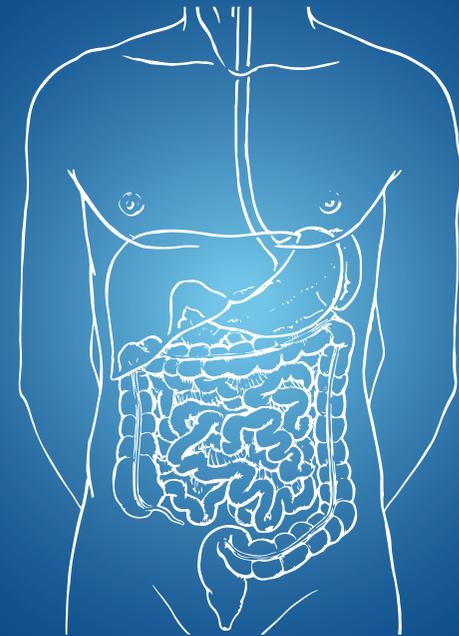


KODIERUNG UND VERGÜTUNG IN DER STATIONÄREN VERSORGUNG 2021

LigaSure™

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



VORWORT



Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

wir bewegen uns heute in einem zunehmend komplexer werdenden Umfeld unseres Gesundheitssystems und der jährlichen Anpassung des stationären und ambulanten Abrechnungssystems. Bei ca. 1.300 verschiedenen DRGs im stationären Bereich ist dies eine besondere Herausforderung für die Anwender und Kodierfachkräfte im Krankenhaus.

Wir möchten Ihnen mit diesem kurzen Kodierleitfaden praktische Hinweise geben, die Sie bei der sachgerechten Kodierung im Bereich der Gefäßversiegelung unterstützen. Die auf den folgenden Seiten aufgeführten Informationen und Beispiele sollen als Anregung dienen und müssen auf den konkreten Fall hin angepasst werden. Die Erlöse beziehen sich auf die Bewertungsrelation in der Hauptabteilung für den Bundesbasisfallwert aus 2021 von 3.750,00 €.

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wird die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten am Bett im Krankenhaus seit 2020 umgesetzt. Ausführliche Informationen finden Sie im Kapitel ["Worauf es in diesem Jahr ankommt"](#).

Der Leitfaden erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und ist nach aktueller Datenlage erstellt worden. Viele dieser Daten sind mit der Hilfe von Institutionen und Krankenhäusern entstanden, bei denen wir uns hiermit für die Mitarbeit bedanken möchten.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß und Erfolg bei der Anwendung unserer Informationen und würden uns über konstruktives Feedback freuen.

Jörg Hausburg
Senior Manager
Reimbursement & Health Economics



INHALTS VERZEICHNIS

1. [Unser Reimbursement Leistungsangebot](#)
2. [Worauf es in diesem Jahr ankommt](#)
3. [Erläuterungen zum LigaSure™ -System](#)
4. [Hauptdiagnosen - Auszug](#)
5. [Prozeduren - Auszug](#)
6. [Vergütung im aG-DRG-System 2021](#)
7. [Kodierbeispiele](#)
 - 7.1 [Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses](#)
 - 7.2 [Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane](#)
 - 7.3 [Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane](#)
 - 7.4 [Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas](#)
 - 7.5 [Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane](#)
 - 7.6 [Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane](#)
8. [Literatur und Quellenverzeichnis](#)
9. [Glossar](#)
10. [Abkürzungsverzeichnis](#)

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.



1. 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 zum Beispiel:



EBM, GOÄ und DRG Hinweise zu unseren Produkten/ Services



Informationen zu Abrechnung und Kodierung



Hinweise zu Änderungs- und Weiterentwicklungsanträgen



Informationen zu Fragen des MD 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 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.



