

## **Anlage 2: Berechnungsschema**

Die Berechnung der Fallpauschalen der Hybrid-DRG für das Jahr 2025 findet in Analogie zu dem im *Abschlussbericht Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2024* beschriebenen Verfahren statt. Gemäß § 2 der Hybrid-DRG-Vereinbarung beauftragen die jeweiligen Träger die Umsetzung der Kalkulation durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) unter Anwendung des im Folgenden dargestellten Schemas.

### **Datengrundlagen**

#### **Stationäre Daten (InEK)**

- Fallzahlen der Datenlieferung gemäß § 21 Abs. 1 KHEntG 2023
- Kostendaten des Jahres 2023 der DRG-Kalkulationskrankenhäuser

#### **Vertragsärztliche Daten (InBA)**

- bundesweite Versichertenstichprobe („Geburtstagsstichprobe“) 2022

#### **Daten zu ambulanten Operationen gem. § 115b SGB V im Krankenhaus**

- Fallzahlen aus Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V (IGES)

### **Berechnungsformel:**

$$\text{Hybrid\_DRG} = AG * \text{Fallwert}_{\text{ambulant}} + (1 - AG) * \text{Kosten}_{\text{stationär}} + \text{Sach- und Laborkosten}$$

### **Variablendefinition**

#### **1. Ambulantisierungsgrad (AG)**

$$AG = \frac{\text{Fallzahl}_{\text{ambulant}}}{(\text{Fallzahl}_{\text{stationär}} + \text{Fallzahl}_{\text{ambulant}})}$$

mit:

- $\text{Fallzahl}_{\text{ambulant}}$ :

Summe aller Versicherten mit vertragsärztlich durchgeführten Prozeduren gemäß Abschnitt 31.2 EBM und einem OPS-Kode aus Anlage 1 der Hybrid-DRG-Vereinbarung im Behandlungsfall und aller ambulant am Krankenhaus durchgeführten Prozeduren nach § 115b SGB V bei OPS-Kodes aus Anlage 1 der Hybrid-DRG-Vereinbarung.

Bei OPS-Kodes ohne Zuordnung im Anhang 2 EBM wird durch die Vertragsparteien eine Zuordnung zu einer EBM-Gebührenordnungsposition vorgenommen. Sofern eine Zuordnung

von OPS-Kodes zu einer EBM-Gebührenordnungsposition nicht möglich ist, erfolgt die Fallzählung mit Null. Bei einer uneindeutigen Zuordnung OPS-Kode zu EBM-Gebührenordnungsposition befassen sich die Vertragsparteien mit der Zuordnung.

- *Fallzahl<sub>stationär</sub>*:

Summe aller Fälle mit gruppierungsrelevanten Prozeduren, die die Bedingungen für § 115f-Fälle erfüllen (VWD=1, PCCL<3) und nach dem Definitionshandbuch 2025 in die Hybrid-DRG gruppiert würden, adjustiert auf GKV-Anteil.

Sofern die Ermittlung ambulanter Fallzahlen nicht differenziert je Hybrid-DRG möglich ist, erfolgt die Aufteilung anhand der Informationen des stationären Bereichs mit den Daten nach § 21 Abs. 1 KHEntgG.

## 2. Ambulanter Fallwert

### 2.1 Bei OPS-Kodes mit Zuordnung zu Anhang 2 EBM

Arithmetischer Mittelwert der Summe aus den Positionen 1 bis 3:

1. Leistungsbedarf, der durch den operierenden und den anästhesierenden Leistungserbringer abgerechneten Leistungen aus Kapitel 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, bei denen ein OPS-Kode aus Anlage 1 der Hybrid-DRG-Vereinbarung und eine OP-Leistung nach 31.2 EBM im Behandlungsfall vorlag.

### 2.2 Bei OPS-Kodes ohne Zuordnung zu Anhang 2 EBM

Arithmetischer Mittelwert der Summe aus den Positionen 1 bis 3:

1. Leistungsbedarf je OPS-Kode für die EBM-Gebührenordnungsposition, sofern für den jeweiligen OPS-Kode eine Zuordnung zu einer EBM-Gebührenordnungsposition möglich ist (siehe Abschnitt „Fallzahlermittlung Ambulant“),
2. Leistungsbedarf der abgerechneten fachgruppenspezifischen Grundpauschalen
3. Leistungsbedarf für abgerechnete Leistungen des Anästhesisten aus Kapitel 5 EBM

2.3 Der ermittelte ambulante Fallwert findet sowohl für die vertragsärztliche als auch für die ambulant am Krankenhaus erbrachten Fälle Anwendung.

### 3. Stationäre Kosten

Mediankosten der Fälle aus den Kostendaten des Jahres 2023 mit gruppierungsrelevantem OPS-Kode aus Anlage 1 der Hybrid-DRG-Vereinbarung und einer Verweildauer = 1 Tag sowie einem PCCL<3, die gemäß Definitionshandbuch 2025 in die entsprechende Hybrid-DRG gruppiert würden, ohne die Kostenstellengruppe Laboratorien sowie die Kostenartengruppen Arzneimittel, Implantate und Übriger medizinischer Bedarf (Kostenartengruppen 4a bis 6c).

### 4. Sach- und Laborkosten

#### 4.1 Stationäre Sach- und Laborkosten

Mediankosten der Fälle aus den Kostendaten des Jahres 2023 mit gruppierungsrelevantem OPS-Kode aus Anlage 1 der Hybrid-DRG-Vereinbarung und einer Verweildauer = 1 Tag sowie einem PCCL<3, die gemäß Definitionshandbuch 2025 in die entsprechende Hybrid-DRG gruppiert würden, ohne die Kostenartengruppen Ärztl. Dienst, Pflegedienst, Medizinisch-technischer Funktionsdienst, Medizinische Infrastruktur und Nicht-Medizinische Infrastruktur (Kostenartengruppen 1,2,3,7 und 8) über alle Kostenstellengruppen mit Ausnahme der Kostenstellengruppe Laboratorien.

#### 4.2 Ambulante Sach- und Laborkosten

Sofern eine aus Sicht aller Vertragsparteien inklusive der Institute geeignete empirische, den stationären Kostendaten (insbesondere hinsichtlich der Repräsentativität) vergleichbare Datengrundlage für ambulante Sach- und Laborkosten vorliegt, können diese Daten herangezogen werden. Die Daten sind den Vertragsparteien und den Instituten zur Verfügung zu stellen.

#### 4.3 Zusammenführung der stationären und ambulanten Sach- und Laborkosten

Grundsätzlich werden bei Eignung die sektorspezifischen Sach- und Laborkosten unter Verwendung des Ambulantisierungsgrades gemäß Nr. 1. gewichtet zusammengeführt.