BESCHLUSS

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

Teil A

Beauftragung der Zuarbeit der Institute an den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss gemäß § 115f Absatz 4 Satz 3 SGB V zur Bildung der Datengrundlage für die Festlegung der Hybrid-DRG-Vergütung für das Jahr 2026 gemäß § 115f Absatz 1 Satz 9 SGB V

mit Wirkung zum 3. Juli 2025

Präambel

Gemäß § 115f Absatz 4 Satz 3 SGB V können zur Vorbereitung der Festsetzung der Hybrid-DRG-Vergütung das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) beauftragt werden, dem ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten.

1. Beauftragung

Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss beauftragt das InBA und das InEK spätestens bis zum 26. September 2025, die unter 7. aufgelisteten Kennzahlen unter Berücksichtigung der Vorgaben dieses Beschlussteiles zu ermitteln und zur Verfügung zu stellen.

2. Datengrundlage und Abgrenzung

Es sind folgende Daten aus den Krankenhäusern durch das InEK für die Berechnungen heranzuziehen:

- Fallzahlen des Jahres 2024 aus der Datenlieferung gemäß § 21 Absatz 1 KHEntgG,
- Kostendaten des Jahres 2024 der DRG-Kalkulationskrankenhäuser aus der Datenlieferung gemäß § 17b KHG.

Es sind folgende vertragsärztliche Abrechnungsdaten und Abrechnungsdaten gemäß § 115b SGB V durch das InBA für die Berechnungen heranzuziehen:

- bundesweite Versichertenstichprobe („Geburtstagsstichprobe“) 2023 aus der Datenlieferung gemäß § 87 Absatz 3f SGB V,
- Abrechnungsdaten des ambulanten Operierens im Krankenhaus gemäß § 115b SGB V aus der Datenlieferung gemäß § 115f Absatz 1 Satz 6 SGB V.

Es sind alle Fälle mit den Kriterien PCCL < 3 und Verweildauer <= 2 zu berücksichtigen. Ausgeschlossen sind Fälle für Kinder, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Fälle für Menschen mit Behinderungen, Fälle mit Kontextfaktoren und Fälle mit unbewerteten Zusatzentgelten.

3. Berechnungssystematik

Zur Bestimmung der unter Nr. 7 aufgelisteten Kennzahlen sind die Berechnungen nach Nr. 3.1 unter Berücksichtigung der Variablendefinition nach Nr. 3.2 durchzuführen.

3.1. Berechnungsformeln

Für die Operationen, die in den Jahren 2025 oder 2026 in die Hybrid-DRGs überführt werden:

$$Hybrid_{DRG} = \left(\frac{Fallzahl_{Praxis} + Fallzahl_{115b}}{Fallzahl_{gesamt}}\right) * Fallwert_{Praxis} + \left(\frac{Fallzahl_{stationär}}{Fallzahl_{gesamt}}\right) * Fallkosten_{stationär}$$

$$+ \textit{Sach- und Laborkosten ausschließlich Implantat-/Transplantatkosten}_{stationär}$$

$$+ \textit{Implantat-/Transplantatkosten}_{stationär}$$

mit $Fallzahl_{gesamt} = Fallzahl_{Praxis} + Fallzahl_{115b} + Fallzahl_{stationär}$

Für die Operationen, die im Jahr 2024 in die Hybrid-DRGs überführt wurden:

$$Hybrid_{DRG} = \left(\frac{Fallzahl_{ambulant}}{Fallzahl_{gesamt}}\right) * Fallwert_{ambulant} + \left(\frac{Fallzahl_{KH}}{Fallzahl_{gesamt}}\right) * Fallkosten_{KH}$$

$$+ \textit{Sach- und Laborkosten ausschließlich Implantat-/Transplantatkosten}_{KH}$$

$$+ \textit{Implantat-/Transplantatkosten}_{KH}$$

mit $Fallzahl_{gesamt} = Fallzahl_{ambulant} + Fallzahl_{KH}$

3.2. Variablendefinition

3.2.1. Stationäre Fallzahl (Fallzahl$_{stationär}$)

Die stationäre Fallzahl, $Fallzahl_{stationär}$, basierend auf der Datenlieferung nach § 21 Absatz 1 KHEntgG für das Jahr 2024, ist die Summe aller Fälle mit gruppierungsrelevanten Prozeduren, die nach dem Definitionshandbuch 2026 in die Hybrid-DRGs eingruppiert würden, adjustiert auf den GKV-Anteil.

3.2.2. Fallzahl der Hybrid-DRGs im Krankenhaus (Fallzahl$_{KH}$)

Mit den Daten der Krankenhäuser aus der Datenübermittlung nach § 21 Absatz 1 KHEntgG für das Datenjahr 2024 liegen dem InEK erstmals auch die in den Krankenhäusern nach § 115f SGB V erbrachten und vergüteten Fälle („Hybrid-Fälle“) vor.

Für das Datenjahr 2024 sind bei der Datenlieferung nach § 21 Absatz 1 KHEntgG von den Krankenhäusern erbrachte Hybrid-Fälle im Entgeltbereich „HYB“ zu übermitteln. Eine Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung erfolgt, indem die Fälle mit einer Übernachtung dem stationären Bereich zugeordnet werden.

Zudem werden die Fälle mit einer Verweildauer von 2 Tagen der entsprechenden Basis-DRG ermittelt und hinzuaddiert.