2. WORAUF ES SEIT DEM JAHR 2020 ANKOMMT

Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) 2021

Sachkostenfinanzierung im G-DRG-System 2019

Die jährliche Anpassung des G-DRG-Systems und das damit einhergehende Studium der Änderungen wurde ab dem Jahr 2020 erheblich komplexer. Neben den in der Vergangenheit durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) eingeführten und weiterhin gültigen Maßnahmen zur Mengensteuerung im Krankenhaus müssen wir uns mit einem vollkommen neuen aG-DRG-System auseinandersetzen.

Der Leitfaden „Sachkostenfinanzierung im aG-DRG-System 2021“ vom Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) befasst sich mit den Fragen zu den Auswirkungen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG 2019) und des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG 2016) auf die Vergütung der Medizinprodukte im aG-DRG-System. Die nachfolgend zitierten Hinweise des BVMed finden Ihre Anwendung zum Teil ebenso auf die von uns vertriebenen Verfahren.

Auszüge aus der BVMed Information:

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

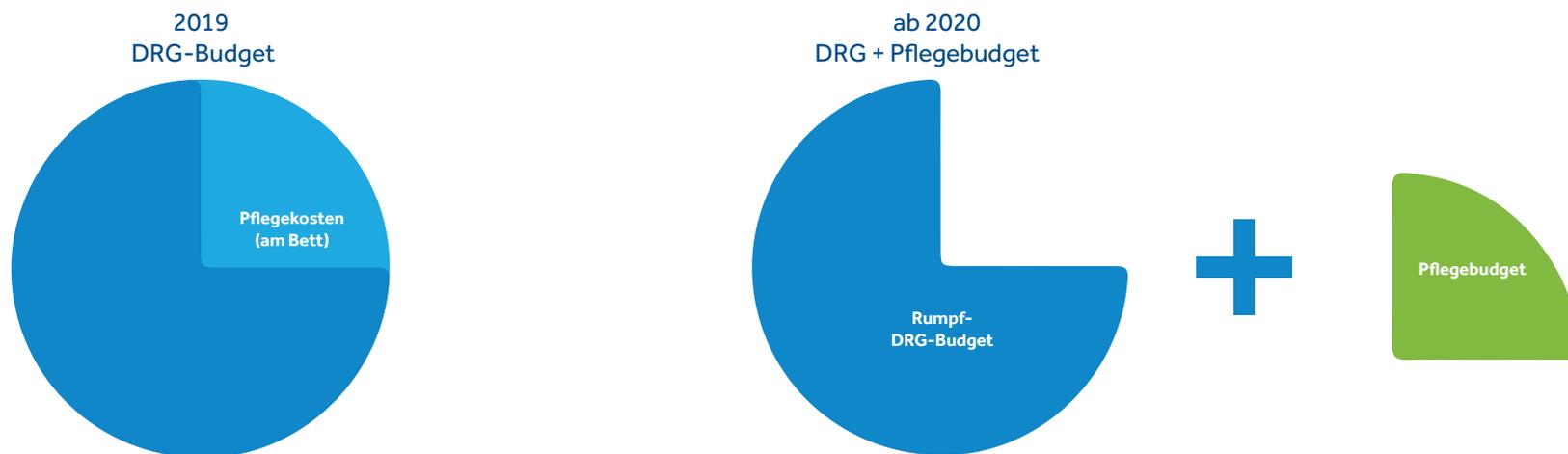
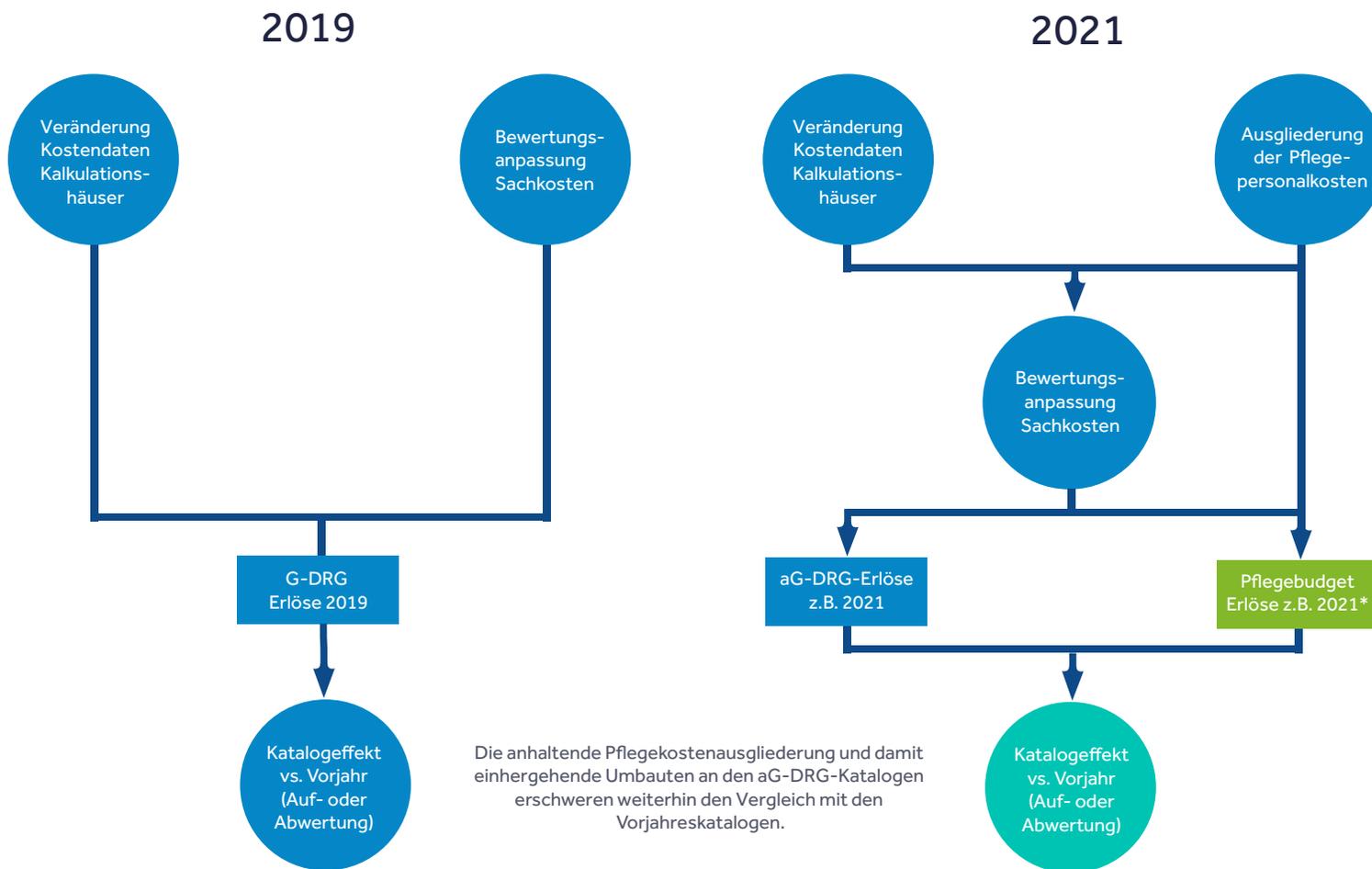


Abbildung 1: Die Zusammensetzung des Krankenhausbudgets ab 2020



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.



* Akzeptiertes Testat des KH-Betriebsprüfers zum Pflegebudget wird am Ende des KH-Geschäftsjahres mit Jahreserlössumme abgeglichen. Danach Ausgleich Pflegebudget zu 100% gemäß Selbstkostendeckungsprinzip.

