

28. Juni 2024

Hybrid-DRG-Verordnung – weitere Informationen

Im Schreiben vom 20. März 2024 und unserem Infoletter vom 05. April 2024 haben wir bereits über das Thema Hybrid-DRG informiert. Zwischenzeitlich haben sich einige Ergänzungen und Klarstellungen ergeben, die wir Ihnen mitteilen möchten.

1. Prä-/Postoperative Leistungen

Für **Präoperative und präanästhesiologische Leistungen** gab es im Zusammenhang zur Hybrid-DRG-Verordnung (VO) folgende Punkte mit Klärungsbedarf, welche zum derzeitigen Zeitpunkt noch mit dem GKV-Spitzenverband auf Bundesebene beraten werden.

Präoperative Leistungen des Abschnitts 31.1.2 EBM (Hausärzte/Kinderärzte)

- Laut EBM kann die präoperative Leistung abgerechnet werden, wenn diese nicht in der gleichen Einrichtung wie der operative Eingriff stattfindet. Die KBV führt derzeit Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband hinsichtlich der Berechnungsfähigkeit der präoperativen Leistungen im Zusammenhang mit der Hybrid-DRG-VO unabhängig vom Tätigkeitsort. Die Abrechnung soll ermöglicht werden, auch wenn der Haus-/Kinderarzt in der gleichen Einrichtung tätig ist, in der der Patient operiert wird. Die Umsetzung im EBM steht noch aus.

Präanästhesiologische Untersuchung nach GOP 05310 (Anästhesisten)

- Derzeit ist sowohl die Grundpauschale des Kapitels 5 EBM als auch die GOP 05310 nicht berechnungsfähig, wenn die OP nach Hybrid-DRG-Verordnung durchgeführt/berechnet wird.
- Auf Bundesebene wird weiterhin dazu beraten und wir informieren Sie sobald es Neuerungen gibt.

Postoperative Leistungen der Abschnitte 31.4.2 (Hausärzte) und 31.4.3 (Fachärzte) EBM

- Abrechnung richtet sich nach OPS-Code und Zuordnung Anhang 2 EBM
- Besonderheit: OPS-Code im Zusammenhang mit Hybrid-DRG-VO und keine Zuordnung Anhang 2 EBM
 - Abrechnung GOP 31600 für Hausärzte/Kinderärzte + GOP 88110 auf Überweisung des Operateurs
 - Abrechnung GOP 31611 für operierende Praxis + GOP 88110
 - Abrechnung GOP 31610 für Fachärzte auf Überweisung des Operateurs + GOP 88110
- Für folgende Eingriffe sind keine postoperativen Leistungen nach Abschnitt 31.4 EBM berechnungsfähig: 5-490.0, 5-490.x, 5-490.y, 5-491.0, 5-492.1, 5-561.2, 5-581.0, 5-581.x und 5-581.y

Der überweisende Arzt sollte neben dem OPS für die durchgeführte OP zusätzlich die Information mitteilen, ob es sich um ein Hybrid-DRG handelt. Der nachbehandelnde Arzt gibt den auf der Überweisung angegebenen OPS zur Abrechnung der Leistung zur Nachbehandlung an, wodurch die KVSA die GOP 88110 automatisch ergänzen kann. Die prä- und postoperativen Leistungen des Kapitels 31 im Zusammenhang mit Hybrid-DRG werden wie auch beim ambulanten Operieren nach EBM extrabudgetär (außerhalb von RLV und QZV) vergütet.

2. Klarstellungen zur Abrechnung von Operationen nach Hybrid-DRG

Nach der Hybrid-DRG-Verordnung beginnt die Leistung mit den Maßnahmen zur OP-Vorbereitung und Planung und endet mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung.

In der Hybrid-DRG-Vergütung enthaltene Leistungen:

- Operationsvorbereitung am OP-Tag durch den Operateur – Operation ggf. einschl. Simultaneingriff – Überwachung
- Anästhesie einschl. Anästhesievorbereitung und Grundpauschale
- Sachkosten
- dazugehöriges Labor (einschl. Pathologie)
- Intraoperative Leistungen

Achtung! Klarstellung durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) – Ansatz des Eingriffs gemäß der Hybrid-DRG-Verordnung schließt grundsätzlich die Abrechnung des Eingriffs nach dem EBM aus.

2.1. Hinweis zum Thema Simultaneingriffe

Gemäß Systematik der Hybrid-DRG-Verordnung sind für das Gruppieren alle Diagnosen und Prozeduren zu berücksichtigen, die für die Operation relevant gewesen sind.

Daraus ergeben sich zwei Varianten bei Simultaneingriffen:

- **Variante 1:** Es gibt eine Hybrid-DRG, die alle Bestandteile der operativen Behandlungen und damit den kompletten Eingriff gesamthaft umfasst. Bis Ende 2024 ist ein gesonderter Abrechnungsschein unter Angabe des OPS-Kodes nach der Hybrid-DRG-Verordnung und die entsprechende Hauptdiagnose anzugeben.
- **Variante 2:** Durch das Gruppieren aller Prozeduren und Diagnosen der Eingriffe wird keine Hybrid-DRG ausgelöst. Damit ist der Eingriff komplett und zulässig nach EBM, gegenüber der KVSA abzurechnen.