Die Ermittlung der Fallzahl der Hybrid-DRGs und Basis-DRGs im Krankenhaus, $Fallzahl_{KH}$, erfolgt analog zu den stationären Fallzahlen (siehe Nr. 3.2.1).

3.2.3. Ambulante Fallzahl im Krankenhaus (Fallzahl$_{115b}$)

Die ambulante Fallzahl im Krankenhaus, $Fallzahl_{115b}$, basierend auf der Datenlieferung nach § 115f Absatz 1 Satz 6 SGB V für das Jahr 2023, ist die Summe aller Versicherten mit ambulant im Krankenhaus durchgeführten Prozeduren nach § 115b SGB V bei OPS-Kodes gemäß der Anlage zum Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 8. Sitzung am 28. April 2025 einschließlich ggf. erforderlicher Anpassungen im Rahmen der Entwicklung der Hybrid-DRGs 2026 (finaler Hybrid-DRG-Leistungskatalog 2026) im Operationsfall.

Bei OPS-Kodes mit Zuordnung zu Abschnitt 1 des AOP-Vertrags werden die Operationsfälle in die Zählung einbezogen, in denen auch eine Gebührenordnungsposition aus Abschnitt 31.2 EBM abgerechnet wurde. Bei OPS-Kodes mit Zuordnung zu Abschnitt 2 des AOP-Vertrags werden die Operationsfälle in die Zählung einbezogen, bei denen eine dem OPS-Kode über Abschnitt 2 des AOP-Katalogs zugeordnete Gebührenordnungsposition abgerechnet wurde. Sofern der OPS-Kode nicht im AOP-Katalog enthalten ist, erfolgt die Fallzählung mit null.

3.2.4. Ambulante Fallzahl in Arztpraxen (Fallzahl$_{Praxis}$)

Die ambulante Fallzahl in Arztpraxen, $Fallzahl_{Praxis}$, basierend auf der bundesweiten Versichertenstichprobe 2023, ist die (auf die Grundgesamtheit hochgerechnete) Summe aller Versicherten mit vertragsärztlich durchgeführten Prozeduren gemäß Abschnitt 31.2 EBM und

einem OPS-Kode gemäß finalem Hybrid-DRG-Leistungskatalog 2026 im Behandlungsfall.

Bei den bereits im Jahr 2024 oder 2025 in Hybrid-DRGs überführten OPS-Kodes ohne Zuordnung im Anhang 2 EBM wird die Vorgehensweise des letzten Jahres zur Zählung dieser Versicherten übernommen. Bei im Abrechnungsjahr 2026 neu vorgesehenen OPS-Kodes ohne Zuordnung im Anhang 2 EBM wird durch das InBA eine Zuordnung zu einer oder mehreren EBM-Gebührenordnungspositionen (Aufgreifkriterien) vorgenommen. Sofern eine Zuordnung von OPS-Kodes zu EBM-Gebührenordnungspositionen nicht oder nicht eindeutig möglich ist, erfolgt die Fallzählung mit null.

3.2.5. Ambulante Fallzahl in Arztpraxen ($Fallzahl_{ambulant}$)

Die ambulante Fallzahl in Arztpraxen für im Jahr 2024 bereits existenten Hybrid-DRG, $Fallzahl_{\text{ambulant}}$, basiert auf der $Fallzahl_{Praxis}$ (vgl. Nr. 3.2.4) zuzüglich der Summe aller vom Krankenhaus im Entgeltbereich „HYB“ abgerechneten Hybrid-Fälle ohne Übernachtung des Jahres 2024.

3.2.6. Stationäre Fallkosten ($Fallkosten_{stationär}$)

Die stationären Fallkosten, $Fallkosten_{stationär}$, basierend auf den Kostendaten des Jahres 2024 der DRG-Kalkulationskrankenhäuser, sind die Mediankosten der Fälle, die gemäß Definitionshandbuch 2026 in die entsprechende Hybrid-DRG gruppiert würden, ohne die Kostenstellengruppe Laboratorien sowie ohne die Kostenartengruppen Arzneimittel, Implantate / Transplantate und Übriger medizinischer Bedarf (Kostenartengruppen 4a bis 6c).

Die stationären Fallkosten werden um die Veränderungswerte gemäß § 9 Absatz 1b KHEntgG 2024 auf 2025 sowie 2025 auf 2026 angepasst.

3.2.7. Fallkosten im Krankenhaus ($Fallkosten_{KH}$)

Die dem InEK vorliegenden Kostendaten des Jahres 2024 der Kalkulationskrankenhäuser beinhalten erstmals die in den Krankenhäusern erbrachten Hybrid-Fälle im Jahr 2024.

Die Ermittlung der Fallkosten der Hybrid-DRGs mit Übernachtung im Krankenhaus und Basis-DRGs mit einer Verweildauer von 2 Tagen im Krankenhaus, $Fallkosten_{KH}$, erfolgt analog zu den stationären Fallkosten (siehe Abschnitt 3.2.6).

Die $Fallkosten_{KH}$ werden um die Veränderungswerte gemäß § 9 Absatz 1b KHEntgG 2024 auf 2025 sowie 2025 auf 2026 angepasst.

3.2.8. Ambulanter Fallwert in Arztpraxen ($Fallwert_{Praxis}$ und $Fallwert_{ambulant}$)

Die Ermittlung des ambulanten Fallwertes in Arztpraxen, $Fallwert_{Praxis}$ sowie $Fallwert_{ambulant}$, basierend auf der bundesweiten Versichertenstichprobe 2023, unterscheidet sich danach, ob die OPS-Kodes dem Anhang 2 EBM zugeordnet werden können oder nicht.

