Nürnberg, 22.04.2025

Gemeinsame Stellungnahme

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

und

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV

Kontaktdaten:
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) /
Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. (BDA)
Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg
dgai@dgai-ev.de / bda@bda-ev.de
0911 93378-0
www.dgai.de / www.bda.de

BDA und DGAI vereinen mehr als 30.000 Ärztinnen und Ärzte für Anästhesiologie sowie Mitarbeitende der Gesundheitsfachberufe, die deutschlandweit jährlich mehr als zehn Millionen Patientinnen und Patienten aller Altersklassen in den fünf medizinischen Bereichen der Anästhesiologie betreuen: Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerzmedizin und Palliativmedizin. Gemeinsam stehen sie im täglichen Einsatz für die bestmögliche Patientenversorgung und Patientensicherheit. 365 Tage im Jahr und 24 Stunden rund um die Uhr.

1. Grundsätzliche Bewertung

Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und der Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA) erkennen den bestehenden Handlungsdruck zur Stabilisierung der Finanzen in der gesetzlichen Krankenversicherung ausdrücklich an. Die vorgesehenen Maßnahmen werden jedoch in ihrer aktuellen Ausgestaltung kritisch bewertet und bedürfen grundlegender Korrekturen.

Der Gesetzentwurf folgt einer konsequent einnahmeorientierten Ausgabenpolitik, ohne die strukturellen Ursachen der Kostenentwicklung hinreichend zu adressieren, und ist nicht ausreichend mit zentralen Reformvorhaben – insbesondere der Krankenhausreform, der Weiterentwicklung sektorengleicher Vergütungssysteme sowie den Anforderungen an die Krisenresilienz – verzahnt. Es entsteht ein struktureller Zielkonflikt zwischen steigenden Anforderungen an Versorgungsqualität, Ambulantisierung und Krisenresilienz einerseits und einer pauschalen Begrenzung der finanziellen Spielräume andererseits.

Besonders betroffen sind personalintensive Versorgungsbereiche. Die Begrenzung des Pflegebudgets (§ 6a KHEntgG) in Verbindung mit der Obergrenzenlogik des § 10 KHEntgG führt zu einer Abkehr von der bedarfsgerechten Refinanzierung und trifft insbesondere die bereits heute durch personelle Engpässe belastete intensivmedizinische Versorgung.

Diese Finanzierungslogik verschärft bestehende Kapazitätsprobleme und steht im Widerspruch zu den Zielen der Krisenresilienz. Die Vorhaltung zusätzlicher Kapazitäten für Krisen-, Katastrophen- und Verteidigungslagen ist eine gesamtstaatliche Aufgabe und kann nicht aus der Regelversorgung finanziert werden.

Auch im Bereich der Ambulantisierung zeigt sich ein struktureller Widerspruch: Während Leistungen verlagert werden sollen, werden gleichzeitig durch Budgetbegrenzungen und Eingriffe in die Vergütungssystematik die finanziellen Voraussetzungen hierfür eingeschränkt. Hybrid-DRG bieten dabei weder für Krankenhäuser noch für Vertragsärzte ausreichende Planungssicherheit.

In der Gesamtbetrachtung greifen die Maßnahmen zu pauschal. Eine Stabilisierung der Beitragssätze muss differenziert erfolgen und sich an den übergeordneten Zielen der Krisenresilienz und der Ambulantisierung orientieren.

Zudem werden weiterhin gesamtgesellschaftliche Aufgaben über die GKV finanziert, ohne dass eine vollständige Gegenfinanzierung aus Steuermitteln erfolgt. Eine konsequente Finanzierung versicherungsfremder Leistungen aus dem Bundeshaushalt ist daher zentral.

Die Kombination aus Krankenhausreform, neuen Finanzierungsmechanismen und gleichzeitiger Begrenzung der Vergütungsentwicklung führt zu einer weiteren Einengung der finanziellen Spielräume der Krankenhäuser. Unter diesen Bedingungen sind notwendige Investitionen und Kapazitätsvorhaltungen für eine krisenresiliente Versorgung nicht darstellbar. Ohne gezielte staatliche Gegenfinanzierung besteht die Gefahr, dass die angestrebten Ziele nicht erreicht werden.

