

Abrechnung von Hybrid-DRGs

Zum 1. Januar dieses Jahres wurde die Abrechnung von Hybrid-DRGs mit einem Startkatalog von 244 definierten Leistungen aus fünf Leistungsbereichen eingeführt. Bereits im ersten Quartal 2024 wurden gegenüber der KVSH knapp 450 Hybrid-DRG-Fallpauschalen abgerechnet, und die Tendenz ist steigend.

Der Hintergrund zur Einführung der Hybrid-DRG-Fallpauschalen nach Paragraph 115f SGB V zum 1. Januar 2024 ist die Umsetzung einer speziellen sektorengleichen Vergütung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben hierfür die Abrechnungsmodalitäten beschlossen. Für das Kalenderjahr 2024 gilt eine Übergangsregelung, die die Abrechnung der Hybrid-DRG-Pauschalen als Pseudo-Gebührensordnungspositionen (83001-83012) über die Quartalsabrechnung vorsieht. Ab dem 1. Januar 2025 soll dann das eigentliche Abrechnungsverfahren, der elektronische Datenaustausch nach Paragraph 295 Absatz 1 Satz 1 SGB V, umgesetzt werden.

Kein Wahlrecht bei der Abrechnung

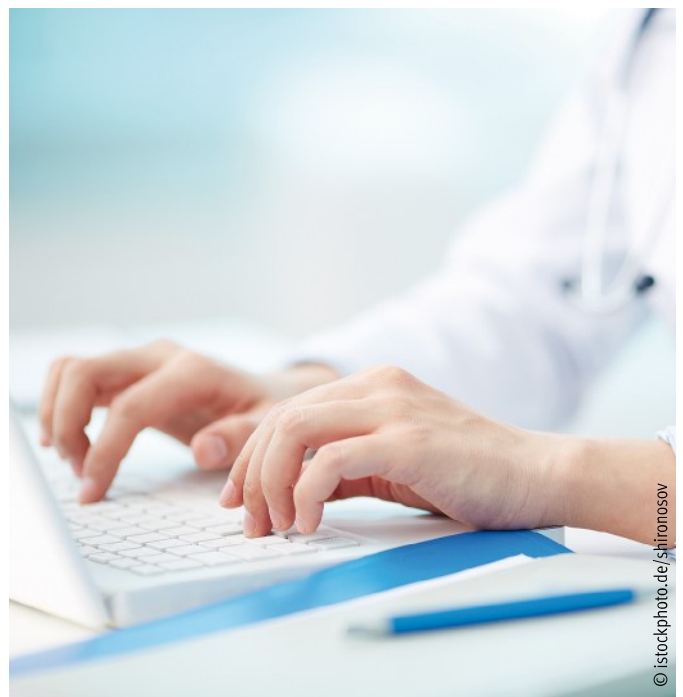
Nach Inkrafttreten der Hybrid-DRG-Verordnung war von Seiten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) noch nicht abschließend geklärt, ob ein Wahlrecht zwischen Hybrid-DRG und EBM-Abrechnung besteht. Dies wurde mittlerweile vom BMG klargestellt. Sofern sich aufgrund der Diagnosen und OPS-Prozeduren eine Zuordnung zu der jeweiligen Hybrid-DRG ergibt, ist die Abrechnung über den EBM unzulässig. Ein Wahlrecht ist somit ausgeschlossen.

Abrechnungsvoraussetzung im Übergangszeitraum 2024

Zur Abrechnung der Hybrid-DRG-Fallpauschalen muss die KVSH beauftragt werden. Hierzu ist eine Vereinbarung zur Abrechnung der Hybrid-DRG-Leistungen mit der KVSH zu schließen.

Die entsprechenden Vertragsvorlagen dazu sind unter <https://www.kvsh.de/praxis/vertraege/hybrid-drg-115f-sgb-v> zu finden.

Grundsätzlich gilt, dass zur Abrechnung der Hybrid-DRG-Fallpauschalen eine Genehmigung zum ambulanten Operieren nach Paragraph 115b SGB V oder eine belegärztliche Anerkennung vorliegen muss. Die Abrechnung der jeweiligen Fallpauschale erfolgt nur einmal und kann nur von einem Leistungserbringer (Operateur/Anästhesist) berechnet werden.



