
Für Rückfragen: Info-Team der KVSH Tel. 04551 883 883

Hybrid-DRG: Abrechnungsleitfaden

Übergangsregelung für das Jahr 2024

Rückwirkend zum 1. Januar 2024 gilt eine Übergangsregelung für Eingriffe nach Paragraph 115f SGB V, die eine Abrechnung der Hybrid-DRG mit den Pseudo-Gebührenordnungspositionen 83001-83012 über die Quartalsabrechnung vorsieht.

Zur Abrechnung der Hybrid-DRG benötigen Sie eine Genehmigung zum ambulanten Operieren gemäß §115b SGB V oder eine Belegarztanerkennung. Sofern Sie Anästhesist sind, müssen Sie sich die Genehmigung des beteiligten Leistungserbringers (Operateur) nachweisen lassen.

Damit Sie die Hybrid-DRG über die Quartalsabrechnung einreichen können, ist es erforderlich, dass die KVSH über die entsprechende Vereinbarung beauftragt wird. Die Vereinbarung finden Sie unter <https://www.kvsh.de/praxis/vertraege/hybrid-drg-115f-sgb-v>.

Dieser Abrechnungsleitfaden soll Ihnen im Rahmen der Übergangsregelung eine Hilfestellung bei der Quartalsabrechnung der Hybrid-DRG geben.

Abrechnungsweg

Schritt 1:

Zunächst gilt es zu identifizieren, ob der geplante bzw. durchgeführte operative Eingriff eine Hybrid-DRG generiert. In der Anlage 1 zur Hybrid-DRG Verordnung des BMG sind alle OPS-Codes aufgezeigt, die in Verbindung mit einer Hybrid-DRG stehen. Stimmt der OPS-Code mit dem vom Operateur geplanten bzw. durchgeführten operativen Eingriff überein, wird dieser im Grouper, der Ihnen zeitnah im Portal der KVSH zur Verfügung steht, eingegeben. Folgende Angaben benötigen Sie für die Eintragung im Grouper:

- Alter des Patienten
- Die Verweildauer
- Alle OPS-Codes, die im Zusammenhang mit dem operativen Eingriff stehen
- Alle ICD-Codes, die im Zusammenhang mit dem operativen Eingriff stehen
- Bei paarigen Organen die Seitenangabe am OPS-Code

Im Anschluss ermittelt die Grouper-Software anhand der von Ihnen eingetragenen Daten, ob Sie eine Hybrid-DRG generiert haben. Falls ja, zeigt Ihnen der Grouper die passende Hybrid-DRG an.

Anhand der nachfolgenden Tabelle können Sie die zu der vom Grouper genannten Hybrid-DRG zugehörige Pseudo-GOP 83001-83012 ermitteln.

Zukünftig wird der von der KVSH zur Verfügung stehende Grouper die passende Pseudo-GOP automatisch ermitteln.

| Pseudo GOP | Bezeichnung der Hybrid-DRG | Bewertung in Euro |
|-------------------|---|--------------------------|
| 83001 | G09N - Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre o. komplexe Herniotomien o. Operation einer Hydrocele testis o. andere kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm | 2.021,82 € |
| 83002 | G24N - Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff o. Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren o. schweren CC | 1.965,05 € |
| 83003 | G24M - Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre o. ohne äußerst schwere o. schwere CC | 1.653,41 € |
| 83004 | I20N - Andere Eingriffe am Fuß ohne chronische Polyarthritits o. Diabetes Mellitus mit Komplikationen o. Alter < 16 Jahre | 1.072,95 € |
| 83005 | I20M - Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe o. komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre | 909,25 € |
| 83006 | J09N - Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre | 1.038,17 € |
| 83007 | L17N - Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, ohne bestimmte Eingriffe an der Urethra, Alter > 15 Jahre | 1.189,09 € |
| 83008 | L20N - Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien o. bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC o. Alter < 16 Jahre o. Alter > 89 Jahre | 1.791,58 € |
| 83009 | L20M - Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien o. bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC o. Alter > 15 Jahre o. Alter < 90 Jahre | 1.412,05 € |
| 83010 | N05N - Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere o. schwere CC o. anderer Eingriff an der Harnblase o. Adhäsiolyse, Alter > 15 Jahre | 1.554,58 € |
| 83011 | N07N - Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen o. bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose o. bestimmte Eingriffe am Uterus o. kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit bestimmtem Eingriff | 1.587,73 € |
| 83012 | N25N - Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen o. bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose o. andere kleine Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, Alter > 13 Jahre | 1.458,20 € |

Schritt 2:

Bitte beachten Sie, dass die Fallpauschale immer **nur einmal und nur von einem Arzt** (Operateur/Anästhesist) berechnungsfähig ist. Laut Hybrid-DRG-Verordnung wird die Vergütung nach Abzug der Sachkosten unter den beteiligten Leistungserbringern nach deren interner Vereinbarung aufgeteilt.

