

Vergütung für § 115g SGB V ab 2027: Strukturpauschalen statt Tagessätze

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung (süV)

Am 20.08.2026 haben DKG, GKV-Spitzenverband und PKV-Verband die Vergütung der sektoren-übergreifenden Versorgungseinrichtungen (süV) nach § 115g SGB V für die Einführungsphase von Anfang 2027 bis Ende 2029 vereinbart.

Das Ergebnis überrascht:

Anstelle der lange angekündigten und im Gesetzestext angedachten Tagessätze wurde ein bettenzentriertes Pauschalmodell vereinbart, das die Vorhaltung vom Leistungsgeschehen trennt und zusätzlich nur die „Sachkosten“ mit einem einheitlichen Tagessatz vergütet. Dadurch weicht das vereinbarte Modell von der Systematik des § 6c KHEntgG ab.

Das Vergütungsmodell nach § 115g SGB V in fünf Punkten

- Für jedes finanzierungsrelevante Bett erhält ein süV eine jährliche **Strukturpauschale von 182.734 €**. Mit dieser werden sämtliche Personalkosten (Ärztlicher Dienst/Pflege/ u.a.) sowie alle weiteren leistungsunabhängigen Kosten abgegolten. Vergütungsfähig sind jedoch höchstens 50 Betten.
- Gleichzeitig wird eine **Mindestfallzahl von 30 Fällen je Bett und Jahr** vorgeschrieben. Kurzlieger mit bis zu zwei Belegungstagen zählen nur mit dem Faktor 0,5. Bei Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen wird nur ein Fall gezählt. Weitere Besonderheiten bestehen bei Verlegungen sowie anderen Krankenhausbehandlungen innerhalb von 30 Tagen.
- Die Strukturpauschale wird über einen fallbezogenen Zahlbetrag abgegolten (Jahresanspruch geteilt durch die Fallzahl). Minder- und Mehrerlöse werden vollständig ausgeglichen. Bis zur Vereinbarung eines Budgets gilt ein vorläufiger Zahlbetrag 3.576 € je Fall.

Bei zu geringem Auslastungsgrad des süV fallen **zusätzliche Mindererlöse** an:

- Wird die Mindestfallzahl bis zu 20 % unterschritten, sinkt der Anspruch auf die Strukturpauschale um 25 %.
- bei mehr als 20 % Unterschreitung (weniger als 25 Fälle pro Bett) reduziert sich die Strukturpauschale um die Hälfte.
- Neben der Strukturpauschale bekommt das süV je vollstationärem Belegungstag eine **Sachkostenpauschale i. H. v. 95 €** für einen Patienten.

- Die reguläre DRG-Fallpauschale sowie mögliche Zusatzentgelte entfallen. Die Fälle eines süV werden vollständig kodiert und die Daten im Rahmen der Abrechnung nach § 301 SGB V übermittelt. Dabei rechnet das süV unter seiner Standortnummer mit dem Kennzeichen „17“ ab.

Was jetzt zu tun ist?

- **Identifizierung von Standorten mit Umwandlungsperspektive:**
Prüfung des Fallspektrums hinsichtlich der Ausschlusskriterien und Mindestleistungen gemäß süV-Leistungskatalog-Vereinbarung vom 02.03.2026.
- **Wirtschaftlichkeitsanalyse:**
Prüfung der wirtschaftlichen Tragfähigkeit des zukünftig geltenden Pauschalmodells auf Basis des aktuellen Fallspektrums und möglicher Anpassungen.
- **Kontakt zur Planungsbehörde aufnehmen:**
Letztlich wird man nur ein sektorenübergreifendes Versorgungszentrum, wenn das Krankenhaus von der Landesbehörde dazu bestimmt wird. Ohne die entsprechende Zuordnung entfällt eine Abrechenbarkeit der Struktur- und Sachkostenpauschale. Die Bestimmung zum süV nach § 6c KHG kann nur zum 1. Januar eines Jahres erfolgen.
- **Rechtzeitiges Einleiten einer entsprechenden MD-Prüfung:**
Zwar gibt es zu Anfang 2027 eine Übergangsregelung bei fehlender MD-Prüfung. Jedoch sollte man früh genug – vor Erbringung der sektorenübergreifenden Versorgung – Kontakt zum MD zur Einleitung einer entsprechenden Prüfung aufnehmen. Näheres regelt die süV-Leistungskatalog-Vereinbarung.
- **Interne Kommunikation:**
Neben der internen Kommunikation mit allen Beschäftigten sollte sich insbesondere das Medizincontrolling frühzeitig auf die neue Entgeltlogik vorbereiten. Die technische Umsetzung im § 301-Verfahren steht noch aus.