

Faktencheck: Versorgungsanteile ambulanter und stationärer Versorgung

KBV-Behauptungen halten einer sachlichen Überprüfung nicht stand

In den letzten Monaten war es immer wieder zu hören und zu lesen: Vertreter der Vertragsärzte – allen voran die KBV – behaupten, dass 97 % der Behandlungsfälle in Deutschland von den niedergelassenen Ärzten behandelt würden. Dafür erhielten sie lediglich 16 % der GKV-Leistungsausgaben. Umgekehrt entfielen nur 3 % der Behandlungsfälle auf die Kliniken, die dafür 33 % der Leistungsausgaben erhielten. Offensichtlich ist die Quelle dieser Behauptungen das KBV-Positionspapier „Ambulant passgenau versorgt“ vom Mai 2025, das auf Seite 2 entsprechende Behauptungen enthält. In einigen Interviews und Presseartikeln gehen Funktionäre aus dem vertragsärztlichen Bereich unter Hinweis auf diese Behauptung noch einen Schritt weiter und fordern eine Senkung der Krankenhausvergütung zugunsten der Vertragsärzte. Solche Äußerungen lösen anfangs vielleicht noch ein mildes Lächeln und Kopfschütteln aus. Was da zum Ausdruck gebracht wird, ist einfach zu absurd. Das kann doch niemand ernsthaft vertreten. Aber man hört es immer wieder! Offensichtlich soll mit diesen Zahlen tatsächlich „Politik gemacht werden“. Nach dem Motto: Hier die „armen Vertragsärzte“, dort die „überfinanzierten Krankenhäuser“. Es ist höchste Zeit, die beiden Behauptungen einem Faktencheck zu unterziehen.

Behauptung 1: Die Krankenhäuser erhalten 33 % der GKV-Leistungsausgaben, die Vertragsärzte dagegen „nur“ 16 %

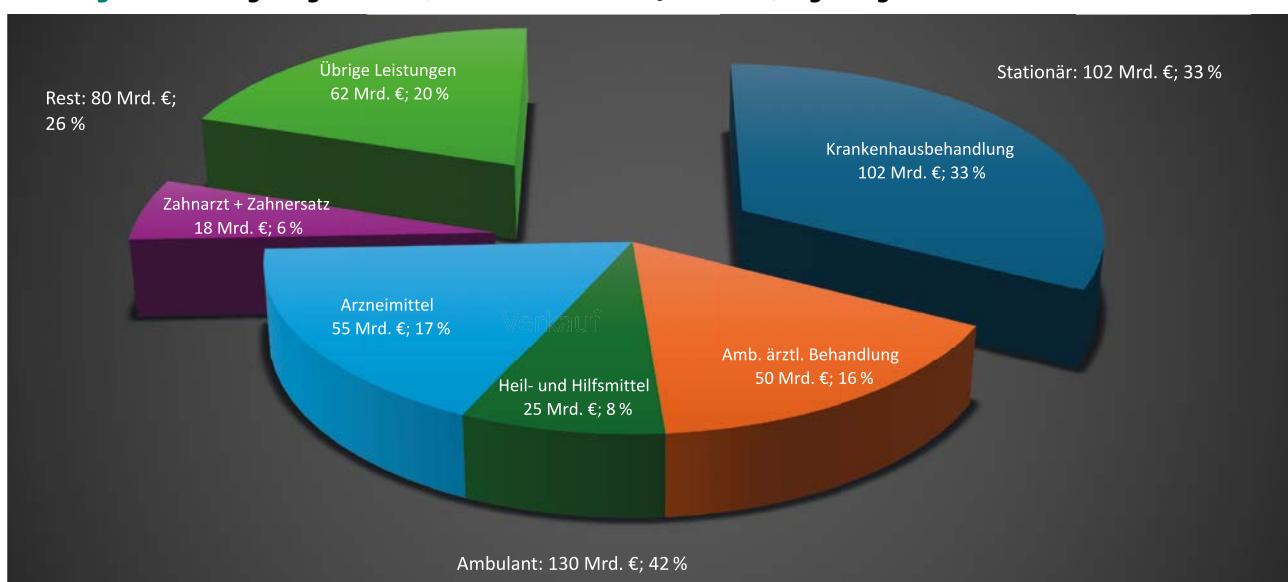
Diese Behauptung ist so alt wie die GKV-Statistik selbst und wurde bereits vielfach widerlegt. Dies soll hier gerne noch ein-

