KAYSERS CONSILIUM

Hybrid-DRGs 2025:
EBM-Abrechnung der Anlage 1 nicht möglich?
Denkfehler oder Absicht?

Undeutliche Formulierung im KHVVG und in der Hybrid-DRG-Verordnung lässt Abrechnungschaos für 2025 befürchten

Ab dem 01. Januar 2025 wird der Hybrid-DRG-Katalog auf insgesamt 22 abrechenbare Fallpauschalen erweitert. Schon im Jahr 2024 traten vereinzelt die im Folgenden aufgeführten Abrechnungsprobleme auf, die meistens auf dem kleinen Dienstweg zwischen Krankenhaus und Krankenkasse pragmatisch gelöst wurden.

Die Hoffnung, in einem lernenden System würde sich zeitnah etwas ändern, hat sich leider nicht erfüllt. Durch die wieder einmal zur Regel gewordene, sehr späte Veröffentlichung der Hybrid-Preise sowie der Abrechnungsdetails (Postoperative Versorgung im Krankenhaus/Zusatzentgelte bei der H41* usw.) am letzten Tag der Vorweihnachtswoche werden Krankenkassen und Krankenhäuser wieder einmal genötigt, in kürzester Zeit die Probleme zu lösen und voraussichtlich mit Übergangslösungen zu leben. Soviel zur Entbürokratisierung und zu unnötigen Kosten.

Jetzt kommen wir zum eigentlichen Problem, das aus unserer Sicht nur mit einer sehr zeitnahen Klarstellung aus der Welt geschafft werden kann.

In der Formulierung des **KHVVG** zum **§115 f SGB V** - in Kraft getreten am 12.12.2024 – heißt es (Rot=Neu eingefügt für 2025):

> (1) Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 vereinbaren
> 1. eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär mit Übernachtung erbracht wird, und
> 2. für welche der in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten Leistungen die Vergütung ausschließlich nach Nummer 1 erfolgt.

sowie in der **Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung** vom 18.12.2024:

> **§ 1 Grundlagen der Abrechnung**
>
> (2): *„Eine Abrechnung für die in der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung vom 18.12.2024 genannten Leistungen über die Vergütungssystematik für Leistungen des Vertrages nach § 115b SGB V ist ausgeschlossen*."

Zugegeben: So stand es auch schon in § 1 (4) der Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung für 2024; aber das macht es in der Sache nicht besser, da trotzdem dieses Problem bislang nicht gelöst wurde (s. u.).

Denn die Absolutheit dieser beiden Aussagen lässt ja eine alternative Abrechnung nicht zu. In der Anlage 1 stehen nun einmal lediglich die OPS-Kodes.

Was passiert dann in der Abrechnung mit den Patienten, bei denen ein Hybrid-Kontextfaktor vorliegt (z. B. eine bösartige Neubildung/ ein PCCL-Wert von 3/ ein zweiter oder dritter OPS-Kode bei Mehrfacheingriffen) und sich im DRG-Grouping keine Hybrid-DRG ergibt?

Dieses Problem stellt sich sowohl für ambulante Anbieter als auch für Krankenhäuser dar – in unterschiedlichen Konstellationen.

Der Gesetzgeber und die Selbstverwaltung haben die o. a. Formulierungen bestimmt gewählt, um ambulante Abrechnung nicht zuzulassen, wenn die EBM-Leistung aus der Anlage 1 im Grouping eine Hybrid-DRG ergibt – so weit, so gut.

Hält sich der niedergelassene Arzt allerdings an die Deutschen Kodierrichtlinien, ergibt beispielsweise die Hauptdiagnose Pankreaskarzinom bei einer Feinnadelpunktion des Pankreas keine Hybrid-DRG (da die BNB hier einen Hybrid-Kontextfaktor darstellt). Was rechnet der niedergelassene Bereich dann ab? Eine (stationäre) aG-DRG für ambulante Leistungen existiert nicht; eine Alternative gibt es also nicht. **Hierzu braucht es einer Überarbeitung des Regelwerks und einer eindeutigen Klarstellung**!

Auch für den stationären Bereich ist das Problem nicht trivial:

Der Patient bleibt nur einige Stunden nach der Feinnadelpunktion, der Endosono oder irgendeiner anderen Leistung aus der Anlage 1 des Hybrid-DRG-Kataloges. Er verlässt das Krankenhaus am selben Kalendertag. Somit wäre theoretisch und praktisch eine Hybrid-DRG-Abrechnung möglich. Zeigt die Histologie aber einige Tage später einen (bösartigen) Befund oder lassen andere Kontextfaktoren eine Hybrid-Abrechnung nicht zu: Wie wäre die Leistung denn dann abzurechnen?

Bei gleichzeitigem Vorhandensein eines Hybrid-Kontextfaktors muss naturgemäß eine alternative EBM- bzw. DRG-Abrechnung möglich sein – sonst ist nach unserer Auffassung das Regelwerk nicht nachvollziehbar! Also bleiben folgende Optionen:

Möglichkeit A: Alle Hybrid-Kontextfaktoren (die eine Abrechnung der Hybrid-DRG ausschließen) wären eine Legitimation für Kliniken, alle OPS-Kodes der Anlage 1 immer als stationären 1-Belegungstag-Fall abzurechnen.

Möglichkeit B: Fälle, die an demselben Kalendertag wieder nach Hause gehen und Hybrid-Kontextfaktoren aufweisen (also nicht in eine Hybrid-DRG führen), sollen dennoch mit einer Hybrid-DRG abgerechnet werden.

Möglichkeit C: Fälle mit einer Entlassung am selben Kalendertag, die aufgrund ihrer Kontextfaktoren nicht in eine Hybrid-DRG führen, müssen ambulant abgerechnet werden. Aber wie denn? Eine EBM-Abrechnung ist ja nicht möglich.

Möglichkeit D: Da sich der Gesetzgeber und die Selbstverwaltung darüber keine Gedanken gemacht haben, rechnet der Anbieter nichts ab.

Die nicht ganz ernst gemeinte Möglichkeit D ist aber zum augenblicklichen Zeitpunkt die einzig machbare Variante und hat auch im Jahr 2024 für zahlreiche Auseinandersetzungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen geführt.

Diese Fälle sind unseren Mandanten bekannt und zum Teil auch noch nicht abgerechnet worden – wie auch? Es bedurfte pragmatischer Lösungsansätze und der Bereitschaft der Krankenkassen, diese auch zu wollen.

Die Autoren haben in den letzten 8 Wochen vor dieser Veröffentlichung Daten aus ca. 200 Krankenhäusern gegroupt und gesichtet. **Die o. a. Problematik tritt in allen Hybrid-DRG-Bereichen auf und ist nicht vernachlässigbar**!

Beispiele für das Jahr 2025 (gab es auch z. T. schon für 2024):

- *Mehrfacheingriffe an den Füßen*
- *Lymphkotenbiopsien mit Lymphknotenexzisionen*
- *Gynäkologische und urologische Eingriffe bei bösartigen Neubildungen*
- *Insbesondere die gastrointestinalen OPS-Kodes bei BNB* usw.

Zwar formuliert die Selbstverwaltung für 2025 in der Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung § 5 *Vergütung für Leistungen* in Absatz 9:

„Die Vertragspartner werden jeweils bilateral (…) Regelungen dazu treffen, welche Abrechnungsregularien für den jeweiligen Versorgungsbereich gelten, sofern die Zuordnung einer Leistung der Anlage 1 dieser Vereinbarung (Leistungskatalog) zu einer Hybrid-DRG gemäß Abs. 1 nicht erfolgt.)

Aber wie lange sollen die ambulanten Anbieter und die Krankenhäuser auf die Lösung des schon lange bekannten Problems noch warten? Bis Weihnachten 2025?

Auch hier wird es also wieder einen großen unterjährigen Anpassungsbedarf für die §301-Datensätze, die ambulanten Abrechnungslösungen, Schulungs- und Informationsbedarf sowie unnötige Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und Anbietern geben, bis dieser Sachverhalt gelöst ist.

Hier noch ein weiteres Problem, das aus unserer Sicht für 2025 noch zeitnah zu lösen ist und sich aus der kleinen, aber bedeutsamen Änderung im §115f SGB V zu ambulanten und stationären Hybrid-Fällen ergeben könnte:

- Die Abrechnung von PKV-Zusatzversicherten:
- Nach der o. a. §115f SGB V-Änderung sind Hybrid-DRG-Fälle, die das Krankenhaus am selben Kalendertag des Eingriffs verlassen, ab 01.01.2025 eindeutig ambulante Hybrid-DRG-Fälle.
- Was bedeutet das für die Abrechnung mit der PKV? Bleibt es bei der Zusage, dass Krankenhäuser auch bei Privatversicherten die Hybrid-DRGs abrechnen können? Aus den uns vorliegenden Stellungnahmen ist das für „V*oll*"-Privatversicherte zwar zu entnehmen; aber eine eindeutige Aussage für Zusatzversicherte fehlt unseres Erachtens und dürfte mit dem §115f SGBV-Hinweis *„stationär mit Übernachtung*" neuen Zündstoff erhalten.

Zugegeben – der Teufel steckt auch hier im Detail und niemand ist perfekt. Aber es ist schon ärgerlich bis enttäuschend, dass Hybrid-Preise angeblich schon im Sommer 2024 kalkuliert waren (diese wurden spätestens am 08. November 2024 bei einer KBV-Tagung präsentiert) und die Selbstverwaltung es nicht geschafft hat, Ergebnisse und Umsetzungsvereinbarungen früher festzulegen.

Somit kommt es auch dieses Jahr wieder zu der lange bewährten vorweihnachtlichen Tradition, die Krankenhäuser, Krankenkassen, KIS-Anbieter und deren zahlreichen Mitarbeiter/-innen am letzten Werktag vor den Weihnachtsferien mit Fragen und Problemen zu unklaren, unvollständigen und z. T. unsinnigen Katalogen und Verordnungen zu überhäufen, die sich erst im kommenden Kalenderjahr (hoffentlich) lösen lassen.

In dem Sinne: **Ein schönes Weihnachtsfest und alles Gute für das neue Jahr!**

Kevelaer, den 23. Dezember 2024

Dr. med. Heinz-Georg Kaysers
Krankenhausbetriebswirt (VKD)

KAYSERS **CONSILIUM**GmbH Schulung und Beratung im Gesundheitswesen
Marienstraße 24-26 47623 Kevelaer

Weitere Informationen und Literatur: info@kaysers-consilium.de