Vereinbarung

zu der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) gemäß § 115f SGB V für das Jahr 2025

(Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung)

vom

18.12.2024

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin,

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung

Präambel

Durch das Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPflEG) vom 20.12.2022 (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.

Der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (nachfolgend: die Vertragspartner) vereinbaren in Anlage 1 dieser Vereinbarung (Leistungskatalog) die Leistungen, für die eine spezielle sektorengleiche Vergütung ab dem Jahr 2025 gilt. Weiterhin vereinbaren die Vertragspartner die leistungsbezogene spezielle sektorengleiche Vergütung für diese Leistungen in Form von Fallpauschalen (Anlage 2 dieser Vereinbarung).

Den Prozess zur regelmäßigen Überprüfung und Weiterentwicklung des Leistungskatalogs und der entsprechenden Fallpauschalen regeln die Vertragsparteien in der Hybrid-DRG-Weiterentwicklungsvereinbarung. In dieser Vereinbarung sind Regelungen zur angemessenen Abbildung der Streuung der Sach- und Laborkosten in den Fallpauschalen vorzusehen.

Die spezielle sektorengleiche Vergütung erfolgt für die vereinbarten Leistungen unabhängig davon, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird.

Des Weiteren vereinbaren die Vertragspartner ergänzende Regelungen zur Umsetzung der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V. Dies erfolgt für die Krankenhäuser bilateral zwischen dem GKV-Spitzenverband / Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung und für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bilateral zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztliche Bundesvereinigung in der Hybrid-DRG-Abrechnungsvereinbarung.

§ 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 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

(1) Leistungen gemäß § 3 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 § 3 aufsucht, kann die Leistung erbracht werden, wenn die elektronische Gesundheitskarte in Verbindung mit einem amtlichen Lichtbildausweis als Nachweis für die Mitgliedschaft vorgelegt wird.

(2) Zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen stellt die veranlassende Ärztin oder der veranlassende Arzt der die Leistung nach § 3 durchführenden Ärztin oder dem die Leistung nach § 3 durchführenden Arzt die im Zusammenhang mit der vorgesehenen Leistung bedeutsamen Unterlagen zur Verfügung.

§ 3 Leistungskatalog

In Anlage 1 dieser Vereinbarung sind 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 festgelegt ist. 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 dieser Vereinbarung ist etwas Abweichendes geregelt.

§ 4 Leistungsinhalt der Fallpauschalen

Die in Anlage 1 genannten Leistungen beginnen nach Abschluss der Indikationsstellung und Überprüfung der Operationsfähigkeit mit der Einleitung der Maßnahmen zur Operationsplanung und -vorbereitung und enden mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung in der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird.

§ 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.

(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, der dazugehörenden Vereinbarungen 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 aufgeführte Fallpauschale ist für die gesamte Dauer der erbrachten Leistungen nach Anlage 1 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. perioperative Anästhesieleistungen beginnend mit der Feststellung der Operationsfähigkeit im Hinblick auf das Narkoserisiko, z. B. gemäß ASA, inklusive Anästhesieaufklärung, und Prämedikation,
5. perioperative Laboruntersuchungen,
6. histopathologische und zytologische Beurteilung von intraoperativ entnommenen Materials gemäß Indikation und diagnostischer oder therapeutischer Fragestellung,
7. perioperative bildgebende Verfahren,
8. postoperative Überwachung und Nachbeobachtung,
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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist neben der Fallpauschale nicht gesondert berechenbar.

(7) Eine postoperative 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 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 (Spalte B) ausgewiesen.

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.

(8) Sofern Patientinnen und Patienten bis einschließlich 31.12.2025 zur Durchführung einer Leistung gemäß den Hybrid-DRG H41M und H41N nach Anlage 2 in einem Krankenhaus behandelt werden und aus medizinischen Gründen eine selbstexpandierende Prothese am Gastrointestinaltrakt eingesetzt wurde (ZE2025-54), ist anstelle der Hybrid-DRG H41M die DRG H41F und für die Hybrid-DRG H41N die DRG H41D jeweils einschließlich des ZE2025-54 abzurechnen. Die betreffenden Fälle sind vollstationären Fällen gleichgestellt. Die Abrechnung des Krankenhauses dieser Leistung wird nicht im Hinblick darauf überprüft, ob die Leistung im Rahmen des § 115f SGB V hätte erbracht werden können. In allen anderen Fällen werden die Hybrid-DRG H41M und H41N gemäß dieser Vereinbarung abgerechnet.

Sofern Patientinnen und Patienten bis einschließlich 31.12.2025 mit einer Leistung gemäß den Hybrid-DRG H41M und H41N nach Anlage 2 durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt behandelt werden und aus medizinischen Gründen eine selbstexpandierende Prothese am Gastrointestinaltrakt eingesetzt wurde (ZE2025-54), ist dieser Fall ambulant abzurechnen.

(9) 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 dieser Vereinbarung (Leistungskatalog) zu einer Hybrid-DRG gemäß Abs. 1 nicht erfolgt.

§ 6 Qualitätssicherung

Leistungen des Katalogs gemäß § 3, 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

(1) 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).

(2) 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 01.01.2025 in Kraft und tritt am 31.12.2025 außer Kraft, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung

Vereinbarung zu der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) gemäß § 115f SGB V für das Jahr 2025 (Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung) vom 18.12.2024

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin,

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

Berlin, 18.12.2024

GKV-Spitzenverband

Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung

Vereinbarung zu der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) gemäß § 115f SGB V für das Jahr 2025 (Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung) vom 18.12.2024

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin,

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

Berlin, 18.12.2024

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung

Vereinbarung zu der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) gemäß § 115f SGB V für das Jahr 2025 (Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung) vom 18.12.2024

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin,

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

Berlin, 18.12.2024

Deutsche Krankenhausgesellschaft