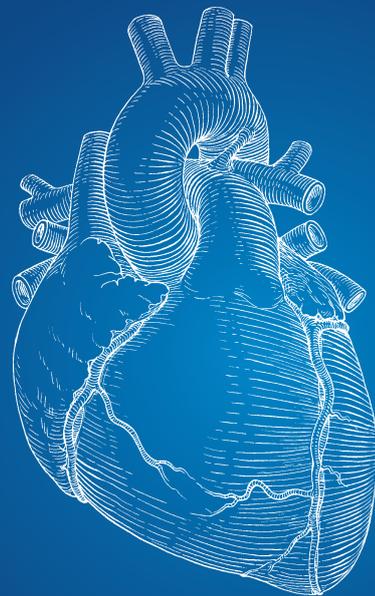


KODIERUNG UND VERGÜTUNG IN DER STATIONÄREN VERSORGUNG 2021

Temporäre Änderungen durch COVID-19-Gesetzgebungsverfahren finden in dieser Broschüre keine Berücksichtigung.

Herzunterstützungssysteme
Ventricular Assist Device (VAD)





Lukas Schwegmann
Manager
Reimbursement & Health Economics

VORWORT

Sehr geehrte Leserin, Sehr geehrter Leser,

in der vierten Auflage dieser Reimbursement Broschüre möchten wir Sie über die Veränderungen durch die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems beim Einsatz unseres Herzunterstützungssystems beraten.

Die Versorgungskette von Patienten mit schweren Herzkrankungen stellt einen Schwerpunkt von Medtronic dar. Mit dem Angebot eines Herzunterstützungssystems (VAD - Ventricular Assist Device) baut Medtronic sein Angebot mit Blick auf Diagnosewerkzeuge, Therapien (beispielsweise implantierbare Defibrillatoren) 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 krankenhausindividuelle 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 die ambulante Weiterbetreuung der Patienten sichergestellt werden kann.

Die Berechnung der Erlöse in dieser Unterlage erfolgt mittels fiktivem Bundesbasisfallwert in Höhe von 3.750 €. Gemäß der ab dem 1.1.2021 geltenden Fassung des § 10 KHEntg wird der Bundesbasisfallwert erst bis zum 31. März eines jeden Jahres veröffentlicht und stand daher zu dem Zeitpunkt der Erstellung dieser Unterlage nicht zur Verfügung. Die krankenhausindividuellen Erlöskalkulationen sollten davon unabhängig mit dem jeweils geltenden Landesbasisfallwert erfolgen.

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

Website: www.medtronic-reimbursement.de oder
E-Mail: rs.dusreimbursement@medtronic.com

Mit freundlichen Grüßen

Lukas Schwegmann
Manager Reimbursement & Health Economics

WORAUF ES IN DIESEM JAHR ANKOMMT

aG-DRG-System 2021

Mit dem **Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG)** wurde die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten am Bett im Krankenhaus erstmals für 2020 umgesetzt. Mehr als 20 Prozent der Leistungen (ca. 15 Mrd. Euro) wurden aus den Fallpauschalen herausgelöst und in das Pflegebudget überführt. Die Finanzierung der Leistungen wurde zweigeteilt; in die leistungsbezogenen Fallpauschalen des neuen aG-DRG-Systems zzgl. möglicher individueller Entgeltbestandteile (z.B. Zusatzentgelte) und in die selbstkostendeckenden krankenhausindividuellen und tagesbezogenen Pflegeentgelte.

Hierbei wurde nicht einfach nur die Pflege am Bett herausgerechnet. Es ist ein vollkommen neues und nicht mehr mit den Vorjahren vergleichbares aG-DRG-System entstanden.

Bitte geben Sie den Begriff „Sachkostenfinanzierung ag drg“ in das Suchfeld der Internetseite des Bundesverbandes Medizinprodukte e.V. ein und erhalten Sie weiterführende Hinweise zum Thema: <https://www.bvmed.de/de/startseite>

Sicherung der adäquaten Nachsorge

Die Nachsorge nimmt viele 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.