2. Stellungnahme im Einzelnen

2.1. Artikel 3 Nr. 3 – § 6a KHEntgG-E sowie Begründung zum Referentenentwurf (Pflegebudget).

Beabsichtigte Regelung

Mit den Änderungen des § 6a KHEntgG wird die Finanzierung der Pflegepersonalkosten neu ausgerichtet. Vorgesehen sind:

- Fortschreibung des Pflegebudgets auf Basis des Vorjahres,
- Begrenzung des Wachstums durch den Veränderungswert (§ 10 KHEntgG),
- Überschreitungen nur bei gesetzlich oder regulatorisch vorgegebenem Mehrbedarf,
- kein Ausgleich von Mehrkosten,
- vollständiger Ausgleich von Minderkosten.

Bewertung

Die Regelung führt zu einer Abkehr von der bedarfsgerechten Refinanzierung der Pflegepersonalkosten. Das Pflegebudget bleibt formal bestehen, wird jedoch in seiner Schutzfunktion deutlich geschwächt.

Durch die Kombination aus Budgetbegrenzung und asymmetrischer Finanzierungslogik – keine Refinanzierung von Mehrkosten bei gleichzeitiger Abschöpfung von Minderkosten – wird zusätzlicher Personalaufbau wirtschaftlich unattraktiv und faktisch auf Mindestvorgaben beschränkt.

Dies betrifft insbesondere die intensivmedizinische Versorgung, die bereits heute durch erhebliche personelle Engpässe geprägt ist. Die Regelung verstärkt bestehende Kapazitätsprobleme und erschwert den notwendigen Ausbau. Ein vorausschauender Personalaufbau zur Sicherstellung der Krisenresilienz wird unter diesen Bedingungen strukturell verhindert.

Änderungsvorschlag

- Erhalt einer bedarfsgerechten Refinanzierung ohne Begrenzung durch § 10 KHEntgG
- Aufhebung der asymmetrischen Finanzierungslogik
- Ermöglichung eines am Versorgungsbedarf orientierten Personalaufbaus
- Ausnahmeregelungen für systemkritische Bereiche, insbesondere die Intensivmedizin

2.2. Artikel 3 Nr. 7 – § 10 KHEntgG-E i. V. m. § 71 SGB V-E.

Beabsichtigte Regelung

Mit den Änderungen des § 10 KHEntgG wird die Entwicklung der Krankenhausbudgets künftig verbindlich an den Veränderungswert gekoppelt.

Der Gesetzentwurf sieht insbesondere vor:

- die Festlegung des Veränderungswerts als maßgebliche Obergrenze für die Entwicklung der Erlösbudgets der Krankenhäuser,
- die stärkere Orientierung dieser Obergrenze an der Grundlohnrate gemäß § 71 SGB V,
- eine zusätzliche Absenkung der maßgeblichen Veränderungsrate in den Jahren 2027 bis 2029,

- sowie die Anwendung dieser Begrenzungslogik auf weitere Vergütungsbestandteile, insbesondere in Verbindung mit der Finanzierung der Pflegepersonalkosten nach § 6a KHEntgG.

Bewertung

Die Krankenhausfinanzierung wird damit an eine einnahmeorientierte Obergrenzenlogik gebunden. Maßgeblich ist nicht mehr der Versorgungsbedarf, sondern die Einnahmeentwicklung der GKV. Diese Logik ist nicht geeignet, die Anforderungen personalintensiver und systemkritischer Versorgungsbereiche abzubilden, insbesondere der Intensivmedizin, der operativen Versorgung und der Anästhesie. Diese Bereiche sind durch hohen Personalbedarf und Vorhaltecharakter geprägt und lassen sich nicht pauschal deckeln.

Die Begrenzung verhindert notwendige Anpassungen an steigende Bedarfe und verschärft bestehende Kapazitätsengpässe. Bereits heute sind intensivmedizinische Kapazitäten aufgrund fehlenden Personals eingeschränkt nutzbar.