mal wiederholt werden: Wenn man den 16-prozentigen Anteil der vertragsärztlichen Ausgaben mit dem 33-prozentigen Anteil der Krankenhausausgaben vergleicht, ist das ein Bilderbuchbeispiel für einen Vergleich von „Äpfeln mit Birnen“. Denn in den 33 % der Krankenhausausgaben sind auch die (erheblichen) Ausgaben für Arzneimittel der stationären Patienten und andere Kostenfaktoren enthalten. In den 16 % Ausgaben für vertragsärztliche Leistungen sind diese Ausgaben hingegen nicht enthalten, sondern werden in der Statistik separat aufgeführt. Für einen fairen Vergleich müssen die vertragsärztlichen Ausgaben zusammen mit den Ausgaben betrachtet werden, die durch die von ihnen verordneten Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsmittel verursacht werden. Auf Basis der GKV-Finanzergebnisse für 2024 ergeben sich dann die folgenden Zahlen:

- GKV-Leistungsausgaben: 312 Mrd. €
- Krankenhausausgaben: 102 Mrd. € (33 % Ausgabenanteil)
- Ausgaben Vertragsärztlicher Bereich: 130 Mrd. € (42 % Ausgabenanteil)
- (Ärztliche Behandlung: 50 Mrd. € (16 %), Arzneimittel: 55 Mrd. € (18 %), Heil-/Hilfsmittel: 25 Mrd. € (8 %))

Daher gilt: Wenn an die Berechnung des GKV-Ausgabenanteils für die Vertragsärzte die gleichen Kriterien angelegt werden wie für die Krankenhäuser, beträgt der GKV-Ausgabenanteil im vertragsärztlichen Bereich 42 %. Dieser Anteil kann dem Krankenhausausgabenanteil von 33 % gegenübergestellt werden.

Abbildung: GKV-Leistungsausgaben 2024, Gesamt: 312 Mrd. € (Quelle: BMG, Angaben gerundet)



Behauptung 2: Die Vertragsärzte behandeln 97 % der Behandlungsfälle, die Krankenhäuser nur 3 %

Hier wird es richtig spannend: Die KBV vergleicht eine Behandlung im Krankenhaus mit einer Behandlung im vertragsärztlichen Bereich. Dabei sind Krankenhausbehandlungen offenbar die Krankenhausfälle. Die amtliche Statistik weist für Deutschland im Jahr 2024 17,55 Millionen Fälle aus. Doch was wird diesen gegenübergestellt? Die KBV gibt für die Vertragsärzte 600 Mio. Behandlungsfälle an. Setzt man diese beiden Zahlen ins Verhältnis, ergibt sich ein Verhältnis von 97 % zu 3 %. So rechnet die KBV also offenbar. Doch jedem Schüler ist nach ein paar Stunden Statistik klar, dass eine seriöse statistische Auswertung voraussetzt, dass nur vergleichbare Dinge verglichen werden. Nur dann wäre es gerechtfertigt, die beiden Werte ins Verhältnis zu setzen und im nächsten Schritt von der Verteilung der Behandlungsfälle auf eine gerechte oder ungerechte Finanzverteilung zu schließen.

Die Frage ist also: Lässt sich ein Krankenhausfall mit einem „Behandlungsfall“ gemäß der Definition der KBV vergleichen? Das ist extrem schwierig. Krankenhäuser und Vertragsärzte haben unterschiedliche Aufgaben in unserem Gesundheitssystem. Häufig geht es dabei um ganz verschiedene Versorgungssituationen.

Aber nachdem die KBV das tut und damit offensichtlich Politik machen will, muss zur Überprüfung zumindest eine Abschätzung erfolgen. Um sich einer Bewertung anzunähern, wird die Zeit betrachtet, die jeweils für die Behandlung des Patienten aufgewendet wird. Für die 17,55 Mio. Krankenhausfälle weist das Statistische Bundesamt eine durchschnittliche Verweildauer von 7,1 Tagen aus. Was lässt sich zu den vertragsärztlichen Behandlungsfällen sagen? Die Veröffentlichung der KBV enthält den Hinweis, dass im vertragsärztlichen Bereich 3,85 Mio. Patientenkontakte pro Tag (inkl. Notfallbehandlungen) stattfinden. Rechnet man das auf ein Jahr (365 Tage) hoch, ergibt sich ein Wert von 1 405,25 Mio. Patientenkontakten pro Jahr.¹⁾

Die genannten 600 Mio. vertragsärztlichen Behandlungsfälle beinhalten also wohl 1 405,25 Mio. Patientenkontakte. Oder anders ausgedrückt: Auf jeden vertragsärztlichen Behandlungsfall entfallen $1\ 405,25/600 = 2,3$ Patientenkontakte.

