

Umsetzungshinweise der DKG
zur Leistungserbringung
gemäß § 115f SGB V

Stand: 23.04.2024

Inhaltverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Rechtliche Einordnung der § 115f-Leistungen der Krankenhäuser	5
3. Krankenhausinterne Organisation der Patientenbehandlung.....	7
4. Formularwesen, Behandlungsvertrag	7
5. Zugang zur Leistungserbringung	9
6. Zuzahlungen.....	9
7. Entlassmanagement	10
8. Zahlungsfrist.....	10
9. Wahlleistungen	10
10. Erbringung belegärztlicher Leistungen und sonstige Kooperationsmöglichkeiten.....	11
11. Fallzusammenfassung.....	12
12. Verhältnis von § 115b SGB V zu § 115f SGB V	12
13. MD-Prüfungen.....	13
14. Abrechnung vor- und nachstationärer Leistungen	13
15. Zusatzentgelte, Zu- und Abschläge	14
16. Pflegebudget	14
17. Datenübermittlung	15
➤ Datenübermittlung nach §301 Abs. 3 SGB V:	15
➤ Weitere Kostenträger:	15
➤ Besonderheit vertragsärztliche Leistungserbringer (auch MVZ):	16
➤ Fristen:	16
➤ Neuer Aufnahmegrund:	16
➤ Rechnungssatz:	16
➤ Abrechnungen bis 30.04.2024 (Zwischenrechnungen):	17
➤ Vorstationäre Kontakte:.....	18
18. PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2024 (PpUG)	18
19. Hybrid-DRG-Fälle und Begleitpersonen.....	18
20. Weiterentwicklung des Hybrid-DRG-Leistungskatalogs ab 2025	18

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 erbracht wird.

Gemäß § 115f Abs. 1 SGB V waren 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 bis zum 31.03.2023 zu vereinbaren. Da die jeweiligen Interessenlagen und Vorstellungen der Selbstverwaltungspartner zu weit auseinanderlagen, konnte eine solche Vereinbarung zu § 115f SGB V jedoch nicht innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Frist geschlossen werden. Die Vereinbarungspartner erklärten gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) das Scheitern der Verhandlungen und ließen dem BMG ihre jeweiligen Positionen zu § 115f SGB V zukommen.

Gemäß § 115f Abs. 4 Satz 1 SGB V ist das BMG ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die spezielle sektorengleiche Vergütung und die zu vereinbarenden Leistungen zu bestimmen, soweit eine Vereinbarung der Vertragsparteien hierzu ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande gekommen ist. Das BMG war somit nach dem Erklären des Scheiterns der Verhandlungen beauftragt, eine entsprechende Ersatzvornahme vorzunehmen. Den Referentenentwurf zur diesbezüglichen Hybrid-DRG-Verordnung stellte das BMG den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene Anfang Oktober 2023 mit einer Stellungnahmefrist bis Ende Oktober 2023 zur Verfügung.

Mit Schreiben vom 19.12.2023 teilte das BMG daraufhin den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene mit, dass es die zuvor in seinem Referentenentwurf beschriebenen Abrechnungsregelungen aus rechtlichen Gründen nicht in die Hybrid-DRG-Verordnung übernehmen konnte. Gleichzeitig verwies das BMG in diesem Schreiben auf die bestehenden gesetzlichen Regelungen nach § 115f Abs. 3 Satz 5 SGB V, die eine entsprechende Geltung der §§ 295 Abs. 1b Satz 1 und 301 Abs. 1 und 2 SGB V bestimmen. Es liege damit in der Verantwortung der Selbstverwaltung, Verfahren zu finden und die Hybrid-DRG damit in der Praxis gangbar zu machen. Das betreffe insbesondere auch die Anwendung der Vorgaben aus dem InEK-Definitionshandbuch bei der Zuordnung von Behandlungsfällen zu Hybrid-DRG. Hier bedürfe es pragmatischer Lösungen.

Die Hybrid-DRG-Verordnung wurde sodann am 21.12.2023 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht (BGBl. 2023 I Nr. 380). Die Verordnung bestand letztlich nur noch aus zwei Paragraphen, wobei § 2 beinhaltet, dass die Verordnung am 01.01.2024 in Kraft und am 31.12.2024 außer Kraft tritt.

