BERUFSVERBAND DEUTSCHER ANÄSTHESISTINNEN UND ANÄSTHESISTEN

BDA • Leipziger Platz 15 • 10117 Berlin

Referat für Gesundheitspolitik

Telefon: 030 / 398 40 700
E-Mail: gesundheitspolitik@bda-ev.de

Ambulantes Operieren stärken – Anästhesie verlässlich einbinden

Probleme und Lösungsvorschläge des Berufsverbandes Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. (BDA)

Kernbotschaft

Ambulantisierung gelingt nur, wenn die notwendige Anästhesie verfügbar, angemessen vergütet und rechtssicher organisiert ist. Ein fremdgesteuertes Budget, eine intransparente Verteilung der Vergütung und sozialversicherungsrechtliche Risiken dürfen die Anästhesiologie nicht zum Engpass der ambulanten Versorgung machen.

Ausgangslage

Der BDA unterstützt das Ziel, geeignete Eingriffe aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu verlagern. Ambulante Operationen entlasten Krankenhauskapazitäten, vermeiden stationäre Aufenthalte und setzen Ressourcen wirtschaftlicher ein. Über den geeigneten Versorgungsweg müssen jedoch medizinische Kriterien entscheiden, nicht vorrangig

finanzielle Vorgaben. Die Kontextfaktoren im AOP-Katalog und bei den Hybrid-DRG nach § 115f SGB V bilden das individuelle Risiko und den tatsächlichen Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten bislang nur unzureichend ab. Die Entscheidung gehört deshalb in die gemeinsame Verantwortung von operativem und anästhesiologischem Fachgebiet: Die Operateurin oder der Operateur beurteilt Art und Umfang des Eingriffs, die Anästhesistin oder der Anästhesist bewertet Begleiterkrankungen, anästhesiologisches Risiko sowie den intra- und postoperativen Überwachungsbedarf. Anästhesistinnen und Anästhesisten stellen zwar nicht die Indikation und können die Zahl der Eingriffe nicht steuern. Ob eine Behandlung ambulant, in einer sektorenübergreifenden Einrichtung oder stationär stattfindet, muss aber wesentlich von ihrer Einschätzung abhängen.

Probleme, Folgen und Lösungsvorschläge

1. Budgetierung macht die Anästhesie zum Flaschenhals

Problem: Leistungen des ambulanten Operierens einschließlich der Anästhesie werden bislang außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und damit ohne Mengenbegrenzung vergütet. Werden sie in die MGV einbezogen, unterliegen auch die anästhesiologischen Leistungen einer Mengenbegrenzung. Anästhesistinnen und Anästhesisten versorgen jedoch zahlreiche operative und interventionelle Fachgebiete, stellen die Indikation nicht selbst und können die Zahl der Eingriffe daher nicht steuern. Ihr Budget begrenzt damit faktisch die ambulante Leistungsmenge aller Fachgebiete, mit denen sie zusammenarbeiten.

Folge: Ist das anästhesiologische Vergütungsvolumen ausgeschöpft, müssen medizinisch mögliche ambulante Eingriffe verschoben, abgesagt oder wieder stationär erbracht werden, obwohl OP-Kapazitäten frei und die Budgets der Operateure gegebenenfalls noch nicht ausgeschöpft sind. Ein Wechsel zu anderen Anästhesisten ist kaum möglich, weil eingespielte Kooperationen nicht beliebig austauschbar sind.

Lösungsvorschlag: Anästhesiologische Leistungen bei ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffen sind von der Budgetierung auszunehmen. Dazu sollte § 87d Abs. 4 Satz 1 SGB V um einen entsprechenden Ausnahmetatbestand ergänzt werden.

2. Kinder und Menschen mit Behinderungen sind besonders gefährdet

Problem: Kleine Kinder sowie Menschen mit geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie können häufig nur in Allgemeinanästhesie behandelt werden. Gerade in der Zahnmedizin bestehen schon heute Versorgungsengpässe, und medizinisch sachgerechte stationäre Alternativen fehlen weitgehend. Zusätzlicher Behandlungsbedarf entsteht unter anderem durch die Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH), von der nach der aktuellen Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS 6, 2025) etwa jedes siebte zwölfjährige Kind betroffen ist. Bei schwereren Ausprägungen können schmerzhafte und aufwendige Behandlungen bis hin zu Füllungen oder Überkronungen erforderlich werden. Insbesondere bei jüngeren oder nur eingeschränkt kooperationsfähigen Kindern kann dies eine Behandlung in Allgemeinanästhesie notwendig machen. Eine Budgetierung der dafür erforderlichen Anästhesieleistungen würde die bestehenden Versorgungsengpässe weiter verschärfen.

Folge: Budgetgrenzen können dazu führen, dass notwendige Behandlungen nicht oder zu spät stattfinden. Der bestehende Schutz nach § 87b Abs. 2 SGB V löst dieses Problem nicht. Er untersagt den Kassenärztlichen Vereinigungen lediglich, diese Leistungen über den Honorarverteilungsmaßstab zu begrenzen oder zu mindern, stellt aber kein zusätzliches Honorarvolumen bereit. Innerhalb eines gedeckelten Topfes geht die ungekürzte Vergütung dieser Fälle zulasten der übrigen anästhesiologischen Leistungen. Der Druck auf die Versorgung verlagert sich damit, er verschwindet nicht.

Lösungsvorschlag: Ist eine Vergütung aller anästhesiologischen Leistungen bei ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffen außerhalb der MGV nicht durchsetzbar, müssen zumindest die notwendigen Anästhesieleistungen bei ambulanten Operationen und vertragszahnärztlichen Behandlungen von Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr sowie von Menschen mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie vollständig außerhalb der MGV und ohne Mengenbegrenzung vergütet werden. § 87d Abs. 4 Satz 1 SGB V sollte dafür einen ausdrücklichen Ausnahmetatbestand enthalten. Ein bloßer Schutz vor Begrenzung durch den Honorarverteilungsmaßstab genügt nicht.

3. Geringes Einsparpotenzial steht einem hohen Versorgungsrisiko gegenüber

Problem: Die Budgetierung zielt auf einen kleinen Ausgabenbereich. Auf das ambulante Operieren entfielen 2024 rund 3,52 Mrd. Euro, also 1,08 Prozent der GKV-Ausgaben[1]. Der

[1] Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Gesetzliche Krankenversicherung – Endgültige Rechnungsergebnisse 2024 (KJ1), Konten 04010 und 04620. Eigene Berechnung.

gesamte KV-Honorarumsatz der Anästhesiologie über alle Leistungsbereiche lag 2023 bei rund 608 Mio. Euro[2]. Der Teil, den die geplante Budgetierung tatsächlich erfasst, ist nochmals kleiner.

Folge: Dem begrenzten Einsparpotenzial stehen erhebliche Risiken gegenüber: für den Zugang zur ambulanten Versorgung, für die Auslastung vorhandener OP-Kapazitäten und für die politisch gewollte Ambulantisierung insgesamt.

Lösungsvorschlag: Eine Folgenabschätzung muss neben dem unmittelbaren Honorarvolumen auch die Mehrkosten berücksichtigen, die durch Rückverlagerungen in die teurere stationäre Versorgung entstehen. In dieser Gesamtbetrachtung ist die Budgetausnahme für die notwendige Anästhesie auch wirtschaftlich geboten.

4. Hybrid-DRG: Vergütungsniveau sichern und transparente Verteilung gewährleisten

Problem: Die Hybrid-DRG haben die Verlagerung geeigneter Eingriffe in den ambulanten Bereich spürbar vorangebracht und sparen schon heute erhebliche Kosten gegenüber einer stationären Behandlung. Eine schrittweise Absenkung der Vergütung auf das EBM-Niveau bis 2030 würde diese Entwicklung gefährden. Die geltenden Konvergenzregeln tragen dem Umstand Rechnung, dass auch im vertragsärztlichen Bereich aufwendige Leistungen mit hohen Personal-, Sach- und Vorhaltekosten sowie gegebenenfalls einer erforderlichen Übernachtung erbracht werden. Zusätzlich wird die Umsetzung der Hybrid-DRG durch sozialversicherungsrechtliche Unsicherheiten erschwert. Die hierfür notwendigen Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten können trotz ihrer gesetzlichen Verankerung als abhängige Beschäftigung und damit als vermeintliche Scheinselbstständigkeit eingestuft werden. Das damit verbundene Risiko rückwirkender Beitragsforderungen und weiterer Haftungsfolgen kann Leistungserbringer davon abhalten, solche Kooperationen einzugehen, und die mit den Hybrid-DRG angestoßene Ambulantisierung zusätzlich bremsen.

Folge: Eine Absenkung auf EBM-Niveau würde komplexeren ambulanten Leistungen die wirtschaftliche Grundlage entziehen und die gerade begonnene Ambulantisierung bremsen. Fehlende verbindliche Verteilungsregeln verlagern zudem das Vergütungsrisiko auf die Anästhesie, machen sie vom abrechnenden Partner abhängig und nehmen ihr die Planungssicherheit. Solange die beteiligte Anästhesistin oder der beteiligte Anästhesist nicht benannt werden muss, lässt sich außerdem nicht verlässlich prüfen, wer die Anästhesie erbracht hat und ob eine Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung besteht.

---

[2] Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Honorarberichte 1.–4. Quartal 2023, Fachgruppe Anästhesiologie; Jahreswert 607,7 Mio. Euro als Summe der vier Quartalswerte. Eigene Berechnung.

