

## B E S C H L U S S

### **des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 9. Sitzung am 3. Juli 2025**

#### **Teil C**

#### **zu weiteren Regelungen zur speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) gemäß § 115f SGB V für das Jahr 2026 (Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026)**

**mit Wirkung vom 1. Januar 2026 bis 31. Dezember 2026**

---

#### **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 (BGBI. 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 stationersetzend 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 (BGBI. 2024 I Nr. 400) 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**

In Anlage 1 dieses Beschlusses 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 und ggf. Zusatzentgelte in Anlage 3 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 diesem Beschluss ist etwas Abweichendes geregelt

Anlage 3 regelt bundeseinheitlich bewertete Zusatzentgelte, die fallbezogen im Zusammenhang mit einzelnen Hybrid-DRG abrechnungsfähig sind.

Anlage 4 (Kontextfaktoren) definiert fallbezogene Merkmale, welche die Groupierung in eine Hybrid-DRG grundsätzlich ausschließen.

## **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) und ggf. einem Zusatzentgelt gemäß Anlage 3 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 Zusatzentgelte gemäß Anlage 3 sowie der Kontextfaktoren gemäß Anlage 4 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 aufgeführte Fallpauschale und ggf. die Zusatzentgelte gemäß Anlage 3 sind 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 und ggf. den Zusatzentgelten 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 SGB V ist neben der Fallpauschale und ggf. den Zusatzentgelten 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. In den Abrechnungsdaten ist das Datum der postoperativen Nachbehandlung anzugeben. 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) Zusätzlich zu der Hybrid-DRG gemäß Anlage 2 dürfen bundeseinheitliche Zusatzentgelte nach Anlage 3 abgerechnet werden. Zusatzentgelte, die in Spalte „ausschließlich Krankenhäuser“ mit einem „x“ markiert sind, dürfen nur durch Krankenhäuser nach § 108 SGB V abgerechnet werden.
- (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 (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).