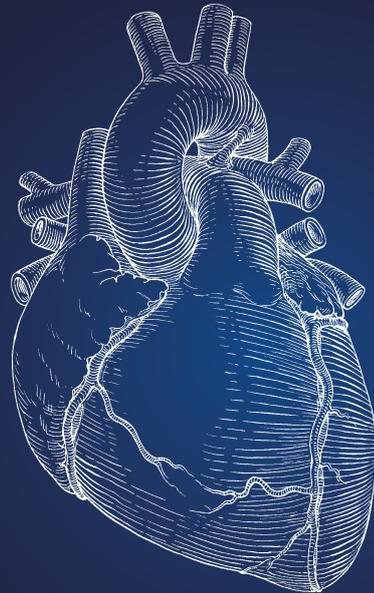


# KODIERUNG UND VERGÜTUNG

IN DER  
STATIONÄREN  
VERSORGUNG  
**2018**

Herzunterstützungssysteme  
VAD  
Ventricular Assist Device





**Dr. med. Andreas Witthohn**  
Facharzt für Chirurgie  
und Unfallchirurgie/Sozialmedizin  
Senior Manager  
Reimbursement & Health Economics

# VORWORT

## Sehr geehrte Leserin, Sehr geehrter Leser,

die Versorgungskette von Patienten mit schweren Herz-erkrankungen stellt einen Schwerpunkt von Medtronic dar. Mit dem Angebot eines Herzunterstützungssystems (VAD - Ventricular Assist Device) baut Medtronic sein diesbezügliches Angebot mit Blick auf Diagnosewerkzeuge, Therapien (implantierbare Defibrillatoren zum Beispiel) und Leistungen für Patienten mit Herzinsuffizienz weiter aus.

Die Implantation des VAD ermöglicht schwer herzinsuffizienten Patienten eine Besserung des Grundleidens und führt oft zu Erleichterungen im täglichen Leben.

Der Einsatz solcher Herzunterstützungssysteme erfordert neben der aufwendigen stationären Krankenhausbehandlung auch in der Nachbehandlung einen enormen Betreuungs- und Überwachungsaufwand.

Während die Implantation im Rahmen eines stationären Aufenthaltes über DRGs und Zusatzentgelte abgebildet wird, stellt sich die Sicherstellung der nachfolgenden ambulanten Weiterbehandlung komplexer dar.

In dieser Broschüre stellen wir Ihnen die Vergütungsmöglichkeiten der stationären Krankenhausbehandlung vor und zeigen Wege auf, wie diese ambulante Weiterbetreuung der Patienten sichergestellt werden kann.

Benötigen Sie weitere Informationen zu den Themen, Refinanzierung, G-DRG-System, **Deckungsbeitrag**, **Prozesskostenanalysen** oder Studien? Dann wenden Sie sich bitte an unseren Außendienst oder direkt an die Reimbursementabteilung:

**Website:** [www.medtronic-reimbursement.de](http://www.medtronic-reimbursement.de) oder  
**E-Mail:** [reimbursement@medtronic.de](mailto:reimbursement@medtronic.de)

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. med. Andreas Witthohn  
Senior Manager  
Reimbursement & Health Economics

# ABKÜRZUNGS VERZEICHNIS

<b>AVM</b>	Arteriovenöse Malformation	<b>KHEntgG</b>	Krankenhausentgeltgesetz
<b>Bew.rel.</b>	Bewertungsrelation	<b>KHG</b>	Krankenhausfinanzierungsgesetz
<b>CC</b>	Komplikationen und/oder Komorbiditäten	<b>KHSG</b>	Krankenhausstrukturgesetz
<b>Coil</b>	Metallspirale	<b>LVAD</b>	Left Ventricular Assist Device
<b>DIMDI</b>	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information	<b>MDK</b>	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
<b>DRG</b>	Diagnosis Related Group	<b>NUB</b>	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode
<b>EBM</b>	Einheitlicher Bewertungsmaßstab	<b>OGVD</b>	obere Grenzverweildauer
<b>G-DRG</b>	German Diagnosis Related Group	<b>OPS</b>	Operationen- und Prozeduren Schlüssel
<b>GOÄ</b>	Gebührenordnung für Ärzte	<b>UGVD</b>	untere Grenzverweildauer
<b>ICD</b>	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems	<b>ZE</b>	Zusatzentgelt
<b>InEK</b>	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus		

## WORAUF ES IN DIESEM JAHR ANKOMMT

### Sicherung der adäquaten Nachsorge

Die Nachsorge nimmt viel Ressourcen in Anspruch. Es wird immer wichtiger, dass die fachgerechte Nachsorge nach Implantation eines herzunterstützenden Systems auf mehrere Schultern verteilt werden kann. Wir sind gerne behilflich solche „Shared Care“-Modelle zu erörtern und zu unterstützen.

# INHALTS VERZEICHNIS

<b>1. Abbildung der LVAD im DRG System</b>	<b>5</b>
1.1 Relevante DRGs gemäß InEK-DRG-Browser 2018	5
1.2 Kostenerstattung am Beispiel der DRG F07A	5
<b>2. Reimbursement Solutions</b>	<b>6</b>
<b>3. Groupierungssimulation G-DRG-System 2018</b>	<b>8</b>
3.1 DRG-Entgeltkatalog	8
3.2 DRG-Zuordnung	8
3.3 Individuell zu verhandelnde Zusatzentgelte	9
<b>4. Ergänzende Hinweise zur Budgetverhandlung</b>	<b>10</b>
<b>5. Kodierung im G-DRG-System 2018</b>	<b>13</b>
<b>6. Ambulante Nachsorge</b>	<b>14</b>
6.1 Relevante Vergütung der ambulanten Nachsorge	14
6.2 Beispiele für den Umfang der ambulanten Nachsorge	14
<b>7. Hilfreiche Links / Quellen</b>	<b>15</b>

## Rechtlicher Hinweis

Wir weisen darauf hin, dass unsere Unterstützungs- und Beratungsleistungen ausschließlich in direktem Zusammenhang mit der Refinanzierung unserer Therapien erbracht werden können. Weder können wir Ihnen bei allgemeinen Fragen zur Refinanzierung behilflich sein, noch können wir Sie zur Refinanzierung von Therapien anderer Hersteller beraten. Alle Angaben in dieser Rubrik sind lediglich Empfehlungen von Medtronic und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Richtigkeit. Medtronic übernimmt daher in diesem Zusammenhang keine Haftung. Es handelt sich hierbei um sozialmedizinische Erörterungen. Eine Rechtsberatung erfolgt damit ausdrücklich nicht.

