgliedern vom ersten Tag an die Möglichkeit geboten, Hybrid-DRGs über die KV Baden-Württemberg abzurechnen und entwickeln diesen Weg auch konsequent weiter.“ Schon jetzt seien in den ersten neun Monaten 2025 rund 12.000 Eingriffe als Hybrid-DRG abgerechnet worden, was einem Leistungsvolumen von 4,5 Millionen Euro je Quartal entsprechen würde: „Und das, obwohl es im Moment eigentlich nur relativ wenig Gruppen gibt, für die das interessant ist: Das sind die Chirurgen, Orthopäden und die Urologen.“

> **»Wir als KV Baden-Württemberg sind sehr früh auf das Thema eingestiegen und haben unseren Mitgliedern vom ersten Tag an die Möglichkeit geboten, Hybrid-DRGs über die KV Baden-Württemberg abzurechnen und entwickeln diesen Weg auch konsequent weiter.«**
>
> Karsten Braun

> **»Im OECD-Vergleich ist Deutschland in der Anzahl von Prozeduren wie Knieoperationen, Herzkathetern oder bspw. Augenoperationen weit überdurchschnittlich.«**
>
> Markus Gantert

In Deutschland sind die Krankenhäuser stark auf das Stationäre konzentriert. Viele Länder sind längst weiter und beziehen die Krankenhäuser stärker in die ambulante Versorgung ein. Frankreich hat ein ähnliches Modell wie die Hybrid-DRG eingeführt und hat für bestimmte Bereiche die untere Grenzverweildauer abgeschafft. In Dänemark wird nicht mehr unterschieden, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht wird. Vergütet wird die Leistung an sich.

Michael Zaske ordnet ein: „Der Punkt, über den wir jetzt reden, die Hybrid-DRGs, ist dafür gedacht, dass stationäre Leistungen in Zukunft anders, nämlich ambulant erbracht werden können. Jetzt können auch diese Leistungen ja von klassischen, niedergelassenen, ambulanten Versorgungsstrukturen erledigt werden oder eben von den bisherigen Stationären, die auch schon alle infrastrukturellen Voraussetzungen haben.“

Markus Gantert, Stabsstelle Ärztlicher Direktor am Universitätsklinikum Münster, betont die Notwendigkeit zur Ambulantisierung. Deutschland gehöre im europäischen und weltweiten Vergleich zu den Schlusslichtern: „Wir haben ein Ambulantisierungspotenzial von 20 bis 40 Prozent.“ Gantert fordert ein Umdenken: „Im OECD-Vergleich ist Deutschland in der Anzahl von Prozeduren wie Knieoperationen, Herzkathetern oder bspw. Augenoperationen weit überdurchschnittlich.“

Laut Robert Messerle, Leiter des Forschungsbereichs Gesundheitspolitik und Systemanalysen, Wissenschaftliches Institut der AOK machen die Kurzlieger, Fälle mit einer Verweildauer von unter drei Tagen, fast die Hälfte aller Krankenhausfälle aus: „Das Potenzial ist groß, weil Fälle, die in ein bis zwei Tagen gehen, in der Regel ambulantisierbar sind.“

2024 wurden insgesamt über alle Krankenkassen 300.000 Fälle im Krankenhaus nach Hybrid-DRG abgerechnet (GKV-Spitzenverband 2025). Für Robert Messerle „stehen wir insgesamt noch ganz am Anfang, das wird sich 2025 noch nicht wesentlich ändern. 2026 will der Gesetzgeber mit Vorgaben eine Million Fälle erreichen. Das wäre ein großer Schritt.“ Entscheidend sei zu wissen, wie viel von vertragsärztlicher Seite noch zusätzlich kommt. Aktuell steigen die Ausgaben der GKV für Hybrid-DRGs. Im

> **»Das Potenzial ist groß, weil Fälle, die in ein bis zwei Tagen gehen, in der Regel ambulantisierbar sind.«**
>
> Robert Messerle

Jahr 2024 betrugen die GKV-Ausgaben für Hybrid-DRG-Leistungen insgesamt ca. 560 Mio. Euro, bereits im ersten Halbjahr 2025 wurde dieser Betrag mit ca. 580 Mio. Euro überschritten Mio (Bundesministerium für Gesundheit 2025). Martin Albrecht vom IGES Institut verweist auf den wachsenden Anteil der Vertragsärzte: Der Großteil der Ausgaben entfällt zwar weiterhin auf die Krankenhäuser, der vertragsärztliche Anteil hat sich im 1. Halbjahr 2025 aber auf ca. ein Drittel erhöht.

Die neue Hybrid-DRG-Leistungsauswahl wird den Trend beschleunigen

Die neue Hybrid-DRG-Leistungsauswahl wird den Trend ab 2026 beschleunigen. Für das Jahr 2026 wurden 106 neue OPS-Leistungen zusätzlich ausgewählt, darunter invasive kardiologische Eingriffe sowie laparoskopische Blinddarm- und Gallenblasenentfernung. Gemäß den Zielvorgaben des KHVVG sollen mit der Leistungsauswahl im Jahr 2026 mindestens 1 Mio. stationäre Fälle erfasst werden. Zu diesem Zweck werden ab 2026 auch Fälle mit einer Verweildauer von bis zu zwei Belegungstagen einbezogen (zuvor nur ein Tag). Das IGES Institut schätzt, dass die gesetzliche Zielvorgabe übertroffen werden dürfte: Nach eigenen Berechnungen, so Martin Albrecht, könnten knapp 1,2 Mio. stationäre Fälle (bzw. ein Anteil von etwas mehr als 8,5 %) zukünftig mit Hybrid-DRG-Fallpauschalen vergütet werden. Betroffen wäre davon ein geschätztes DRG-Erlösvolumen von rund 4 Mrd. Euro. Dabei entfallen die größten Anteile, sowohl bei Fällen als auch Erlösen, auf Behandlungen von Erkrankungen des Kreislaufsystems, der Verdauungsorgane (inkl. Leber und Galle), des Muskel-Skelett-Systems sowie der Harn- und Geschlechtsorgane. Die Höhe der Hybrid-DRG-Fallpauschalen für 2026 steht noch nicht fest. Geht man davon aus, dass sie um etwas mehr als die Hälfte unter dem DRG-Fallpauschalen liegt, lägen die Erlösverluste der Krankenhäuser bei mehr als 2 Mrd. Euro – insofern die Leistungen ausschließlich im Krankenhaus ambulant erbracht würden. Allerdings dürften diese Leistungen teilweise auch von der vertragsärztlichen Versorgung übernommen werden.

> **»Die Hybrid-DRGs sind ein erster und wichtiger Schritt. Hier wird zumindest der Versuch unternommen erbrachte Leistungen gleich zu bezahlen – egal ob sie vom ambulanten oder stationären Sektor erbracht werden.«**
>
> Burkhard Ruppert und Christine Wessel

Damit die Ambulantisierung funktionieren kann, müsse das Geld endlich der Leistung folgen, fordern Burkhard Ruppert und Christine Wessel: „Die Hybrid-DRGs sind ein erster und wichtiger Schritt. Hier wird zumindest der Versuch unternommen erbrachte Leistungen gleich zu bezahlen – egal ob sie vom ambulanten oder stationären Sektor erbracht werden."