Ebenso bleibt die Versorgungsforschung im Fokus.

Seit 2017 existiert das Projekt SELMA mit dem Projekttitel „Verbesserte Versorgungsstruktur für Menschen mit chronischen Herzerkrankungen mit implantierter Herzunterstützung durch curriculares Selbstmanagement“ welches durch den Innovationsausschuss des G-BA gefördert wird.

Anpassungen der CCL-Matrix

Die Diagnose Z45.02 Anpassung und Handhabung eines herzunterstützenden Systems wies bis 2019 keinen CC-Wert auf. Dies wurde im aG-DRG System 2020 überarbeitet. Der Code ist nun erstmals mit CC-Werten versehen.

Auf Seite 14 finden Sie im Kapitel 6.3 weitere Informationen zu relevanten ICD-10-GM Codes.

LVAD & Intensivmedizin

LVAD Implantationen in Kombination mit bestimmten (aufwendigen) intensivmedizinischen Komplexbehandlungen wurden im Jahr 2020 deutlich aufgewertet. Siehe vereinfachtes Kodierbeispiel auf Seite 8.

INHALTS VERZEICHNIS

1.	Abbildung der LVAD im aG-DRG-System	5
1.1	Relevante DRGs gemäß InEK aG-DRG-Report-Browser 2021	5
1.2	Kostenerstattung am Beispiel der DRG F07A / F36A	5
2.	Unser Reimbursement Leistungsangebot	6
3.	Groupierungssimulation aG-DRG-System 2021	7
3.1	aG-DRG System 2021	7
3.2	DRG-Auflistung	7
3.3	Individuell zu verhandelnde Zusatzentgelte	8
3.4	Kodierbeispiel	8
4.	Ergänzende Hinweise zur Budgetverhandlung	9
5.	Kodierung im aG-DRG-System 2021	12
5.1	Prozeduren OPS-2021 (Auszug)	12
5.2	Deutsche Kodierrichtlinien, Version 2021	12
6.	Ambulante Nachsorge	13
6.1	Relevante Vergütung der ambulanten Nachsorge	13
6.2	Beispiele für den Umfang der ambulanten Nachsorge	13
6.3	ICD-10-GM	14
7.	Hilfreiche Links / Quellen	15
8.	Abkürzungsverzeichnis	15

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 aG-DRG-SYSTEM

1.1 Relevante DRGs gemäß InEK aG-DRG-Report-Browser 2021

Gemäß InEK aG-DRG-Report-Browser 2021 finden sich LVAD-Implantationen, definiert durch den **OPS-Kode 5-376.40** in den nachfolgend aufgeführten DRGs.

Grundlage der Daten ist die Datenlieferung der 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*
A07A	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.	4,03%
A09A	A09A - Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit IntK > 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre, mit IntK > 1764 / 1932 / - Punkten oder mit sehr komplexem Eingriff und IntK > - / 2208 / - Punkten	2,52%
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit angeb. Fehlbild. od. Tumorekr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P. und Alter < 16 Jahre	0,94%
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 Aufwandsp.	2,04%

DRG	Beschreibung	Anteil*
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit best. kompliz. Konst. oder komp. Operation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte oder < 18 J. mit Reop. od. and. kompliz. Konst., mit best. komp. Eingr.	1,97%
F07B	Andere Eingriffe mit HLM, Alter < 1 J. od. mit best. kompliz. Konst. od. IntK > - / 368 / - P., ohne best. komp. Eingr. oder Alter > 0 J., IntK < - / 369 / - P., mit and. kompl. Eingr. mit Reop. an Herz oder Perikard oder mit best. and. kompliz. Konst.	1,94%
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte	13,27%
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. Aortenstent oder minimalinv. Eingr. an mehreren Herzklappen	1,76%
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder best. Impl. herzunterst. System	2,27%

* Anteil Fälle mit OPS 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
ZE2021-03	ECMO und PECLA	Individuell



Zusatzentgelt für VADs	Beschreibung	Erlös
ZE2021-02	Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“)	Krankenhausindividuell ~ 80.000 € - ~ 100.000 €



G-DRG	Beschreibung	Erlös*
z.B. F07A	siehe oben	24.693,75 €
z.B. F36A	siehe oben	52.211,25 €

Eine vollständige DRG-Tabelle finden Sie auf Seite 7.

* berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2021 von 3.750,00 € (weitere Infos siehe Vorwort).

2. UNSER REIMBURSEMENT 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:



EBM, GOÄ und DRG Hinweise zu unseren Produkten/Services



Informationen zu Abrechnung und Kodierung



Hinweise zu Änderungs- und Weiterentwicklungsanträgen



Informationen zu Fragen des MDK und der Kassen



Hinweise bei Strategie & Leistungsportfolio



Informationen zu NUB-Verfahren inkl. §137h SGB V



Hinweise zu gesundheitspolitischen Entwicklungen

Unser Reimbursement Service im Überblick



Kostenbetrachtungen, Erlösbetrachtungen

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

3. GROUPIERUNGSSIMULATION

aG-DRG-SYSTEM 2021

3.1 aG-DRG System 2021

Ausgliederung der Pflegepersonalkosten (Pflege am Bett) aus den DRGs und ZEs. Das Krankenhausbudget wird ab 2020 differenziert in ein „Rumpf“-aG-DRGBudget und dem Pflegekostenbudget (Ist-Pflegepersonalkosten).

https://www.g-drg.de/aG-DRG-System_2021/Fallpauschalen-Katalog

Die Leistungen der Krankenhäuser wie z.B. Operationen, der Einsatz von Sachmitteln wie Medizinprodukten, Arzneimitteln und Hotelleistungen werden nach 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 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 – hier insbesondere kostenintensive Medizinprodukte bzw. kostenintensive Arzneimittel – sog. ZE (Zusatzentgelte).

3.2 DRG-Aufistung

DRG	Partition	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		DRG-Erlös bei fikt. Bundesbasisfallwert 3.750,00 €	Pflegeerlös Bew.rel./Tag
					1. Tag mit Abschlag	Bew.rel. / Tag	1. Tag zus. Entgelt	Bew.rel. / Tag		
1	2	3	4	6	7	8	9	10		14
A07A	O	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.	30,860	76,5	25	0,950	95	0,334	115.725,00 €	4,0207
A09A	O	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit IntK > 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre, mit IntK > 1764 / 1932 / - Punkten oder mit sehr komplexem Eingriff und IntK > - / 2208 / - Punkten	22,731	56,2	18	0,957	74	0,324	85.241,25 €	3,7371
A09B	O	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 Punkte, mit angeb. Fehlbild. oder Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P., Alter < 16 J.	15,155	39,8	12	0,961	58	0,314	56.831,25 €	3,7698
A11A	O	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 Aufwandsp.	18,993	47,3	15	0,894	65	0,302	71.223,75 €	3,5480
F07A	O	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit best. kompliz. Konstellation oder komp. Operation oder IntK > - / 368 / - P. oder Alter < 18 Jahre mit Reop. Herz od. Perikard oder and. kompliz. Konstellation, mit best. kompl. Eingriffen	6,585	15,4	4	0,655	30	0,277	24.693,75 €	2,2687
F07B	O	And. Eingr. mit HLM, Alter < 1 J. od. mit best. kompl. Konst. od. IntK > -/368 / - P., oh. best. kompl. Eingr. od. Alter > 0 J., IntK < -/369 / - P., m. and. kompl. Eingr. mit Reop. Herz od. Perik. od. mit best. and. kompliz. Konst. od. mit best. Aortklers.	5,270	14,9	4	0,468	29	0,230	19.762,50 €	1,6061