# 1. ABBILDUNG DER LVAD IM DRG SYSTEM

## 1.1 Relevante DRGs gemäß InEK-DRG-Browser 2018

Gemäß InEK DRG Browser 2018 finden sich LVAD-Implantationen, definiert durch den OPS-Kode 5-376.40 in den nachfolgend aufgeführten DRGs.

Grundlage der Daten ist die Datenlieferung der 230 Kalkulationshäuser. Diese Daten bilden auch die Grundlage der DRG-Bewertungen. Die Implantation des LVAD ist nicht explizit in einer DRG abgebildet, sondern in einer sog. Misch-DRG.

DRG	Beschreibung	Anteil*
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 5520 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff	7,27 %
A07A	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbeh. > 3920 / 3680 / 3680 P. oder mit hochkompl. oder dreizeitigem Eingr.	5,06 %
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit angeb. Fehlbild. od. Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P. und Alter < 16 Jahre	1,12 %
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre	2,43 %
A13A	Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Eingr. od. mit kompl. OR-Proz. u. int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / 1656 P. od. mit kompl. OR-Proz. u. int. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 P. od. b. Lymphom und Leukämie, m. kompliz. Konst. u. best. OR-Proz., Alter < 16 J.	1,80 %
A13B	Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.	0,47 %

DRG	Beschreibung	Anteil*
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte	3,35 %
F07B	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, mit Reoperation an Herz oder Perikard oder bestimmter komplizierender Konstellation, ohne komplexe Operation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte	4,48 %
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte	4,74 %
F36B	Intensivmedizinische Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen des Kreislaufsystems mit kompliz. Faktoren, > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. mit best. OR-Proz. oder > - / - / 552 P. mit best. Aortenstenose oder minimalv. Eingr. an mehreren Herzklappen	3,51 %
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > - / - / 552 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne bestimmten Aortenstenose oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff	2,49 %
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems ohne IntK > 392 / 552 / 552 Punkte, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder bestimmter OR-Prozedur oder IntK > - / 368 / - Punkte	0,25 %

\* Anteil Fälle mit Prozedur 5-376.40

Die Implantatkosten und der ggfs. höhere operative Aufwand werden mit einem individuell zu verhandelndem Zusatzentgelt abgebolten.

## 1.2 Beispiel Kostenerstattung



Weitere Zusatzentgelte	Beschreibung	Erlös
ZE2018-03	ECMO und PECLA	... €



Zusatzentgelt für VADs	Beschreibung	Erlös
ZE2018-02	Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“)	80.000 € - 100.000 €

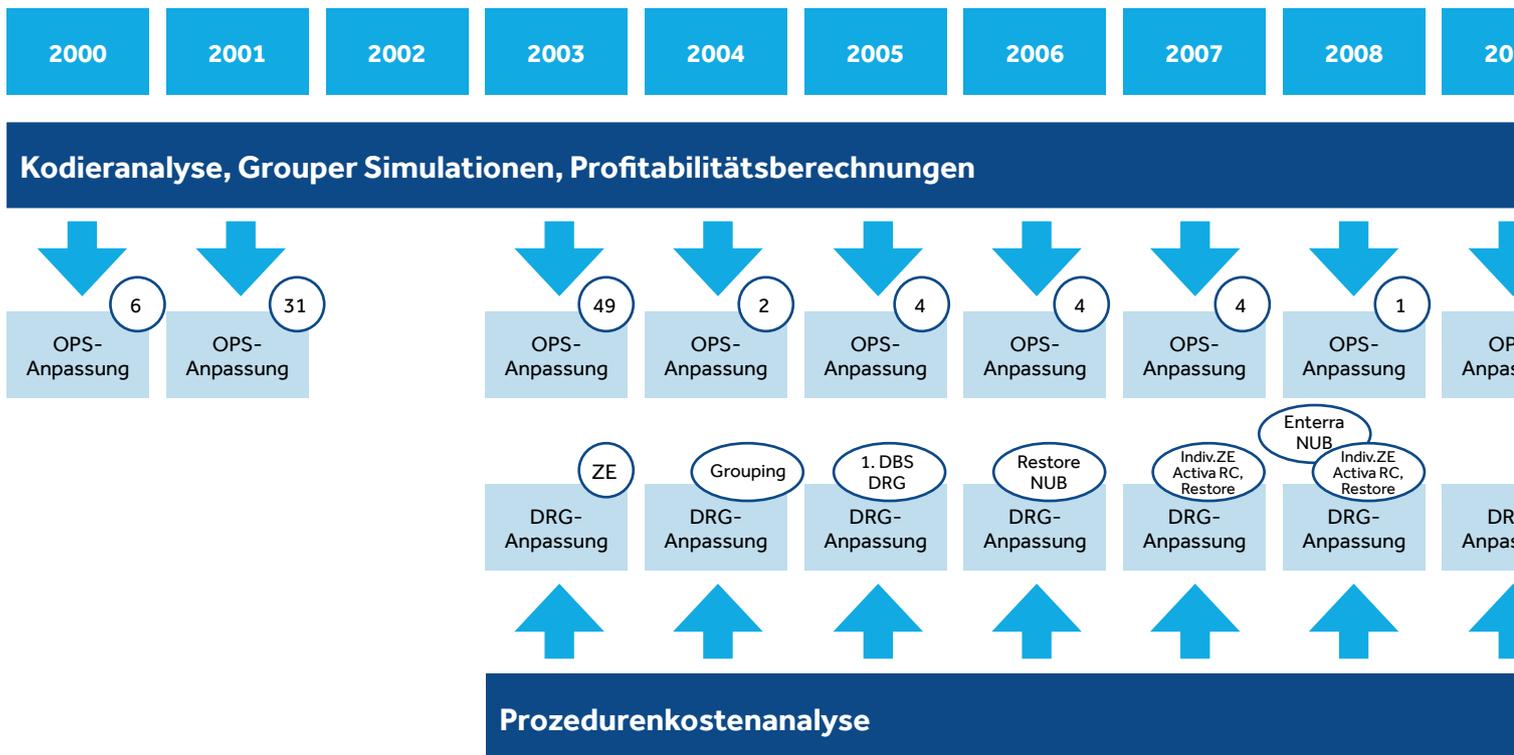


G-DRG	Beschreibung	Erlös*
z.B. F07A	siehe oben	25.058,18 €
z.B. F36B	siehe oben	48.639,28 €

Eine vollständige DRG-Tabelle finden Sie auf Seite 8.

\* berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2018 von 3.467,30 €

# 2. REIMBURSEMENT SOLUTIONS



## Erfolgreiche Kooperation bedarf kompetenter Partner

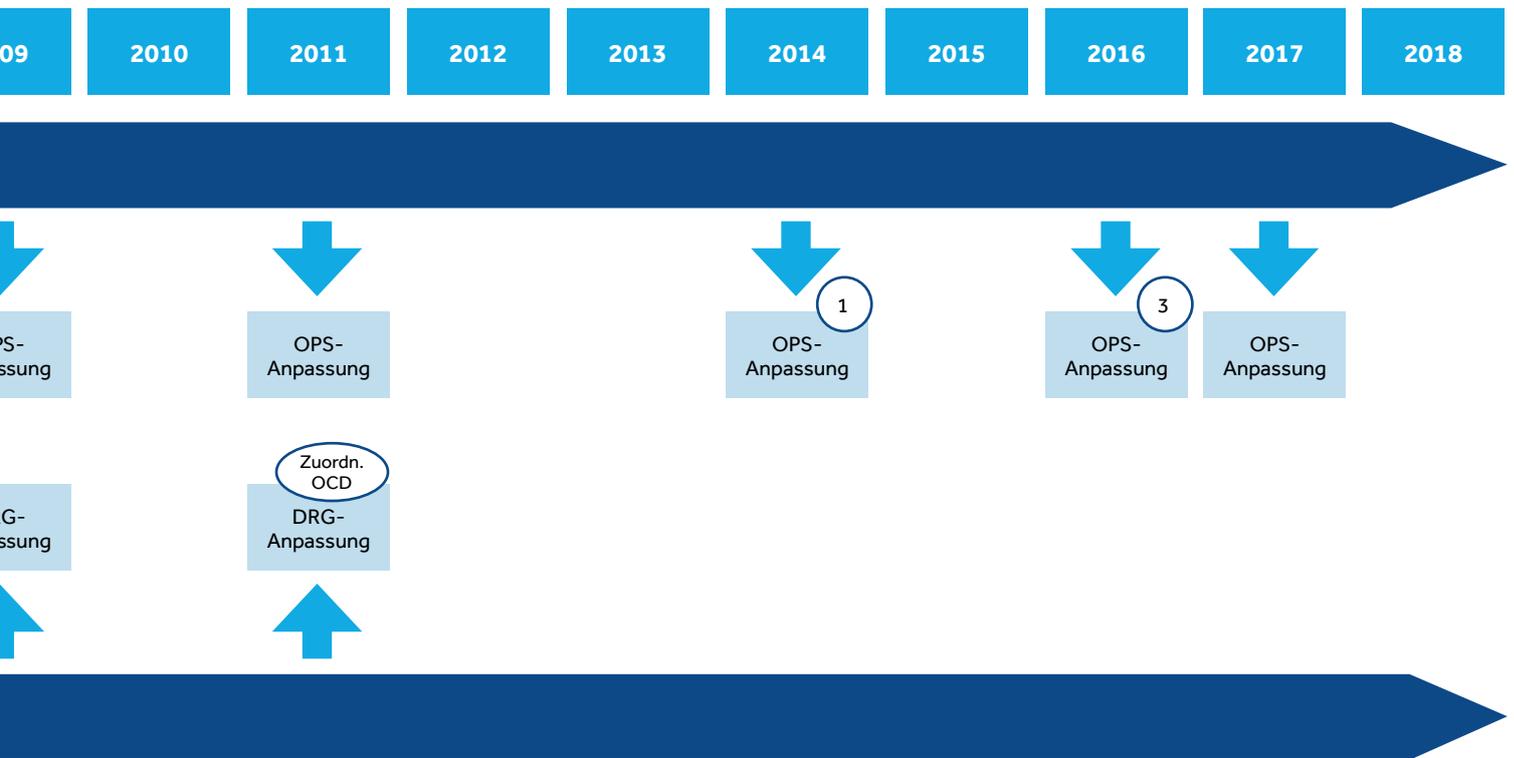
Der Geschäftsbereich Neuromodulation des Unternehmens Medtronic GmbH hat sich am Beispiel der Entwicklung des deutschen Fallpauschalensystems in der stationären Krankenversorgung bereits mit der Entscheidung zum G-DRG im Jahre 2000 festgelegt, aktiv an der Weiterentwicklung dieses Systems mit zu gestalten. In partnerschaftlicher Kooperation mit den Leistungserbringern, medizinischen Fachgesellschaften und dem Bundesverband Medizintechnologie e.V. hat unser Unternehmen als Pionier und Vorreiter eine vollumfängliche und sachgerechte Abbildung der Behandlungsverfahren zur Neuromodulation jederzeit transparent und kompetent erreichen können.

## Was bedeutet Reimbursement für uns?

Unter Reimbursement verstehen wir nicht nur eine adäquate Refinanzierung unserer Therapien, sondern auch die Leistungen oder Informationen, die unseren Kunden eine solche Refinanzierung ermöglichen.

Zu diesen Leistungen gehören:

- Empfehlung einzelner Abrechnungspositionen (EBM, GOÄ oder DRG)
- Beratung bei Abrechnung und Kodierung
- Unterstützung bei Änderungsanträgen an DIMDI, InEK und andere Institutionen (operatives Reimbursement)
- Beratung zu Fragen des MDK und der Kassen
- Beratung zum Leistungsportfolio und zur strategischen Ausrichtung von Kliniken und anderen Leistungserbringern (strategisches Reimbursement)



Anzahl erfolgreicher Änderungen aus der Kooperation Medtronic, Leistungserbringer und Fachgesellschaften.

## Unser Reimbursement-Service im Überblick

### Kostenbetrachtungen, Erlösbetrachtungen

Wir unterstützen Sie mit maßgeschneiderten Erlösanalysen und Kostenanalysen bei der Planung und Optimierung Ihres Leistungsangebots. Diese Konzepte entwickeln wir in Zusammenarbeit mit Ärzten, Pflegekräften und Klinikverwaltung. G-DRG Kodierhilfen und Kodierleitfäden, Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen oder Prozesskostenanalysen sind einige Beispiele.

