



Berufsverband
für Arthroskopie e.V.

BVASK e. V., Breite Straße 96, 41460 Neuss

Bundesministerium für Gesundheit
Frau
Bundesministerin Nina Warken
Mauerstraße 29
10117 Berlin

Priv.-Doz.
Dr. med. Ralf Müller-Rath
1. Vorsitzender

Breite Straße 96
41460 Neuss
Tel.: +49 (0) 2131 51 25 722
Fax: +49 (0) 2131 25 412

mail@bvasc.de
www.bvasc.de

Neuss, 20.04.2026

Sehr geehrte Frau Ministerin,

Der Berufsverband für Arthroskopie (BVASK) vertritt die Belange der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, welche minimal-invasive Gelenkchirurgie (Arthroskopien) durchführen. Nahezu alle gelenkerhaltenden Operationen in der Orthopädie und Unfallchirurgie werden heutzutage in arthroskopischer Technik durchgeführt.

Hiermit nehmen wir Stellung zum Referentenentwurf für das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz in der uns vorliegenden Fassung vom 16.04.2026.

Wir unterstützen grundsätzlich Maßnahmen, welche die Finanzierbarkeit unseres Gesundheitssystems stabilisieren. Es ist nachvollziehbar, dass alle Beteiligten hierzu einen fairen Beitrag leisten, auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Wir sehen in den aktuell vorgesehenen Sparmaßnahmen diesen fairen Lastenausgleich jedoch nicht gewahrt.

Die Einführung des neuen §87d in Verbindung mit Änderungen in §87a Abs. 3 SGB V führt dazu, dass ambulante Operationen im Vertragsarztsektor in Zukunft nicht mehr extrabudgetär vergütet werden. Das Ausgabenniveau soll auf Basis des Jahres 2025 eingefroren werden. In der Folge werden für ambulant operierende Praxen, Tageskliniken und Praxiskliniken die Leistungsmengen budgetiert und die Honorare abgesenkt.

Krankenhäuser sind von einer solchen Budgetierungsmaßnahme ausgenommen und können weiterhin unbegrenzt ambulante Operationen nach §115b SGB V erbringen. Diese Ungleichbehandlung setzt strukturelle Fehlanreize und steht auch dem Programm der CDU/CSU entgegen. Hier heißt es:

„Die stationäre Versorgung mit einer flächendeckenden Grund- und Regelversorgung insbesondere im ländlichen Raum sowie der erforderlichen Konzentration von spezialisierten Leistungen denken wir zusammen mit der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung sowie den Leistungen der anderen Gesundheitsberufe, die mehr Verantwortung für die Versorgung übernehmen sollen.“

Dieses politische Bekenntnis Ihrer Partei zur fachärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte hebeln Sie mit dem vorliegenden Gesetzentwurf aus.

Ambulantes Operieren wird bisher als förderwürdige und damit extrabudgetäre Leistung eingestuft, weil der Anteil ambulanter Operationen in Deutschland bekanntermaßen im internationalen Vergleich zu gering ist. Die rechtlichen Grundlagen hierfür sind durch entsprechende Beschlüsse des Bewertungsausschusses gemäß §87a Abs. 3 SGB V geschaffen worden. Durch die von Ihnen geplanten Gesetzesänderungen werden die Befugnisse und Entscheidungsgrundlagen für den Bewertungsausschuss wesentlich verengt. Das Kriterium der Förderwürdigkeit entfällt und damit ist die Möglichkeit zur extrabudgetären Vergütung ambulanter Operationen faktisch nicht mehr gegeben.

Der Grund für die Förderung dieser Leistung, nämlich die Ambulantisierung unnötig stationär erbrachter Leistungen, ist jedoch nicht entfallen!

