

Deckblatt

Ablauf der Beauftragung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen gemäß § 115f Abs. 3 Satz 3 SGB V zur Abrechnung von Leistungen nach der Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung)

1. Ausdruck dieser PDF
2. Beide Beauftragungsformulare und Bevollmächtigungen (Anlage 1) ausfüllen, unterschreiben und abstempeln.
3. Es werden nur die Ärzte im Formular angegeben, die diese Operationen gegenüber der KVT abrechnen werden.
4. Beide unterschriebenen und abgestempelten Beauftragungsformulare und Bevollmächtigungen im Original an die KV Thüringen zurücksenden:

KV Thüringen
Abteilung QS
Postfach 2019
99401 Weimar

5. Nach Unterzeichnung durch Frau Dr. Rommel erhalten Sie ein unterschriebenes Exemplar für Ihre Unterlagen. Dazu erhalten Sie die konkreten Abrechnungshinweise sowie die Zugangsdaten für den Hybrid-DRG-Groupier.



**Vereinbarung zur Beauftragung der
Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
gemäß § 115f Abs. 3 Satz 3 SGB V zur Abrechnung von Leistungen nach der
Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung
(Hybrid-DRG-Verordnung)**

zwischen

dem Auftraggeber

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen,
diese vertreten durch den Vorstand,
dieser vertreten durch die 1. Vorsitzende
(KVT)

Präambel

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz hat der Gesetzgeber mit § 115f SGB V die Grundlage für eine spezielle sektorengleiche Vergütung für Leistungen des Kataloges ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen nach § 115b Abs. 1 Nr. 1 SGB V (AOP-Katalog) geschaffen. Die spezielle sektorengleiche Vergütung soll bestehende Ambulantisierungspotentiale bei bislang unnötig stationär erbrachten Leistungen heben. Die Grundidee ist eine Vergütung, deren Höhe zwischen dem ambulanten (EBM) und stationärem Niveau (DRG) liegt, wodurch einerseits Anreize zur ambulanten Leistungserbringung gesetzt und andererseits höherer stationärer Behandlungsaufwand vermieden werden soll.

Vertragsärztliche Leistungserbringer gemäß § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V, die die in § 115b Abs. 1 Satz 5 SGB V genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen, können die zuständige Kassenärztliche Vereinigung gemäß § 115f Abs. 3 Satz 3 SGB V mit der Abrechnung von nach § 115f Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V vereinbarten oder durch Rechtsvorschrift gemäß § 115f Abs. 4 SGB V bestimmten Leistungen gegen Aufwendungsersatz beauftragen.

§ 1

Erklärung des Auftraggebers

- (1) Mit der Unterzeichnung dieser Vereinbarung beauftragt der gemäß § 115f Abs. 3 Satz 1 SGB V berechnete vertragsärztliche Leistungserbringer die KVT mit der Abrechnung von nach § 115f Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V vereinbarten oder durch Rechtsvorschrift gemäß § 115f Abs. 4 SGB V bestimmten Leistungen entsprechend den jeweils geltenden Vorgaben der Hybrid-DRG-Verordnung und der Vereinbarung gemäß § 115f SGB V in Verbindung mit der Hybrid-DRG-Verordnung über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens für Leistungen nach der Hybrid-DRG-Verordnung aufgrund des § 115f Abs. 4 Satz 1 und 3 SGB V (Hybrid-DRG-AV) in ihrer jeweils aktuell gültigen Fassung.
- (2) Inhalt der Beauftragung ist die ordnungsgemäße Rechnungslegung für den Auftraggeber gegenüber dem zuständigen Kostenträger (Krankenkasse), Empfang der Zahlung von den Krankenkassen für den Auftraggeber sowie Auszahlung der von der Krankenkasse an die KVT gezahlten Vergütung an den Auftraggeber.