### Training und Beratung

Unsere Weiterbildungs- und Trainingsprogramme vermitteln die Grundlagen der Abrechnung über G-DRG, EBM und GOÄ sowie den aktuellen Stand der Kodierung und Kostenerstattung. Wir begleiten außerdem bei der Kodierung stationärer und ambulanter Refinanzierung unserer Therapien.

# 3. GROUPIERUNGSSIMULATION

## G-DRG-SYSTEM 2018

### 3.1 DRG-Entgeltkatalog

[http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System\\_2018/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog\\_2018](http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2018/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2018) 

Die Leistungen der Krankenhäuser wie z.B. Operationen, Krankenpflege, der Einsatz von Sachmitteln wie Medizinprodukten, Arzneimitteln und Hotelleistungen werden nach G-DRGs (German Diagnosis Related Groups) abgerechnet. G-DRG ist ein durchgängig leistungsorientiertes und pauschaliertes Vergütungssystem. DRGs sind Fallpauschalen für bestimmte Behandlungen, die u.a. aufgrund der Diagnose-Kodierung nach ICD und evtl. erbrachter Prozedur/en nach OPS definiert werden. Die DRGs werden in einem Fallpauschalenkatalog gelistet und jährlich aktualisiert. Da nicht alle Behandlungen im DRG Katalog abbildbar sind, gibt es für besonders kostenintensive Leistungen, die nicht oder nur teilweise über die DRG abgedeckt werden sog. ZE (Zusatzentgelte).

### 3.2 DRG-Zuordnung

DRG	Partition	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Erlös*
					1. Tag mit Abschlag	Bew.rel. / Tag	1. Tag zus. Entgelt	Bew.rel. / Tag	
A06A	○	<b>Beatmung &gt; 1799 Stunden</b> mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 5520 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff	71,528	134,1			152	0,506	248.009,03 €
A07A	○	<b>Beatmung &gt; 999 Stunden oder &gt; 499 Stunden</b> mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbeh. > 3920 / 3680 / 3680 P. oder mit hochkompl. oder dreizeitigem Eingr.	44,470	78,3	25	1,444	96	0,480	154.190,83 €
A09B	○	<b>Beatmung &gt; 499 Stunden oder &gt; 249 Stunden</b> mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit angeb. Fehlbild. od. Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P. und Alter < 16 Jahre	21,745	39,5	12	1,460	57	0,481	75.396,44 €
A11A	○	<b>Beatmung &gt; 249 Stunden oder &gt; 95 Stunden</b> mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre	24,649	45,4	14	1,388	63	0,458	85.465,48 €
A13A	○	<b>Beatmung &gt; 95 Stunden</b> mit hochkompl. Eingr. od. mit kompl. OR-Proz. u. int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / 1656 P. od. mit kompl. OR-Proz. u. int. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 P. od. b. Lymphom und Leukämie, m. kompliz. Konst. u. best. OR-Proz., Alter < 16 J.	15,647	30,7	9	1,248	49	0,407	54.252,84 €
A13B	○	<b>Beatmung &gt; 95 Stunden</b> mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.	10,702	19,7	6	1,051	38	0,374	37.107,04 €
F07A	○	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte	7,227	13,9	4	0,802	28	0,329	25.058,18 €

\* Berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2018 von 3.467,30 €.

F07B	O	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, mit Reoperation an Herz oder Perikard oder bestimmter komplizierender Konstellation, ohne komplexe Operation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte	6,523	15,4	4	0,699	30	0,275	22.617,20 €
F36A	O	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte	18,964	35,0	11	1,301	53	0,446	65.753,88 €
F36B	O	Intensivmedizinische Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen des Kreislaufsystems mit kompliz. Faktoren, > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. mit best. OR-Proz. oder > - / - / 552 P. mit best. Aortenstent oder minimalinv. Eingr. an mehreren Herzklappen	14,028	26,4	8	1,173	44	0,400	48.639,28 €
F36C	O	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > - / - / 552 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne bestimmten Aortenstent oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff	11,265	24,2	7	1,029	42	0,340	39.059,13 €
F43B	A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems ohne IntK > 392 / 552 / 552 Punkte, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder bestimmter OR-Prozedur oder IntK > - / 368 / - Punkte	5,407	15,2	4	0,761	30	0,176	18.747,69 €

Im Fallpauschalenkatalog wird für jede DRG der erste Belegungstag angegeben, an dem ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen ist (siehe DRG-Zuordnung Spalte 7). Bei Unterschreiten der UGVD wird für jeden nicht erbrachten Belegungstag ein Abschlag vorgenommen.

### 3.3 Individuell zu verhandelnde Zusatzentgelte

<b>ZE2018-02</b>	Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“)
------------------	--

getriggert durch die Kodierung des OPS-Kodes:

<b>5-376.40</b>	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, univentrikulär: Implantation
-----------------	--

oder

<b>5-376.50</b>	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, biiventrikulär: Implantation
-----------------	--

<b>ZE2018-03</b>	ECMO und PECLA
------------------	----------------

getriggert durch die Kodierung der OPS-Kodes:

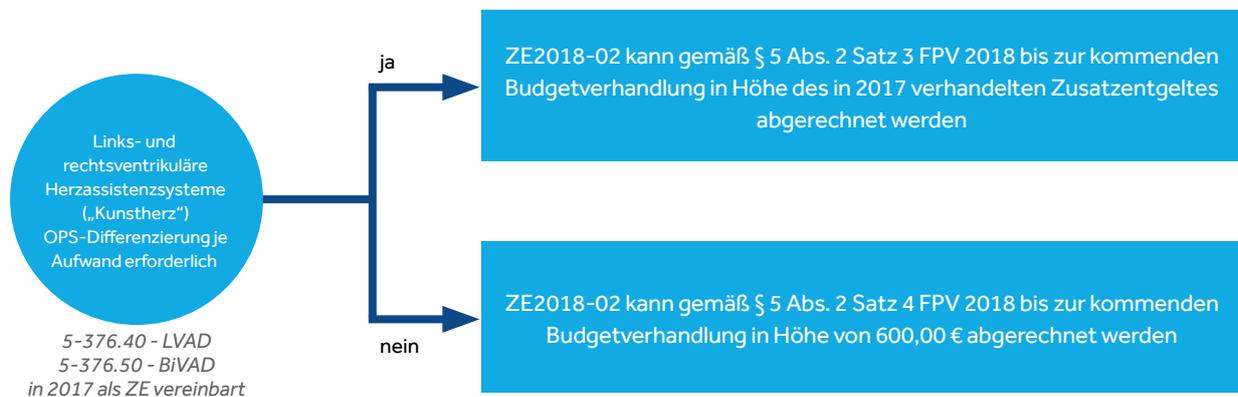
<b>8-852.0*</b>	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Venovenöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung
-----------------	---

<b>8-853.3*</b>	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Anwendung einer minimalisierten Herz-Lungen-Maschine
-----------------	---

# 4. ERGÄNZENDE HINWEISE ZUR BUDGETVERHANDLUNG

Im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlungen werden, möglichst prospektiv, die Leistungen, die ein Krankenhaus erbringen will mit den Krankenkassen verhandelt. Dazu gehören auch Zusatzentgelte. Diese können zusätzlich zum Entgelt einer DRG für bestimmte Behandlungsfälle abgerechnet werden und sollen die durch die zusatzentgeltfähige Leistung entstehenden Mehrkosten – zusätzlich zur DRG – vergüten. Zusatzentgelte stellen eine Möglichkeit zur Differenzierung von Fällen dar, die mit hohen Kosten in der Regel nicht einer bestimmten, sondern mehreren DRGs zugeordnet werden können. Typischerweise werden Zusatzentgelte dann kalkuliert, wenn die über sie vergüteten Leistungen über mehrere DRGs streuen, Leistungen sporadisch auftreten ohne eine feste Zuordnung zu bestimmten DRGs, definierbare Leistungen mit eindeutigen Identifikations- und Abrechnungsmerkmalen vorliegen, eine relevante Höhe der Kosten (Differenzkosten) zu anderen Leistungen in entsprechenden DRGs vorliegen und eine strukturelle Schiefelage bei der Leistungserbringung verhindert werden kann (InEK, 2003).

Ist eine zusatzentgeltfähige Leistung erbracht worden und soll abgerechnet werden, bevor die jährliche Budgetverhandlung erfolgt ist, dann sind bis zum Wirksamwerden der neuen Budgetvereinbarung entweder die im Vorjahr vereinbarten Beträge abzurechnen oder – falls das Zusatzentgelt bisher noch nicht verhandelt wurde – pauschal für jedes Zusatzentgelt 600,00 €. Diese 600,00 € sind nur als Abschlagszahlung auf die tatsächliche Zusatzentgelthöhe anzusehen.



**Bei unbewerteten Zusatzentgelten, wie dem ZE2018-02 LVAD, welches unter anderem vom OPS-Kode 5-376.40 für LVAD und 5-376.50 für BiVAD getriggert wird, ist neben der Menge auch der Preis für das Zusatzentgelt zu verhandeln. Als Vorbereitung für die Verhandlung des Zusatzentgeltes ist eine Kalkulation der mit der zusatzentgeltfähigen Leistung einhergehenden Kosten notwendig. Dabei sind vorhandene Leistungsstrukturen und krankenhausindividuelle Gegebenheiten zu berücksichtigen. Wichtig ist bei der Kalkulation des individuellen ZE2018-02 die differenzierte Kostenkalkulation nach OPS 5-376.40 LVAD / OPS 5-376.50 BiVAD.**

Im Rahmen der Kalkulation sollte sich auf die einmalige Erbringung der durch den OPS-Kode beschriebenen Leistung bezogen werden sowie der unmittelbar mit der definierten Leistung einhergehende Personal- und/oder Sachmitteleinsatz Berücksichtigung finden. Als Grundlage für die Berechnung sollten die DRG-relevanten Kosten dienen. Bei der Kalkulation des Zusatzentgeltes ZE2018-02, welches zu den operativen/interventionellen Verfahren zählt, ist außerdem zu beachten, dass in die Bewertungsrelation der abrechenbaren DRG-Fallpauschale bereits operative Leistungs- und Kostenanteile enthalten sind. Eine Kalkulation des Zusatzentgeltes ZE2018-02 auf Grundlage des vollständigen operativen Kosten- und Leistungsumfanges und die Abrechnung des selbigen ergänzend zu der abrechenbaren DRG-Fallpauschale würde zu einer Überfinanzierung dieser Leistungsanteile führen. In diesem Fall ist demnach eine DRG-bezogene Betrachtung des Kosten- und Leistungsumfanges zwischen Fällen mit und Fällen ohne zusatzentgeltrelevanter Leistung vorzunehmen. Die dabei identifizierten Differenzkosten sollten die Grundlage für die Vergütung des Zusatzentgeltes darstellen.

Zur Kalkulation des Zusatzentgeltes ZE2018-02 LVAD für den OPS-Kode 5-376.40 *Implantation und Entfernung eines herunterstützenden Systems, offen chirurgisch, Intrakorporale Pumpe, univentrikulär* bzw. ZE2018-02 BiVAD für den OPS-Kode 5-376.50 *Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch Intrakorporale Pumpe, biventrikulär* ist, zur Ermittlung der Kosten für Fälle ohne zusatzentgeltrelevanter Leistung, die Kostenstruktur der relevanten DRG heranzuziehen. Mit Hilfe des G-DRG-Reportbrowsers des InEK lässt sich herausfinden, ob und in welcher Höhe im Rahmen der DRG Personal- als auch Sachkosten Berücksichtigung finden. Auch die Höhe der kalkulierten Implantate-Kosten sind dem G-DRG-Reportbrowser zu entnehmen.

Zur Kalkulation der anfallenden Personalkosten bei Fällen mit zusatzentgeltrelevanter Leistung sollte im ersten Schritt die netto Jahresarbeitszeit abzüglich der Ausfallzeiten ermittelt werden. Im zweiten Schritt sind dann für jede beteiligte Berufsgruppe die Kosten pro Tätigkeitsminute zum Beispiel auf Grundlage des Jahresgehaltes zu berechnen. Anschließend werden alle Tätigkeiten der einzelnen Berufsgruppen inkl. Zeiteinheit erfasst, sowie die Zeiten für Vorbereitung, Nachbereitung, Anästhesie und Schnitt-Naht-Zeit im OP-Bereich. Die Sachkosten für ergeben sich je Mengeneinheit aus dem Brutto-Preis für das verwendete Material. Grundlage der Kalkulation ist die Annahme eines idealtypischen Behandlungsverlaufs. Die Differenz aus den bereits in der DRG enthaltenen Sach- und Personalkosten (Fälle ohne zusatzentgeltrelevanter Leistung) und den Sach- und Personalkosten für Fälle mit zusatzentgeltrelevanter Leistung bildet die Basis für die Zusatzentgeltvergütung.

## Kalkulation

Personal- und Sachkosten des Falles mit zusatzentgeltrelevanter Leistung

—

bereits in der DRG berücksichtigte Personal- und Sachkosten

=

Höhe des Zusatzentgeltes

## Beispiel aus dem Kalkulationsbrowser

F07A	Personalkosten			Sachkosten						Personal-/Sachkosten		Summe
	Ärztlicher Dienst	Pflege-dienst	med.-techn./Funktionsdienst	Arzneimittel		Implantate	übriger medizinischer Bedarf			med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur	
				Gemein-kosten	Einzel-kosten		Gemein-kosten	Einzel-kosten	Leistung durch Dritte			
Fallkosten	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8	
01. Normalstation	683,03	1.284,94	41,86	87,96	96,66	0,00	141,64	0,18	19,92	362,34	986,83	3.705,36
02. Intensivstation	801,99	1.816,55	56,54	191,51	277,93	6,53	415,87	13,38	0,86	364,12	821,03	4.766,30
04. OP-Bereich	1.344,39	0,00	1.166,89	111,29	266,03	814,47	759,84	1.070,56	224,62	562,75	821,30	7.142,14
05. Anästhesie	726,70	0,00	417,84	56,03	98,59	0,00	195,27	35,08	0,05	104,80	183,19	1.817,55
07. Kardiologische Diagnostik / Therapie	40,23	0,00	43,49	2,74	0,21	17,99	21,42	43,30	0,03	19,10	36,04	224,55
08. Endoskopische Diagnostik / Therapie	0,85	0,00	1,42	0,03	0,00	0,00	0,59	0,03	0,00	0,73	0,76	4,41
09. Radiologie	93,55	0,00	132,11	0,91	0,22	0,07	12,99	2,04	2,62	49,76	64,07	358,34
10. Laboratorien	48,12	0,00	248,03	8,13	476,38	0,00	214,90	3,28	45,41	38,60	101,02	1.183,87
11. Diagnostische Bereiche	69,07	0,37	42,83	0,32	0,00	0,00	4,22	0,31	0,47	21,65	24,29	163,53
12. Therapeutische Verfahren	7,60	3,10	137,27	0,21	0,00	0,00	0,97	0,04	5,51	15,30	32,18	202,18
13. Patientenaufnahme	23,02	4,05	16,24	0,35	0,03	0,00	2,39	0,01	0,00	5,38	12,18	63,65
<b>Summe</b>	<b>3.838,55</b>	<b>3.109,01</b>	<b>2.304,52</b>	<b>459,48</b>	<b>1.216,05</b>	<b>839,06</b>	<b>1.770,10</b>	<b>1.168,21</b>	<b>299,49</b>	<b>1.544,53</b>	<b>3.082,88</b>	<b>19.322,39</b>

Quelle: InEK DRG Browser 2018

## Kalkulationsschema\* krankenhaushausindividueller Zusatzentgelte

Detaillierte Kalkulationbeispiele stellen wir Ihnen auf Anfrage zur Verfügung.

### Operative und interventionelle Verfahren, Komplexbehandlungen und andere besondere Verfahren

Zusatzentgelt			
Bezeichnung			
Leistung (OPS-Kode)			
Fallbasis	DRG	Bezeichnung	Anzahl Fälle
Grouperversion			
Erläuterungen			

### Teure Sachmittel (Differenz zu den für die Fallgruppe ohne betrachtete Leistungen typischen Kosten)

Implantate	Menge	ME	Kosten je ME	Betrag inkl. MwSt. (€)
Artikelbezeichnung				
Artikelbezeichnung				
<b>Zwischensumme</b>				

Übriger medizinischer Sachbedarf	Menge	ME	Kosten je ME	Betrag inkl. MwSt. (€)
Artikelbezeichnung				
Artikelbezeichnung				
<b>Zwischensumme</b>				

Medikamente und Blutprodukte	Menge	ME	Kosten je ME	Betrag inkl. MwSt. (€)
Artikelbezeichnung				
Artikelbezeichnung				
<b>Zwischensumme</b>				

### Übriger Personal- und Sachmitteleinsatz

(Differenz zu den für die Fallgruppe ohne betrachtete Leistungen typischen Mitteleinsatz)

Operation / Anästhesie	Menge	ME	Kosten je ME	Betrag inkl. MwSt. (€)
Bezeichnung Personaleinsatz				
Bezeichnung Sachmitteleinsatz				
<b>Zwischensumme</b>				

Diagnostik	Menge	ME	Kosten je ME	Betrag inkl. MwSt. (€)
Bezeichnung Personaleinsatz				
Bezeichnung Sachmitteleinsatz				
<b>Zwischensumme</b>				

Intensivstation	Menge	ME	Kosten je ME	Betrag inkl. MwSt. (€)
Bezeichnung Personaleinsatz				
Bezeichnung Sachmitteleinsatz				
<b>Zwischensumme</b>				

Summe Kosten teure Sachmittel	
Summe Kosten übriger Personal- und Sachmitteleinsatz	
Infrastrukturzuschlag ___ % (auf Kosten übriger Personal- und Sachmitteleinsatz)	
<b>GESAMTSUMME</b>	

\* Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gGmbH. Hilfestellung für die Kalkulation von Zusatzentgelten gem. § 6 Absatz 1 KHEntgG und Zusatzentgelten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 6 Absatz 2 KHEntgG. 2005

# 5. KODIERUNG IM G-DRG-SYSTEM 2018

## Prozeduren OPS-2018 - Auszug -

### Die Einbindung der Medizintechnologie ins G-DRG-Fallpauschalensystem

Leistungen im Zusammenhang mit Medizintechnologien sind beispielsweise im Prozedurenschlüssel (OPS) dokumentiert. D.h. ein Medizinprodukt wird – soweit vorhanden – durch einen oder mehrere OPS-Kodes definiert.

