

Nürnberg, 22.04.2026

Stellungnahme

**Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V. (BDA)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der
gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)**


(Bearbeitungsstand: 16.04.2026 14:53)

Kontaktdaten:

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

Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg

bda@bda-ev.de

 0911 93378-0

 www.bda.de

Der Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. (BDA) erkennt den bestehenden Handlungsdruck zur Stabilisierung der Finanzen in der gesetzlichen Krankenversicherung ausdrücklich an. Der Referentenentwurf greift diesen Handlungsbedarf auf und setzt konsequent auf eine Begrenzung der Ausgabenentwicklung. In der vorliegenden Ausgestaltung führt dieser Ansatz jedoch zu strukturellen Zielkonflikten, die zentrale Versorgungsbereiche betreffen und aus unserer Sicht einer Korrektur bedürfen.

Kritisch zu betrachten, ist die vorgesehene Begrenzung des Pflegebudgets. Die geplante Kopplung an die Grundlohnrate führt faktisch dazu, dass die bisherige bedarfsgerechte Refinanzierung der Pflegepersonalkosten aufgehoben wird. Künftig werden Mehrkosten für zusätzliches Pflegepersonal nur noch in eng begrenzten Ausnahmefällen berücksichtigt, während Minderkosten vollständig abgeschöpft werden. Diese asymmetrische Logik setzt Fehlanreize und erschwert den dringend notwendigen Personalaufbau.

Besonders betroffen ist die intensivmedizinische Versorgung. Sie ist in hohem Maße pflegeintensiv und bereits heute durch erhebliche personelle Engpässe geprägt. In vielen Krankenhäusern können vorhandene Intensivkapazitäten nicht genutzt werden, weil das erforderliche Personal fehlt. Eine Finanzierungslogik, die zusätzlichen Personalaufbau wirtschaftlich unattraktiv macht, wird diese Situation weiter verschärfen und zu einem weiteren Rückgang real verfügbarer Versorgungskapazitäten führen. Gleichzeitig steht dies im Widerspruch zu den gesundheitspolitischen Zielen, die Krisenresilienz des Gesundheitssystems zu stärken. Die Vorhaltung zusätzlicher Kapazitäten für Krisen-, Katastrophen- oder Verteidigungslagen setzt eine leistungsfähige Regelversorgung voraus. Wird diese finanziell eingeengt, werden auch die Voraussetzungen für die Krisenbewältigung geschwächt.

Vor diesem Hintergrund halten wir es für erforderlich, für besonders personalintensive und systemkritische Bereiche – insbesondere die Intensivmedizin – Ausnahmen von der Budgetbegrenzung vorzusehen. Die Refinanzierung des Pflegepersonals muss sich weiterhin am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientieren. Ergänzend sind Vorhaltestrukturen für Krisenlagen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe anzuerkennen und außerhalb der regulären Vergütungssystematik, insbesondere aus Steuermitteln, zu finanzieren.

Die geplante Einführung von DRG-Kurzzeitfallpauschalen 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. Gleichzeitig wird damit anerkannt, dass die Hybrid-DRG allein nicht geeignet sind, alle hierfür relevanten Fallkonstellationen sachgerecht abzubilden. 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.

Deutlich kritisch sehen wir die vorgesehenen Kürzungen bei Mitteln für den Innovationsfonds sowie Einschränkungen bei der Leitlinienentwicklung. Gerade der Innovationsfonds hat in den vergangenen Jahren maßgeblich zur Entwicklung neuer, sektorenübergreifender Versorgungsformen beigetragen und sich als wirksames Instrument zur Verbesserung der Versorgungsqualität erwiesen. Eine Reduktion der Mittel gefährdet diese Entwicklung und setzt ein falsches Signal für die Innovationsfähigkeit des Gesundheitssystems. Gleiches gilt für die Leitlinienarbeit, die eine zentrale Grundlage für eine evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Versorgung darstellt. Einsparungen in diesen Bereichen stehen im

Widerspruch zum Anspruch, Ausgaben stärker am Nutzen für die Patientinnen und Patienten auszurichten.

In der Gesamtbewertung führt der Gesetzentwurf zu einer weitgehend pauschalen Begrenzung der Finanzierung, die den unterschiedlichen Anforderungen der Versorgungsbereiche nicht ausreichend Rechnung trägt. Eine nachhaltige Stabilisierung der Beitragssätze erfordert aus unserer Sicht eine differenziertere Herangehensweise: Systemkritische Bereiche müssen gezielt berücksichtigt, bestehende Reformvorhaben konsistent weiterentwickelt und Investitionen in Innovation und Qualität gesichert werden. Nur so lassen sich finanzielle Stabilität und eine leistungsfähige, krisenfeste Gesundheitsversorgung miteinander in Einklang bringen.

Stellungnahme im Einzelnen

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

§ 6a Absatz 2a KHEntgG wird um folgenden Satz 4 ergänzt:

„Die Begrenzung des Pflegebudgets durch den Veränderungswert gilt nicht für den Aufbau von Pflegepersonal, der zur Sicherstellung der Versorgung oder zur Vorhaltung von Kapazitäten in personalintensiven und systemkritischen Bereichen, insbesondere der Intensivmedizin, erforderlich ist.“

§ 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.“

§ 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.“

§ 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.“

§ 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.“