

**Konzept zur Festlegung der Fallpauschalen ab dem Jahr 2031 mit
fallbezogenen empirischen Kostendaten gemäß § 115f Abs. 1a Satz 4 SGB V**

vom 17. Dezember 2025

von

dem GKV-Spitzenverband, Berlin,

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin

und

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin

Das folgende Konzept nimmt Festlegungen zur Kalkulation der Fallpauschalen nach § 115f Absatz 1a Satz 4 SGB V ab dem Jahr 2031 vor. In themenspezifischen Arbeitsgruppen, wenn möglich in Präsenz und in regelmäßigem kurzem Rhythmus, werden schrittweise weitere Konkretisierungen erfolgen. Die Institute haben – sofern einbezogen – regelmäßig Berichte zum Fortlauf der Bearbeitung und zu auftretendem Entscheidungsbedarf an die Vertragsparteien zu übermitteln.

Geeignetes Kalkulationsmodell für eine sektorenübergreifende Vergütung

Es werden fallbezogene Kostendaten und Daten zum medizinischen Leistungsgeschehen aus dem vertragsärztlichen Bereich (im Folgenden ambulant) und den Krankenhäusern (im Folgenden stationär) erhoben. Die Fallkosten sind das Ergebnis einer Kostenarten-, Kostenstellen- sowie Kostenträgerrechnung und werden je Hybrid-DRG gewichtet zusammengeführt.

Die stationären Fallkosten werden vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) wie bisher analog der aG-DRG-Kalkulation erhoben.

Die ambulanten Fallkosten werden durch das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) erhoben. Hierbei sind mindestens der Arztlohn/Arztkosten sowie Sach-, Labor- und Implantatkosten sowie Abschreibungen fallbezogen zu berücksichtigen. Die ambulanten Fallkosten sollen analog der InEK-Kostenmatrix ggf. in einer vereinfachten Variante gegliedert werden.

Die Vertragsparteien legen bis spätestens zum 30. Juni 2026 Eckpunkte insbesondere zum Umfang der zu erhebenden Daten, zum Umgang mit Investitionskosten und ggf. Pflegekosten sowie zum Umgang mit einrichtungsübergreifender Erbringung fest.

Erhebung im ambulanten Bereich

Die Erhebung erfolgt jährlich beginnend ab dem Jahr 2030 mit den Kosten- und Leistungsdaten des Jahres 2028. Ein Zeitplan für die Erhebung ist festzulegen. In diesem Zeitplan ist eine Testphase (Probekalkulation) zu berücksichtigen. Es wird angestrebt, dass für den ambulanten und stationären Bereich die Kosten- und Leistungsdaten aus dem identischen Datenjahr für die Kalkulation der Hybrid-DRG genutzt werden (Bsp.: Leistungsjahr 2031 und Datenjahr 2029).

Details zur Datenspeicherung und zum Datenschutz sind bis spätestens 30. September 2026 festzulegen.

Die Ausgestaltung der konkreten Details sind auf Basis der von den Vertragsparteien beschlossenen Vorgaben (siehe Abschnitt Kalkulationsmodell) in einem nachvollziehbaren Kalkulationshandbuch für den ambulanten Bereich als Bestandteil des Kalkulationskonzepts bis spätestens 31. Oktober 2026 auszugestalten. Dabei sind insbesondere Vorgaben zur Abgrenzung der Kosten festzulegen.

Bis spätestens 31. Dezember 2028 wird eine Software nach Möglichkeit mit Schnittstellen entwickelt, die zur Erhebung und ggf. Übermittlung der Daten eingesetzt wird. Im Jahr 2030 ist die Software allen an der Erhebung beteiligten Einrichtungen zur Verfügung zu stellen.

Stichprobe im ambulanten Bereich

Vorgaben für die Bestimmung der Stichprobe sind bis 30. Juni 2026 durch die Vertragsparteien zu bestimmen. Ein detailliertes Stichprobenkonzept zur Erhebung der Kalkulationseinrichtungen ist bis 31. Oktober 2026 zu erarbeiten.

Die Verträge für die an der Erhebung teilnehmenden Einrichtungen sind bis spätestens 31. Dezember 2026 zu entwickeln. Die Vertragspartner prüfen spätestens bis zum 30. Juni 2026 ob und inwieweit eine finanzielle Kompensation der Stichprobenteilnehmer erfolgen kann.

Voraussetzungen/Rahmenbedingungen

Die derzeitigen gesetzlichen Fristen des § 115 f SGB V sind an die Anforderungen der Erstellung des aG-DRG-Systems anzupassen. Bis spätestens 31. Dezember 2026 ist weiterer gesetzlicher Anpassungsbedarf zur Realisierung des Konzepts zu identifizieren und an das BMG zu übermitteln.