Gemäß § 1 der Hybrid-DRG-Verordnung sind die in Anlage 1 genannten Leistungen mit einer in Anlage 2 genannten Fallpauschale (Hybrid-DRG) zu vergüten, sofern sich aus dem Definitionshandbuch „aG-DRG German Diagnosis Related Groups-Version 2024“ des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus vom 28. November 2023 eine Zuordnung der jeweiligen Leistung zu der jeweiligen Hybrid-DRG ergibt. Die Leistung beginnt mit den Maßnahmen zur

Operationsvorbereitung und -planung und endet mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung, jeweils in der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird. Mit der Hybrid-DRG sind alle im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten mit einer in Anlage 1 genannten Leistung entstandenen Aufwände abgegolten. Die Vergütung über Hybrid-DRG erfolgt unabhängig von der Anzahl der beteiligten Leistungserbringer nur einmalig.

GKV-SV und DKG haben sich daraufhin 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) verständigt. In der Vereinbarung werden die Grundlagen der Abrechnung der Hybrid-DRG sowie die Vorgehensweise bei der Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken geregelt.

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 1 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 zwischen DKG und PKV-Verband eine eigene Umsetzungsvereinbarung (PKV-Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung vom 06.02.2024) abgeschlossen.

Beide Vereinbarungen sind rückwirkend zum 01.01.2024 in Kraft getreten und gelten 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 jeweiligen Umsetzungsvereinbarungen für zum Jahresende aufgenommene Patientinnen und Patienten erfolgen kann. Darüber hinaus erfolgen derzeit Gespräche zwischen dem Spitzenverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und der DKG, um auch für den Bereich der Unfallversicherung eine entsprechende Vereinbarung zu treffen.

Zwischen GKV-SV und KBV wurde mit Datum vom 07.03.2024 eine Abrechnungsvereinbarung geschlossen, welche Regelungen zur technischen Ausgestaltung des Abrechnungsverfahrens sowie zu einer Übergangsregelung beinhaltet.

Berechtigt zur Durchführung und Abrechnung der Leistungen sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer, die eine Abrechnungsgenehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren gemäß § 135 Absatz 2 SGB V nachweisen. 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.

Weitere Informationen sind dem folgenden Link zu entnehmen.

https://www.kbv.de/html/1150_68194.php

Zusätzlich dazu sind die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene gemäß § 115f Abs. 2 Satz 2 SGB V 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 sind KBV, GKV-SV und DKG mit der Hybrid-DRG-Vereinbarung nachgekommen, die zum 01.04.2024 in Kraft getreten ist. 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.

Einige der Fragen, die sich derzeit im Zusammenhang mit der Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V stellen, wurden im Rahmen der 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. 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 Leistungsbe- reich, 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 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 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, hätte beispielsweise einen nicht zu rechtfertigenden Zuordnungsaufwand in der Abrechnung zur Folge gehabt. Das Erfordernis einer Abrechnung nach unterschiedlichen Datensätzen hätte zudem derart umfangreiche Änderungen in den Abrechnungssystemen nach sich gezogen, dass zeitnahe Abrechnungsmöglichkeiten nicht umsetzbar gewesen wären.

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.

In den Gesprächen über die Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung vertrat der GKV-SV demgegenüber die Auffassung, dass die Krankenhausleistungen gemäß § 115f SGB V unabhängig von der Aufenthaltsdauer der Patienten im Krankenhaus ausschließlich dem ambulanten Setting zuzuordnen seien, da Sinn und Zweck der Einführung der speziellen sektorengleichen Vergütung die Ambulantisierung von Leistungen sei. Diese Sichtweise lehnt die DKG mit Blick auf die vorstehenden Erläuterungen ab. Einer solchen ausschließlich ambulanten Einordnung steht zudem entgegen, dass der Verbleib von Patienten über Nacht im Krankenhaus im Rahmen der Leistungserbringung nach § 115f SGB V möglich ist. Im Hinblick auf den Abschluss der Umsetzungsvereinbarung wurde verabredet, diese unterschiedlichen Sichtweisen im Sinne einer pragmatischen Umsetzung zurückzustellen, sodass in der Umsetzungsvereinbarung hierzu keine klarstellenden Regelungen zu finden sind. Letztlich blieb es dabei, dass die § 115f-Leistungen der Krankenhäuser aus Sicht des GKV-SV dem ambulanten Bereich und aus Sicht der DKG dem stationären Leistungsbereich zuzuordnen sind. Einigkeit bestand lediglich darin, dass es sich bei den Leistungen gemäß § 115f SGB V der Krankenhäuser nicht um vollstationäre Krankenhausleistungen handelt, die

