

KODIERUNG UND VERGÜTUNG IN DER STATIONÄREN VERSORGUNG

Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Erläuterung und
Kodierung von
INVOS™ und BIS™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Kodierbeispiele

Weitere
Indikationen für
den Einsatz von
INVOS™

Kurzüberblick
G-DRG-Vergü-
tung 2018

Literatur

INVOS™
Zerebrale und somatische
Sauerstoffsättigungsmessung



BIS™
Sedierungstiefe- und
Hypnosetiefemessung



Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Erläuterung und
Kodierung von
INVOS™ und BIS™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Kodierbeispiele

Weitere
Indikationen für
den Einsatz von
INVOS™

Kurzüberblick
G-DRG-Vergü-
tung 2018

Literatur

VORWORT



Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

1.220 Fallpauschalen, 13.500 kodierbare Diagnose-Kodes (ICD) und 31.000 kodierbare Operationen- und Prozeduren-Schlüssel (OPS) - da geht der Überblick schnell verloren. Zudem gibt es jedes Jahr Änderungen, die Ihre Aufmerksamkeit fordern. Zuviel, um sich selbst in alle Themen hineinzuarbeiten? Dieses interaktive Dokument führt Sie durch die wichtigsten Informationen rund um die Kodierung und Vergütung des INVOS™ und BIS™ Systems im DRG Jahr 2018.

Angefangen beim Basiswissen rund um das Fallpauschalen (DRG) System über die Feinheiten von Komplizierenden Komplikationen (KK) bis hin zum Abrechnungsbeispiel finden Sie hilfreiche Informationen für den Alltag.

Die korrekte Kodierung von komplizierenden Konstellationen stellt aufgrund der Komplexität der Materie eine der größten Herausforderungen im DRG-System dar. Als komplizierende Konstellation im DRG-Abrechnungssystem werden Behandlungssituationen bezeichnet, die sich durch definierte Kombinationen verschiedener Leistungen auszeichnen. Die Kodierung solcher

Fallkonstellationen hat einen erheblichen Einfluss auf die Vergütung. Durch die Einführung einer neuen Funktion im Gruppierungsalgorithmus ergeben sich mit dem Abrechnungsjahr 2018 Änderungen bei den Komplizierenden Konstellationen, die Ihrer Aufmerksamkeit bedürfen.

Die auf den folgenden Seiten dargestellten DRGs mit komplizierenden Konstellationen sind ihren jeweiligen Hauptdiagnosegruppen, auch Major Disease Categories (MDC) genannt, zugeordnet. Die Erlöse beziehen sich auf die Bewertungsrelation in der Hauptabteilung multipliziert mit dem Bundesbasisfallwert aus 2018 von 3.467,30 €.

In dieser ersten Auflage des interaktiven Leitfadens habe ich die Informationen zugunsten der Lesbarkeit ein wenig gekürzt. Ausführlichere Erläuterungen finden Sie im klassischen Kodierleitfaden [Invos und BIS in der stationären Versorgung 2018](#).

Auf Ihre Hinweise, Fallbeispiele oder Kritik zur diesjährigen Auflage freue ich mich und wünsche Ihnen nun viel Erfolg bei der Anwendung der Informationen. Schreiben Sie mir dazu doch einfach eine E-Mail: jan.spierling@medtronic.com.

Jan Spierling
Manager
Reimbursement & Health economics

Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Erläuterung und
Kodierung von
INVOST™ und BIST™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Kodierbeispiele

Weitere
Indikationen für
den Einsatz von
INVOST™

Kurzüberblick
G-DRG-Vergü-
tung 2018

Literatur

UNSER LEISTUNGSANGEBOT

Was bedeutet Reimbursement für uns?

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

Zu diesen Leistungen gehören zum Beispiel:



Empfehlungen
zu EBM, GOÄ
und DRG



Beratung bei
Abrechnung und
Kodierung



Unterstützung
bei Änderungs-
und Weiter-
entwicklungs-
anträgen



Beratung zu
Fragen des MDK
und der Kassen



Beratung bei
Strategie &
Leistungsport-
folio



Professionelle
Begleitung bei
NUB-Verfah-
ren inkl. §137h
SGB V



Beratung zu
gesundheits-
politischen
Entwicklungen

Unser Reimbursement-Service im Überblick



Kostenbetrachtungen, Erlösbetrachtungen

Wir unterstützen Sie mit maßgeschneiderten Erlös- und Kostenanalysen bei der Planung, Anpassung und Weiterentwicklung Ihres Leistungsangebots. Diese Konzepte entwickeln wir in Zusammenarbeit mit medizinischem Fachpersonal und Klinikverwaltungen. G-DRG Kodierhilfen und Kodierleitfäden, Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen oder Prozesskostenanalysen sind einige Beispiele.



Training und Beratung

Unsere Weiterbildungs- und Trainingsprogramme vermitteln die Grundlagen der stationären (DRG) und ambulanten (EBM, GOÄ, AOP) Abrechnung, sowie den aktuellen Stand der Kodierung und Kostenerstattung. Dabei steht die Kodierung und Refinanzierung unserer Therapien im Mittelpunkt.

Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Erläuterung und
Kodierung von
INVOST™ und BIST™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Kodierbeispiele

Weitere
Indikationen für
den Einsatz von
INVOST™

Kurzüberblick
G-DRG-Vergü-
tung 2018

Literatur

NAHINFRAROTSPEKTROSKOPIE (NIRS) MIT DEM INVOST™-SYSTEM



Invos™ Elektroden und Monitor

Das INVOST™-System ist für die Messung von Änderungen der regionalen zerebralen Sauerstoffsättigung vorgesehen, um das Gehirn und lebenswichtige Organe vor einer Hypoxie zu schützen. Durch dieses Verfahren können Rückschlüsse auf eine angemessene zerebrale Perfusion gezogen werden.

Das INVOST™-System kann somit dazu beitragen, Patienten vor irreversiblen Hirnschäden oder anderen Komplikationen zu schützen, die lebenslange Folgen haben und große Kosten nach sich ziehen können. Die Messung erfolgt über nicht-invasive Optoden.

Lernen Sie mehr über das Invos™-System: [Invos im Internet](#)

Führt das »NIRS« Monitoring zu verbessertem klinischen Outcome bei Herzoperationen?

Diese Frage, ob das Nahinfrarotspektroskopie (NIRS) Monitoring zu verbessertem klinischen Outcome bei Herzoperationen führt, stellten sich auch Hunaid A. Vohra und seine Kollegen. Die »European Association for Cardio-Thoracic Surgery« hat im Rahmen einer Meta-Analyse, in der 488 klinische Studien und Papiere untersucht wurden, acht relevante Studien im Detail betrachtet. Sie zeigen unter anderem, dass die zerebrale Entsättigung während einer Herzoperation einen Anteil an kostenrelevanten Komplikationen im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes hat. Kostenrelevante Komplikationen können zu einem verlängerten Aufenthalt im Krankenhaus und/oder auf der Intensivstation führen. Sie können sogar dafür verantwortlich sein, dass der Patient länger beatmet werden muss. Zu den kostenrelevanten Komplikationen gehören zum Beispiel: Neurologische Komplikationen (u. a. Schlaganfall) und »MOMM« (Major Organ Morbidity and Mortality). Siehe auch Kapitel 6: Literatur.

Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Erläuterung und
Kodierung von
INVOST™ und BIST™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Kodierbeispiele

Weitere
Indikationen für
den Einsatz von
INVOST™

Kurzüberblick
G-DRG-Vergü-
tung 2018

Literatur

NAHINFRAROTSPEKTROSKOPIE (NIRS) MIT DEM INVOST™-SYSTEM

**OPS-CODE
FÜR DAS
MONITORING
DER HIRN-
VENÖSEN
SAUERSTOFF-
SÄTTIGUNG:
8-923**

*Kodieraufkleber Invost™ **

Die Nutzung des INVOST™-Systems korrekt kodieren

Der Gebrauch des INVOST™-Systems wird mit einem OPS-Kode aus der Gruppe des Neurologischen Monitorings kodiert. Diese Codes beinhalten immer die Auswertung und klinische Beurteilung und sind nur einmalig pro stationärem Aufenthalt anzugeben:

8-923 Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung

Dieser Kode ist nur für intensivmedizinische Patienten anzugeben. Die [Deutschen Kodierrichtlinien \(DKR\) 2018](#) weisen uns auf eine weitere Besonderheit im Zusammenhang mit Patientenmonitoring hin:

P005k, S. 47: „Patientenmonitoring ist nur dann zu kodieren, wenn es sich um eine intensivmedizinische Überwachung oder Behandlung handelt und wenn es nicht Komponente einer anderen Prozedur (z.B. Beatmung, Narkose) ist.“

Wird das INVOST™-System auch zur postoperativen Überwachung der hirnvenösen Sauerstoffsättigung eingesetzt, ist die Anforderung zur Kodierung erfüllt.

** Aufkleber für Ihren Invost™-Monitor mit dem Hinweis zur Kodierung erhalten Sie bei Ihrem zuständigen Medtronic Ansprechpartner.*

Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Erläuterung und
Kodierung von
INVOST™ und BIS™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Kodierbeispiele

Weitere
Indikationen für
den Einsatz von
INVOST™

Kurzüberblick
G-DRG-Vergü-
tung 2018

Literatur

NARKOSETIEFEMESSUNG MIT DEM BIS™-SYSTEM



BIS™ Elektroden und Monitor

Das BIS™-System ist ein zerebrales Monitoringsystem zur Überwachung der Sedierungs- bzw. Hypnosetiefe.

Das Bispectral Index™-(BIS)-Monitoring ist eine kalkulierte EEG-Variable, die mit dem hypnotischen Zustand des Patienten korreliert. Die Ableitung des EEG-Signals erfolgt über einen nicht-invasiven Stirnsensor. Das Signal des prozessierten EEGs wird in spektrale Wellenanteile zerlegt.

Der BIS ist eine dimensionslose Zahl. Der Bereich erstreckt sich von 0 bis 100, wobei 100 »wach« bedeutet und 0 bei einem isoelektrischen EEG angezeigt wird.

Lernen Sie mehr über das BIS™-System: [BIS im Internet](#)

Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Erläuterung und
Kodierung von
INVOS™ und BIS™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Kodierbeispiele

Weitere
Indikationen für
den Einsatz von
INVOS™

Kurzüberblick
G-DRG-Vergü-
tung 2018

Literatur

NARKOSETIEFEMESSUNG MIT DEM BIS™-SYSTEM

**OPS-CODE FÜR DAS
BIS-MONITORING: 8-920**

*Kodieraufkleber BIS™ **

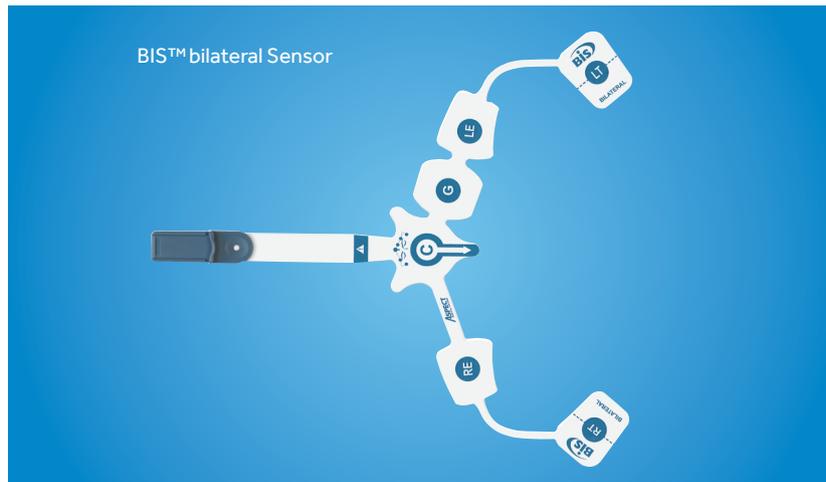
Die Nutzung des BIS™-Systems korrekt kodieren

Auch der Gebrauch des BIS™-Systems wird mit einem OPS-Code aus der Gruppe des Neurologischen Monitorings kodiert. Folglich beinhaltet auch der Code zur Narkosetiefemessung immer die Auswertung und klinische Beurteilung und ist nur einmalig pro stationären Aufenthalt anzugeben:

8-920 EEG-Monitoring (mindestens 2 Kanäle) für mehr als 24 h

Die korrekte Kodierung des BIS-Monitoring mit dem OPS-Code 8-920 wird durch ein s.g. Inklusivum explizit in den Informationen zum Code hervorgehoben: Inkl.: Bispektral-Index-Monitoring [BIS-Monitoring]. Dieser Code ist nur für intensivmedizinische Patienten anzugeben.

Wie auch beim INVOS™-System gilt hinsichtlich der Kodierbarkeit von Patientenmonitoring die Einschränkung, dass es nicht Komponente einer anderen Prozedur sein darf. (DKR, P005k, S.47) So muss etwa ein prä- oder postoperativer Einsatz vorliegen, dokumentiert und medizinisch begründet worden sein.



** Aufkleber für Ihren BIS-Monitor mit dem Hinweis zur Kodierung erhalten Sie bei Ihrem zuständigen Medtronic Ansprechpartner*

Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Erläuterung und
Kodierung von
INVOST™ und BIST™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

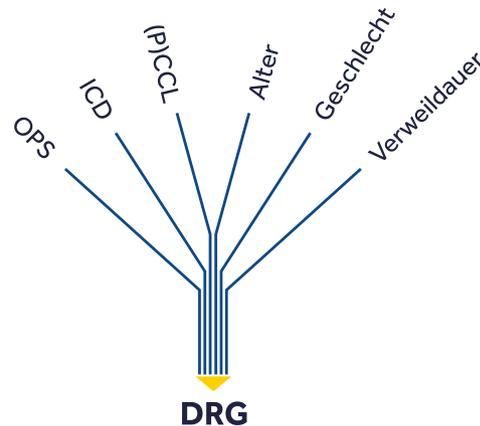
Kodierbeispiele

Weitere
Indikationen für
den Einsatz von
INVOST™

Kurzüberblick
G-DRG-Vergü-
tung 2018

Literatur

EINGRUPPIERUNG KOMPLIZIERENDE KONSTELLATION



Die Eingruppierung in eine G-DRG erfolgt über den Grouper. Relevante Kriterien sind u.a.:

Alter des Patienten, Geschlecht, Hauptdiagnose, relevante Nebendiagnosen, durchgeführte Operationen/Therapien gemäß OPS 2018 als Hauptprozedur, Beatmungstunden, Aufwendige komplexe Prozeduren – oder Komplexe Konstellation (Diagnosen u/o Komplikationen u/o Prozeduren u/o...).