Mehr Qualität und mehr Bürokratie?

Hybrid-DRGs wurden eingeführt, um die Sektorengrenzen zwischen ambulantem und stationärem Bereich zu überwinden. In der Theorie soll dies zu mehr Behandlungsqualität durch die passgenaue Wahl des Leistungsorts führen. Der Krankenhaus-Report zeigt jedoch, dass bislang kaum eine Verlagerung stationärer Fälle in den ambulanten Bereich gelungen ist. Daten des Krankenhaus-Reports belegen, dass der Anteil ambulant durchgeführter Eingriffe in ausgewählten Leistungsgruppen – etwa Leistenhernien oder Gelenkarthroskopien – zwischen 2010 und 2022 sogar teilweise rückläufig war (Scheller-Kreinsen et al. 2024).

Hybrid-DRGs: Vergütung ist zu wenig differenziert

Martin Albrecht, Geschäftsführer IGES sieht zwei Erfolgsfaktoren kritisch: „Die Vergütung für Hybrid-DRG ist wenig differenziert. Die im Gesetz erwähnte Schweregraddifferenzierung ist bisher noch nicht umgesetzt. Und das führt zu Anreizen, die in Richtung Risikoselektion führen könnten. Ambulantisierung wird zwar maßgeblich durch Vergütungsanreize vorangetrieben, aber die sind unter Versorgungsaspekten kritisch zu sehen, wenn die strukturellen und prozessbezogenen Voraussetzungen für eine verstärkte Amulantisierung fehlen. Die Umstellung auf ambulante Prozesse in einer bestehenden Krankenhausstruktur funktioniert oft nicht. Das zweite Thema ist die Nachsorge bei Patienten, die dann nicht mehr über Nacht bleiben oder die nur noch ein paar Stunden beobachtet werden. Gerade bei den vielen älteren Patienten besteht viel Ambulantisierungspotenzial. Die Voraussetzungen für eine ausreichende Nachsorge für diese Patienten und in ländlichen Regionen mit größeren räumlichen Distanzen sind aber überwiegend nicht erfüllt. Nachsorgeleistungen müssen auch in der Vergütung abbildbar sein." Aktuell, so Albrecht, kritisieren die Krankenhäuser zu Recht, dass bei den bislang stark pauschalierten Hybrid-DRG-Vergütungen Anreize für die vertragsärztliche Seite entstehen, sich auf leichtere Fälle zu konzentrieren, und dass schwerere Fälle im Krankenhaussektor bleiben, für die dann die Vergütung häufig nicht die Kosten

> **»Die Vergütung für Hybrid-DRG ist wenig differenziert. Die im Gesetz erwähnte Schweregraddifferenzierung ist bisher noch nicht umgesetzt. Und das führt zu Anreizen, die in Richtung Risikoselektion führen könnten. Ambulantisierung wird zwar maßgeblich durch Vergütungsanreize vorangetrieben, aber die sind unter Versorgungsaspekten kritisch zu sehen, wenn die strukturellen und prozessbezogenen Voraussetzungen für eine verstärkte Amulantisierung fehlen.«**
>
> Martin Albrecht

> »Die Vergütung für die ambulanten Eingriffe, das ambulante Operieren nach dem Katalog für die Hybrid-DRGs, wird im Moment noch deutlich schlechter vergütet in den nächsten Jahren als bisher, wenn es bei den Gesetzesplänen bleibt.«
>
> Michael Zaske

deckt." Der Konflikt ließe sich entschärfen, wenn man das Vergütungssystem an der Stelle nachbessert und eine stärkere Differenzierung zulässt, die sich nicht an Sektoren, sondern an Patientenmerkmalen und dem Behandlungskontext orientiert.

Auch Michael Zaske sieht ein Problem bei denen, die die Hybrid-DRGs im stationären Setting anbieten: „Die Vergütung für die ambulanten Eingriffe, das ambulante Operieren nach dem Katalog für die Hybrid-DRGs, wird im Moment noch deutlich schlechter vergütet in den nächsten Jahren als bisher, wenn es bei den Gesetzesplänen bleibt. Die Umsätze entwickeln sich negativ, die Kosten, die Vorhaltekosten jedoch nicht im gleichen Umfang. Und deswegen gibt es ja auch die Forderung, die Absenkung der Erlöse für die Hybrid-DRGs noch nicht in dem Umfang und in der Schnelligkeit umzusetzen wie bisher geplant. Die Eingriffe könnten auch von klassischen ambulanten Akteuren erbracht werden, was zu einem Konkurrenzdruck zwischen den jeweiligen Versorgungsakteuren führen würde."

Auch die Krankenhausverbände (DKG, VUD, KKVD und etliche Länder kritisieren den zeitgleichen Umbau beider Systeme, auch weil unklar ist, wie hoch die Vorhaltepauschalen ausfallen, bevor Erlöse durch die Hybrid-DRGs wegbrechen. Die Hybrid-DGRs würden kurzfristig zu Erlösverschiebungen in den ambulanten Sektor führen, während die Vorhaltefinanzierung noch nicht flächendeckend implementiert ist. Damit würde eine kalte Entfinanzierung kleinerer und mittlerer Häuser drohen.

Marc Barjenbruch, Vorsitzender der KV Niedersachsen, fordert „klare Spielregeln" und nennt sechs Voraussetzungen:

1. **Die derzeitige Regelung in § 115 f Abs. 1 Satz 7 im Sozialgesetzbuch V (SGB V), dass Hybrid-DRGs ab 2030 auf EBM-Niveau zu vergüten sind, muss gestrichen werden.**
2. **Analog der Krankenhausversorgung muss ein ambulanter Transformations-Fonds aufgebaut werden, der es niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ermöglicht, in die Zukunft ambulanter Strukturen – zum Beispiel in die Schaffung und Erweiterung ambulanter OP-Zentren – zu investieren.**
3. **Die Hybrid-DRGs müssen sachgerecht kalkuliert werden, damit die Vergütung der Sachkosten neben der ärztlichen Honorierung erfolgt.**

4. **Analog der Weiterbildungsförderung nach § 75a SGB V muss auch die Weiterbildung im ambulanten fachärztlichen Operieren gefördert werden.**
5. **Auch muss § 115 f Abs. 2 Satz 5 SGB V dahingehend geändert werden, dass die Hybrid-DRG-Abrechnung zumindest für Kinder wieder ermöglicht wird, auch um die definierten Mindestfallzahlen erreichen zu können.**
6. **Auch bereits ambulantisierte Operationen müssen durch die Erweiterung des Hybrid-DRG-Kataloges gefördert werden.**

