



## Beschlüsse zur Abrechnung der Hybrid-DRG zum 01.01.2025

### Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung

Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die KBV haben gemeinsam eine Vereinbarung zur speziellen sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f SGB V (Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung) geschlossen. Sie löst die Hybrid-DRG-Verordnung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) ab, die bis zum 31.12.2024 befristet ist.

#### Das sind die wichtigsten Eckpunkte:

- Es gibt 22 Hybrid-DRGs, die Vertrags- und Klinikärzte im kommenden Jahr abrechnen können (Anlage 2 Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung). Davon sind zehn neu. Neu hinzu gekommen sind Hybrid-DRGs für Eingriffe an Analfisteln, endoskopische Eingriffe an Galle, Leber und Pankreas, Eingriffe an Hoden und Nebenhoden sowie Lymphknotenbiopsien.
- Der Leistungskatalog enthält jetzt 575 OPS-Kodes (Anlage 1 Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung). Dabei wurden auch in den bestehenden Hybrid-DRGs für Hernienoperationen, arthroskopische Eingriffe, Arthrodesen und Operationen an den Ovarien Erweiterungen oder Verschiebungen von OPS-Kodes vorgenommen. Dies ist dem Ansatz geschuldet, dass die Hybrid-DRGs in die Systematik des aDRG-System integriert sind und dessen Logik folgen.
- Alle bisherigen Hybrid-DRGs werden höher vergütet; die Steigerungsraten gegenüber 2024 liegen zwischen 1,8 und 15,6 Prozent.
- Sachkosten außer Sprechstundenbedarf sind aufgrund der bestehenden Gesamtsystematik des Hybrid-DRG/aDRG-Systems weiterhin in den Fallpauschalen enthalten und nicht parallel abrechnungsfähig.
- Der Sprechstundenbedarf kann für das Jahr 2025 separat abgerechnet werden.
- Vertragsärzte rechnen postoperative Nachbehandlung wie gehabt eingriffsbezogen nach den Vorgaben des EBM ab.
- In der Vereinbarung wurde explizit festgelegt, dass im nächsten Jahr eine Lösung für eine angemessene Höhe der Sachkosten erarbeitet werden soll.
- Eine Wahlmöglichkeit der EBM-Abrechnung anstelle der Hybrid-DRGs ist nicht enthalten, da die Anpassungen zu § 115f SGB V durch das Krankenhausversorgungsstärkungsgesetz diese ausdrücklich ausschließt. Konkret heißt das: Gibt es für einen Eingriff eine Hybrid-DRG, ist die Abrechnung des Eingriffs nach EBM nicht möglich.

#### Inhalte der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung:

Die Vereinbarung regelt unter anderem, wer Leistungen nach § 115f SGB V abrechnen darf, welche Qualitätsanforderungen gelten und wie der Zugang der Patienten erfolgt.

Im § 4 wird der Leistungsinhalt der Fallpauschalen definiert. Die Leistungen beginnen nach Abschluss der Indikationsstellung und Überprüfung der Operationsfähigkeit mit der Einleitung der Maßnahmen zur Operationsplanung und -vorbereitung und enden mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung in der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird.

In § 5 ist u. a. geregelt, dass folgende Leistungen Bestandteil des Hybrid-DRG sind und somit nicht nach EBM berechnet werden dürfen:

- eine weitere Fallpauschale gemäß dieser Vereinbarung oder zusätzliche Eingriffe,
- Aufklärung des Patienten über den vorgesehenen Eingriff,
- perioperative Anästhesieleistungen beginnend mit der Feststellung der Operationsfähigkeit im Hinblick auf das Narkoserisiko, z. B. gemäß ASA, inklusive Anästhesieaufklärung, und Prämedikation,
- perioperative Laboruntersuchungen,
- histopathologische und zytologische Beurteilung von intraoperativ entnommenen Materials gemäß Indikation und diagnostischer oder therapeutischer Fragestellung,
- perioperative bildgebende Verfahren,
- postoperative Überwachung und Nachbeobachtung,
- Sachkosten und Arzneimittel mit Ausnahme von Sprechstundenbedarf,
- Kosten für Unterkunft und Verpflegung,
- ärztliche Abschlussuntersuchung(en),



- Dokumentation(en),
- Erstellung und Übermittlung eines Abschlussberichts an den weiterbehandelnden Arzt mit mindestens folgenden Informationen: Diagnose, Therapieangaben, gegebenenfalls angezeigte Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit,
- Aushändigung des Abschlussberichts an die Versicherten.

Die v. g. Leistungen können nicht nach EBM abgerechnet bzw. veranlasst werden. Die Aufteilung des Honorars erfolgt im Innenverhältnis zwischen den beteiligten Praxen. Vorgaben dazu gibt es nicht.

**Achtung!** Die nicht über EBM abrechenbaren perioperativen Leistungen müssen auf den Überweisungsscheinen durch die operierende Einrichtung auch explizit als Leistung im Zusammenhang mit einem Hybrid-DRG gekennzeichnet werden, damit diese Leistungen nicht versehentlich nach EBM abgerechnet werden. Der Aufdruck "Hybrid-DRG" auf dem Überweisungsschein sowie die Information über die interne Verrechnung ist also sehr wichtig.

Folgende Leistungen sind gesondert abrechenbar:

- für Hausärzte die präoperative Diagnostik nach Abschnitt 31.1 EBM
- die postoperative Behandlung nach Abschnitt 31.4 EBM
- die präanästhesiologische Untersuchung nach GOP 05310 vor einem geplanten Eingriff nach Hybrid-DRG – aber nur, wenn die OP nicht stattfand und der zugrundeliegende OPS im Abschnitt 2 des EBM enthalten ist
- die präanästhesiologische Untersuchung nach GOP 05311 vor einem geplanten Eingriff nach Hybrid-DRG – aber nur, wenn die OP nicht stattfand und der zugrundeliegende OPS nicht im Abschnitt 2 des EBM enthalten ist

#### **Anpassungen im EBM:**

##### **GOP 05311 weiterhin berechnungsfähig:**

Die GOP 05311 kann bis zum 31.12.2025 weiter abgerechnet werden. Die Leistung war bis Ende 2024 befristet. Auch wird die GOP 05311 inhaltlich dahingehend angepasst, dass sie im Behandlungsfall neben der Hybrid-DRG berechnungsfähig ist. Dies ist der Fall, wenn die Operation nach § 115f SGB V aufgrund einer initial nicht gegebenen Narkosefähigkeit erst mindestens vier Wochen nach der präanästhesiologischen Untersuchung (GOP 05311) durchgeführt werden kann. Rechnen Ärzte die GOP 05311 ab, müssen sie in diesem Fall die GOP 88110 angeben.

Die ursprünglich bis Ende dieses Jahres befristeten Regelungen gemäß der Nr. 3 der Präambel 31.1.1 Präoperative Gebührenordnungspositionen und der Nr. 6 der Präambel 31.4.1 Postoperative Behandlungskomplexe werden ebenfalls bis zum 31.12.2025 verlängert. **Neu ist, dass die GOP 88110 künftig bei allen postoperativen Behandlungen im Zusammenhang mit einem Eingriff nach § 115f SGB V anzugeben ist.**