

# 3. Fehlstart für Hybrid-DRGs

## Wichtige Informationen im Umgang mit Hybrid-DRGs 2024

Der Algorithmus und weiterhin ungeklärte Fragen (Stand: 15.02.2024)!

In unseren Veranstaltungen sowie in Publikationen sehen wir immer wieder Informationen, die aus unserer Sicht veraltet, verzerrt oder falsch darstellen, wie Hybrid-DRGs abgerechnet und/oder angesteuert werden. Dazu haben wir Merksätze und Grafiken erstellt, die den Einstieg in den Algorithmus hoffentlich erleichtern.

Zudem bleiben auch nach der Veröffentlichung der Vereinbarung zur Umsetzung des Abrechnungsverfahrens vom 06.02.2024 sowie der §301-Vereinbarung vom 09.02.2024 zahlreiche Fragen offen, von denen wir hier exemplarisch nur einige stellen können. Wichtig: Für den ambulanten Bereich (= Nicht-Krankenhäuser) ist die Abrechnung mit Hybrid-DRGs durch diese o. a. Vereinbarung immer noch nicht geklärt; geschweige denn möglich.

Es ist schon sehr befremdlich mit anzusehen, wie sich durch Inkompetenz und Stückwerk der Verantwortlichen in BMG und Selbstverwaltung das im Prinzip sinnvolle Hybrid-DRG-System im bereits 3. Fehlstart darstellt!

### 1. Fehlstart:

Zunächst sollte das Hybrid-System zum 01.01.2023 eingeführt werden; am 01.04.2023 erklärte die Selbstverwaltung ihr Scheitern. Demnach war das BMG gefordert, eine Ersatzvorkehrung zu entwickeln, die auf sich warten ließ.

### 2. Fehlstart:

Dann kam der „große Hybrid-DRG-Verordnungs-Entwurf“ des BMG vom 21.09.2023, der drei turbulente Monaten mit lebhafter Diskussion in der Fachwelt zur Folge hatte. Unzählige Verbesserungsvorschläge, Änderungswünsche, Kritik und Häme aus Experten- und Lobbyistenkreisen führte dazu, dass ohne irgendeine Vorankündigung am letzten Donnerstag vor Heiligabend 2023 der Entwurf wieder einkassiert und auf vier Sätze zurück gestutzt wurde. Man hatte im BMG angeblich erst kurzfristig bemerkt, dass man für Abrechnungsregeln doch nicht zuständig sei und gab den schwarzen Peter an die Selbstverwaltung zurück.

### und nun der 3. dilettantische Startversuch:

Die Selbstverwaltung - ohne KBV! – denkt sich lückenhafte und nicht eindeutige Regeln aus, die zunächst einmal nur für Krankenhäuser gelten und die anderen (ambulanten) Anbieter nicht beinhalten. Sollen diese Regeln dann demnächst wieder geändert werden, wenn die KBV dazu stößt? Gilt der Ausschluss der alternativen EBM-Abrechnung auch für ambulante Anbieter? Was ist, wenn die EBM-Abrechnung den Hybrid-Erlös übersteigt? Wann beginnt und wann endet eine Hybrid-DRG – erst recht in Kooperation mit anderen ambulanten Anbietern? Welche Über- und Einweisungsmodalitäten gibt es?

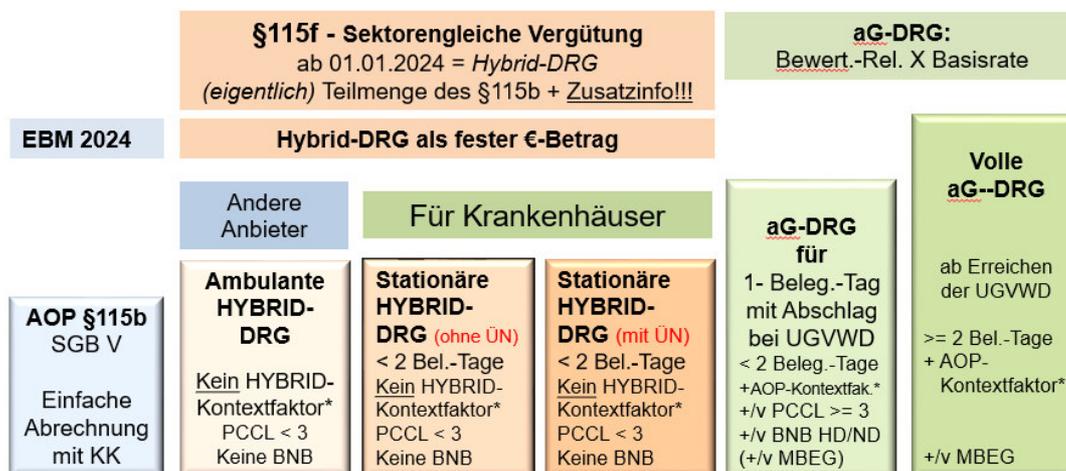
Dazu gibt es auch noch §301-Übergangslösungen in der stationären Abrechnung bis zum 01. Mai 2024, die vorsichtig gesagt an Merkwürdigkeit nicht zu überbieten sind.