<b>5-376</b>	<b>Implantation und Entfernung eines herz-unterstützenden Systems, offen chirurgisch</b>	8-852.03	Dauer der Behandlung 96 bis unter 144 Stunden
5-376.4	Intrakorporale Pumpe, univentrikulär	8-852.04	Dauer der Behandlung 144 bis unter 192 Stunden
5-376.40	Implantation	8-852.05	Dauer der Behandlung 192 bis unter 240 Stunden
5-376.41	Entfernung	8-852.06	Dauer der Behandlung 240 bis unter 288 Stunden
5-376.5	Intrakorporale Pumpe, biventrikulär	8-852.07	Dauer der Behandlung 288 bis unter 384 Stunden
5-376.50	Implantation	8-852.08	Dauer der Behandlung 384 bis unter 480 Stunden
5-376.51	Entfernung	8-852.09	Dauer der Behandlung 480 bis unter 576 Stunden
		8-852.0b	Dauer der Behandlung 576 bis unter 768 Stunden
		8-852.0c	Dauer der Behandlung 768 bis unter 960 Stunden
		8-852.0d	Dauer der Behandlung 960 bis unter 1.152 Stunden
		8-852.0e	Dauer der Behandlung 1.152 oder mehr Stunden
<b>5-379</b>	<b>Andere Operationen an Herz und Perikard</b>	8-852.1	Prä-ECMO-Therapie <b>Hinw.:</b> Vorhaltung einer einsatzfähigen ECMO oder minimalisierten Herz-Lungen-Maschine ohne anschließende Durchführung einer Therapie mit einer ECMO oder minimalisierten Herz-Lungen-Maschine
5-379.5	Reoperation		
<b>8-852</b>	<b>Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie</b>	8-852.2	Extrakorporale Lungenunterstützung, pumpenlos (PECLA)
8-852.0	Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung <b>Hinw.:</b> Die perkutane Implantation der Kanülen ist im Kode enthalten Die offene chirurgische Implantation der Kanülen ist gesondert zu kodieren (5-37b ff.)	8-852.20	Dauer der Behandlung bis unter 144 Stunden
8-852.00	Dauer der Behandlung bis unter 48 Stunden	8-852.21	Dauer der Behandlung 144 bis unter 288 Stunden
8-852.01	Dauer der Behandlung 48 bis unter 96 Stunden	8-852.22	Dauer der Behandlung 288 bis unter 432 Stunden
		8-852.23	Dauer der Behandlung 432 bis unter 720 Stunden
		8-852.24	Dauer der Behandlung 720 bis unter 1.008 Stunden
		8-852.25	Dauer der Behandlung 1.008 oder mehr Stunden

## Deutsche Kodierrichtlinien, Version 2018 - Auszug -

### 0909d Revisionen oder Reoperationen an Herz und Perikard

Die Reoperation ist ein erneuter Eingriff nach vorausgegangener Herzoperation mit Eröffnung des Perikards oder offener Operation an Herzklappen. Grundsätzlich ist bei jeder Reoperation am Herzen zusätzlich zu den spezifischen Operationskodes der Kode

**5-379.5** *Andere Operationen an Herz und Perikard: Reoperation* anzugeben.

Wird ein vorhandener Bypass revidiert oder neu angelegt, sind zusätzlich die Codes

**5-363.1** *Koronararterienbypass-Revision* oder  
**5-363.2** *Koronararterienbypass-Neuanlage* zuzuweisen.

#### Beispiel 1

Ein Patient wird zum Wechsel der Aortenklappe aufgenommen. 8 Jahre zuvor wurde die Aortenklappe durch eine Bioprothese ersetzt und gleichzeitig ein Koronararterienbypass gelegt.

Prozedur(en) :

**5-352.00** *Wechsel eines Xenotransplantats der Aortenklappe durch Kunstprothese*  
**5-379.5** *Andere Operationen an Herz und Perikard: Reoperation*

# 6. AMBULANTE NACHSORGE

## 6.1 Relevante Vergütung der ambulanten Nachsorge

- Eine Vergütung durch kostendeckende Tagespauschalen für die ambulante Nachsorge ist für Krankenhäuser, die VAD Chirurgie durchführen, möglich. Die Höhe der Pauschalen basiert auf Verhandlungen der Krankenhäuser mit den Krankenkassen.
- Aktuell werden Tagespauschalen pro VAD Patient von 30 bis 110 Euro erstattet.
- Unterschiede in Bezug auf regionale Standorte, Versorgungsinhalte, Personalbindung, den Einsatz diagnostischer Mittel sowie Verhandlungsgeschick erklären die grosse Spanne der Tagespauschalen.
- Im ambulanten Setting sind ebenfalls Vergütungen gem. EBM, z.B. für Echokardiografien (72,34 Euro, EBM Code 13545), möglich.
- Das Reimbursement Team von Medtronic unterstützt Sie gerne beim Planen und Verhandeln der Tagespauschalen.