In einer aktuellen Studie hat das wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) ein Ambulantisierungspotenzial von 60% ermittelt. Die Ambulantisierung unnötig stationär durchgeführter Operationen ist eines der wesentlichen Transformationsprojekte im deutschen Gesundheitswesen. Der Krankenhaussektor setzt trotz diverser gesetzgeberischer Maßnahmen jedoch weiterhin auf stationäre Operationen. Den ca. 2 Mio ambulanten Operationen nach §115b stehen ca. 16 Mio stationäre Operationen gegenüber. Anhand von AOK-Daten wurde gezeigt, dass selbst nach Einführung der sektorübergreifenden Vergütung (Hybrid-DRG) „ein hoher Anteil der Fälle mit einer Übernachtung im Krankenhaus verbleibt“. Obwohl die stationäre Unterbringung unwirtschaftlich ist, haben Krankenhäuser also vielfach auf ambulante Leistungserbringung verzichtet. Der Grund hierfür ist, dass im Krankenhaussektor die Strukturen für die dringend notwendige Ambulantisierung schlicht nicht in ausreichendem Maß vorhanden sind.

Die wesentliche Ursache der bisher mangelnden Ambulantisierung liegt in der strukturellen Unterfinanzierung der EBM-Vergütung. Die Datengrundlagen für die EBM-Kalkulation für operative Leistungen stammen aus den 1990er Jahren. Seitdem sind die Investitions-, Personal- und Betriebskosten massiv gestiegen. Dieses trifft die komplexen Strukturen eines OP-Zentrums mit hoher Personalmenge und besonderer technischer Ausstattung mehr als eine einfache Praxisstruktur. Eigene Berechnungen und Kalkulationen der KBV zeigen eine Unterfinanzierung um den Faktor 3 bis 4. Die jährliche Anpassung des Orientierungswertes hat diesen Verlust nicht im Ansatz ausgleichen können. Die Unterkalkulation des EBM trifft Vertragsärzte und Krankenhäuser gleichermaßen. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte werden jedoch durch das Zulassungsrecht gegenüber Krankenhäusern benachteiligt und darin eingeschränkt, die notwendigen ärztlichen Personalressourcen aufzubauen, die für eine Steigerung ambulanter OP-Kapazitäten notwendig wären.

Trotz dieses grundsätzlichen Strukturnachteils haben sich in der Vergangenheit Praxen auf ambulante Operationen spezialisiert. Durch erhebliche privat getätigte Investitionen wurden von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten entsprechende OP-Zentren und Praxiskliniken errichtet oder befinden sich aktuell in Bau oder Planung. Der Bau einer Einrichtung mit 2 OP-Sälen kostet mittlerweile ca. 4 Mio Euro. Diese Investitionen lassen sich nur durch eine entsprechende Spezialisierung und Auslastung wirtschaftlich decken. In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass die personellen, räumlichen und hygienischen Anforderungen an den Bau und Betrieb eines ambulanten OP-Zentrums längst dem eines Krankenhaus-OPs entsprechen. Bzgl. der persönlichen Qualität der Operateure liegt die Messlatte sogar über dem Krankenhausniveau. Es gilt der Facharztstatus. Auf dem Gebiet der Arthroskopie erhalten nur Kolleginnen und Kollegen eine Abrechnungsgenehmigung, welche gemäß Arthroskopievereinbarung nach §135b Abs. 2 SGB V eine

hohe Anzahl an selbständig durchgeführten Operationen nachweisen, die deutlich über den Anforderungskatalog des Facharztes hinausgeht. Im Gegensatz zu den Kolleginnen und Kollegen im Krankenhaus unterziehen sich niedergelassene Arthroskopeure einer externen Prozessqualitätsprüfung gemäß Qualitätsbeurteilungsrichtlinie nach §135b Abs. 2 SGB V, einschl. der Prüfung der OP-Indikation. Insgesamt stellt der Vertragsarztsektor damit die Infrastruktur für eine wohnortnahe, qualitativ sehr hochwertige ambulante operative Versorgung für Patientinnen und Patienten zur Verfügung. Im internationalen Vergleich ist damit der Zugang zu diesen speziellen Leistungen niederschwellig, die Wartezeiten kurz und Zuzahlungen oder Zusatzversicherungen nicht nötig.