Abbildung 2: Vergleich Katalogeffekt

Die Finanzierung der Pflege wird von der Zahl der Fälle und deren Erlösen abgekoppelt und als Jahresbudget ausgezahlt. Abgerechnet werden die Pflegekostenanteile nicht separat, sondern mit einem DRG-Bezug. Ein hoher Pflegeaufwand in einer Leistung wird höher vergütet (Pflegebewertungsrelation). Formal bleibt der DRG-Katalog erhalten, bekommt aber neben dem bekannten Relativgewicht je Fall nun auch ein Relativgewicht für den Pfl egetagessatz („Spaltenlösung“).

DRG-Katalog 2019

DRG	Partition	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungsfallpauschale	Ausnahme von Wiederaufnahme
					Erster Tag mit Abschlag	Bewertungsrelation/Tag	Erster Tag zus. Entgelt	Bewertungsrelation/Tag			
1	2	3	4	6	7	8	9	10	11	12	13

aG-DRG-Katalog ab 2020

„Spaltenlösung“



DRG	Partition	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungsfallpauschale	Ausnahme von Wiederaufnahme	Pflegerlös Bewertungsrelation/Tag
					Erster Tag mit Abschlag	Bewertungsrelation/Tag	Erster Tag zus. Entgelt	Bewertungsrelation/Tag				
1	2	3	4	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Abbildung 3: DRG-Kataloge aus 2019 und 2020 waren nicht vergleichbar. Notwendige Umbauten in 2021 erschweren weiterhin die Vergleichbarkeit mit dem Vorjahreskatalog.

Die Verhandlung des neuen ausgegliederten Pflegebudgets erfolgt auf der Ortsebene zwischen Krankenhaus und Kostenträger im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlung. Das Krankenhaus erstellt hierzu eine Darstellung der in der neuen Pflegevergütung umfassten Pflegekräfte und deren Kosten. Die Abgrenzung dieser Kosten entspricht hierbei der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene.

Auf Basis der Ist-Situation, wird dann ein prospektives Pflegekostenbudget verhandelt. Aus dem verhandelten Pflegekostenbudget wird ein Zahlbetrag/Tag für die Abrechnung der Pflegeerlöse gebildet. Diese werden im Laufe des Jahres mit jeder einzelnen abgerechneten DRG als vorläufiges Pflegeentgelt tagesbezogen ausgezahlt. Erst zum Jahresabschluss testiert dann ein Wirtschaftsprüfer die tatsächlich angefallenen Pflegepersonalkosten (nach Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung) und danach werden diese dann mit der unterjährig ausgezahlten Summe der Pflegeentgelte verglichen. Die beiden Beträge werden dann unter der Vorgabe des Selbstkostendeckungsprinzips in beide Richtungen zu 100 % ausgeglichen.



Die Pflegeerlösabrechnung über tagesbezogene vorläufige Pflegeentgelte stellt somit nur eine Abschlagszahlung auf das Pflegebudget dar. Der bisher im G-DRG-System verankerte Anreiz Kosten und Verweildauern medizinisch vertretbar zu senken, bleibt auch im neuen aG-DRG-System bestehen.