Zudem fehlt eine Differenzierung nach Versorgungsrelevanz. Systemkritische Leistungen werden trotz steigender Anforderungen an die Krisenresilienz nicht gesondert berücksichtigt.

Damit entsteht ein grundlegender Widerspruch zwischen Ausgabenbegrenzung und Versorgungssicherheit.

Änderungsvorschlag

- Differenzierung nach Versorgungsrelevanz und Herausnahme systemkritischer Bereiche aus der Begrenzungslogik
- Ausrichtung der Budgetentwicklung am Versorgungsbedarf unter Berücksichtigung der Krankenhausreform (KHVVG/KHAG)
- Rücknahme der zusätzlichen Absenkung des Veränderungswerts
- Steuerfinanzierte Absicherung von Vorhaltekapazitäten für Krisen-, Katastrophen- und Verteidigungslagen
- Konsequente Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben außerhalb der GKV

Vorhaltekapazitäten für Krisen-, Katastrophen- und Verteidigungslagen sind als eigenständige staatliche Aufgabe anzuerkennen und durch zusätzliche, insbesondere steuerfinanzierte Mittel außerhalb der Regelversorgung zu finanzieren

2.3. § 115f Absatz 2 Satz 2

Beabsichtigte Regelung:

Der Gesetzgeber beabsichtigt, die Ausweitung der sektorengleichen Vergütung verbindlich an konkrete Fallzahlziele zu knüpfen und dabei unterschiedliche Vergütungsinstrumente miteinander zu verzahnen. Neben den Hybrid-DRG sollen künftig auch Kurzzeitfallpauschalen für Krankenhäuser einen Beitrag zur Erreichung dieser Zielwerte leisten. Durch die Anrechnung von Kurzliegerfällen auf die Fallzahlvorgaben soll sichergestellt werden, dass auch solche Behandlungsfälle in die Steuerungslogik einbezogen werden, die zwar nicht vollstationär im klassischen Sinne sind, aber dennoch eine Übernachtung oder spezifische krankenhausspezifische Strukturen erfordern. Ziel ist es, ein ausreichend großes Leistungsvolumen aus dem klassischen vollstationären Bereich in alternative, sektorenübergreifende Vergütungsformen zu überführen und damit die politisch gewollte Ambulantisierung voranzutreiben. Gleichzeitig wird damit anerkannt, dass die Hybrid-DRG allein nicht geeignet sind, alle hierfür relevanten Fallkonstellationen sachgerecht abzubilden,

sodass ergänzende Vergütungsinstrumente – insbesondere für kurzstationäre Fälle – erforderlich sind.

Bewertung:

Die Zielrichtung der Regelung ist grundsätzlich nachvollziehbar. Insbesondere ist es sachgerecht, Kurzzeitfallpauschalen als ergänzendes Instrument zur Förderung der Ambulantisierung einzubeziehen und diese systematisch mit den Hybrid-DRG zu verzahnen.

Gleichwohl greift die Regelung im Kontext der insgesamt politisch gewollten Ambulantisierung zu kurz. Die Fokussierung auf die Ausweitung von Hybrid-DRG und die Einführung von Kurzzeitfallpauschalen adressiert lediglich einen Teil des Versorgungsgeschehens. Für eine tatsächliche und nachhaltige Verlagerung geeigneter Leistungen in den ambulanten Bereich bedarf es flankierender Anpassungen im vertragsärztlichen Vergütungssystem siehe Punkte 2.3 bis 2.6

Änderungsvorschlag:

Keine Änderung.

2.4. § 115f Absatz 1 Satz 8

Beabsichtigte Regelung:

Der Gesetzgeber sieht vor, die Vergütungen der sektorengleichen Fallpauschalen schrittweise an das Vergütungsniveau der nach § 115b SGB V vereinbarten Leistungen anzupassen. Ziel ist es, bis zum Jahr 2030 eine Angleichung an das ambulante Vergütungsniveau zu erreichen und damit eine einheitliche, sektorenübergreifende Vergütungsstruktur zu etablieren.