DRG	Partition	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		DRG-Erlös bei fikt. Bundesbasisfallwert 3.750,00 €	Pflegerlös Bew.rel./Tag
					1. Tag mit Abschlag	Bew.rel. / Tag	1. Tag zus. Entgelt	Bew.rel. / Tag		
1	2	3	4	6	7	8	9	10		14
F36A	O	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff	13,923	35,3	11	0,856	53	0,290	52.211,25 €	3,2847
F36B	O	Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsystem. m. kompliz. Fakt., > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Eingr. od. > - / 552 / 552 P. m. best. Aortenstent od. minimalinv. Eingr. an mehrerer Herzkl.	10,504	25,4	7	0,872	43	0,274	39.390,00 €	3,0204
F43A	A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder best. Impl. herzunterst. System	5,208	24,5	7	0,581	43	0,190	19.530,00 €	2,3237

Im Fallpauschalenkatalog wird für jede DRG der erste Belegungstag angegeben, an dem ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen ist (siehe Tabelle 3.2. „DRG-Zuordnung“, Spalte 6 & 7). Bei Unterschreiten der UGVD wird für jeden nicht erbrachten Belegungstag ein Abschlag vorgenommen.

*WICHTIG!



FORMEL:

$Pflegerlös = \text{Bewertungsrelation/Tag} \times \text{patientenindividueller Verweildauer} \times \text{Pflegeentgeltwert}$ (hier Beispielhaft 163,09 €).
Da vor der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 KHEntG noch nicht berechnet werden kann, ist bis dahin nach Satz 1 ersatzweise ein Betrag in Höhe von 163,09 € abzurechnen. Dies ist nur der vorläufige tagesbezogene Pflegeentgeltwert bis zur Pflegebudgetvereinbarung. Nach akzeptiertem Testat des KH-Betriebsprüfers zum Pflegebudget wird dann am Ende des KH-Geschäftsjahres mit der Jahrespflegerlössumme abgeglichen. Danach Ausgleich des Pflegebudget zu 100% gemäß Selbstkostendeckungsprinzip. Bitte geben Sie den Begriff „Sachkostenfinanzierung ag drg“ in das Suchfeld der Internetseite des Bundesverbandes Medizinprodukte e.V. ein und erhalten Sie weiterführende Hinweise zum Thema: <https://www.bvmed.de/de/startseite>

Pflegerlös Bewertungsrelation/Tag (Spalte 14 G-DRG-Katalog)	X	Patientenindividuelle Verweildauer	X	Krankenhausindividueller Pflegeentgeltwert	=	Pflegerlös
---	---	---------------------------------------	---	---	---	------------

3.3 Individuell zu verhandelnde Zusatzentgelte

ZE2021-02 Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“)
ausgelöst durch die Kodierung des OPS-Kodes:
5-376.40 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, univentrikulär: Implantation

ZE2021-03 ECMO und PECLA
ausgelöst durch die Kodierung der OPS-Kodes:
8-852.0* Extrakorp. Gasaustausch oh. u. mit Herzunterstütz. u. Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstütz.
8-853.3* Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Anwendung einer minimalisierten Herz-Lungen-Maschine