Erlösbetrachtung im aG-DRG-System 2021

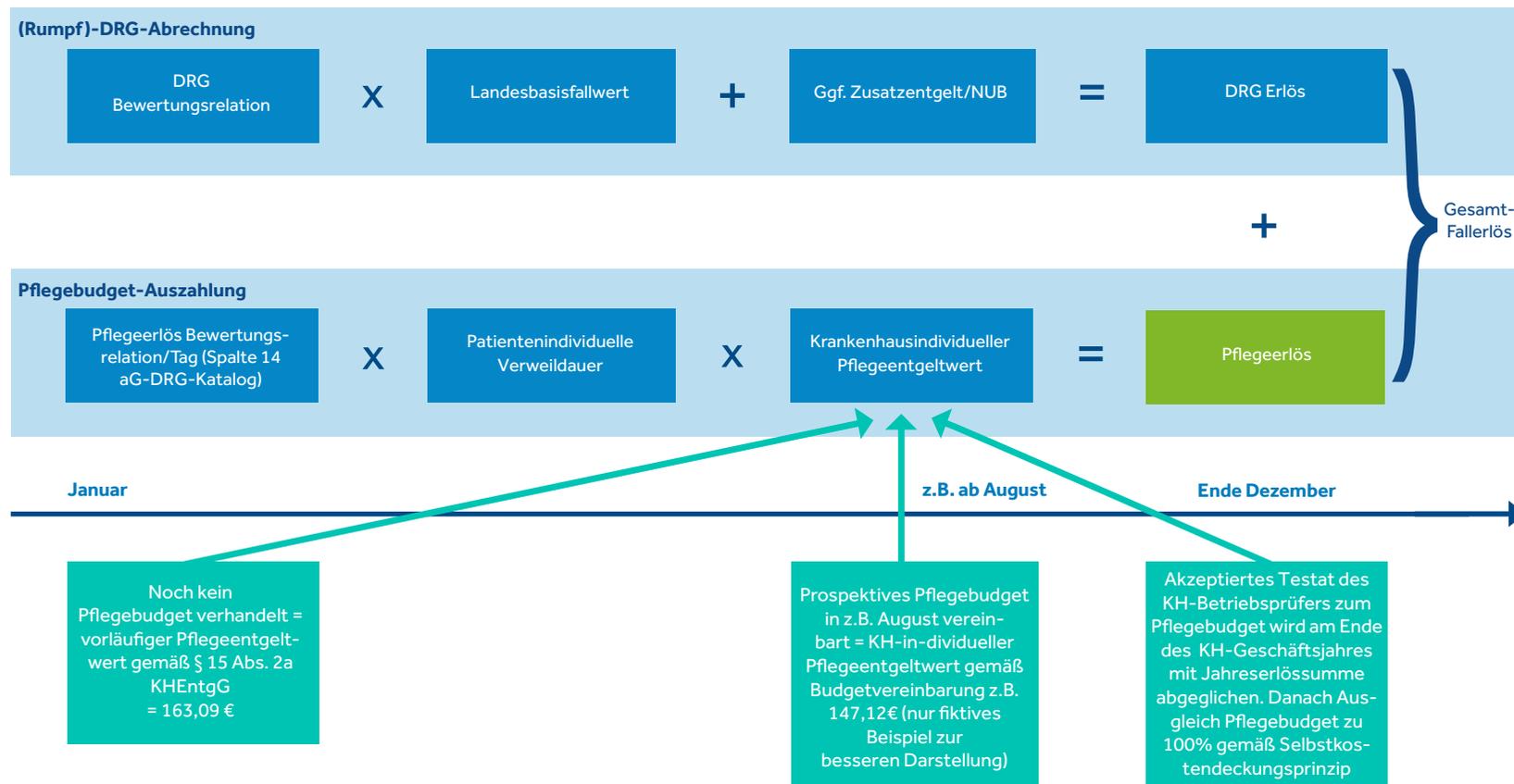


Abbildung 4: Erlösbetrachtung im aG-DRG System 2021



In der Praxis kann es zur Berücksichtigung unterschiedlicher Verweildauern kommen. Zur Abrechnung einer DRG wird die ggf. durch eine Einzelfallprüfung des MD gekürzte Verweildauer berücksichtigt und kann zu einer Erlöskürzung führen. Die Berechnung des Pflegeerlöses erfolgt hiervon unabhängig mit der ungekürzten Verweildauer (Ausnahme primäre Fehlbelegung § 275c Absatz 6 Nummer 1 SGB V). Die tagesbezogenen Pflegeentgelte sollen nach dem Willen des Gesetzgebers nicht zu vermehrten Fehlbelegungsprüfungen der Kassen führen. Aufgrund der Kürze der für den Systemumbau zur Verfügung stehenden Zeit, ist anzunehmen, dass die systematischen Auswirkungen des Umbaus vom InEK umfangreich, aber teilweise nur unvollständig untersucht und berücksichtigt werden konnten. Mitunter beinhalten DRGs im Vergleich zum Vorjahr ganz andere Fälle und es bedurfte daher einer umfangreichen Neusortierung der DRGs. Ob die Herausnahme der Pflegeentgelte sachgerecht (je DRG zu viel oder zu wenig) erfolgte, lässt sich heute nicht klar beantworten.

