

B E S C H L U S S

des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 11. Sitzung am 16. September 2026

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 2027 gemäß § 115f Absatz 1 Satz 9 SGB V

mit Wirkung zum 16. September 2026

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 1. Oktober 2026, die unter 7. aufgelisteten Kennzahlen unter Berücksichtigung der Vorgaben dieses Beschlussteiles zu ermitteln und zur Verfügung zu stellen. Das InBA kann zur Erfüllung des Auftrages und im Interesse einer gemeinsamen Datenübermittlung an den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss Zwischenergebnisse unmittelbar an das InEK übermitteln.

2. Datengrundlage und Abgrenzung

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

- Fallzahlen des Datenjahres 2025 aus der Datenlieferung gemäß § 21 Absatz 1 KHEntgG,
- Kostendaten des Datenjahres 2025 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 („Geburtsstichprobe“) für die Datenjahre 2023 und 2024 aus der Datenlieferung gemäß § 87 Absatz 3f SGB V,
- Abrechnungsdaten des ambulanten Operierens im Krankenhaus gemäß § 115b SGB V für die Datenjahre 2023 und 2024 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 mit neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Fälle mit Kontextfaktoren und Fälle mit 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 Leistungen, die in den Jahren 2026 oder 2027 in die Hybrid-DRGs überführt werden:

$$\begin{aligned} \text{Hybrid}_{\text{DRG}} &= \text{amb_Grad} * \text{Fallwert}_{\text{Praxis_2024}} + (1 - \text{amb_Grad}) * \text{Fallkosten}_{\text{stationär_2025}} \\ &+ \text{Sach- und Laborkosten ausschließlich Implantat-/Transplantatkosten}_{\text{stationär_2025}} \\ &+ \text{Implantat-/Transplantatkosten}_{\text{stationär_2025}} \end{aligned}$$

mit

$$\text{amb_Grad} = \left(\frac{\text{Fallzahl}_{\text{Praxis_2024}} + \text{Fallzahl}_{115b_2024}}{\text{Fallzahl}_{\text{Praxis_2024}} + \text{Fallzahl}_{115b_2024} + \text{Fallzahl}_{\text{stationär_2025}}} \right)$$

Für Leistungen, die im Jahr 2025 in die Hybrid-DRGs überführt wurden:

$$\begin{aligned} \text{Hybrid}_{\text{DRG}} = & \text{amb_Grad} * \text{Fallwert}_{\text{Praxis_2024}} + (1 - \text{amb_Grad}) * \text{Fallkosten}_{\text{KH_m_Üb_2025}} \\ & + \text{Sach- und Laborkosten ausschließlich Implantat-/Transplantatkosten}_{\text{KH_2025}} \\ & + \text{Implantat-/Transplantatkosten}_{\text{KH_2025}} \end{aligned}$$

mit

$$\text{amb_Grad} = \left(\frac{\text{Fallzahl}_{\text{Praxis_2024}} + \text{Fallzahl}_{\text{KH_o_Üb_2025}}}{\text{Fallzahl}_{\text{Praxis_2024}} + \text{Fallzahl}_{\text{KH_o_Üb_2025}} + \text{Fallzahl}_{\text{KH_m_Üb_2025}}} \right) /$$

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

$$\begin{aligned} \text{Hybrid}_{\text{DRG}} = & \text{amb_Grad} * \text{Fallwert}_{\text{Praxis_2023}} + (1 - \text{amb_Grad}) * \text{Fallkosten}_{\text{KH_m_Üb_2025}} \\ & + \text{Sach- und Laborkosten ausschließlich Implantat-/Transplantatkosten}_{\text{KH_2025}} \\ & + \text{Implantat-/Transplantatkosten}_{\text{KH_2025}} \end{aligned}$$

mit

$$\text{amb_Grad} = \left(\frac{\text{Fallzahl}_{\text{Praxis_2023}} + \text{Fallzahl}_{\text{KH_o_Üb_2025}}}{\text{Fallzahl}_{\text{Praxis_2023}} + \text{Fallzahl}_{\text{KH_o_Üb_2025}} + \text{Fallzahl}_{\text{KH_m_Üb_2025}}} \right)$$

