Vereinbarung

zu der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid DRG) gemäß § 115f SGB V für das Jahr 2027

(Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung)

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin,

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

Präambel

Durch das Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPflEG) vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I, Seite 2793) wurde mit § 115f SGB V eine spezielle sektorengleiche Vergütung für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Krankenhäuser eingeführt, um bestehende Ambulantisierungspotenziale bei bislang stationär erbrachten Leistungen zu heben, die stationsersetzend erbracht werden können.

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. Juli 2026 ergänzt.

§ 1 Berechtigte Leistungserbringer

Zur Erbringung der nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 i. V. m. Absatz 2 Satz 3 SGB V vereinbarten Leistungen und zur Abrechnung der nach § 115f Absatz 1 Satz 2 SGB V kalkulierten Fallpauschalen und ggf. Zusatzentgelten berechtigt sind die an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer gemäß § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V sowie Krankenhäuser nach § 108 SGB V, die die in § 115b Absatz 1 Satz 5 SGB V genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen.

§ 2 Zugang gesetzlich versicherter Patienten zu Leistungen nach § 115f SGB V

Leistungen gemäß Anlage 1 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 Anlage 1 aufsucht, kann die Leistung 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 Anlage 1 durchführenden Ärztin oder dem die Leistung nach Anlage 1 durchführenden Arzt die im Zusammenhang mit der vorgesehenen Leistung bedeutsamen Unterlagen zur Verfügung.

§ 3 Anlagen

(1) In Anlage 1 dieser Vereinbarung sind die Leistungen nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 i. V. m. Absatz 2 Satz 4 SGB V bestimmt, für die eine Vergütung (Hybrid-DRG) nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V festgelegt ist. Diese ist abschließend, es sei denn, in dieser Vereinbarung ist etwas Abweichendes geregelt.

(2) In Anlage 2 dieser Vereinbarung sind die Hybrid-DRG-Fallpauschalen nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V bestimmt, mit denen die Leistungen nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 i. V. m. Absatz 2 Satz 4 SGB V vergütet werden. Diese ist abschließend, es sei denn, in dieser Vereinbarung ist etwas Abweichendes geregelt.

§ 4 Leistungsinhalt der Fallpauschalen

Die in Anlage 2 genannten Fallpauschalen beginnen nach Abschluss der Indikationsstellung für die entsprechende Leistung mit Aufnahme in die behandelnde Einrichtung und enden mit der Entlassung aus der Einrichtung.

§ 5 Vergütung für Leistungen

(1) Die in der Anlage 1 genannten Leistungen sind mit einer in Anlage 2 genannten Fallpauschale (Hybrid-DRG) zu vergüten, 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. Es gelten die Kontextfaktoren des Band 4 des Definitionshandbuchs (Vollversion) der aG-DRG German Diagnosis Related Groups Version 2027.

(2) Es gelten die Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien. Ausgenommen ist die in D012 Mehrfachkodierung geforderte Aufbereitung der Diagnosenkodes im Kontext der Primär- und Sekundärkodes gemäß Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 SGB V für die Entlassanzeige der Krankenhäuser in der Segmentgruppe SG 1 (ETL-NDG) für den vertragsärztlichen Bereich.

(3) Die Gültigkeit der Fallpauschalen gemäß Anlage 2, sowie der Kontextfaktoren der dazugehörenden Vereinbarungen und Beschlüsse sowie der Deutschen Kodierrichtlinien für Leistungserbringer, die eine Operation oder Prozedur gemäß Anlage 1 durchführen, wird wie folgt bestimmt:
- Für Krankenhäuser gilt der Tag der Aufnahme der Patientin oder des Patienten in das Krankenhaus.
- Für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gilt der Tag der Durchführung der Leistung.

(4) Die in der Anlage 2 aufgeführten Fallpauschalen sind für den im gemäß § 4 definierten Zeitraum unabhängig von der Anzahl der beteiligten Leistungserbringer nur einmal berechnungsfähig.

(5) Die folgenden Leistungen sind nicht zusätzlich zu einer Fallpauschale abrechenbar:

1. Leistungen gemäß Anlage 1,
2. zusätzliche Eingriffe, sofern sich damit eine Hybrid-DRG gem. § 5 Absatz 1 ergibt,
3. Aufklärung über die gem. Anlage 1 vorgesehenen Leistungen,
4. Anästhesieleistungen beginnend mit der Feststellung der Eignung für eine Leistung gem. Anlage 1 im Hinblick auf das Narkoserisiko, z. B. gemäß ASA, inklusive Anästhesieaufklärung, und Prämedikation,
5. Laboruntersuchungen im Zusammenhang mit einer Leistung gem. Anlage 1, soweit das Untersuchungsmaterial im gemäß § 4 definierten Zeitraum gewonnen wurde,
6. histopathologische und zytologische Beurteilung von entnommenem Material gemäß Indikation und diagnostischer oder therapeutischer Fragestellung,
7. bildgebende Verfahren im Zusammenhang mit einer Leistung gem. Anlage 1 wenn das bildgebende Verfahren im gemäß § 4 definierten Zeitraum durchgeführt wurde,
8. Überwachung und Nachbeobachtung im Zusammenhang mit einer Leistung gem. Anlage 1,
9. Sachkosten und Arzneimittel mit Ausnahme von Sprechstundenbedarf,
10. Kosten für Unterkunft und Verpflegung,
11. ärztliche Abschlussuntersuchung(en),
12. Dokumentation(en),
13. Erstellung und Übermittlung eines Abschlussberichts an die weiterbehandelnde Vertragsärztin und Hausärztin oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt und Hausarzt mit mindestens folgenden Informationen: Diagnose, Therapieangaben, gegebenenfalls angezeigte Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit,
14. Aushändigung des Abschlussberichts an die Versicherten.