3.4 Kodierbeispiel

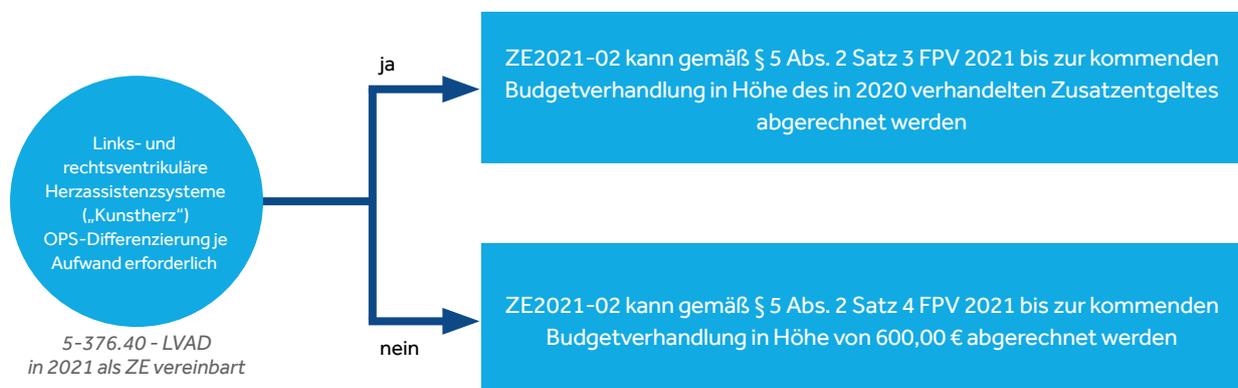
Kode	Text
Diagnose	
I50.13	Linksherzinsuffizienz: M. Beschwerden b. leichter Belastung
Prozeduren	
5-376.40	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, univentrikulär: Implantation
8-980.30	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1105 bis 1380 Aufwandspkt.
DRG	
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung b. Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems m. komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspkte od. > 588 / 828 / 1104 Aufwandspkte m. aufwendigem Eingriff
	13,923
lös*	
52.211,25 €	
Pflege-Relativgewicht: 3,2847	

* berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2021 von 3.750,00 € (weitere Infos siehe Vorwort).

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 ZE2021-02 LVAD, welches unter anderem vom OPS-Kode 5-376.40 für LVAD ausgelöst 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.

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 ZE2021-02, 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 ZE2021-02 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 ZE2021-02 LVAD für den OPS-Kode 5-376.40 *Implantation und Entfernung eines herunterstützenden Systems, offen chirurgisch, Intrakorporale Pumpe, univentrikulär* ist zur Ermittlung der Kosten die Kostenstruktur der relevanten DRG heranzuziehen. Mit Hilfe des aG-DRG-Report-Browsers des InEK lässt sich herausfinden, in welcher Höhe im Rahmen der DRG Personal- als auch Sachkosten Berücksichtigung finden. Auch die Höhe der kalkulierten Implant-Kosten sind dem aG-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 Berufs-

gruppe 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 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

F36A	Personalkosten			Sachkosten						Personal-/Sachkosten		Summe
	Ärztlicher Dienst	Pflege-dienst	med.-techn./Funktionsdienst	Arzneimittel		Implantate	übriger medizinischer Bedarf			med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur	
				Gemeinkosten	Einzelkosten		Gemeinkosten	Einzelkosten	Leistung durch Dritte			
Fallkosten	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	6c	7	8	
01. Normalstation	373,28		47,80	57,68	69,64		67,90	3,64	8,97	193,62	493,97	1.316,50
02. Intensivstation	9.420,90		334,97	1.697,09	1.446,23	2,78	3.548,37	105,59	81,89	2.664,00	6.607,03	25.908,85
04. OP-Bereich	1.319,61		1.096,09	67,55	277,55	1.482,51	690,61	709,79	79,20	568,41	922,65	7.213,97
05. Anästhesie	846,30		513,62	62,11	41,17		213,92	2,08	9,01	114,73	233,46	2.036,40
07. Kardiologische Diagnostik / Therapie	250,05		216,68	10,78	10,62	1.420,85	115,36	256,11	20,82	128,35	188,01	2.617,63
08. Endoskopische Diagnostik / Therapie	72,23		79,24	2,92	0,78	2,09	29,89	20,01	8,10	51,06	55,56	321,88
09. Radiologie	338,95		363,73	7,02	3,18	144,77	41,86	66,28	55,41	154,11	219,02	1.394,33
10. Laboratorien	180,91		924,55	23,56	810,49		801,86	29,84	469,28	140,86	396,69	3.778,04
11. Diagnostische Bereiche	209,53	0,86	117,09	2,24			15,82	1,07	19,97	31,21	64,23	462,02
12. Therapeutische Verfahren	35,42	22,14	555,26	0,85			5,23	1,14	72,85	29,00	149,81	871,70
13. Patientenaufnahme	46,03	4,74	30,29	1,76	9,66		5,05		0,13	10,30	27,30	135,26
Summe	13.093,21	27,74	4.279,32	1.933,56	2.669,32	3.053,00	5.535,87	1.195,55	825,63	4.085,65	9.357,73	46.056,58