## 6.2 Beispiele für den Umfang der ambulanten Nachsorge

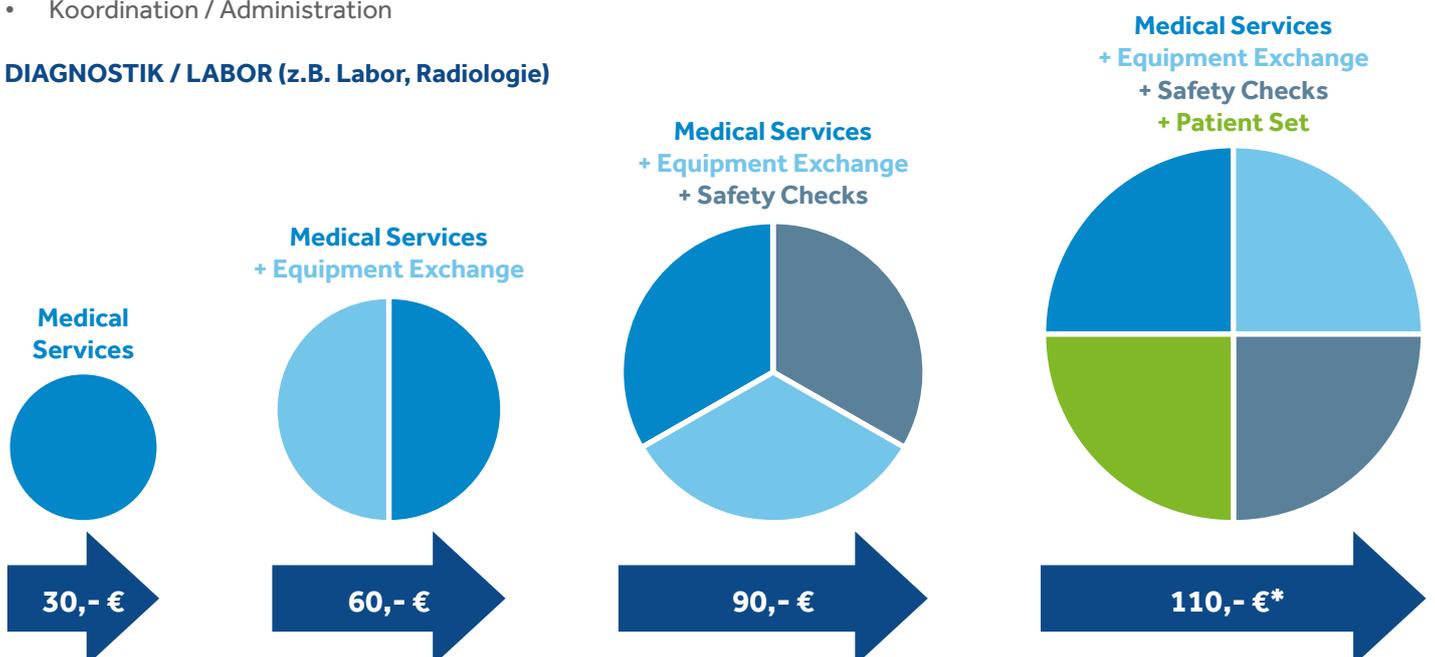
### EQUIPMENT

- Materialverbrauch für ambulante Patienten
  - Accessories / Komponenten VAD (z.B. Patientenmonitor)
  - Optionale VAD Komponenten (z.B. Monitor AC Adapter)
  - Anderes Equipment / Devices (z.B. CoaguCheck)
  - Materialverbrauch Ambulatorium (z.B. Verbandsmaterial)
- Safety checks / Service / Wartung
- Auto Leasing (für Homecare)

### VAD AMBULANZ / PERSONALKOSTEN

- Medizinische Dienste (z.B. ärztlicher und pflegerischer Personalaufwand, VAD Koordinatoren)
- Telefondienste oder Persönlicher Kontakt
- Ambulantes VAD Care (z.B. Pflege zuhause)
- 24-Stunden Hotline/ Alarmer
- Begleitung / Entlassungsmanagement / Rehabilitation / Homecare
- Training (z.B. für Patienten)
- Koordination / Administration

### DIAGNOSTIK / LABOR (z.B. Labor, Radiologie)



*\*Die dargestellten Werte sind Beispiele, es sollten individuelle, kostendeckende Tagespauschalen verhandelt werden!*

# 7. HILFREICHE LINKS/QUELLEN

Zum Zeitpunkt der Broschüren Erstellung waren noch nicht alle Landesbasisfallwert für 2018 vereinbart.  
Die aktuellen Landesbasisfallwerte entnehmen Sie bitte der Internetseite der AOK:  
<http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/lbfw/index.html> 

**Kostenfreier Online Grouper für eine individuelle Groupierungssimulation:**

[http://drg.uni-muenster.de/index.php?option=com\\_webgrouper&view=webgrouper&Itemid=26](http://drg.uni-muenster.de/index.php?option=com_webgrouper&view=webgrouper&Itemid=26) 

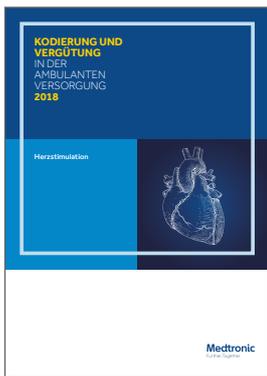
**Hinweise zum DRG-System 2018 auf der Website des InEK:**

[http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System\\_2018](http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2018) 

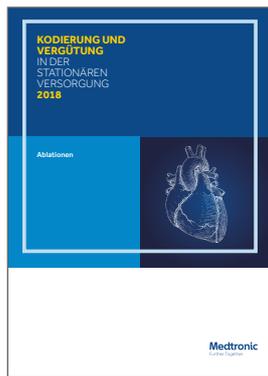
**Kodierkataloge auf der Website des DIMDI:**

<https://www.dimdi.de/static/de/klassi/index.htm> 

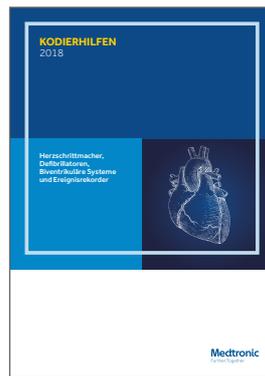
## Weitere Informationsbroschüren



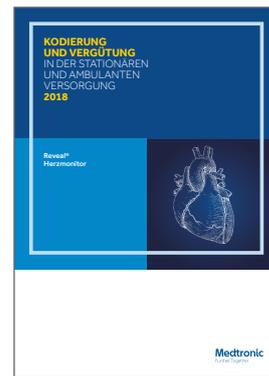
Herzstimulation ambulant



Ablationen



Kodierhilfen



Reveal® Herzmonitor

Diese und weitere Broschüren können Sie direkt bei Medtronic bestellen. Senden Sie hierzu bitte einfach eine E-Mail an: [reimbursement@medtronic.de](mailto:reimbursement@medtronic.de)

Die Broschüren erhalten Sie ebenso im Download unter: [www.medtronic-reimbursement.de](http://www.medtronic-reimbursement.de)

## Medtronic

Medtronic GmbH  
Earl-Bakken-Platz 1  
40670 Meerbusch

Telefon: +49-2159-81 49-0  
Telefax: +49-2159-81 49-100  
E-Mail: [reimbursement@medtronic.de](mailto:reimbursement@medtronic.de)

[www.medtronic-reimbursement.de](http://www.medtronic-reimbursement.de)

UC2018XXXXX DE © Medtronic, Inc.  
2018. All Rights Reserved.  
Printed in Germany. 07/2018

### Rechtlicher Hinweis

Alle Angaben sind Empfehlungen von Medtronic, beziehen sich ausschließlich auf von Medtronic vertriebene Produkte und Therapien und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Richtigkeit. Die verwendeten Kodierbeispiele lassen keine allgemein gültigen Rückschlüsse auf deren Anwendung zu. Informationen über die Anwendung bestimmter Produkte und Therapien von Medtronic finden Sie in der jeweiligen Gebrauchsanweisung. Medtronic übernimmt daher in diesem Zusammenhang keine Haftung.