DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Bundesverband der Krankenhausträger in der Bundesrepublik Deutschland

Umsetzungshinweise der DKG zur Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V für 2026

Stand: 11.09.2026

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 3
1.1 Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V im Jahr 2024 3
1.2 Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V im Jahr 2025 4
1.3 Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V im Jahr 2026 4
2. Hybrid-Leistungserbringung im Bereich der PKV 8
3. Hybrid-Leistungserbringung im Bereich der Unfallversicherung 8
4. Rechtliche Einordnung der § 115f-Leistungen der Krankenhäuser 8
5. Krankenhausinterne Organisation der Patientenbehandlung 10
6. Formularwesen, Behandlungsvertrag 11
7. Berechtigte Leistungserbringer 13
8. Zugang zur Leistungserbringung 13
9. Zuzahlungen 14
10. Entlassmanagement 14
11. Zahlungsfrist 15
12. Wahlleistungen 15
13. Erbringung belegärztlicher Leistungen und sonstige Kooperationsmöglichkeiten 15
14. Fallzusammenfassung 16
15. Verhältnis von § 115b SGB V zu § 115f SGB V 17
16. MD-Prüfungen 19
16.1 Prüfungen von § 115f-Fällen 19
16.2 Prüfungen von vollstationären Fällen mit dem Ergebnis einer Hybrid-DRG 19
17. Abrechnung vor- und nachstationärer Leistungen 20
18. Postoperative Nachbehandlung 20
19. Zusatzentgelte, Zu- und Abschläge 21
20. Pflegebudget 22
21. Datenübermittlung 23
21.1 Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V 23
21.2 Weitere Kostenträger 23
21.3 Besonderheit vertragsärztliche Leistungserbringer (auch MVZ) 24
21.4 Neuer Aufnahmegrund 24
21.5 Rechnungssatz 24
21.6 Vor- und nachstationäre Behandlung 25
22. PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2026 26
23. Hybrid-DRG-Fälle und Begleitpersonen 26
24. Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V außerhalb des zugelassenen Krankenhausstandortes 26

1. Einleitung

Durch das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPflEG) vom 20.12.2022 (BGBl. I, Seite 2793) wurde § 115f SGB V neu in das SGB V aufgenommen. Dort ist eine spezielle sektorengleiche Vergütung für bestimmte in einem Katalog genannte Leistungen vorgesehen, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär mit Übernachtung erbracht wird.

Die Regelungen wurden durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz — KHVVG) vom 11. Dezember 2024, das Krankenhausreformanpassungsgesetzt (KHAG) vom 15. April 2026 sowie zuletzt durch das Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) vom 30.07.2026 ergänzt.

Gemäß § 115f Abs. 1 Satz 1 SGB V sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) als Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene verpflichtet, die spezielle sektorengleiche Vergütung sowie den Leistungskatalog für die Leistungserbringung nach § 115f SGB V zu vereinbaren.

1.1 Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V im Jahr 2024

Im Jahr 2023 scheiterten die diesbezüglichen Verhandlungen auf der Bundesebene, so dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nach den damaligen gesetzlichen Regelungen für das Jahr 2024 mit einer entsprechenden Ersatzvornahme beauftragt war. Die diesbezügliche Hybrid-DRG-Verordnung wurde am 21.12.2023 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht (BGBl. 2023 I Nr. 380). Die Verordnung trat am 01.01.2024 in Kraft und am 31.12.2024 außer Kraft. Parallel zur Hybrid-DRG-Verordnung verständigten sich GKV-SV und DKG für das Jahr 2024 auf eine Vereinbarung zur Umsetzung des Abrechnungsverfahrens der speziellen sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f SGB V im Rahmen der Datenübermittlung gemäß § 301 Abs. 1 und 2 SGB V (Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung vom 06.02.2024). In der Vereinbarung wurden die Grundlagen der Abrechnung der Hybrid-DRG sowie die Vorgehensweise bei der Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken geregelt. Die Vereinbarung trat rückwirkend zum 01.01.2024 in Kraft und galt für Hybrid-DRG-Fälle mit Aufnahme der Patientin oder des Patienten vom 01.01.2024 bis zum 31.12.2024, damit auch nach dem 31.12.2024 eine Abrechnung nach den Regelungen der Umsetzungsvereinbarung für zum Jahresende aufgenommene Patienten erfolgen konnte.

Zusätzlich dazu wurde zwischen GKV-SV und KBV mit Datum vom 07.03.2024 eine Hybrid-DRG-Abrechnungsvereinbarung geschlossen, welche Regelungen zur technischen Ausgestaltung des Abrechnungsverfahrens sowie zu einer Übergangsregelung beinhaltete. Für Krankenhäuser ist diese Abrechnungsvereinbarung in den Bereichen von Interesse, in denen sie an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, beispielsweise durch krankenhauseigene Medizinische Versorgungszentren oder ermächtigte Krankenhausärzte.

1.2 Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V im Jahr 2025

Darüber hinaus waren die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene gemäß § 115f Abs. 2 Satz 2 SGB V alte Fassung verpflichtet, die Auswahl von Leistungen nach § 115f Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V im Abstand von jeweils zwei Jahren, und zwar erstmals spätestens bis zum 31.03.2024, zu überprüfen und, sofern erforderlich, anzupassen. Dieser Verpflichtung kamen KBV, GKV-SV und DKG mit der Hybrid-DRG-Vereinbarung nach, die zum 01.04.2024 in Kraft trat. Diese Vereinbarung regelt das Nähere zur Leistungsauswahl sowie zur Kalkulation von Hybrid-DRG-Fallpauschalen, die vom 01.01.2025 bis 31.12.2025 gelten sollen. Dadurch wurden die grundsätzlichen Vorgaben für die Beauftragung des in § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V genannten Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) geschaffen.

Die Leistungsauswahl und das Berechnungsschema für die Kalkulation wurden im Oktober 2024 nochmals angepasst. Die Vertragsparteien KBV, GKV-SV und DKG haben hierzu eine „Änderungsvereinbarung der Anlagen (Leistungskatalog und Berechnungsschema) der „Vereinbarung über den Leistungskatalog gemäß §115f Abs. 1 Satz 1 Nr.2 SGB V in Verbindung mit § 115f Abs.2 Satz 2 SGB V (Hybrid-DRG-Vereinbarung) vom 27.03.2024“ geschlossen. Diese beinhaltete eine Aktualisierung der Anlage 1 (OPS-Kodes) sowie der Anlage 2 (Berechnungsschema).

Für eine Anschlussregelung, die an die Stelle der am 31.12.2024 außer Kraft getretenen Hybrid-DRG-Verordnung des BMG tritt, wurde von den Vertragsparteien KBV, GKV-SV und DKG mit Wirkung zum 01.01.2025 die „Vereinbarung zu der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) gemäß § 115f SGB V für das Jahr 2025 (Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung) vom 18.12.2024“ geschlossen. Diese beinhaltet in Anlage 1 (Leistungskatalog) die Leistungen, für die eine spezielle sektorengleiche Vergütung ab dem Jahr 2025 gilt und in Anlage 2 die leistungsbezogene spezielle sektorengleiche Vergütung für diese Leistungen in Form von Fallpauschalen.

Darüber hinaus wurde am 18.12.2024 zwischen GKV-SV und DKG eine „Vereinbarung zur Umsetzung des Abrechnungsverfahrens der speziellen sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f SGB V (Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung)“ für das Jahr 2025 geschlossen, die die vorherige Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung mit Geltung für Hybrid-DRG-Fälle mit Aufnahme bis zum 31.12.2024, ablöste. Parallel hierzu wurde auch für den Leistungsbereich der Privaten Krankenversicherung (PKV) zwischen DKG und PKV-Verband für das Jahr 2025 wiederum eine eigene Umsetzungsvereinbarung (PKV-Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung vom 18.12.2024) abgeschlossen. Die bilateral zwischen KBV und GKV-SV vereinbarte Hybrid-DRG-Abrechnungsvereinbarung gilt weiterhin fort.

1.3 Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V im Jahr 2026

Durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vom 05.12.2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) wurden in § 115f SGB V zusätzliche umfangreiche Anpassungen vorgenommen, die erst über einen Änderungsantrag in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht wurden und mit

weitreichenden Folgen für die Krankenhäuser und die begonnene Ambulantisierung von bisher vollstationär erbrachten Krankenhausfällen verbunden sein werden. Wesentliche neue Inhalte sind unter anderem:

- Umstellung der bisherigen zweijährlichen Überprüfung und ggf. Anpassung der Leistungen des Hybrid-DRG-Kataloges auf eine jährliche Überprüfung und ggf. Anpassung,
- Vorgabe von Fallzahlen in Millionenhöhe, die zukünftig über Hybrid-DRG vergütet werden,
- schrittweise Absenkung der Vergütungen auf das Niveau der Vergütung der nach § 115b SGB V vereinbarten Leistungen bis 2030,
- ab dem Leistungsjahr 2031 sind die zu kalkulierenden Fallpauschalen auf Grundlage fallbezogener empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs festzulegen,
- Klarstellung in § 115f Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V, dass die für diesen Bereich vereinbarten Leistungen ausschließlich mit der Hybrid-DRG abgerechnet werden können und eine Abrechnung beispielsweise nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) oder dem stationären Fallpauschalensystem nicht möglich ist; es gilt ein Abrechnungsausschluss anderer als der speziellen sektorengleichen Vergütungen (vgl. BT-Drucksache 20/13407 vom 16.10.2024, Seite 287),
- Wegfall der bisherigen Kriterien „kurze Verweildauer“ und „geringer klinischer Komplexitätsgrad“ zur Leistungsauswahl; nunmehr lediglich Vorgabe, dass Leistungen für Menschen, die das 18. Lebensjahr nicht vollendet haben und Leistungen für Menschen mit Behinderungen nicht ausgewählt werden sollen,
- Übertragung von bisher bei den Vertragsparteien angesiedelten Aufgaben zur Vorbereitung der Leistungsauswahl und Entwicklung eines Kalkulationskonzepts an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und das Institut des Bewertungsausschusses (InBA),
- Vereinbarung der Leistungsauswahl jährlich bis zum 31. März des jeweiligen Kalenderjahres und Vereinbarung der speziellen sektorengleichen Vergütung bis zum 30. Juni eines jeden Kalenderjahres jeweils mit Wirkung ab dem 01. Januar des folgenden Kalenderjahres,
- Einführung eines Konfliktlösungsmechanismus über den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss, wenn Vereinbarungen durch die Vertragsparteien ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande kommen.