Quelle: InEK aG-DRG-Report-Browser 2021

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. USt. (€)
Artikelbezeichnung				
Artikelbezeichnung				
Zwischensumme				

Übriger medizinischer Sachbedarf	Menge	ME	Kosten je ME	Betrag inkl. USt. (€)
Artikelbezeichnung				
Artikelbezeichnung				
Zwischensumme				

Medikamente und Blutprodukte	Menge	ME	Kosten je ME	Betrag inkl. USt. (€)
Artikelbezeichnung				
Artikelbezeichnung				
Zwischensumme				

Übriger Personal- und Sachmitteleinsatz

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

Operation / Anästhesie	Menge	ME	Kosten je ME	Betrag inkl. USt. (€)
Bezeichnung Personaleinsatz				
Bezeichnung Sachmitteleinsatz				
Zwischensumme				

Diagnostik	Menge	ME	Kosten je ME	Betrag inkl. USt. (€)
Bezeichnung Personaleinsatz				
Bezeichnung Sachmitteleinsatz				
Zwischensumme				

Intensivstation	Menge	ME	Kosten je ME	Betrag inkl. USt. (€)
Bezeichnung Personaleinsatz				
Bezeichnung Sachmitteleinsatz				
Zwischensumme				

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

* 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 aG-DRG-SYSTEM 2021

5.1 Prozeduren OPS-2021 (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.

5-376	Implantation und Entfernung eines herz-unterstützenden Systems, offen chirurgisch	8-852.07	Dauer der Behandlung 288 bis unter 384 Stunden
		8-852.08	Dauer der Behandlung 384 bis unter 480 Stunden
		8-852.09	Dauer der Behandlung 480 bis unter 576 Stunden
5-376.4	Intrakorporale Pumpe, univentrikulär	8-852.0b	Dauer der Behandlung 576 bis unter 768 Stunden
5-376.40	Implantation	8-852.0c	Dauer der Behandlung 768 bis unter 960 Stunden
5-376.41	Entfernung	8-852.0d	Dauer der Behandlung 960 bis unter 1.152 Stunden
		8-852.0e	Dauer der Behandlung 1.152 oder mehr Stunden
5-379	Andere Operationen an Herz und Perikard	8-852.1	Prä-ECMO-Therapie Hinw.: 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		
8-852	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie	8-852.2	Extrakorporale Lungenunterstützung, pumpenlos (PECLA)
8-852.0	Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung Hinw.: Die perkutane Implantation der Kanülen ist im Kode enthalten Die offen chirurgische Implantation der Kanülen ist gesondert zu kodieren (5-376 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
8-852.03	Dauer der Behandlung 96 bis unter 144 Stunden	8-852.23	Dauer der Behandlung 432 bis unter 720 Stunden
8-852.04	Dauer der Behandlung 144 bis unter 192 Stunden	8-852.24	Dauer der Behandlung 720 bis unter 1.008 Stunden
8-852.05	Dauer der Behandlung 192 bis unter 240 Stunden	8-852.25	Dauer der Behandlung 1.008 oder mehr Stunden
8-852.06	Dauer der Behandlung 240 bis unter 288 Stunden		

5.2 Deutsche Kodierrichtlinien, Version 2021

Bitte beachten Sie hier insbesondere

- DKR, P001f Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren
- DKR, P005t Multiple Prozeduren/Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl/Bilaterale Prozeduren und 0909d Revisionen oder Reoperationen an Herz und Perikard
- DKR, 1001s Maschinelle Beatmung

6. AMBULANTE NACHSORGE

6.1 Relevante Vergütung der ambulanten Nachsorge

- Eine Vergütung durch kostendeckende tagesklinische Pauschalen für die ambulante Nachsorge ist für Krankenhäuser, die VAD Chirurgie durchführen, möglich.
- Aktuell werden Tagespauschalen krankenhausindividuell pro VAD Patient von ~30 bis ~110 Euro erstattet.
- Unterschiede in Bezug auf regionale Standorte, Versorgungsinhalte, Personalbindung und Einsatz diagnostischer Mittel sowie Verhandlungsgeschick erklären die grosse Spanne der Tagespauschalen.
- Das Reimbursement Team von Medtronic unterstützt Sie gerne bei der Planung & Verhandlung der Tagespauschalen.