3.2. Variablendefinition

3.2.1. Stationäre Fallzahl ($\text{Fallzahl}_{\text{stationär_2025}}$)

Die stationäre Fallzahl, $\text{Fallzahl}_{\text{stationär_2025}}$, basierend auf der Datenlieferung nach § 21 Absatz 1 KHEntgG für das Datenjahr 2025, ist die Summe aller Fälle mit gruppierungsrelevanten Prozeduren, die nach dem Definitionshandbuch 2027 in die Hybrid-DRGs eingruppiert wurden, adjustiert auf den GKV-Anteil.

3.2.2. Fallzahl der Hybrid-DRGs im Krankenhaus mit Übernachtung ($\text{Fallzahl}_{\text{KH_m_Üb_2025}}$)

Für das Datenjahr 2025 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, $Fallzahl_{KH_m_Üb_2025}$, erfolgt analog zu den stationären Fallzahlen (siehe Nr. 3.2.1).

3.2.3. Fallzahl der Hybrid-DRGs im Krankenhaus ohne Übernachtung ($Fallzahl_{KH_o_Üb_2025}$)

Die Ermittlung der ambulanten Fallzahl der Hybrid-DRGs im Krankenhaus im Datenjahr 2025 für im Jahr 2024 oder 2025 bereits existente Hybrid-DRGs, $Fallzahl_{KH_o_Üb_2025}$ basiert auf der Summe aller vom Krankenhaus im Entgeltbereich „HYB“ abgerechneten Hybrid-Fälle ohne Übernachtung des Datenjahres 2025.

3.2.4. Ambulante Fallzahl im Krankenhaus ($Fallzahl_{115b_2024}$)

Die ambulante Fallzahl im Krankenhaus, $Fallzahl_{115b_2024}$, basierend auf der Datenlieferung nach § 115f Absatz 1 Satz 6 SGB V für das Datenjahr 2024, ist die Summe aller Versicherten mit ambulant im Krankenhaus durchgeführten Prozeduren nach § 115b SGB V bei OPS-Kodes gemäß der Anlage der Hybrid-DRG-Leistungskatalog-Vereinbarung vom 31. März 2026 einschließlich ggf. erforderlicher Anpassungen im Rahmen der Entwicklung der Hybrid-DRGs 2027 (finaler Hybrid-DRG-Leistungskatalog 2027).

Bei OPS-Kodes mit Zuordnung zu Abschnitt 1 des AOP-Vertrags werden die Fälle 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 Fälle 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.

3.2.5. Ambulante Fallzahl in Arztpraxen ($Fallzahl_{Praxis_2023}$ und $Fallzahl_{Praxis_2024}$)

Die ambulante Fallzahl in Arztpraxen, $Fallzahl_{Praxis}$, basierend auf der bundesweiten Versichertenstichprobe der Datenjahre 2023 und 2024, 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 2027 im Behandlungsfall.

Bei den bereits in den Jahren 2024 bis 2026 in Hybrid-DRGs überführten OPS-Kodes ohne Zuordnung im Anhang 2 EBM wird die Vorgehensweise im Jahr 2026 zur Zählung dieser Versicherten übernommen. Bei im Abrechnungsjahr 2027 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.

3.2.6. Stationäre Fallkosten ($Fallkosten_{stationär_2025}$)

Die stationären Fallkosten, $Fallkosten_{stationär_2025}$, basierend auf den Kostendaten des Datenjahres 2025 der DRG-Kalkulationskrankenhäuser, sind die Mediankosten der Fälle, die gemäß Definitionshandbuch 2027 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 2025 auf 2026 sowie 2026 auf 2027 angepasst.