Ca. 75% der ambulanten Operationen werden im vertragsärztlichen Bereich durchgeführt (Vertragsärzte: ca. 6Mio., Krankenhäuser: ca. 2Mio.). Damit liegt die Expertise in diesem Bereich eindeutig im niedergelassenen Sektor. Es ist wissenschaftlich belegt, dass ambulante Operationen bei entsprechender Patientenselektion geringere Komplikationsraten haben als stationäre Operationen. Die demographische Veränderung und der medizinische Fortschritt werden die Nachfrage nach den Leistungen der ambulant operativ tätigen Spezialistinnen und Spezialisten erhöhen. Die von Ihnen vorgesehene Budgetierung ambulanter Operationen im Vertragsarzbereich steht dem entgegen. Hiermit wird ambulant operierenden Praxen, Tageskliniken und Praxiskliniken ein erheblicher Teil der wirtschaftlichen Grundlage entzogen. Neue Infrastruktur, welche dringend für die Fortsetzung der Ambulantisierung benötigt wird, wird im Vertragsarztsektor nicht mehr aufgebaut werden können. Wie bereits ausgeführt, ist der Krankenhaussektor weder personell noch strukturell in der Lage, die Ambulantisierung umzusetzen. Das Ergebnis werden Wartezeiten sein. Notwendige und ggf. dringliche Operationen werden verzögert werden. Die Qualität der Patientenversorgung wird sinken. Betroffen sind gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten. Die Gesamtkosten für das Gesundheitswesen werden steigen.

Die Ausgaben der GKV für ambulante Operationen sind in den letzten Jahren nur sehr moderat auf von 2,28Mrd. (2010) auf 2,79Mrd. Euro (2022) gestiegen. Im Vergleich zu den Gesamtkosten ist dieser Anstieg stark unterdurchschnittlich. Diese Zahlen machen deutlich, dass aus finanziellen Gründen kein Anlass für eine Kostenreduktion oder -Begrenzung beim ambulanten Operieren besteht.

Der Gesetzentwurf folgt hier offenbar einer Fehleinschätzung der Finanzkommission. Zur Ausgabenentwicklung der extrabudgetären Vergütung führt diese aus: „Im Gegensatz zur MGV liegt das finanzielle Risiko für eine medizinisch nicht erforderliche und gegebenenfalls angebotsinduzierte Entwicklung der extrabudgetären Leistungen vollständig bei der GKV (FinanzKommission Gesundheit | Erster Bericht | 30.03.2026, S. 133).“ Infolge dieser Analyse empfiehlt die Kommission eine entsprechende „gesetzliche Begrenzung des Ausgabenzuwachses“. Der Bericht der Finanzkommission ist an dieser Stelle methodisch oberflächlich. Die Ausgabenentwicklung der verschiedenen Leistungsbereiche in der EGV werden nicht getrennt analysiert. Insbesondere werden die Kosten für ambulante Operationen weder im Einzelnen beschrieben noch ins Verhältnis zur Entwicklung der stationären Kosten gesetzt. Dieses wäre wohl die methodische Mindestanforderung gewesen, wenn man tatsächlich den Grund für die Ausgabensteigerung hätte untersuchen wollen. Die folgenden Zahlen belegen indes, dass die Ausgabensteigerung bzw. die Fallmengensteigerung bei ambulanten arthroskopischen Operationen nicht unbegründet, sondern durch die Substitution stationärer Leistungen zustande kommt. Arthroskopische Operationen zählen zu den häufigsten

ambulanten Operationen. Die hier gezeigte Detailanalyse hat insofern einen erheblichen Einfluss auf die Fallzahlentwicklung vertragsärztlicher ambulanter Operationen im EGV-Bereich insgesamt.

Tabelle 1: stationäre arthroskopische Prozeduren (Prozedurensuche; InEK-Datenbrowser)

	Datenjahr 2019	2024	Veränderungsrate
	Anzahl Fälle	Anzahl Fälle	
5-816ff	5.884,00	4.805,00	-18,34%
5-815ff	2.775,00	2.422,00	-12,72%
5-814ff	104.204,00	71.304,00	-31,57%
5-813ff	42.430,00	32.544,00	-23,30%
5-812ff	141.878,00	85.950,00	-39,42%
5-811ff	140.807,00	94.135,00	-33,15%
5-810ff	101.456,00	69.983,00	-31,02%
Gesamt	539.434,00	361.143,00	-33,05%