Die Bestimmung des ambulanten Fallwertes in Arztpraxen bei OPS-Kodes mit Zuordnung zu Anhang 2 EBM erfolgt über den arithmetischen Mittelwert der Summe aus den Positionen 1 bis 3:

1. Leistungsbedarf der durch den Operateur und den Anästhesisten abgerechneten Leistungen aus Abschnitt 31.2, 31.3, 31.5 EBM,
2. Leistungsbedarf für abgerechnete Grundpauschalen des Operateurs und des Anästhesisten und
3. Leistungsbedarf für abgerechnete Leistungen des Anästhesisten aus Kapitel 5 EBM über alle Versicherten gemäß der Abgrenzung der entsprechenden ambulanten Fälle in Abschnitt 3.2.4.

Die Bestimmung des ambulanten Fallwertes in Arztpraxen bei OPS-Kodes ohne Zuordnung zu Anhang 2 EBM erfolgt über den arithmetischen Mittelwert der Summe aus den Positionen 1 bis 4:

1. Leistungsbedarf je OPS-Kode für die EBM-Gebührenordnungsposition, sofern für den jeweiligen OPS-Kode eine Zuordnung zu einer EBM-Gebührenordnungsposition möglich ist,
2. Leistungsbedarf der abgerechneten fachgruppenspezifischen Grundpauschalen
3. Leistungsbedarf für abgerechnete Leistungen des Anästhesisten aus Kapitel 5 EBM
4. Leistungsbedarf von direkt mit der Leistung entsprechend dem OPS-Kode verbundenen EBM-Gebührenordnungspositionen über alle Versicherten gemäß der Abgrenzung der entsprechenden ambulanten Fälle in Abschnitt 3.2.4.

Das InBA nutzt Aufgreifkriterien, die in einer Liste mit den entsprechenden fallwertrelevanten EBM-Gebührenordnungspositionen für OPS-Kodes, die 2026 neu für Hybrid-DRGs vorgesehen sind, aufgeführt sind.

Die Fallwerte werden an die Steigerung des Orientierungswertes gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 81. Sitzung (Steigerung 2023 auf 2024), Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 733. Sitzung (Steigerung 2024 auf 2025) sowie der gemäß § 87a Absatz 2e SGB V bis zum 31. August 2025 zu beschließenden Anpassungen 2025 auf 2026 vorgenommen.

3.2.9. Sach- und Laborkosten ausschließlich Implantat-/ Transplantatkosten$_{stationär}$

Die *Sach- und Laborkosten ausschließlich Implantat-/Transplantatkosten*$_{stationär}$ basierend auf den Kostendaten des Jahres 2024 der DRG-Kalkulationskrankenhäuser, sind die Mediankosten der Fälle aus den Kostendaten, die gemäß Definitionshandbuch 2026 in die entsprechende Hybrid-DRG gruppiert würden, ohne die Kostenartengruppen Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Medizinisch- technischer Funktionsdienst, Implantate/ Transplantate, Medizinische Infrastruktur und Nicht-Medizinische Infrastruktur (Kostenartengruppen 1, 2, 3, 5, 7 und 8) über alle Kostenstellengruppen mit Ausnahme der Kostenstellengruppe Laboratorien.

Die *Sach- und Laborkosten ausschließlich Implantat-/Transplantatkosten*$_{stationär}$ werden um die Veränderungswerte gemäß § 9 Absatz 1b KHEntgG 2024 auf 2025 sowie 2025 auf 2026

angepasst.

3.2.10. Stationäre Sach- und Laborkosten ausschließlich Implantat-/ Transplantatkosten$_{KH}$

Die *Sach- und Laborkosten ausschließlich Implantat-/Transplantatkosten$_{KH}$*, basierend auf den Kostendaten des Jahres 2024 der DRG-Kalkulationskrankenhäuser **inklusive der Hybrid-DRG-Fälle**, sind die Mediankosten der Fälle aus den Kostendaten, die gemäß Definitionshandbuch 2026 in die entsprechende Hybrid-DRG gruppiert würden, ohne die Kostenartengruppen Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Medizinisch- technischer Funktionsdienst, Implantate/Transplantate, Medizinische Infrastruktur und Nicht-Medizinische Infrastruktur (Kostenartengruppen 1, 2, 3, 5, 7 und 8) über alle Kostenstellengruppen mit Ausnahme der Kostenstellengruppe Laboratorien.

Die *Sach- und Laborkosten ausschließlich Implantat-/Transplantatkosten$_{KH}$* werden um die Veränderungswerte gemäß § 9 Absatz 1b KHEntgG 2024 auf 2025 sowie 2025 auf 2026 angepasst.

3.2.11. Berechnung der Implantat-/Transplantatkosten$_{stationär}$

Die *Implantat-/Transplantatkosten$_{stationär}$* werden auf Ebene der Hybrid-DRG berechnet. Grundlage bilden die Kostendaten für Implantate/Transplantate (Kostengruppe 5). Abweichend von den anderen verwendeten Kostendaten sind hier die arithmetischen Mittelwerte, statt dem Median heranzuziehen.