6.2 Beispiele für den Umfang der ambulanten Nachsorge

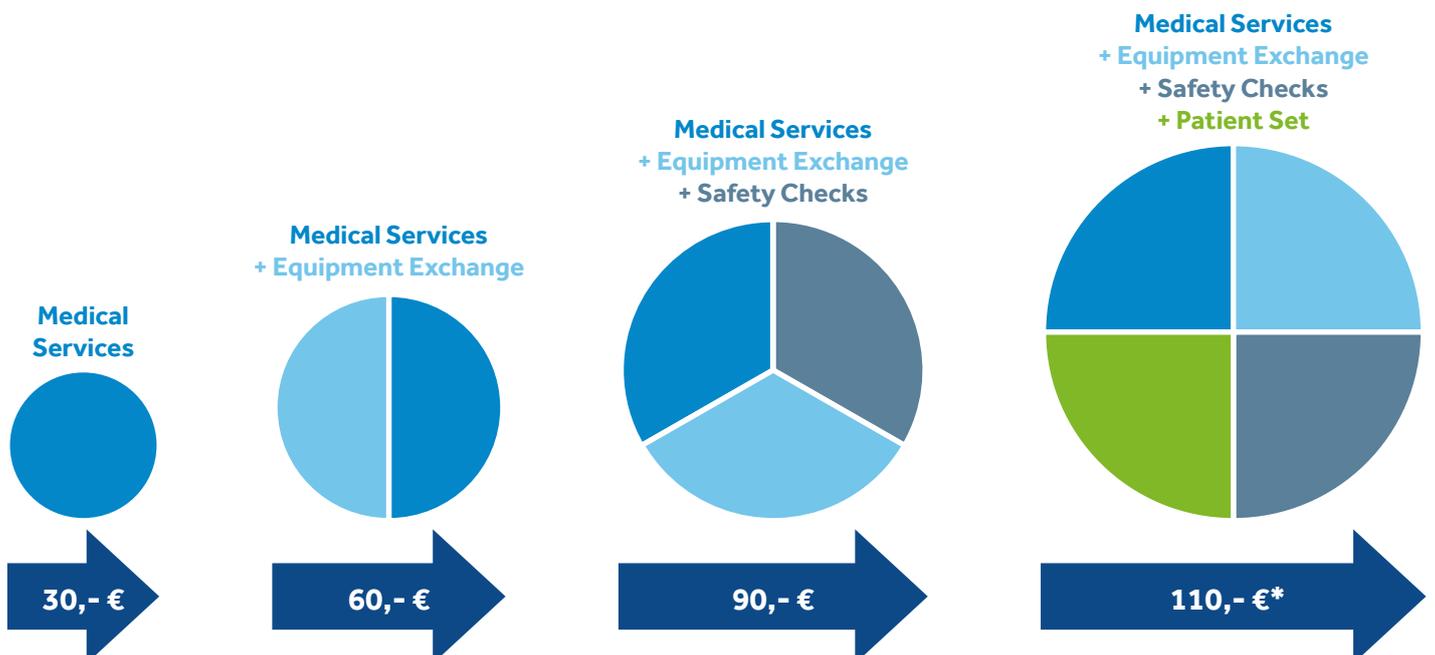
EQUIPMENT

- 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)
- Sicherheitstechnische Kontrollen / 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 / Alarme
- Begleitung / Entlassungsmanagement / Rehabilitation / Homecare
- Training (z.B. für Patienten)
- Koordination / Administration

DIAGNOSTIK (z.B. Labor, Radiologie)



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

6.3 ICD-10-GM

Zur Kodierung stehen darüber hinaus folgende ICD-10-GM Codes aus dem Kapitel XXI *Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen* zur Verfügung.