Die Umsetzung der neuen Vorgaben erfolgte im Jahr 2025 mit Wirkung für die Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V im Jahr 2026 wie folgt:

Die Vertragsparteien GKV-SV, KBV und DKG hatten gemäß § 115f Abs. 2 Satz 3 SGB V bis zum 15.02.2025 das InEK und das InBA gemeinsam zu beauftragen, die Auswahl der Leistungen nach § 115f Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V zu überprüfen und einen Vorschlag zur Anpassung der Leistungsauswahl vorzulegen. Ein Konsens über die Beauftragung der Institute InEK und InBA konnte jedoch nicht erzielt werden.

Gemäß § 115f Abs. 2 Satz 1 SGB V haben die Vertragsparteien die Auswahl der Leistungen nach § 115f Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V jährlich zu überprüfen und, sofern zur Einhaltung der Vorgaben nach § 115f Abs. 2 Satz 2 SGB V erforderlich, bis zum 31. März des jeweiligen Kalenderjahres, in dem die Überprüfung stattfindet, auf Grundlage des nach § 115f Abs. 2 Satz 3 SGB V beauftragten Vorschlags mit Wirkung ab dem 1. Januar des folgenden Kalenderjahres anzupassen.

Nachdem die Vertragsparteien das BMG informiert hatten, dass ein Konsens über die Beauftragung der Institute bis zum 15.02.2025 nicht möglich war, beauftragte das BMG die Institute mit der Überprüfung der Leistungsauswahl und zur Erarbeitung eines Vorschlags zur Anpassung der Leistungsauswahl für 2026 (vgl. § 115f Abs. 4 Satz 1 SGB V).

Am 21.03.2025 erhielten die Vertragsparteien von den Instituten eine Fallzahlabschätzung und Erläuterungen zu damit verbundenen Problemstellungen. Die Institute hatten hierbei keine konkrete Ausgestaltung der Hybrid-Leistungen für 2026 vorgenommen, sondern lediglich sog. „Mutter-DRGs“ benannt, aus denen Hybrid-DRGs entwickelt werden könnten. Darüber hinaus wurden Problemstellungen aufgezeigt, die im Vorfeld der weiteren Bearbeitung einer Klärung zugeführt werden müssten (wie z.B. Umgang mit differenten Sachkosten, Abrechenbarkeit von Zusatzentgelten, Beibehaltung des Ausschlusses von bösartigen Neubildungen). Es konnte keine Einigung zwischen den Vertragsparteien zu den aufgezeigten Problemstellungen erzielt werden. Zudem stimmten die Vertragsparteien darin überein, dass die zur Verfügung gestellten Informationen keine ausreichende Grundlage für eine Vereinbarung zur Anpassung der Leistungsauswahl für die Hybrid-DRGs 2026 bildeten, sodass kein fristgerechter Abschluss einer Vereinbarung zur Leistungsauswahl 2026 erfolgen konnte. Das BMG und die Institute wurden von den Vertragsparteien hierüber entsprechend informiert. Damit war gemäß § 115f Abs. 4 Satz 2 SGB V der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss (ergEBA) aufgerufen, den Inhalt der Vereinbarung mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner stimmberechtigten Mitglieder innerhalb von vier Wochen festzusetzen.

Der ergEBA tagte am 28.04.2025 und traf gegen die Stimmen der DKG eine weitreichende Entscheidung zur Leistungsauswahl bei den Hybrid-DRGs. Sowohl die unparteiischen Mitglieder als auch die Vertragsparteien GKV-SV und KBV folgten bei der Festsetzung strikt der gesetzlich zu erreichenden Fallzahlvorgabe von mindestens einer Million bisher vollstationär erbrachter Fälle. Um diese Vorgabe des Gesetzgebers zu erfüllen, wurden auch Zwei-Tages-Fälle, d.h. Fälle mit zwei Übernachtungen, in die Fallzahlermittlung einbezogen. Dadurch erfolgt eine massive Ausweitung der Hybrid-Leistungen, ohne dass die notwendigen strukturellen und konzeptionellen Rahmenbedingungen bisher sichergestellt sind.

Die Vertragsparteien GVK-SV, KBV und DKG waren im Anschluss hieran verpflichtet, die Institute bis zum 15.05.2025 mit der Erarbeitung eines Vorschlags für die Kalkulation der Vergütung differenziert nach dem Schweregrad der Fälle zu beauftragen, um dann auf der Grundlage dieses Vorschlags bis zum 30.06.2025 eine Vereinbarung über die spezielle sektorengleiche Vergütung gemäß § 115f Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V zu schließen (vgl. § 115f Abs. 1 Satz 9 SGB V).

Ein Konsens über die Beauftragung der Institute mit der Erarbeitung eines Kalkulationsvorschlags für die Vergütung konnte jedoch bis zum 15.05.2025 ebenso wenig erreicht werden. Gemäß § 115f Abs. 4 Satz 1 SGB V erfolgte die Beauftragung der Institute daraufhin ebenfalls durch das BMG.

Die Institute stellten den Vertragsparteien am 20.06.2025 einen Vorschlag für die Kalkulation der Vergütung für das Jahr 2026 zur Verfügung und erläuterten diesen Vorschlag den Vertragsparteien am 25.06.2025. Aufgrund der unterschiedlichen Positionen und der engen gesetzlichen Fristen war es aber nicht möglich, auf dieser Grundlage bis zum 30.06.2025 eine einvernehmliche Vergütungsvereinbarung abzuschließen. Damit war gemäß § 115f Abs. 4 Satz 2 SGB V der ergEBA auch hinsichtlich der Vergütungsvereinbarung verpflichtet, den Inhalt der Vereinbarung mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner stimmberechtigten Mitglieder innerhalb von vier Wochen festzusetzen.

Der ergEBA tagte am 03.07.2025 und traf abermals gegen die Stimmen der DKG weitreichende Entscheidungen zur Kalkulation der Hybrid-DRGs. Zu beachten ist dabei, dass die erforderlichen Informationen für eine endgültige Festlegung der Vergütung in der Sitzung des ergEBA am 03.07.2025 nicht vorlagen, da diese Festlegungen erst im Zusammenhang mit der Kalkulation des Fallpauschalenkatalogs für das aG-DRG-System 2026 umsetzbar sind. Somit war der ergEBA nicht in der Lage, am 03.07 2025 eine abschließende Vergütungsvereinbarung festzusetzen.

Die abschließende Festlegung der speziellen sektorengleichen Vergütung für das Abrechnungsjahr 2026 erfolgte durch den ergEBA am 11.11.2025 in den Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026. Die Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 ersetzen die bisherige Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung vom 18.12.2024 einschließlich deren Anlagen. Darüber hinaus wurde am 17.12.2025 zwischen GKV-SV und DKG eine Vereinbarung zur Umsetzung des Abrechnungsverfahrens der speziellen sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f SGB V (Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung) für das Jahr 2026 geschlossen, die die vorherige Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung mit Geltung für Hybrid-DRG-Fälle mit Aufnahme bis zum 31.12.2025, ablöste. Parallel hierzu wurde auch für den Leistungsbereich der Privaten Krankenversicherung (PKV) zwischen DKG und PKV-Verband für das Jahr 2026 wiederum eine eigene Umsetzungsvereinbarung (PKV-Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung vom 12.01.2026) abgeschlossen. Die bilateral zwischen KBV und GKV-SV vereinbarte Hybrid-DRG-Abrechnungsvereinbarung gilt weiterhin fort.

Einige der Fragen, die sich im Zusammenhang mit der Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V im Jahr 2026 stellen, werden durch die Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 und die Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung geklärt. Es gibt darüber hinaus aber zahlreiche weitere Fragen, die einer Klärung bzw. Einschätzung bedürfen.

Die DKG gibt hiermit die nachfolgenden Hinweise zur Umsetzung der Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V:

2. Hybrid-Leistungserbringung im Bereich der PKV

Gemäß § 1 Abs. 3 Satz 3 KHEntgG werden die nach § 115f Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V vereinbarten oder nach § 115f Abs. 4 Satz 2 oder Satz 5 SGB V bestimmten Leistungen für alle Benutzer und Benutzerinnen des Krankenhauses einheitlich nach § 115f SGB V vergütet. Für den Leistungsbereich der Privaten Krankenversicherung (PKV) wurde daher im Jahr 2024 erstmals zwischen DKG und PKV-Verband eine eigene Umsetzungsvereinbarung (PKV-Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung vom 06.02.2024) abgeschlossen. Die Vereinbarung trat rückwirkend zum 01.01.2024 in Kraft und galt für Hybrid-DRG-Fälle mit Aufnahme der Patientin oder des Patienten vom 01.01.2024 bis zum 31.12.2024, damit auch nach dem 31.12.2024 eine Abrechnung nach den Regelungen der Umsetzungsvereinbarung für zum Jahresende aufgenommene Patienten erfolgen konnte. Die PKV-Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung wurde auch in den Jahren 2025 und 2026 fortgeführt.