- (3) Mit der Unterzeichnung der Vereinbarung verpflichtet sich der Auftraggeber, die für die jeweilige Erbringung und Abrechnung der gemäß § 115f Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V vereinbarten oder durch Rechtsvorschrift gemäß § 115f Abs. 4 SGB V bestimmten Leistungen geltenden gesetzlichen und vertraglichen Rechtsnormen anzuerkennen, zu beachten und einzuhalten.
- (4) Mit seiner Unterschrift versichert der Auftraggeber, berechtigter Leistungserbringer nach § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu sein und die erforderlichen Qualifikationsvoraussetzungen für das ambulante Operieren gemäß der geltenden Qualitätssicherungsvereinbarung zu erfüllen. Der Auftraggeber verpflichtet sich, die KVT unverzüglich schriftlich zu informieren, wenn die Voraussetzungen bei ihm oder den mit ihm gemeinsam tätigen Kollegen nicht oder nicht mehr vorliegen.
- (5) Der Auftraggeber versichert, dass er keine unzulässige Doppelabrechnung vornimmt. Die Leistungen sind ausschließlich auf der Grundlage der Hybrid-DRG-Verordnung und der Hybrid-DRG-AV abzurechnen. Eine parallele Abrechnung nach EBM ist ausgeschlossen.
- (6) Der Auftraggeber versichert, dass die von ihm jeweils abgerechneten Leistungen von keinem anderen Leistungserbringer abgerechnet werden, insbesondere dann, wenn bei dem Eingriff mehrere Leistungserbringer mitgewirkt haben.
- (7) Der Auftraggeber stellt der KVT eine gesonderte Vollmacht (Anlage 1) aus, damit die KVT seinen Vergütungsanspruch gegenüber der zuständigen Krankenkasse geltend machen kann.
- (8) Die Vereinbarungspartner verpflichten sich zur Einhaltung der jeweils geltenden datenschutzrechtlichen Vorgaben.

§ 2

Allgemeine Bestimmungen der Abrechnung

- (1) Der Auftraggeber versichert, die jeweils geltenden Abrechnungsvorgaben, insbesondere auf der Grundlage von § 115f SGB V in Verbindung mit der Hybrid-DRG-Verordnung und der Hybrid-DRG-AV, zu beachten, ebenso wie die von der KVT in diesem Rahmen vorgegebenen Abrechnungsbestimmungen.
- (2) Die Übermittlung der Rechnungen für Leistungen nach der Hybrid-DRG-Verordnung erfolgt für das Leistungsjahr 2024 auf dem Wege der elektronischen Datenübermittlung (quartalsweise KVDT-Abrechnung) auf der Grundlage § 5 (Übergangsregelung) der Hybrid-DRG-AV. Die KVDT-Abrechnung inkl. der Hybrid-DRG-Abrechnungsfälle ist bis zum 10. Tag nach Quartalsende online über KVTOP an die KVT zu übermitteln. Die Abrechnung von Nachzügler-Fällen muss spätestens mit der folgenden Quartalsabrechnung bei der KVT eingereicht werden.

Für das Jahr 2024 erfolgt die Vergütung für Leistungen nach der Hybrid-DRG-Verordnung mittels spezifischer Abrechnungsziffern (GOP 83001 bis 83012) gemäß Anlage 1 der Hybrid-DRG-AV. Neben der Angabe der Abrechnungsziffer als GOP wird zusätzlich der OPS-Kode sowie die Hauptdiagnose übermittelt. Für die Hauptdiagnosen, die der Abrechnung nach Hybrid-DRG zugrunde liegen, ist der ICD-Schlüssel gemäß ICD-10-GM in folgender Form anzugeben: KVDT-Feldkennung 5009 (Freier Begründungstext) mit dem Inhalt „#H_ICD-SCHLÜSSEL#“ (Beispiel: „#H_K40.00#“).

Für die Übermittlung der Rechnungen für Leistungen nach der Hybrid-DRG-Verordnung ab dem Leistungsjahr 2025 werden gesonderte Abrechnungsvorgaben bis spätestens 30.11.2024 bekannt gegeben.



Erfolgt die Übermittlung der Daten nicht innerhalb der von der KVT vorgegebenen Frist, und ist es der KVT daher nicht möglich die in § 3 Abs. 1 der Hybrid-DRG-AV festgelegte Abrechnungsfrist gegenüber den Krankenkassen einzuhalten, erwachsen dem Auftraggeber dadurch keine Forderungen gegenüber der KVT. Sofern sich technisch fehlerhafte oder unvollständige Angaben nach Übermittlung der Daten durch die KVT an die Krankenkassen gemäß § 2 Abs. 4 der Hybrid-DRG-AV ergeben, ist die KVT berechtigt, die Beanstandung hinsichtlich technisch fehlerhafter oder unvollständiger Angaben für den Auftraggeber in Empfang zu nehmen und insoweit abrechnungsfähig zu stellen. Der Auftraggeber ist, sofern dies die KVT für erforderlich hält, zur Mitwirkung verpflichtet. Kommt es mangels erforderlicher Mitwirkung des Auftraggebers zu einer verspäteten, unvollständigen oder fehlerhaften Rechnungslegung gegenüber der zuständigen Krankenkasse, erwachsen dem Auftraggeber hierdurch ebenfalls keine Forderungen gegenüber der KVT.