Tabelle 2: vertragsärztlich erbrachte arthroskopische Operationen (Behandlungsfälle, ZI-Daten)

	Datenjahr 2019	2024	Veränderungsrate
	Anzahl Behandlungsfälle	Anzahl Behandlungsfälle	
31141	1.642	1.175	-28,44%
31142	69.332	62.245	-10,22%
31143	54.294	54.060	-0,43%
31144	10.939	14.762	34,95%
31145	39.467	47.182	19,55%
31146	11.427	19.439	70,11%
31147	15.821	24.365	54,00%
Gesamt	202.922	223.228	10,01%

Diese Zahlen belegen, dass die politisch und medizinisch gewünschte Ambulantisierung im Fach Arthroskopie funktioniert. Der Anstieg der vertragsärztlichen Arthroskopien lag im Zeitraum 2019 – 2024 (10,01%) sogar erheblich unter der Reduktionsrate vergleichbarer stationärer Leistungen (33,05%). Dieses spricht für die hohe Indikationsqualität im vertragsärztlichen Bereich. Die Zahlen geben hingegen keinerlei Anlass, eine „medizinisch nicht erforderliche und gegebenenfalls angebotsinduzierte Entwicklung“ zu vermuten.

Im Gegenteil: für die weitere Ambulantisierung müssen die Mittel der Leistung in den ambulanten Sektor folgen und das ambulante Operieren durch entsprechende Anreize weiter gefördert werden. Ein Einfrieren der Gesamtausgaben für ambulante Operationen auf dem aktuell geringen Niveau würde die notwendige Ambulantisierung ausbremsen.

Zusammenfassend sehen wir bei Budgetierung ambulanter Operationen im vertragsärztlichen Sektor schwerwiegende Folgen:

- Die Wirtschaftlichkeit ambulant operierender Praxen, Tageskliniken und Praxiskliniken wird durch Mengenbudgets und Honorarabschläge bedroht
- Die strukturelle Benachteiligung von Vertragsärzten gegenüber Krankenhäusern wird verstärkt.
- Die Ambulantisierung unnötig stationär erbrachter Operationen findet nicht statt.
- Es entstehen höhere Gesamtausgaben für die gesetzlichen Krankenkassen.
- Die Versorgung der gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten wird verschlechtert.

Diese Entwicklungen können Sie verhindern, indem Sie das ambulante Operieren bei Ihren Planungen zur Begrenzung einer Ausgabensteigerung von extrabudgetären Leistungen ausnehmen. Wir möchten Sie daher dringend zu einer Korrektur des Gesetzentwurfes an dieser Stelle auffordern. Wir empfehlen die explizite Nennung des Leistungsbereiches „Ambulantes Operieren (Kapitel 31 EBM)“ unter §87d Abs. 4 Nr. 5. Als Alternative schlagen wir vor, die Verengung der Regelungsbefugnis des Bewertungsausschusses zurückzunehmen und explizit die Feststellung der Förderungswürdigkeit mit entsprechender extrabudgetärer Vergütung beizubehalten.

Für Rückfragen stehe ich jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,



Priv.-Doz. Dr. med. Ralf Müller-Rath
Vorsitzender BVASK

Literatur

1. Seibert KV: Ambulantes Operieren - alles rechtens? HNO 2025:1-6
2. Tillmanns H, Jäckel D: Entwicklung der Ambulantisierung. Krankenhausreport 2024: 225-268
3. Hentschker et al.: Effekte der Hybrid-DRG-Einführung – Eine Analyse auf Basis von AOK - Daten. Monitor Versorgungsforschung 2,2026: 73-81
4. Messerle R. et al: Ambulantisierungspotenziale der Leistungsgruppen im Krankenhaus. WIdO 3-Paper 2025
5. Madsen HJ et al.: Inpatient versus Outpatient Surgery: A Comparison of Postoperative Mortality and Morbidity in Elective Operations World J Surg 2023 (47,3: 627-639
6. <https://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/ops-prozeduren-und-personal-in-krankenhaeusern>