3.2.7. Fallkosten im Krankenhaus ($Fallkosten_{KH_m_Üb_2025}$)

Die Ermittlung der Fallkosten der Hybrid-DRGs mit Übernachtung im Krankenhaus und Basis-DRGs mit einer Verweildauer von 2 Tagen im Krankenhaus, $Fallkosten_{KH_m_Üb_2025}$, erfolgt analog zu den stationären Fallkosten (siehe Abschnitt 3.2.6).

Die $Fallkosten_{KH_m_Üb_2025}$ werden um die Veränderungswerte gemäß § 9 Absatz 1b KHEntgG 2025 auf 2026 sowie 2026 auf 2027 angepasst.

3.2.8. Ambulanter Fallwert in Arztpraxen ($Fallwert_{Praxis_2023}$ und $Fallwert_{Praxis_2024}$)

Die Ermittlung des ambulanten Fallwertes in Arztpraxen für Hybrid-DRG, die in den Jahren 2025 bis 2027 existent sind, nicht aber im Jahr 2024 existent waren, $Fallwert_{Praxis_2024}$, basierend auf dem Datenjahr 2024 der bundesweiten Versichertenstichprobe bzw. die Ermittlung des ambulanten Fallwertes in Arztpraxen für Hybrid-DRG, die im Jahr 2024 existent waren, $Fallwert_{Praxis_2023}$, basierend auf dem Datenjahr 2023 der bundesweiten Versichertenstichprobe, 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 Operators 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 3.2.5.

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 und
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 3.2.5.

Das InBA nutzt die Aufgreifkriterien des Jahres 2026, bei neu aufgenommen OPS-Kodes bestimmt es diese neu.

Bei Hybrid-DRGs, bei denen die *Fallzahl_{Praxis_2023}* bzw. *Fallzahl_{Praxis_2024}* Null ist, erfolgt die Ermittlung des *Fallwert_{Praxis_2023}* bzw. *Fallwert_{Praxis_2024}* in Abänderung des 1. Satzes dieses Abschnitts basierend auf den Abrechnungsdaten gemäß § 115b SGB V des Datenjahres 2023 bzw. 2024.

Leistungen, die aufgrund der Regelungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (GKV-BStabG) im Jahr 2027 nicht mehr im EBM enthalten sind, sind bei der Berechnung der Fallwerte nicht zu berücksichtigen.

Bei der Berechnung des *Fallwert_{Praxis_2023}* bzw. *Fallwert_{Praxis_2024}* prüft das InBA, ob der *Fallwert_{Praxis_2023}* bzw. *Fallwert_{Praxis_2024}* um die Leistungen des Abschnitts 31.3 EBM (Postoperative Überwachungskomplexe) ergänzt werden sollte, wenn es sich um Leistungen gemäß der 3. oder 4. Bestimmung von Abschnitt 31.3.3 EBM handelt.

Die *Fallwerte_{Praxis_2024}* werden um die Steigerung des Orientierungswertes gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 733. Sitzung (Steigerung 2024 auf 2025), Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 803. Sitzung (Steigerung 2025 auf 2026) sowie der gemäß § 87 Absatz 2e SGB V noch zu beschließenden Anpassungen 2026 auf 2027 fortgeschrieben. Die *Fallwerte_{Praxis_2023}* werden um 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), Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 803. Sitzung (Steigerung 2025 auf 2026) sowie der gemäß § 87 Absatz 2e SGB V noch zu beschließenden Anpassungen 2026 auf 2027 fortgeschrieben.

3.2.9. Sach- und Laborkosten ausschließlich Implantat-/Transplantatkosten_{stationär_2025}

Die *Sach- und Laborkosten ausschließlich Implantat-/Transplantatkosten_{stationär_2025}* basierend auf den Kostendaten des Datenjahres 2025 der DRG-Kalkulationskrankenhäuser, sind die Mediankosten der Fälle aus den Kostendaten, die gemäß Definitionshandbuch 2027 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_2025}* werden um die Veränderungswerte gemäß § 9 Absatz 1b KHEntgG 2025 auf 2026 sowie 2026 auf 2027 angepasst.