- Die Weiterentwicklung und Beseitigung dieser Unsicherheiten im neuen aG-DRG-System wird erneut einige Jahre in Anspruch nehmen.
- Die DRG oder z.B. DRG + Zusatzentgelt beschreiben nach wie vor nur einen Durchschnittspreis innerhalb kalkulatorischer Grenzen und stellen keine Kostenrechnung für einzelne Behandlungsleistungen oder Medizinprodukte dar. Sie beschreiben nach wie vor primär das Verhältnis der Leistungen untereinander und dienen der Abrechnung des Krankenhausbudgets.
- Insbesondere bei Misch-DRGs besteht daher die Gefahr der Fehlinterpretation, wenn die dargestellten durchschnittlichen Kosten einer DRG oder z. B. DRG + Zusatzentgelt, die nicht die reale einzelne Behandlung widerspiegeln, eine ggf. überhaupt nicht existierende Unterdeckung vermuten lassen. Dies hätte zur Folge, dass eine Versorgung, statt bedarfsgerecht mit qualitativ hochwertigen Medizinprodukten, in ggf. verminderter Qualität oder im schlimmsten Fall überhaupt nicht mehr angeboten wird. Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten ist nur ein Element der DRG-Kalkulation des InEKs. Nach wie vor wirken sich primär Kostenveränderungen auf Basis von Ist-Kosten der Kalkulationshäuser auf die jeweiligen Personal- oder Sachkostenbestandteile einer DRG oder ggf. eines Zusatzentgeltes aus und sind immer im direkten Zusammenhang zu betrachten.
- Die bisherigen G-DRG-Report-Browser und auch die neuen aG-DRG-Report-Browser weisen weiterhin keinen sachgerechten Wert für das einzelne Medizinprodukt aus. Dies ist insbesondere bei Misch-DRGs zu berücksichtigen. Erlösvergleiche mit dem Vorjahr sind nur anhand krankenhausesindividueller Kostenträgerrechnungen oder Prozesskostenanalysen unter gleichen Voraussetzungen realistisch. Die fallbezogene Erfassung und Aufschlüsselung der Kostendaten wird in den Krankenhäusern immer wichtiger.



Wesentliche Änderungen in Kurzform:

- Ausgliederung der Pflegepersonalkosten (Pflege am Bett) aus den DRGs und ZEs.
- Es 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.
- Das Krankenhausbudget wird seit 2020 differenziert in ein „Rumpf“-aG-DRG-Budget und dem Pflegekostenbudget (Ist-Pflegepersonalkosten).
- Unterschied DRG-Fallkollektive
- Für die Pflegepersonalkosten gilt das Selbstkostendeckungsprinzip (Die Ist-Kosten werden in der nachgewiesenen Höhe bezahlt).
- Das Pflegekostenbudget wird über Pflegeentgelte ausgezahlt; Produkt aus „Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag“ (neue Spalte 14 im aG-DRG-Fallpauschalen-Katalog), patientenindividueller tatsächlicher Verweildauer und krankenhausindividuellem Pflegeentgeltwert.
- Bis zur Einigung auf einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert in den jeweiligen Budgetverhandlungen, erfolgt die Vergütung über einen, auf Bundesebene vereinbarten, pauschalen Pflegeentgeltwert in Höhe von 163,09 €.
- Am Ende des Kalenderjahres werden die tatsächlich nachgewiesenen Pflegepersonalkosten durch einen Betriebsprüfer testiert, mit den abgerechneten vorläufigen Pflegeerlösen des gleichen Zeitraums verglichen und angefallene Mehr- oder Mindererlöse dann zu 100 % ausgeglichen.
- DRG und Pflegebudget sind eine Pauschalvergütung. Sie sind nicht geeignet, einzelne Behandlungen oder Medizinprodukte sachgerecht abzubilden.
- Der bisherige G-DRG-Report-Browser und auch der neue aG-DRG-Browser weisen weiterhin keinen sachgerechten Wert für das einzelne Medizinprodukt aus.