3. Hybrid-Leistungserbringung im Bereich der Unfallversicherung

Gemäß § 1 Abs. 3 Satz 3 KHEntgG werden die nach § 115f Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V vereinbarten oder nach § 115f Abs. 4 Satz 2 oder Satz 5 SGB V bestimmten Leistungen für alle Benutzer und Benutzerinnen des Krankenhauses einheitlich nach § 115f SGB V vergütet. Daher erfolgten Gespräche zwischen dem Spitzenverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und der DKG, um auch für den Bereich der Unfallversicherung eine entsprechende Abrede zu treffen. Um Krankenhäusern die Abrechnung von Leistungen, die der speziellen sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f SGB V (Hybrid-DRG) unterfallen, auch für den Bereich der Unfallversicherung zu ermöglichen, wurde in 2024 die zwischen DGUV und DKG geschlossene „Rahmenvereinbarung über die Behandlung von Versicherten der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung“ um diesen Tatbestand erweitert.

4. Rechtliche Einordnung der § 115f-Leistungen der Krankenhäuser

Eine zentrale Fragestellung ist zunächst die rechtliche Einordnung der Leistungserbringung der Krankenhäuser gemäß § 115f SGB V und die Frage, ob diese eher dem ambulanten oder dem stationären Leistungsgeschehen zuzuordnen sind. Der Gesetzeswortlaut von § 115f SGB V trifft hierzu keine Festlegungen, da lediglich die spezielle sektorengleiche Vergütung als neue Vergütungsform im SGB V implementiert wurde. Durch diese Vorgehensweise erfolgte auch keine Ausgestaltung der Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V als neuer eigenständiger Leistungsbereich, da letztlich „nur“ eine neue Vergütungsform etabliert, die sonstigen Rahmenbedingungen eines neuen Leistungsbereichs jedoch nicht ausgestaltet wurden.

Im Ergebnis sorgt die fehlende Ausgestaltung des § 115f SGB V für umfangreiche Auslegungsnotwendigkeiten, um die entsprechenden Regelungslücken zu füllen. Dies betrifft insbesondere die rechtliche Einordnung der Leistungserbringung der Krankenhäuser, da sich anhand dieser

Einordnung auch zahlreiche weitere Fragestellungen beantworten lassen, die nachgeordnete Bereiche betreffen.

Bei der Beantwortung der rechtlichen Einordnung kommt einerseits als Herangehensweise in Betracht, die Hybrid-Fälle der Krankenhäuser klassisch in eine ambulante oder stationäre Leistungserbringung einzuteilen. Danach würde unterschieden werden, ob Patienten das Krankenhaus am Tag der Leistungserbringung wieder verlassen (ambulante Fälle) oder sie über Nacht im Krankenhaus verbleiben (stationäre Fälle). Nachgeordnete Fragestellungen würden anhand dieser jeweiligen Einteilung beantwortet werden (z. B. Entlassmanagement bei stationären Fällen ja und bei ambulanten Fällen nein usw.).

Fraglich ist jedoch, ob bei dieser „klassischen" Herangehensweise die Besonderheit, durch die sich § 115f SGB V als Alleinstellungsmerkmal im bestehenden System auszeichnet, ausreichende Berücksichtigung findet. Die Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V unterscheidet sich dadurch grundlegend von anderen Leistungsformen, dass die spezielle sektorengleiche Vergütung unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär mit Übernachtung erbracht wird. Daraus resultiert die Frage, ob es aufgrund der sektorengleichen Vergütung überhaupt erforderlich ist, bei der Leistungserbringung des Krankenhauses zwischen Fällen zu unterscheiden, in denen Patienten am selben Tag das Krankenhaus wieder verlassen und Fällen, in denen sie sich über Nacht im Krankenhaus aufhalten. Wäre nicht vielmehr auch eine Zuordnung der § 115f-Leistungen der Krankenhäuser zum stationären Leistungsbereich denkbar, ohne eine entsprechende Unterscheidung nach der Aufenthaltsdauer der Patienten vorzunehmen? § 115f Abs. 1 Nr. 1 SGB V enthält zwar durch die Formulierung *„unabhängig davon, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär mit Übernachtung erbracht wird"* vom Grundsatz her selbst die klassische Einteilung in eine ambulante oder stationäre Leistungserbringung. Dies könnte jedoch auch ein Hinweis darauf sein, dass die ambulante Erbringung von Leistungen gemäß § 115f SGB V durch Vertragsärzte erfolgt, wohingegen die stationären Leistungen gemäß § 115f SGB V durch die Krankenhäuser erbracht werden. Jedenfalls kann dieser Begrifflichkeit nicht zwingend entnommen werden, dass bei der Leistungserbringung der Krankenhäuser ebenfalls zwischen ambulanten und stationären Leistungen unterschieden werden muss.

Die DKG hat sich letztlich aus verschiedenen (pragmatischen) Gründen für eine **Zuordnung der § 115f-Leistungen der Krankenhäuser zum stationären Leistungsbereich** entschieden, ohne dabei danach zu unterscheiden, ob Patienten am selben Tag das Krankenhaus wieder verlassen oder sie sich über Nacht im Krankenhaus aufhalten. Eine Trennung in ambulante und stationäre Fälle des Krankenhauses, die jeweils nach § 115f SGB V zu vergüten sind, ist nicht sachlogisch und hätte beispielsweise einen nicht zu rechtfertigenden Zuordnungsaufwand in der Abrechnung zur Folge gehabt. Das Erfordernis einer Abrechnung nach unterschiedlichen Datensätzen hätte zudem derart umfangreiche Folgeeffekte in den Abrechnungssystemen nach sich gezogen, dass die Abrechnungsdatenübermittlung 2024 sich noch wesentlich stärker verzögert hätte.

Die Entscheidung, die Leistungserbringung der Krankenhäuser gemäß § 115f SGB V ohne weitere Unterscheidung bei der Aufenthaltsdauer der Patienten inhaltlich dem stationären Leistungsbereich zuzuordnen und diese Einordnung bei der Beantwortung nachgeordneter Fragestellungen

zugrunde zu legen, war damit insbesondere auch der Schaffung zeitnaher Abrechnungsmöglichkeiten geschuldet. Aber auch im Bereich des Entlassmanagements hätte eine Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Hybrid-Fällen der Krankenhäuser Versorgungsbrüche zur Folge gehabt, die Patienten vor Ort nur sehr schwierig zu erklären gewesen wären. Insgesamt war daher auch Grundgedanke der fehlenden Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Fällen, durch eine einheitliche Handhabung zu Erleichterungen bei der Umsetzung beizutragen.

Bei den § 115f SGB V-Leistungen der Krankenhäuser handelt es sich aber nicht um vollstationäre Krankenhausleistungen; die Leistungserbringung nach § 115f SGB V der Krankenhäuser ist also von der vollstationären Krankenhausbehandlung abzugrenzen.

5. Krankenhausinterne Organisation der Patientenbehandlung

An die Frage der rechtlichen Einordnung der Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V schließt sich die Frage der krankenhausinternen Organisation der Patientenbehandlung an.

Ausgehend von einer Zuordnung der § 115f-Fälle der Krankenhäuser zur stationären Leistungserbringung könnte das stationäre Aufnahmeprozedere im Krankenhaus für die krankenhausinterne Organisation empfehlenswert sein. Dem könnte zwar zunächst entgegenstehen, dass Krankenhäuser vielfach davon ausgehen, dass ein Verlassen des Krankenhauses am Tag der Leistungserbringung möglich sein könnte. Dieser Umstand könnte dafürsprechen, die jeweilige Patientenbehandlung eher im ambulanten Setting anzusiedeln, was sich dementsprechend auch in der verwaltungsmäßigen Abwicklung des Behandlungsfalles widerspiegeln würde. Gegen das vollständige Zugrundelegen der „ambulanten Kautelen“ spricht aber wiederum, dass als Vergütung für die Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V eine Hybrid-DRG vorgesehen ist, die unter Nutzung des stationären Abrechnungssystems abgerechnet wird. Deshalb sollte im Verlauf **so frühzeitig wie möglich** das hierfür vorgesehene **Groupingverfahren** durchlaufen werden, was eher eine Orientierung an den stationären Abläufen sinnvoll erscheinen lässt. Für die verwaltungsmäßige Abwicklung der Hybrid-Fälle werden sowohl die stationären, als auch die ambulanten Abläufe im Krankenhaus jeweils Vor- und Nachteile aufweisen und nicht zu 100 % passen. Eine mögliche Herangehensweise könnte daher auch darin bestehen, zwischen dem Ort und der Art und Weise der Durchführung der Patientenbehandlung (z. B. im ambulanten Setting) und dem verwaltungsmäßigen Aufnahmeprozedere (z. B. angelehnt an die stationären Abläufe) zu unterscheiden.

Letztlich obliegt die krankenhausinterne Organisation der Patientenbehandlung **dem Krankenhausträger**, der im Rahmen seiner **Organisationshoheit** unter Berücksichtigung der jeweiligen Gegebenheiten und Strukturen vor Ort und unter Einbeziehung des hierfür zuständigen Fachpersonals des Krankenhauses die dafür notwendigen Entscheidungen treffen sollte. **Perspektivisch könnte künftig ein eigens für den Leistungsbereich des § 115f SGB V entwickeltes Aufnahmeprozedere mit den dafür jeweils sachgerechten Abläufen empfehlenswert sein.**

6. Formularwesen, Behandlungsvertrag

Ausgehend von einer Zuordnung der § 115f-Fälle der Krankenhäuser zur stationären Leistungserbringung und der damit verbundenen Empfehlung, das stationäre Aufnahmeprozedere im Krankenhaus für die krankenhausinterne Organisation zugrunde zu legen, liegt es nahe, für die verwaltungsmäßige Abwicklung den zwischen dem Patienten und dem Krankenhaus zu schließenden **stationären Behandlungsvertrag gemäß § 630a BGB zu verwenden** (vergleiche etwa das seitens der DKG empfohlene Musterformular „Musterverträge der DKG, Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB), Behandlungsverträge und Wahlleistungsvereinbarung für Krankenhäuser“, 16. Auflage 2025, Seite 3). Fraglich ist jedoch, ob und inwiefern hierfür ggf. in Behandlungsvertrag und Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) Anpassungsbedarf besteht.

Die Besonderheit bei § 115f SGB V besteht darin, dass lediglich die spezielle sektorengleiche Vergütung als neue Vergütungsform im SGB V implementiert wurde. Durch diese Vorgehensweise erfolgte keine Ausgestaltung der Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V als neuer eigenständiger Leistungsbereich, da der Gesetzgeber letztlich „nur“ eine neue Vergütungsform etabliert hat, die sonstigen Rahmenbedingungen eines neuen Leistungsbereichs jedoch nicht ausgestaltet wurden. Anders als beispielsweise bei der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung oder der tagesstationären Behandlung gibt es somit bei der Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V im Verhältnis Krankenhaus/Patient keine im Behandlungsvertrag oder den AVB regelungsbedürftigen besonderen Umstände. Hinweise in den AVB, dass z.B. die stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Umfeld erfolgt oder eine tagesstationäre Behandlung in geeigneten Fällen freiwillig ohne Übernachtung im Krankenhaus durchgeführt werden kann, sind bei der Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V nicht erforderlich, da es hier solche Besonderheiten nicht gibt.

Über die neue Vergütungsform „Hybrid-DRG“ werden Patienten im **DRG-Entgelttarif** für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG, der dem Behandlungsvertrag als Anlage 1 beigefügt ist, informiert. Die Hybrid-DRG wurden hier entsprechend ergänzt (vergleiche etwa das seitens der DKG empfohlene Musterformular „Musterverträge der DKG, Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB), Behandlungsverträge und Wahlleistungsvereinbarung für Krankenhäuser“, 16. Auflage 2025, Seite 37 – 52).

Auch im Hinblick auf die gegenüber den Patienten zu erbringenden (datenschutzrechtlichen) Informations- / Übermittlungspflichten oder einzuholenden Einwilligungen **gelten** dementsprechend **keine Besonderheiten**.

Insofern gelten auch für folgende, übliche Anlagen zum Behandlungsvertrag (vergleiche etwa die seitens der DKG empfohlenen Musterformulare „Musterverträge der DKG, Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB), Behandlungsverträge und Wahlleistungsvereinbarung für Krankenhäuser“, 16. Auflage 2025, Seite 65 - 101) keine Besonderheiten:

- Datenübermittlungen zwischen Hausärzten und Krankenhäusern,
- Datenübermittlungen zwischen Krankenhäusern und Hausärzten / sonstigen Vor-/Nach-/Weiterbehandlern,

- Datenübermittlungen zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen / Beihilfestellen und Krankenhäusern,
- Informationspflichten gegenüber Patienten im Krankenhausbereich / in Institutsambulanzen / MVZ auf der Grundlage der Art. 12 ff. DS-GVO / §§ 16 ff. DSG-EKD / §§ 14 ff. KDG,
- Information für Kostenerstattungspatienten,
- Patienteninformation zum Entlassmanagement,
- Einwilligung in das Entlassmanagement,
- Patienteninformationen zur ePA.

Da die spezielle sektorengleiche Vergütung lediglich als neue Vergütungsform im SGB V implementiert und dadurch keine neue Versorgungsform geschaffen wurde, **kann das stationäre Vertragsmuster im Ergebnis sogar ohne jegliche Anpassung zur Anwendung kommen.**

Sollte gleichwohl der Wunsch bestehen, in den stationären Behandlungsvertrag und die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) die Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V der Vollständigkeit halber aufzunehmen, könnte dies in den seitens der DKG empfohlenen Musterformularen („Musterverträge der DKG, Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB), Behandlungsverträge und Wahlleistungsvereinbarung für Krankenhäuser“, 16. Auflage 2025, Seite 3 – 18) folgendermaßen vorgenommen werden:

- Im **Behandlungsvertrag** (vergleiche das seitens der DKG empfohlene Musterformular „Musterverträge der DKG, Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB), Behandlungsverträge und Wahlleistungsvereinbarung für Krankenhäuser“, 16. Auflage 2025, Seite 3) könnte nach dem Satz *„Behandlungsvertrag über stationäre Krankenhausleistungen zwischen […] über die vollstationäre / stationsäquivalente psychiatrische / tagesstationäre / teilstationäre / vor- und nachstationäre Behandlung zu den in den AVB des Krankenhauses vom […] niedergelegten Bedingungen.“* folgender Satz ergänzt werden: ***„Leistungen, die gemäß § 115f SGB V vergütet werden, sind eingeschlossen.“***

- In den **AVB** (vergleiche das seitens der DKG empfohlene Musterformular „Musterverträge der DKG, Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB), Behandlungsverträge und Wahlleistungsvereinbarung für Krankenhäuser“, 16. Auflage 2025, Seite 9) könnte am Ende von *§ 1 Geltungsbereich* folgender Satz ergänzt werden: ***„Dies gilt auch für Leistungen, die nach § 115f SGB V vergütet werden.“***

Weitere Änderungen sind nicht erforderlich. So verweist beispielsweise die Regelung in § 7 Abs. 2 der AVB darauf, dass Zuzahlungen nur für vollstationäre Krankenhausbehandlungen zu leisten sind, so dass sich daraus bereits ergibt, dass dies auf die Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V nicht zutrifft (siehe dazu auch die untenstehenden Ausführungen zum Punkt **„Zuzahlungen“**).

7. Berechtigte Leistungserbringer

Zur Erbringung der nach § 115f Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 i. V. m. Abs. 2 Satz 3 SGB V vereinbarten Leistungen und zur Abrechnung der nach § 115f Abs. 1 Satz 2 SGB V kalkulierten Fallpauschalen berechtigt sind

- die an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer gemäß § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V sowie
- Krankenhäuser nach § 108 SGB V,

die die in § 115b Absatz 1 Satz 5 SGB V genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen (vgl. § 1 der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung).

8. Zugang zur Leistungserbringung

Leistungen gemäß § 115f SGB V können auf Veranlassung einer niedergelassenen Vertragsärztin oder eines niedergelassenen Vertragsarztes durchgeführt werden. Falls eine Patientin oder ein Patient ohne Veranlassung einer niedergelassenen Vertragsärztin oder eines niedergelassenen Vertragsarztes ein Krankenhaus, eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt oder ein Medizinisches Versorgungszentrum zur Erbringung einer Leistung gemäß § § 115f SGB V aufsucht, kann die Leistung erbracht werden, wenn die elektronische Gesundheitskarte in Verbindung mit einem amtlichen Lichtbildausweis als Nachweis für die Mitgliedschaft vorgelegt wird (vgl. Ziffer 2 Abs. 1 der Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026).

Patienten benötigen demnach als Zugang zur Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V **keinen Einweisungsschein**. Dies ist weder in den gesetzlichen Regelungen noch in der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung als Voraussetzung vorgesehen. Ebenso wenig kann Patienten, die mit einem Überweisungsschein ins Krankenhaus kommen, eine Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V verwehrt werden. Unabhängig davon, mit welchen Unterlagen oder vorherigen Einschätzungen von vorbehandelnden Vertragsärzten Patienten ins Krankenhaus gelangen, muss seitens des Krankenhauses in jedem Fall eine Eingangsuntersuchung erfolgen, um zu entscheiden, welche Form der Behandlung sich im jeweiligen Einzelfall als medizinisch notwendig erweist. Letztlich besteht auch die Möglichkeit, dass Patienten **ohne Einweisung oder Überweisung** eines Vertragsarztes unmittelbar zur Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V ins Krankenhaus kommen. Die Leistung kann in einem solchen Fall erbracht werden, wenn die elektronische Gesundheitskarte in Verbindung mit einem amtlichen Lichtbildausweis als Nachweis für die Mitgliedschaft vorgelegt wird.

Zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen stellt die veranlassende Ärztin oder der veranlassende Arzt der die Leistung nach § 115f SGB V durchführenden Ärztin oder dem die Leistung nach § 115f SGB V durchführenden Arzt die im Zusammenhang mit der vorgesehenen Leistung bedeutsamen Unterlagen zur Verfügung (vgl. Ziffer 2 Abs. 2 der Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026).

9. Zuzahlungen

GKV-SV und DKG haben sich darauf verständigt, **dass für die Leistungen der Hybrid-DRG keine Zuzahlungen** gemäß § 39 Abs. 4 SGB V **erhoben werden**:

Im Rahmen der Gespräche zur Umsetzungsvereinbarung stellte der GKV-SV klar, dass Zuzahlungen gemäß § 39 Abs. 4 SGB V nur bei vollstationärer Behandlung zu tragen sind und Einigkeit besteht, dass die § 115f SGB V-Leistungserbringung im Krankenhaus von der vollstationären Leistungserbringung abzugrenzen ist. Mangels Vorliegens einer vollstationären Behandlung sei daher keine Zuzahlungsregelung möglich. Dementsprechend ist in § 4 der Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung vorgesehen, dass die Zuzahlungsregelungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung gemäß § 39 Absatz 4 SGB V bei der Abrechnung von Leistungen nach Anlage 1 der für das Jahr 2026 gültigen Vereinbarung nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V keine Anwendung finden. Dies ist im Rahmen der verwaltungstechnischen Prozessorganisation eine wichtige Ausnahme von den ansonsten üblichen Abläufen im stationären Bereich.