Eine internationale Studie aus dem Jahr 2017 hat ergeben, dass der durchschnittliche ambulante Patientenkontakt in der hausärztlichen Versorgung in Deutschland eine Dauer von 7,6 Minuten hat.²⁾ Weil keine Daten für die gesamte vertragsärztliche Versorgung vorliegen, wird diese Zahl verwendet.³⁾ Auf einen Behandlungsfall nach KBV-Definition entfällt somit dann eine Behandlungszeit von $2,3 \times 7,6 = 17,5$ Minuten.

Damit die Argumentation der KBV stichhaltig ist, müsste man einem Krankenhausbehandlungsfall mit 10 224 Minuten Behandlungszeit (das entspricht 7,1 Tage x 24 Stunden x 60 Minuten) die gleiche Wertigkeit geben wie einem „vertragsärztlichen Behandlungsfall“ mit 17,5 Minuten Patienten-

kontakt. Anders ausgedrückt: Eine Behandlungsminute im ambulanten Bereich muss 584 Krankenhausbehandlungsminuten (= 10 224/17,5) gleichgestellt werden, damit die Behauptung der KBV trügt.

Wenn man den Sachverhalt bis zum Ende durchdenkt, kann man die aufsummierten Zahlen betrachten:

- 600 Millionen ambulante Behandlungsfälle ergeben 10 500 Mio. Minuten medizinischer Leistung.
- Die 17,55 Millionen stationären Fälle hingegen stehen für über 179 000 Mio. Minuten.

Diese Zahlen sprechen für sich.

Absurde Vorstellung: Eine Behandlungsminute in einer vertragsärztlichen Praxis müsste den gleichen Wert haben wie 584 Behandlungsminuten im Krankenhaus, damit die Behauptung der KBV zulässig ist.

584 : 1

Diskussion

Natürlich müssen auch für die vorgenannten Berechnungen und Abschätzungen Annahmen gemacht werden. Deshalb soll kurz darauf eingegangen werden, wie die Ergebnisse auf Veränderungen der Annahmen reagieren: Zugunsten der Krankenhäuser könnte zum Beispiel zusätzlich berücksichtigt werden, dass in den Kliniken eine extrem aufwendige Infrastruktur Tag und Nacht für die Patienten bereitgehalten wird, womit eine stärkere Gewichtung der Krankenhauszeit begründet werden könnte. Auch wurde in der obigen Berechnung die stetig steigende Anzahl der ambulanten Patientenkontakte durch die Krankenhäuser – nach Angaben des statistischen Bundesamtes immerhin 35 Mio. Fälle – nicht berücksichtigt. Schließlich wurde – zu Gunsten der KBV – die Zahl der Patientenkontakte mit der Anzahl der Kalendertage hochgerechnet, obwohl es Hinweise gibt, dass die KBV mit Arbeitstagen (250 Tage/Jahr) gerechnet hat. Wenn man dies alles berücksichtigen würde, würde die Diskrepanz zu Gunsten der Krankenhäuser noch größer, die Zahl 584 deutlich erhöht. Zu Gunsten der Vertragsärzte könnte eingebracht werden, dass die hier berechnete Krankenhaus-Behandlungszeit auch Ruhezeiten der Patienten enthält, in denen sie „nur“ überwacht werden. Es könnten zum Beispiel statt 24 Stunden pro Verweildauertag nur acht Stunden in die Berechnung eingehen.

Insgesamt hat der Autor eine „mittlere Variante“ der möglichen Annahmen gewählt. Veränderungen würden daher am qualitativen Ergebnis nur wenig ändern. Es bliebe auch weiterhin dabei: Man bleibt himmelweit davon entfernt, die „97 % – 3 % – Behauptung“ der KBV sachlich belegen zu können.