Aus diesem Grund finden Sie hierzu von uns keine Hinweise, da aus unserer Sicht diese kurzfristig überarbeitet/konkretisiert werden müssen und es sich nicht lohnen dürfte, für einen Übergangszeitraum von 10 Wochen ein hausinternes Chaos zu veranstalten.

Wir haben im Folgenden zunächst einige Grundregeln aufgestellt, die zusammenfassend darstellen, wie überhaupt eine Hybrid-DRG angesteuert werden kann. Dazu ist es allerdings notwendig, über einen Grouper 2024 zu verfügen, der sämtliche „K.O.-Kriterien“ aus Verweildauer, Haupt- und Nebendiagnosen bzw. OPS-Kodes berücksichtigt:

- 1. Verweildauer <= 2 Kalendertage für den ermittelten Fall**  
= Keine oder eine Übernachtung! Für Krankenhäuser lt. Abrechnungsverordnung vom 09.02.2024 sind auch ambulante Fälle nach §301 stationär abzurechnen!
- 2. OPS-Kode aus Starterkatalog der Anlage 1**  
(Hybrid-DRG-Verordnung: Teilmenge des AOP-Kataloges 2024)
- 3. Da eine Hybrid-DRG der Anlage 2 der Hybrid-DRG-Verordnung** die Teilmenge („Tochter“) einer eindeutig zugeordneten „Mutter-DRG“ aus dem FP-Katalog 2024 darstellt, sind für die Ansteuerung einer Hybrid-DRG immer mehrere Faktoren verantwortlich (z. B. die passende Hauptdiagnose; keine Hybrid-Kontextfaktoren; keine Ausschlusskriterien wie komplexere Diagnosen und Prozeduren).
- 4. PCCL < 3 (Nebendiagnose-Schweregrad)**
- 5. Keine bösartige Neubildung (BNB) als Haupt- oder Nebendiagnose**  
Kein DKR-konformer ICD-Kode, der mit C- beginnt!

## Abrechnung 2024 im „Überblick“ Neue Möglichkeiten durch Hybrid-DRGs!



**\*Das Problem der unterschiedlichen Kontextfaktoren an einem Beispiel:**  
Wenn VWD = 1 Tag + PCCL >= 3; aber kein AOP-Kontextfaktor:  
**Keine Hybrid-DRG möglich! Primäre Fehlbelegung wg. fehlender AOP-Kontextfaktoren???**

## Unterscheide AOP- von Hybrid-Kontextfaktoren!

An dieser Stelle dürfen AOP-Kontextfaktoren nicht mit Hybrid-Kontextfaktoren verwechselt werden. Sie besitzen zwar große Überschneidungen; aber auch eigene Vorgaben, was zu merkwürdigen Konstellationen führen kann. So stellen z. B. die Pflegegrade 4 oder 5 einen AOP-Kontextfaktor, aber keinen Hybrid-Kontextfaktor dar.

### Beispiel 1:

- Patientin mit Pflegegrad 4 wird an einer Leistenhernie (OPS aus Anlage 1) operiert = Vollstationäre Indikation gesichert (wg. Vorliegen des AOP-Kontextfaktors).
- Patientin wird am Tag nach der OP entlassen = 1 Tag Verweildauer:  
= Hybrid-DRG (VWD <= 1 Tag; normaler Algorithmus)  
= Keine 1-Belegungstag-DRG wie die G24C abrechenbar; da OPS aus Anlage 1 (HYB-V.)

### Beispiel 2a bis 2c:

- Patientin mit Pflegegrad 3 erhält eine Exzisionsbiopsie am Ovar (OPS aus Anlage 1)
  - 2a: Entlassung noch am OP-Tag;** Histologie steht noch aus = Unklarer Befund!  
= Hybrid-DRG (normaler Algorithmus).
  - 2b: Patientin wird am nächsten Tag nach der Operation entlassen; Unklarer Befund**  
= Hybrid-DRG (VWD <= 1 Tag; normaler Algorithmus)
  - 2c: Patientin wird am OP-Tag entlassen; Histologie 3 Tage später: Ovarial-Ca (ICD C56)**  
= Keine Hybrid-DRG (VWD <= 1 Tag; normaler Algorithmus: Ausschluss wg. BNB)  
= Keine ambulante Abrechnung nach EBM möglich (s. u. Umsetzungsvereinbarung)  
= Ist eine 1 Belegungstag-DRG abrechenbar; da keine Alternative möglich!?

Umsetzungsvereinbarung: § 1 Absatz 4: Grundlagen der Abrechnung: Eine Abrechnung für die in der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung genannten Leistungen über die Vergütungssystematik für Leistungen des Vertrages nach § 115b SGB V ist ausgeschlossen.