3.2.10. Stationäre Sach- und Laborkosten ausschließlich Implantat-/Transplantatkosten_{KH_2025}

Die *Sach- und Laborkosten ausschließlich Implantat-/Transplantatkosten_{KH_2025}*, basierend auf den Kostendaten des Datenjahres 2025 der DRG-Kalkulationskrankenhäuser **inklusive der Hybrid-DRG-Fälle**, sind die Mediankosten der Fälle aus den Kostendaten, die gemäß Definitionshandbuch 2027 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_2025}* werden um die Veränderungswerte gemäß § 9 Absatz 1b KHEntgG 2025 auf 2026 sowie 2026 auf 2027 angepasst.

3.2.11. Berechnung der Implantat-/Transplantatkosten_{stationär_2025}

Die *Implantat-/Transplantatkosten_{stationär_2025}* 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_2025}* sind um die Veränderungswerte gemäß § 9 Absatz 1b KHEntgG 2025 auf 2026 sowie 2026 auf 2027 anzupassen.

3.2.12. Berechnung der Implantat-/Transplantatkosten_{KH_2025}

Die *Implantat-/Transplantatkosten_{KH_2025}* 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_2025}* sind um die Veränderungswerte gemäß § 9 Absatz 1b KHEntgG 2025 auf 2026 sowie 2026 auf 2027 anzupassen.

3.2.13. Konvergenz

Zur Umsetzung der nach § 115f Absatz 1 Satz 8 SGB V vorzusehenden schrittweisen Anpassung der Vergütungen an die Höhe der Vergütungen der nach § 115b SGB V

vereinbarten Leistungen bis zum Jahr 2030 darf der in den Berechnungsformeln nach Nr. 3.1 zu verwendende Gewichtungsfaktor die nach den folgenden Absätzen zu bestimmende Begrenzung nach unten nicht unterschreiten. Diese Vorschrift findet nur auf Hybrid-DRG Anwendung, bei denen der Anteil der in Arztpraxen erbrachten Fälle an der Summe aus $Fallzahl_{Praxis}$, $Fallzahl_{115b}$ bzw. $Fallzahl_{KH_o_{Üb}}$ und $Fallzahl_{stationär}$ bzw. $Fallzahl_{KH_m_{Üb}}$ mindestens 10 Prozent beträgt (Praxisanteil). Maßgeblich ist der für das Abrechnungsjahr 2027 ermittelte Praxisanteil. Die Vorschrift findet nur Anwendung auf Hybrid-DRGs, bei denen amb_Grad_Basis kleiner als 0,7 ist.

(1) In den Formeln zur Berechnung der Vergütung nach Nr. 3.1 tritt an die Stelle des amb_Grad der Wert amb_Grad_konv ; die Ermittlung des amb_Grad nach Nr. 3.1 bleibt unberührt. Für das Abrechnungsjahr 2027 gilt:

$$amb_Grad_konv,t = \max(amb_Grad_t; U_t)$$

Die Größen amb_Grad , amb_Grad_konv , amb_Grad_Basis , U und V werden als Anteile ausgedrückt.

(2) Die Untergrenze U_t beträgt

$$U_t = amb_Grad_Basis + \alpha_t \times (1 - amb_Grad_Basis)$$

Der Konvergenzfaktor α_t beträgt für das Abrechnungsjahr 2027 0,10.

(2a) Für das Abrechnungsjahr 2027 tritt für Hybrid-DRGs mit einem Wert von amb_Grad_Basis kleiner als 0,4 an die Stelle der Untergrenze nach Absatz 2 der niedrigere der beiden Werte aus dem nach Absatz 2 ermittelten Wert und dem Vergleichswert V . Der Vergleichswert V beträgt

- 0,25, wenn amb_Grad_Basis höchstens 0,20 beträgt,
- 0,25 zuzüglich $0,75 \times (amb_Grad_Basis - 0,20)$, wenn amb_Grad_Basis mehr als 0,20 und weniger als 0,40 beträgt.