10. Entlassmanagement

GKV-SV und DKG sind sich einig, dass das Entlassmanagement Bestandteil der Leistungserbringung nach § 115f ist.

Dies liegt darin begründet, dass gemäß § 39 Abs. 1a Satz 1 SGB V die Krankenhausbehandlung auch ein Entlassmanagement umfasst und es sich bei den § 115f-Leistungen der Krankenhäuser um Krankenhausbehandlung handelt. Darüber hinaus bestand grundsätzlich Einigkeit darüber, dass im Rahmen der Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V beim Entlassmanagement systembedingt in erster Linie die Verordnung von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransport, häuslicher Krankenpflege sowie die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit erfolgen wird.

Dies spiegelt sich in der **für das Jahr 2026 gültigen Vereinbarung nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V** wider (vgl. § 5 der Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung), und zwar unabhängig von der jeweiligen Aufenthaltsdauer der Patienten im Krankenhaus. Näheres regelt der Rahmenvertrag Entlassmanagement.

Die einzige Besonderheit besteht darin, dass bei der Anwendbarkeit des Entlassmanagements nicht danach unterschieden wird, ob Patienten das Krankenhaus am selben Tag wieder verlassen oder sie sich über Nacht im Krankenhaus aufhalten. Das Entlassmanagement kommt in beiden Fällen nach den im Rahmenvertrag für das Entlassmanagement vorgesehenen Rahmenbedingungen wie gewohnt zur Anwendung.

11. Zahlungsfrist

Die von den Krankenhäusern auf Grundlage der für das Jahr 2026 gültigen Vereinbarung nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V erbrachten und in Rechnung gestellten Leistungen sind von den Krankenkassen innerhalb von **fünf Tagen** nach § 109 Absatz 5 SGB V nach Rechnungseingang zu begleichen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrags an ein Geldinstitut oder der Versendung von Zahlungsmitteln an das Krankenhaus. Ist der Fälligkeitstag ein Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag, so verschiebt er sich auf den nächstfolgenden Arbeitstag (vgl. § 6 der Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung).

12. Wahlleistungen

Der PKV-Verband und die DKG haben diesbezüglich auf der Arbeitsebene Gespräche geführt. Es besteht Einigkeit darüber, dass Hybrid-Leistungen der Krankenhäuser wahlleistungsfähig sind. Dies soll auch unabhängig davon gelten, ob Patienten am selben Tag das Krankenhaus wieder verlassen oder sie sich über Nacht im Krankenhaus aufhalten. Krankenhäuser können also für den Bereich der Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V – wie gewohnt - eine Wahlleistungsvereinbarung über **wahlärztliche Leistungen** mit dem Patienten schließen, die auch dann Bestand haben soll, wenn der Patient bereits am selben Tag das Krankenhaus wieder verlassen kann.

Zum Thema Wahlleistungen gibt es einen gemeinsamen Rechtsstandpunkt von PKV-Verband und DKG, über den per DKG-Rundschreiben informiert wurde.

Die seitens der DKG empfohlene **Wahlleistungsvereinbarung** („Musterverträge der DKG, Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB), Behandlungsverträge und Wahlleistungsvereinbarung für Krankenhäuser“, 16. Auflage 2025, Seite 103 – 116) kann wie gewohnt **ohne Anpassung zur Anwendung** kommen. Diesbezüglich sind keine Änderungen erforderlich.

Für den Fall, dass Patienten sich über Nacht im Krankenhaus aufhalten, besteht darüber hinaus die Möglichkeit, eine Vereinbarung über die **Wahlleistung Unterkunft** – wie gewohnt und ohne Abschlag - mit dem Patienten zu schließen.

13. Erbringung belegärztlicher Leistungen und sonstige Kooperationsmöglichkeiten

Fraglich ist darüber hinaus, wie mit der Erbringung belegärztlicher Leistungen im Rahmen von § 115f SGB V umzugehen ist.

Gemäß Ziffer 5 Abs. 4 der Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 sind die in der Anlage 2 der Vereinbarung aufgeführten Fallpauschalen für die gesamte Dauer der erbrachten Leistungen nach Anlage 1 der Vereinbarung unabhängig von der Anzahl der beteiligten Leistungserbringer

nur einmal berechnungsfähig. Folge dieser Regelung ist jedoch, dass das **klassische Belegarztwesen** im Bereich der Hybrid-DRG-Leistungserbringung **nicht zur Anwendung kommen kann**, da die im Belegarztwesen vorgesehene Splittung der Vergütung in die ärztliche Leistung des Belegarztes und die Beleg-DRG des Krankenhauses nicht möglich ist.

Werden Vertragsärzte im Bereich der Hybrid-DRG-Leistungserbringung nicht als Belegärzte, sondern in ihrer Eigenschaft als Vertragsärzte tätig, bestehen aber die üblichen Kooperationsmöglichkeiten zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Vertragsärzten. Handelt es sich beispielsweise um den Hybrid-Fall eines Vertragsarztes, der für die Behandlung die Infrastruktur des Krankenhauses benötigt (z. B. OP-Saal und nicht-ärztliches Personal), würde der Vertragsarzt die Hybrid-DRG auf dem für ihn vorgesehenen Abrechnungsweg in Rechnung stellen und mit dem Krankenhaus einen Vertrag über die Nutzung der Krankenhausinfrastruktur schließen, um auf diesem Wege dem Krankenhaus im Innenverhältnis hierfür ein Nutzungsentgelt zukommen zu lassen.

Dabei ist jedoch zu beachten, dass Vertragsärzte in ihrer Eigenschaft als Vertragsarzt nur ambulante Leistungen gemäß § 115f SGB V erbringen und die hierfür erforderliche Infrastruktur des Krankenhauses (z.B. OP-Saal und nicht-ärztliches Personal) in Anspruch nehmen können. Wird zusätzlich dazu für die Behandlung beispielsweise ein Krankenhausbett benötigt und in Anspruch genommen, dürfte dies nur durch einen Belegarzt und im Rahmen der Inanspruchnahme der Belegabteilung eines Krankenhauses erfolgen. Dies hätte aber bei Hybrid-Leistungen zur Folge, dass nur der Belegarzt die Hybrid-DRG abrechnen könnte und allenfalls die Möglichkeit bestünde, das Krankenhaus hieran im Innenverhältnis durch ein Nutzungsentgelt zu beteiligen.

Sofern es sich um den Hybrid-Fall eines Krankenhauses handelt, besteht umgekehrt auch die Möglichkeit, dass sich das Krankenhaus dafür z.B. die Anästhesie oder die Operationsleistung „einkauft“. Ein niedergelassener Vertragsarzt könnte somit die Anästhesie oder die Operationsleistung auf Basis einer vertraglichen Abrede für das Krankenhaus erbringen und hierfür im Innenverhältnis eine Vergütung vom Krankenhaus erhalten. Das Krankenhaus würde in diesem Fall die Hybrid-DRG auf dem für das Krankenhaus vorgesehenen Abrechnungsweg in Rechnung stellen. Im Rahmen einer derartigen Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten sind grundsätzlich je nach Ausgestaltung der Zusammenarbeit Compliancegesichtspunkte („Zuweisung gegen Entgelt“) sowie die Problematik der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung von Honorarärzten zu berücksichtigen.

14. Fallzusammenfassung

In den Gesprächen mit dem GKV-SV zur Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung wurde darüber diskutiert, wie mit Fallkonstellationen umzugehen ist, in denen eine Entlassung nach einer Hybrid-DRG-Behandlung und eine Wiederaufnahme des Patienten im selben Krankenhaus und am gleichen Kalendertag erfolgen.

Der GKV-SV hatte sich hierbei klar dagegen ausgesprochen, Krankenhäusern in einer solchen Konstellation die Abrechnung von zwei Entgelten zuzugestehen. Es wurde daher in die Umsetzungsvereinbarung in § 1 Abs. 3 eine Regelung aufgenommen, die Fallkonstellationen adressiert, in denen Patienten **am Tag der Entlassung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V im selben Krankenhaus** zur vollstationären Krankenhausbehandlung wiederaufgenommen werden. In diesen Fällen sind die Falldaten der Aufenthalte zusammenzufassen. Die Regelung orientiert sich am Wortlaut der Regelung in § 9 Abs. 5 AOP-Vertrag und dürfte im Ergebnis in den meisten Fällen dazu führen, dass die zusammengefassten Aufenthalte in eine vollstationäre DRG eingruppiert werden.

Die Hybrid-DRG sind kein Bestandteil der Anlagen zur Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2026 (Fallpauschalenvereinbarung 2026 – FPV 2026). Somit kommen die Regelungen gemäß § 2 Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus der FPV nicht zur Anwendung.