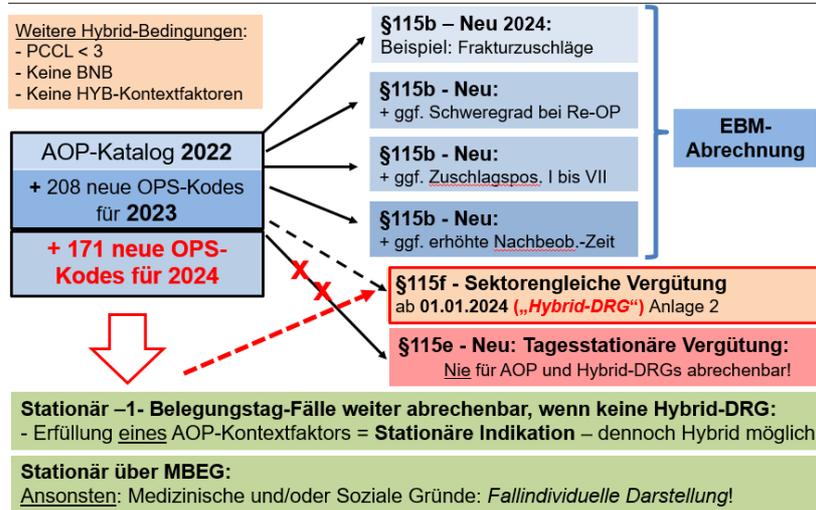
### Beispiel 3:

- Patientin wird an einer Leistenhernie (OPS aus Anlage 1) operiert; sie erhält am Tag nach der OP morgens eine „Hormon-Tablette“ aufgrund ihrer bekannten Karzinomerkkrankung; somit DKR-konforme Kodierung des Mamma-CA (ICD C50.-); ansonsten keine Komorbiditäten.
- Patientin wird also am Tag nach der OP entlassen (= 1-Belegungstag):  
= Normalerweise Ansteuerung einer Hybrid-DRG (VWD <= 1 Tag; normaler Algorithmus)  
= Aber: Hybrid-Kontextfaktor BNB (Mamma-CA);  
= 1-Belegungstag-DRG G24C mit Abschlag;  
aber es ist kein AOP-Kontextfaktor vorhanden!  
= Medizinische Begründung (MBEG) erforderlich?  
und:  
*Was wäre abzurechnen, wenn die Patientin in dieser Konstellation noch am OP Tag das Krankenhaus wieder verlassen sollte (s.o.: Beispiel 2c: Ausschluss der §115b-SGBV-Abrechnung)?*

**Diese Beispiele sollen nur einen kleinen Auszug von möglichen Fällen darstellen, die sich in den nächsten Wochen und Monaten als Probleme ergeben und von der Selbstverwaltung noch gelöst werden müssen!**

## Ist das die angekündigte Entbürokratisierung im Gesundheitswesen?

### Ansteuerung 2024, wenn VWD < 2 Tage OPS aus Anlage 1 = Hybrid-DRG aus Anlage 2



### Weitere Fragen, für die sich bislang noch keiner verantwortlich fühlt – bei Bedarf bitte ergänzen:

- **Wer legt wann fest, welches Behandlungsverfahren gewählt wird?**  
Einweisung/ Überweisung/ Notaufnahme/ Krankenhausambulanz ...
  - **Leistungen vor und nach der Hybrid-DRG?**  
Wie sind diese Zeiträume exakt definiert? Was ist inklusive (Diagnostik etc.?)  
Wer darf wann etwas zusätzlich abrechnen? EBM? Vor-/ Nachstationär? ...
  - **Wiedervorstellung bei Komplikationen und Problemen:**  
Was ist Bestandteil der Hybrid-DRG? Was ist extra abzurechnen? Von wem? ...
  - **Umgang mit Privatpatienten: Dieselben Regelungen wie bei der GKV?**  
Abrechnung des Einbett-/Zweibettzimmers bei Tagesfällen ohne Übernachtung? ...
  - **Ambulant versus stationär bei „Same-Day-Fällen“ – Entlassung am OP-Tag:**  
Probleme bei stationär Zusatzversicherten – GOÄ und Ein-/Zweibettzimmer abrechenbar?
  - **Aufteilung der Hybrid-DRGs unter Leistungserbringern?**  
Individuelle Lösungen? €-Beträge? Delegation? Verantwortung?
  - **MD-Prüfungen:** Nach §115f SGB V sind diese erlaubt: Wann? Warum? Was?  
Anrechnung auf die Prüfquote? Strafzahlungen? Prüfung Hybrid-DRG bei Ambulanten OP?
- ... und zahlreiche weitere Fragen, Probleme, Ungereimtheiten,  
für die mir hier der Platz und die Worte fehlen!

Kevelaer, den 15.02.2024

Kaysers Consilium GmbH

Dr. med. Heinz-Georg Kaysers

info@kaysers-consilium.de