Leistungserbringung nach § 115f SGB V der Krankenhäuser also von der vollstationären Krankenhausbehandlung abzugrenzen ist.

3. Krankenhausinterne Organisation der Patientenbehandlung

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

Ausgehend von einer Zuordnung der § 115f-Fälle der Krankenhäuser zur stationären Leistungserbringung könnte das stationäre Aufnahmeverfahren im Krankenhaus für die krankenhauserne 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 aber 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 Aufnahmeverfahren (z. B. angelehnt an die stationären Abläufe) zu unterscheiden.

Letztlich obliegt die krankenhauserne Organisation der Patientenbehandlung dem Krankenhaus, 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 Aufnahmeverfahren mit den dafür jeweils sachgerechten Abläufen empfehlenswert sein.

4. Formularwesen, Behandlungsvertrag

Ausgehend von einer Zuordnung der § 115f-Fälle der Krankenhäuser zur stationären Leistungserbringung und der damit verbundenen Empfehlung, das stationäre Aufnahmeverfahren im Krankenhaus für die krankenhauserne 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“, 15.

Auflage, Seite 3). Da lediglich die spezielle sektorengleiche Vergütung als neue Vergütungsform im SGB V implementiert und dadurch keine neue Versorgungsform geschaffen wurde, kann das stationäre Vertragsmuster auch ohne jegliche Anpassung zur Anwendung kommen.

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“, 15. Auflage, Seite 64 - 103) 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 (GKV/PKV) im stationären sowie ambulanten Bereich.

Lediglich der DRG-Entgelttarif für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG, der dem Behandlungsvertrag ebenfalls als Anlage beigelegt ist (vergleiche etwa das seitens der DKG empfohlene Musterformular „Musterverträge der DKG, Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB), Behandlungsverträge und Wahlleistungsvereinbarung für Krankenhäuser“, 15. Auflage, Seite 37 – 51), muss geändert werden. Die Hybrid-DRG muss hier ergänzt werden. Das seitens der DKG empfohlene Muster wurde entsprechend unterjährig angepasst. Über diese Anpassung hat die DKG ihren Mitgliedsbereich per Rundschreiben informiert.

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“, 15. Auflage, Seite 3 – 17) folgendermaßen vorgenommen werden:

- Im Behandlungsvertrag (vergleiche das seitens der DKG empfohlene Musterformular „Musterverträge der DKG, Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB), Behandlungsverträge und Wahlleistungsvereinbarung für Krankenhäuser“, 15. Auflage, 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 gemäß § 115f SGB V sind eingeschlossen.“*

- In den AVB (vergleiche das seitens der DKG empfohlene Musterformular „Musterverträge der DKG, Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB), Behandlungsverträge und Wahlleistungsvereinbarung für Krankenhäuser“, 15. Auflage, Seite 8) könnte am Ende von § 1 *Geltungsbereich* folgender Satz ergänzt werden: *„Dies gilt auch für Leistungen nach § 115f SGB V.“*

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“).

Die perspektivische Ergänzung der AVB um eine gesonderte Regelung zur Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V wird seitens der DKG zunächst noch geprüft und in den hierfür zuständigen Gremien beraten. Für eine ordnungsgemäße Leistungserbringung im Bereich des § 115f SGB V sind derartige Änderungen aber nach aktuellem Kenntnisstand nicht erforderlich.

5. Zugang zur Leistungserbringung

Patienten benötigen als Zugang zur Leistungserbringung gemäß § 115f SGB V keinen Einweisungsschein. Dies ist weder in den gesetzlichen Regelungen, noch in der Umsetzungsvereinbarung 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.