- (3) Die Vorgaben zur elektronischen Abrechnung, insbesondere zur Datenübermittlung und Datensatzbeschreibung nach der Hybrid-DRG-AV sowie den dazugehörigen Anlagen sind vom Auftraggeber verbindlich zu beachten. Die Hybrid-DRG-Leistungen dürfen ausschließlich über das „sichere Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen“ (KVTOP) an die KVT übermittelt werden.
- (4) Der Auftraggeber versichert auf Grundlage dieser Beauftragung die Richtigkeit und Vollständigkeit der von ihm an die KVT jeweils übermittelten Angaben zur Leistungserbringung und -abrechnung gemäß § 115f SGB V, der Hybrid-DRG-Verordnung und der Hybrid-DRG-AV.
- (5) Die Beauftragung umfasst nicht eine Prüfung der Abrechnung des Auftraggebers auf sachlich-rechnerische Richtigkeit, Wirtschaftlichkeit sowie die Qualität der Leistungserbringung. Diese Prüfungen erfolgen seitens der Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst beauftragen können. Die Beauftragung umfasst ferner nicht eine Prüfung von Beanstandungen, Kürzungen oder sonstigen Einwänden der Krankenkasse bezogen auf die Abrechnung.
- (6) Die KVT übermittelt unter Einhaltung aller geltenden Vorgaben die abzurechnenden Leistungen an die jeweils zuständige Krankenkasse und stellt eine Rechnung im Auftrag des Auftraggebers aus.
- (7) Die Auszahlung der von den Krankenkassen an die KVT gezahlte Vergütung an den Auftraggeber erfolgt auf die für die reguläre Quartalsabrechnung benannte Bankverbindung. Der Zahlungsnachweis erfolgt als Information im Rahmen der regulären Quartalsabrechnung unter separater Ausweisung des Betrages mit Versand des Honorarbescheides für das betreffende Quartal.
- (8) Sofern die zuständige Krankenkasse die Rechnungslegung beanstandet und/oder Kürzungen für betroffene Leistungen vornimmt, erstellt die KVT eine Zahlungsinformation und übersendet diese dem Auftraggeber. In dieser Information werden die den Krankenkassen in Rechnung gestellten Leistungen und die von den Krankenkassen mitgeteilten Differenzen sowie deren Grund ausgewiesen, sofern die Informationen von der zuständigen Krankenkasse mitgeteilt werden.
- (9) Einwendungen gegen die Beanstandungen der Krankenkassen hat der Auftraggeber eigenständig und unmittelbar diesen gegenüber geltend zu machen bzw. zu klären.
- (10) Erfolgt die Vergütungszahlung von der Krankenkasse entgegen den Vorgaben des § 3 der Hybrid-DRG-AV nicht oder nur teilweise innerhalb der in § 3 der Hybrid-DRG-AV festgelegten Zahlungsfrist, stellt die KVT der Krankenkasse die in § 3 Abs. 4 der Hybrid-DRG-AV vorgesehenen Verzugszinsen mit einem Zahlungsziel von zwei Wochen in Rechnung. Der Auftraggeber erhält eine Durchschrift. Nach Ablauf der Zahlungsfrist ist die Angelegenheit bei der KVT abgeschlossen und ggf. bei Nichtzahlung oder nur teilweise Ausgleich dem Auftraggeber zur weiteren Veranlassung zu übermitteln. Dem Auftraggeber wird der Aufwendungsersatz in Rechnung gestellt.
- (11) Sachliche bzw. inhaltliche Beanstandungen zur Abrechnung und Vergütung, bezogen auf die zuständige Krankenkasse, hat der Auftraggeber eigenständig und selbstverantwortlich gegenüber der Krankenkasse geltend zu machen.
- (12) Die seitens der zuständigen Krankenkassen an die KVT gezahlten Vergütungen erfolgen auf das



vom Auftraggeber der KVT zu diesem Zweck angegebene Konto. Die KVT zahlt an den Auftraggeber mit befreiender Wirkung. Im Fall einer gemeinsamen Leistungserbringung des Auftraggebers mit weiteren Leistungserbringern erfolgt die Verteilung der einzelnen Leistungsvergütungen an die weiteren Leistungserbringer als Gesamtgläubiger im Innenverhältnis ausschließlich durch den Auftraggeber. Eine Abrechnung der weiteren Leistungserbringer gegenüber der KVT oder den Krankenkassen ist ausgeschlossen.