Die Prozeduren

- 8-920 (EEG-Monitoring (mind. 2 Kanäle) für >24 h)
- 8-923 (Monitoring der hirnv. Sauerstoffsättigung)

sind als komplizierende Konstellation in unterschiedlichen Behandlungszusammenhängen definiert.

Die komplizierenden Konstellationen sind im DRG Definitionshandbuch Band 5 festgelegt und in „Globale Prozedurentabellen“ aufgelistet.

Hinweis

Eine komplizierende Konstellation ist eine sogenannte »globale Funktion« (wirkt in unterschiedlichen DRGs) wie zum Beispiel bei der Angabe eines Polytraumas, als spezielle Versorgungssituation oder dem Geburtsgewicht bei einem Neugeborenen. Durch die Kombination mehrerer aufwendiger Leistungen wird das Kriterium einer s.g. Komplizierenden Konstellation erreicht. Eine Auswahl für die MDC 01 und MDC 05 relevanten Kombinationen von OPS-Kodes wird im Folgenden dargestellt. Der Blick in das Definitionshandbuch (Handbuch 4 Version 2018, ab Seite 921) kann hierdurch jedoch nicht ersetzt werden und wird dringend empfohlen.

AUSZUG KOMPLIZIERENDE KONSTELLATIONEN MIT BERÜCKSICHTIGUNG DER PROZEDUREN 8-920 U/O 8-923

Globale Prozedurentabelle	DRGs	Heidelberger DRG
MDC15	P66A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g
	P67A, B, D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g
KKF06	F03A	Herzklappeneingriff
	F06A, C	Koronare Bypass-Operation
	F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine
KKF21	F21A	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen
KKI	B39A	Neurologische Komplexbehandlung von Apoplexie, TIA oder extrakraniellen Gefäßverschlüssen
	F03B	Herzklappeneingriff
	F05Z	Koronare Bypass-Operation
	F07B	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine
	F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne HerzLungenMaschine
	F15Z	Invasive kardiologische Diagnostik
	F21C	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen
	F42Z	Herzklappeneingriff
	F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
	F62A, B	Herzinsuffizienz und Schock
	T60A, B, C	Sepsis
A36A, B, C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei bestimmten Krankheiten und Störungen	
KKII	F21A, B	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen
KKIII	F08A, B, C, D, E, F	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine

Quelle: [Definitions Handbuch-GDRG-2018 Band 5](#)

Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Erläuterung und
Kodierung von
INVOST™ und BIST™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Kodierbeispiele

Weitere
Indikationen für
den Einsatz von
INVOST™

Kurzüberblick
G-DRG-Vergü-
tung 2018

Literatur

OPS-KODES, DIE EINE KOMPLIZIERENDE KONSTELLATION AUSLÖSEN

Beispiele

	Kode	Text
01.		Beatmung > 48 Std., < 96 Std.
02.	8-853.3 8-854.* 8-857.0 8-772	(Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation) [ohne .7] (Hämodialyse) (Peritonealdialyse, intermitt., masch.) (Operative Reanimation)
03.	8-923	(Monitoring der hirnven. Sauerstoffsättigung)
04.	8-920	(EEG-Monitoring (mind. 2 Kanäle) für >24 h)
05.	8-800.b*	(Transfusion >1 Thrombozytenkonzentrate)
06.	8-800.c*	(Transfusion >10 TE Erythrozytenkonzentrate)
07.	8-810.1	(Transfusion von Plasma, >5 TE)
08.	8-820.0*	(Therapeutische Plasmapher: norm. Plasma)
09.	8-820.1*	(Therapeut. Plasmapher: kryodepl. Plasma)
10.	8-853.1*	(Hämofiltration: kont., arteriovenös (CAVH))
11.	8-853.7*	(Hämofiltration: CVVH, Antikoag m Heparin)
12.	8-853.8*	(Hämofiltration: CVVH, Antikoag m. sonst.)
13.	8-854.6*	(Hämodialyse: CVVHD, Antikoag m Heparin)
14.	8-854.7*	(Hämodialyse: CVVHD, Antikoag m. sonst.)
15.	8-855.1*	(Hämodiafiltr: kont., arteriovenös (CAVHDF))
16.	8-855.7*	(Hämodiafiltr: CVVHDF, Antikoag m Heparin)
17.	8-855.8*	(Hämodiafiltr: CVVHDF, Antikoag m sonst.)

* Angabe eines 5- bzw. 6-stelligen Kodes, explizite Untergliederung siehe OPS-Katalog 2018

Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Erläuterung und
Kodierung von
INVOST™ und BIST™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Kodierbeispiele

Weitere
Indikationen für
den Einsatz von
INVOST™

Kurzüberblick
G-DRG-Vergü-
tung 2018

Literatur

NERVENSYSTEM MDC 01

Messung der intrazerebralen Sauerstoffsättigung nach akutem Schlaganfall

Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mit komplizierender Konstellation.

Neurologische Komplexbehandlung (>72 Std.) und Beatmung (>95 Std.) bei Apoplektischem Insult

Kode	Text	
Diagnose		
I61.2	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet	
Prozeduren		
8-981.1	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mehr als 72 Stunden	
<i>Optional:</i> 8-923	<i>Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung</i>	
Beatmung		
> 95 Stunden		
DRG	Text	Relativgewicht
A13F ¹	Beatmung > 95 Std., ohne best. OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte, Alter > 15 J., mit komplexer Diagnose od. Prozedur od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 368 / - Punkte	5,104
Erlös*	17.697,10 €	

¹ Beatmung > 95h, hier trägt die 8-923 nicht zur Erhöhung des Relativgewichtes bei.

Neurologische Komplexbehandlung (>72 Std.) ohne Beatmung bei Apoplektischem Insult

Kode	Text	
Diagnose		
I61.2	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet	
Prozeduren		
8-981.1	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mehr als 72 Stunden	
<i>Optional:</i> 8-923	<i>Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung</i>	
Beatmung		
-		
DRG	Text	Relativgewicht
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden oder IntK > 392 / 368 / - Punkte, mit komplizierender Diagnose oder IntK > 392 / 368 / - Punkte	2,407
Erlös*	8.345,79 €	

8-923 führt auch in 2018 nicht zu einer Gruppierungsveränderung.