6. Zuzahlungen

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 seien und § 115f SGB V im Krankenhaus – (aus Sicht des GKV-SV) wenn überhaupt – nur stationär erfolge. Mangels Vorliegens einer vollstationären Behandlung sei daher keine Zuzahlungsregelung möglich. Die DKG hatte durch die Einordnung der § 115f-Fälle der Krankenhäuser als stationäre Leistungserbringung zunächst eine grundsätzliche Möglichkeit der Anwendung der Zuzahlungsregelung gesehen. Mit dem Argument der fehlenden vollstationären Behandlung war es jedoch möglich, sich der Auffassung des GKV-SV im Sinne einer pragmatischen Umsetzung anzuschließen, ohne die Einordnung der Leistungen gemäß § 115f SGB V als stationäre Leistungserbringung der

Krankenhäuser aufzugeben. GKV-SV und DKG haben sich in diesem Sinne in der Umsetzungsvereinbarung darauf verständigt, dass für die Leistungen der Hybrid-DRG keine Zuzahlungen gemäß § 39 Abs. 4 SGB V erhoben werden. Dies ist im Rahmen der verwaltungstechnischen Prozessorganisation eine wichtige Ausnahme von den ansonsten üblichen Abläufen im stationären Bereich.

7. Entlassmanagement

GKV-SV und DKG waren sich einig, dass das Entlassmanagement Bestandteil der Leistungserbringung nach der Hybrid-DRG-Verordnung ist, und zwar unabhängig von der jeweiligen Aufenthaltsdauer der Patienten im Krankenhaus. 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.

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.

8. Zahlungsfrist

Die von den Krankenhäusern auf Grundlage der Hybrid-DRG-Verordnung erbrachten und in Rechnung gestellten Leistungen sind gemäß § 415 Satz 1 SGB V innerhalb von fünf Tagen nach Rechnungseingang zu begleichen.

9. 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.

Es wird hierzu einen gemeinsamen Rechtsstandpunkt von PKV-Verband und DKG geben, über den per DKG-Rundschreiben informiert werden wird, sobald dieser von den zuständigen Gremien verabschiedet worden ist.

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.

Die seitens der DKG empfohlene Wahlleistungsvereinbarung („Musterverträge der DKG, Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB), Behandlungsverträge und Wahlleistungsvereinbarung für Krankenhäuser“, 15. Auflage, Seite 105 – 118) kann wie gewohnt ohne Anpassung zur Anwendung kommen. Diesbezüglich sind keine Änderungen erforderlich.

10. 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 § 1 der Hybrid-DRG-Verordnung sind mit der Hybrid-DRG alle im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten entstandenen Aufwände abgegolten. Die Hybrid-DRG erfolgt unabhängig von der Anzahl der beteiligten Leistungserbringer nur einmalig. Folge dieser Regelung ist jedoch, dass das klassische Belegarztwesen im Bereich der Hybrid-DRG-Verordnung 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-Verordnung 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.

11. 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 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 2024 (Fallpauschalenvereinbarung 2024 – FPV 2024). Somit kommen die Regelungen gemäß § 2 Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus der FPV nicht zur Anwendung.

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

Aktuell sind noch einige OPS-Kodes aus Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung ebenfalls im AOP-Katalog gemäß § 115b Abs. 1 SGB V enthalten. Es war nicht möglich, die Leistungsüberschneidung im AOP-Katalog von vornherein zu bereinigen, da zu dem Zeitpunkt, als die Vertragspartner des AOP-Vertrages den AOP-Katalog 2024 beschlossen haben, die endgültige Fassung der Hybrid-DRG-Verordnung noch nicht vorlag und damit noch nicht klar war, welche Leistungen sich letztlich in der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung befinden würden.