§ 3 Aufwendungsersatz

- (1) Für die Abrechnung des Auftraggebers gegenüber der zuständigen Krankenkasse erhebt die KVT gemäß § 115f Abs. 3 Satz 3 SGB V einen Aufwendungsersatz auf die geleistete Vergütung der Krankenkasse. Die Höhe des Aufwendungsersatzes entspricht dem jeweils geltenden Verwaltungskostensatz der KVT für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen zuzüglich Umsatzsteuer.
- (2) Anpassungen der Höhe des Verwaltungskostensatzes und damit des Aufwendungsersatzes werden durch die Vertreterversammlung der KVT festgelegt und auf der Internetseite der KVT bekanntgegeben. Die Bekanntgabe erfolgt darüber hinaus in einem gesonderten Anschreiben durch die KVT.
- (3) Die KVT behält den Aufwendungsersatz bei der Zahlung der Vergütung an den Auftraggeber ein.

§ 4 Kündigung

- (1) Die Vereinbarung wird unbefristet geschlossen und kann von beiden Vereinbarungspartnern mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Die Möglichkeit der fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt dabei unberührt.
- (2) Sofern die Berechtigung des Auftraggebers oder der mit ihm tätigen Leistungserbringer gemäß § 115 Abs. 3 Satz 3 SGB V nicht mehr gegeben ist, endet die Vereinbarung automatisch.

§ 5 Salvatorische Klausel

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam oder nichtig sein oder werden, so berührt dies die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen dieser Vereinbarung nicht.
- (2) Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, unwirksame oder nichtige Bestimmungen durch neue Bestimmungen zu ersetzen, die dem in den unwirksamen oder nichtigen Bestimmungen enthaltenen wirtschaftlichen Regelungsgehalt in rechtlich zulässiger Weise gerecht werden. Entsprechendes gilt, wenn sich in dieser Vereinbarung eine Lücke herausstellen sollte. Zur Ausfüllung der Lücke verpflichten sich die Vereinbarungspartner auf die Etablierung angemessener Regelungen in dieser Vereinbarung hinzuwirken, die dem am Nächsten kommen, was die Vertragsschließenden nach dem Sinn und Zweck der Vereinbarung bestimmt hätten, wenn der Punkt von ihnen bedacht worden wäre.



Inkrafttreten

Das Auftragsverhältnis beginnt für die Abrechnung von Hybrid-DRG-Leistungen ab dem Quartal

____/____.

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

Auftraggeber

Weimar, den _____

_____, den _____

Dr. med. Annette Rommel
1. Vorsitzende des Vorstandes

Unterschrift Arzt oder Ärztlicher Leiter
und Arztstempel

Anlagen

- 1 Bevollmächtigung
- 2 Anlage 1 zur Hybrid-DRG-AV (Abrechnungsziffern für Hybrid-DRG)



Anlage 1

**Bevollmächtigung
der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
im Zusammenhang mit der Abrechnung von Leistungen
auf der Grundlage von § 115f SGB V (Hybrid-DRG)**

Ich habe die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (KVT) gemäß § 115f Abs. 3 Satz 3 SGB V beauftragt, die von mir nach § 115f Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V vereinbarten oder durch Rechtsverordnung gemäß § 115f Abs. 4 SGB V bestimmten Leistungen mit den jeweils zuständigen Krankenkassen abzurechnen. Auf dieser Grundlage bevollmächtige ich die KVT, die von mir in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen gegenüber den Krankenkassen abzurechnen.

Die Vollmacht schließt die Datenübermittlung nach den jeweils geltenden Vorgaben, insbesondere der Hybrid-DRG-AV, die Rechnungslegung sowie den Empfang der von den Krankenkassen zu leistenden Vergütungen ein.

Die Vollmacht gilt für Leistungen ab dem Quartal _____ bis auf schriftlichen Widerruf.