Ob sich Hybrid-DRGs durchsetzen, wird für Karsten Braun „davon abhängen, ob es gelingt, die Fehler, die bisher bei der Auswahl der Leistungen gemacht worden sind und bei der Art der Vergütung, die noch Probleme aufwirft, zu beheben: Der Leistungskatalog ist in einigen Punkten nicht gut, weil er immer noch zu sehr beschränkt ist, trotz der Erweiterung auf die Zwei-Tages-DRGs. Man kann da noch weiter gehen. Es fehlt andererseits eine Berücksichtigung besonderer Umstände, die in bestimmten Fällen eine stationäre Durchführung trotzdem ermöglicht. Ein Beispiel: Man kann grundsätzlich eine Radiusfraktur ambulant operieren. Wenn aber die 92-jährige alleinlebende Seniorin nachts um eins die OP-würdige Radiusfraktur hat, wird es irgendwie nicht möglich sein, diese Frau, auch wenn der Eingriff grundsätzlich ambulant durchführbar wäre, dann früh um vier Uhr nach Hause zu lassen. Für solche Sonderfälle brauchen wir noch vernünftige Lösungen, die dem medizinischen Einzelfall gerecht werden. Und dann gibt es das dritte ganz große Problem: Das Thema Sachkosten wird bisher zu sehr aus Krankenhaussicht gesehen. Viele Ärzte fahren bei zahlreichen Eingriffen mit der Sachkostenregelung, wie sie im Moment in den Hybrid-DRGs nach §115f gilt, schlechter, als früher bei §115b - Abrechnung nach EBM. „Wenn dadurch Krankenhäuser und Vertragsärzte bei Zwang zur Hybrid-DRG-Abrechnung schlechter fahren als zuvor, wird das Ziel der Ambulantisierung konterkariert. Am Ende macht niemand den Eingriff mehr." Braun fordert „gleich lange Spieße für ambulant durchzuführende Eingriffe, sowohl für Krankenhäuser als auch für Vertragsärzte. Eine Annäherung der Vergütungen ist für alle Beteiligten der richtige Weg."

> »Wenn dadurch Krankenhäuser und Vertragsärzte bei Zwang zur Hybrid-DRG-Abrechnung schlechter fahren als zuvor, wird das Ziel der Ambulantisierung konterkariert. Am Ende macht niemand den Eingriff mehr.«
>
> Karsten Braun

Für Robert Messerle bleibt die Qualität „im Ergebnis" unverändert. Studien aus anderen Ländern zeigen, dass die ambulante Erbringung meistens mindestens gleichwertig sei, bei den klassischen Qualitätsparametern zumindest, wie Wiederaufnahmen, Komplikationen etc. „Schlechter wird sie auf keinen Fall", so Messerle. Kritisch sieht er das Thema Bürokratie: „Es sieht danach aus, dass es durch die vielen parallelen Regelungsbestandteile aufwendiger für alle wird."

Ein zentrales Hemmnis sind die hohen bürokratischen Anforderungen: Die neue Vergütungssystematik verlangt eine exakte OPS-Kodierung, aufwendige Dokumentation und eine strikte Trennung von Hybrid-DRG- und DRG-Fällen. Hinzu kommt, dass Pflegeentgelte und Sachkosten für Materialien wie z. B. Herniennetze nicht inkludiert sind. Kliniken sehen sich daher häufig mit einer Unterfinanzierung der Hybrid-Fälle konfrontiert – bei gleichzeitig hohem organisatorischem Aufwand. Aus ärztlicher Sicht wird die Sorge geäußert, dass die zunehmende Ambulantisierung zu Lasten der Weiterbildungsqualität und der Behandlungskontinuität gehen könnte. Damit überwiegen aus Sicht vieler Leistungserbringer derzeit die bürokratischen Herausforderungen gegenüber einem erlebbaren Qualitätsgewinn.

In Niedersachsen spielen die Hybrid-DRGs eine zentrale Rolle im Bestreben, Ambulantisierung und sektorenübergreifende Versorgung voranzutreiben. Laut Berichten aus der Region wird die Einführung der sektorengleichen Fallpauschalen (§ 115f SGB V) als „entscheidender Schritt“ gewertet, um Operationen, die bislang überwiegend stationär erbracht wurden, in ambulante oder tagesstationäre Strukturen zu überführen. Gleichzeitig weist die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen darauf hin, dass trotz des politischen Impulses noch erhebliche strukturelle Hürden bestehen, etwa in ländlichen Regionen, wo Aufbaukosten und Investitions- sowie Kooperationsanforderungen ein Hemmnis darstellen.

Niedersachsen sieht sich damit in einer Vorreiterrolle: Im Rahmen eines Symposiums betonte das niedersächsische Gesundheitsministerium, man wolle „Niedersachsen zum Vorreiter der Ambulantisierung machen“ — mit den Hybrid-DRGs als einem wichtigen Instrument (Töpfer 2025). Insgesamt macht die Lage in Niedersachsen deutlich: Die Einführung der Hybrid-DRGs schafft eine neue Vergütungsgrundlage für die sektorenübergreifende Versorgung, eröffnet neue Chancen — zugleich ist der Erfolg aber auch abhängig von der Umsetzung in der Region, von Kooperationen zwischen Krankenhaus- und Praxisstrukturen und von der Bereitschaft zur Investition in ambulante Versorgungsformen.

Vorhaltepauschalen: Jenseits von Finanzierungslücken und Fehlanreizen

Parallel zur Einführung von Hybrid-DRGs wurde mit den Vorhaltepauschalen ein zweites zentrales Element der Krankenhausreform auf den Weg gebracht. Sie sollen den bisherigen Fallzahl-bezogenen Vergütungsanreiz durch eine leistungsunabhängige Grundfinanzierung ablösen – vor allem für Kliniken mit unverzichtbaren Infrastruktur- und Notfallfunktionen. Der Krankenhaus-Report nimmt hierzu keine eindeutige Bewertung vor, verweist aber auf eine ambivalente Debatte: Einerseits können die Pauschalen dazu beitragen, Grund- und Regelversorger finanziell abzusichern, vornehmlich im ländlichen Raum. Andererseits besteht die Gefahr, dass sie ineffiziente Strukturen konservieren oder gar zu einer künstlichen Fallproduktion führen, sofern keine strengen Struktur- und Qualitätsvorgaben gelten (Scheller-Kreinsen et al. 2024).

In Kombination mit den Hybrid-DRGs entsteht somit ein komplexes System mit potenziell gegenläufigen Anreizen: Während Hybrid-DRGs auf Fallvermeidung und ambulante Behandlung zielen, könnten unzureichend gesteuerte Vorhaltepauschalen ungewollt eine Fortsetzung stationärer Überversorgung fördern. Eine präzise Steuerung, gekoppelt an die neue Leistungsgruppensystematik, ist deshalb essenziell, um die Reformziele nicht zu gefährden.

In der Übergangszeit, bis die Vorhaltepauschalen greife, sieht Markus Gantert eine entscheidende Hürde. In der Geburtshilfe oder bei gynäkologischen oder senologischen Operationen seien die Auflagen sehr streng, bzw. Qualitätsindikatoren, die nachgehalten werden müssen: „Das alles gilt ja noch nicht für den ambulanten Bereich, und das muss ganz klar geregelt werden. Also, wenn ich eine vergleichbare Leistung irgendwo in einem Ambulatorium oder außerhalb des Krankenhauses erbringen möchte oder soll, dann müssen natürlich die gleichen Qualitätsstandards gelten. Ambulantisierung sollte die Qualität der medizinischen Leistungserbringung keinesfalls verschlechtern, sondern im besten Fall verbessern. Dafür braucht es aber dann auch die für alle gleich geltenden Instrumente der Qualitätssicherung.“

Der Präsident der Bundesärztekammer, Klaus Reinhardt, fordert: „Das aktuelle Umsetzungskonzept ist nicht ausreichend mit der Krankenhausreform abgestimmt und birgt Risiken für die ärztliche Weiterbildung.“ Gerade für komplexe Fälle und Patientinnen mit Komorbiditäten brauche es flexible, medizinisch sinnvolle Lösungen – nicht starre Vorgaben (Interview mit Gesundheitsstadt Berlin).