Die Hybrid-DRG ist mit der lebenslangen Arztnummer (LANR) des abrechnenden Arztes und der Betriebsstättennummer des Erbringungsortes (ggf. Nebenbetriebsstättennummer) zu kennzeichnen.

Die Angaben der von Ihnen ermittelten Daten werden in Ihrem Praxisverwaltungssystem (PVS) wie folgt eingegeben:

Es wird die ermittelte Pseudo-GOP (83001-83012) eingetragen, zusätzlich geben Sie im Freitextfeld der Feldkennung 5009 den ICD-10-Code für die jeweiligen Hauptdiagnose an. Die KVSH setzt der von Ihnen angesetzten Diagnose im Freitextfeld das Format **#H_ICD#** zu. Zusätzlich geben Sie ergänzend im Feld „OPS-Schlüssel“ Feldkennung 5035 wie gewohnt den OPS-Code in die ein.

Fallbeispiel

Ein 56-jähriger Patient wird mit Schmerzen und einer Schwellung im Bereich der rechten Leiste vorstellig. Die klinische Untersuchung zeigt eine rechtsseitige Inguinalhernie. Der Patient erhält einen laparoskopisch transperitonealen Eingriff (TAPP), ohne weitere Zusatzleistungen.

Grouper Eingabe:

- **Alter:** 56 Jahre
- **Verweildauer:** 1 Tag
- **Diagnose (ICD-10):** K40.90R (Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän : Nicht als Rezidivhernie bezeichnet)
- **Prozedur (OPS-Code):** 5-530.31 (Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP])

Ergebnis:

Der Grouper übermittelt anhand der Daten des Fallbeispiels die Hybrid-DRG **G24M** (Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre o. ohne äußerst schwere o. schwere CC). Gemäß der dargestellten Tabelle ist die dazugehörige Pseudo-GOP **83003**.

Die Pseudo-GOP geben Sie wie folgt in Ihr PVS zur Abrechnung ein:

83003 (K40.90) (5-530.31).

Hinweise zur Abrechnung

- Teilnehmende Leistungserbringer, die aufgrund der Hybrid-DRG-Abrechnung keine EBM-Leistungen geltend machen können, kennzeichnen diese Fälle im Rahmen ihrer Quartalsabrechnung mit der **99115**, damit für Sie begünstigende fallzahlbezogene Regelungen weiterhin korrekt berechnet werden können.
- In der Vergütung der Hybrid-DRG sind alle Leistungen, die in der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird, von der Operationsvorbereitung bis zur postoperativen Überwachung enthalten. Dies umfasst die Anästhesie, die Sachkosten, die perioperativen Laborleistungen (einschließlich Pathologie) sowie die intraoperativen und unmittelbar postoperativen Röntgenleistungen.

- Nicht in der Vergütung der Hybrid-DRG enthalten sind Sprechstundenbedarf sowie die prä- und postoperativen Leistungen, sofern diese nicht am Tag der Operation bzw. außerhalb der Einrichtung in der die Operation durchgeführt wird stattfinden.
- Für postoperative Leistungen wurde eine neue Nr. 6 in die Präambel zum Abschnitt 31.4.1 EBM aufgenommen. Sie regelt, dass Vertragsärzte für postoperative Behandlungen im Zusammenhang mit Eingriffen entsprechend der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung GOP der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 abrechnen können. Die berechnungsfähige GOP des Abschnitts 31.4.3 richtet sich wie gewohnt nach dem OPS-Code des durchgeführten Eingriffs und dessen Zuordnung gemäß Anhang 2 zum EBM. Für OPS-Codes der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung, die **nicht** im Anhang 2 des EBM enthalten sind, sind folgende GOP abweichend von der jeweiligen Leistungslegende und unter Angabe der GOP **88110** berechnungsfähig:
 - GOP 31600 + 88110** für Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs,
 - GOP 31611 + 88110** für Operateure,
 - GOP 31610 + 88110** für Ärzte im fachärztlichen Versorgungsbereich, die auf Überweisung des Operateurs die postoperative Behandlung übernehmen.
- Bitte beachten Sie, dass bei der Abrechnung der Hybrid-DRG besondere Sorgfalt geboten ist, da mit Prüfungen und Korrekturen der Krankenkassen zu rechnen ist. Die Hauptdiagnose und der OPS-Schlüssel müssen im DRG-Groupier zu einer Hybrid-DRG führen, andernfalls ist mit einer Ablehnung der Kostenträger zu rechnen.
- Um den in Kürze von der KVSH zur Verfügung gestellten Groupier zu nutzen benötigen Sie einen Zugang bzw. Anmeldedaten für das neue Mitgliederportal, welches zeitnah das eKVSH-Portal ersetzt. Falls Sie noch keinen Zugang zum neuen Mitgliederportal beantragt haben, können Sie ab sofort im alten [eKVSH-Portal](#) unter dem Menüpunkt Neues Mitgliederportal → Anmeldung für das neue Mitgliederportal persönliche Zugänge beantragen. Die Zustellung der Zugangsdaten erfolgt durch ein persönlich zugestelltes Einschreiben.