Haupt-Betriebsstättennummer, Praxisname und Rechnungsanschrift:

Angabe aller abrechnungsrelevanten LANR + Arztnamen:

Ort, Datum

Unterschrift Arzt oder Ärztlicher Leiter
Stempel



Anlage 2

Abrechnungsziffern für Hybrid-DRG Anlage 1 zur Hybrid-DRG-AV

Abrechnungsziffer	Bezeichnung	Bewertung
83001	G09N - Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre o. komplexe Herniotomien o. Operation einer Hydrocele testis o. andere kleine Eingriffe an Dün- 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 €



**Vereinbarung zur Beauftragung der
Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
gemäß § 115f Abs. 3 Satz 3 SGB V zur Abrechnung von Leistungen nach der
Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung
(Hybrid-DRG-Verordnung)**

zwischen

dem Auftraggeber

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen,
diese vertreten durch den Vorstand,
dieser vertreten durch die 1. Vorsitzende
(KVT)

Präambel

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz hat der Gesetzgeber mit § 115f SGB V die Grundlage für eine spezielle sektorengleiche Vergütung für Leistungen des Kataloges ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen nach § 115b Abs. 1 Nr. 1 SGB V (AOP-Katalog) geschaffen. Die spezielle sektorengleiche Vergütung soll bestehende Ambulantisierungspotentiale bei bislang unnötig stationär erbrachten Leistungen heben. Die Grundidee ist eine Vergütung, deren Höhe zwischen dem ambulanten (EBM) und stationärem Niveau (DRG) liegt, wodurch einerseits Anreize zur ambulanten Leistungserbringung gesetzt und andererseits höherer stationärer Behandlungsaufwand vermieden werden soll.

Vertragsärztliche Leistungserbringer gemäß § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V, die die in § 115b Abs. 1 Satz 5 SGB V genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen, können die zuständige Kassenärztliche Vereinigung gemäß § 115f Abs. 3 Satz 3 SGB V mit der Abrechnung von nach § 115f Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V vereinbarten oder durch Rechtsvorschrift gemäß § 115f Abs. 4 SGB V bestimmten Leistungen gegen Aufwendungsersatz beauftragen.

§ 1

Erklärung des Auftraggebers

- (1) Mit der Unterzeichnung dieser Vereinbarung beauftragt der gemäß § 115f Abs. 3 Satz 1 SGB V berechnete vertragsärztliche Leistungserbringer die KVT mit der Abrechnung von nach § 115f Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V vereinbarten oder durch Rechtsvorschrift gemäß § 115f Abs. 4 SGB V bestimmten Leistungen entsprechend den jeweils geltenden Vorgaben der Hybrid-DRG-Verordnung und der Vereinbarung gemäß § 115f SGB V in Verbindung mit der Hybrid-DRG-Verordnung über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens für Leistungen nach der Hybrid-DRG-Verordnung aufgrund des § 115f Abs. 4 Satz 1 und 3 SGB V (Hybrid-DRG-AV) in ihrer jeweils aktuell gültigen Fassung.
- (2) Inhalt der Beauftragung ist die ordnungsgemäße Rechnungslegung für den Auftraggeber gegenüber dem zuständigen Kostenträger (Krankenkasse), Empfang der Zahlung von den Krankenkassen für den Auftraggeber sowie Auszahlung der von der Krankenkasse an die KVT gezahlten Vergütung an den Auftraggeber.



- (3) Mit der Unterzeichnung der Vereinbarung verpflichtet sich der Auftraggeber, die für die jeweilige Erbringung und Abrechnung der gemäß § 115f Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V vereinbarten oder durch Rechtsvorschrift gemäß § 115f Abs. 4 SGB V bestimmten Leistungen geltenden gesetzlichen und vertraglichen Rechtsnormen anzuerkennen, zu beachten und einzuhalten.
- (4) Mit seiner Unterschrift versichert der Auftraggeber, berechtigter Leistungserbringer nach § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu sein und die erforderlichen Qualifikationsvoraussetzungen für das ambulante Operieren gemäß der geltenden Qualitätssicherungsvereinbarung zu erfüllen. Der Auftraggeber verpflichtet sich, die KVT unverzüglich schriftlich zu informieren, wenn die Voraussetzungen bei ihm oder den mit ihm gemeinsam tätigen Kollegen nicht oder nicht mehr vorliegen.
- (5) Der Auftraggeber versichert, dass er keine unzulässige Doppelabrechnung vornimmt. Die Leistungen sind ausschließlich auf der Grundlage der Hybrid-DRG-Verordnung und der Hybrid-DRG-AV abzurechnen. Eine parallele Abrechnung nach EBM ist ausgeschlossen.
- (6) Der Auftraggeber versichert, dass die von ihm jeweils abgerechneten Leistungen von keinem anderen Leistungserbringer abgerechnet werden, insbesondere dann, wenn bei dem Eingriff mehrere Leistungserbringer mitgewirkt haben.
- (7) Der Auftraggeber stellt der KVT eine gesonderte Vollmacht (Anlage 1) aus, damit die KVT seinen Vergütungsanspruch gegenüber der zuständigen Krankenkasse geltend machen kann.
- (8) Die Vereinbarungspartner verpflichten sich zur Einhaltung der jeweils geltenden datenschutzrechtlichen Vorgaben.