In der Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung haben sich GKV-SV und DKG aber darauf verständigt, dass eine Abrechnung für die in der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung genannten Leistungen über die Vergütungssystematik für Leistungen des Vertrages nach § 115b SGB V ausgeschlossen ist. Diese Klarstellung war erforderlich, da im Referentenentwurf der Hybrid-DRG-Verordnung des BMG zunächst eine Abrechnung der Hybrid-Leistungen nach EBM als alternative Abrechnungsmöglichkeit vorgesehen war. Um einen Verweis der Krankenkassen auf den AOP-

Katalog im Sinne eines wirtschaftlichen Alternativverhaltens auszuschließen, wurde von DKG und GKV-SV klargestellt, dass für die in der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung genannten Leistungen eine Abrechnung über die Vergütungssystematik für Leistungen des Vertrages nach § 115b SGB V ausgeschlossen ist. Dieser Ausschluss gilt für die Laufzeit der Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung, also für den Leistungszeitraum bis zum 31.12.2024. Eine Bereinigung des AOP-Kataloges um die Leistungen der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung wird im Laufe des Jahres 2024 Gegenstand der dreiseitigen Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene zum ambulanten Operieren gemäß § 115b SGB V sein. Die DKG wird ihre diesbezügliche Position in den zuständigen Gremien nochmals beraten.

13. MD-Prüfungen

Die Einordnung der § 115f-Fälle der Krankenhäuser als stationäre Leistungserbringung würde zwar systematisch grundsätzlich auch eine Prüfmöglichkeit des MD für Hybrid-DRG-Fälle nach sich ziehen. Es ist jedoch zunächst rein faktisch davon auszugehen, dass diese Fälle nicht durch den MD überprüft werden, da eine solche Überprüfung keine Änderung des Abrechnungsbetrages nach sich ziehen und daher für die Krankenkasse die Aufwandspauschale anfallen würde (vgl. § 275c Abs. 1 Satz 2 SGB V). Diesbezüglich sollte nach Einschätzung der Geschäftsstelle zunächst abgewartet werden, inwieweit hier verstärkt Prüfungen erfolgen werden und dies gegebenenfalls zu Schwierigkeiten führt, die möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt gegenüber dem Gesetzgeber adressiert werden müssen.

14. Abrechnung vor- und nachstationärer Leistungen

Gemäß § 1 der Hybrid-DRG-Verordnung beginnt die Leistung mit den Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung und endet mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung, jeweils in der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird. Eine Abrechnung vor- und nachstationärer Leistungen ist demnach ausgeschlossen.

Dies bedeutet, dass beispielsweise ein Aufklärungsgespräch einige Zeit vor dem Eingriff mit der Hybrid-DRG abgegolten ist. Dies gilt ebenso für die postoperative Überwachung direkt nach dem Eingriff, bis der Patient das Krankenhaus verlässt. Eine Kontrolle einige Tage nach der Leistungserbringung wäre durch das Krankenhaus nicht gesondert abrechenbar. Nach den Vorstellungen des Ordnungsgebers ist die erforderliche Nachsorge durch den niedergelassenen Bereich zu erbringen. Daher erhält der Patient einen Entlassbrief für den die Nachsorge durchführenden Vertragsarzt. Eine Überweisung kann nicht ausgestellt werden (siehe hierzu auch Ausführungen unter Punkt 7 Entlassmanagement). Darüber hinaus sind die Fristen nach § 115a Abs. 2 SGBV nicht anwendbar, weil es sich nicht um eine vor- bzw. nachstationäre Behandlung nach § 115a SGBV handelt.

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer, die eine Abrechnungsgenehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren gemäß § 135 Absatz 2 SGB V nachweisen können, sind unter bestimmten

Bedingungen berechtigt, für Hybrid-Leistungen prä- und postoperative Leistungen über den EBM abzurechnen.

Präoperative Leistungen können nur abgerechnet werden, wenn diese außerhalb der Einrichtung erfolgen, die die Leistung nach § 115f SGB V durchführen wird.

Postoperative Behandlungen können von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern mit entsprechender Abrechnungsgenehmigung sowohl für eigene Hybrid-DRG-Patienten, als auch für Hybrid-DRG-Patienten anderer Leistungserbringer erbracht und nach EBM abgerechnet werden. An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer können die postoperative Behandlung somit auch übernehmen und nach EBM abrechnen, wenn die Leistung gemäß § 115f SGB V in einem Krankenhaus erfolgt ist. In diesem Fall benötigt der Patient keine Überweisung. Nähere Ausführungen sind dem EBM (vgl. https://www.kbv.de/html/1150_68598.php) zu entnehmen.