(3) amb_Grad_t ist der nach Nr. 3.1 für das Abrechnungsjahr t ermittelte amb_Grad .

(4) amb_Grad_Basis ist der nach Nr. 3.1 für das Abrechnungsjahr 2027 ermittelte amb_Grad .

(5) Ergibt sich nach Absatz 1 für ein Abrechnungsjahr ein niedrigerer Wert als der für das vorangegangene Abrechnungsjahr maßgebliche Gewichtungsfaktor, wird der höhere Wert beibehalten; für das Abrechnungsjahr 2027 ist dies der für das Abrechnungsjahr 2026 maßgebliche Gewichtungsfaktor. Satz 1 gilt nicht für das erste Abrechnungsjahr, in dem eine Hybrid-DRG im Hybrid-DRG-Leistungskatalog enthalten ist. Der maximale amb_Grad_konv beträgt 1,00.

4. Differenzierung nach Schweregraden

Bei der Bildung von Hybrid-DRG ist mittels geeigneter Kostentrenner eine Differenzierung nach Schweregraden vorzunehmen.

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) 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.

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 Hybrid-DRG übermittelt werden und mindestens die folgenden Kennzahlen beinhalten:

- Leistungsbereich
- Hybrid-DRG
- Bezeichnung der Hybrid-DRG
- Einführungsjahr der Hybrid-DRG
- Vergütungshöhe Hybrid-DRG-Fallpauschale 2027 nach der Berechnungssystematik unter Nr. 3
- Ambulantisierungsgrad (amb_Grad)
- Implantat-/Transplantatkosten_{stationär_2025}
- Implantat-/Transplantatkosten_{KH_2025}
- Fallwert_{Praxis_2023}
- Fallwert_{Praxis_2024}
- Fallzahl_{Praxis_2023}
- Fallzahl_{Praxis_2024}
- Fallzahl_{115b_2024}
- Fallzahl_{KH_o_Üb_2025}
- Fallzahl_{KH_m_Üb_2025}
- Fallzahl_{stationär_2025}
- Fallzahlen_{stationär_2025} von Tagesfällen
- Fallzahlen_{stationär_2025} von Fällen mit einer Übernachtung

- Fallzahlen_{stationär_2025} von Fällen mit zwei Übernachtungen
- Fallzahlen_{KH_m_Üb_2025} von Fällen mit einer Übernachtung
- Fallzahlen_{KH_m_Üb_2025} von Fällen mit zwei Übernachtungen
- Praxisanteil nach Nr. 3.2.13 Satz 2 sowie die Angabe, ob die dort geregelte Voraussetzung erfüllt ist
- amb_Grad_Basis
- Untergrenze nach Nr. 3.2.13 Absatz 2 sowie, für das Abrechnungsjahr 2027, nach Nr. 3.2.13 Absatz 2a,
- amb_Grad_konv nach Nr. 3.2.13
- Vergütungshöhe ohne Anwendung der Nr. 3.2.13

Die folgenden Werte werden abweichend zu den unter Nr. 3 bestimmten Vorgaben nicht als Median, sondern als arithmetischer Mittelwert ausgewiesen:

- Fallkosten_{stationär_2025}
- Fallkosten_{KH_2025} (über alle Fälle im Krankenhaus, die im Definitionshandbuch 2027 einer Hybrid-DRG zugeordnet werden)
- Sach- und Laborkosten ohne Implantatkosten_{stationär_2025}
- Sach- und Laborkosten ohne Implantatkosten_{KH_2025}

Protokollnotiz:

Es liegen Informationen vor, dass aufgrund der derzeit geltenden Regelungen zum Einbezug der sog. „Same-Day-Fälle“ in Krankenhäusern (stationär erbrachte Fälle ohne Übernachtung) in die Berechnungsformel, die Bewertung von Hybrid-DRGs überdurchschnittlich stark abgesenkt werden.