Lösungsvorschlag: Eine Absenkung der Hybrid-DRG auf EBM-Niveau bis 2030 lehnt der BDA ab. Die Vergütung muss die personellen, sachlichen und organisatorischen Anforderungen der sektorenübergreifenden Versorgung weiterhin abbilden und auch aufwendige ambulante Behandlungen einschließlich einer erforderlichen Übernachtung tragen. Vertragsärztlich erbrachte Hybrid-DRG-Leistungen sollten verpflichtend über die Kassenärztliche Vereinigung oder eine beauftragte Abrechnungsstelle abgerechnet werden. Diese setzt die vereinbarte Aufteilung automatisch um und zahlt die Anteile direkt an die jeweiligen Leistungserbringer aus. Damit entfällt auch der Anschein einer abhängigen Vergütung durch den Abrechnungspartner. Alle beteiligten Ärztinnen und Ärzte, insbesondere die Anästhesistin oder der Anästhesist, sind mit ihrer lebenslangen Arztnummer (LANR) in der Abrechnung anzugeben. So werden Leistungserbringung, Teilnahmeberechtigung und Verteilung der Vergütung transparent und überprüfbar.

5. Sozialversicherungsrecht gefährdet gesetzlich gewollte Kooperationen

Problem: Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sieht der Gesetzgeber für das ambulante Operieren, die Hybrid-DRG und sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen ausdrücklich vor. Trotzdem droht bei Statusfeststellungsverfahren und Betriebsprüfungen die Einstufung als abhängige Beschäftigung. Die jüngere Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hat diese Rechtsunsicherheit weiter verschärft.

Folge: Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern drohen rückwirkende Beitragsforderungen, Haftungsrisiken und aufwendige Teilanstellungsmodelle. Kooperationen werden deshalb gar nicht erst eingegangen oder wieder beendet, und der ärztliche Personaleinsatz verliert an Flexibilität. Das erschwert die gesetzlich gewollte Ambulantisierung im Versorgungsalltag. Die gesetzliche Rentenversicherung gewinnt dadurch in der Regel wenig: Ärztinnen und Ärzte sind meist von der Rentenversicherungspflicht befreit und zahlen stattdessen in ihr berufsständisches Versorgungswerk ein. Die derzeitige Rechtslage erzeugt so vor allem Bürokratie sowie rechtliche und finanzielle Risiken, ohne die Rentenversicherung zu stärken.

Lösungsvorschlag: Im SGB IV sollte klargestellt werden, dass ärztliche Tätigkeiten in gesetzlich vorgesehenen Kooperationsformen keine abhängige Beschäftigung begründen und die Einnahmen daraus beitragsfrei bleiben. Flankierend sollte das SGB V niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten ermöglichen, ihre Leistungen in solchen Kooperationen selbst nach dem EBM gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen. Im SGB VI sollte die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht für diese Tätigkeiten als erteilt gelten. Das erspart Einzelfallanträge und macht Kooperationen rechtssicher.

Prioritäten für das politische Verfahren

1. Vollständige Budgetausnahme für die notwendige Anästhesie bei ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffen.
2. Hilfsweise: Vergütung außerhalb der MGV ohne Mengenbegrenzung zumindest für die Anästhesie bei Kindern und bei Menschen mit mangelnder Kooperationsfähigkeit.
3. Keine Absenkung der Hybrid-DRG auf EBM-Niveau; Abrechnung über die KV mit direkter Auszahlung der Anteile und Ausweis der Anästhesistin oder des Anästhesisten per LANR.
4. Gesetzliche Rechtssicherheit für selbstständige ärztliche Kooperationen zwischen ambulantem und stationärem Sektor.
5. Vergütung, Abrechnung und Sozialversicherungsrecht so aufeinander abstimmen, dass sie die Ambulantisierung gemeinsam tragen.

Konkrete gesetzliche Ansatzpunkte

Regelungsbereich	Problem	BDA-Ansatz
§ 87d Abs. 4 SGB V	Budgetierung notwendiger Anästhesieleistungen	Ausnahme für Anästhesie bei ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffen (§ 87d Absatz 4 Satz 1 SGB V ist um folgende Nummer zu ergänzen: „5. Anästhesiologische Leistungen, die im Zusammenhang mit ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffen erbracht werden.“); hilfsweise Ausnahme für Kinder und Menschen mit mangelnder Kooperationsfähigkeit
§ 115f SGB V	Absenkung auf EBM-Niveau; intransparente Verteilung der Hybrid-DRG	Vergütungsniveau erhalten; verpflichtende Abrechnung über KV/Dritte; direkte Auszahlung der Anteile; Ausweis aller Beteiligten per LANR
SGB IV / V / VI	Statusrisiken für sektorübergreifende Kooperationen	Beschäftigungsausschluss, eigenständige EBM-Abrechnung und fingierte Rentenversicherungsbefreiung

Schlussfolgerung

Wer ambulantes Operieren stärken will, muss die notwendige Anästhesie absichern. Dazu gehören eine bedarfsgerechte Vergütung ohne fremdgesteuerte Mengenbegrenzung, eine transparente Verteilung sektorenübergreifender Fallpauschalen und rechtssichere Kooperationsmodelle. Nur so kann die Anästhesiologie ihre Schlüsselfunktion für eine sichere und verlässliche Ambulantisierung erfüllen.