Diese Regelungen wurden rückwirkend ab dem 01.01.2024 getroffen und sind auf ein Jahr befristet. Für Krankenhäuser sind die Regelungen auch in den Bereichen von Interesse, in denen sie an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, beispielsweise durch krankenhauseigene Medizinische Versorgungszentren oder ermächtigte Krankenhausärzte.

15. Zusatzentgelte, Zu- und Abschläge

Gemäß § 1 Satz 3 der Hybrid-Verordnung sind mit der Hybrid-DRG „*alle im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten mit einer in Anlage 1 genannten Leistung entstandenen Aufwände abgegolten.*“ Vor diesem Hintergrund wurde eine entsprechende Klarstellung in § 1 Absatz 3 der Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung aufgenommen. Die Vertragsparteien haben sich darauf geeinigt, dass lediglich das Hybrid-DRG-Entgelt im Rahmen der Abrechnung in Rechnung gestellt wird. 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.

Zur Klarstellung, dass Leistungen der Dialyse bzw. für Bluter aber entsprechend als ambulante Leistungen im ambulanten Bereich erfolgen und berechnet werden können, wurde in der Formulierung in § 1 Absatz 3 der Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung aufgenommen, dass eine Abrechnung von weiteren Entgelten lediglich mit der Abrechnung der Hybrid-DRG ausgeschlossen ist. Krankenhäuser sollten daher darauf achten, dass die Erbringung von Leistungen der Dialyse bzw. für Bluter entsprechend im ambulanten (vertragsärztlichen) Bereich sichergestellt ist.

16. 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* sind, bestand 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 haben sich die Vertragsparteien darauf geeinigt, dass für die Hybrid-Fälle keine Abgrenzung der Pflegepersonalkosten im Rahmen des Pflegebudgets 2024 erfolgt.

In § 3 Absatz 1 der Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung wird insofern 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. Eine Ausgliederung von Kosten für das Jahr 2024 aufgrund von Hybrid-DRG-Fällen ist insofern von den Vertragsparteien nicht vorgesehen.

17. Datenübermittlung

➤ Datenübermittlung nach §301 Abs. 3 SGB V:

Nach § 2 Absatz 1 der [Hybrid DRG Umsetzungsvereinbarung vom 06.02.2024](#) 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.

➤ Weitere Kostenträger:

Neben der Umsetzungsvereinbarung vom 06.02.2024, 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. Die Vorgehensweise und Fristen wurden in beiden Verfahren gleichlautend vereinbart.

Eine formale Anpassung der [Vorgaben zur elektronischen Datenübermittlung mit Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung](#) steht noch aus, jedoch wurden die Systeme seitens der DGUV bereits auf die Annahme des neuen Aufnahmegrundes vorbereitet, sodass eine elektronische Übermittlung der Fälle wie in der Datenübermittlung nach §301 Abs. 3 SGB V erfolgen kann.

➤ 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.

➤ Fristen:

Maßgeblich für die Abrechnung sind Fälle mit einem Aufnahmetag ab dem 01.01.2024. Eine reguläre Abrechnung wird ab dem 01.05.2024 möglich sein. Bis zur Umsetzung der regulären Abrechnung zum 01.05.2024 nehmen Kostenträger seit dem 15.02.2024 eine Zwischenabrechnung dieser Leistungen an. Zu beachten ist, dass diese nach dem 30.04.2024 storniert und bis zum 31.08.2024 endabgerechnet werden müssen.

➤ Neuer Aufnahmegrund:

Im Aufnahmedatensatz wird der neue Aufnahmegrund `12` - Krankenhausbehandlung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) in der Abrechnung an die Kostenträger übermittelt. Für die Umsetzung des kassenseitig geforderten neuen Aufnahmegrundes wurde eine unterjährige Re-Zertifizierung der Grouper-Software durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erforderlich. Zertifizierte Grouper für die aG-DRG-Version 2024 mit Anpassung vom 19.03.2024 (Neuer Aufnahmegrund 12 „Krankenhausbehandlung nach § 115f SGB V“) wurden inzwischen auf der Webseite des InEK veröffentlicht.