Z45.- Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes
Exkl.: Funktionsstörung oder andere Komplikationen eines medizinischen Gerätes oder Hilfsmittels - siehe Alphabetisches Verzeichnis, Vorhandensein von Prothesen und anderen medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln (Z95-Z97)

Z45.02 Anpassung und Handhabung eines herzunterstützenden Systems
Kunstherz
Pumpe:
extrakorporal
intrakorporal
parakorporal

Z95.8- Vorhandensein von sonstigen kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten

Z95.80 Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems
Kunstherz
Pumpe: extrakorporal, intrakorporal, parakorporal

Beachten Sie u.a. die [Kodierempfehlung 598](#) der SEG 4 (Sozialmedizinische Expertengruppe - Vergütung und Abrechnung des MDK) bzgl. der Kodierung des ICD-10 Codes Z95.80 als Nebendiagnose.

Unter Umständen ebenfalls relevant ist die [Kodierempfehlung 433](#) der SEG-4 bzgl. ICD-10 Kode U55.-.

Der Kode ist gemäß Schlichtungsausschluss auch dann zu verwenden, wenn die erfolgte Registrierung weiterhin Gültigkeit besitzt.

U55.- Erfolgte Registrierung zur Organtransplantation
Exkl.: Erfolgte Registrierung zur: Nieren-, Nieren-Pankreas-, Pankreas-, Dünndarm- oder Lebertransplantation (Z75.6-, Z75.7-)
Transplantation sonstiger oder nicht näher bezeichneter Organe (Z75.6-, Z75.7-)

U55.1- Erfolgte Registrierung zur Herztransplantation
U55.10 Ohne Dringlichkeitsstufe U [Urgency] oder HU [High Urgency]
U55.11 Mit Dringlichkeitsstufe U [Urgency]
U55.12 Mit Dringlichkeitsstufe HU [High Urgency]

U55.2- Erfolgte Registrierung zur Lungentransplantation
U55.20 Ohne Dringlichkeitsstufe U [Urgency] oder HU [High Urgency]
U55.21 Mit Dringlichkeitsstufe U [Urgency]
U55.22 Mit Dringlichkeitsstufe HU [High Urgency]

U55.3- Erfolgte Registrierung zur Herz-Lungen-Transplantation
U55.30 Ohne Dringlichkeitsstufe U [Urgency] oder HU [High Urgency]
U55.31 Mit Dringlichkeitsstufe U [Urgency]
U55.32 Mit Dringlichkeitsstufe HU [High Urgency]

7. HILFREICHE LINKS/QUELLEN

Zum Zeitpunkt der Broschüren Erstellung waren noch nicht alle Landesbasisfallwert für 2021 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 Gruppierungssimulation:

https://www.drg-research-group.de/index.php?option=com_webgrouper&view=webgrouper&Itemid=112

Hinweise zum DRG-System 2021 auf der Website des InEK:

http://www.g-drg.de/cms/aG-DRG-System_2021

Kodierkataloge auf der Website des DIMDI:

<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/>

8. ABKÜRZUNGS VERZEICHNIS

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

Weitere Informationsbroschüren



Kodierhilfen



Ablationen



Reveal® Herzmonitor



Herzchirurgie



„Kittelkarte“
Implantation eines
herzunterstützenden
Systems

Diese und weitere Broschüren können Sie direkt bei Medtronic bestellen. Senden Sie hierzu bitte einfach eine E-Mail an:
rs.dusreimbursement@medtronic.com

Die Broschüren erhalten Sie ebenso im Download unter:
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: rs.dusreimbursement@medtronic.com

UC202114758 DEPFD © Medtronic GmbH
2021. All Rights Reserved.
Printed in Germany. 02/2021

www.medtronic-reimbursement.de

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.