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

Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Erläuterung und
Kodierung von
INVOST™ und BIST™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Kodierbeispiele

Weitere
Indikationen für
den Einsatz von
INVOST™

Kurzüberblick
G-DRG-Vergü-
tung 2018

Literatur

KRANKHEITEN UND STÖRUNGEN DES KREISLAUFSYSTEMS MDC 05

INVOS™ und BIS™: Fallbeispiel 1

Messung der intrazerebralen Sauerstoffsättigung nach zunehmender Ruhe- und Belastungsdyspnoe sowie einer schnellen körperlichen Ermüdbarkeit, jedoch keine Angina pectoris und keine Synkopen.

- Valvuläre Aortenstenose Grad III – IV, LV EF: 35%, pulmonaler Druck Pmean: 40 mmHg.
- Operativer Aortenklappenersatz.
- Bilaterales Monitoring der zerebralen Sauerstoffsättigung (Invos™-System).
- Beurteilung der Tiefe der Anästhesie mittels unilateralem Bispectral Index™ (BIS™-Monitoring), einem verarbeiteten EEG-Parameter m. klinischer Validierung.

F03B (mit komplizierender Konstellation (mit 8-923))

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
I35.0	Aortenklappenstenose	
Nebendiagnosen		
I10.00	Benigne essent. Hypertonie ohne Angabe einer hypertensiven Krise Diabetes mellitus Typ 2: ohne Komplikationen, nicht als entgleist bez. Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet, Stadium 2	
E11.90		
N18.2		
N17.92	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet, Stadium 2	
Prozeduren		
5-351.02 8-853.5 8-923	Ersatz der Aortenklappe durch Xenotransplantat Verlängert intermittierende Hämofiltration Monitoring der hirnenösen Sauerstoffsättigung	
DRG	Text	Relativgewicht
F03B	Herzklappeneingriff mit HLM, mit Dreifacheingriff oder Alter < 1 J. oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte od. pulmonaler Endarteriektomie od. best. komplizierender Konstellation	7,319
Erlös*	25.377,17 € zzgl. ZE (Hämofiltration)	

Ohne komplizierende Konstellation erfolgt die Eingruppierung in die DRG F03F (Relativgewicht 4,711).

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

Murkin (2007) zeigte, dass Patienten, die eine anhaltende zerebrale Entsättigung erlebten, einen längeren Aufenthalt auf der Intensivstation und höhere Inzidenzen von Funktionsstörungen der wichtigen Organe hatten.

Reimbursement und Gesundheitsökonomie

Erläuterung und Kodierung von INVOS™ und BIS™

Komplizierende Konstellation im Überblick

Kodierbeispiele

Weitere Indikationen für den Einsatz von INVOS™

Kurzüberblick G-DRG-Vergütung 2018

Literatur

KRANKHEITEN UND STÖRUNGEN DES KREISLAUFSYSTEMS MDC 05

INVOS™ und BIS™: Fallbeispiel 2

Messung der intrazerebralen Sauerstoffsättigung nach instabiler Angina pectoris unter Belastung. Die durchgeführte Koronarangiographie ergibt eine koronare 3-Gefäßerkrankung mit Indikation zur herzchirurgischen Koronarbypassversorgung.

- Koronare 3-Gefäßerkrankung mit Indikation zur herzchirurgischen Koronarbypassversorgung.
- Zusätzlich paroxysmale Tachyarrhythmia absoluta, therapierefraktär, Indikation zur chirurgischen Vorhofablation.
- Total arterielle 3-fach Bypassoperation.
- Endokardiale Thermoablation vor Anlegen der Bypass-Grafts.
- Kammerflimmern mit funktionellem Herzstillstand.
- Kardiale Reanimation mit offener Herzmassage, einmaliger Defibrillation.
- Allgemeinanästhesie mit invasivem Monitoring mittels arteriellen Katheters und 2-Lumen-Zentralem Venenkatheter.
- Zusätzlich bilaterales Monitoring der zerebralen Sauerstoffsättigung (Invos™-System).
- Beurteilung der Tiefe der Anästhesie mittels unilateralem Bispectral Index™ (BIS™-Monitoring), einem verarbeiteten EEG-Parameter mit klinischer Validierung.
- Postoperative Verlegung des Patienten zur Überwachung unter Fortführung der NIRS auf die Intensivstation. Bei bis dahin unauffälligem Verlauf wird der Patient 6 Stunden postoperativ extubiert und das Invos™-System entfernt.

F07A (mit komplizierender Konstellation (mit 8-923))

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	
Nebendiagnosen		
I25.13 I47.1	Drei-Gefäß-Erkrankung Paroxysmale supraventrikuläre Tachyarrhythmie	
Prozeduren		
5-361.23 5-371.33 8-772 8-923	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass dreifach: Mit autogenen Arterien Endokardiale Kryoablation bei Tachyarrhythmie Operative Reanimation Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung	
DRG	Text	Relativgewicht
F05Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie	6,777
Erlös*		23.497,89 €

Mit der komplizierenden Konstellation 8-920 erfolgt die Eingruppierung in die F07A mit einem Relativgewicht von 7,227 und einem Erlös von 25.058,18 €.

Ohne komplizierende Konstellation erfolgt die Eingruppierung in die DRG F06D (Relativgewicht 5,395).

Reimbursement und Gesundheitsökonomie

Erläuterung und Kodierung von INVOS™ und BIS™

Komplizierende Konstellation im Überblick

Kodierbeispiele

Weitere Indikationen für den Einsatz von INVOS™

Kurzüberblick G-DRG-Vergütung 2018

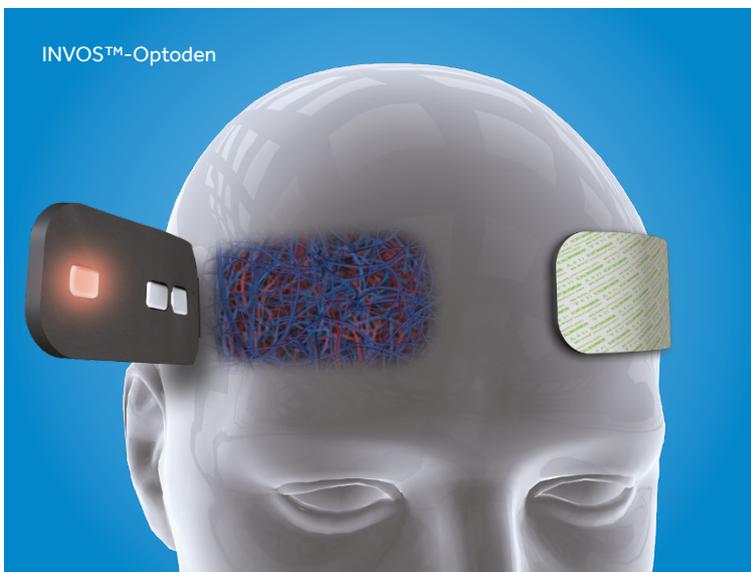
Literatur

KRANKHEITEN UND STÖRUNGEN DES KREISLAUFSYSTEMS MDC 05

INVOS™ und BIS™: Fallbeispiel 3

Messung der intrazerebralen Sauerstoffsättigung nach infrarenalem Aortenaneurysma, das bis unmittelbar zur Aortenbifurkation reicht.