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. Es handelt sich dabei aktuell um Eingriffe aus 5 Leistungsbereichen: Bestimmte Hernieneingriffe, Entfernung von Harnleitersteinen, Ovariektomien, Arthrodesen der Zehengelenke und Exzision eines Sinus pilonidalis mit OPS-Codes aus Anlage 1 der Hybrid-DRG Verordnung.

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](#)).

➤ 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.

Lediglich im PKV-Bereich können ggf. zusätzlich noch Wahlleistungen abgerechnet und übermittelt werden. Eine Abrechnung von weiteren Entgelten ist in Verbindung mit der Abrechnung der Hybrid-DRG gemäß Anlage 2 der Hybrid DRG Verordnung ausgeschlossen.

Die Gruppe der Entgeltschlüssel für DRGs (Schlüssel 1.-2.Stelle „70“) wurde zur Abrechnung von Hybrid-DRGs weiter differenziert. Nach einer „0“ 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:

7 0 9 0 G 0 9 N

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 (7090####) anzuwenden.

➤ Abrechnungen bis 30.04.2024 (Zwischenrechnungen):

Um denjenigen Krankenhäusern eine Lösung anzubieten, die aus Liquiditätsgründen dringend eine zumindest vorläufige Abrechnungsmöglichkeit benötigen, wurde die Abrechnung über Zwischenrechnungen ermöglicht. Bis zur Umsetzung der regulären Abrechnung zum 01.05.2024 nehmen Kostenträger seit dem 15.02.2024 eine Zwischenabrechnung (Rechnungsart 01 bzw. 51) dieser Leistungen mit dem Aufnahmegrund `01` - Krankenhausbehandlung, vollstationär und einer gesonderten Kennzeichnung (Vertragskennzeichen enthält den Wert `HYB`) an. Es wird der Entgeltartenschlüssel `70888888` (Teilzahlung nach § 11 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG) für alle Hybrid-DRG nach Anlage 2 der Hybrid-DRG-V verwendet. Die Übermittlung einer Entlassungsanzeige soll in diesen Fällen nicht erfolgen und es wird keine Schlussrechnung übermittelt.

Alle über Zwischenrechnung an den Kostenträger übermittelten Falldaten müssen nach dem 30.04.2024 storniert und bis zum 31.08.2024 mit geänderter Aufnahmeanzeige, welche den neuen Aufnahmegrund enthält, Entlassungsanzeige und Schlussrechnung erneut an die Kostenträger übermittelt werden.

Da die Möglichkeit der Zwischenrechnung für den DRG-Bereich im Gegensatz zur Abrechnung von PEPP-Entgelten keine geübte Praxis darstellt, sind hierfür ggf. Anpassungen in den Abrechnungsprozessen und -systemen notwendig. Inwieweit und zu welchem Zeitpunkt dies von den jeweiligen Herstellern umgesetzt werden kann, muss im Einzelfall geklärt werden. Die Industrie hatte jedoch keinerlei Möglichkeit, sich vorab auf die Regelungen einzustellen. Da auch der nachträgliche Aufwand für die Stornierung und Neuberechnung im Wege der regulären Abrechnung einen nicht unerheblichen Aufwand bedeutet, empfiehlt die Geschäftsstelle diese Lösung nur Einrichtungen, die dringend auf die entsprechende Abrechnungsmöglichkeit angewiesen sind.

➤ Vorstationäre Kontakte:

Die Abrechnung vorstationärer Kontakte ist leistungsrechtlich nicht vorgesehen, sie werden in der Datenübermittlung daher nicht gesondert ausgewiesen. Diese leistungsrechtlichen und technischen Vorgaben haben keine Auswirkungen auf die klinikinterne Dokumentation solcher Kontakte.

18. PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2024 (PpUG)

Den Krankenhäusern wird vorerst 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 2024, InEK GmbH \(g-drg.de\)](#))

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.

19. 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. Nach dem Wortlaut der Hybrid-DRG-Verordnung sind jedoch alle im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten entstandenen Aufwände abgegolten, so dass neben einer Hybrid-DRG keine Abrechnung weiterer Entgelte möglich ist. Dies gilt auch für Zuschläge für Begleitpersonen. Diese können ebenfalls nicht in Rechnung gestellt werden.