Funktioniert Ambulantisierung im ländlichen Raum?

Insbesondere für kleinere Krankenhäuser in ländlichen Regionen eröffnet die Ambulantisierung die Chance, ihre Versorgung flexibel zu gestalten und an veränderte demografische Bedingungen anzupassen. Der Krankenhaus-Report hebt hervor, dass sektorgleiche Pauschalen wie die Hybrid-DRGs bei kluger Anwendung helfen können, kostendeckende Leistungen auch ohne stationäre Aufnahme zu erbringen (Scheller-Kreinsen et al. 2024). Damit könnten Ressourcen geschont und Personal entlastet werden – vorausgesetzt, die Vergütungshöhe ist realistisch kalkuliert und die ambulanten Strukturen sind vorhanden. So hat Dänemark sogenannte „Near Hospitals“ (Tagesklinken ohne Betten) eingeführt, um die Nachteile der Zentralisierung gerade im ländlichen Raum auszugleichen.

Auch Katrin Stary sieht den eingeschlagenen Weg als „große Chance für den ländlichen Raum: Zukünftig können an Standorten Gesundheitsleistungen aufrechterhalten werden, die aktuell im stationären Bereich nicht mehr vorzuhalten sein werden. Es ist sinnvoll, wenn ambulante Operationstätigkeit, ambulante Versorgung auch mit weiteren Angeboten verknüpft werden.“

Ambulantisierung bietet insbesondere im ländlichen Raum große Chancen für eine effizientere und patientennahe Versorgung, wenn innovative Versorgungsformen, ausreichende Finanzierung und gezielte Förderung gewährleistet sind. Voraussetzung ist die Verknüpfung ambulanter, stationärer und digitaler Angebote.

Für Michael Zaske sind die ambulanten Einrichtungen der Zukunft in Brandenburg die Polikliniken: „Man könnte auch „ambulant stationäre Versorgungszentren“ sagen oder „regionale Versorgungszentren“. Manche sagen „MVZ mit Übernachtungsmöglichkeiten“. Oder wir entwickeln echte „sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen““. Als Beispiele für ambulant-stationäre Kooperationen nennt er den Standort Seelow, den Standort Templin sowie die Transformationsprojekte in Elbe-Elster, Oberhavel und Oberspreewald-Lausitz.

Katrin Stary glaubt an ein „gutes Miteinander zwischen den Sektoren“. Ob Kooperationen zustande kommen und gelingen, hänge aber von den handelnden Personen ab:

> **»Zukünftig können an Standorten Gesundheitsleistungen aufrechterhalten werden, die aktuell im stationären Bereich nicht mehr vorzuhalten sein werden. Es ist sinnvoll, wenn ambulante Operationstätigkeit, ambulante Versorgung auch mit weiteren Angeboten verknüpft werden.«**
> Katrin Stary

> **»Wir sind für Kooperationen offen. Der Geist der Zeit ist es, Sektorengrenzen zu überwinden und Hürden für Patienten abzubauen und in Zeiten begrenzter Ressourcen wirtschaftlich zu arbeiten und in Zeiten von Versorgungsmangel vor Ort für gute Versorgung zu sorgen.«**
> Karsten Braun

„Es gibt z.B. niedergelassene Ärzte oder MVZs, wo der Operateur schon immer zur Hälfte im Krankenhaus gearbeitet hat. In solchen Konstellationen fällt es einem Krankenhaus leichter, Leistungen in den ambulanten Bereich zu verschieben und zu sagen, die Konzentration liegt auf den stationären Fällen, die mir wichtig sind und lasse die Hybrid-DRGs, die können auch andere bzw. Kooperationspartner machen.“ In Niedersachsen gebe es mit den regionalen Gesundheitszentren bereits sektorübergreifende Versorger.

Stary sieht „eine Qualitätsverbesserung, wenn sich Gelegenheitsversorgung vermeiden und Versorgung an Zentren konzentrieren lässt, wo sie dann auch in einem größeren Umfang gemacht werden kann. Oder auch sichergestellt ist, dass die erforderliche personelle und benötigte Geräteausstattung vorhanden ist.“

Für Karsten Braun ist die Krankenhausreform „eine Chance für viele Krankenhäuser, insbesondere für Level-1-Häuser oder sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, deren Hauptgeschäft in Zukunft möglicherweise in dem Sektor der Hybrid-DRG liegen könnte.“ Bereits heute gebe es im Bereich des ambulanten Operieren Kooperationen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, „die dort entweder OP-Räume mieten zur Nutzung oder Vertragsärzte, die vielleicht eine Nebenanstellung irgendwo in einem Krankenhaus haben und für ein Krankenhaus operieren und dann das Krankenhaus Leistungen abrechnen und sozusagen den kompetenten Vertragsarzt als Operateur für bestimmte Themen engagiert.“ Und fordert: „DKG und KBV müssen gemeinsam versuchen, eine möglichst attraktive Hybrid-DRG-Vergütung zu erzielen.“

Sektorenübergreifenden Einrichtungen funktionieren dann, wenn sie weitere Gesundheitsfachberufe einbinden, so Braun: „Seien es Apotheken oder Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten und pflegerische Leistungen. Der Trend geht dahin, immer mehr medizinische Leistungen delegierbar auszuweiten auf andere Gesundheitsberufe, was Kooperationen erleichtert.“

Und Michael Zaske ergänzt: „Wir brauchen auch in Zukunft weiter das starke Rückgrat der niedergelassenen Ärzteschaft und der klassischen ambulanten Leistungsanbieter. Aber das wird in Flächenländern wie Brandenburg nicht mehr ausreichen. Wir haben schon heute in Brandenburg rund 320 nicht besetzte Hausarztsitze. Wir brauchen mehr Menschen in der ambulanten Versorgung, auch weil mehr ambulantisiert wird aus dem stationären Bereich. Das heißt, wir brauchen mehr Kapazität und auch mehr

Budget für den ambulanten Bereich. Das schafft man aber nicht durch das Erfinden und Drucken von immer mehr Geld, sondern indem die Budgets für eine Region als Ganzes gedacht werden: Wofür, für welche Leistungserbringung kann das Geld ausgegeben werden? Die Umstellung auf Leistungsgruppen ist der Elfmeter, der uns aufgelegt wird. Wir können dadurch Leistungen tatsächlich ambulant stationär vergleichen und könnten auch planen, wenn wir durften. Es geht darum, die Öffnung auf sektorenübergreifende Regionen planen zu können. Und dann das Geld der Leistung folgen zu lassen. Das ist der Schlüssel für die flexible Nutzung aller Ressourcen."