Bewertung:

Die Regelung greift unzulässig in die Ergebnisoffenheit der Kalkulation ein und widerspricht dem Anspruch einer leistungsgerechten, empirisch fundierten Vergütung. Anstelle einer sachgerechten Kostenabbildung wird das Vergütungsniveau normativ vorgegeben. Dies unterläuft die im Gesetz ebenfalls vorgesehene Weiterentwicklung auf Basis fallbezogener Kostendaten. Zudem steht die vorgesehene Absenkung in einem Spannungsverhältnis zur Einführung von Kurzzeitfallpauschalen. Wenn für bestimmte kurzstationäre Leistungen ein eigenständiges, kostenorientiertes Vergütungssystem erforderlich ist, spricht dies gegen eine pauschale Nivellierung der Hybrid-DRG auf ein ambulantes Vergütungsniveau.
In der Gesamtbetrachtung verstärkt die Regelung die bestehenden strukturellen Schwächen der Hybrid-DRG und erschwert die Entwicklung eines tragfähigen, sektorenübergreifenden Vergütungssystems.

Änderungsvorschlag:

§ 115f Absatz 1 Satz 8 ist wie folgt zu fassen:

„In den Vorschlägen ist eine schrittweise Weiterentwicklung der Vergütungen vorzusehen. Maßgeblich ist eine leistungsgerechte und auf empirischen Kostendaten beruhende Kalkulation unter Berücksichtigung der Besonderheiten der jeweiligen Versorgungsform und der Schwere des Falles.“

Hilfsweise: Satz 8 ist zu streichen.

2.5. § 115f Absatz 3 – Ergänzung zur Transparenz und Vergütungsweiterleitung

Regelung:

Die Vorschrift regelt die Berechtigung zur Leistungserbringung, die unmittelbare Vergütung durch die Krankenkassen sowie die Möglichkeit der Beauftragung Dritter mit der Abrechnung

Bewertung:

Die fehlende gesetzliche Klarstellung zur Verteilung der Vergütung innerhalb kooperativer Leistungserbringung stellt ein wesentliches Umsetzungsdefizit der Hybrid-DRG dar. In der Praxis führt dies zu Intransparenz hinsichtlich des gewählten Abrechnungswegs sowie zu Verzögerungen oder Unsicherheiten bei der Weiterleitung von Vergütungsanteilen. Gerade in arbeitsteiligen Versorgungsstrukturen – insbesondere unter Beteiligung niedergelassener Anästhesistinnen und Anästhesisten – ist jedoch eine verlässliche und zeitnahe Vergütungsweiterleitung von zentraler Bedeutung. Ohne entsprechende Regelungen entstehen Liquiditätsrisiken und Fehlanreize, die die Teilnahme an sektorengleichen Vergütungsmodellen faktisch erschweren.

Änderungsvorschlag:

In § 115f Absatz 3 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Der abrechnende Leistungserbringer ist verpflichtet, den an der Leistungserbringung beteiligten Leistungserbringern unverzüglich mitzuteilen, über welchen Abrechnungsweg die jeweilige Leistung gegenüber dem Kostenträger abgerechnet wird; die den beteiligten Leistungserbringern nach der getroffenen Vereinbarung zustehenden Vergütungsanteile sind spätestens sechs Wochen nach Leistungserbringung auszuzahlen, soweit der entsprechende Erlös bis zu diesem Zeitpunkt vereinnahmt wurde.“

2.6. § 115f Absatz 3 – Klarstellung zum Charakter vertragsärztlicher Leistungen

Regelung:

§ 115f Absatz 3 regelt, welche Leistungserbringer zur Erbringung und Abrechnung der Leistungen berechtigt sind. Eine ausdrückliche Klarstellung zur rechtlichen Einordnung der durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erbrachten Leistungen im Rahmen der sektorengleichen Vergütung erfolgt nicht.