Weitere Informationen finden Sie unter:

<https://www.bvmed.de/de/bvmed/publikationen/broschueren-gesundheitsversorgung/sachkostenfinanzierung-ag-drg-system-2020>



3. ERLÄUTERUNGEN ZUM LIGASURE™-SYSTEM

Erfolgreiche Kooperation bedarf kompetenter Partner

Der Geschäftsbereich Viszeral- und Thoraxchirurgie (Elektrochirurgie) des Unternehmens Medtronic plc. hat sich entschieden, das deutsche Fallpauschalensystem in der stationären Krankenversorgung aktiv weiterzuentwickeln und dieses System mitzugestalten. In partnerschaftlicher Kooperation mit den Leistungserbringern, medizinischen Fachgesellschaften und dem Bundesverband Medizintechnologie e.V. versucht unser Unternehmen als Pionier und Vorreiter eine vollumfängliche und sachgerechte Abbildung der Behandlungsverfahren von Lungentumoren transparent und kompetent darzustellen.

Erläuterungen zum LigaSure™-System

LigaSure™ ist ein elektrochirurgisches Gefäßversiegelungssystem, um arterielle und venöse Blutgefäße, Lymphgefäße, Gewebebündel und Strukturen im menschlichen Körper mit dem zelleigenen Protein und Kollagen so durch Hitze- und Druckeinwirkung zu fusionieren, dass eine permanente, lumenfreie Versiegelung und somit Blutstillung ohne im Patienten verbleibenden Fremdkörper entsteht. Gefäßgrößen bis einschließlich 7 mm widerstehen nach der Fusion einem Berstdruck von mindestens dem 3-fachen systolischen Blutdruck. Ebenfalls zugelassen ist LigaSure™ für Lymph- und Lungengefäße. Je nach Indikation und Zugangsform werden unterschiedliche Instrumente verwendet. Im Folgenden finden Sie die Indikationsgebiete und Beispielkalkulationen, für die diese Instrumente zugelassen sind.



4. HAUPTDIAGNOSEN -AUSZUG-

Kopf

- J35.-** Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel
- J35.0** Chronische Tonsillitis
- C09.-** Bösartige Neubildung der Tonsille
- C09.8** Bösartige Neubildung der Tonsille, Tonsille mehrere Teilbereiche überlappend
- E03.-** Sonstige Hypothyreose
- E03.4** Atrophie der Schilddrüse (erworben)

Lunge

- C34.-** Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
- C34.3** Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge, Unterlappen (-Bronchus)

Verdauungsorgane

- E66.-** Adipositas
- E66.01** Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad II (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter
- D37.-** Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane
- D37.4** Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens - Kolon
- K31.-** Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums
- K31.7** Polyp des Magens und des Duodenums
- K64.-** Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose
- K64.1** Hämorrhoiden 2. Grades
- C78.-** Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
- C78.7** Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
- S36.14** Mittelschwere Rissverletzung der Leber

Geschlechtsorgane

- C61** Bösartige Neubildung der Prostata
- N71.-** Entzündliche Krankheit des Uterus, ausgenommen der Zervix
- N71.1** Chronische entzündliche Krankheit des Uterus, ausgenommen der Zervix
- C53.-** Bösartige Neubildung der Cervix uteri
- C53.0** Bösartige Neubildung der Cervix uteri - Endozervix



5. PROZEDUREN -AUSZUG-

Kopf

- 5-984 Mikrochirurgische Technik
- 5-281.0 Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik
- 5-194.0 Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]: Endaural
- 5-403.01 Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]: Selektiv (funktionell): 2 Regionen
- 5-063.2 Thyreoidektomie mit Parathyreoidektomie
- 5-064.0 Operationen an der Schilddrüse durch Sternotomie: Exzision von erkranktem Gewebe
- 5-069.40 Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]