Dieser Sachverhalt ist zu prüfen und die Berechnungsvorgaben sind für die Hybrid-DRG-Vergütung im Jahr 2028 ggf. anzupassen.

Teil B

Anordnung des Sofortvollzugs

mit Wirkung zum 16. September 2026

1. Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 86a Absatz 2 Nr. 5 SGG die Anordnung der sofortigen Vollziehung des Teils A seines Beschlusses aus der 11. Sitzung vom 16. September 2026 zur Bildung der Datengrundlage für die Festlegung der Hybrid-DRG-Vergütung für das Jahr 2027.
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 2027 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 16. September 2026 zur Bildung der Datengrundlage für die Festlegung der Hybrid-DRG-Vergütung für das Jahr 2027. 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 15. September“) 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 können. 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 16. September 2026 zur Kalkulation der speziellen sektorengleichen Vergütung für das Jahr 2027 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 2027 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 ihr gegenüber 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 2027 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
11. Sitzung am 16. September 2026**

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-Vergütung für das Jahr 2027 gemäß § 115f
Absatz 1 Satz 9 SGB V mit Wirkung zum 16. September 2026**

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 15. September auf Grundlage der Vorschläge des InEK und des InBA gemäß § 115f Absatz 1 Satz 7 SGB V i. V. m. § 115f Absatz 1 Satz 8 SGB V eine Vereinbarung über die spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG) gemäß § 115f Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V. Kommt die Vereinbarung nicht zustande, 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 zum 15. Mai 2026 gemeinsam von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband 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 2027, 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. Zur Umsetzung der nach § 115f Absatz 1 Satz 8 SGB V vorgegebenen Konvergenz der Vergütung auf das Niveau der Leistungen gemäß § 115b SGB V (AOP) bis zum Jahr 2030 erfolgt für das Jahr 2027 eine Anpassung der Mittelwerte gemäß den Vorgaben nach Nr. 3.2.13 in Teil A dieses Beschlusses. Über die konkrete Ausgestaltung der Konvergenz für die Jahre 2028 bis 2030 zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgabe wird gesondert entschieden.

Die für die Berechnung der Vergütung verwendeten Variablen werden jeweils detailliert definiert.

Die Kosten- und Falldaten der Krankenhäuser stammen aus dem Jahr 2025, die der Vertragsärzte aus dem Jahr 2024. Damit enthält die Datengrundlage der Krankenhäuser Fälle, die bereits nach Hybrid-DRG abgerechnet wurden, während in der Datengrundlage 2024 im ambulanten Bereich Leistungen, die im Jahr 2024 als Hybrid-DRG abgerechnet wurden, nicht mehr enthalten sind. Um diesen Sachverhalten Rechnung zu tragen, werden je nach Aufnahmejahr im Hybrid-DRG-Katalog drei Berechnungsformeln vorgegeben. Die Berechnung der Vergütung erfolgt jeweils als gewichteter Mittelwert zwischen dem Fallwert in der vertragsärztlichen Versorgung und den Kosten der Krankenhäuser unter Berücksichtigung der Vorgaben nach Nr. 3.2.13 in Teil A dieses Beschlusses. Die Hybrid-DRG-Fälle ohne Übernachtung werden dabei den ambulanten Fällen und die Hybrid-DRG-Fälle mit Übernachtung den stationären Fällen zugeordnet.

Abschließend wird zur Darstellung der Ergebnisse der Aufbau einer Tabelle vorgegeben.

4. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 16. September 2026 in Kraft.

Teil B

Anordnung des Sofortvollzugs mit Wirkung zum 16. September 2026

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 15. September 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 wird der Sofortvollzug angeordnet.

3. Regelungsinhalt

Der ergEBA beschließt gemäß § 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG die Anordnung der sofortigen Vollziehung der Beschlussteile A seines Beschlusses zur Festlegung der Vergütung der Hybrid-DRG. Die Begründung für die Anordnung der sofortigen Vollziehung ergibt sich aus dem Beschlusstext.

4. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 16. September 2026 in Kraft.