15. Verhältnis von § 115b SGB V zu § 115f SGB V

Nach wie vor befindet sich ein Teil der OPS-Kodes der Anlage 1 der vom ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses (ergEBA) am 11.11.2025 (10. Sitzung) des Teil C des Beschlusses des ergEBA am 03.07.2025 (9. Sitzung) beschlossenen *„Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026“* auch im *„Katalog ambulantes Operieren gemäß § 115b Abs. 1 SGB V (AOP-Katalog)“*. Damit eng verbunden ist die Frage, ob für diesen Bereich der Überschneidungen das Wirtschaftlichkeitsgebot zum Tragen kommt. Können Krankenkassen von Krankenhäusern verlangen, dass Hybrid-Leistungen im Sinne eines wirtschaftlichen Alternativverhaltens als AOP-Leistung erbracht und abgerechnet werden, sofern diese sich auch im AOP-Katalog befinden und müssen Krankenhäuser dies im Rahmen der Leistungserbringung prüfen? Dem ist Folgendes entgegenzuhalten:

- Gemäß § 115f Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V erfolgt eine Vergütung für die im Katalog nach § 115f Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V genannten Leistungen ausschließlich über die spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG). Laut Gesetzesbegründung wird dadurch in § 115f Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V klargestellt, dass die für diesen Bereich vereinbarten Leistungen ausschließlich mit der Hybrid-DRG abgerechnet werden können und eine Abrechnung beispielsweise nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) oder dem stationären Fallpauschalensystem nicht möglich ist; es gilt ein Abrechnungsausschluss anderer als der speziellen sektorengleichen Vergütungen (vgl. BT-Drucksache 20/13407 vom 16.10.2024, Seite 287).

- Dementsprechend sieht Ziffer 5 Absatz 1 der durch den ergEBA beschlossenen Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 vor, dass die in der Anlage 1 genannten Leistungen mit einer in Anlage 2 genannten Fallpauschale (Hybrid-DRG) zu vergüten sind, sofern sich aus dem Definitionshandbuch ,,aG-DRG German Diagnosis Related Groups" des Instituts für

das Entgeltsystem im Krankenhaus eine Zuordnung der jeweiligen Leistung zu der jeweiligen Hybrid-DRG ergibt.

- Zusätzlich dazu enthält § 1 Absatz 2 der zwischen GKV-SV und DKG für das Jahr 2026 geschlossenen Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung vom 17.12.2025 die Regelung, dass eine Abrechnung für die in der Anlage 1 der für das Jahr 2026 gültigen Vereinbarung nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V genannten Leistungen über die Vergütungssystematik für Leistungen des Vertrages nach § 115b SGB V ausgeschlossen ist, sofern sich aus dem Definitionshandbuch „aG-DRG German Diagnosis Related Groups 2026“ des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus vom 10.12.2025 eine Zuordnung der jeweiligen Leistung zu der jeweiligen Hybrid-DRG ergibt.

Durch diese Regelungen ist die Anwendbarkeit des Wirtschaftlichkeitsgebots im Verhältnis von § 115b SGB V zu § 115f SGB V ausgeschlossen. Bei Leistungen, die sich sowohl im Hybrid- als auch im AOP-Katalog befinden, haben Krankenhäuser bei der Leistungserbringung kein Wahlrecht. Sofern sich für eine Hybrid-Leistung aus dem Definitionshandbuch „aG-DRG German Diagnosis Related Groups 2026“ des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus eine Zuordnung zu einer Hybrid-DRG ergibt, ist die Leistung mit dieser Hybrid-DRG zu vergüten. Das bedeutet aber auch, dass Krankenhäuser nicht verpflichtet sind, fallindividuell zu prüfen, ob eine AOP-Leistungserbringung eine wirtschaftlichere Alternative darstellen könnte. Krankenkassen können dementsprechend auch keine MD-Prüfungen in diese Richtung anstrengen.

Es gibt allerdings Fälle, in denen eine Leistung des § 115f SGB V-Leistungskatalogs im Grouping-Verfahren wegen eines Kontextfaktors nicht in eine Hybrid-DRG eingruppiert wird, sondern in eine vollstationäre DRG mündet. Problematisch ist es, wenn ein solcher Fall einer primären Fehlbelegungsprüfung unterzogen wird und der Medizinische Dienst (MD) zu dem Ergebnis kommt, dass aus seiner Sicht keine stationäre Behandlungsbedürftigkeit vorlag. Eine mögliche Vorgehensweise wäre dann, daran festzuhalten, dass es sich nach dem ordnungsgemäß durchgeführten Grouping-Verfahren um einen vollstationären Fall handelt. Das Krankenhaus hat letztlich das vorgesehene Verfahren durchlaufen und ein entsprechendes Ergebnis erhalten. Daher ist diese Fallgestaltung davon zu unterscheiden, dass rein medizinisch vom Krankenhaus eine Entscheidung über die Behandlungsbedürftigkeit des Patienten getroffen wird. Bei Leistungen der Anlage 1 der durch den ergEBA beschlossenen Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 gibt es für Krankenhäuser keine andere Möglichkeit, als die Falldaten in den Grouper einzugeben und nach dem dort ausgewiesenen Ergebnis weiter zu verfahren. Dies wäre dann auch das Argument gegenüber dem MD, warum dieser Fall als vollstationärer Fall zu akzeptieren ist (und sei es als Ein-Tages-Fall).

Ansonsten enthält § 1 Absatz 2 der zwischen GKV-SV und DKG für das Jahr 2026 geschlossenen Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung vom 17.12.2025 nunmehr die Regelung, dass eine Abrechnung für die in der Anlage 1 der für das Jahr 2026 gültigen Vereinbarung nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V genannten Leistungen über die Vergütungssystematik für Leistungen des Vertrages nach § 115b SGB V ausgeschlossen ist, sofern sich aus dem Definitionshandbuch „aG-DRG German Diagnosis Related Groups 2026“ des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus

vom 10.12.2025 eine Zuordnung der jeweiligen Leistung zu der jeweiligen Hybrid-DRG ergibt. Im Jahr zuvor war an dieser Stelle vorgesehen, dass eine Abrechnung für die im Hybrid-Leistungskatalog genannten Leistungen über die Vergütungssystematik für Leistungen des Vertrages nach § 115b SGB V ausgeschlossen ist. Seit dem Jahr 2026 ist also nunmehr in § 1 Absatz 2 der Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung eine gleichlautende Regelung wie in Ziffer 5 Absatz 1 der durch den ergEBA beschlossenen Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 vorgesehen.

Folge der geänderten Regelung in § 1 Absatz 2 der Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung ist aber, dass die Möglichkeit einer Abrechnung als AOP-Leistung gemäß § 115b SGB V besteht, sofern sich die Leistung im AOP-Katalog befindet, wenn eine Leistung des § 115f-Leistungskatalogs im Grouping-Verfahren wegen eines Kontextfaktors nicht in eine Hybrid-DRG eingruppiert wird, sondern in eine vollstationäre DRG mündet und der MD einen solchen Fall einer primären Fehlbelegungsprüfung unterzieht, weil die stationäre Behandlungsbedürftigkeit angezweifelt wird. In solchen Fallgestaltungen besteht nunmehr nicht mehr die Gefahr eines Zurückfallens auf die Vergütung für vorstationäre Behandlungen nach § 115a SGB V gemäß der in § 8 Absatz 3 KHEntgG enthaltenen Abrechnungsregelung. Dort ist vorgesehen, dass die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen nach den für vorstationäre Behandlungen nach § 115a SGB V getroffenen Vereinbarungen zu vergüten sind, wenn nach dem Ergebnis einer Prüfung nach § 275c Abs. 1 SGB V eine vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht vorgelegen hat und keine andere Möglichkeit zur Abrechnung der erbrachten Leistung besteht.

16. MD-Prüfungen

16.1 Prüfungen von § 115f-Fällen

Gemäß § 115f Absatz 3 Satz 4 SGB V erfolgt die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität der Leistungserbringung durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst (MD) beauftragen können. Es besteht also **grundsätzlich eine Prüfmöglichkeit des MD für Hybrid-DRG-Fälle**, wenn dieser damit durch die Krankenkassen beauftragt wird. Inzwischen sind auch verstärkt Prüfungen von Hybrid-DRG-Fällen durch den MD zu verzeichnen. Der Gesetzgeber hat jedoch keine konkreten Regelungen dazu getroffen, nach welchem Verfahren diese Prüfungen erfolgen sollen. Auf der Bundesebene finden derzeit Gespräche über ein einheitliches Prüfverfahren für Hybrid-DRG-Fälle statt, das sich an bereits etablierte Prüfverfahren anlehnen soll. Diesbezügliche Ergebnisse bleiben derzeit noch abzuwarten. Sollte dies nicht gelingen und zu entsprechenden Schwierigkeiten führen, muss diese Problemlage ggf. auch gegenüber dem Gesetzgeber adressiert werden.

16.2 Prüfungen von vollstationären Fällen mit dem Ergebnis einer Hybrid-DRG

Zum abrechnungstechnischen Vorgehen in den Fällen, in denen sich ein Krankenhaus mit dem Kostenträger nach einer Einzelfallprüfung darauf einigt, dass ein ursprünglich vollstationärer Fall als Hybrid-DRG abzurechnen ist, wurde für die Datenübermittlung nach § 301 Abs.3 SGB V in

Anlage 5 - Durchführungshinweise, Abschnitt 1.4.16 eine technische Verfahrensvorgabe vereinbart und ist in Kapitel 21. Datenübermittlung näher ausgeführt.

17. Abrechnung vor- und nachstationärer Leistungen

Gemäß Ziffer 5 Abs. 6 der Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 ist eine vor- und nachstationäre Behandlung gemäß § 115a SGB V neben der Fallpauschale nicht gesondert berechenbar.

18. Postoperative Nachbehandlung

Ziffer 5 Abs. 7 der Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 sieht aber vor, dass eine **postoperative Nachbehandlung** durch

- die Leistung gemäß Anlage 1 durchführende Krankenhaus,
- die die Leistung gemäß Anlage 1 durchführende Vertragsärztin oder den durchführenden Vertragsarzt oder
- eine andere Vertragsärztin oder einen anderen Vertragsarzt

erfolgen kann.

Die postoperative Nachbehandlung umfasst, je nach medizinischer Erforderlichkeit, den folgenden Leistungsinhalt:

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,
- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie.