§ 2

Allgemeine Bestimmungen der Abrechnung

- (1) Der Auftraggeber versichert, die jeweils geltenden Abrechnungsvorgaben, insbesondere auf der Grundlage von § 115f SGB V in Verbindung mit der Hybrid-DRG-Verordnung und der Hybrid-DRG-AV, zu beachten, ebenso wie die von der KVT in diesem Rahmen vorgegebenen Abrechnungsbestimmungen.
- (2) Die Übermittlung der Rechnungen für Leistungen nach der Hybrid-DRG-Verordnung erfolgt für das Leistungsjahr 2024 auf dem Wege der elektronischen Datenübermittlung (quartalsweise KVDT-Abrechnung) auf der Grundlage § 5 (Übergangsregelung) der Hybrid-DRG-AV. Die KVDT-Abrechnung inkl. der Hybrid-DRG-Abrechnungsfälle ist bis zum 10. Tag nach Quartalsende online über KVTOP an die KVT zu übermitteln. Die Abrechnung von Nachzügler-Fällen muss spätestens mit der folgenden Quartalsabrechnung bei der KVT eingereicht werden.

Für das Jahr 2024 erfolgt die Vergütung für Leistungen nach der Hybrid-DRG-Verordnung mittels spezifischer Abrechnungsziffern (GOP 83001 bis 83012) gemäß Anlage 1 der Hybrid-DRG-AV. Neben der Angabe der Abrechnungsziffer als GOP wird zusätzlich der OPS-Kode sowie die Hauptdiagnose übermittelt. Für die Hauptdiagnosen, die der Abrechnung nach Hybrid-DRG zugrunde liegen, ist der ICD-Schlüssel gemäß ICD-10-GM in folgender Form anzugeben: KVDT-Feldkennung 5009 (Freier Begründungstext) mit dem Inhalt „#H_ICD-SCHLÜSSEL#“ (Beispiel: „#H_K40.00#“).

Für die Übermittlung der Rechnungen für Leistungen nach der Hybrid-DRG-Verordnung ab dem Leistungsjahr 2025 werden gesonderte Abrechnungsvorgaben bis spätestens 30.11.2024 bekannt gegeben.



Erfolgt die Übermittlung der Daten nicht innerhalb der von der KVT vorgegebenen Frist, und ist es der KVT daher nicht möglich die in § 3 Abs. 1 der Hybrid-DRG-AV festgelegte Abrechnungsfrist gegenüber den Krankenkassen einzuhalten, erwachsen dem Auftraggeber dadurch keine Forderungen gegenüber der KVT. Sofern sich technisch fehlerhafte oder unvollständige Angaben nach Übermittlung der Daten durch die KVT an die Krankenkassen gemäß § 2 Abs. 4 der Hybrid-DRG-AV ergeben, ist die KVT berechtigt, die Beanstandung hinsichtlich technisch fehlerhafter oder unvollständiger Angaben für den Auftraggeber in Empfang zu nehmen und insoweit abrechnungsfähig zu stellen. Der Auftraggeber ist, sofern dies die KVT für erforderlich hält, zur Mitwirkung verpflichtet. Kommt es mangels erforderlicher Mitwirkung des Auftraggebers zu einer verspäteten, unvollständigen oder fehlerhaften Rechnungslegung gegenüber der zuständigen Krankenkasse, erwachsen dem Auftraggeber hierdurch ebenfalls keine Forderungen gegenüber der KVT.

- (3) Die Vorgaben zur elektronischen Abrechnung, insbesondere zur Datenübermittlung und Datensatzbeschreibung nach der Hybrid-DRG-AV sowie den dazugehörigen Anlagen sind vom Auftraggeber verbindlich zu beachten. Die Hybrid-DRG-Leistungen dürfen ausschließlich über das „sichere Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen“ (KVTOP) an die KVT übermittelt werden.
- (4) Der Auftraggeber versichert auf Grundlage dieser Beauftragung die Richtigkeit und Vollständigkeit der von ihm an die KVT jeweils übermittelten Angaben zur Leistungserbringung und -abrechnung gemäß § 115f SGB V, der Hybrid-DRG-Verordnung und der Hybrid-DRG-AV.
- (5) Die Beauftragung umfasst nicht eine Prüfung der Abrechnung des Auftraggebers auf sachlich-rechnerische Richtigkeit, Wirtschaftlichkeit sowie die Qualität der Leistungserbringung. Diese Prüfungen erfolgen seitens der Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst beauftragen können. Die Beauftragung umfasst ferner nicht eine Prüfung von Beanstandungen, Kürzungen oder sonstigen Einwänden der Krankenkasse bezogen auf die Abrechnung.
- (6) Die KVT übermittelt unter Einhaltung aller geltenden Vorgaben die abzurechnenden Leistungen an die jeweils zuständige Krankenkasse und stellt eine Rechnung im Auftrag des Auftraggebers aus.
- (7) Die Auszahlung der von den Krankenkassen an die KVT gezahlte Vergütung an den Auftraggeber erfolgt auf die für die reguläre Quartalsabrechnung benannte Bankverbindung. Der Zahlungsnachweis erfolgt als Information im Rahmen der regulären Quartalsabrechnung unter separater Ausweisung des Betrages mit Versand des Honorarbescheides für das betreffende Quartal.
- (8) Sofern die zuständige Krankenkasse die Rechnungslegung beanstandet und/oder Kürzungen für betroffene Leistungen vornimmt, erstellt die KVT eine Zahlungsinformation und übersendet diese dem Auftraggeber. In dieser Information werden die den Krankenkassen in Rechnung gestellten Leistungen und die von den Krankenkassen mitgeteilten Differenzen sowie deren Grund ausgewiesen, sofern die Informationen von der zuständigen Krankenkasse mitgeteilt werden.
- (9) Einwendungen gegen die Beanstandungen der Krankenkassen hat der Auftraggeber eigenständig und unmittelbar diesen gegenüber geltend zu machen bzw. zu klären.
- (10) Erfolgt die Vergütungszahlung von der Krankenkasse entgegen den Vorgaben des § 3 der Hybrid-DRG-AV nicht oder nur teilweise innerhalb der in § 3 der Hybrid-DRG-AV festgelegten Zahlungsfrist, stellt die KVT der Krankenkasse die in § 3 Abs. 4 der Hybrid-DRG-AV vorgesehenen Verzugszinsen mit einem Zahlungsziel von zwei Wochen in Rechnung. Der Auftraggeber erhält eine Durchschrift. Nach Ablauf der Zahlungsfrist ist die Angelegenheit bei der KVT abgeschlossen und ggf. bei Nichtzahlung oder nur teilweise Ausgleich dem Auftraggeber zur weiteren Veranlassung zu übermitteln. Dem Auftraggeber wird der Aufwendersersatz in Rechnung gestellt.
- (11) Sachliche bzw. inhaltliche Beanstandungen zur Abrechnung und Vergütung, bezogen auf die zuständige Krankenkasse, hat der Auftraggeber eigenständig und selbstverantwortlich gegenüber der Krankenkasse geltend zu machen.
- (12) Die seitens der zuständigen Krankenkassen an die KVT gezahlten Vergütungen erfolgen auf das



vom Auftraggeber der KVT zu diesem Zweck angegebene Konto. Die KVT zahlt an den Auftraggeber mit befreiender Wirkung. Im Fall einer gemeinsamen Leistungserbringung des Auftraggebers mit weiteren Leistungserbringern erfolgt die Verteilung der einzelnen Leistungsvergütungen an die weiteren Leistungserbringer als Gesamtgläubiger im Innenverhältnis ausschließlich durch den Auftraggeber. Eine Abrechnung der weiteren Leistungserbringer gegenüber der KVT oder den Krankenkassen ist ausgeschlossen.