Fazit

In den Krankenhausausgaben sind Ausgabenpositionen enthalten, die in der GKV-Statistik getrennt von den Ausgaben der vertragsärztlichen Behandlung aufgeführt werden. So enthält die GKV-Statistik bei den Krankenausgaben auch in erheblichem Umfang Ausgaben für – häufig innovative, und damit hochteure – Arzneimittel. Wenn man diese Ungleichbehandlung korrigiert und die Kosten der ambulantärztlichen Versorgung zusammen mit den ambulanten Arzneimittelkosten betrachtet, kommt man schon zu einem Ausgabenanteil des Vertragsärztlichen Bereichs, der über dem Ausgabenanteil der Krankenhäuser liegt. Die Diskrepanz wird noch größer, wenn man die Heil- und Hilfsmittel ebenfalls einbezieht.

Es zeigt sich weiter, dass die Behauptung zu den Behandlungsanteilen sachlich nicht annähernd begründet werden kann. Wie gesagt geht es hier nicht um eine exakte Berechnung. Selbstverständlich ist eine Behandlungsminute im Krankenhaus nicht 1:1 mit einer Behandlungsminute im vertragsärztlichen Bereich gleichzusetzen. Aber die Zahlen machen schon sehr deutlich, was in den Kliniken an 365 Tagen im Jahr rund um die Uhr geleistet wird. Jeder halbwegs neutral auf diese Sache blickende Mensch dürfte erkennen, dass der von der KBV gewählte Vergleich völlig unzutreffend ist. Die Bezeichnung als „Äpfel-Birnen-Vergleich“ ist dabei noch eine drastische Verneidlichung. Wer dennoch behauptet, der stationäre Bereich behandle lediglich 3 % Behandlungsfälle und der vertragsärztliche Bereich 97 %, argumentiert nicht nur unseriös, sondern auch bewusst irreführend.

An alle, die die 97 %- bzw. 3 %-Argumentation bisher vertreten haben, geht der Appell: Anstatt solche Behauptungen aufzustellen und dadurch vermeintliche Gegensätze zu produzieren, sollten wir uns darauf besinnen, dass Krankenhäuser und Vertragsärzte wechselseitig auf eine gute Zusammenarbeit angewiesen sind und lieber überlegen, wie wir die Versorgung der Menschen in diesem Land in Zukunft noch gewährleisten können. Ich bin überzeugt: Das werden wir nur gemeinsam schaffen!

Anmerkungen

- 1) Zugunsten der KBV wird angenommen, dass die Anzahl der Patientenkontakte durch 365 Tage geteilt wurde und nicht durch die Anzahl der Arbeitstage. Würde letzteres zutreffen, müsste mit 250 Tagen multipliziert werden und man müsste dann anstatt mit 1405,25 Mio. Patientenkontakten nur mit 962,5 Mio. Patientenkontakten weiter rechnen.
- 2) <https://bmjopen.bmjjournals.org/content/7/10/e017902>
- 3) Wie später gezeigt wird, sind die Ergebnisse so robust, dass sich die qualitativen Ergebnisse selbst dann nicht ändern, wenn durch die Einbeziehung der Fachärzte eine deutliche Erhöhung – zum Beispiel eine Verdoppelung – der Patientenkontaktzeit eintreten würde.

Anschrift des Verfassers

Matthias Einwag, Hauptgeschäftsführer, BWKG Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V.

Die Pflege im Fokus

Die **PFLEGE PLUS 2026** in Stuttgart bietet **Pflegeprofis** neue Impulse, wichtige Fortbildungsinhalte und ein breites Ausstellungsportfolio. Die attraktive **Kombination aus Fachmesse und Kongress** ist die optimale Gelegenheit für Austausch und Weiterbildung.

Informieren Sie sich unter anderem zu den Themen:



Der PFLEGE KONGRESS FÜR ALTERN- UND KRANKENPFLEGE powered by Thieme bietet mit seinen beiden Strängen Management und Fachpersonal mit verschiedenen Veranstaltungen an drei Tagen Entscheiderinnen und Entscheidern, Führungskräften und Pflegefachkräften umfangreiche Weiterbildungschancen.



Ein attraktives Rahmenprogramm, renommierte Impulsgebende und hochkarätige Referenten.



Ihre Karriere im Mittelpunkt bei der PFLEGE PLUS.



Interaktiv und praxisnah gibt es aktuelle Trends und Themen zu entdecken.



Die Plattform für Gründerinnen & Gründer der Pflegebranche.


PFLEGE
PLUS
 FACHMESSE FÜR
 DEN PFLEGEMARKT
 MIT KONGRESS

05.–07. MAI 2026
MESSE STUTTGART