Erfolgt die postoperative Nachbehandlung in den 21 Tagen nach Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung durch das die Leistung gemäß Anlage 1 durchführende Krankenhaus, ist die Hybrid-DRG um 30 EURO erhöht. Die abrechnungsfähige erhöhte Fallpauschale ist in Anlage 2 der Vergütungsvereinbarung (Spalte B) ausgewiesen. In den Abrechnungsdaten ist laut der Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 das Datum der postoperativen Nachbehandlung anzugeben. Gleichzeitig ist in § 2 Absatz 3 der zwischen GKV-SV und DKG geschlossenen Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung geregelt, dass für Hybrid-DRG-Fälle, die ab dem 01.01.2026 in ein Krankenhaus aufgenommen werden, in den Abrechnungsdaten das Datum der postoperativen Nachbehandlung erst dann anzugeben ist, sobald die technische Umsetzung im Datenübermittlungsverfahren gemäß § 301 SGB V erfolgt ist.

Erfolgt die postoperative Nachbehandlung in den 21 Tagen nach Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt sind die Gebührenordnungspositionen entsprechend den Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes berechnungsfähig.

Hinsichtlich des Zeitpunktes der postoperativen Nachbehandlung ist der Leistungsinhalt der Hybrid-Fallpauschalen in Ziffer 4 der Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 so definiert, dass die in Anlage 1 genannten Leistungen nach Abschluss der Indikationsstellung und Überprüfung der Operationsfähigkeit mit der Einleitung der Maßnahmen zur Operationsplanung und -vorbereitung beginnen und **mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung** in der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird, **enden**. Dementsprechend legt Ziffer 5 Abs. 7 der Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 fest, dass die Hybrid-DRG um 30 EURO erhöht ist, wenn die postoperative Nachbehandlung **in den 21 Tagen nach Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung** durch das die Leistung gemäß Anlage 1 durchführende Krankenhaus erfolgt. Die abrechnungsfähige erhöhte Fallpauschale ist in Anlage 2 (Spalte B) ausgewiesen.

Die Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 sehen somit als maßgeblichen Zeitpunkt für die Durchführung der postoperativen Nachbehandlung allein den Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung vor. Nach dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung im Krankenhaus kann in den darauffolgenden 21 Tagen die Nachbehandlung je nach medizinischer Erforderlichkeit in Form der in Ziffer 5 Abs. 7 vorgesehenen Leistungsinhalte (Befundkontrolle(n), Befundbesprechung, Verbandwechsel, Drainagewechsel, Drainageentfernung, Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie) erfolgen und die um 30 Euro erhöhte Hybrid-DRG abgerechnet werden. Es kommt demnach nicht darauf an, ob dies sofort oder erst innerhalb von 21 Tagen zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt. Es ist ebenso wenig entscheidend, ob der Patient über Nacht im Krankenhaus geblieben ist oder das Krankenhaus am Tag der Behandlung schon wieder verlassen konnte oder ob er zwischen dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung und der postoperativen Nachbehandlung das Krankenhaus verlassen hat. All diese Umstände werden in den Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 nicht adressiert. Bei der Frage, wann die postoperative Nachbeobachtung abgeschlossen ist, handelt es sich um eine medizinische Entscheidung ärztlicherseits, die im jeweiligen Einzelfall getroffen und entsprechend dokumentiert wird.

Darüber hinaus sind sich GKV-SV und DKG einig, dass bei Abrechnung der um 30 Euro erhöhten Fallpauschale für einen Hybrid-DRG-Fall gemäß Anlage 2 Spalte B der Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 keine weiteren Nachweise für die Durchführung der postoperativen Nachbehandlung für das Abrechnungsjahr 2026 von den Krankenkassen eingefordert werden.

19. Zusatzentgelte, Zu- und Abschläge

Gemäß Ziffer 3 der Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 sind in Anlage 1 die Leistungen nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 i. V. m. Absatz 2 Satz 3 SGB V bestimmt, für die eine

Vergütung (Hybrid-DRG) nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V in Anlage 2 und ggf. Zusatzentgelte in Anlage 3 festgelegt sind.

Spalte A in Anlage 2 definiert die Vergütung ohne postoperative Nachbehandlung durch Krankenhäuser und Spalte B in Anlage 2 eine Vergütung zuzüglich postoperativer Nachbehandlung durch Krankenhäuser. Diese ist abschließend, es sei denn, in diesem Beschluss ist etwas Abweichendes geregelt.

Zudem enthält Anlage 3 den Hinweis, dass zusätzlich zu einer Hybrid-DRG gemäß Anlage 2 keine bundeseinheitlichen Zusatzentgelte und keine krankenhausindividuellen, unbewerteten Zusatzentgelte berechnungsfähig sind. Für Fälle mit bundeseinheitlichen Zusatzentgelten ist vielmehr in den Beschlüssen des ergEBA vorgesehen, dass Fälle mit Leistungen, für die im Katalog nach § 9 Abs. 1 Nr. 2 KHEntgG bewertete Zusatzentgelte (ZE) vorgesehen sind, nicht in die Hybrid-DRGs eingruppiert werden. Die den ZE im Katalog nach § 9 Abs. 1 Nr. 2 KHEntgG zugeordneten OPS-Kodes sind Ausschlusskriterien für die Zuordnung zu einer Hybrid-DRG, sofern die ZE für Fälle mit einer Verweildauer von bis zu zwei Tagen abrechnungsfähig sind. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für krankenhausindividuelle ZE nach § 6 Abs. 1 und 2 KHEntgG.

Dies bedeutet, dass **keine Zusatzentgelte, Zu- oder Abschläge sowie sonstige Entgelte** zusammen mit der Hybrid-DRG abrechenbar bzw. im Datenaustausch zu übermitteln sind. Dies gilt auch für **Dialyse** bzw. **Bluter**.

Leistungen der **Dialyse** bzw. für **Bluter** können aber entsprechend als ambulante Leistungen im ambulanten Bereich erfolgen und berechnet werden. Krankenhäuser sollten daher darauf achten, dass die Erbringung von Leistungen der Dialyse bzw. für Bluter entsprechend im ambulanten (vertragsärztlichen) Bereich sichergestellt ist.

20. Pflegebudget

Da gemäß § 1 Satz 3 der Hybrid-Verordnung alle *im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten mit einer in Anlage 1 genannten Leistung entstandenen Aufwände abgegolten* waren, bestand für das Jahr 2024 Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien, dass die **tagesbezogenen Pflegeentgelte** nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6a KHEntgG **nicht abrechenbar** sind. Aus diesem Grund haben sich die DKG und GKV-SV darauf verständigt, die zunächst vorgesehene Anlage 3c mit einem Ausweis der Pflege-BWR für Hybrid-DRG aus der FPV 2024 zu streichen. Dies erfolgte im Rahmen einer Änderungsvereinbarung zur FPV 2024. Gleichzeitig einigten sich die Vertragsparteien darauf, dass für die Hybrid-Fälle keine Abgrenzung der Pflegepersonalkosten im Rahmen des Pflegebudgets 2024 erfolgt.

In § 3 der Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung wird klargestellt, dass die Pflegekosten der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen in der Kalkulation der Hybrid-DRG unberücksichtigt geblieben sind und dass aus diesem Grund das Pflegebudget gemäß § 6a KHEntgG des Krankenhauses durch die Abrechnung der Hybrid-DRG unberührt bleibt. Es gelten

die Vorgaben zur Abgrenzung nach Anlage 3 der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung 2026. Darüber hinaus wurde in die Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung die Protokollnotiz aufgenommen, dass die Vertragsparteien die Überprüfung der in § 3 der Hybrid-DRG- Umsetzungsvereinbarung 2026 hinterlegten Formulierungen zur Umsetzung im Pflegebudget mit dem Ziel einer möglichen Klarstellung für das Jahr 2027 vereinbaren. Notwendige Anpassungen sind in der Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung 2027 widerspruchsfrei zur jeweils gültigen Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung umzusetzen.

21. Datenübermittlung

21.1 Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V

Nach § 2 Absatz 1 der Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung vom 18.12.2024 wird zur Abrechnung der Vergütung von Hybrid-DRG-Fällen der Datenaustausch nach § 301 Absatz 3 SGB V verwendet. Die Abrechnung der speziellen sektorengleichen Vergütung nach 115f SGB V erfolgt als eigenständiger Abrechnungsfall, wenn der Fall bei Anwendung des jeweils gültigen aG-DRG-Groupierungsalgorithmus in die betreffende Hybrid-DRG eingruppiert wird. Es kommen die Datenstrukturen der stationären Krankenhausabrechnung (Aufnahmeanzeige, Entlassungsanzeige, Rechnungssatz) zur Anwendung, da diese die Übermittlung der Hybrid-DRG zusammen mit den abrechnungsbegründenden Unterlagen ermöglichen.

Ein für die technische Umsetzung benötigter Nachtrag vom 09.02.2024 zur Datenübermittlung nach § 301 Absatz 3 SGB V wurde zwischen DKG und GKV-SV abgestimmt. Mit Nachträgen vom 09.04.2024, 06.06.2024, 12.12.2024 und 07.07.2025 wurden die Regelungen ergänzt.

21.2 Weitere Kostenträger

Neben der Umsetzungsvereinbarung, die die DKG mit dem GKV-SV abgeschlossen hat, wurde parallel auch mit dem PKV eine gleichlautende Vereinbarung zu Hybrid-DRGs geschlossen. Ein entsprechender Nachtrag wurde für die PKV-Datenübermittlung am 19.2.2024 vereinbart. Soweit anwendbar, wurden Vorgehensweise und Fristen in beiden Verfahren gleichlautend vereinbart und werden bei Bedarf fortgeschrieben.