> **»Die Umstellung auf Leistungsgruppen ist der Elfmeter, der uns aufgelegt wird. Wir können dadurch Leistungen tatsächlich ambulant stationär vergleichen und könnten auch planen, wenn wir durften. Es geht darum, die Öffnung auf sektorenübergreifende Regionen planen zu können. Und dann das Geld der Leistung folgen zu lassen. Das ist der Schlüssel für die flexible Nutzung aller Ressourcen.«**
>
> Michael Zaske

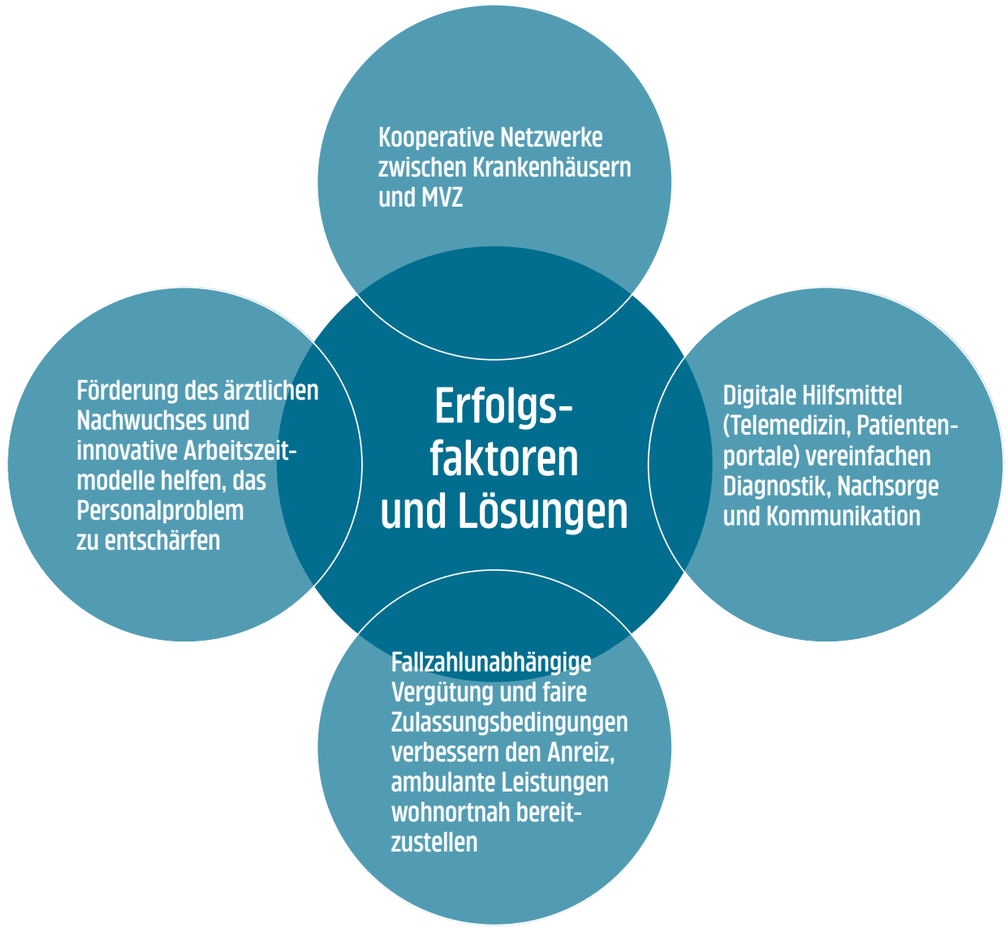
Infrastruktur und Investitionen

Die Hybrid-DRGs könnten in Zukunft eine wichtige Rolle spielen, um ländliche Kliniken in integrierte ambulant-stationäre Versorgungsmodelle zu überführen. Dafür braucht es jedoch Investitionen, klare Vergütungsregeln und einen realistischen Zeitrahmen für die Umstellung. Erste Kliniken bauen neu und um. Kleine OP-Säle, wo der Patient zu Fuß hingeht, sich hinlegt, eine Narkose bekommt und anschließend wieder nach Hause kann, bedeutet ein anderes Arbeiten und weniger Personal.

Ambulantisierung bedeutet nicht, dass alles günstiger wird, so das Fazit von Markus Gantert: „Die Kostenträger haben überwiegend diese Vorstellung. Erstmal müssen die Strukturen geschaffen werden und die Infrastruktur angepasst werden. Ambulantisierung bedeutet zunächst Investitionen, danach kommt das Abschaffen von Fehlbehandlungen. Bis wir hier Geld einsparen können, wird es 20 Jahre brauchen. Wir müssen jetzt einfach mal loslaufen und bereit sein für Veränderungen und Anpassungen."

Karsten Braun fordert: „Ambulantisierung darf nicht heißen, dass nur Krankenhäuser in den ambulanten Bereich dringen, sondern es muss auch umgekehrt sein, dass auch unsere Vertragsärzte in die andere Richtung gehen können und das vor allem hinsichtlich der Ambulantisierung gleich lange Spieße gelten. Es kann nicht sein, dass ein Krankenhaus aus Landesmitteln und vom Steuerzahler eine super Infrastruktur hingestellt bekommt und in den ambulanten Markt eindringt, während der Vertragsarzt, der seinen eigenen OP betreiben muss, das alles aus bescheidenen EBM-Honoraren und Orientierungswertsteigerungen von 2,8% bezahlen muss. Das wäre ein massiver Wettbewerbsnachteil."

> **»Ambulantisierung bedeutet zunächst Investitionen, danach kommt das Abschaffen von Fehlbehandlungen. Bis wir hier Geld einsparen können, wird es 20 Jahre brauchen. Wir müssen jetzt einfach mal loslaufen und bereit sein für Veränderungen und Anpassungen.«**
>
> Markus Gantert



SVR: Konkrete Schritte zur Weiterentwicklung

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) hat sich in den vergangenen Jahren mehrfach zur sektorenübergreifenden Versorgung und insbesondere zur Einführung von Hybrid-DRGs positioniert. In Gutachten und öffentlichen Stellungnahmen wird die Ambulantisierung als ein zentraler Reformschritt betrachtet, um die medizinische Versorgung in Deutschland zukunftsfähig, effizient und patientenorientiert zu gestalten.

Besonders deutlich äußert sich Prof. Dr. Jonas Schreyögg, stellvertretender Vorsitzender des SVR und Gesundheitsökonom an der Universität Hamburg. Er beschreibt die Hybrid-DRGs als ein „wirksames und schnell umsetzbares Instrument", um die starren Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung aufzubrechen. Die Einführung sektorgleicher Fallpauschalen ermögliche eine flexiblere Behandlung, die sich am tatsächlichen medizinischen Bedarf und nicht an der Einrichtungsstruktur orientiere.

Gleichzeitig warnt der Sachverständigenrat davor, die Reformziele zu überfrachten oder durch Detailregelungen zu verwässern. Die bislang erzielten Effekte seien noch gering: Die niedrigen Fallzahlen, die über Hybrid-DRGs abgerechnet werden, sowie die Unsicherheit über Vergütungsstrukturen deuteten darauf hin, dass der Steuerungsimpuls aktuell noch nicht stark genug sei, um größere Verlagerungen in der Versorgungsrealität auszulösen.