20. Weiterentwicklung des Hybrid-DRG-Leistungskatalogs ab 2025

Die Vertragsparteien GKV-SV, KBV und DKG haben am 27. März 2024 gem. § 115f Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V i.V.m. § 115f Abs. 2 Satz 2 SGB V eine Vereinbarung über den Leistungskatalog (Hybrid-DRG-Vereinbarung) geschlossen. Diese beinhaltet eine Ergänzung von Leistungen (Anlage 1 der Hybrid-DRG-Vereinbarung (OPS-Kodes), für die ab 01.01.2025 eine Vergütung nach Hybrid-DRG erfolgen soll. Darüber hinaus sind in Anlage 2 der Hybrid-DRG-Vereinbarung grundlegende Eckpunkte für die Kalkulation der Fallpauschalen umfasst. Mit dieser Vereinbarung wurde der gesetzliche Auftrag gemäß § 115f Abs. 2 Satz 2 SGB V zum 31.03.2024 umgesetzt.

Die Kalkulation der Hybrid-DRG wird durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) erfolgen. Der Kalkulationsprozess wird von GKV-SV, KBV sowie DKG eng begleitet.

Die Vertragsparteien werden nach Abschluss der Kalkulation die Fallpauschalen und damit einhergehende Anpassungen vereinbaren. Daher ist – wenn erforderlich – ggf. auch eine Anpassung der Anlage 1 zu erwarten. Somit ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine belastbare Abschätzung der Auswirkungen auf die Leistungs- und Vergütungsstruktur der Krankenhäuser noch nicht möglich.

Leistungen, für die eine Vergütung nach § 115f SGB V festgelegt wird, werden in der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Vereinbarung ausgewiesen. Die Anlage 1 beinhaltet sowohl die aktuell gültigen OPS-Kodes des Jahres 2024 (Anlage 1 der Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung) vom 18.12.2023), als auch die für das Jahr 2025 neu aufgenommenen OPS-Kodes. Diese sind mit „Neu“ gekennzeichnet.

Die Hybrid-DRG-Vereinbarung sieht vor, dass die Berechnung der Fallpauschalen der Hybrid-DRG für das Jahr 2025 auf Grundlage des im „Abschlussbericht Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2024“ beschriebenen Verfahren stattfindet. Wesentliche Eckpunkte bei der Kalkulation sind dabei weiterhin Verweildauer = 1, PCCL < 3 und niedriger Ambulantisierungsgrad.

Ergänzend soll eine spezifische Analyse der Sachkosten erfolgen, damit deren sachgerechte Vergütung sichergestellt werden kann. Gemäß des bisherigen Kalkulationsverfahrens werden zur Ermittlung der Sachkosten die im Krankenhausbereich erhobenen Kostendaten herangezogen. Konkretisierend wird vorgesehen, ambulante Sach- und Laborkosten in die Kalkulation einzubeziehen, sofern die Datengrundlage für Sach- und Laborkosten des vertragsärztlichen Bereichs vorliegt.

Die Vereinbarung tritt zum 01.04.2024 in Kraft und mit Ablauf des 31.12.2025 außer Kraft. Darüber hinaus verpflichten sich die Vertragsparteien, im Jahr 2025 rechtzeitig die Verhandlungen für eine Vereinbarung aufzunehmen, die ab dem 01.01.2026 gelten soll. Bis zum Inkrafttreten gilt die am 21.12.2023 im Bundesgesetzblatt veröffentlichte Rechtsverordnung des BMG (Hybrid-DRG-Verordnung vom 19.12.2023).

Die Vereinbarung inklusive Anlagen sowie weitergehende Informationen zu § 115f SGB V sind auf der DKG-Homepage unter [Spezielle sektorengleiche Vergütung \(Hybrid-DRG\) | Deutsche Krankenhausesellschaft e. V. \(dkgev.de\)](#) abrufbar.

Die Hybrid-DRG-Vereinbarung wurde dem BMG zur Verfügung gestellt. Eine Rückmeldung des BMG zur vorliegenden Vereinbarung steht noch aus.