Berlin 6. Oktober 2026

Gemeinsame Stellungnahme

Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. (BDA)

Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC)

zu

Änderungsanträge zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung – Folgeregelungen zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD

zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung

BT-Drucksache 21/6808

BDA und BDC begrüßen die extrabudgetäre Vergütung von Leistungen und Begleitleistungen des ambulanten Operierens als richtigen und wichtigen Schritt im Rahmen der politisch geforderten Ambulantisierung, sehen die vorgesehene Abschaffung der Hybrid-DRGs jedoch äußerst kritisch.

Bei der von den Änderungsanträgen avisierten Regelungen besteht aus Sicht von BDA und BDC erheblicher Anpassungsbedarf, um die rechtssichere und planungssichere Versorgung von Patientinnen und Patienten im Rahmen ambulanter Operationen gewährleisten zu können.

1. **§ 115f SGB V – Hybrid-DRG nicht vorschnell abschaffen, Abrechnung 2027 praxistauglich regeln**

Mit dem vorliegenden Änderungsvorschlag soll die spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V zum 1. Januar 2028 abgeschafft werden. Bereits im Übergangsjahr 2027 sollen Hybrid-DRG-Leistungen, die ohne Übernachtung erbracht werden, nicht mehr mit der Hybrid-DRG-Fallpauschale, sondern ausschließlich nach den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden.

Der Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V. (BDA) und der Berufsverband der Deutschen Chirurgie e. V. (BDC) lehnen die vorgesehene Abschaffung der speziellen sektorengleichen Vergütung ab. Die Hybrid-DRG wurden erst vor wenigen Jahren eingeführt, um die Ambulantisierung zu fördern und für geeignete Leistungen die bislang unterschiedlichen Vergütungssysteme des stationären und vertragsärztlichen Bereichs durch eine sektorengleiche Vergütung zu überwinden. Das Instrument befindet sich weiterhin in einer Aufbau- und Entwicklungsphase. Das Gesetz sieht ausdrücklich eine Evaluation der Auswirkungen der Hybrid-DRG auf die Versorgung der Versicherten, die Vergütung der Leistungserbringer und die Ausgaben der Krankenkassen vor. Der erste Evaluationsbericht ist erst zum 31. Dezember 2026 vorzulegen. Eine Abschaffung zum 1. Januar 2028 würde damit bereits gesetzlich festgelegt, bevor die Ergebnisse dieser Evaluation angemessen ausgewertet und daraus gegebenenfalls erforderliche Anpassungen des Instruments im Sinne der Versorgungssicherheit abgeleitet werden konnten. Statt die sektorengleiche Vergütung gleich ganz abzuschaffen, sollten sachgerechte Anpassungen der teilweise implausiblen ambulanten Fallpauschalen erfolgen.

2. **Wenn EBM-Vergütung, dann Abrechnung über die Kassenärztlichen Vereinigungen**

Sollte der Gesetzgeber dennoch an der Übergangsregelung für 2027 festhalten, sollte zumindest das Abrechnungsverfahren vereinfacht und eindeutig geregelt werden.

Wenn eine Hybrid-DRG-Leistung ohne Übernachtung künftig nicht mehr als Fallpauschale, sondern nach der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet wird, spricht alles dafür, hierfür auch das etablierte vertragsärztliche Abrechnungsverfahren zu nutzen. Die Leistungen sollten deshalb über die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden. Das vermeidet den riesigen bürokratischen Aufwand, nur für ein einziges Übergangsjahr parallele Abrechnungsstrukturen aufzubauen und nutzt bereits bestehende und bewährte Prüf- und Abrechnungsverfahren. Zugleich wird sichergestellt, dass derjenige Arzt, der die Leistung tatsächlich erbringt, diese selbst abrechnet und vergütet bekommt.