- Infrarenale Aortenresektion in typischer Weise mit Interponat einer Dacron-Bifurkationsprothese.
- Allgemeinanästhesie mit invasivem Monitoring mittels arteriellen Katheters und zentralem mehrlumigem Venenkatheter.
- Zerebrales Monitoring erfolgt mittels bilateraler Nahinfrarotspektroskopie (Invos™-System). Zur Beurteilung der Narkosetiefe wird der Bispectral Index™ (BIS™-Monitoring) verwendet.



F08A (mit komplizierender Konstellation (mit 8-923))

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	
Nebendiagnose		
N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet, Stadium 3	
Prozeduren		
5-384.73	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta Aorta abdominalis, infrarenal, mit Bifurkationsprothese biliakal	
8-853.71	Hämofiltration: kontinuierlich, mehr als 24 Stunden	
8-923	Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung	
DRG	Text	Relativgewicht
F08A	Rekonstruktive Gefäßeingriffe mit komplizierenden Konstellationen oder komplexe Vakuumbehandlung oder thorakoabdominales Aneurysma oder komplexer Aorteneingriff	9,272
Erlös*	32.148,81 € zzgl. ZE (Hämofiltration)	

Ohne komplizierende Konstellation erfolgt die Eingruppierung in die DRG F08D (Relativgewicht 3,267).

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

Reimbursement und Gesundheitsökonomie

Erläuterung und Kodierung von INVOS™ und BIS™

Komplizierende Konstellation im Überblick

Kodierbeispiele

Weitere Indikationen für den Einsatz von INVOS™

Kurzüberblick G-DRG-Vergütung 2018

Literatur

KRANKHEITEN UND STÖRUNGEN DES KREISLAUFSYSTEMS MDC 05

INVOS™ und BIS™: Fallbeispiel 4

Messung der intrazerebralen Sauerstoffsättigung nach thorakalem Schmerzeignis mit einer ca. 4 cm langen Dissektion der Aorta thoracica unterhalb des Aortenbogens.

- ca. 4 cm lange Dissektion der Aorta thoracica unterhalb des Aortenbogens.
- Indikation Resektion der Aortendissektion mit Interponat einer Rohrprothese.
- Eingriff linksseitige Thorakotomie unter femoral platzierter extrakorporaler Zirkulation.
- Resektion und Interponat in tief hypothermem Kreislaufstillstand.
- Zerebrales Monitoring erfolgt bilateral mittels NIRS (Invos™-System).
- Die Beurteilung der Tiefe der Anästhesie erfolgt mittels des Bispectral Index™ (BIS™-Monitoring), einem verarbeiteten EEG-Parameter mit klinischer Validierung. Der Sensor wird unilateral angewendet.

F09A (mit komplizierender Konstellation (mit 8-923))

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
I71.01	Dissektion der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	
Nebendiagnose		
N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet, Stadium 3	
Prozeduren		
5-384.32	Resektion und Ersatz (Interpos.) Aorta thoracica, Rohrprothese bei Aneurysma	
8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	
8-923	Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung	
DRG	Text	Relativgewicht
F09A	Andere kardi thorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre	3,863
Erlös*	13.394,18 € zzgl. ZE (Hämodialyse)	

Ohne komplizierende Konstellation erfolgt die Eingruppierung in die DRG F09C (Relativgewicht 2,530).

Hinweis:

Detaillierte Informationen zur Kodierung und Abrechnung unserer Produkte und Therapien im Bereich Rhythmologie und Gefäßinterventionen finden Sie im Internet unter www.medtronic-reimbursement.de. Siehe auch die Hinweise auf der letzten Seite dieser Broschüre.

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

Murkin (2007) zeigte, dass Patienten, die eine anhaltende zerebrale Entsättigung aufwiesen, einen längeren Aufenthalt auf der Intensivstation und höhere Inzidenzen von Funktionsstörungen der wichtigen Organe hatten.

Reimbursement und Gesundheitsökonomie

Erläuterung und Kodierung von INVOS™ und BIS™

Komplizierende Konstellation im Überblick

Kodierbeispiele

Weitere Indikationen für den Einsatz von INVOS™

Kurzüberblick G-DRG-Vergütung 2018

Literatur

KRANKHEITEN UND STÖRUNGEN DES KREISLAUFSYSTEMS MDC 05

INVOS™ und BIS™: Fallbeispiel 5

Messung der intrazerebralen Sauerstoffsättigung nach akutem transmuralen Vorderwandinfarkt

- 58-jährige Patientin wird mit einem akuten transmuralen Vorderwandinfarkt eingewiesen.
- Sofortige Koronarangiographie zeigt kurzstreckige hochgradige Stenose des Ramus interventricularis anterior (RIVA).
- Perkutane Ballon-Angioplastie mit anschließender Implantation von zwei Drug Eluting Stents.
- Abschließende Kontroll-Angiographie zeigt gutes Ergebnis mit guter Reperfusion des RIVA.
- Zur Überwachung der Patientin wurden zusätzlich zur invasiven Blutdruckmessung über die arterielle Schleuse ein nichtinvasives Kreislauf- sowie ein peripheres und hirnvenöses Sauerstoffsättigungsmonitoring (Invos™-System) durchgeführt, mit Bestimmung der Basislinie vor Beginn der Intervention. Die bilateralen zerebralen Oximetrie-Basislinienwerte sind L: 55 R: 72. Die NIRS-Werte bleiben während des gesamten Eingriffs auf dem Niveau der Basislinie, ohne Enttächtigungen.
- Stunden nach dem Eingriff verbessert sich der linksseitige NIRS-Wert auf 68.
- Patientin wird postinterventionell auf die Intermediate-Care-Station zur weiteren Überwachung inklusive NIRS-Monitoring verlegt.
- Postoperativ entwickelt die Patientin einen atrioventrikulären Block 3. Grades, was eine Schrittmacherimplantation nötig macht.
- Patientin kann am 3. postinterventionellen Tag auf die Normalstation verlegt und nach weiteren vier Tagen in die ambulante Weiterbetreuung entlassen werden.

F15Z (mit komplizierender Konstellation (mit 8-923))

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt d. Vorderwand, anterolateral	
Nebendiagnose		
I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	
Prozeduren		
8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz u. Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie	
8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzungsfähigen Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	
8-83b.00	ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzungsfähige Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. Resolute Onyx	
5-377.30	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, m. zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation	
8-923	Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung	
DRG	Text	Relativgewicht
F15Z	Perkutane Koronarangioplastie m. komplizierender Konstellation od. m. komplexer Diagn. u. hochkompl. Intervention od. m. perkut. Angioplastie, Alt. < 16 J. od. inv. kardiolog. Diagnostik, mehr als 2 Beleg.tage, m. kompliz. Konstellation od. Endokarditis	4,042
DRG-Erlös*	14.014,83 €	
zzgl. ZE	ZE 101.02 - 137,50 €	
Erlös		14.152,33 €

Ohne komplizierende Konstellation erfolgt die Eingruppierung in die DRG F12D (Relativgewicht 2,837).