§ 3 Aufwendungsersatz

- (1) Für die Abrechnung des Auftraggebers gegenüber der zuständigen Krankenkasse erhebt die KVT gemäß § 115f Abs. 3 Satz 3 SGB V einen Aufwendungsersatz auf die geleistete Vergütung der Krankenkasse. Die Höhe des Aufwendungsersatzes entspricht dem jeweils geltenden Verwaltungskostensatz der KVT für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen zuzüglich Umsatzsteuer.
- (2) Anpassungen der Höhe des Verwaltungskostensatzes und damit des Aufwendungsersatzes werden durch die Vertreterversammlung der KVT festgelegt und auf der Internetseite der KVT bekanntgegeben. Die Bekanntgabe erfolgt darüber hinaus in einem gesonderten Anschreiben durch die KVT.
- (3) Die KVT behält den Aufwendungsersatz bei der Zahlung der Vergütung an den Auftraggeber ein.

§ 4 Kündigung

- (1) Die Vereinbarung wird unbefristet geschlossen und kann von beiden Vereinbarungspartnern mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Die Möglichkeit der fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt dabei unberührt.
- (2) Sofern die Berechtigung des Auftraggebers oder der mit ihm tätigen Leistungserbringer gemäß § 115 Abs. 3 Satz 3 SGB V nicht mehr gegeben ist, endet die Vereinbarung automatisch.

§ 5 Salvatorische Klausel

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam oder nichtig sein oder werden, so berührt dies die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen dieser Vereinbarung nicht.
- (2) Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, unwirksame oder nichtige Bestimmungen durch neue Bestimmungen zu ersetzen, die dem in den unwirksamen oder nichtigen Bestimmungen enthaltenen wirtschaftlichen Regelungsgehalt in rechtlich zulässiger Weise gerecht werden. Entsprechendes gilt, wenn sich in dieser Vereinbarung eine Lücke herausstellen sollte. Zur Ausfüllung der Lücke verpflichten sich die Vereinbarungspartner auf die Etablierung angemessener Regelungen in dieser Vereinbarung hinzuwirken, die dem am Nächsten kommen, was die Vertragsschließenden nach dem Sinn und Zweck der Vereinbarung bestimmt hätten, wenn der Punkt von ihnen bedacht worden wäre.



§ 6 Inkrafttreten

Das Auftragsverhältnis beginnt für die Abrechnung von Hybrid-DRG-Leistungen ab dem Quartal

____/____.

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

Auftraggeber

Weimar, den _____

_____, den _____

Dr. med. Annette Rommel
1. Vorsitzende des Vorstandes

Unterschrift Arzt oder Ärztlicher Leiter
und Arztstempel

Anlagen

- 1 Bevollmächtigung
- 2 Anlage 1 zur Hybrid-DRG-AV (Abrechnungsziffern für Hybrid-DRG)



Anlage 1

**Bevollmächtigung
der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
im Zusammenhang mit der Abrechnung von Leistungen
auf der Grundlage von § 115f SGB V (Hybrid-DRG)**

Ich habe die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (KVT) gemäß § 115f Abs. 3 Satz 3 SGB V beauftragt, die von mir nach § 115f Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V vereinbarten oder durch Rechtsverordnung gemäß § 115f Abs. 4 SGB V bestimmten Leistungen mit den jeweils zuständigen Krankenkassen abzurechnen. Auf dieser Grundlage bevollmächtige ich die KVT, die von mir in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen gegenüber den Krankenkassen abzurechnen.

Die Vollmacht schließt die Datenübermittlung nach den jeweils geltenden Vorgaben, insbesondere der Hybrid-DRG-AV, die Rechnungslegung sowie den Empfang der von den Krankenkassen zu leistenden Vergütungen ein.

Die Vollmacht gilt für Leistungen ab dem Quartal _____ bis auf schriftlichen Widerruf.

Haupt-Betriebsstättennummer, Praxisname und Rechnungsanschrift:

Angabe aller abrechnungsrelevanten LANR + Arztnamen:

Ort, Datum

Unterschrift Arzt oder Ärztlicher Leiter
Stempel



Anlage 2

Abrechnungsziffern für Hybrid-DRG Anlage 1 zur Hybrid-DRG-AV

Abrechnungsziffer	Bezeichnung	Bewertung
83001	G09N - Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre o. komplexe Herniotomien o. Operation einer Hydrocele testis o. andere kleine Eingriffe an Dün- 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 €