Die *Implantat-/Transplantatkosten$_{stationär}$* sind um die Veränderungswerte gemäß § 9 Absatz 1b KHEntG 2024 auf 2025 sowie 2025 auf 2026 anzupassen.

3.2.12. Berechnung der Implantat-/Transplantatkosten$_{KH}$

Die *Implantat-/Transplantatkosten$_{KH}$* werden auf Ebene der Hybrid-DRG berechnet. Grundlage bilden die Kostendaten **inklusive derer der Hybrid-DRG-Fälle** für Implantate/Transplantate (Kostengruppe 5). Abweichend von den anderen verwendeten Kostendaten sind hier die arithmetischen Mittelwerte, statt dem Median heranzuziehen.

Die *Implantat-/Transplantatkosten$_{KH}$* sind um die Veränderungswerte gemäß § 9 Absatz 1b KHEntG 2024 auf 2025 sowie 2025 auf 2026 anzupassen.

4. Differenzierung nach Schweregraden

Im Hybrid-DRG-Leistungskatalog des Jahres 2025 wurde unter anderem bei den Hernien eine Schweregraddifferenzierung vorgenommen. Es ist zu prüfen, ob Differenzierungen der Hybrid-DRG beispielsweise nach

- PCCL
- Alter

- Sachkosten
- EBM-Kategorie oder
- Prozeduren

zu relevanten und abbildbaren Kostenunterschieden führen. Das InEK wird beauftragt diesbezüglich intensiv zu prüfen und zu analysieren, welche Kostentrenner zur weiteren Differenzierung nach Schweregraden geeignet sind.

5. Abbildung von Sachkosten und Zusatzentgelten

Die Kostenunterschiede v. a. bei stationären Sachkosten sollen durch die Bildung von möglichst homogenen Gruppen (möglichst hoher Homogenitätskoeffizient) mit dem Instrumentarium zur Bildung von DRGs (insbesondere durch Bildung mehrerer Hybrid-DRG und wenn notwendig, Regelungen analog der Zusatzentgelte) reduziert werden, um eine adäquate Vergütungsregelung zu erreichen. Bei den Vorschlägen sind Wechselwirkungen mit weiteren Regelungen der jeweiligen Versorgungsbereiche (z. B. Dispensierverbot im vertragsärztlichen Bereich) zu beachten. Für den Fall von Mediankosten von Null sind Vorschläge zur besseren Abbildung, wie z. B. die Nutzung des Mittelwerts, zu unterbreiten. Eine Einbeziehung ambulanter Sachkosten erfolgt in diesem Jahr nicht.

Sollten die Institute die Aufnahme von Zusatzentgelten in die Vergütung von Hybrid-DRG vorschlagen, ist eine Übersicht der bewerteten Zusatzentgelten zu übermitteln.

6. Hierarchisierung von Hybrid-DRG in Basis-DRG

Innerhalb einer Basis-DRG kann die Vergütung einer Hybrid-DRG höher sein als die niedrigste DRG.

7. Darstellung der Ergebnisse

Die Ergebnisse sollen tabellarisch je (vorläufiger) Hybrid-DRG übermittelt werden und mindestens die folgenden Kennzahlen beinhalten:

- Leistungsbereich
- Hybrid-DRG
- Bezeichnung der Hybrid-DRG
- Stufe (Schweregrad)
- $\text{Fallkosten}_{\text{stationär}}$
- $\text{Fallkosten}_{\text{KH}}$
- Sach- und Laborkosten ohne $\text{Implantatkosten}_{\text{stationär}}$
- Sach- und Laborkosten ohne $\text{Implantatkosten}_{\text{KH}}$
- $\text{Implantat-/Transplantatkosten}_{\text{stationär}}$

  - Implantat-/Transplantatkosten$_{KH}$
- Homogenitätskoeffizienten Fallkosten$_{stationär}$
- Homogenitätskoeffizienten Fallkosten$_{KH}$
- Homogenitätskoeffizienten Sach- und Laborkosten ausschließlich Implantat-/ Transplantatkosten$_{stationär}$
- Homogenitätskoeffizienten Sach- und Laborkosten ausschließlich Implantat-/ Transplantatkosten$_{KH}$
- Homogenitätskoeffizienten Implantat-/Transplantatkosten$_{stationär}$
- Homogenitätskoeffizienten Implantat-/Transplantatkosten$_{KH}$
- Fallwert$_{Praxis}$
- Fallwert$_{ambulant}$
- Fallzahl$_{Praxis}$
- Fallzahl$_{115b}$
- Fallzahl Hybrid-DRG ohne Übernachtung
- Fallzahl Hybrid-DRG mit Übernachtung
- Fallzahl$_{stationär}$
- Fallzahl$_{KH}$
- Fallkosten$_{stationär}$ von Tagesfällen
- Fallkosten$_{stationär}$ von Fällen mit einer Übernachtung
- Fallkosten$_{stationär}$ von Fällen mit zwei Übernachtungen
- Fallkosten$_{KH}$ von Tagesfällen
- Fallkosten$_{KH}$ von Fällen mit einer Übernachtung
- Fallkosten$_{KH}$ von Fällen mit zwei Übernachtungen
- Fallzahlen$_{stationär}$ von Tagesfällen
- Fallzahlen$_{stationär}$ von Fällen mit einer Übernachtung
- Fallzahlen$_{stationär}$ von Fällen mit zwei Übernachtungen
- Fallzahlen$_{KH}$ von Tagesfällen
- Fallzahlen$_{KH}$ von Fällen mit einer Übernachtung
- Fallzahlen$_{KH}$ von Fällen mit zwei Übernachtungen

Teil B

zur Kalkulation der speziellen sektorengleichen Vergütung für das Jahr 2026

mit Wirkung zum 3. Juli 2025

Präambel

Gemäß § 115f Absatz 4 Satz 2 SGB V legt der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss die Kalkulation der speziellen sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f Absatz 1 Satz 9 SGB V für das Folgejahr fest, sofern keine Einigung der Vertragsparteien erfolgt ist.

Kalkulation der speziellen sektorengleichen Vergütung

Das Institut des Bewertungsausschusses und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus haben gemäß der Beauftragung des BMG vom 20. Mai 2025 Vorschläge zur Kalkulation der Vergütung nach § 115f Absatz 1 SGB V erstellt. Beschussteil A beauftragt basierend auf dieser Grundlage die Bereitstellung der zur Kalkulation der Vergütung der Hybrid-DRG erforderlichen Daten. Die Kalkulation der sektorengleichen Fallpauschale nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für den Zeitraum vom 1. Januar 2026 bis 31. Dezember 2026 erfolgt nach den Maßgaben in Beschussteil A.

Für den Bereich der Sachkosten inkl. Zusatzentgelte kann mangels Vorliegens von Daten derzeit keine abschließende Vorgabe erfolgen und die aufwandsgerechte Berücksichtigung von Sachkosten wird im Rahmen der weiteren Arbeiten umgesetzt.

Nach dem Vorliegen der Ergebnisse wird die Vergütung der Hybrid-DRG für das Jahr 2026 durch den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss endgültig festgelegt.

Protokollnotiz:

Die in diesem Beschluss getroffenen Regelungen haben keine präjudizierenden Wirkungen. Die Vereinbarungspartner überprüfen das beschlossene Vorgehen für die Berechnung der Hybrid-DRG und berücksichtigen die Erkenntnisse bei den weiteren Arbeiten.

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 (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 (BGBl. 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).

Protokollnotiz:

Die in diesem Beschluss genannten Anlagen werden im Laufe der weiteren Arbeiten ergänzt.

Teil D

Anordnung des Sofortvollzugs

mit Wirkung zum 3. Juli 2025

---

1. Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 86a Absatz 2 Nr. 5 SGG die Anordnung der sofortigen Vollziehung der Beschlussteile A bis C seines Beschlusses aus der 9. Sitzung vom 3. Juli 2025 zur Festlegung der Hybrid-DRG-Vergütung für das Jahr 2026.

2. Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss begründet die Anordnung der sofortigen Vollziehung gemäß § 86a Absatz 2 Nr. 5 SGG wie folgt:

   Es ist anerkannt, dass Entscheidungen des erweiterten Bewertungsausschusses gegenüber den an der Normsetzung im Bewertungsausschuss beteiligten Institutionen als Verwaltungsakte ergehen, die mit der Anfechtungsklage angegriffen werden können. Diese Grundsätze gelten auch für den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss gemäß § 87 Absatz 5a Satz 2 SGB V. Ein gesetzlicher Sofortvollzug ist für Beschlüsse des (ergänzten) erweiterten Bewertungsausschusses – anders als für Entscheidungen der Schiedsämter und des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene nach § 89a SGB V – nicht ausdrücklich vorgesehen.

   Um sicherzustellen, dass der Beschluss zur Kalkulation der speziellen sektorengleichen Vergütung für das Jahr 2026 sowie die beauftragten Zuarbeiten der Institute ohne Zeitverzug umgesetzt werden kann, ordnet der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss nach Abwägung aller maßgeblichen Belange ausdrücklich den Sofortvollzug an.

   Die gesetzlichen Voraussetzungen des § 86a Absatz 2 Nr. 5 SGG sind erfüllt:

   a) Es besteht ein besonderes öffentliches Interesse an der sofortigen Vollziehung des Beschlusses vom 3. Juli 2025 zur Festlegung der Vergütung der Hybrid-DRG für das Jahr 2026. Der Beschluss dient der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben nach § 115f Absatz 1 Satz 9 SGB V zur Kalkulation der speziellen sektorengleichen Vergütung für das jeweilige Folgejahr.

      Damit diese gesetzliche Vorgabe Wirkung entfalten kann, sieht das Gesetz in § 115f Absatz 1 Satz 9 SGB V („bis zum 30. Juni“) und § 115f Absatz 4 Satz 2 SGB V („innerhalb von vier Wochen“) für die Vertragsparteien und den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss bewusst kurze Fristen vor. Diese sind erforderlich, damit der angepasste Leistungskatalog und die sektorengleiche Vergütung für die in dem Katalog genannten Leistungen rechtzeitig zum Beginn des Folgejahres wirksam werden könnten. Zugleich verdeutlichen die gesetzlichen Regelungen, dass ein großes öffentliches Interesse daran besteht, dass die Anpassung des Leistungskatalogs und der sektorengleichen Vergütung rechtzeitig

wirksam wird.

Die aufschiebende Wirkung einer Klage hätte dagegen angesichts der zu erwartenden Dauer eines gerichtlichen Verfahrens zur Folge, dass die Anpassung des Hybrid-DRG-Leistungskatalogs und die Ermittlung der Fallpauschalen für die Leistungen nur mit erheblicher zeitlicher Verzögerung erfolgen könnte.

Durch die Anordnung der sofortigen Vollziehung wird dagegen sichergestellt, dass der Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses vom 3. Juli 2025 zur Kalkulation der speziellen sektorengleichen Vergütung für das Jahr 2026 auch im Falle einer Klageerhebung Anwendung finden kann und das in § 115f SGB V geregelte Verfahren wie vorgesehen ablaufen kann.

b) Das danach bestehende erhebliche öffentliche Interesse an einer Anordnung des Sofortvollzugs überwiegt im Rahmen der vorzunehmenden Abwägung das Interesse an der aufschiebenden Wirkung einer Klage.

Hinter dem Erfordernis, eine fristgemäße Kalkulation der speziellen sektorengleichen Vergütung für das Jahr 2026 herbeizuführen, muss das Interesse an einer gerichtlichen Klärung der Rechtmäßigkeit des Beschlusses vor seiner Umsetzung zurückstehen.

Schließlich kann an dieser Stelle auch nicht unberücksichtigt bleiben, dass der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss der Konfliktlösung in der gemeinsamen Selbstverwaltung dient. Die für den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss vorgesehene Beschlussfassung durch eine Zweidrittelmehrheit (vgl. § 115f Absatz 4 Satz 2 1. Halbsatz. SGB V) oder durch die beiden unparteiischen Mitglieder oder den Vorsitzenden allein (vgl. § 115f Absatz 4 Satz 2 2. Halbsatz i. V. m. § 87 Absatz 5a Satz 6 und 7 SGB V) soll Blockaden verhindern.

Vor diesem Hintergrund muss das Interesse einer Vertragspartei, eine gegen ihn ergangene Entscheidung durch die Erhebung einer Anfechtungsklage zu blockieren, hinter dem oben dargestellten besonderen öffentlichen Vollzugsinteresse ebenfalls zurückbleiben.

c) Die Anordnung des Sofortvollzugs ist verhältnismäßig. Sie ist geeignet und erforderlich, um sicherzustellen, dass die vom ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss beschlossenen Vorgaben zur Kalkulation der speziellen sektorengleichen Vergütung 2026 rechtzeitig Wirkung entfaltet. Mildere Mittel sind nicht ersichtlich.

Zu diesem Ziel außer Verhältnis stehende Folgen sind auch nach der Interessenabwägung nicht erkennbar und damit nicht zu befürchten.

Entscheidungserhebliche Gründe

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

Teil A

Beauftragung zur Zuarbeit der Institute an den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss gemäß § 115f Absatz 4 Satz 3 SGB V zur Bildung der Datengrundlage für die Festlegung der Hybrid-DRG-Bewertungen für das Jahr 2026 gemäß § 115f Absatz 1 Satz 9 SGB V mit Wirkung zum 3. Juli 2025

---

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 115f Absatz 4 Satz 3 SGB V kann der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss (ergEBA) das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) sowie das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) mit Zuarbeiten für die weitere Beschlussfassung beauftragen.

2. Regelungshintergrund

Gemäß § 115f Absatz 1 Satz 9 SGB V schließen der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft jährlich bis zum 30. Juni auf Grundlage der Vorschläge des InEK und des InBA gemäß § 115f Absatz 1 Satz 7 SGB V eine Vereinbarung über die Vergütung der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) gemäß § 115f Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V. Kommt die Vereinbarung nicht zu Stande, setzt gemäß § 115f Absatz 4 Satz 2 SGB V der ergEBA den Inhalt der Vereinbarung fest. In diesem Beschlussteil A erfolgt die Beauftragung des InBA und des InEK mit Auswertungen zur Vorbereitung eines Beschlusses zur Vergütung gemäß § 115f Absatz 4 Satz 3 SGB V.

3. Regelungsinhalt

Die Institute wurden gemäß § 115f Absatz 4 Satz 1 SGB V vom Bundesministerium für Gesundheit mit Schreiben vom 20. Mai 2025 beauftragt, einen Vorschlag zur Kalkulation der Vergütung der Hybrid-DRG zu erarbeiten. Auf Grundlage dieses Vorschlages erfolgt die Ermittlung der Vergütung der Hybrid-DRG für das Jahr 2026, wozu eine weitere Zuarbeit der Institute notwendig ist, um die benötigten Kennzahlen für die Kalkulation zu erhalten. Die entsprechenden Vorgaben werden durch den Beschlussteil A festgelegt.