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

Reimbursement und Gesundheitsökonomie

Erläuterung und Kodierung von INVOS™ und BIS™

Komplizierende Konstellation im Überblick

Kodierbeispiele

Weitere Indikationen für den Einsatz von INVOS™

Kurzüberblick G-DRG-Vergütung 2018

Literatur

Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Erläuterung und
Kodierung von
INVOST™ und BIST™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Kodierbeispiele

Weitere
Indikationen für
den Einsatz von
INVOST™

Kurzüberblick
G-DRG-Vergü-
tung 2018

Literatur

WEITERE INDIKATIONEN FÜR DEN EINSATZ VON INVOST™

Das INVOST™-System dient der nicht-invasiven Überwachung der regionalen Sauerstoffsättigung (rSO₂) des Gehirn- oder Körpergewebes unterhalb der applizierten Optoden. Das System bietet somit die Möglichkeit, in Echtzeit ortsspezifische ischämische Komplikationen festzustellen, selbst wenn die systemischen Parameter oder Laborbefunde innerhalb der Normwerte liegen.

Die Messwerte des INVOST™-Systems sind unabhängig von Puls, Druck oder Temperatur. Sie liefern zuverlässige Hinweise zur Beurteilung der Perfusion in Situationen wie kardiopulmonalem Bypass, hypothermischem Kreislaufstillstand oder anderer hypothermischer Therapien, Behandlung von Schock oder kardiovaskulärem Kollaps sowie beim Ventilator- oder ECMO-Management.

ECMO

Das INVOST™-System bietet somit auch bei VA- und VV-ECMO wichtige Informationen bezüglich der angemessenen Oxygenierung bzw. Perfusion des Gehirns und Muskelgewebes in der Region unterhalb des Sensors und kann als Frühwarnsystem gewertet werden. Durch die Früherkennung einer Minderperfusion ist es dem Anwender möglich, dieser entgegenzuwirken und schlimmere Komplikationen zu vermeiden.
Siehe dazu: Wong et al. 2012, Mullenbach et al. 2013

Messung der intrazerebralen Sauerstoffsättigung bei Beachchairlagerung (z.B. Schulterarthroskopie)

Orthopädische & traumatologische Operationen werden zunehmend in einer sitzenden Position durchgeführt. Der Grund für diese Lagerung sind verbesserte Operationsbedingungen für die Chirurgen. Damit entstehen für die Anästhesisten neue Herausforderungen.

Während der Narkose kommt es zu einer Umverteilung des Blutvolumens (von intra- nach extrathorakal). Dies führt wiederum durch die verminderte Vorlast zum Abfall des HZVs. Während einer Schulterarthroskopie wird der Patient üblicherweise nur mit einer nicht-invasiven Blutdruckmessung überwacht. Da die Druckdifferenz zwischen Oberarm und Kopf ca. 20 bis 25 mmHg beträgt, muss dies bei der Interpretation der Messwerte berücksichtigt werden.

Der zusätzliche Einsatz des INVOST™-Monitoring System ermöglicht einen direkten Einblick in das zerebrale Mikrogefäßsystem unterhalb der applizierten Optoden. Es stellt ein Frühwarnsystem dar, dass bei Eingriffen in Beach-Chair-Position eine sofortige Intervention ermöglicht und damit zur Verbesserung des Patienten Outcomes beiträgt.

ERLÖSE UND ERLÖSPARAMETER 2018

Auszug - Aufstellung enthält die DRGs aus den Kodierbeispielen.

Erlöse und Erlösparameter 2018 in Hauptabteilungen bei Komplizierender Konstellation mit 8-923											
	ICD - HD	ICD - ND	OPS	DRG	BR*	MGVD	1.Tag mit Abschlag	Abschlag	1.Tag mit Zuschlag	Zuschlag	Erlös**
Herzklappeneingriff	I35.0	I10.00 E11.90 N18.2	5-351.02 8-853.5 8-920 u/o 8-923	F03B	7,319	15,5	4	0,755	29	0,290	25.377,17 €
Koronarer Bypass	I20.8	I25.13 I47.1	5-361.23 5-371.33 8-772	F05Z	6,777	16,1	4	0,750	31	0,275	23.497,89 €
			8-920 u 8-923	F07A	7,227	13,9	4	0,802	28	0,329	25.058,18 €
Rekonstruktive Gefäßeingriffe	I71.4	N18.5	5-384.73 8-853.71 8-920 u/o 8-923	F08A	9,272	31,6	10	0,501	50	0,122	32.148,81 €
kardiothorakale Eingriffe ohne HLM	I71.01	N18.5	5-384.32 8-853.3 8-920 u/o 8-923	F09A	3,863	10,6	3	0,575	21	0,217	13.394,18 €
Perkutane Koronarangioplastie	I21.0	N18.5	8-837.k3 8-853.3 8-920 u/o 8-923	F15Z	4,042	23,8	7	0,411	42	0,096	14.014,83 €

* Die Bewertungsrelationen gelten für die Abrechnung von stationären Leistungen. Dies gilt nicht, soweit nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes sonstige Entgelte für bestimmte Leistungen nach Anlage 3a/b, teilstationäre Leistungen nach § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG oder besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 16 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbart worden sind.

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

Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Erläuterung und
Kodierung von
INVOST™ und BIST™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Kodierbeispiele

Weitere
Indikationen für
den Einsatz von
INVOST™

Kurzüberblick
G-DRG-Vergü-
tung 2018

Literatur

Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Erläuterung und
Kodierung von
INVOS™ und BIS™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Kodierbeispiele

Weitere
Indikationen für
den Einsatz von
INVOS™

Kurzüberblick
G-DRG-Vergü-
tung 2018

Literatur

HAT EIN VERBESSERTES KLINISCHES OUTCOME AUSWIRKUNGEN AUF DIE KOSTENSITUATION?

Viele Studien zeigen, dass die konsequente »NIRS« Überwachung zu einem signifikant reduzierten Klinikaufenthalt und häufig auch reduziertem Aufenthalt auf der Intensivstation sowie der Verkürzung der Beatmungszeit beiträgt. Das Invos™-System liefert somit nicht nur diagnostische und individuelle Vorteile für Patienten, Benutzer und Krankenhäuser, sondern auch einen positiven wirtschaftlichen Effekt über das Krankenhaus hinaus.

Literatur

Casati A, Fanelli G, Pietropaloli P, et al. Continuous monitoring of zerebral oxygen saturation in elderly patients undergoing major abdominal surgery minimizes brain exposure to potential hypoxia. *Anesth Analg.* 2005;101(3):740-747

Goldman S, Sutter F, Ferdinand F, Trace C. Optimizing intraoperative zerebral oxygen delivery using noninvasive zerebral oximetry decreases the incidence of stroke for cardiac surgical patients. *Heart Surg Forum.* 2004;7(5):E376-381

Hunaid A, Vohra, Amit Modi, Sunil K. Ohri, Does use of intra-operative zerebral regional oxygen saturation monitoring during cardiac surgery lead to improved clinical outcomes? *Cardio Vasc Thorac Surg* 2009; 9:318-322, originally published online May 15, 2009.