Der SVR empfiehlt daher konkrete Schritte zur Weiterentwicklung des Hybrid-DRG-Systems:

1. **Systematische Auswahl geeigneter Leistungen auf Basis medizinischer Eignung und Effizienzpotenziale – nicht alle DRGs sind automatisch ambulantisierbar.**
2. **Einführung eines Schwellenwertes, der zwischen komplexen und weniger komplexen Fällen unterscheidet, um medizinisch gerechtfertigte stationäre Behandlungen weiterhin zu ermöglichen.**
3. **Initiale Preisfestsetzung auf Grundlage vorhandener InEK-Kalkulationsdaten, um Transparenz und Nachvollziehbarkeit zu sichern.**
4. **Einheitliche Vergütung unabhängig vom Leistungserbringer, um einen echten Sektorengleichheitsansatz zu erreichen.**
5. **Evaluation und Neuberechnung nach drei Jahren auf Basis realer Leistungs- und Abrechnungsdaten, um Fehlentwicklungen frühzeitig zu korrigieren.**

> **»Wir haben keine Alternative, wenn wir Versorgung nachhaltiger und effizienter gestalten wollen.«**
> Jonas Schreyögg

Der Sachverständigenrat fordert außerdem ein klares politisches Bekenntnis zur Ambulantisierung als strategischem Ziel der Versorgungspolitik. „Wir haben keine Alternative", so Schreyögg, „wenn wir Versorgung nachhaltiger und effizienter gestalten wollen." Die Hybrid-DRGs seien dabei nicht nur ein technisches Vergütungsinstrument, sondern ein Schlüssel zu einem grundlegend neuen Verständnis integrierter Versorgung.

»Ambulante Behandlung bedeutet andere Abläufe, andere Personalplanung, andere Räumlichkeiten.«

»Die Ambulantisierung funktioniert nur, wenn man die Schnittstellen sauber regelt: Wer macht was? Wie werden die Patienten übergeben? Das sind alles praktische Fragen, die im Moment in der Praxis noch viele Hürden darstellen.«

Robert Messerle

KAPITEL 2

Ambulantisierung als Chance für Effizienz und Qualität

Die Weichen sind gestellt. Der Gesetzgeber hat mit den Hybrid-DRGs den Auftrag erteilt. Jetzt geht es um die Umsetzung, Finanzierung und Infrastruktur. Viele Krankenhäuser werden ihre Prozesse umstellen müssen. „Ambulante Behandlung bedeutet andere Abläufe, andere Personalplanung, andere Räumlichkeiten“, so Robert Messerle. „Das ist ein Riesenunterschied zu einer stationären Behandlung. Dafür brauchen die Häuser Investitionen, aber auch Zeit. Gleichzeitig muss man sicherstellen, dass es keine Fehlanreize gibt. Und last but not least: Es braucht eine bessere Verzahnung mit dem ambulanten Bereich. Die Ambulantisierung funktioniert nur, wenn man die Schnittstellen sauber regelt: Wer macht was? Wie werden die Patienten übergeben? Das sind alles praktische Fragen, die im Moment in der Praxis noch viele Hürden darstellen.“

Die meisten Studien und Expertinnen und Experten zeigen, dass sich die ambulante Leistungserbringung nicht ohne weiteres in bestehenden stationären Strukturen abbilden lässt. „Die stationären Strukturen sind auf komplexe Fälle, längere Aufenthalte und ressourcenintensive Abläufe ausgelegt“, so Messerle. „Für eine funktionierende und effiziente ambulante Versorgung braucht es daher angepasste Prozesse, flexible Infrastruktur und ein Umdenken in der Organisation. Dazu gehören viele Aspekte wie die Raumplanung, die Personalstruktur, das Entlassmanagement, aber auch digitale Prozessoptimierung. Auch die Kostenstrukturen sind stationär aufgrund der anderen Vorhaltung viel höher. Diese Vorhaltung wird für die ambulante Erbringung in der Regel aber nicht benötigt. Leistungserbringer benötigen daher Zeit und Anreize, um diese strukturellen Veränderungen auch anzugehen und umzusetzen.“

Ohne eine stärkere Ambulantisierung von bislang vollstationär durchgeführten Leistungen werden die Konzentrations- und Spezialisierungsziele der Krankenhausreform nicht erreicht werden können, so Martin Albrecht. Der Geschäftsführer von IGES fordert „eine kritische Bestandsaufnahme: Was sind die Probleme und welche offenen Fragen der Ambulantisierung müssen dringend geklärt werden? Folgen müssen eine konsistente Ambulantisierungsstrategie und ein dazu passender gesetzlicher Rahmen.“

Krankenhäuser benötigen daher stärkere Anreize, mehr Operationen ambulant durchzuführen. So hat England das Instrument der Übervergütung: Krankenhäuser erhalten für Prozeduren, die einen besonders geringen Ambulantisierungsgrad aufweisen, mehr Geld, wenn sie die Prozedur ambulant erbringen statt stationär.

Entscheidend ist eine faire Gesamtvergütung: „Wenn der Gesetzgeber Vergütungen ermittelt für Leistungen, wo sich keiner fair entlohnt fühlt, dann werden diese Leistungen zukünftig nicht mehr erbracht“, so Katrin Stary.

Burkhard Ruppert und Christine Wessel sehen die Zukunftsfähigkeit von arztgeführten Praxen bedroht, wenn investorengeleitete MVZ auf den Markt kommen: „Gewinnorientierte Kapitalgesellschaften als Praxisinhaber:innen lehnen wir ab. Denn diese renditeorientierte Struktur führt zu einer Rosinienpickerei, die weder den Bedarf noch die Bedürfnisse der Patienten widerspiegelt. Stattdessen würde ein Markt etabliert werden, an dem Angebot und Nachfrage die Preisbildung bestimmt, ein besorgniserregender Gedanke.“

Ein Kulturwandel für die Krankenhäuser

Für viele Häuser ist das ambulante Operieren noch kein Kerngeschäft. Robert Messerle rät: „Die Häuser müssen sich sehr genau anschauen, welche Fälle sie ambulantisieren können. Das bedeutet eine saubere Datenanalyse. Wer kommt aktuell stationär? Welche Fälle haben kurze Verweildauern? Welche dieser Fälle können wir ambulant erbringen? Dann geht es um die Prozessanpassung: Man braucht andere Aufnahme- und Entlassungsprozesse, andere OP-Planungen, andere Nachsorgekonzepte. Da ist es wirklich wichtig, dass man Personal schult, Prozesse anpasst, Räume umwidmet. Manche Häuser machen das sehr aktiv – die stellen jetzt eigene ambulante OP-Zentren auf die Beine oder kooperieren stärker mit niedergelassenen Ärzten. Andere zögern noch, weil sie Angst haben, Erlöse zu verlieren. Aber der Trend ist klar: Wer jetzt nicht anfängt, wird später ins Hintertreffen geraten.“

Neue Versorgungsformen wie MVZs oder intersektorale Gesundheitszentren können Brücken schlagen zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich. In ländlichen Regionen sind sie auch eine Antwort auf den Fachkräftemangel. Ärzte, Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe lassen sich hier besser bündeln, Versorgungsangebote lassen sich erhalten, die sonst nicht mehr wirtschaftlich wären.