2.2. Hinweis bei der Angabe von Nebendiagnosen

Im Grouper werden, wie auch oben angegeben, alle OPS-Kodes der Operation eingegeben, sowohl Haupt- als auch Nebeneingriffe. Darüber hinaus sind alle ICD die für den Eingriff relevant sind anzugeben. Bei Verwendung eines Groupers, z.B. dem der Uni Münster (https://www.drg-researchgroup.de/index.php?option=com_webgrouper&Itemid=112&view=webgrouper) ist die Hauptdiagnose in das erste ICD-Feld (oben links) und in die nachfolgenden Felder alle Nebendiagnosen, die eine Maßnahme innerhalb der Hybrid-DRG ausgelöst haben einzugeben.

Diese Vorgaben können dazu führen, dass durch die Eingabe von Nebendiagnosen keine Hybrid-DRG mehr ausgelöst wird. In diesem Fall kann regulär nach EBM abgerechnet werden. Auch berücksichtigt der Grouper bei der Bildung der Hybrid-DRG einen sogenannten PCCL-Wert für die Co-Morbidität (Nebendiagnosen, die das Ergebnis beeinflussen sind z.B. N18.3 und B23.8). Dieser Wert kann bei einem identischen Eingriff aufgrund der Nebendiagnosen dazu führen, dass es sich einmal um eine Hybrid-DRG und einmal nicht um eine Hybrid-DRG handelt.

Fazit: Im Grundsatz bleibt festzuhalten, dass eine Nebeneinanderberechnung von mehreren Eingriffen am OP-Tag über mehrere Hybrid-DRG oder als Kombination von Hybrid-DRG und EBM ausgeschlossen ist!

2.3. Pseudo-GOP 99890

Die Nutzung der Pseudo-GOP 99890 hatten wir bereits im Zusammenhang erwähnt, wenn mehrere Ärzte an einem Eingriff beteiligt sind. Der Arzt, der nicht die Hybrid-DRG abrechnet, setzt die Pseudo-GOP 99890 auf einem gesondert angelegten Abrechnungsschein unter Angabe der betreffenden Hauptdiagnose des Eingriffs an, um dem für diese Leistung verbrauchten Sprechstundenbedarf einem Behandlungsfall zuordnen zu können.

Der Hybrid-Eingriff wird wie bereits beschrieben auf einem gesonderten Abrechnungsschein nur unter Angabe des OPS-Kode an der Hybrid-GOP und der Hauptdiagnose im Diagnosefeld abgerechnet. Sollten im Quartal neben dem Hybrid-Eingriff keine weiteren abrechnenbaren EBM-Leistungen zustande kommen und es sind relevante Nebendiagnosen wie oben beschrieben vorhanden, müssen diese auf einem gesonderten Abrechnungsschein mit der Pseudo-GOP 99890 angegeben werden.

Im Rahmen der Übergangsregelung in 2024 muss zwingend die Hauptdiagnose auf einem eigenen Schein stehen, um diese zu erkennen und automatisiert in die in der Hybrid-DRG-Abrechnungsvereinbarung geforderte Form zu bringen.

3. **Wichtige Hinweise zum Umgang mit dem DRG-Grouper :**

- Allgemeine Angaben im Grouper:
 - Geschlecht und Alter müssen angegeben werden
 - Verweildauer auf 1 stellen (ansonsten kommt nie Hybrid-DRG raus)
- Diagnosen:
 - Nur endstellige ICD-Kodes eingeben (z.B. K40.90 anstatt K40)
 - Nur Haupt-/Nebendiagnosen eingeben, die Aufwand beim Eingriff erzeugt haben
 - Diagnosen, die keine Rolle für den Eingriff gespielt haben, dürfen nicht angegeben werden
 - Diagnosen ohne Diagnosesicherheit (G, V, Z, A) eingeben
- OPS-Prozeduren:
 - OPS-Kodes ggf. mit Seitenlokalisierung
 - Bei Verwendung des oben verlinkten Groupers der Uni Münster erfolgt die Eingabe im Browser „OPS:Seitenlokalisierung“ (z.B. 5-788.06:L)

4. **Wichtige Hinweise zur Realisierung der Vergütungen über die Hybrid-DRG-Verordnung**

- Wir weisen darauf hin, dass die Frist zur Einreichung der Rechnung gegenüber den Krankenkassen auf 6 Monate begrenzt ist. Die erbrachten Hybrid-DRG's sollten daher mit der Abrechnung des jeweiligen Quartals bei der KVSA eingereicht werden.
- Wir möchten Sie dafür sensibilisieren, dass in den Fällen, in denen Ihnen über den Grouper kenntlich gemacht wurde, dass eine EBM-Abrechnung ausgeschlossen ist und diese dann dennoch angesetzt wurde, eine sachlich-rechnerische Berichtigung Ihrer Abrechnungen durch die Krankenkassen erfolgen kann.

Weitere Informationen rund um das Thema Hybrid-DRG finden Sie auf unserer Internetseite: www.kvsa.de >> Praxis >> Abrechnung/Honorar >> [Wichtige Abrechnungsinformationen](#)

Für Rückfragen stehen Ihnen folgende Mitarbeiter/innen zur Verfügung:

- Abrechnung Tel. 0391/627-8000 abrechnung@kvsa.de

Ihre Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt.