

AMBULANTES OPERIEREN UND HYBRID-DRGs 2024

AUSWIRKUNGEN AUF KLINISCHE UND AMBULANTE LEISTUNGSERBRINGER AUS DER MEDTECH-PERSPEKTIVE

Franz + Wenke GmbH

PD Dr. med. Dominik Franz
d.franz@dasgesundheitswesen.de

Mendelstraße 11
Tel.: 0251-149 824 10



Andreas Wenke
a.wenke@dasgesundheitswesen.de
48149 Münster
www.dasgesundheitswesen.de



FRANZ + WENKE
Beratung im Gesundheitswesen



Die Unternehmen der
Medizintechnologie
www.bvmed.de

Webinar
18. April 2024

Ambulantes Operieren und Hybrid-DRGs 2024

Auswirkungen auf klinische und ambulante Leistungserbringer aus der MedTech-Perspektive

> AOP-Katalog 2024
> Hybrid-DRGs 2024

BV **Med**AKADEMIE

13:40 – 14:30 Uhr PD Dr. med. Dominik Franz

AOP-Katalog 2024

- Erweiterung der ambulant zu erbringenden Leistungen
- Erweiterung der Kontextfaktoren
- Frakturzuschlüge
- Optimierung der ambulanten OP-Abrechnung
- Die MedTech-Perspektive

14:30 – 15:30 Uhr Andreas Wenke

Hybrid-DRGs 2024

- Sie sind da! Um welche Leistungen geht es?
- Wie hoch sind die Erlöse? Umgang mit Sachkosten?
- Hybrid-DRGs oder AOP – haben Kliniken eine Wahl?
- Chancen und Risiken für die Leistungserbringer?
- Chancen und Risiken für MedTech-Unternehmen?
- Wie geht es weiter? Leistungen der Anlage 3 des Referentenentwurfs

15:30 Uhr Fragen & Diskussion



HYBRID-DRGs

UM WELCHE LEISTUNGEN GEHT ES?

Die Rechtshistorie von Gesetz und Verordnungen



Aktuell ist viel Bewegung in die Hybrid-DRGs gekommen

Datum	Verordnung/Vereinbarung	Beteiligte	Inhalt
19.12.2023	Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-V)	BMG	Festlegung der Hybrid-DRGs inkl. Erlöse
06.02.2024	Änderungsvereinbarung zur Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2024 (Fallpauschalenvereinbarung 2024 – FPV 2024)	GKV-Spitzenverband, Berlin Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., Köln Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin	Wegfall der Anlage 3c des FP-Kataloges Damit Wegfall von Pflegeentgelten
06.02.2024	Vereinbarung zur Umsetzung des Abrechnungsverfahrens der speziellen sektorengleichen Vergütung gemäß § 115 f SGB V (Hybrid DRG) im Rahmen der Datenübermittlung gemäß § 17c Absatz 5 KHG PKV Hybrid DRG Umsetzungsvereinbarung)	Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., Köln Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin	Fristen und technische Abwicklung der Abrechnung nach § 115f SGB V
13.03.2024	Vereinbarung gemäß § 115f SGB V i. V. m. der Hybrid-DRG-Verordnung über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens für Leistungen nach der Hybrid-DRG-Verordnung aufgrund des § 115f Absatz 4 Satz 1 und 3 des SGB V (Hybrid-DRG-AV)	GKV-Spitzenverband, Berlin Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin	Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens für Leistungen nach der Hybrid-DRG-Verordnung für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer
27.03.2024	Vereinbarung über den Leistungskatalog gemäß § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 115f Absatz 2 Satz 2 SGB V (Hybrid-DRG-Vereinbarung)	GKV-Spitzenverband, Berlin Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin	Festlegung der OPS-Kodes für die Erweiterung der Hybrid-DRGs 2015 inkl. Kalkulationsanforderungen für das InEK

Die gesetzliche Grundlage für die Hybrid-DRGs

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung

§ 115f Spezielle sektorengleiche Vergütung; Verordnungsermächtigung

(1) Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 vereinbaren bis zum 31. März 2023

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

Die nach Satz 1 Nummer 1 vereinbarte Vergütung ist für jede nach Satz 1 Nummer 2 vereinbarte Leistung individuell als Fallpauschale zu kalkulieren. Unterschiede nach dem Schweregrad der Fälle sind dabei durch die Bildung von Stufen zu berücksichtigen. Bei der erstmaligen Kalkulation sind die für die jeweilige Leistung im stationären und ambulanten Bereich für das zum Zeitpunkt der Kalkulation letzte Abrechnungsjahr gezahlten Vergütungsvolumina sowie die Anzahl der erbrachten Fälle zu berücksichtigen.

(...)

(3) Zur Erbringung der nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten oder durch Rechtsverordnung nach Absatz 4 bestimmten Leistungen und zur Abrechnung der nach Absatz 1 Satz 2 kalkulierten Fallpauschale berechtigt sind die nach § 95 Absatz 1 Satz 1 sowie § 108 an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die die in § 115b Absatz 1 Satz 5 genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen. **Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet.**

(...)

(4) **Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die spezielle sektorengleiche Vergütung und die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu vereinbarenden Leistungen zu bestimmen,** soweit eine Vereinbarung der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 oder eine Anpassung nach Absatz 2 Satz 2 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande gekommen ist.

Krankenkasse oder KV – Lösungen werden schwierig

aerzteblatt.de

/ Ärzteblatt / cme / Ärztstellen / Studieren / English Edition

Home Archiv News Themen DÄ plus Politik Medizin

News > Ärzteschaft > Verhandlungen zur Umsetzung der Hybrid-DRG dauern an

Ärzeschaft

Verhandlungen zur Umsetzung der Hybrid-DRG dauern an

Freitag, 19. Januar 2024

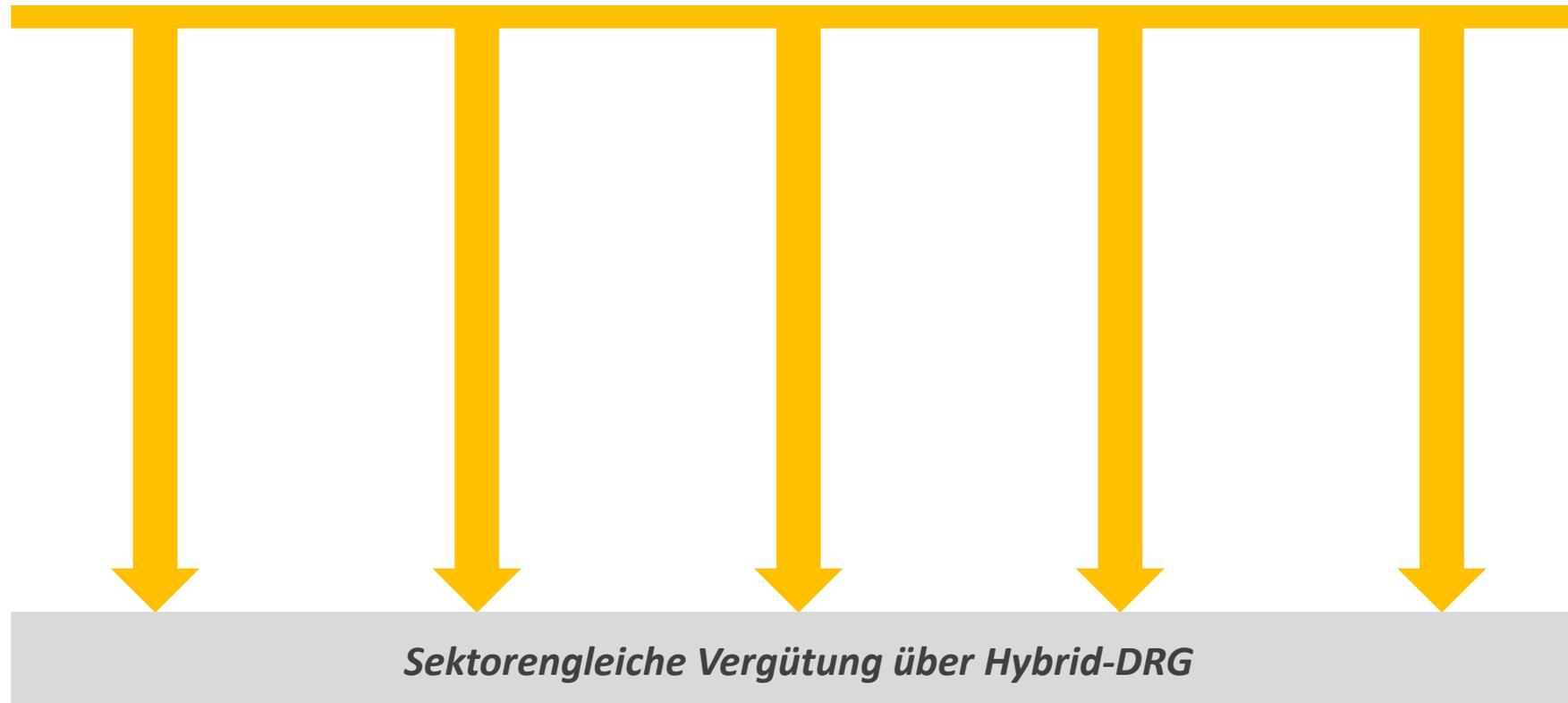
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/148752/Verhandlungen-zur-Umsetzung-der-Hybrid-DRG-dauern-an?rt=a8fe8e23512afa25c8dfedda80fddaa0>

„Eine Vorgabe des Gesetzgebers (Paragraf 115f Sozialgesetzbuch V (SGB V)) ist, dass die Leistungen „unmittelbar von den Krankenkassen“ zu vergüten sind. **Vertragsärzte sowie Krankenhäuser könnten aber auch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) oder Dritte gegen einen Aufwandsersatz mit der Abrechnung beauftragen.**

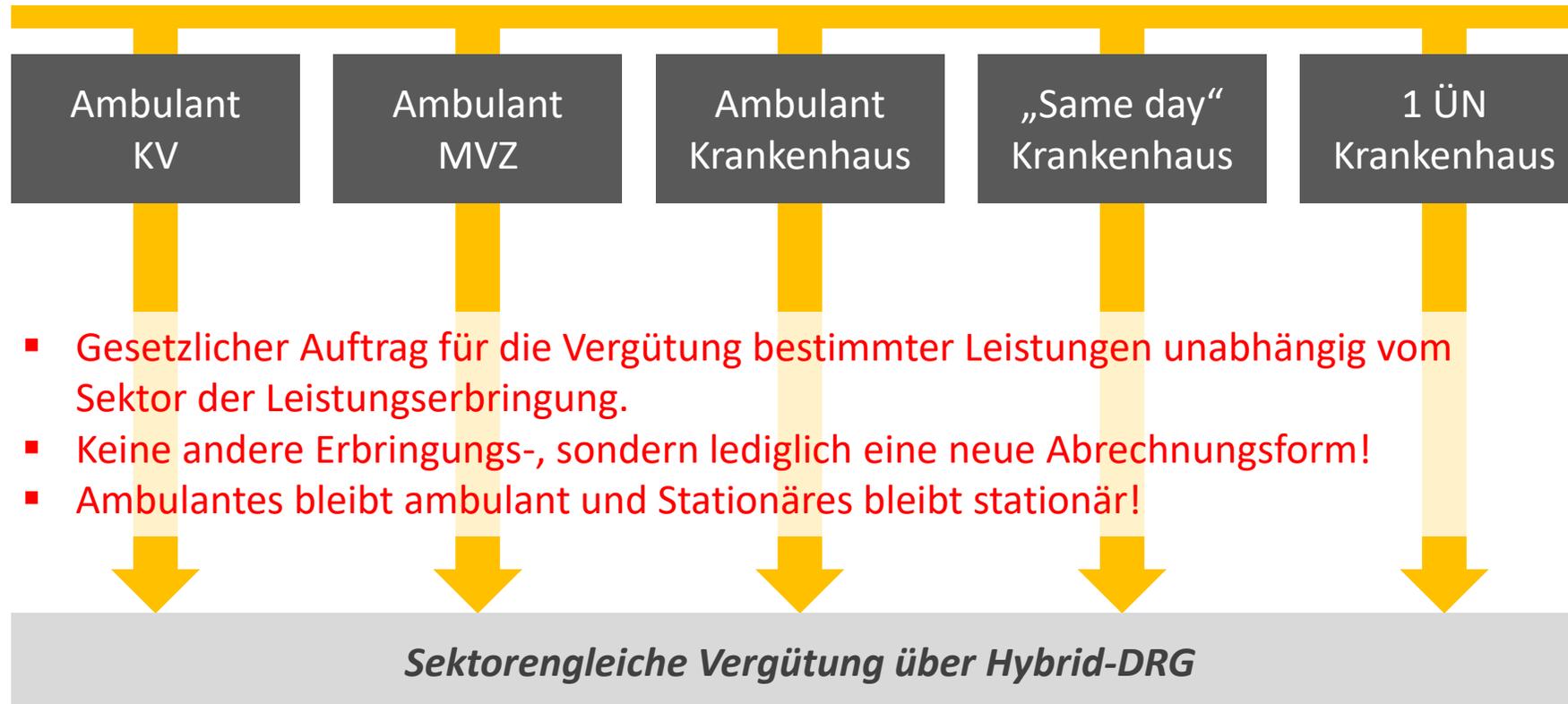
Die KBV will ein möglichst einfaches und unbürokratisches Abrechnungsverfahren etablieren. Ärzte sollen die Möglichkeit erhalten, auch Leistungen nach Paragraf 115f SGB V über ihre KV quartalsweise oder monatlich abzurechnen. Zu klären ist auch, nach welchen Kriterien Ärzte künftig entscheiden, ob ein Eingriff, der im neuen AOP-Katalog nach Paragraf 115f SGB V enthalten ist, auch als solcher abgerechnet wird.“

© may/aha/EB/aerzteblatt.de

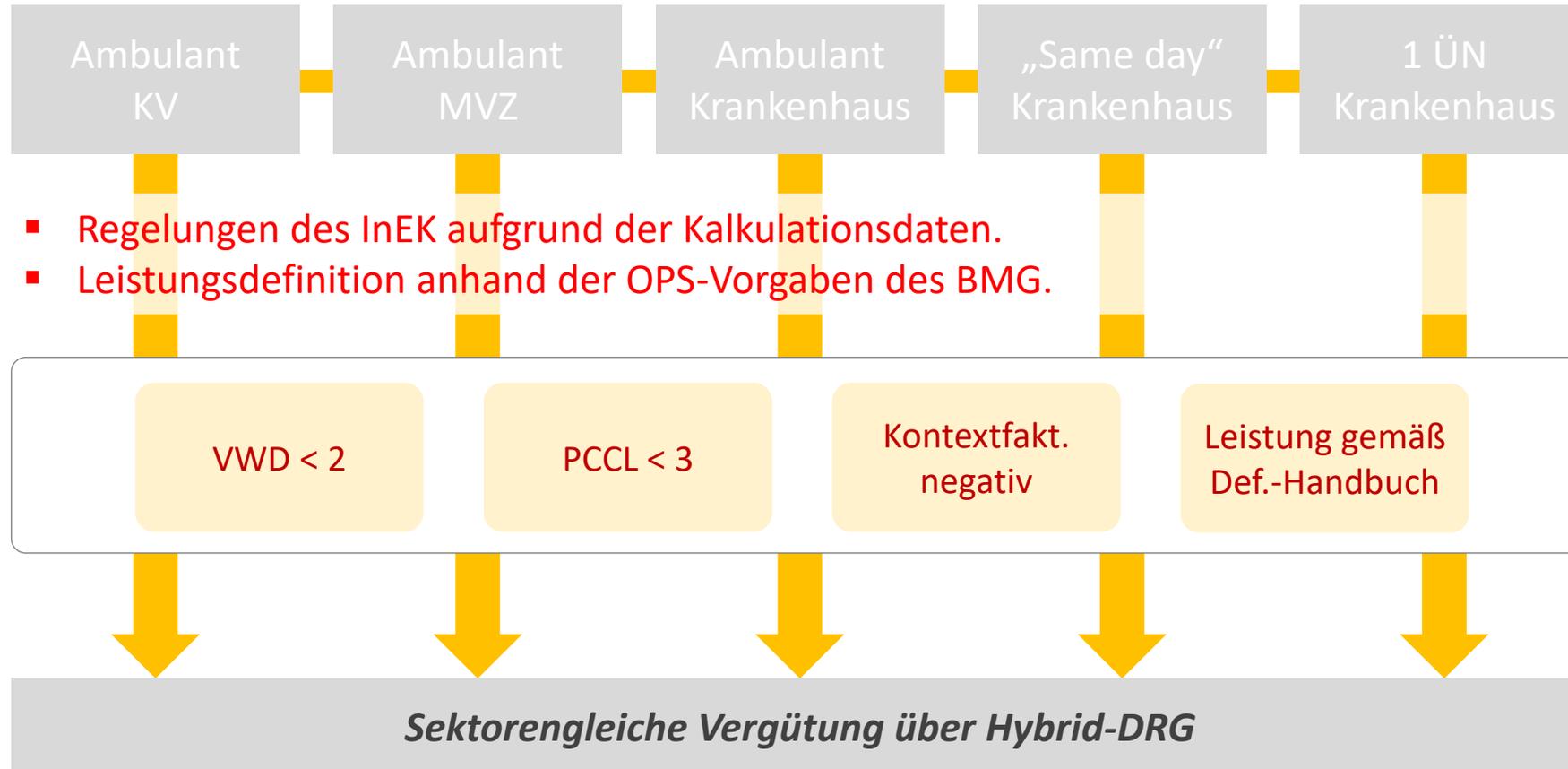
Das Ziel – gleiche Vergütung für „alle“



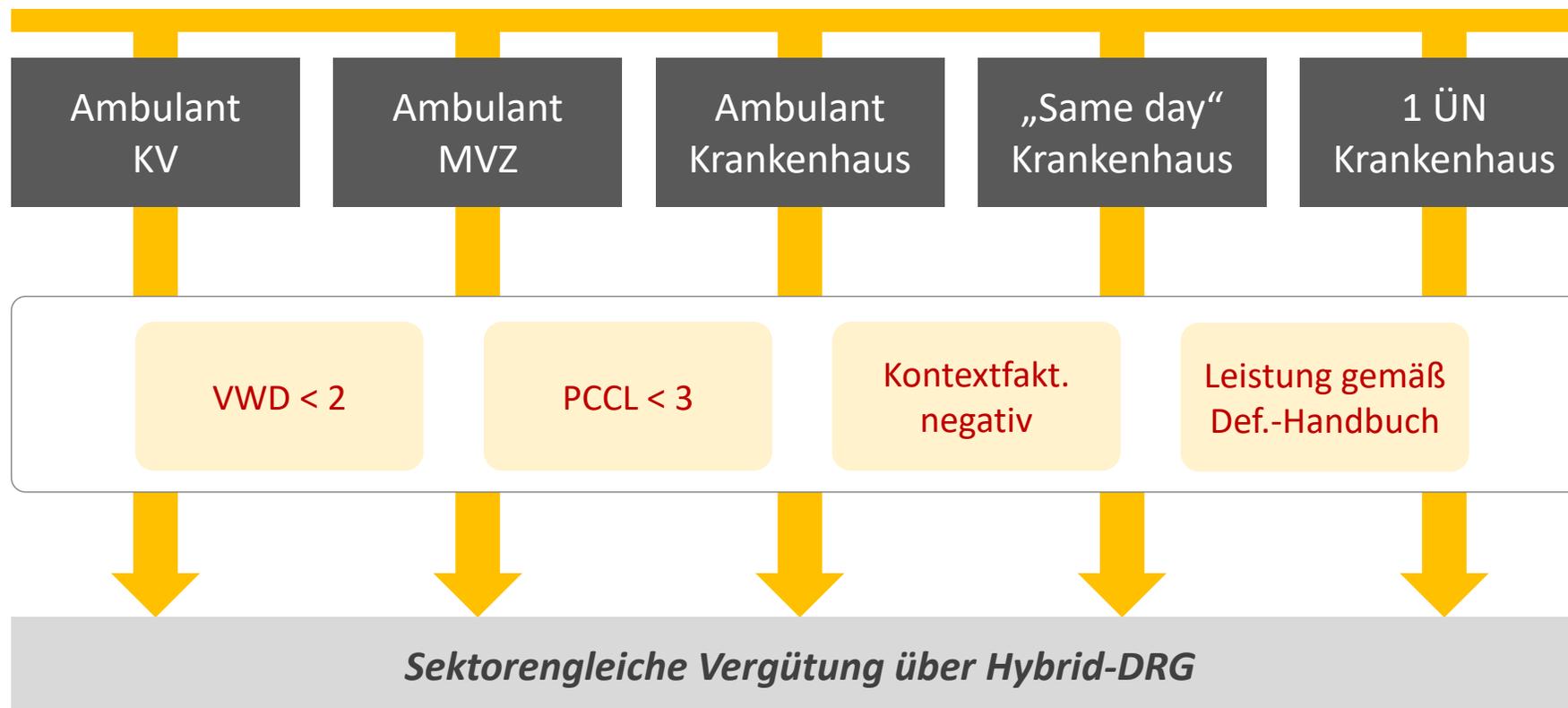
Alle Leistungserbringer sollen berücksichtigt werden



Inhaltliche Auswahl des InEK anhand BMG-Vorgaben



Das fertige Modell – Hybrid-DRGs für alle



Der Startkatalog des BMG – die Leistungsbereiche

Für den initialen Startkatalog für die Identifikation von Leistungen, welche im Rahmen der sektorengleichen Vergütung zur Abrechnung kommen sollen, wurden vom BMG folgende Bereiche identifiziert:



Bundesministerium
für Gesundheit

1***Bestimmte Hernieneingriffe*****2*****Entfernung von Harnleitersteinen*****3*****Ovariectomien*****4*****Arthrodesen der Zehengelenke*****5*****Exzision eines Sinus pilonidalis***

OPS-Listen zu den Leistungsbereichen des BMG (Auszug)



Leistungsbereich Arthrodesen der Zehengelenke	
OPS-Kode	OPS-Text
5-780.0v	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Exploration von Knochengewebe: Metatarsale
5-780.0w	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Exploration von Knochengewebe: Phalangen Fuß
5-780.1v	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Knochenbohrung: Metatarsale
5-780.1w	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Knochenbohrung: Phalangen Fuß
5-780.6v	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Metatarsale
5-780.6w	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Phalangen Fuß
5-780.xv	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sonstige: Metatarsale
5-788.00	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale I

(Die Liste stellt nur einen sehr kleinen Auszug der Definitionen für die Leistungsgruppe „Arthrodesen der Zehengelenke“ beispielhaft dar.)

- Das InEK hat zu allen Leistungsbereichen OPS-Vorgaben gemacht.
- Diese wurden vom InEK auf DRGs bezogen und grundsätzliche Fallpauschalen identifiziert, zu welchen Hybrid-DRGs entwickelt werden mussten.
- Dabei wird jede Hybrid-DRG im Definitionshandbuch eigenständig von der zugrunde liegenden DRG definiert.

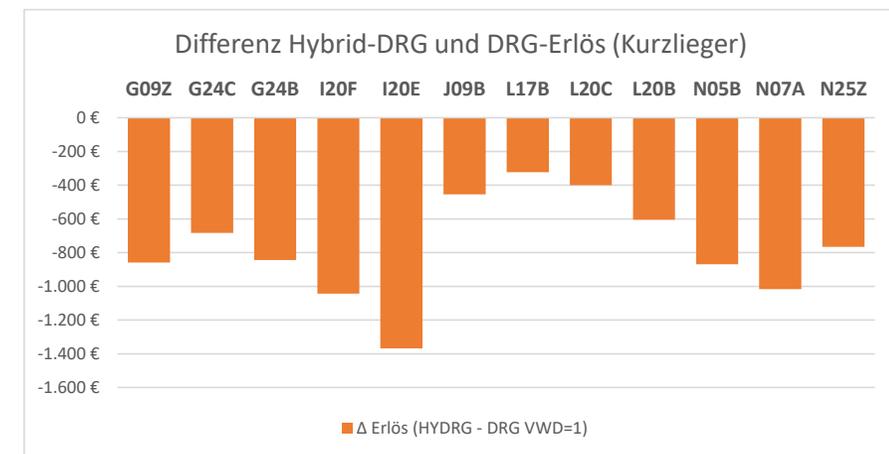
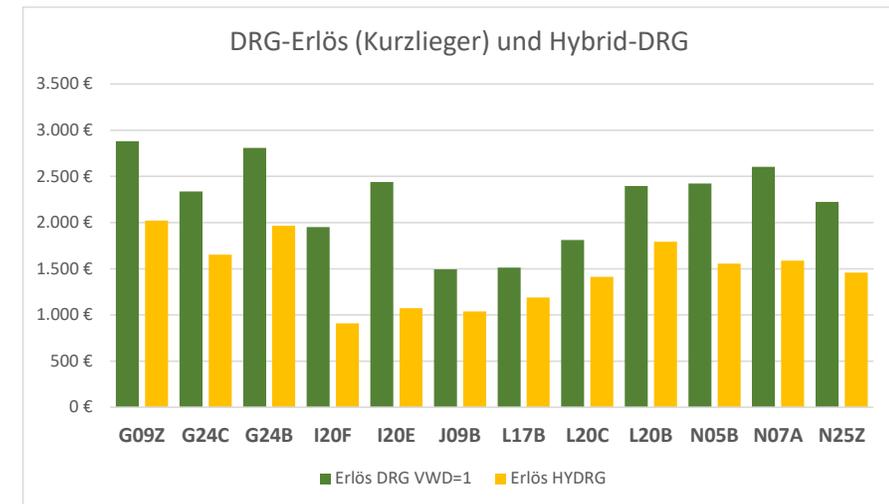




**WIE HOCH SIND DIE ERLÖSE?
UMGANG MIT SACHKOSTEN?**

Erlöse der Hybrid-DRGs im Vergleich zu aG-DRGs

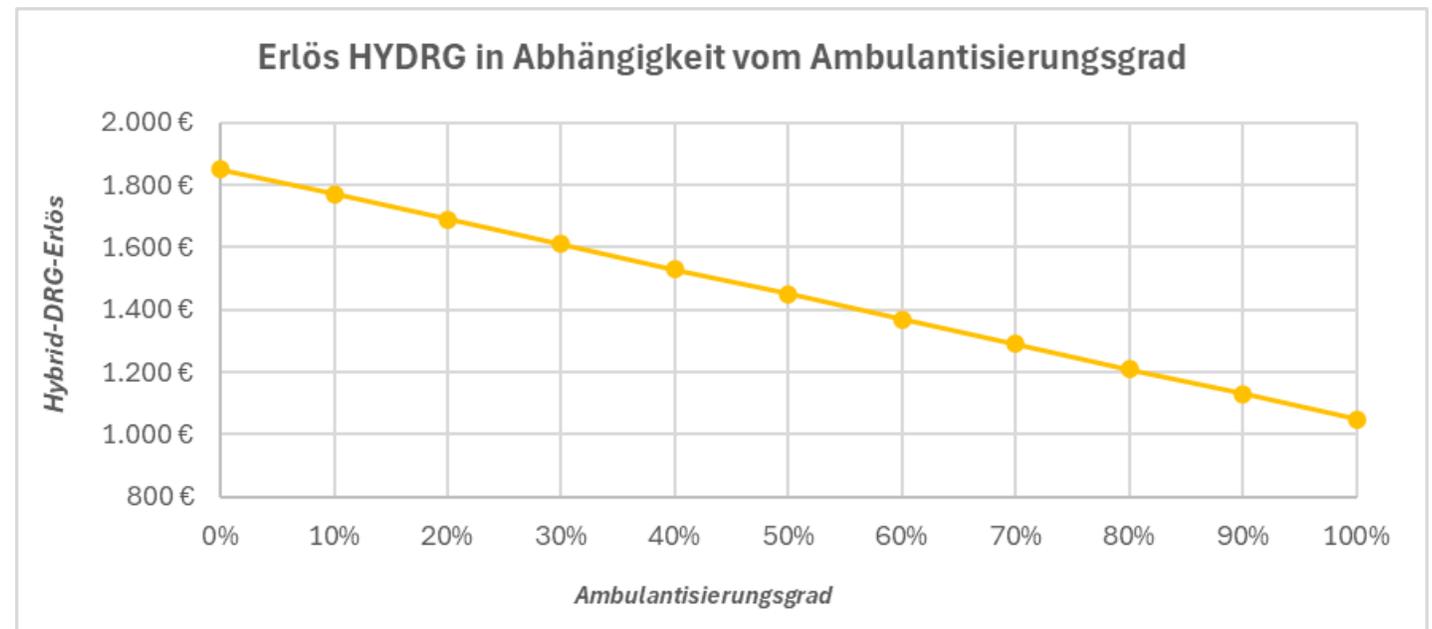
DRG	BWR	Erlös	Abschl/ d1	BWR VWD=1	Erlös VWD=1	HYDRG	Erlös HYDRG	Δ Erlös	Δ Erlös %
Leistungsbereich Bestimmte Herniengriffe									
G09Z	0,870	3.480,62 €	0,15	0,72	2.880,51 €	G09N	2.021,82 €	-858,69 €	-29,8%
G24C	0,742	2.968,53 €	0,158	0,584	2.336,41 €	G24M	1.653,41 €	-683,00 €	-29,2%
G24B	0,860	3.440,61 €	0,158	0,702	2.808,50 €	G24N	1.965,05 €	-843,45 €	-30,0%
Leistungsbereich Arthrodesen der Zehengelenke									
I20F	0,647	2.588,46 €	0,159	0,488	1.952,35 €	I20M	909,25 €	-1.043,10 €	-53,4%
I20E	0,817	3.268,58 €	0,207	0,61	2.440,43 €	I20N	1.072,95 €	-1.367,48 €	-56,0%
Leistungsbereich Exzision eines Sinus pilonidalis									
J09B	0,511	2.044,36 €	0,138	0,373	1.492,26 €	J09N	1.038,17 €	-454,09 €	-30,4%
Leistungsbereich Entfernung von Harnleitersteinen									
L17B	0,504	2.016,36 €	0,126	0,378	1.512,27 €	L17N	1.189,09 €	-323,18 €	-21,4%
L20C	0,581	2.324,41 €	0,128	0,453	1.812,32 €	L20M	1.412,05 €	-400,27 €	-22,1%
L20B	0,758	3.032,54 €	0,159	0,599	2.396,43 €	L20N	1.791,58 €	-604,85 €	-25,2%
Leistungsbereich Ovariectomien									
N05B	0,785	3.140,56 €	0,179	0,606	2.424,43 €	N05N	1.554,58 €	-869,85 €	-35,9%
N07A	0,861	3.444,61 €	0,21	0,651	2.604,46 €	N07N	1.587,73 €	-1.016,73 €	-39,0%
N25Z	0,730	2.920,52 €	0,174	0,556	2.224,39 €	N25N	1.458,20 €	-766,19 €	-34,4%



Kalkulationsalgorithmus des InEK führt zur Abwertung

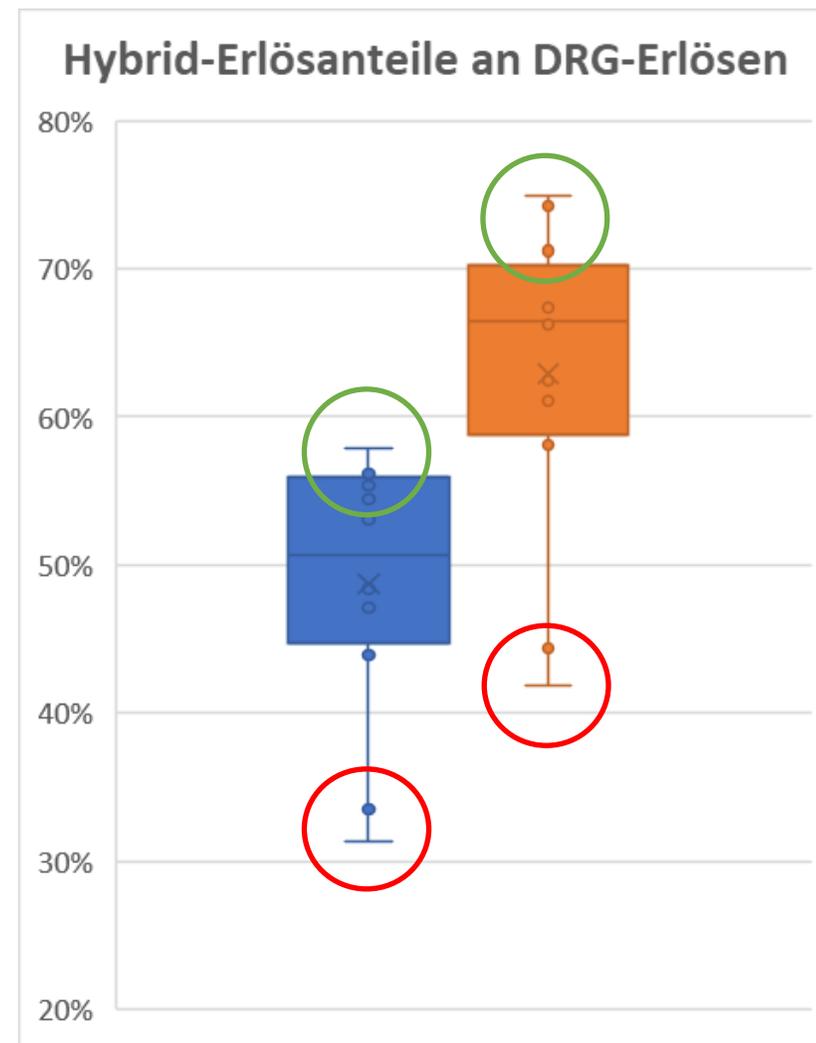
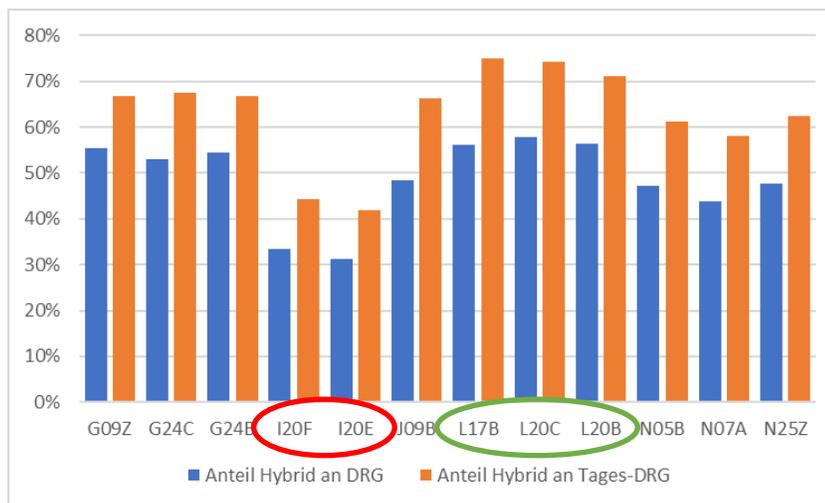
- Ein komplexer Kalkulationsalgorithmus ist dadurch erforderlich geworden, dass die Vorbereitung der Hybrid-DRGs seitens der Politik in keiner Weise stattgefunden hat.
- Der Ambulantisierungsgrad einer Leistung hat dadurch wohl auch künftig erheblichen Einfluss auf die Vergütung von Hybrid-DRGs

Ambulantisierungsgrad	Erlös HYDRG
0%	1.850 €
10%	1.770 €
20%	1.690 €
30%	1.610 €
40%	1.530 €
50%	1.450 €
60%	1.370 €
70%	1.290 €
80%	1.210 €
90%	1.130 €
100%	1.050 €



Das Ergebnis passt auch zum Bild in der Realität

DRG	Anteil Hybrid an DRG	Anteil Hybrid an Tages-DRG
G09Z	55%	67%
G24C	53%	67%
G24B	54%	67%
I20F	33%	44%
I20E	31%	42%
J09B	48%	66%
L17B	56%	75%
L20C	58%	74%
L20B	56%	71%
N05B	47%	61%
N07A	44%	58%
N25Z	48%	62%



- Je höher der bisher bereits erreichte Ambulantisierungsgrad einer Leistung, desto geringer fällt der Hybrid-DRG-Erlös aus.
- Das bedeutet aber auch, dass mit zunehmender Ambulantisierung die Hybrid-DRG-Erlöse deutlich absinken werden.

Tagesfallerlöse vs. Hybrid-Erlöse

DRG	BWR mit Abschlag	Erlös VWD=1
I20F	0,647	2.049,60 €
I20E	0,817	2.562,00 €

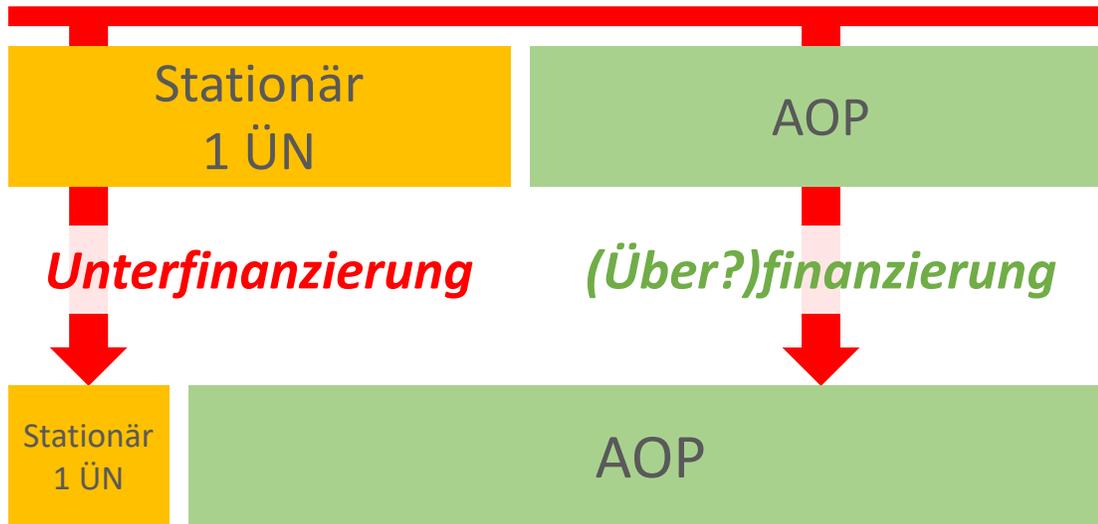
Gemäß InEK werden durch diese Erlöse die mittleren Kosten der Tagesfälle in der Fußchirurgie gedeckt.

DRG		Hybrid-DRG
I20M		909,25 €
I20N		1.072,95 €

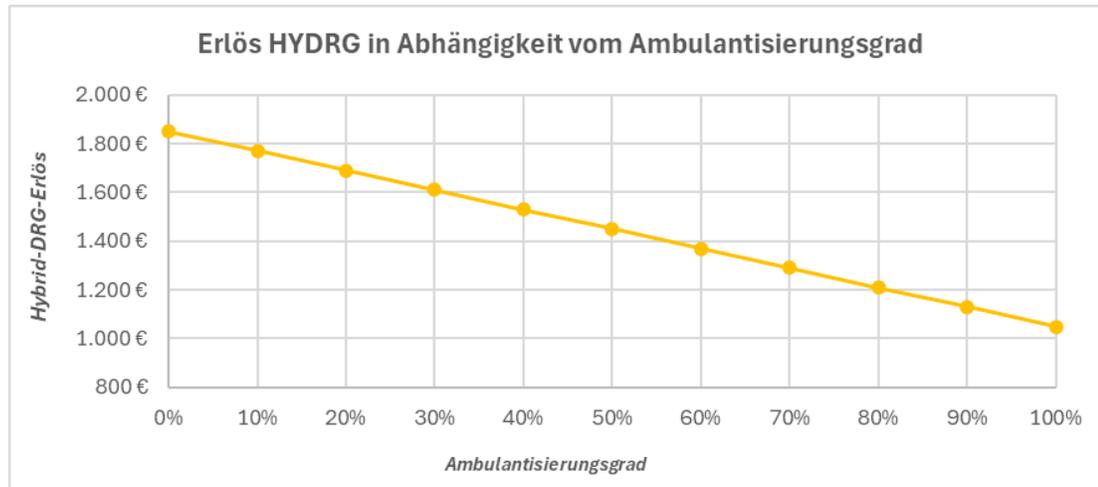
Gemäß BMG stehen diese Erlöse für die Vergütung von Hybrid-DRGs zur Verfügung.

- Hier sind nur Fälle ohne Kontextfaktoren und mit niedrigem PCCL berücksichtigt.
- Diese haben sicher eine andere Kostenstruktur.
- Zusätzlich fallen komplexere Konstellationen auch weiterhin in die bekannten stationären DRGs.
- Auch diese sind sicher teurer als die neuen „Hybrid-Fälle“
- Insgesamt finden sich in den aG-DRGs I20E/F aber vermutlich doch eher weniger komplexe Fälle.

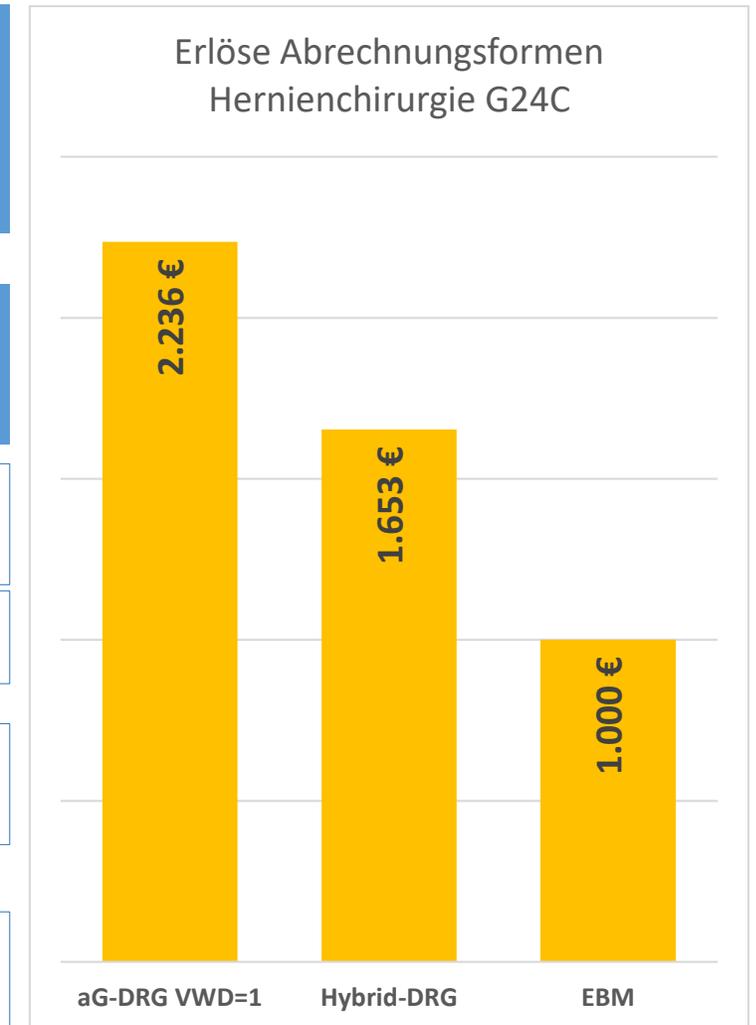
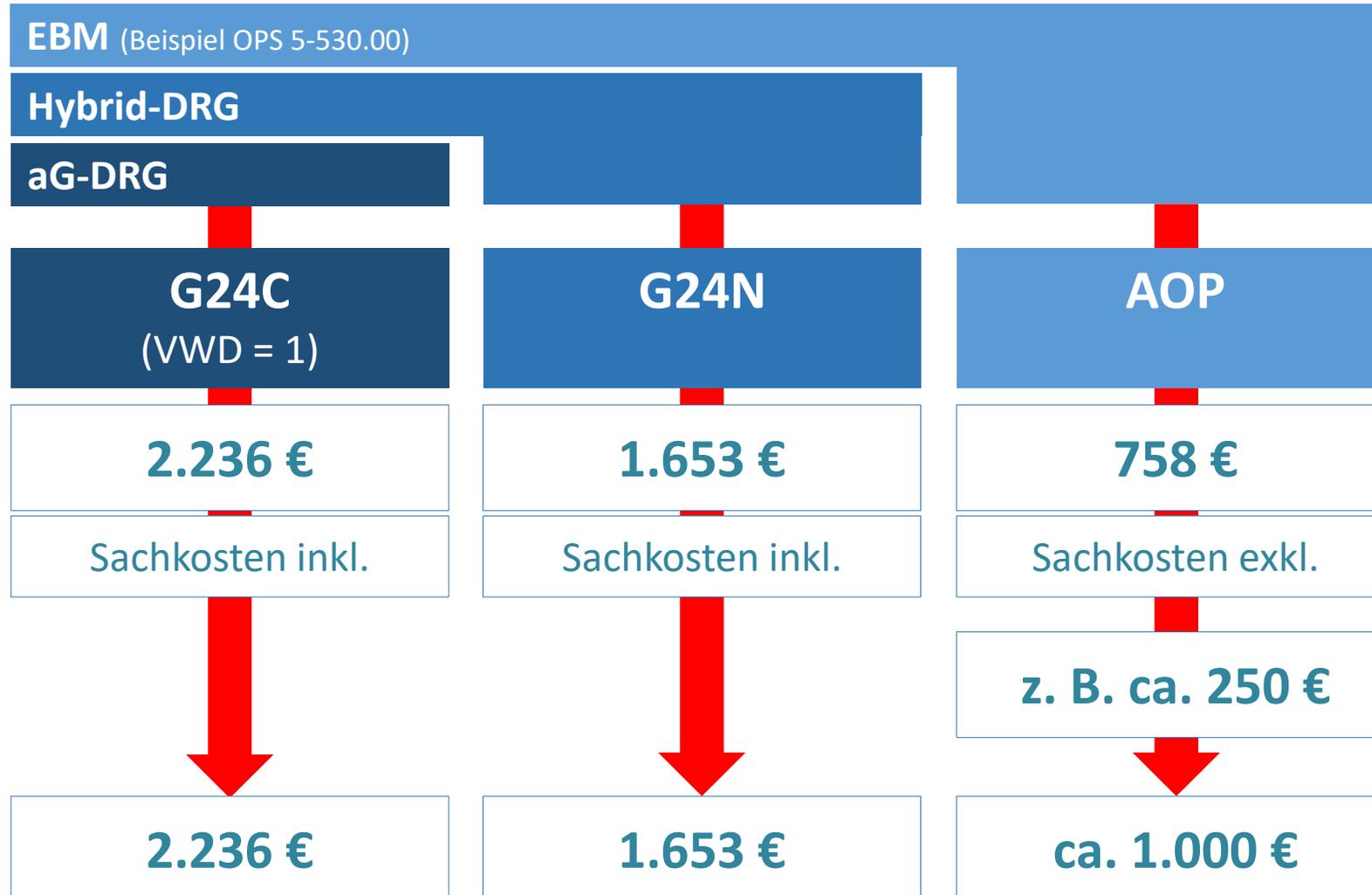
Perfide, aber Erfolg versprechend



- Durch die systematische Unterfinanzierung von Hybridfällen mit einem BT wird die Verlagerung dieser Fälle in den Kliniken in den AOP-Bereich erfolgen.
- Hier ist die Finanzierung zumindest besser als bei der AOP-Abrechnung (cave Sachkosten!)
- Damit steigt der Ambulantisierungsgrad unwiderruflich an und das politische Ziel ist erreicht.
- In diesem Zusammenhang sinken die Hybriderlöse dann systematisch bedingt voraussichtlich deutlich ab.
- Am Ende werden dann die bisher von den Kliniken ambulant verweigerten Fallkonstellationen weitgehend ambulantisiert, sodass das politische Ziel sicher erreicht werden wird.
- Ein Weg zurück wird es dann nicht mehr geben.



Sachkosten anders als bei AOP bei Hybrid-DRGs inklusive



Beispiel Hallux valgus mit und ohne Arthroplastik

HDG	ICD	OK	DRG	CCL	Bezeichnung
<input checked="" type="checkbox"/>	M20.1	<input checked="" type="checkbox"/>			Hallux valgus (erworben)
<input type="checkbox"/>					

Operationsdaten OPS 2023

OPS	OK	DRG	OR	Bezeichnung
5-788.06	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale II bis V, 1 Os metatarsale
5-788.60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Metatarsophalangealgelenk, Digitus I
5-86a.10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen: Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen: Zwei Mittelf...
5-788.5c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, distal
5-788.56	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Digitus I
5-788.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale I
5-786.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteosyntheseverfahren: Durch Schraube

DRG **VWD = 1, PCCL < 3, Kontextfaktoren negativ**

Hauptgruppe MDC Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe

Gruppe DRG Hybrid-DRG der DRG I20F Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter

Kodierung lediglich des OPS-Kodes 5-788.06 führt in die Hybrid-DRG I20M.

HDG	ICD	OK	DRG	CCL	Bezeichnung
<input checked="" type="checkbox"/>	M20.1	<input checked="" type="checkbox"/>			Hallux valgus (erworben)
<input type="checkbox"/>					

Operationsdaten OPS 2023

OPS	OK	DRG	OR	Bezeichnung
5-788.06	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale II bis V, 1 Os metatarsale
5-788.60	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Metatarsophalangealgelenk, Digitus I
5-86a.10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen: Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelfuß- und/oder Zehenstrahlen: Zwei Mittelf...
5-788.5c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, distal
5-788.56	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Digitus I
5-788.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale I
5-786.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteosyntheseverfahren: Durch Schraube

DRG **VWD = 1, PCCL < 3, Kontextfaktoren negativ**

Hauptgruppe MDC Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe

Gruppe DRG Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre

Die zusätzliche Kodierung lediglich des OPS-Kodes 1-460.1 zum bereits vorhandenen OPS 5-788.06 führt in 2024 nicht in die Hybrid-DRG, sondern in die aG-DRG I20F.

Stationär, Hybrid-DRG oder AOP-Abrechnung?

ICD	M20.1	Hallux valgus (erworben)
OPS	5-788.06	Op. an Metatarsale u Phalangen Fuß: Resektion (Exostose): Os metatarsale II bis V, 1 Os metatarsale
EBM-Kategorie	D2	Eingriff an Knochen und Gelenken
Operation	203,86 €	31132 Punkte: 1774
Zuschlag IV	93,08 €	31454 Punkte: 810
Sachkostenpauschale		
Nachbehandlung	12,53 €	31615 Punkte: 109
Anästhesie	154,68 €	31822 Punkte: 1346
Überwachung	56,08 €	31503 Punkte: 488
Grundpauschale Operateur 6-59 J	26,55 €	07211 Punkte: 231
Grundpauschale Anästhesist 6-59 J	10,34 €	05211 Punkte: 90
Präanästhesiol. Untersuchung	15,17 €	05310 Punkte: 132
Erlös	572,29 €	
Arznei- und Sachkosten 7%	40,06 €	
Gesamterlös	612,35 €	inkl. 7% Arznei- und Sachkosten
Materialkosten (-6,25€)		

AOP-Erlös (Beispiel): ca. 600 € + Sachkosten

ICD	M20.1	Hallux valgus (erworben)
OPS	5-788.06	Op. an Metatarsale u Phalangen Fuß: Resektion (Exostose): Os metatarsale II bis V, 1 Os metatarsale
	5-788.60	Op. an Metatarsale u Phalangen Fuß: Arthroplastik: Metatarsophalangealgelenk, Digitus I

Stat. Erlös (VWD = 1): 2.104 € inkl. Sachkosten

ICD	M20.1	Hallux valgus (erworben)
OPS	5-788.06	Op. an Metatarsale u Phalangen Fuß: Resektion (Exostose): Os metatarsale II bis V, 1 Os metatarsale

I20M

Hybrid-Erlös: ca. 909 € inkl. Sachkosten

Inwieweit die gesonderte Sachkostenabrechnung hier zu höheren Erlösen führt, ist individuell unterschiedlich (OP-Verfahren, Einkaufspreise etc.)

Stationär, Hybrid-DRG oder AOP-Abrechnung?

ICD	M20.1	Hallux valgus (erworben)
OPS	5-788.06	Op. an Metatarsale u Phalangen Fuß: Resektion (Exostose): Os metatarsale II bis V, 1 Os metatarsale
EBM-Kategorie	D2	Eingriff an Knochen und Gelenken
Operation	203,86 €	B1132 Punkte: 1774
Zuschlag IV	93,08 €	B1454 Punkte: 810
Sachkostenpauschale	12,53 €	B1615 Punkte: 109
Nachbehandlung	154,68 €	B1822 Punkte: 1346
Anästhesie	56,08 €	B1503 Punkte: 488
Überwachung	26,55 €	D7211 Punkte: 231
Grundpauschale Operateur 6-59 J	10,34 €	D5211 Punkte: 90
Grundpauschale Anästhesist 6-59 J	15,17 €	D5310 Punkte: 132
Präanästhesiol. Untersuchung	572,29 €	
Erlös	40,06 €	
Arznei- und Sachkosten 7%	612,35 €	inkl. 7% Arznei- und Sachkosten
Gesamterlös		
Materialekosten (-6,25€)		

AOP-Erlös (Beispiel): ca. 600 € + Sachkosten

ICD	M20.1	Hallux valgus (erworben)
OPS	5-788.06	Op. an Metatarsale u Phalangen Fuß: Resektion (Exostose): Os metatarsale II bis V, 1 Os metatarsale
OPS	5-788.60	Op. an Metatarsale u Phalangen Fuß: Arthroplastik: Metatarsophalangealgelenk, Digitus I

Stat. Erlös (VWD = 1): 2.104 € inkl. Sachkosten

ICD	M20.1	Hallux valgus (erworben)
OPS	5-788.06	Op. an Metatarsale u Phalangen Fuß: Resektion (Exostose): Os metatarsale II bis V, 1 Os metatarsale

I20M
Hybrid-Erlös: ca. 909 € inkl. Sachkosten

Inwieweit die gesonderte Sachkostenabrechnung hier zu höheren Erlösen führt, ist individuell unterschiedlich (OP-Verfahren, Einkaufspreise etc.)

Stat. Erlös (VWD = 1): 2.104 € inkl. Sachkosten

→ In der Regel nicht zu realisieren, da die Prüfung der VWD unabhängig vom Hybrid-Ausschlusskriterium des OPS-Kodes ist.

Hybrid-Erlös: ca. 909 € inkl. Sachkosten

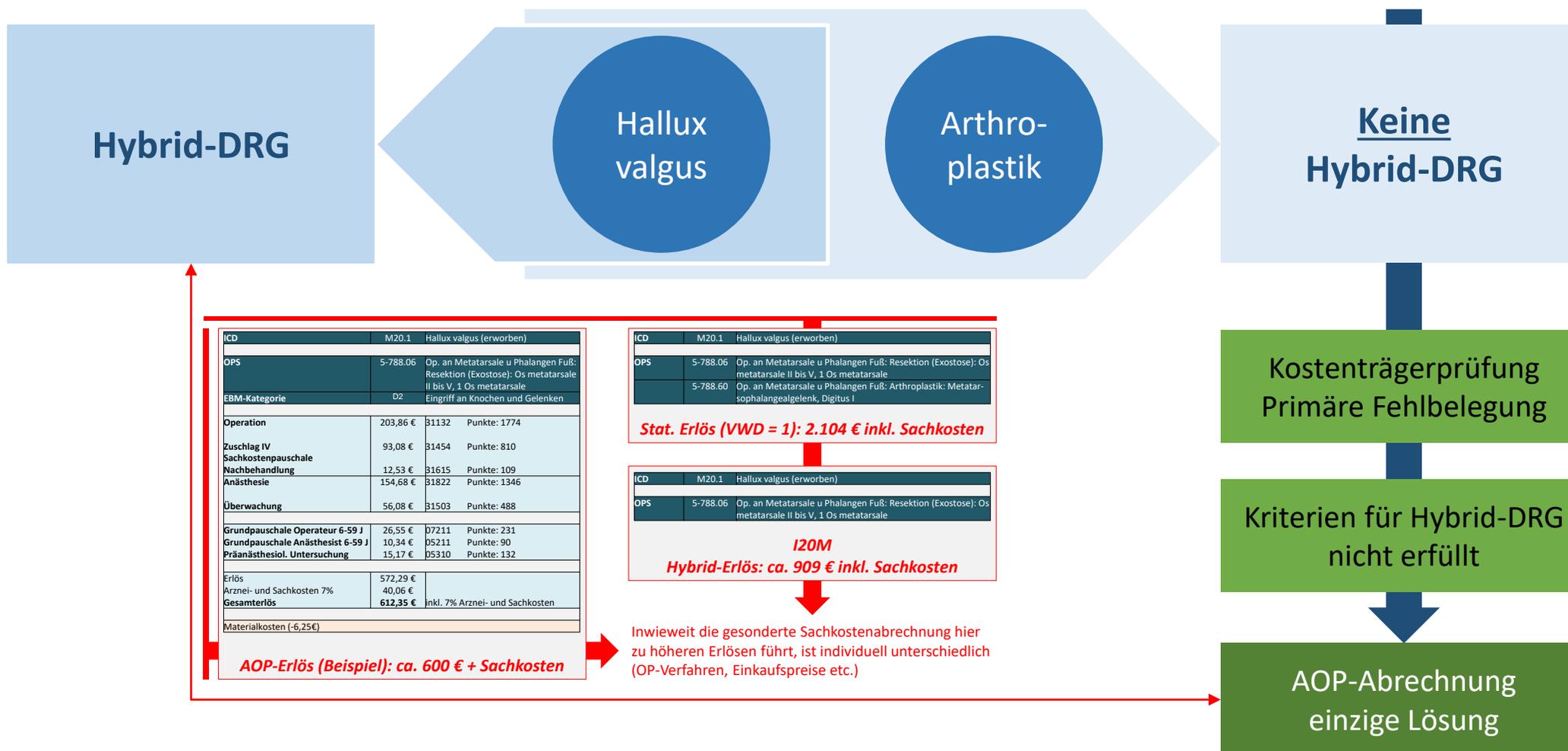
- Bei entweder vor oder nach der VWD-Prüfung durch den MD oder Einigung auf 1 BT im Falldialog unausweichlich, wenn keine Arthroplastie kodiert wurde.
- Erlös ist so lange attraktiv, wie die Sachkosten nicht über 300 € steigen, da dann AOP-Erlös + Sachkosten höher ausfallen.

AOP-Erlös (Beispiel): ca. 600 € + Sachkosten

- Kommt in unserem Fall nur dann zum Tragen, wenn die Arthroplastie nicht kodiert/erbracht wird.
- Nur dann attraktiv, wenn die Sachkosten geringer als 300 € ausfallen.



Stationär, Hybrid-DRG oder AOP-Abrechnung?





**HYBRID-DRGs ODER AOP
HABEN KLINIKEN EINE WAHL?**

Hybrid-DRGs sind keine „Kann-Lösung“

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2023 Teil I Nr. 380, ausgegeben zu Bonn am 21. Dezember 2023
Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung)
Vom 19. Dezember 2023

§ 1 Spezielle sektorengleiche Vergütung und Leistungen

Die in Anlage 1 genannten Leistungen sind mit einer in Anlage 2 genannten Fallpauschale (Hybrid-DRG) zu vergüten, sofern sich aus dem Definitionshandbuch „aG-DRG German Diagnosis Related Groups Version 2024“ des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus vom 28. November 2023* eine Zuordnung der jeweiligen Leistung zu der jeweiligen Hybrid-DRG ergibt.

- Hybrid-DRGs sind als Abrechnungsform nicht wahlfrei.
- Was als Hybrid-DRG abgerechnet werden kann, muss auch als Hybrid-DRG abgerechnet werden.
- Ausnahmen davon hat der Referentenentwurf noch formuliert, dieser ist aber nicht rechtskräftig geworden.

Keine Pflegeentgelte für Hybrid-DRGs

- Gemäß § 1 Satz 3 der Hybrid-Verordnung sind alle im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten mit einer in Anlage 1 genannten Leistung entstandenen Aufwände abgegolten.
- Es besteht Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien der Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung, dass die Pflegeentgelte gemäß der Anlage 3c nicht abrechenbar sind.
- Die DKG und der GKV-SV haben sich darauf verständigt, die Anlage 3c aus der FPV 2024 zu streichen.
- Dies erfolgt im Rahmen einer Änderungsvereinbarung zur Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2024,

Änderungsvereinbarung

zur

Vereinbarung zum

Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2024

(Fallpauschalenvereinbarung 2024 – FPV 2024)

vom 06.11.2023

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin,

sowie

dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln,

gemeinsam und einheitlich

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin

Präambel

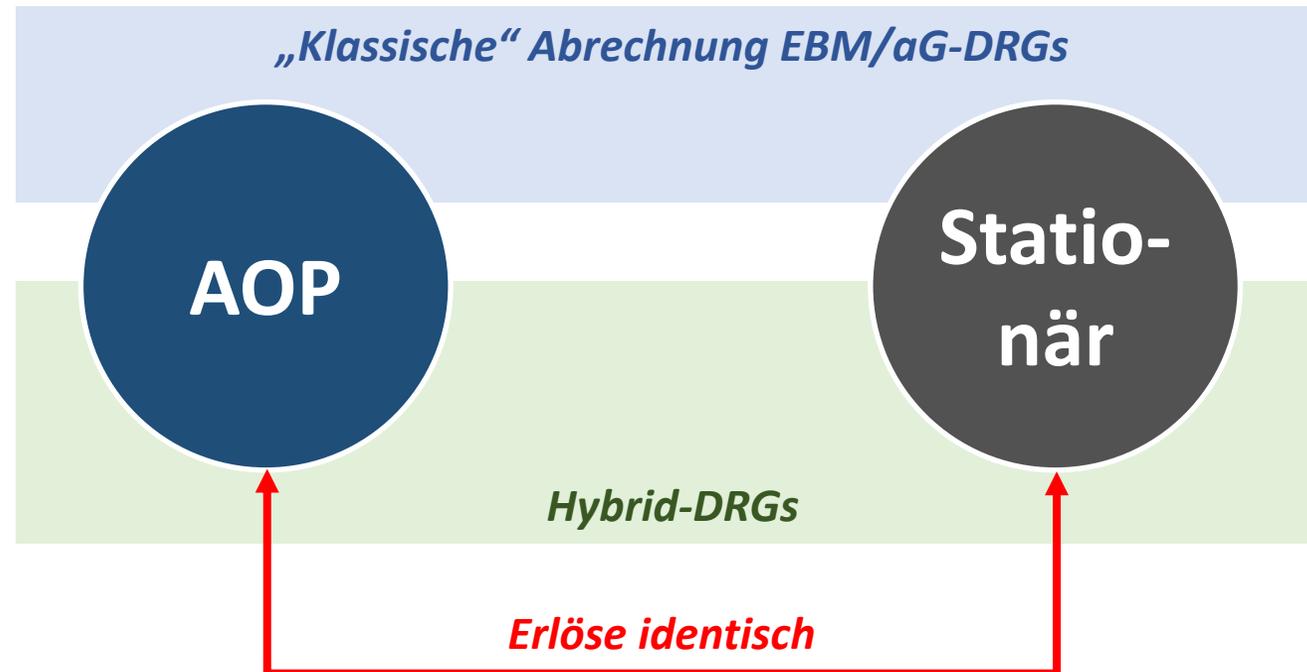
Das Bundesministerium für Gesundheit hat in der Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung vom 19.12.2023 (BGBl. I Nummer 380 vom 21.12.2023) geregelt, dass Entgelte der Anlage 3c der FPV 2024 nicht für die Hybrid-DRGs abrechenbar sind. Somit entfällt die Notwendigkeit für eine entsprechende Anlage in der Fallpauschalenvereinbarung 2024.

Artikel 1

Die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2024 (Fallpauschalenvereinbarung 2024 – FPV 2024) vom 06.11.2023 wird wie folgt geändert:

1. Im Anlagenverzeichnis werden die Wörter „Anlage 3c Pflegeerlöskatalog für Hybrid-DRGs“ gestrichen.
2. Die Anlage 3c wird aufgehoben.

Ohne Pflegeentgelte keine primäre Fehlbelegungsprüfung



- Damit existieren keine Erlösunterschiede zwischen den in den beiden Sektoren erbrachten Hybrid-DRGs.
- Dies entspricht letztlich ja auch dem Grundgedanken des § 115f SGB V.
- Eine primäre Fehlbelegungsprüfung stationärer Hybrid-Fälle zur Einsparung der Pflegeentgelte ist damit nicht relevant.
- Eine Minderung der Abrechnungsbeträge ist so nicht zu realisieren, sodass hier keine Prüfung erwarten ist.

Im KV-Bereich besteht derzeit noch keine Einigkeit

3. Regelung zur Abrechenbarkeit von EBM-Leistungen



Aufgrund der gesetzlichen Regelungen in § 115f Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V („spezielle sektorengleiche Vergütung“) besteht aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes kein Wahlrecht zwischen Hybrid-DRG und EBM-Leistungen. Der Gesetzeswortlaut geht vielmehr davon aus, dass bei diesen Leistungen die spezielle sektorengleiche Vergütung, also die Hybrid-DRG, zur Abrechnung gelangt. Darüber hinaus bestimmt auch § 1 Satz 1 Hybrid-DRG-Verordnung ausdrücklich, dass die in Anlage 1 genannten Leistungen mit einer in Anlage 2 genannten Fallpauschale (Hybrid-DRG) zu vergüten sind.

https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant_stationaere_versorgung/hybrid_drg_115f/hybrid_drg.jsp



KVB
 Kassenärztliche
 Vereinigung Bayerns



Abrechnung über EBM oder als Hybrid-DRG

Aktuell ist das Verhältnis bzgl. der Abrechnung zwischen Hybrid-DRG oder EBM noch nicht abschließend geklärt. Derzeit haben Sie grundsätzlich die Möglichkeit, einen Eingriff entweder als Hybrid-DRG oder über EBM abzurechnen.

<https://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/hybrid-drg>



CHANCEN UND RISIKEN FÜR DIE LEISTUNGSERBRINGER

Durchaus auch Chancen im System

- Endosonografien sind auch bisher im stationären Rahmen als alleinige Leistung in aller Regel nicht abrechenbar.
- Bisher konnten diese Leistungen entweder stationär erbracht und dann in eine vorstationäre Pauschale umgewandelt werden.
- Das bedeutete dann immer einen erheblichen Erlösverlust.

3-051	Endosonographie	Ösophagus
3-053		Magen
3-054		Duodenum
3-055.0		Gallenwege und der Leber
3-056		Pankreas



- Auch bisher in der Regel keine stationäre Leistungserbringung durchsetzbar.
- Bisher aber keine Abrechnungsmöglichkeit ohne KV-Sitz.

- Auch im Rahmen der Hochschulpauschalen ist sicher grundsätzlich eine Abrechnung denkbar.
- Hier muss aber immer beachtet werden, dass beim Überschreiten der Leistungsgrenze die Erlöse rückerstattet werden müssen.
- Insofern ist die AOP-Abrechnung zumindest eine Grundlage der qualitativ hochwertigen Leistungserbringung.

AOP-Abrechnung Prostata-Biopsien jetzt möglich

OPS 2024	OPS-Text		Abschnitt 2024
1-465.2	Perk Biops Harnorg/männl Genitalorg mit St durch bildg Verf	Vesiculae seminales	Abschnitt 2
1-465.4		Hoden	Abschnitt 2
1-465.5		Epididymis	Abschnitt 2
1-465.6		Ductus deferens	Abschnitt 2
1-465.7		Funiculus spermaticus	Abschnitt 2
1-465.90		Prostata, Stanzbiopsie	Weniger als 20 Zylinder
1-466.00	Transr Biops mä GenOrg St du bildg Verf	Prostata, Stanzbiopsie	Weniger als 20 Zylinder



- Bisher sind Prostatastanze und Fusionsbiopsie im stationären Rahmen nur sehr bedingt bis überhaupt nicht durchsetzbar gewesen.
- Mit einer AOP-Abrechenbarkeit besteht jetzt zumindest die Möglichkeit, diese Leistung im Krankenhaus zu erbringen.
- Mancherorts wird dies sicher zu einer höheren Qualität der präoperativen Diagnostik beitragen, da Diagnostik und Operation in einer Hand liegen.



BEISPIEL ABRECHNUNG INTERVENTIONELLE KARDIOLOGIE

Erweiterung des AOP-Kataloges 2024 für die Kardiologie

OPS	OPS-Text			Neu 2024
8-837.00	PT Geflnterv Herz u KorGef	Ballon-Angioplastie	Eine Koronararterie	X
8-837.k0		Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents	Ein Stent in eine Koronararterie	X
8-837.m0		Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents	Ein Stent in eine Koronararterie	X

Chancen

- Leistung kann mit geringeren Kosten erbracht werden.
- Ambulante Leistungserbringung auch für Krankenhäuser möglich.
- Ggf. Abrechnung höher als kurzstationäre DRG

Risiken

- Verlust der Leistungen aus dem Klinikbudget
- Logistischer Aufwand ist erheblich.
- Ambulante Strukturen und Prozesse oft nicht etabliert.
- Abrechnung teilweise geringer als kurzstationäre DRG

Fall 1: Koronarangiografie ohne weitere Maßnahmen

I25.13 Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung

1-275.2 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel

Hier ist die tagesstationäre Leistungserbringung und Abrechnung in der F49G höher als die AOP-Abrechnung.

Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	378,90 €	34291	Punkte: 3175
Zusatzpauschale Beobachtung u. Betreuung	104,78 €	01520	Punkte: 878
Grundpauschale Kardiologie 6-59 J.	25,66 €	13541	Punkte: 215
Erlös	509,35 €		
Arznei- und Sachkosten 7%	35,65 €		
Sachkostenpauschale	181,50 €	Kostenpauschale 40300 zu GOP 34291	
Gesamterlös	726,50 €	inkl. 7% Arznei- und Sachkosten	
Materialkosten (-6,25€)			

HDG	ICD	OK	DRG	CCL	Bezeichnung
<input checked="" type="checkbox"/>	I25.13	<input checked="" type="checkbox"/>			Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung
<input type="checkbox"/>	I50.12	<input checked="" type="checkbox"/>			Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung
<input type="checkbox"/>	I25.14	<input checked="" type="checkbox"/>			Atherosklerotische Herzkrankheit: Stenose des linken Hauptstammes
<input type="checkbox"/>	I25.5	<input checked="" type="checkbox"/>			Ischämische Kardiomyopathie
<input type="checkbox"/>	I11.00	<input checked="" type="checkbox"/>			Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
<input type="checkbox"/>	E78.0	<input checked="" type="checkbox"/>			Reine Hypercholesterinämie

Operationsdaten		OPS 2023		
OPS	OK	DRG	OR	Bezeichnung
1-275.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel

DRG		
Hauptgruppe MDC	05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
Gruppe DRG	F49G	Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 1

F49G

Stationär	F49G	
BWR/Erlös	0,545	2.289 €
d1/Abschlag	1	
Abschlag/d	0,202	848 €
BWR/Erlös 1 BT	0,343	1.441 €

Fall 2: Koronarangiografie + 1 DES

120.8	Sonstige Formen der Angina pectoris
1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen
8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz u Koronargefäß: Einlegen eines medikamentefreis Stents in eine Koronararterie

Hier ist die tagesstationäre Leistungserbringung und Abrechnung in der F58 ähnlich wie die AOP-Abrechnung.

Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	378,90 €	34291	Punkte: 3175
Zuschlag Intervention	453,37 €	34292	Punkte: 3799
Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung	155,98 €	01522	Punkte: 1307
Grundpauschale Kardiologie 6-59 J	25,66 €	13541	Punkte: 215
Erlös	1.013,91 €		
Arznei- und Sachkosten 7%	70,97 €		
Sachkostenpauschale	181,50 €	Kostenpauschale 40300 zu GOP 34291	
Sachkostenpauschale	1.058,40 €	Kostenpauschale 40302 zu GOP 34292	
Gesamterlös	2.324,78 €	inkl. 7% Arznei- und Sachkosten	
Materialkosten (-6,25€)			

HDG	ICD	OK	DRG	CCL	Bezeichnung
<input checked="" type="checkbox"/>	I20.8	<input checked="" type="checkbox"/>			Sonstige Formen der Angina pectoris
<input type="checkbox"/>	I25.11	<input checked="" type="checkbox"/>			Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung
<input type="checkbox"/>	I10.00	<input checked="" type="checkbox"/>			Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
<input type="checkbox"/>	E11.90	<input checked="" type="checkbox"/>			Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
<input type="checkbox"/>	E78.2	<input checked="" type="checkbox"/>			Gemischte Hyperlipidämie

Operationsdaten OPS 2023				
OPS	OK	DRG	OR	Bezeichnung
8-837.m0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie
8-83b.08	<input checked="" type="checkbox"/>			Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer
1-275.0	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen

JRG	
Hauptgruppe MDC	05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
Gruppe DRG	F58B Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC
Grupperstatus	00 normale Gruppierung
VWD des Falls	1 durch VWD d. DRG 3.3 Schweregrad (PCCL) 0
Kostengewicht	0,552 OGVd 1. Tag 7

	Stationär	F58B
BWR/Erlös	0,78	3.276 €
d1/Abschlag	1	
Abschlag/d	0,233	979 €
BWR/Erlös 1 BT	0,547	2.297 €

F58B

Fall 3: Koronarangiografie + 1 DES + FFRmyo

120.8	Sonstige Formen der Angina pectoris
1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen
8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz u Koronargefäß: Einlegen eines medikamentefreis Stents in eine Koronararterie
1-279.a	Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung

Hier ist die tagesstationäre Leistungserbringung und Abrechnung in der F56 geringer als die AOP-Abrechnung.

Herzkath-US Koronarangiographie	378,90 €	34291	Punkte: 3175
Zuschlag Messung FFR	116,95 €	34298	Punkte: 980
Zuschlag Intervention	453,37 €	34292	Punkte: 3799
Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung	155,98 €	01522	Punkte: 1307
Grundpauschale Kardiologie 6-59 J	25,66 €	13541	Punkte: 215
Erlös	1.130,86 €		
Arznei- und Sachkosten 7%	79,16 €		
Sachkostenpauschale	181,50 €	Kostenpauschale 40300 zu GOP 34291	
Sachkostenpauschale	660,00 €	Kostenpauschale 40301 zu GOP 34298	
Sachkostenpauschale	1.058,40 €	Kostenpauschale 40302 zu GOP 34292	
Gesamterlös	3.109,92 €	inkl. 7% Arznei- und Sachkosten	
Materialkosten (-6,25€)			

HDG	ICD	OK	DRG	CCL	Bezeichnung
<input checked="" type="checkbox"/>	I20.0	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Instabile Angina pectoris
<input type="checkbox"/>	I25.12	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung
<input type="checkbox"/>	E78.0	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Reine Hypercholesterinämie
<input type="checkbox"/>	I10.00	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise

OPS	OK	DRG	OR	Bezeichnung
1-279.a	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung
8-837.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie
8-837.m0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie
3-224.30	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel: CT-Koronarangiographie: Ohne Bestimmung der fraktionellen myokardialen Flussreserve [FFRmyo]
1-275.0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen
8-83b.08	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme: Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer

DRG		Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	
Hauptgruppe MDC	05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	
Gruppe DRG	F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere Komplikation	
Grupperstatus	00	normale Gruppierung	
VWD des Falls	3	durch: VWD d. DRG	3,5
Kostengewicht	1,018	Schweregrad (PCCL)	0
		OGVD 1. Tag	8

F56B

Stationär	F56B	
BWR/Erlös	1,018	4.276 €
d1/Abschlag	1	
Abschlag/d	0,334	1.403 €
BWR/Erlös 1 BT	0,684	2.873 €

Chancen und Risiken immer sehr individuell prüfen

32 AMBULANTES OPERIEREN UND HYBRID-DRGs 2024 | 18. APRIL 2024

Fall 1: Koronarangiografie ohne weitere Maßnahmen

I25.13 Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung

I-275.2 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung; Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel

Hier ist die tagesstationäre Leistungserbringung und Abrechnung in der F49G höher als die AOP-Abrechnung.

Herkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	378,90 (34291)	Punkte: 3175
Zusatzpauschale Beobachtung u. Betreuung	104,78 (01520)	Punkte: 878
Grundpauschale Kardiologie 6-59 J	25,66 (013541)	Punkte: 215
Erlös	509,35 €	
Arznei- und Sachkosten 7%	35,65 €	
Sachkostenspauschale	181,50 (Kostenspauschale 40300 zu GOP 34291)	
Gesamterlös	726,50 (inkl. 7% Arznei- und Sachkosten)	
Materialkosten (-6,25€)		

Statustyp	F49G	
BRG-Klass	0,040	2.283 €
EL/AnschlAg	1	
PhosphoZ	0,320	1.044 €
BRG-Klass 1 BT	0,344	1.441 €

33 AMBULANTES OPERIEREN UND HYBRID-DRGs 2024 | 18. APRIL 2024

Fall 2: Koronarangiografie + 1 DES

I20.8 Sonstige Formen der Angina pectoris

I-275.0 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung; Koronarangiografie ohne weitere Maßnahmen

8-837.m0 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz u Koronargef: Einlegen eines medikamentenfreis Stents in eine Koronararterie

Hier ist die tagesstationäre Leistungserbringung und Abrechnung in der F58 ähnlich wie die AOP-Abrechnung.

Herkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	378,90 (34291)	Punkte: 3175
Zuschlag Intervention	453,37 (034292)	Punkte: 3799
Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung	155,98 (01522)	Punkte: 1307
Grundpauschale Kardiologie 6-59 J	25,66 (013541)	Punkte: 215
Erlös	1.013,91 €	
Arznei- und Sachkosten 7%	70,97 €	
Sachkostenspauschale	181,50 (Kostenspauschale 40300 zu GOP 34291)	
Sachkostenspauschale	1.058,40 (Kostenspauschale 40302 zu GOP 34292)	
Gesamterlös	2.324,78 (inkl. 7% Arznei- und Sachkosten)	
Materialkosten (-6,25€)		

Statustyp	F58	
BRG-Klass	0,298	3.225 €
EL/AnschlAg	1	
PhosphoZ	0,320	1.044 €
BRG-Klass 1 BT	0,344	1.295 €

34 AMBULANTES OPERIEREN UND HYBRID-DRGs 2024 | 18. APRIL 2024

Fall 3: Koronarangiografie + 1 DES + FFRmyo

I20.8 Sonstige Formen der Angina pectoris

I-275.0 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung; Koronarangiografie ohne weitere Maßnahmen

8-837.m0 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz u Koronargef: Einlegen eines medikamentenfreis Stents in eine Koronararterie

I-279.a Koronarangiografie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung

Hier ist die tagesstationäre Leistungserbringung und Abrechnung in der F56 geringer als die AOP-Abrechnung.

Herkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	378,90 (34291)	Punkte: 3175
Zuschlag Messung FFR	116,99 (034298)	Punkte: 963
Zuschlag Intervention	453,37 (034292)	Punkte: 3799
Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung	155,98 (01522)	Punkte: 1307
Grundpauschale Kardiologie 6-59 J	25,66 (013541)	Punkte: 215
Erlös	1.130,86 €	
Arznei- und Sachkosten 7%	79,16 €	
Sachkostenspauschale	181,50 (Kostenspauschale 40300 zu GOP 34291)	
Sachkostenspauschale	660,00 (Kostenspauschale 40301 zu GOP 34298)	
Sachkostenspauschale	1.058,40 (Kostenspauschale 40302 zu GOP 34292)	
Gesamterlös	4.309,32 (inkl. 7% Arznei- und Sachkosten)	
Materialkosten (-6,35€)		

Statustyp	F56	
BRG-Klass	1,076	4.225 €
EL/AnschlAg	1	
PhosphoZ	0,320	1.044 €
BRG-Klass 1 BT	0,344	1.293 €

- Je nach Konstellation und Fachgebiet kommen hier unterschiedliche Formen der Abrechnung zu Tragen.
- Teilweise können Sachkosten separat nach angefallenen Kosten abgerechnet werden, teilweise existieren Sachkostenspauschalen.
- Diese sind nicht nebeneinander abrechenbar.
- Im Schrittmacherbereich sind Sachkosten aufgrund nicht vorhandener Sachkostenspauschale nach Eckkosten abzurechnen.
- Die unterschiedlichen Abrechnungsmodelle sind im Einzelfall zu prüfen und nicht trivial.



LEISTUNGEN DER ANLAGE 3 DES REFERENTENENTWURFS

Die Anlage 3 – Ausblicke in die Zukunft?

§ 3 (2) Die Grundlage für eine erweiterte Leistungsauswahl, für die die Vergütung im Laufe des Jahres 2024 festgelegt wird, ist in Anlage 3 aufgeführt.



- Im Referentenentwurf war eine „Wunschliste“ des BMG enthalten, welche zusätzlichen Leistungen künftig im Hybrid-Katalog berücksichtigt werden sollten.
- Dabei erfolgte die Definition erstmalig anhand von DRGs und nicht auf der Grundlage von OPS-Kodes.
- Damit ist auch die Systematik verlassen, ausschließlich Leistungen des ambulanten Operierens gemäß § 115b SGB V für die Hybrid-DRGs nach § 115f SGB V zu berücksichtigen.
- Diese Möglichkeit wurde auch nur durch eine Änderung des § 115f durch das Pflegestudienumstärkungsgesetz möglich.
 - Die Erweiterungspläne sind aktuell nicht in die Rechtsverordnung übernommen worden, wobei nicht davon auszugehen ist, dass dadurch die dort niedergelegten Pläne verworfen wurden.
 - Es ist davon auszugehen, dass diese Leistungen eher kurz- als langfristig zumindest teilweise in die Hybrid-DRGs überführt werden.

Gesetz 15.12.2023

Gesetz zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften

Inkrafttreten: 16.12.2023
Wortlaut des Gesetzes [GZ](#) - Bundesgesetzblatt

Bundesrat, 2. Durchgang: 24.11.2023
Bundestag, 2./3. Lesung: 19.10.2023
Bundestag, 1. Lesung: 22.09.2023
Bundesrat, 1. Durchgang: 07.07.2023

Kabinett: 24.05.2023
zum Download des Gesetzentwurfs (PDF, nicht barrierefrei, 458 KB) [📄](#)

Referentenentwurf: 05.04.2023
zum Download (PDF, barrierefrei, 1 MB) [📄](#)



Da waren wir gespannt, ob die Zeitplanung stimmt...


[Krankenversicherung](#)
[Pflegeversicherung](#)
[Über uns](#)
[Service](#)
[Startseite](#) > [Krankenversicherung](#) > [Ambulant-Stationäre Versorgung](#) > [Hybrid-DRG § 115f](#)

Hybrid-DRG

Spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V



Gemäß § 115f SGB V vereinbaren der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einen Katalog an Leistungen, die auf Grundlage einer speziellen sektorengleichen Vergütung, genannt „Hybrid-DRG“, vergütet werden. Die erstmalige Vereinbarung sollte zum 31.03.2023 getroffen werden. Da die Vertragspartner keine Einigung erzielen konnten, hat das Bundesministerium für Gesundheit mit Wirkung zum 01.01.2024 eine Rechtsverordnung mit einem Startkatalog von Leistungen sowie den für diese Leistungen abrechnungsfähigen Fallpauschalen (Hybrid-DRG) erlassen.

Die weiteren Regelungen zur Abrechnung im Jahr 2024 regeln die Vertragspartner in separaten Umsetzungsvereinbarungen für Krankenhäuser und für Vertragsärzte.



Eine Vereinbarung über die Erweiterung des Leistungskatalogs ab dem Jahr 2025 ist zum 31.03.2024 vorgesehen.

...und sie hat gestimmt!

Vereinbarung

über den Leistungskatalog gemäß § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2
SGB V in Verbindung mit § 115f Absatz 2 Satz 2 SGB V
(Hybrid-DRG-Vereinbarung)

vom

27.03.2024

§ 1 Leistungskatalog

§ 2 Kalkulation

§ 3 Vereinbarung des Hybrid-DRG-Leistungskatalogs und der Entgelthöhe

§ 4 Salvatorische Klausel

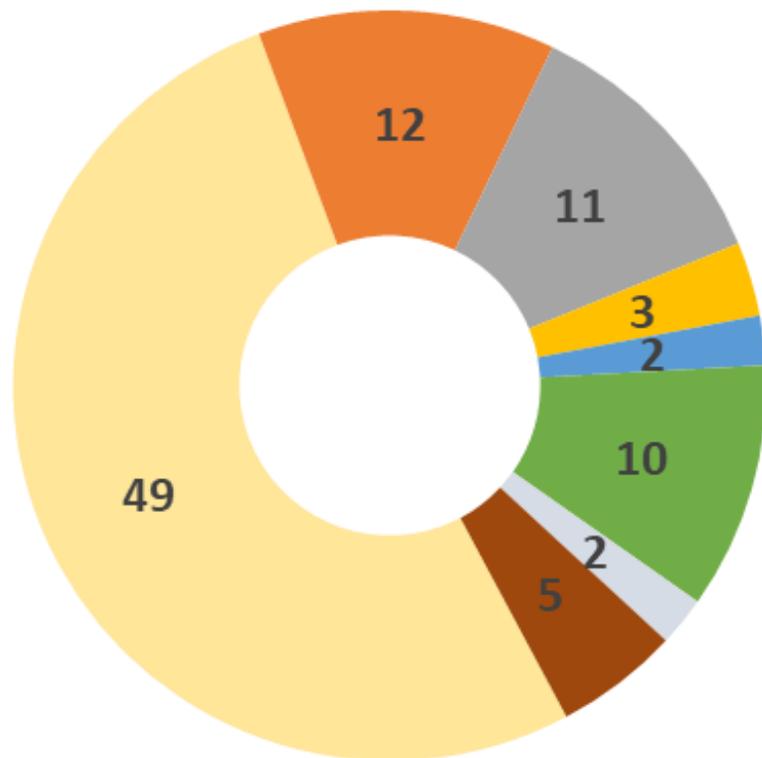
§ 5 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Anlage 1: OPS-Kodes der Hybrid-DRG-Vereinbarung

Anlage 2: Berechnungsschema



Inhaltlich keine Revolution für 2025 absehbar



■ Gastro

■ Hernien

■ Proktologie

■ Sinus pilonidalis

■ LK

■ Urologie

■ Mamma

■ Osteosynthese

- Dieses Mal erfolgte eine Einigung der Selbstverwaltung!
- Möglicherweise wollte man durch eine wenig richtungsweisende Einigung eine erneute Einmischung des BMG verhindern...
- Die Definition der neuen Leistungen ab 2025 ist derzeit noch nicht ganz sicher, da bis zum 30.04.2024 noch Beratungen und Anpassungen möglich sind.
- Die Festlegungen erfolgten erneut durch OPS-Kodes.
- Damit wurde der vom BMG frei geräumte Weg zu DRG-bezogenen Ausweitung von Leistungen nicht genutzt.
- Dem InEK wurde gleichzeitig ein „Strickmuster“ für die Kalkulation an die Hand gegeben.
- Dieses stammt allerdings vom InEK... 😊

Derzeit unklare Bedeutung - neue Ausschlusskriterien

OPS	OPS_Text	Ausschlusskriterien
1-440.6	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Gallengänge	1-631, 1-632
1-440.7	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Sphincter Oddi und Papilla duodeni major	1-631, 1-632
1-440.8	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Pankreas	1-631, 1-632
1-447	Endosonographische Feinnadelpunktion am Pankreas	1-631, 1-632
1-448.0	Endosonographische Feinnadelpunktion am hepatobiliärenSystem: Leber	1-631, 1-632
1-448.1	Endosonographische Feinnadelpunktion am hepatobiliärenSystem: Gallengänge	1-631, 1-632
1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	1-631, 1-632
1-641	Diagnostische retrograde Darstellung der Pankreaswege	1-631, 1-632
1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenund Pankreaswege	1-631, 1-632
3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	1-631, 1-632
3-055.1	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Leber	1-631, 1-632
3-056	Endosonographie des Pankreas	1-631, 1-632

Erläuterung der Hybrid-DRG-V:

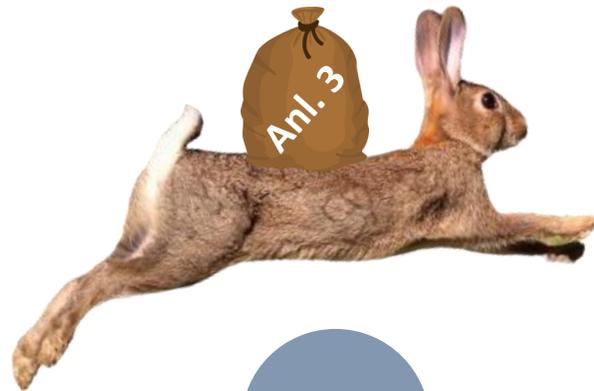
„Das alleinige Vorliegen des/der genannten OPS-Kodes darf nicht zur Gruppierung in eine Hybrid-DRG führen.“

- Bedeutet das jetzt, dass ein Fall mit z. B. OPS 1-440.6 in eine Hybrid-DRG gruppiert wird, ein Fall mit OPS 1-440.6 + OPS 1-631 ebenfalls, ein Fall nur mit OPS 1-631 aber nicht hybridfähig ist.
- Das wäre ja grundsätzlich sinnlos, da die Gruppierung in die Hybrid-DRGs allein mit OPS 1-631 ja per definitionem nicht möglich ist.
- Schauen wir mal, ob da seitens der Selbstverwaltung noch Erläuterungen veröffentlicht werden.

Vielleicht war es wie beim Hasen und dem Igel 😊



GKV



BMG



DKG

Anlage 3-Leistungen nicht endgültig vom Tisch

Bearbeitungsstand: 21.09.2023 10:24

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

Verordnung zu einer speziellen sektorengerechten Vergütung
(Hybrid-DRG-V)

**In der endgültigen Fassung
des Bundesgesetzblattes
Nr. 380 nicht mehr
enthalten!**

§ 3

Leistungen

(1) Die Leistungen, für die ab 1. Januar 2024 die Vergütung nach § 4 erfolgt, sind in Anlage 1 (Startkatalog) aufgeführt.

(2) Die Grundlage für eine erweiterte Leistungsauswahl, für die die Vergütung im Laufe des Jahres 2024 festgelegt wird, ist in Anlage 3 aufgeführt.

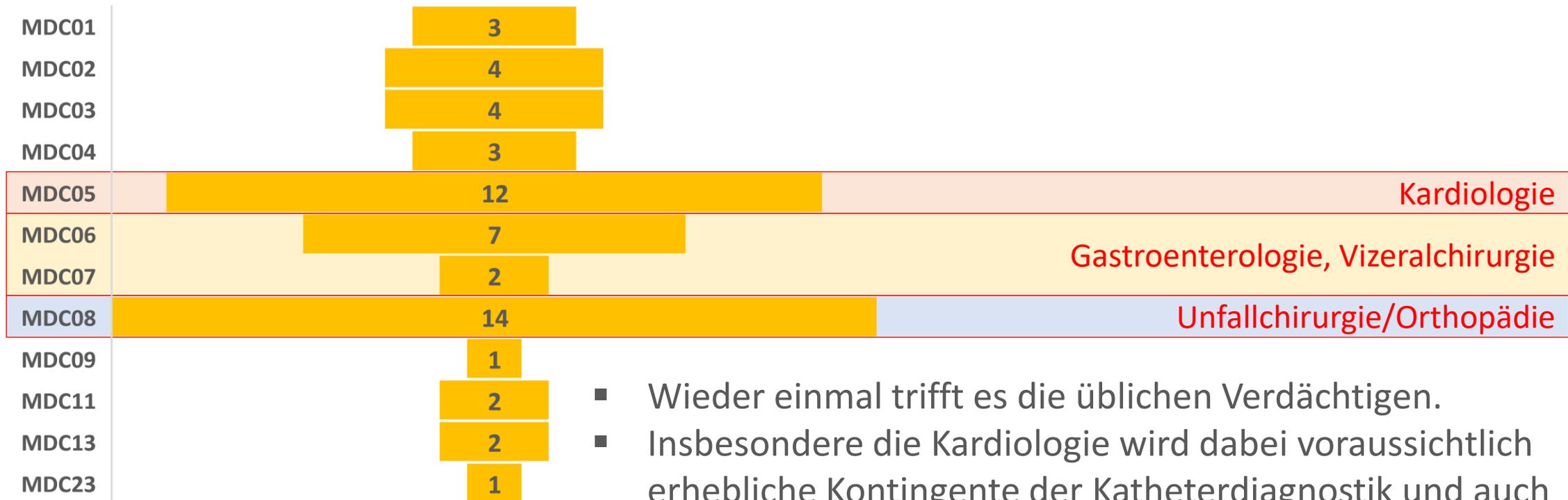
- Hier erfolgt die Darstellung der Leistungen anhand von DRGs.
- Das ist ein komplett neuer Weg, da bisher die AOP-Fälle immer anhand von OPS-Kodes identifiziert wurden.
- Damit wird auch die Logik verlassen, die der § 115e SGB V vorsieht, dass Hybrid-DRGs nur Fälle beinhalten sollen, welche vom § 115b SGB V erfasst werden.
- Die Anzahl potenziell betroffener Fälle ist dabei nicht unerheblich.
- **Für 2025 ist dieser Plan des BMG aber wohl erst einmal ausgehebelt worden.**

DRG	DRG-Bezeichnung
B05Z	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom oder kleine Eingriffe an den Nerven
B77Z	Kopfschmerzen
B81B	Anderer Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung
C03B	Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Entfernung Augapfel ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Faktoren, mit bestimmtem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre
C08B	Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE) ohne komplexe Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Auge, Alter > 9 Jahre
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte Transplantation am Auge außer bei bösartiger Neubildung am Auge
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides
D06C	Bestimmte Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, mit bestimmter Prozedur
D13B	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals ohne komplizierende Diagnose, ohne bestimmten Eingriff, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre
D30B	Tonsillektomie außer bei BNB oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals, Alter > 15 oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 12 Jahre oder Alter > 11 Jahre bei BNB oder mit anderem Eingriff oder ohne Eingriff an Hals, Trachea
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen, Gesichtsschädelknochen
E02E	Anderer OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 J., ohne best. Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwendigen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne endoskop. Lungenvolumenreduktion, ohne andere mäßig kompl. Eingriffe, ein Belegungstag
E63B	Schlafapnoesyndrom oder Polysomnographie oder kardiopulmonale Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte invasive kardiologische Diagnostik
E71D	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag od. ohne äußerst schwere CC, ohne Ösophagusproth., ohne Stufenbiopsie, ohne Chemoth. od. ohne endoskop. Biop. am Respir.-Trakt, ohne Bronchoskopie mit starrem Instr., ohne perkut. Biopsie am Respir.-Trakt
F12F	Impl. HSM, Zweikammersys., oh. auß. schwere CC, oh. isol. offen chir. Sondenimpl., oh. aufw. Sondenentf., oh. mäßig kompl. PTCA od. Impl. HSM, Einkammersys. od. Impl. Ereignisrekorder, oh. invasive kardiolog. Diagnostik bei best. Eingriffen, Alter > 15 J.
F39A	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC
F49F	Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr.
F49G	Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, ohne best. Eingr.
F50A	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen oder Implantation eines Ereignisrekorders oder Alter < 16 Jahre oder best. angeb. Herzfehler oder mit kompl. Ablation, Alter < 18 Jahre
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie oder koronare Lithoplastie
F58B	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC
F59D	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit bestimmtem Eingriff oder anderem Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag oder mit pAVK mit Gangrän, mehr als ein Belegungstag
F59E	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwend. Gefäßinterv., mit best. anderen Eingriff oder best. Mehrfacheingriff oder PTA, mehr als ein Belegungstag, ohne aufwendigen oder bestimmten Eingr., Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
F59F	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, ohne aufwendigen, bestimmten oder bestimmten anderen Eingriff, ohne Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
F75C	Anderer Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre und Alter < 16 Jahre, ohne schwere CC oder Alter > 15
G26A	Anderer Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter < 18 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder mit kleinem Eingriff am Rektum
G26B	Anderer Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 17 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne kleinen Eingriff am Rektum
G47B	Anderer Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, ohne bestimmte endoskopische Maßnahme am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit bestimmten komplizierenden Faktoren
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC
G71Z	Anderer mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane
H41D	Anderer aufwendige ERCP oder bestimmter endoskopischer Eingriff oder andere ERCP mit bestimmter BNB oder bestimmter Pankreatitis
H41E	Anderer ERCP ohne bestimmte oder andere aufwendige ERCP, Alter > 15 Jahre
I16B	Anderer Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität ohne bestimmten Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen, mit bestimmtem anderem Eingriff an Klavikula, Schulter und Ellenbogen
I16C	Anderer Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität ohne bestimmten Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen, ohne bestimmten anderen Eingriff an Klavikula, Schulter und Oberarm
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk
I23B	Anderer kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen mit bestimmten kleinen Eingriffen an Knochen und Weichteilen, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I23C	Anderer kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen ohne bestimmte kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I24A	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe oder Alter < 18 Jahre
I24B	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne komplexen Eingriff, Alter > 17 Jahre
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder best. Osteosynthesen an der Klavikula ohne kompliz. Diagnose, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen oder sonst. arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit bestimmten Eingriffen an der Schulter
I29C	Sonstige arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette ohne bestimmte Eingriffe an der Schulter
I30B	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre oder bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
I30C	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk ohne bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder bestimmte arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre
I32F	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe oder ohne bestimmtem mäßig komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag
I68F	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag oder Prellung am Oberschenkel
J09A	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter < 16 Jahre
L06C	Anderer kleine Eingriffe an den Harnorganen, Alter > 15 Jahre
L64B	Anderer Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, außer bei angeborener Fehlbildung, außer bei BNB der Harnorgane, Alter > 2 Jahre
N09B	Anderer Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, kleine Eingriffe an Blase, Uterus, Bauchwand und Peritoneum
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Perturbation und kleine Eingriffe an Vagina und Vulva
Z64C	Anderer Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, ohne bestimmten Kontak Anlass oder allergologische Provokationstestung bis 2 Belegungstage

In der endgültigen Fassung
des Bundesgesetzblattes Nr.
580 nicht mehr enthalten!

Wer es genau wissen will – die
komplette Anlage 3

Inhaltliche Verteilung DRGs der erweiterten Leistungen



- Wieder einmal trifft es die üblichen Verdächtigen.
- Insbesondere die Kardiologie wird dabei voraussichtlich erhebliche Kontingente der Katheterdiagnostik und auch der Ablationen an die Hybrid-DRGs verlieren.
- Dabei wird es auch Fälle treffen, welche nicht bereits als AOP-Leistungen schlecht vergütet waren und in den Hybrid-DRGs aufgewertet würden.

Beispiele häufiger Leistungen – Herz-Kreislaufmedizin

DRG	DRG-Bezeichnung
F12F	Impl. HSM, Zweikammersys., oh. auß. schwere CC, oh. isol. offen chir. Sondenimpl., oh. aufw. Sondenentf., oh. mäßig kompl. PTCA od. Impl. HSM, Einkammersys. od. Impl. Ereignisrekorder, oh. invasive kardiolog. Diagnostik bei best. Eingriffen, Alter > 15 J.
F49F	Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, mit best. Ingr.
F49G	Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, ohne best. Ingr.
F50A	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen oder Implantation eines Ereignisrekorders oder Alter < 16 Jahre oder best. angeb. Herzfehler oder mit kompl. Ablation, Alter < 18 Jahre
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie oder koronare Lithoplastie
F58B	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC
F59D	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit bestimmtem Eingriff oder anderem Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag oder mit pAVK mit Gangrän, mehr als ein Belegungstag
F59E	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwend. Gefäßinterv., mit best. anderen Eingriff oder best. Mehrfacheingriff oder PTA, mehr als ein Belegungstag, ohne aufwendigen oder bestimmten Ingr., Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag
F59F	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, ohne aufwendigen, bestimmten oder bestimmten anderen Eingriff, ohne Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag

- Damit fällt ein großer Teil der SM-Implantationen in die Hybrid-DRGs (F12F).
- Ebenso sind die häufigsten DRGs der kardialen Katheterdiagnostik betroffen (F49F/G).
- Neu finden sich auch die komplexeren (nicht die übrigen!) Ablationen mit 3D-Verfahren in den Hybrid-DRGs (F50A).
- Angiologisch fällt ein großer Teil der diagnostischen und therapeutischen Interventionen aus der stationären Leistungserbringung heraus (F59D/E/F).

Egal, ob die Anlage 3 formal existiert – der Druck steigt

Fälle mit PTCA und/oder einem Stent neu im AOP-Katalog

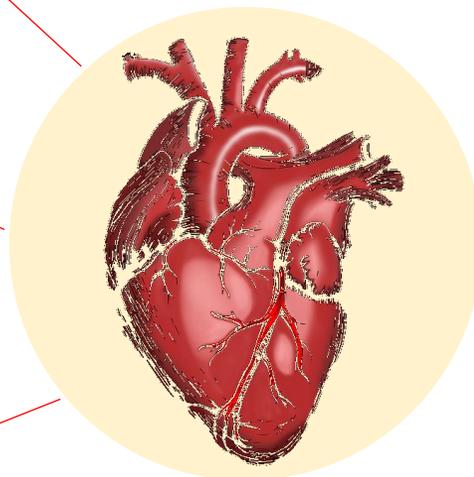
AOP

Fälle mit LHK mit und ohne Stents nicht im Kontextausschluss

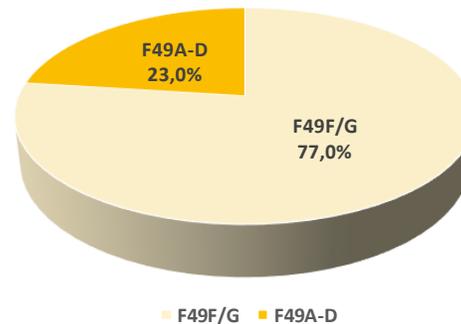
AOP

DRGs F49F, F49G, F56B, F58B Teil der aktuell nicht gültigen Anlage 3

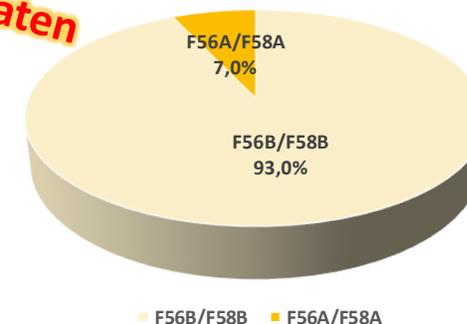
Anl. 3



	F49F/G	F49A-D
F49F/G	77,0%	23,0%



	F56B/F58B	F56A/F58A
F56B/F58B	93,0%	7,0%

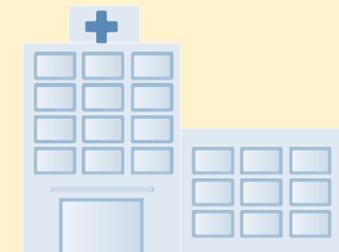




CHANCEN UND RISIKEN FÜR MEDTECH-UNTERNEHMEN

Kompliziertes Gefüge

- Das neue Abrechnungsgefüge hat erhebliche Auswirkungen auf alle Akteure.
- Stationäre Leistungen im DRG-System unterliegen der Vollfinanzierung durch die Fallpauschale.
- Allerdings können ggf. Zusatzentgelte abgerechnet werden.
- Bei Hybrid-DRGs sind die Sachkosten ebenfalls inklusive.
- Allerdings können hier keine Zusatzentgelte abgerechnet werden (sind in der Regel bei den aktuellen Hybrid-DRGs aber auch eher selten relevant).
- Bei den AOPs können Sachkosten entweder als Einzelsachkosten oder oftmals als Sachkostenpauschalen abgerechnet werden.
- Bei den Sachkostenpauschalen sind die Sachkosten natürlich wieder gedeckelt, bei den Einzelabrechnungen innerhalb einer begründbaren Indikation und Wirtschaftlichkeit im Wesentlichen frei.



Leistungsverlagerung zwischen den Sektoren



- Sachkosten bleiben integraler Bestandteil der DRGs
- Vergütung Hybrid-DRG-Fälle grundsätzlich bei stationärer Erbringung nicht kostendeckend.
- Sachkostenthema wird noch prominenter



- Sachkosten werden teilweise aus der integrierten in die additive Abrechnung verlagert.
- Dabei ist die Abrechnungshöhe teilweise im Sinne von SK-Pauschalen gedeckelt.
- Freie Preisgestaltung ist nicht empfehlenswert



- Gerade hier wird deutlich, dass die Rückverlagerung von AOP-Fällen in die Hybrid-DRGs die Sachkosten wieder in die DRG „einfängt“.
- Derartiges wird auch weiterhin geschehen, sodass Preise nicht freigegeben werden können.



Die Unternehmen der
Medizintechnologie
www.bvmed.de

Webinar
18. April 2024

Ambulantes Operieren und Hybrid-DRGs 2024

Auswirkungen auf klinische und ambulante Leistungserbringer aus der MedTech-Perspektive

> AOP-Katalog 2024
> Hybrid-DRGs 2024

BV **Med**AKADEMIE

13:40 – 14:30 Uhr PD Dr. med. Dominik Franz

AOP-Katalog 2024

- Erweiterung der ambulant zu erbringenden Leistungen
- Erweiterung der Kontextfaktoren
- Frakturzuschlüge
- Optimierung der ambulanten OP-Abrechnung
- Die MedTech-Perspektive

14:30 – 15:30 Uhr Andreas Wenke

Hybrid-DRGs 2024

- Sie sind da! Um welche Leistungen geht es?
- Wie hoch sind die Erlöse? Umgang mit Sachkosten?
- Hybrid-DRGs oder AOP – haben Kliniken eine Wahl?
- Chancen und Risiken für die Leistungserbringer?
- Chancen und Risiken für MedTech-Unternehmen?
- Wie geht es weiter? Leistungen der Anlage 3 des Referentenentwurfs

15:30 Uhr Fragen & Diskussion

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



 =

Franz + Wenke.

Beratung im Gesundheitswesen.



Unsere Leistungen

Beratung für medizinische Leistungserbringer

→ hier entlang

Beratung für MedTech & Pharmaindustrie

→ hier entlang

Fortbildungen & Seminare

→ hier entlang



**Seit 2016.
Für Sie da.**



**Kompetent.
Individuell.**

Das Unternehmen Franz + Wenke GmbH ist ein führender Anbieter für ambulante Operationen und Hybrid-DRGs. Seit 2016 sind wir als spezialisierte Berater für Krankenhäuser und Kliniken tätig. Wir unterstützen Sie bei der Optimierung Ihrer Prozesse, der Reduzierung Ihrer Kosten und der Erhöhung Ihrer Umsätze. Unsere Experten sind in allen Bereichen des ambulanten Operierens und der Hybrid-DRGs tätig. Kontaktieren Sie uns für eine kostenlose Beratung. Franz + Wenke GmbH, www.franzwenke.de

Franz + Wenke.

Beratung im Gesundheitswesen.

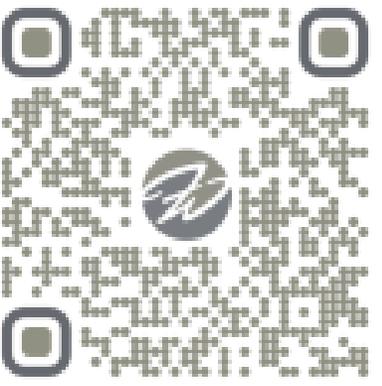


- Unsere Leistungen**
- Beratung für medizinische Leistungserbringer → hier entlang
 - Beratung für MedTech & Pharmaindustrie → hier entlang
 - Fortbildungen & Seminare → hier entlang



<https://my.calenso.com/book/franzwenkegmbh>

Vereinbaren Sie online einen Termin



<https://dasgesundheitswesen.de/>

Besuchen Sie unsere Homepage



<https://fortbildung.dasgesundheitswesen.de>

Besuchen Sie unsere Fortbildungsseite



...oder rufen Sie uns gerne an



+49 251 - 149 824 10