J. Schön, V. Serien, T. Hanke, et al. Zerebral oxygen saturation monitoring in on-pump cardiac surgery – a 1 year experience *Cardiopulmonary Pathophysiology* 13: 243-252, 2009

James P. Slater, MD, Theresa Guarino, RN, Jessica Stack, BS, et al. Zerebral Oxygen Desaturation Predicts Cognitive Decline and Longer Hospital Stay after cardiac surgery *Ann Thorac Surg* 2009;87:36-45FSF

Muellerbach, R. M.; Kilgenstein, C.; Kranke, P.; Küstermann, J.; Kredel, M.; Roewer, N. et al. (2014): Effects of venovenous extracorporeal membrane oxygenation on cerebral oxygenation in hypercapnic ARDS. In: *Perfusion* 29 (2), S. 139–141. DOI: 10.1177/0267659113497073.

Murkin JM, Adams SJ, Novick RJ, et al. Monitoring brain oxygen saturation during coronary bypass surgery: a randomized, pro-spective study. *Anesth Analg.* 2007; 104(1):51-58

Yao, MD; SK Levin, MD; D Wu, MD et al. Maintaining zerebral oxygen saturation during cardiac surgery shortened ICU and Hospital stays *Anesth Analg.* 2001;92:SCA1-SCA133)

Wong, Joshua K.; Smith, Thomas N.; Pitcher, Harrison T.; Hirose, Hitoshi; Cavarocchi, Nicholas C. (2012): Cerebral and lower limb near-infrared spectroscopy in adults on extracorporeal membrane oxygenation. In: *Artificial organs* 36 (8), S. 659–667. DOI: 10.1111/j.1525-1594.2012.01496.x.

Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Erläuterung und
Kodierung von
INVOST™ und BIST™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Kodierbeispiele

Weitere
Indikationen für
den Einsatz von
INVOST™

Kurzüberblick
G-DRG-Vergü-
tung 2018

Literatur

GLOSSAR

Basis-DRG

Die Basis-DRG wird meist über dieselbe Hauptdiagnose oder Prozedur definiert. Die Basis-DRG kann aufgrund eines unterschiedlichen Ressourcenverbrauchs durch unterschiedliche Faktoren (u.a. PCCL, komplizierende Diagnosen, Prozeduren, Alter, etc.) in verschiedene Schweregrade gesplittet werden. Die Kennzeichnung der ökonomischen Schweregrade erfolgt über Buchstaben an der 4. Stelle der DRG. A: Höchster Ressourcenverbrauch der DRG B: Zweithöchster Ressourcenverbrauch der DRG C: Dritthöchster Ressourcenverbrauch der DRG D: Viertöchster Ressourcenverbrauch der DRG usw. Z: Kein Split nach Ressourcenverbrauch in dieser DRG

Behandlungsfall

Ein Behandlungsfall beschreibt einen stationären Aufenthalt eines Patienten im Krankenhaus. Der Behandlungsfall ist gekennzeichnet durch die Aufnahme und die Entlassung im Krankenhaus.

Bewertungsrelation, Fallgewicht

Jeder DRG wird im Fallpauschalenkatalog eine Bewertungsrelation, auch Relativgewicht oder relatives Kostengewicht genannt, zugeordnet. Das Relativgewicht ist ein Maß für den durchschnittlichen Aufwand der Behandlung dieser DRG. Die Bewertungsrelation wird bundesweit einheitlich im Fallpauschalenkatalog angegeben. Durch Multiplikation der Bewertungsrelation mit dem Basisfallwert ergibt sich der Erlös für eine DRG in Euro.

Bundesbasisfallwert

Faktor mit dem die Bewertungsrelation einer DRG multipliziert wird, um einen DRG Betrag zu errechnen. Nach der sogenannten Konvergenzphase gibt es inzwischen einen einheitlichen Bundesbasisfallwert für alle Bundesländer.

Case-Mix

Die Kostengewichte aller DRG Behandlungsfälle ergeben den Case-Mix. Dieser ist ein Maß für den Ressourcenverbrauch der behandelten Patienten.

Case-Mix-Index

Der (CMI) entspricht dem durchschnittlichen ökonomischen Fallschweregrad einer Menge von Behandlungsfällen (mittlere ökonomische Fallschwere). Er berechnet sich aus dem Case-Mix dividiert durch die zugrundeliegenden Fälle.

CC-Kodes

Complication and/or Comorbidity. Komplikationen oder Begleiterkrankungen in Form von Diagnosen, die mit einem erhöhten Ressourcenverbrauch einhergehen. Diese werden im Gruppierungsprozess berücksichtigt und lösen häufig eine bessere Vergütung der DRGs aus, wenn sie vorhanden sind.

CCL

Complication and Comorbidity Level. Die Komplikationen und Komorbiditäten werden ausschließlich in Form von Nebendiagnosen dokumentiert. Der CCL kann abhängig von der DRG Werte zwischen 0 und 4 annehmen. Die Nebendiagnosen werden mit: CCL = 0 keine CC, CCL = 1 leichte CC, CCL = 2 mittlere CC, CCL = 3 schwere CC, CCL = 4 katastrophale CC bewertet.

Cost-Weight

(CW) siehe Bewertungsrelation

Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Erläuterung und
Kodierung von
INVOST™ und BIST™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Kodierbeispiele

Weitere
Indikationen für
den Einsatz von
INVOST™

Kurzüberblick
G-DRG-Vergü-
tung 2018

Literatur

GLOSSAR

DRGs

Diagnosis Related Groups. Diagnosebezogene Fallgruppen sind ein Patientenklassifikationssystem, das anhand klinischer Daten die Behandlung der Patienten in ökonomische Fallpauschalen umsetzt. Jedem stationären Aufenthalt wird genau eine DRG zugeordnet. Ein Behandlungsfall wird nach pauschalierten Preisen vergütet, die sich am durchschnittlichen Behandlungsaufwand der betreffenden Behandlungsfallgruppe orientieren.

Fallpauschalen- vereinbarung

Die Fallpauschalenvereinbarung enthält die für das jeweilige Jahr gültigen Abrechnungsregeln sowie als Anlagen: den aktuellen Fallpauschalenkatalog (Anlage 1), die DRGs, für die keine bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen kalkuliert wurden und die nach § 6 Abs. 1 KHEntgG krankenhausspezifisch individuell verhandelt werden müssen (Anlage 3), die mit einem bundesweit gültigen Preis versehenen Zusatzentgelte nach § 17 b KHG (Anlagen 2 und 5), die Zusatzentgelte, für die keine bundeseinheitlichen Preise kalkuliert wurden und die nach § 6 Abs. 1 KHEntgG krankenhausspezifisch individuell verhandelt werden müssen (Anlagen 4 und 6). Kommt es nicht zu einer Einigung der Selbstverwaltungspartner, werden die Abrechnungsregeln und der Fallpauschalenkatalog nebst Anlagen vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung per Rechtsverordnung vorgegeben.

