VERGÜTUNG 01.03.2026

Ambulantes Operieren im Krankenhaus ist möglich! Teil 1



Bedingungen und Herausforderungen bei der Einrichtung eines OP-Zentrums im Krankenhaus

Im Zuge der fortschreitenden Ambulantisierung stehen die Krankenhäuser vor der Aufgabe, angeschlossene OP-Zentren zu errichten, wenn nicht bereits geschehen. Dies bringt umfängliche Herausforderungen sowohl für Klinikbetreiber als auch für künftig ambulant arbeitende Chirurginnen und Chirurgen mit sich.

In der neuen Reihe „Ambulantes Operieren im Krankenhaus ist möglich!“ wird Vorstandsmitglied Dr. Ralf Schmitz auf alle Aspekte der Ambulantisierung an Krankenhäusern eingehen und wertvolle Tipps für die Umsetzung geben. Schmitz ist seit Januar 2000 als Vertragsarzt in Kiel niedergelassen und hat 2006 das MVZ Chirurgie mitgegründet. Mit der Unfallchirurgischen Klinik des UKSH Campus Kiel steht er in enger Kooperation.

Folge 1: Worum geht’s?

Politische und regulative Entwicklung der Ambulantisierung

Seit Jahrzehnten belegt Deutschland unter den hochentwickelten OECD-Staaten beim ambulanten Operieren einen der letzten Plätze. Dies ist umso weniger nachvollziehbar, als reichlich Evidenz vorliegt bezüglich Sicherheit, Komplikationsarmut und Patientenzufriedenheit bei einer so genannten Outpatient Surgery. Andere Länder um uns herum haben in der Vergangenheit gezeigt, wie man das ambulante Operieren mittels Incentivierung unterstützen und ausbauen kann. Bei uns aber wirkte die strikte Trennung der Sektoren offenbar als Bremsklotz. Dies identifizierte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im Jahr 2018 und empfahl eine Förderung des ambulanten Operierens und die Implementierung einer speziellen sektorengleichen Vergütung. Daraus folgend wurde von der damaligen Bundesregierung im MDK-Gesetz aus 2020 festgelegt, dass eine Förderung und damit Besserstellung der Vergütung beim ambulanten Operieren zu erfolgen hat.

Konkret begann die Ambulantisierung mit Wirkung zum 01. Januar 2023 mit Zuschlägen für bestimmte ambulante operative Eingriffe und zur Sicherstellung der hygienischen Voraussetzungen in den ambulanten OP-Zentren. Auch der Paragraph 115b wurde weiterentwickelt mit der Aufnahme zusätzlicher Prozeduren und Zuschläge. Seit dem 01. April 2023 gilt dieser neue AOP-Vertrag. Die Brisanz liegt dabei in der Einführung sogenannter Kontextfaktoren zur Begründung einer stationär erforderlichen Behandlung. In der Vergangenheit hatten sich Krankenhausgesellschaft und die Krankenkassen auf die sogenannten G-AEP Kriterien verständigt, die eine stationäre Leistungserbringung trotz Listung des Eingriffes im AOP-Vertrag begründen konnten. Diese wurden nun ersatzlos gestrichen und durch insgesamt nur drei Kontextfaktoren ersetzt. Eine stationäre Versorgung ist für Eingriffe der Anlage 1 des AOP-Vertrages nur dann möglich, wenn der Patient ein Säugling ist, einen Pflegegrad von 4 oder 5 hat oder beatmet wird. Dies hat verständlicherweise zu Unmut geführt, da dies bei zahlreichen Eingriffen für nicht vereinbar mit der Patientensicherheit oder anderen medicolegalen Aspekten gehalten wird.

Am 18. Dezember 2023 veröffentlichte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die zum 01. Januar 2024 in Kraft getretene Hybrid-DRG-Verordnung. Grundlage für diese Verordnung war der im Krankenhauspflegeentlastungsgesetz neu geschaffene § 115f SGB V. Erklärtes Ziel war und ist es, die Ambulantisierung bislang stationär erbrachter Leistungen weiter zu forcieren. Dadurch sollen Kosten eingespart werden bei gleichzeitiger Verbesserung der Versorgung und Schonung der zunehmend knapper werdenden stationären Ressourcen. Im Jahr 2030 sollen damit etwa zwei Millionen Operationen und interventionelle Eingriffe pro Jahr im Vergleich zu 2023 ambulantisiert worden sein.

Der Start erfolgte 2024 mit zwölf Hybrid-DRGs generiert aus fünf verschiedenen Leistungsgruppen. 2025 traten dann weitere zehn H-DRGs hinzu und für das laufende Jahr wurden insgesamt 69 H-DRGs aus einer Vielzahl weiterer Leistungsgruppen kalkuliert, entsprechend einer gesamten Eingriffszahl von aktuell etwa 900.000 pro Jahr.

Die Leistungsauswahl und die Kalkulation der Vergütungshöhen wurden dem InEK übertragen. Die Auswahl erfolgte anhand einfacher Kriterien wie kurze Verweildauer bis maximal zwei Tage, niedriger patientenbezogenen Gesamtschweregrad (PCCL) und hohes stationäres Substitutionspotential.

Zur Kalkulation der H-DRGs wurde ein Mischpreis aus stationären und ambulanten Kosten und Erlösen gebildet der dann mit dem Grad der Ambulantisierung multipliziert wurde. Je höher das stationäre Substitutionspotential ist, desto näher liegt der resultierende Erlös an der stationären DRG. Allerdings beruht diese Kalkulation weitestgehend auf stationären Daten und diese unterscheiden sich zum Teil erheblich von denen im ambulanten Sektor. Aufgrund dieser bruchstückhaften und inkonsistenten Datenlage steht die Berechnungsmethodik auch weiter unter scharfer Kritik von Berufsverbänden und Fachgesellschaften. Eine Heilung dieser Problematik soll spätestens 2031 erfolgt sein.

Ausblick Folge 2: Was kommt auf die Vertragsärztinnen und -ärzte und die Kolleginnen und Kollegen im Krankenhaus nun jeweils zu?

Schmitz R: Ambulantes Operieren im Krankenhaus ist möglich Passion Chirurgie. 2026 März; 16(03/I): Artikel 04_04.

Autor:in des Artikels



Ralf Wilhelm Schmitz

Referatsleiter Niedergelassene Chirurgen
MVZ Chirurgie Kiel
Schönberger Str. 11
24148 Kiel

Kontakt