

## Stellungnahme

zum

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für eine

### **Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V)**

27. Oktober 2023

## I. ALLGEMEINE ANMERKUNGEN

§ 115f Abs. 1 Satz 1 SGB V sieht vor, dass die Vertragsparteien nach § 115b Abs. 1 Satz 1 SGB V eine spezielle sektorengleiche Vergütung für aus dem AOP-Katalog nach § 115b SGB V zu bestimmende Leistungen vereinbaren. Da es nicht zu einer Einigung der Vertragsparteien gekommen ist, hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gemäß § 115f Abs. 4 SGB V die spezielle sektorengleiche Vergütung und die relevanten Leistungen im Wege einer Rechtsverordnung zu bestimmen.

Hierzu hat das BMG im vorliegenden Referentenentwurf einen ab dem 1. Januar 2024 geltenden Startkatalog (Anlage 1), der die der speziellen sektorengleichen Vergütung unterfallenden Leistungen enthält, sowie die jeweils zugehörigen Hybrid-Pauschalen (Anlage 2) festgelegt. Des Weiteren hat das BMG in einer Anlage 3 die Grundlagen für eine im Laufe des Jahres 2024 erfolgende erweiterte Leistungsauswahl definiert.

Darüber hinaus enthält der Referentenentwurf in § 2 Regelungen zum Zugang der Patientinnen und Patienten zu Leistungen, die mit Hybrid-Pauschalen zu vergüten sind. Diese Regelungen sind aus rechtstechnischen Gründen, entsprechend dem Zuschnitt der gesetzlichen Verordnungsermächtigung, auf den Zugang von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten beschränkt worden, wie der Begründung zu entnehmen ist.

## II. BEWERTUNG

### **Zugang von privat Versicherten zu Leistungen nach § 115f SGB V**

Der Ansatz des Ordnungsgebers, sich auf die GKV-Formalitäten hinsichtlich des Zugangs von Patientinnen und Patienten zu Leistungen nach § 115f SGB V zu beschränken, ist rechtlich nachvollziehbar und sachlich auch nicht anders geboten, denn der Zugang von privat Versicherten vollzieht sich nach den jeweiligen tariflichen Bestimmungen der Privaten Krankenversicherungsunternehmen und bedarf insoweit keiner gesonderten Regelung. Es bestehen keinerlei Einschränkungen hinsichtlich der Inanspruchnahme von in den Anlagen 1 und 3 aufgeführten Leistungen durch privat versicherte Patientinnen und Patienten, so wie privat Versicherte auch ungehinderten Zugang zu im AOP-Katalog gemäß § 115b SGB V aufgeführten Leistungen sowohl in stationären als auch ambulanten Einrichtungen haben.

### **Abrechnung von Leistungen nach § 115f SGB V gegenüber privat Versicherten**

Die Abrechnungsgrundlage für Leistungen gemäß § 115f SGB V gegenüber privat Versicherten ist gleichermaßen geklärt. Für im Krankenhaus erbrachten Leistungen verweist § 1 Abs. 3 Satz 3 KHEntgG, der durch die vorliegende Verordnung unberührt bleibt, einheitlich für alle Krankenhausbenutzer auf die vorliegend festgelegten Hybrid-Pauschalen. Bei ambulanten Leistungen außerhalb des Krankenhauses ist die Gebührenordnung für Ärzte die maßgebliche Abrechnungsgrundlage; anders als im GKV-Bereich gelten hier weder die Hybrid-Pauschalen noch der EBM.

Klargestellt werden sollte in § 5 Abs. 1 des Verordnungsentwurfs indes noch, dass Krankenhäuser auch bei der Behandlung von privat Versicherten nach § 115f SGB V die entsprechenden Abrechnungsdaten analog § 301 SGB V und damit elektronisch an das private Krankenversicherungsunternehmen zu übermitteln haben, so wie dies in § 17c Abs. 5 KHG vorgesehen ist.

### **Erbringung wahlärztlicher Leistungen**

Bei den fraglichen operativen Leistungen gemäß § 115f SGB V handelt es sich um solche, die vormals in der Regel (kurz-)stationär erbracht wurden und nun primär ambulant durchgeführt werden sollen, wobei bei entsprechender medizinischer und/oder sozialer Indikation auch weiterhin eine Behandlung mit anschließender Übernachtung im Krankenhaus zulässig ist. Diese Leistungen waren bisher wahlärztlich, und es besteht ein fortgesetztes Interesse der Krankenhäuser und Patienten, weiterhin Wahlarztleistungen anzubieten bzw. zu erhalten. Die Überführung der Katalog-Leistungen in die neue Vergütungsform der Hybrid-DRG lässt die Möglichkeit der Krankenhäuser, Wahlarztleistungen zu erbringen, unberührt. Dies sollte im Krankenhausentgeltgesetz (§ 17) und der Gebührenordnung für Ärzte (§ 6a) klarstellend zum Ausdruck gebracht werden, so wie bereits hinsichtlich der Leistungen nach § 115d und § 115e SGB V geschehen.