Bewertung:

Ohne eine gesetzliche Klarstellung besteht die Gefahr, dass Leistungen von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten im Rahmen der Hybrid-DRG faktisch nicht als vertragsärztliche Leistungen interpretiert werden. Dies führt zu erheblichen Unsicherheiten hinsichtlich Zuständigkeiten, Abrechnungswegen und Vergütungsansprüchen führen. Tatsächlich handelt es sich bei den von Vertragsärzten erbrachten Leistungen auch im Rahmen von § 115f grundsätzlich um selbständige vertragsärztliche Leistungen. § 115f regelt eine besondere Vergütungsform, nicht jedoch eine Umqualifizierung der Leistungserbringung. Vor dem Hintergrund der bereits bestehenden Umsetzungsprobleme der Hybrid-DRG ist eine solche Klarstellung erforderlich, um Fehlinterpretationen zu vermeiden und die Rechtssicherheit für alle Beteiligten zu erhöhen.

Änderungsvorschlag:

In § 115f Absatz 3 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Die Leistungen von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern sind bei einer Vergütung nach dieser Vorschrift grundsätzlich selbständige vertragsärztliche Leistungen.“

2.7. § 87d Absatz 4 – Ausnahme des ambulanten Operierens von der EGV-Deckelung

Beabsichtigte Regelung:

Der Gesetzgeber beabsichtigt durch die Aufnahme des § 87d in Absatz 1, die Vergütung bislang außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergüteter Leistungen künftig stärker der budgetären Steuerung zu unterwerfen. Hierzu sollen Leistungen, die bisher vollständig extrabudgetär vergütet wurden, grundsätzlich in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung einbezogen und damit einer mengenbegrenzenden Vergütungslogik unterstellt werden. Ziel ist es, die Ausgabendynamik in bislang nicht gedeckelten Leistungsbereichen zu begrenzen. Gleichzeitig sieht der Gesetzgeber in § 87d Absatz 4 vor, bestimmte, ausdrücklich benannte Leistungen weiterhin von der Begrenzung durch die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung auszunehmen und somit auch künftig vollständig zu vergüten. Leistungen des ambulanten Operierens sind in der vorgesehenen Aufzählung der ausgenommenen Leistungen bislang nicht ausdrücklich berücksichtigt. Zugleich verfolgt der Gesetzgeber weiterhin das Ziel, durch eine verstärkte Ambulantisierung stationärer Leistungen Effizienzreserven zu heben und Einsparpotenziale zu realisieren.

Bewertung:

Die politisch gewollte Ambulantisierung setzt eine Ausweitung ambulanter Leistungen voraus. Diese kann jedoch nicht gelingen, wenn zusätzliche Leistungen budgetären Begrenzungen unterliegen. Dies gilt umso mehr, als im Zuge der Verlagerung zunehmend komplexere Fälle ambulant zu versorgen sind. Ein erheblicher Teil dieser Leistungen verbleibt zudem außerhalb des § 115f SGB V im EBM-System und unterliegt damit der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die daraus resultierende Mengendynamik – bedingt durch Verlagerungseffekte und demographische Entwicklung – wird nicht leistungsgerecht abgebildet, sondern führt zu einer Absenkung der Vergütung je Leistung. Damit wird die Ambulantisierung finanziell konterkariert, obwohl sie mit Effizienzgewinnen und Einsparpotenzialen für die GKV verbunden ist. Diese können jedoch nur realisiert werden, wenn die ambulante Leistungserbringung nicht durch Budgetbegrenzungen gehemmt wird. Dies steht im Widerspruch zu den Zielen des § 115f SGB V sowie zur Einführung von Hybrid-DRG und Kurzzeitfallpauschalen. Leistungen des ambulanten Operierens – einschließlich der anästhesiologischen Leistungen – sind daher von der Begrenzung durch die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung auszunehmen.

Änderungsvorschlag:

In § 87d Absatz 4 Satz 1 wird folgende Nummer angefügt:

„5. Leistungen des ambulanten Operierens und die damit im Zusammenhang stehenden anästhesiologischen Leistungen.“