Eine formale Anpassung der Vorgaben zur elektronischen Datenübermittlung mit Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung wurde nach Abschluss der „Änderungsvereinbarung zur Rahmenvereinbarung über die Behandlung von Versicherten der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung“ vorgenommen, sodass eine elektronische Übermittlung der Fälle wie in der Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V erfolgen kann.

21.3 Besonderheit vertragsärztliche Leistungserbringer (auch MVZ)

MVZ-Abrechnungen erfolgen nach den für den KBV-Bereich gültigen Vorgaben, eine Direktabrechnung per elektronischer Datenübermittlung mit Kostenträgern mittels Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V ist nicht möglich.

21.4 Neuer Aufnahmegrund

Im Aufnahmedatensatz wird der neue Aufnahmegrund `12` - Krankenhausbehandlung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) in der Abrechnung an die Kostenträger übermittelt.

Mit Nachtrag zur Datenübermittlung § 301 Abs. 3 SGB V vom 06.06.2024 wurde mit Wirkung zum 01.07.2024 klargestellt, dass bei der Verwendung des Aufnahmegrundes `12` an 1. und 2. Stelle die 3. und 4. Stelle nicht auf „01 – Normalfall“ beschränkt sind. Dies ermöglicht vor allem die Abbildung des Notfalls (3. und 4. Stelle `07`) für Hybrid-DRG-Fälle.

Wichtig ist, dass der Abrechnungsfall schon sehr früh im Prozess als § 115f-Fall identifiziert wird, um die kassenseitig geforderte Kennzeichnung bereits mit der Aufnahmeanzeige zu ermöglichen. Die frühe Identifikation dürfte mit Blick auf die begrenzte Vergütung auch im Interesse der Krankenhäuser liegen.

Wurde bereits eine Aufnahmeanzeige mit Aufnahmegrund `01` - Krankenhausbehandlung, vollstationär versandt, so ist diese zu korrigieren, wenn das Ergebnis des Groupings feststeht. Dazu wird eine geänderte Aufnahmeanzeige (Verarbeitungskennzeichen `20`) an den Kostenträger übermittelt. Hierbei ist zu beachten, dass zuvor andere bereits an den Kostenträger übermittelte Nachrichten zu stornieren sind (vgl. Anlage 5, Kapitel 1.2.1 der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V).

21.5 Rechnungssatz

Der Abrechnungsdatensatz zu Hybrid-DRG-Fällen nach § 115f SGB V enthält grundsätzlich nur eine einzige Rechnungsposition für die Hybrid-DRG ohne fallbezogene Zu- und Abschläge sowie Zusatzentgelte.

Für das Abrechnungsjahr 2025 wurden für Fälle mit den Hybrid-DRGs H41N und H41M gemäß § 5 Abs. 8 der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung vom 18.12.2024 Änderungen des Groupingergebnisses erforderlich. Diese Sonderregelung entfiel 2026.

Lediglich im PKV-Bereich können ggf. zusätzlich noch Wahlleistungen abgerechnet und übermittelt werden.

Die Gruppe der Entgeltschlüssel für DRGs (Schlüssel 1.-2.Stelle „70“) wurde zur Abrechnung von Hybrid-DRGs weiter differenziert. Nach einer „0“ oder „1“ an vierter Stelle folgt an den Stellen 5.-8. die Hybrid-DRG (Spalte 1 der Anlage 2 Hybrid-DRG-V).

Hier ein Beispiel des Entgeltschlüssels der Hybrid-DRG G09N aus Anlage 1 der Umsetzungsvereinbarung ohne postoperative Nachbehandlung:

7 0 9 **0** G 0 9 N

Seit 1.1.2025 kann bei einer vom Krankenhaus vorgenommenen postoperativen Nachbehandlung eine erhöhte Fallpauschale abgerechnet werden (siehe hierzu die Ausführungen zum Punkt **„Postoperative Nachbehandlung“**). Innerhalb des Entgeltschlüssels wird dafür an vierter Stelle statt einer „0“ die Abrechnung der erhöhten Fallpauschale mit postoperativer Nachbehandlung durch eine „1“ gekennzeichnet.

Dementsprechend lautet das o.g. Beispiel eines Entgeltschlüssels der Hybrid-DRG G09N mit postoperativer Nachbehandlung:

7 0 9 **1** G 0 9 N

Eine weitere Dokumentation bezüglich der postoperativen Nachbehandlung erfolgt in der Datenübermittlung nicht.

Das Segment Zuzahlung (ZLG) entfällt in der Datenübermittlung nach §301 Abs.3 SGB V. Nachtragsrechnungen sind nicht zulässig. Zuvor vereinbarte Berechnungsschemata der § 301-Datenübermittlung, die einen nicht differenzierten Bezug auf die Entgelte 70###### gemäß KHEntgG nehmen, sind nicht auf Entgelte für Hybrid-DRG (`709[0|1] ####`) anzuwenden.

Einigt sich ein Krankenhaus mit dem Kostenträger nach einer Einzelfallprüfung darauf, dass ein vollstationärer Fall als Hybrid-DRG-Fall hätte durchgeführt werden müssen, ist folgendermaßen vorzugehen:

- Die Schlussrechnung ist mit der Rechnungsart ‚04’ (Gutschrift / Stornierung) zu stornieren.
- Die Entlassungsanzeige ist mit dem Verarbeitungskennzeichen `40` zu stornieren.
- Die Aufnahmeanzeige ist mit dem Verarbeitungskennzeichen `20` zu korrigieren und als Aufnahmegrund ist ‚12‘ anzugeben.
- Es werden in der Entlassungsanzeige Aufnahme- und Entlassungstag des ursprünglichen vollstationären Falles angegeben. Die resultierenden gekürzten Tage im Vergleich zur Verweildauer der Hybrid-DRG werden im ENT-Segment des Rechnungssatzes als „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ ausgewiesen.

21.6 Vor- und nachstationäre Behandlung

Die Abrechnung vor- und nachstationärer Behandlungen gemäß §115a SGB V ist leistungsrechtlich nicht vorgesehen, sie sind in der Datenübermittlung daher nicht zulässig. Diese leistungsrechtlichen und technischen Vorgaben haben keine Auswirkungen auf die klinikinterne Dokumentation solcher Kontakte.

22. PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2026

Den Krankenhäusern wird empfohlen bei den Vorgaben zur PpUG ebenso vorzugehen wie in vergleichbaren Konstellationen (Vgl. Frage 4.7 der FAQ-Liste des InEK unter FAQ - PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2026, InEK GmbH). Demnach sind, wenn Patientinnen und Patienten, bei denen die Versorgung als Hybrid-DRG vergütet wird, in pflegesensitiven Stationen aufgenommen werden, diese entsprechend mit bei den PpUG zu berücksichtigen und unter dem Feld Anmerkungen als Hybrid zusätzlich zu kennzeichnen.

Inzwischen liegt die Information vor, dass auch das BMG dem InEK auf Nachfrage mitgeteilt hat, dass im Rahmen der Nachweismeldungen der PpUGV auch die Fälle aus dem Bereich der Hybrid-DRGs zu berücksichtigen sind. Das bedeutet, dass stets die gesamten Betten der Station zu übermitteln sind, alle Patienten, inkl. der Fälle in Hybrid-DRGs und des gesamten Pflegepersonals, inkl. des Pflegepersonals, welches Fälle in den Hybrid-DRGs versorgt. Die Fälle der Hybrid-DRGs sind demnach in der Nachweismeldung in den entsprechenden Feldern mit anzugeben und auch das Pflegepersonal, das diese Fälle versorgt hat, grundsätzlich zu berücksichtigen. Es ist in diesem Kontext darauf hinzuweisen, dass ambulante Fälle nicht anzugeben sind (vgl. Frage 4.1 der FAQ-Liste des InEK).

23. Hybrid-DRG-Fälle und Begleitpersonen

Auch im Rahmen der Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V sind grundsätzlich Fallgestaltungen denkbar, die gegebenenfalls die Mitaufnahme einer Begleitperson erfordern. Gemäß Ziffer 3 der Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 ist jedoch die dort vorgesehene Vergütung abschließend, es sei denn, in dem diesbezüglichen Beschluss des ergEBA ist etwas Abweichendes geregelt. In Bezug auf Zuschläge für Begleitpersonen findet sich eine solche abweichende Regelung nicht. **Zuschläge für Begleitpersonen können daher nicht in Rechnung gestellt werden.**

24. Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V außerhalb des zugelassenen Krankenhausstandortes

Fraglich ist, ob Krankenhäuser Leistungen gemäß § 115f SGB V (Hybrid-DRG) außerhalb ihres zugelassenen Krankenhausstandortes erbringen können. Dies ist nach den für den Bereich des § 115f SGB V maßgeblichen Rahmenbedingungen zu bewerten. Dabei ist zu beachten, dass die Zulassung der Krankenhäuser zur Leistungserbringung auch immer eine räumliche Komponente beinhaltet. Eine örtliche Verlagerung der Leistungserbringung nach § 115f SGB V wird daher aufgrund der Zuordnung der § 115f-Fälle der Krankenhäuser zur stationären Leistungserbringung ohne eine entsprechende Genehmigung durch die Planungsbehörde bzw. ohne eine entsprechende Anzeige gegenüber der Planungsbehörde nicht möglich sein. Es dürfte daher nicht

empfehlenswert sein, die Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V räumlich zu verlagern, ohne dies der Planungsbehörde anzuzeigen bzw. sich die räumliche Verlagerung – je nach jeweiliger Vorgabe der Landeskrankenhausplanung – gegebenenfalls sogar genehmigen zu lassen.