Das ist insbesondere bei ambulanten Operationen wichtig. Hier sind regelmäßig mehrere selbstständig abrechnende Fachärzte beteiligt – insbesondere Operateur und Anästhesist. Bei einer Vergütung nach EBM gibt es keinen sachlichen Grund dafür, dass ein Arzt auch die Leistungen des anderen abrechnet, die Vergütung zunächst selbst erhält und anschließend intern weiterleiten muss.

Änderungsvorschlag

§ 115f Absatz 6 wird nach Satz 4 um folgende Sätze ergänzt:

„[5] Abweichend von Absatz 3 Satz 2 und 3 erfolgt für die nach § 95 Absatz 1 Satz 1 an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer die Abrechnung der von ihnen jeweils erbrachten Leistungen nach Satz 1 sowie der Sachkosten nach Satz 3 nach den Regelungen der Gesamtverträge sowie der regionalen Euro-Gebührenordnung über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung.
[6] Sind mehrere Leistungserbringer an der Erbringung einer Leistung nach Satz 1 beteiligt, rechnet jeder Leistungserbringer die von ihm selbst erbrachten Leistungen sowie die ihm zuzuordnenden Sachkosten nach Satz 3 eigenständig nach den Regelungen der Gesamtverträge sowie der regionalen Euro-Gebührenordnung über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung ab.“

3. § 87d SGB V – Belegärztliche Versorgung berücksichtigen

Die vorgesehene Neuordnung darf nicht dazu führen, dass die belegärztliche Versorgung gegenüber den ambulanten beziehungsweise sektorenübergreifenden Versorgungsformen vergütungsrechtlich benachteiligt wird, sondern wie bisher außerhalb der MGV vergütet wird.

Soweit § 87d SGB V bestimmte ambulante operative Leistungen und Begleitleistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung absichert, ist zu gewährleisten, dass auch die belegärztliche Versorgung einschließlich der hierfür erforderlichen anästhesiologischen Leistungen sachgerecht einbezogen wird.

Änderungsvorschlag

§87d SGB V

„8. Leistungen des ambulanten Operierens einschließlich Begleitleistungen, sowie belegärztliche Leistungen des Kapitels 36 EBM, die auf Grund einer Empfehlung des Bewertungsausschusses nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 in der bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Fassung mit Wirkung zum 1. Januar 2026 außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingen Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vergütet werden.“

Fazit

BDA und BDC sprechen sich dafür aus, die gesetzlich vorgesehene Evaluation der Hybrid-DRG abzuwarten und deren Ergebnisse für eine sachgerechte Weiterentwicklung der sektorengleichen Vergütung zu berücksichtigen.

Sofern der Gesetzgeber gleichwohl an der geplanten Übergangsregelung für 2027 festhält, sollte mit der Rückkehr zur Vergütung nach der regionalen Euro-Gebührenordnung zugleich der

etablierte Abrechnungsweg über die Kassenärztlichen Vereinigungen genutzt werden. Jeder beteiligte Leistungserbringer muss dabei die von ihm selbst erbrachten Leistungen und die ihm zuzuordnenden Sachkosten eigenständig abrechnen können. Dies schafft klare Verantwortlichkeiten, vermeidet unnötige Zahlungsflüsse zwischen den beteiligten Fachgruppen und reduziert den Verwaltungsaufwand für Leistungserbringer und Krankenkassen.

Die extrabudgetäre Vergütung von Leistungen des ambulanten Operierens wird von BDA und BDC begrüßt, muss jedoch die korrespondierenden Leistungen im Rahmen belegärztlicher Leistungserbringung mit umfassen.

Prof. Dr. med. Grietje Beck
Präsidentin des BDA

Prof. Dr. med. Dietmar Pennig
Präsident des BDC

Dr. med. Frank Vescia
Vizepräsident des BDA

Dr. med. Peter Kalbe
Vizepräsident des BDC

Dr. med. Tim Deegener
Vertreter der niedergelassenen Anästhesisten im BDA

Prof. Dr. med. Wolfgang Schröder
Vizepräsident des BDC

Dr. med. Markus Stolaczyk
Leiter Referat Gesundheitspolitik BDA