© istockphoto.de/shironosov

Neu: DRG-Grouper im KVSH-Mitgliederbereich

Zur Ermittlung einer Hybrid-DRG steht im KVSH-Mitgliederportal ein zertifizierter Grouper zur Verfügung. Mit dieser Software wird geprüft, ob eine bestimmte Leistung als Hybrid-DRG-Fallpauschale abgerechnet werden kann und wie diese vergütet wird. Weist die Grouper-Software die eingegebenen Leistungen als Hybrid-DRG aus, so kann die dazugehörige Pseudo-GOP 83001-83012 (Übergangsregelung 2024) in Verbindung mit den im Grouper eingetragenen Diagnosen (ICD-10) und Prozeduren (OPS) der durchgeführten Operation über das Praxisverwaltungssystem mit der KVSH abgerechnet werden. Das Ergebnis des Groupers ist entscheidend. Zur Abrechnung von Hybrid-DRGs ist auf der [KVSH-Website](#) ein Abrechnungsleitfaden inklusive Fallbeispiel zu finden.

Wichtig: Für die Gruppierung sind alle Diagnosen und Prozeduren zu berücksichtigen, die in dem durch die Hybrid-DRG-Verordnung definierten Zeitraum relevant gewesen sind.

SEKTORENGLEICHEN VERGÜTUNG

Hinweis: Der Online-Grouper und auch der Zugang zum neuen KVSH-Mitgliederportal sind bereits vorbereitende Maßnahmen für die Abrechnung der Hybrid-DRG nach dem Übergangszeitraum 2024. Die Nutzung der Grouper-Software kann auch an Medizinische Fachangestellte delegiert werden. Legen Sie hierzu weitere Benutzer im KVSH-Mitgliederportal an. Dabei unterstützt Sie auch die Telematik-Hotline unter 04551 883 888.

EBM-Leistungen außerhalb der Hybrid-DRG-Fallpauschalen

Die Leistungsvergütung der Fallpauschale, inklusive der Sachkosten, umfasst die Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung und endet mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung, jeweils in der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird.

In dem Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2024 können Haus- und Fachärzte auch bei Hybrid-DRG-Eingriffen nach Paragraph 115f SGB V präoperative sowie postoperative Leistungen, die nicht von der Hybrid-DRG-Fallpauschale umfasst werden, abrechnen.

Präoperative Leistungen

Hausärzte können durch Überweisung auch im Rahmen von Hybrid-DRG-Eingriffen nach Paragraph 115f SGB V präoperative Leistungen, die außerhalb der OP-Einrichtung erfolgen, gemäß dem Kapitel 31.1.2 EBM abrechnen.

Postoperative Leistungen

Eine Besonderheit gilt bei der Dokumentation postoperativer Behandlungen im Zusammenhang mit Hybrid-DRG-Fallpauschalen. Die berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 EBM richten sich wie gewohnt nach dem OPS-Code des durchgeführten Eingriffs und dessen Zuordnung gemäß Anhang 2 EBM. OPS-Codes aus der Anlage 1 der Hybrid-DRG Verordnung, die nicht im Anhang 2 des EBM enthalten sind, werden wie folgt dokumentiert:

BEZEICHNUNG	GOP	ZUSATZKENNZEICHNUNG
Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs	31600	88110
Ärzte im fachärztlichen Versorgungsbereich, die auf Überweisung des Operateurs die postoperative Behandlung übernehmen	31610	88110
Operateure	31611	88110

Hinweis: Erfolgt ein Eingriff nach Paragraph 115f SGB V durch ein Krankenhaus, können Ärzte die Gebührenordnungspositionen der postoperativen Behandlung gemäß 31.4.2 und 31.4.3 auch ohne Überweisung abrechnen, wenn aus dem Befundbrief die Beauftragung hervorgeht.

Zusatzkennzeichnungen im Zusammenhang mit der Hybrid-DRG

Um eine Verknüpfung mit einer Hybrid-DRG-OP herstellen zu können, müssen alle an der Operation beteiligten Ärzte den Hybrid-DRG-Fall in der eigenen Abrechnung mit der Kennziffer 99115 kennzeichnen. Dies gilt auch für Leistungserbringer, die aufgrund der Hybrid-DRG-Abrechnung keine weiteren Leistungen nach EBM geltend machen können. Auch hier ist eine Kennzeichnung mit der 99115 notwendig, damit begünstigende fallzahlbezogene Regelungen (wie z. B. der Wirtschaftlichkeitsbonus) weiterhin korrekt berechnet werden können.

Ausstehende Informationen

Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses verständigen sich bis zum 30. Juni 2024 über die Leistungen, für die ein Abrechnungsausschluss zu den Hybrid-DRG-Fallpauschalen bestehen soll. Ein Beschluss hierüber soll mit Wirkung zum 1. Juli 2024 getroffen werden.

Aktuell stehen in der Anlage 1 der Hybrid-DRG Verordnung 244 OPS-Prozeduren aus fünf Leistungsbereichen zur Verfügung. Zum Januar 2025 erfolgt dann eine Erweiterung des Katalogs.

SVENJA WALTHER, KVSH