(6) Eine vor- und nachstationäre Behandlung gemäß § 115a SGB V ist neben einer Fallpauschale nicht gesondert berechenbar.

(7) Eine Nachbehandlung kann durch das die Leistung gemäß Anlage 1 durchführende Krankenhaus oder durch die die Leistung gemäß Anlage 1 durchführende Vertragsärztin oder durchführenden Vertragsarzt oder durch eine andere Vertragsärztin oder einen anderen Vertragsarzt erfolgen. Die Nachbehandlung umfasst, je nach medizinischer Erforderlichkeit, den folgenden Leistungsinhalt: Befundkontrolle(n), Befundbesprechung, Verbandwechsel, Drainagewechsel, Drainageentfernung, Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie.

Erfolgt die Nachbehandlung in den 21 Tagen nach Entlassung durch das die Leistung gemäß Anlage 1 durchführende Krankenhaus, kann ein separates Entgelt in Höhe von 30 EURO abgerechnet werden. In den Abrechnungsdaten ist das Datum der

Nachbehandlung anzugeben, bei mehr als einer Behandlung ist der erste Tag anzugeben.

Das Nähere zur elektronischen Übermittlung vereinbaren die Vertragsparteien in der Vereinbarung zum Datenübermittlungsverfahren gemäß § 301 SGB V zu Abrechnungszwecken.

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

(8) Die Vertragspartner werden jeweils bilateral für die Krankenhäuser zwischen dem GKV-Spitzenverband / Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung und für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Hybrid-DRG-Abrechnungsvereinbarung Regelungen dazu treffen, welche Abrechnungsregularien für den jeweiligen Versorgungsbereich gelten, sofern die Zuordnung einer Leistung der Anlage 1 (Leistungskatalog) zu einer Hybrid-DRG gemäß Absatz 1 nicht erfolgt.

§ 6 Qualitätssicherung

Leistungen des Katalogs gemäß Anlage 1, für die Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 135 SGB V existieren, sind auch unter den gleichen Maßgaben im stationären Bereich zu erbringen. Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V und nach §§ 136 bis 136b SGB V sind zu berücksichtigen.

§ 7 Abrechnungsverfahren

Das Nähere zum Abrechnungsverfahren für Krankenhäuser nach § 108 SGB V regeln die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband in der Vereinbarung zur Umsetzung des Abrechnungsverfahrens der speziellen sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f SGB V (Hybrid-DRG) im Rahmen der Datenübermittlung gemäß § 301 Absatz 1 und 2 SGB V (Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung).

Das Nähere zum Abrechnungsverfahren für Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V regeln die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband in der Vereinbarung zur Umsetzung des Abrechnungsverfahrens der speziellen sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f SGB V (Hybrid-DRG-AV).

§ 8 Schriftform, Nebenabreden

Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen zu dieser Vereinbarung sind nur gültig, wenn sie schriftlich vereinbart worden sind; sie müssen ausdrücklich als Vereinbarungsänderung bzw. Vereinbarungsergänzung bezeichnet sein. Dies gilt auch für die Aufhebung der Schriftformklausel.

§ 9 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Klauseln oder eine Bestimmung dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmung werden die Vertragspartner eine Bestimmung vereinbaren, die dem zulässigerweise am nächsten kommt, was die Vertragspartner gewollt haben oder gewollt hätten, wenn sie die Regelungsbedürftigkeit bedacht hätten.

§ 10 Gültigkeitsdauer

Die Vereinbarung tritt zum 1. Januar 2027 in Kraft und tritt am 31. Dezember 2027 außer Kraft, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Protokollnotiz

1. Nach Fertigstellung der DRG-Definitionen für 2027 durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus werden die Inhalte der Anlage 1 durch die Vertragsparteien bis zum 30. Oktober 2026 vereinbart. Erfolgt keine Vereinbarung, wird der Inhalt der Anlage 1 durch den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss festgesetzt.

2. Nach Fertigstellung der DRG-Definitionen für 2027 durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus werden die Inhalte der Anlage 2 durch die Vertragsparteien bis zum 30. Oktober 2026 vereinbart. Erfolgt keine Vereinbarung, wird der Inhalt der Anlage 2 durch den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss festgesetzt.

Anlage 1 (Leistungskatalog)

OPS-Kode	OPS-Text

Anlage 2 (Vergütung der Hybrid-DRG)

Leistungsbereich	Hybrid-DRG	Text-Hybrid-DRG	Fallpauschale der Hybrid-DRG in Euro