Zunächst werden die Datengrundlage und die zu verwendenden Abgrenzungen vorgegeben. Die Berechnung der Vergütung erfolgt grundsätzlich analog dem Verfahren der Berechnung in den Vorjahren. Die Vergütungen werden als nach Fallzahlen gewichteter Mittelwert zwischen dem ambulanten Fallwert und den stationären Kosten berechnet. Die dabei verwendeten Variablen werden jeweils detailliert definiert.
Die Kosten- und Falldaten der Krankenhäuser stammen aus dem Jahr 2024 und enthalten damit Fälle, in denen bereits Hybrid-DRG abgerechnet wurden. Um diesem Sachverhalt Rechnung zu tragen, wird für Leistungen, die im Jahr 2024 im Hybrid-DRG-Katalog enthalten waren, eine zweite Berechnungsformel vorgegeben. Die Berechnung der Vergütung erfolgt auch hier als gewichteter Mittelwert zwischen dem Fallwert in der vertragsärztlichen Versorgung und den Kosten der Krankenhäuser. Die Hybrid-DRG-Fälle ohne Übernachtung werden dabei den ambulanten Fällen und die Hybrid-DRG-Fälle mit Übernachtung den stationären Fällen zugeordnet. Damit wird der Vorschlag der Institute aufgegriffen, eine getrennte Berechnungslogik für die Leistungen zu vereinbaren, die im Jahr 2024 im Hybrid-DRG-Katalog enthalten waren, und modifiziert. Hintergrund hierzu ist, dass weiterhin die Vergütung die Kostenstrukturen beider Sektoren berücksichtigen soll, daher wird die bisherige Vorgehensweise von der Abbildung der ambulanten und der stationären Fallwerte an die veränderte Datengrundlage angepasst. Zudem wird die Formel gegenüber dem Vorschlag der Institute abgeändert, um auch Fälle mit einer Verweildauer von zwei Tagen für die stationäre Fallzahl sowie für die stationären Fallkosten zu berücksichtigen.
Gegenüber dem Vorjahr gibt es eine Anpassung bei der Variablen Sach- und Laborkosten. Die Kosten für Implantate / Transplantate werden aus der Variablen exkludiert und gesondert als Mittelwert berechnet. Dieses erfolgt, um eine bessere Abbildung der Kosten der Implantate zu erreichen. Die Institute hatten vorgeschlagen, die Sach- und Laborkosten als gewichteten Mittelwert zwischen den Daten aus stationären Fällen (bisherige Datengrundlage) und den neu übermittelten Abrechnungsfällen gemäß § 115b SGB V aus dem Jahr 2023 (ambulantes Operieren) zu berechnen. Der Vorschlag der Institute steht unter dem Vorbehalt der Prüfung der Datenqualität. Da diese Prüfung zum Zeitpunkt der Beschlussfassung nicht abgeschlossen ist, wird er für die Vergütungsberechnung für das Jahr 2026 nicht aufgegriffen. Gleiches gilt für den Vorschlag, in die Bestimmung des ambulanten Fallwerts auch die Daten gemäß § 115b SGB V einfließen zu lassen.
Die Beauftragung enthält darüber hinaus Hinweise zur Erarbeitung der Klassifikation durch die Institute: Im Hybrid-DRG-Leistungskatalog des Jahres 2025 wurde unter anderem bei den Hernien eine Schweregraddifferenzierung durch Bildung verschiedener Hybrid-DRG vorgenommen. Die Institute werden beauftragt, intensiv zu prüfen und zu analysieren, welche Kostentrenner zur Differenzierung der Hybrid-DRG beispielsweise nach PCCL, Alter, Sachkosten, EBM-Kategorie oder Prozedur führen und auf dieser Grundlage Vorschläge zur weiteren Differenzierung nach Schweregraden zu unterbreiten. Darüber hinaus wird auf die Frage der adäquaten Abbildung der Sach- und Laborkosten eingegangen und die Erarbeitung von Vorschlägen zur Abbildung in differenzierten Hybrid-DRG oder über Zusatzentgelte beauftragt. Die Aufnahme von weiteren Leistungen in den Hybrid-DRG-Katalog kann dazu führen, dass die verbleibenden DRG niedriger bewertet werden als die Hybrid-DRG. Es erfolgt eine Klarstellung, dass die Hybrid-DRG nicht die niedrigste Fallpauschale innerhalb einer Basis-DRG sein muss.
Abschließend wird zur Darstellung der Ergebnisse der Aufbau einer Tabelle vorgegeben.

4. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 3. Juli 2025 in Kraft.

Teil B

zur Kalkulation der speziellen sektorengleichen Vergütung für das Jahr 2026 mit Wirkung zum 3. Juli 2025

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 115f Absatz 4 Satz 2 SGB V legt der ergEBA die Inhalte der Vereinbarung über die Vergütung der speziellen sektorengleichen Versorgung gemäß § 115f Absatz 1 Satz 9 SGB V i. V. m. § 115f Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V für das Folgejahr fest, sofern keine Einigung der Vertragsparteien erfolgt ist.

2. Regelungshintergrund

Gemäß § 115f Absatz 1 Satz 9 SGB V schließen der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft jährlich bis zum 30. Juni eine Vereinbarung über die Vergütung der Hybrid-DRG gemäß § 115f Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V. Kommt die Vereinbarung nicht zu Stande setzt gemäß § 115f Absatz 4 Satz 2 SGB V der ergEBA den Inhalt der Vereinbarung fest. In diesem Beschlussteil B erfolgt die Festlegung zur Kalkulation der Vergütung.