Erst am Anfang der Entwicklung steht Deutschland nach Michael Zaske bei Kooperationen zwischen ambulantem und stationärem Sektor: „Das wird in den nächsten Jahren zunehmen. Und es gibt verschiedene Möglichkeiten der Kooperation. Die eine ist das klassische Belegsystem. Das Zweite wäre der Bau eigener Versorgungszentren

> **»Damit Ambulantisierung funktioniert, muss neben der Weiterentwicklung der Vergütung auch die Durchlässigkeit der sektoralen Budgets auf regionaler Ebene erhöht werden.«**
> Martin Albrecht

> **»Ein Gamechanger bei der Ambulantisierung sollten auch die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sein. Hier ist noch vieles unklar.«**
> Martin Albrecht

oder Polikliniken, in denen klassische ambulante Leistungsanbieter und übergreifende, also ambulant stationäre Leistungsanbieter zusammenarbeiten. Die Poliklinik der Zukunft vereinbart unter ihrem Dach Angebote des lokalen Krankenhauses, Angebote von Niedergelassenen oder auch beispielsweise von KV-Eigeneinrichtungen.“

Robert Messerle fordert weitere Reformen und Schritte: „Ambulante Leistungserbringung in stationären Strukturen funktioniert nicht. Wir müssen die Strukturen anpassen, und den Krankenhäusern oder allgemein den Leistungserbringern Zeit geben, sich an diese veränderten Strukturen anzupassen, um diese veränderten Prozesse auch erbringen zu können. Wir können den Patienten nicht in den üblichen stationären Strukturen behandeln und ihn am Ende des Tages nach Hause entlassen. Wir müssen ran an die Prozesse. Die Häuser müssen ihre Strukturen anpassen. Wer heute keine ambulanten Strukturen aufbaut, wird in ein paar Jahren ein Problem haben.“

Und Martin Albrecht ergänzt: „Damit Ambulantisierung funktioniert, muss neben der Weiterentwicklung der Vergütung auch die Durchlässigkeit der sektoralen Budgets auf regionaler Ebene erhöht werden.“ Und schließlich sollten für Krankenhäuser ambulantisierte Fälle – zumindest die Hybrid-DRGs – berücksichtigt werden, wenn es um die Leistungsgruppen-Zuordnung geht, für die zukünftig sogenannte Mindestvorhaltezahlen gelten. Noch gebe es nicht miteinander verschränkte Parallelsysteme. Albrecht fordert: „Der AOP-Katalog muss weiterentwickelt werden. Ein Gamechanger bei der Ambulantisierung sollten auch die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sein. Hier ist noch vieles unklar. Die Selbstverwaltung soll hier erst noch grundlegende Vorgaben vereinbaren.“

Die Ambulantisierung ist Teil einer größeren Transformation. Ihr Ziel sind weniger stationäre Betten, dafür mehr ambulante und sektorenübergreifende Versorgung. Ohne Investitionen in die Infrastruktur wird die Reform auf halber Strecke stehen bleiben. Markus Gantert ergänzt: „Wir müssen der Bevölkerung erklären, dass Medizin heute sehr viel kann, aber das alles hat seinen Preis. Es ist schon viel Geld im System. Es bräuchte einen politischen und gesellschaftlichen Diskurs darüber, wie viel Geld in das deutsche Gesundheitssystem zukünftig kommen soll oder wie viel wir dafür ausgeben wollen. Wir haben es aufgrund des demografischen Wandels mit immer mehr kränkeren, komplexeren, multidisziplinär zu behandelnden Patient:innen zu tun.“

Für Michael Zaske gibt es keine Alternative: „Wir müssen die Effizienz und die Kooperation im System steigern. Wir brauchen mehr interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen. Wir können nicht damit rechnen, dass wir mehr Geld ins System bekommen. Wir müssen innovativer werden und auch Kapazitäten hybrid,

also ambulant und stationär nutzen müssen. Wir werden auch neue Formen ambulanter Leistungserbringung denken müssen. Und wir müssen auch die Zahl der Arztkontakte reduzieren. Beispielsweise über mehr digitale Medizin, über stärkeren Informationsfluss zwischen Arzt und Patient, auch auf digitalem Wege. Und wir müssen die Verbindungen von häuslicher Versorgung, ambulanter und stationärer Versorgung digital denken. Nicht alles kann immer und überall physisch vor Ort stehen. Wir brauchen mehr Kooperation zwischen den Akteuren. Die Megatrends heißen digital vor ambulant vor stationär: mehr digital, mehr ambulant, weniger stationär, mehr Kooperation."

> **»Wir brauchen mehr Kooperation zwischen den Akteuren. Die Megatrends heißen digital vor ambulant vor stationär: mehr digital, mehr ambulant, weniger stationär, mehr Kooperation.«**
> Michael Zaske

Hybrid-DRGs sind nicht das einzige Instrument zur Ambulantisierung

Für Michael Zaske ist das Entscheidende: „Hybrid-DRGs sind nicht das einzige Instrument zur Ambulantisierung. Es gibt noch weitere, die deutlich gangbarer und verflüssigbarer gemacht werden müssen. Der regionale Blick auf die Versorgung muss dem bisher sektoralen Blick vorangehen. Wir müssen die Möglichkeit haben, von zu erbringenden Leistungen auszugehen in der Region, wie wir es auch in Brandenburg mit unseren Versorgungsbedarfsanalysen vorgezeichnet haben." Es müsse darum gehen, zu sehen: „Was kann wer tun. Und dann muss es auch darum gehen, dass grundsätzlich das Geld der Leistung folgt. Wenn weniger stationär und mehr ambulant erbracht wird, muss auch hier das Geld der Leistung folgen. Damit es auch einen Anreiz gibt, diese Leistung zu erbringen. Sonst stehen wir vor den heutigen selbstgemachten Fallen: Jeder verharrt in seinem Budget, in seiner Planungslogik und wir kommen nicht weiter. Wir brauchen die viel zitierte Luft zum Atmen für die Regionen, um dort auch gemeinsam Leistungen sektorenübergreifend planen und erbringen zu können, aber auch vergütet zu bekommen."

Die Zukunft gehört der regionalen Versorgungsidee. Das sieht auch Michael Zaske so: „Das Krankenhaus, das auch ambulante Leistungen erbringen kann, muss nicht ein kleines Krankenhaus sein, sondern eines, das für die Region auch weitere Leistungen erbringt oder neue Formen ambulanter Leistungserbringung, die auch von Ärztenetzen, von Zusammenschlüssen von Ärztinnen und Ärzten oder im Sinne einer Poliklinik erbracht werden, die getragen werden kann, entweder von der lokalen Ärzteschaft, von der Kassenärztlichen Vereinigung selbst als Eigeneinrichtung oder von Krankenhäusern, die ihre Deckungsbeiträge auch erhöhen können durch das Verändern von stationären Fixkostenblocks hin zu schnellen, weniger aufwendigen, ambulanten Leistungserbringungen."

> **»Wir brauchen die viel zitierte Luft zum Atmen für die Regionen, um dort auch gemeinsam Leistungen sektorenübergreifend planen und erbringen zu können, aber auch vergütet zu bekommen.«**
> Michael Zaske

Die beiden Vorsitzenden der KV Berlin, Christine Wessel und Burkhard Ruppert fordern von Seiten der Politik ein klares Signal für die Ambulantisierung. Werden Leistungen von stationär nach ambulant verlagert, brauche es „eine adäquate Umverteilung der Gelder vom stationären in den ambulanten Bereich. Denn um das Potenzial der ambulanten Versorgung weiter zu stärken, muss in diesen Sektor investiert werden." Zudem brauche es „faire und nachhaltige Regelungen, wie künftig die ärztliche Weiterbildung finanziert sowie die Weiterbildungsförderung ausgeweitet werden kann: Ziel ist, dass genügend Ärzt:innen auch für die ambulante Versorgung weitergebildet werden, damit schon jetzt bestehender Mangel endlich kompensiert werden kann."