Grenzverweildauer

Die im Fallpauschalenkatalog angegebene Bewertungsrelation gilt nur für Fälle, die zwischen oberer und unterer Grenzverweildauer behandelt wurden. Die untere Grenzverweildauer (uGVD) beträgt im G-DRG-System ein Drittel der mittleren arithmetischen Verweildauer, mindestens jedoch zwei Tage. Die obere Grenzverweildauer (oGVD) berechnet sich aus der mittleren arithmetischen Verweildauer zuzüglich der doppelten Standardabweichung oder einer bestimmten Anzahl von Tagen. Die effektive Bewertungsrelation ergibt sich durch die DRG-Bewertungsrelation zu- bzw. abzüglich der im Fallpauschalenkatalog ausgewiesenen Zu-/Abschläge für die Unter- bzw. Überschreitung der unteren/oberen Grenzverweildauer multipliziert mit der Anzahl der Tage ab der jeweiligen Grenzverweildauer.

Grouper

Der Grouper ist eine Software für die DRG-Zuordnung. Anhand von in den Definitionshandbüchern der DRGs festgelegten Gruppierungsalgorithmen werden die Behandlungsfälle einer DRG zugeordnet.

Hauptdiagnose

Die DRG-Hauptdiagnose (HD) ist die nach Analyse eines Falles festzulegende Hauptdiagnose für den gesamten stationären Aufenthalt.

InEK

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) ist ein von der Selbstverwaltung gegründetes Institut und unterstützt die Vertragspartner der Selbstverwaltung bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems. Das InEK wurde 2001 gegründet.

Landesbasisfall- wert

Der Landesbasisfallwert (landesweit gültiger Basisfallwert) ist der bewertete durchschnittliche Fallerlös aller stationären Fälle in einem Bundesland. Der Gesetzgeber sieht vor, dass Landeskrankenhausesellschaften und die Krankenkassen den Landesbasisfallwert vereinbaren.

MDC

Major Diagnostic Category. Organsystem bezogene Gliederung der DRGs zu sogenannten Hauptdiagnosegruppen. Es existieren 23 MDCs. Innerhalb der MDCs verteilen sich die DRGs auf max. drei Partitionen. Die Einteilung/Zuordnung zu den Partitionen erfolgt auf Basis der Prozeduren.

GLOSSAR

Nebendiagnose

Nebendiagnosen (ND) sind Diagnosen, die das Patientenmanagement durch therapeutische Maßnahmen, durch diagnostische Maßnahmen oder durch einen erhöhten Pflege- und/oder Überwachungsaufwand beeinflussen. Viele Nebendiagnosen dienen der Ermittlung einer Schweregradstufe (PCCL) im Gruppierungsprozess.

NIRS

Nahinfrarotspektroskopie

OR-Prozedur

Prozedur, die im Rahmen der gesamten G-DRG-Systematik signifikant ist

PCCL

Patient-Clinical-Complexity-Level. Der PCCL eines Patienten ist ein Maß für den kumulierten Effekt der CC-relevanten Nebendiagnosen eines Patienten. Der PCCL kann sieben Werte zwischen 0 und 6 annehmen.

Sozialmedizinische Expertengruppe

Sozialmedizinische Expertengruppen sind gemeinsame Einrichtungen der Medizinischen Dienste. Sie bearbeiten sozialmedizinische Fragestellungen, die sich auf die Kernaufgaben der Medizinischen Dienste in der Beratung und Begutachtung beziehen. Es gibt sieben SEG welche die zentralen Beratungs- und Begutachtungsfelder der Medizinischen Dienste abdecken. Zu ihren wesentlichen Aufgaben gehört es, eine bundesweit einheitliche Begutachtung herzustellen bzw. zu sichern. Die SEG 4 deckt den Bereich »Vergütung und Abrechnung« ab.

Verweildauer

Die Verweildauer entspricht der Zahl der Belegungstage. Belegungstage sind Aufnahmetag und jeder weitere Tag, nicht jedoch der Entlassungs- oder Verlegungstag. Bei Aufnahme und Entlassung am gleichen Tag beträgt die Verweildauer einen Belegungstag. Urlaubstage werden bei der Berechnung der Verweildauer ausgeschlossen.

Zusatzentgelte

Zusatzentgelte (ZE) können im DRG-System zusätzlich zu einer DRG vergütet werden. Sie wurden eingeführt, um sehr teure Leistungen und Medikamente zu vergüten, die anhand von Fallpauschalen nur schwer abzubilden sind. Es gibt bundesweit mit einem Preis versehene ZE (§ 17 b KHG), diese sind in den Anlagen 2 und 5 gelistet, krankenhausespezifisch zu verhandelnde ZE (§ 6 Abs. 1 KHEntgG) sind in den Anlagen 4 und 6 gelistet. (Quelle: www.mdk.de)

Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Erläuterung und
Kodierung von
INVOST™ und BIST™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

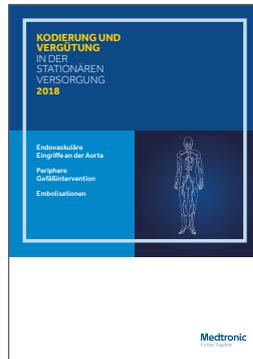
Kodierbeispiele

Weitere
Indikationen für
den Einsatz von
INVOST™

Kurzüberblick
G-DRG-Vergü-
tung 2018

Literatur

WEITERE INFORMATIONSBROSCHÜREN



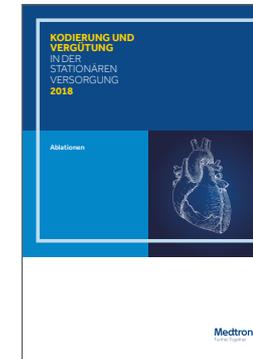
Endovaskuläre Eingriffe an der Aorta, Periphere Gefäßintervention, Embolisierungen



Transkatheter-Klappenimplantation (TCV)



Herzchirurgie



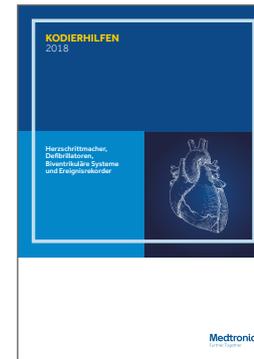
Ablationen



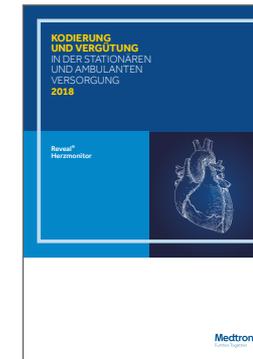
Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Koronargefäßen und Renale Denervierung



Herzstimulation
Kodierung und Vergütung in der ambulanten Versorgung



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
Die Broschüren erhalten Sie ebenso im Download unter: www.medtronic-reimbursement.de

Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Erläuterung und
Kodierung von
INVOST™ und BIST™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Kodierbeispiele

Weitere
Indikationen für
den Einsatz von
INVOST™

Kurzüberblick
G-DRG-Vergü-
tung 2018

Literatur

Reimbursement
und Gesundheits-
ökonomie

Erläuterung und
Kodierung von
INVOS™ und BIST™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Kodierbeispiele

Weitere
Indikationen für
den Einsatz von
INVOS™

Kurzüberblick
G-DRG-Vergü-
tung 2018

Literatur

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

www.medtronic-reimbursement.de

UC201808988 DE © Medtronic, Inc.
2018. All Rights Reserved.
Printed in Germany. 05/2018

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.