3. Regelungsinhalt

Die Berechnung der Vergütung der Hybrid-DRG kann erst erfolgen, wenn die Erstellung der Klassifikation der Hybrid-DRG abgeschlossen ist. Da die Klassifikation der Hybrid-DRG und der aG-DRG ein gemeinsames, aufeinander aufbauendes System ist, kann die finale Klassifikation der Hybrid-DRG erst nach der Veröffentlichung der Klassifikation der aG-DRG Anfang September final beschlossen werden. Eine Berechnung der Vergütung ist damit aus technischen Gründen zum Zeitpunkt der Beschlussfassung nicht möglich. Der ergEBA legt mit diesem Beschluss das Berechnungsschema fest, welches in Beschlussteil A definiert wurde und in der Beauftragung der Institute für die Berechnung beinhaltet ist. Damit ist vorgegeben, wie die Vergütung berechnet und beschlossen wird, sobald die Klassifikation abgeschlossen ist und die Daten gemäß der dazu vorgegebenen Darstellung der Ergebnisse vorliegen.
Mit Zusatzentgelten werden im aG-DRG-System Sachkosten vergütet, die sich nicht pauschaliert in die DRG einrechnen lassen, z. B. weil sie bei einem OPS-Kode in sehr unterschiedlichen Höhen vorkommen. Die Zusatzentgelte werden dabei in bewertet und in unbewertet unterschieden. Bei bewerteten Zusatzentgelten berechnet das InEK eine durchschnittliche Vergütung, welche zusätzlich zur DRG abgerechnet werden kann. Die Institute werden in Beschlussteil A beauftragt, eine Liste der für die Hybrid-DRG anwendbaren bewerteten Zusatzentgelte vorzuschlagen. Bei einem Teil der

Zusatzentgelte für vollstationäre Leistungen kann das InEK keine Vergütung berechnen, weil beispielsweise die Zahl der Fälle zu gering ist. Die Vergütung dieser zusätzlichen Aufwände vereinbaren die Krankenhäuser individuell mit den Krankenkassen. Diese unbewerteten Zusatzentgelte sollen in die Liste der Kontextfaktoren aufgenommen und damit Leistungen, die ein solches unbewertetes Zusatzentgelt erfordern, nicht im Rahmen der Hybrid-DRG berücksichtigt und vergütet werden.
Nach dem Vorliegen der Ergebnisse der Institute gemäß Beschlussteil A wird die Vergütung der Hybrid-DRG für das Jahr 2026 durch den ergEBA final festgelegt.

Mit einer Protokollnotiz wird klargestellt, dass die Regelungen keine präjudizierende Wirkung haben und die Auswirkungen überprüft werden.

4. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 3. Juli 2025 in Kraft.

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

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 115f Absatz 4 Satz 2 SGB V legt der ergEBA die Inhalte der Vereinbarung über die Vergütung der Hybrid-DRG gemäß § 115f Absatz 1 Satz 9 SGB V i. V. m. § 115f Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V für das Folgejahr fest, sofern keine Einigung der Vertragsparteien erfolgt ist.

2. Regelungshintergrund

Gemäß § 115f Absatz 1 Satz 9 SGB V schließen der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft jährlich bis zum 30. Juni eine Vereinbarung über die Vergütung der Hybrid-DRG gemäß § 115f Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V. Kommt die Vereinbarung nicht zu Stande setzt gemäß § 115f Absatz 4 Satz 2 SGB V der ergEBA den Inhalt der Vereinbarung fest. In diesem Beschlussteil C erfolgt die Ablösung der Hybrid-DRG-Vereinbarung für das Jahr 2025 und die Vorgabe weiterer Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung für das Jahr 2026.

3. Regelungsinhalt

Dieser Beschlussteil C löst die Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung ab, welche der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft am 18. Dezember 2024 für das Jahr 2025 getroffen hatten. Die Vereinbarung ist auf das Jahr 2025 befristet und muss daher abgelöst werden. Die Nr. 1 bis Nr. 4, sowie Nr. 6 und Nr. 7 entsprechen bis auf redaktionelle Anpassungen den entsprechenden Paragrafen der Vorjahresregelung. Der Beschluss sieht in diesem Jahr neben dem Leistungskatalog und der Vergütung auch eine Liste der Zusatzentgelte und eine Liste der Kontextfaktoren als Anlagen vor. In Nr. 5 wurde eine Ausnahmeregelung für Leistungen mit einem bestimmten unbewerteten Zusatzentgelt durch eine allgemeine Regelung zu der Abrechnungsfähigkeit von bewerteten Zusatzentgelten (neue Anlage 3) ersetzt. In der neuen Anlage 4 sollen Kontextfaktoren aufgelistet werden. Die Regelung zur postoperativen Nachbehandlung durch Krankenhäuser wurde um eine Pflicht zur Angabe des Leistungsdatums ergänzt.

Mit einer Protokollnotiz wird klargestellt, dass die Anlagen noch nicht enthalten sind und bei Vorliegen der notwendigen Daten ergänzt werden.

4. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 3. Juli 2025 in Kraft.

Teil D

Anordnung des Sofortvollzugs mit Wirkung zum 3. Juli 2025

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG kann der ergEBA die Anordnung des sofortigen Vollzugs seines Beschlusses vornehmen.

2. Regelungshintergrund

Gemäß § 115f Absatz 1 Satz 9 SGB V schließen der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft jährlich bis zum 30. Juni eine Vereinbarung über die Vergütung der Hybrid-DRG gemäß § 115f Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V. Kommt die Vereinbarung nicht zu Stande, setzt gemäß § 115f Absatz 4 Satz 2 SGB V der ergEBA den Inhalt der Vereinbarung fest. In diesem Beschlussteil D wird der Sofortvollzug angeordnet.

3. Regelungsinhalt

Der ergEBA beschließt gemäß § 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG die Anordnung der sofortigen Vollziehung der Beschlussteile A bis C seines Beschlusses zur Festlegung der Vergütung der Hybrid-DRG sowie weiterer Regelungen zur Hybrid-DRG gemäß § 115f SGB V für das Jahr 2026 (Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026). Die Begründung für die Anordnung der sofortigen Vollziehung ergibt sich aus dem Beschlusstext.

4. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 3. Juli 2025 in Kraft.