Die Positionen der Verbände

Deutsche Krankenhausgesellschaft

Die DKG unterstützt grundsätzlich die Ziele der Ambulantisierung und die Einführung von Hybrid-DRGs als sinnvolle Instrumente zur Effizienzsteigerung und Entlastung der stationären Versorgung. Sie betont jedoch, dass die Umsetzung praxistauglich, unbürokratisch und fair ausgestaltet sein müsse. Vor allem fordert sie, dass Krankenhäuser die Möglichkeit behalten, ambulante Leistungen wirtschaftlich zu erbringen – insbesondere im Rahmen eines erweiterten AOP-Katalogs (Ambulantes Operieren) (Köckerling 2025). Die DKG sieht in Hybrid-DRGs eine Chance, aber auch ein Risiko zusätzlicher Bürokratie, wenn die Sektorengrenzen nicht tatsächlich überwunden, sondern durch neue Regelungen verkompliziert werden. *(Deutsche Krankenhausgesellschaft 2022)*

Bundesärztekammer

Die BÄK kritisiert vor allem fehlende flankierende Regelungen zur Sicherung der ärztlichen Weiterbildung, da die bisherigen Voraussetzungen hierfür durch die Krankenhausreform und Ambulantisierung in Frage gestellt werden (z.B. werden verstärkt Weiterbildungsverbünde benötigt sowie arbeitsrechtliche Anpassungen).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Die KBV steht der grundsätzlichen Idee, mehr ambulante Leistungen zu ermöglichen, offen gegenüber, äußert jedoch deutliche Kritik an der konkreten Umsetzung. Sie bemängelt insbesondere den zu eng gefassten Startkatalog der Hybrid-DRGs und die aus ihrer Sicht unzureichende Vergütung ambulanter Leistungen. Zudem fordert sie eine klare und einfache Abrechnungslogik sowie eine Abgrenzung der Verantwortlichkeiten zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzt:innen. Die KBV warnt davor, dass eine unausgewogene Umsetzung zu einer Überlastung des ambulanten Sektors und zu einer Erosion der freiberuflichen Strukturen führen könnte.

Deutscher Städte- und Gemeindebund / Deutscher Landkreistag

Seitens der kommunalen Spitzenverbände steht die Frage der Versorgungssicherheit im Vordergrund. Die Verbände fordern eine Reform, die die Daseinsvorsorge in der Fläche stärkt und nicht allein ökonomische Ziele verfolgt. Während konkrete Stellungnahmen zu Hybrid-DRGs bislang fehlen, betonen sowohl der Städte- und Gemeindebund als auch der Landkreistag regelmäßig die Bedeutung tragfähiger Finanzierungsmodelle für kleinere Kliniken – insbesondere im ländlichen Raum. Ambulantisierung und Hybrid-DRGs werden hier vorrangig unter dem Aspekt bewertet, ob sie zur Stabilisierung der regionalen Versorgungsstrukturen beitragen.

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (2024). Krankenhausreform passiert den Bundesrat.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/krankenhausreform-passiert-den-bundesrat.html

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2022). DKG-Positionspapier.
https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.3_Politik/Positionen/DKG_Positionspapier_Foerderung_der_Ambulantisierung_Juni2022.pdf

Düllings, Josef (2022).
Mehr ambulant wagen. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.5._Publikationen___Downloads/3.4.1._das_Krankenhaus/das_krankenhaus_Sonderheft_2022_Politik-Duellings.pdf

GKV-Spitzenverband (2025)
https://geschaeftsbericht.gkv-spitzenverband.de/versorgungsthemen/ambulante-sektoruebergreifende-versorgung/hybrid-drg

Schreyögg, Jonas (2024).
ESV – Einheitliche, sektorengleiche Vergütung. https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/esv.329

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024).
Hybrid-DRG – Spezielle sektorengleiche Vergütung. https://www.kbv.de/praxis/abrechnung/ambulantes-operieren/hybrid-drg

Köckerling, Ferdinand; Kalbe, Peter; Bartkowski, Rolf; Witzigmann, Helmut; Uhl, Waldemar Helmut; Meyer, Hans-Joachim (2025). Einführung der Hybrid-DRGs – Erfolge und Fallstricke aus Sicht der Kliniken.
https://www.bdc.de/einfuehrung-der-hybrid-drgs-erfolge-und-fallstricke-aus-sicht-der-kliniken/

Scheller-Kreinsen, David (Hrsg.); Klauber, Jürgen; Wasem, Jürgen; Beivers, Andreas; Mostert, Carina (2024). Krankenhaus-Report 2024.
https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-68792-5_8

Statistisches Bundesamt (2024). Gesundheit auf einen Blick: OECD-Indikatoren.
https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Internationales/Thema/bevoelkerung-arbeit-soziales/gesundheit/gesundheit_auf_einen_blick.html

Töpfer, Änne (2025). OP ohne Klinikaufenthalt: Sektorengleiche Fallpauschalen fördern die Ambulantisierung.
https://www.aok.de/pp/gg/versorgung/ambulantisierung/

Wosnitzka, Daniel (2024). Presse-Statement zum § 115f SGB V im KHVVG:
„Bei Ambulantisierung nicht bremsen, sondern Gas geben".
https://www.zi.de/fileadmin/Downloads/Service/Medien/MI/Statement_KHVVG_2024-10-11.pdf

»Die Krankenhausreform kann dann ein Erfolg werden, wenn die Ambulantisierung gelingt.«

Martin Albrecht

Über Gesundheitsstadt Berlin

Gesundheitsstadt Berlin ist als gemeinnütziger Verein eine interdisziplinäre Plattform für die Akteure des Gesundheitswesens in der Metropolregion Berlin und Brandenburg mit überregionaler Impulswirkung für die gesamte Republik. Der Verein setzt sich für nachhaltige Lösungen zu zentralen Herausforderungen des Gesundheitswesens und zur Förderung von Public Health ein.

Wir organisieren Arbeitskreise, Foren, Kongresse sowie medizinische Fachveranstaltungen und setzen öffentlich geförderte Forschungsprojekte um. Wir setzen uns für die körperliche und psychische Gesundheit der Bevölkerung in der Metropolregion Berlin und Brandenburg ein (Public Health) und fördern Vernetzung und Kooperationen von allen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern durch Bündelung und Koordinierung von Initiativen und Aktivitäten in der Region. Wir stärken das Bewusstsein in Wirtschaft, Wissenschaft und Öffentlichkeit für die öffentliche Gesundheitspflege (Public Health).

Wir berichten über die Bedeutung der medizinischen Forschung.

Wir vernetzen die Gesundheitswissenschaft und die medizinische Forschung im Sinne der Translation mit den Akteuren der Versorgung.

Wir bringen Startups und Gründerinnen und Gründer mit Unternehmen aus der Gesundheitswirtschaft zusammen.

www.gesundheitsstadt-berlin.de

gesundheitsstadt
berl!n
das netzwerk
für berlin-brandenburg