Lunge

- 5-325.14 Erweiterte Lobektomie und Bilobektomie der Lunge: Lobektomie mit bronchoplastischer Erweiterung (Bronchusmanschette): Mit Brustwandresektion
- 5-984 Mikrochirurgische Technik
- 5-324.71 Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge: Lobektomie, einseitig mit radikaler Lymphadenektomie, thorakoskopisch: Ohne bronchoplastische oder angioplastische Erweiterung

Verdauungsorgane

- 5-434.51 Atypische partielle Magenresektion: Herstellung eines Schlauchmagens [Sleeve Resektion]: Laparoskopisch
- 5-984 Mikrochirurgische Technik
- 5-98c.1 Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intra-abdominale Anwendung
- 5-98c.2 Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und/oder am Respirationstrakt
- 5-455.95 Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]: Laparoskopisch mit Anastomose
- 5-454.01 Resektion des Dünndarmes: Segmentresektion des Duodenums: Laparoskopisch
- 5-482.10 Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Submukosale Exzision: Peranal
- 5-501.21 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Keilexzision: Laparoskopisch

Geschlechtsorgane

- 5-612.1 Partielle Resektion des Skrotums
- 5-683.02 Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert



6. VERGÜTUNG IM aG-DRG-SYSTEM 2021

DRG-Übersicht										
DRG	Partition	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		DRG-Erlös	Pflegerlös-Bewertungsrelation / Tag
					1. Tag mit Abschlag	Cost-Weight/Tag	1. Tag zus. Entgelt	Cost-Weight/Tag		
D30B	O	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 12 Jahre oder Alter > 11 Jahre bei bösartiger Neubildung	0,608	4,0	1	0,224	8	0,057	2.280,00 €	0,8801
D30A	O	Tonsillektomie außer bei BNB oder verschiedene Eingr. an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne auß. schw. CC, mit aufw. Eingr. oder Eingr. an Mundhöhle und Mund auß. bei BNB, Alter < 3 J. oder mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 J. mit auß. schw. od. schw. CC	0,791	3,4	1	0,176	7	0,064	2.966,25 €	0,8347
D25B	O	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei BNB oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen, mit Laryngektomie ohne äußerst schwere CC oder außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC	3,850	17,8	5	0,292	31	0,069	14.437,50€	1,0418
K06B	O	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, bei BNB oder mit auß. schw. oder schw. CC oder Eingr. an der Schilddrüse außer kl. Eingr., mit Thyreoidektomie durch Sternotomie oder Alter < 16 Jahre	1,207	3,3	1	0,184	8	0,077	4.526,25 €	0,8832
K06C	O	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse u. Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, außer bei BNB, oh. auß. schw. oder schw. CC, mit Eingr. an der Schilddrüse außer kl. Eingriffe, ohne Thyreoidektomie durch Sternotomie, Alter > 15 Jahre	1,029	2,9	1	0,075	6	0,073	3.858,75 €	0,8353



DRG-Übersicht

DRG	Partition	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		DRG-Erlös	Pflegerlös-Bewertungsrelation / Tag
					1. Tag mit Abschlag	Cost-Weight/Tag	1. Tag zus. Entgelt	Cost-Weight/Tag		
E01B	O	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungensektionen und andere komplexe Eingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose	3,559	13,6	4	0,342	25	0,088	13.346,25 €	1,0856
E05B	O	Andere große Eingriffe am Thorax ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre oder bestimmter Eingriff an der Pulmonalarterie	2,834	10,0	2	0,411	19	0,086	10.627,50 €	1,0143
K04Z	O	Große Eingriffe bei Adipositas	1,668	4,3	1	0,227	8	0,074	6.255,00 €	0,9128
G02B	O	Bestimmte komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder andere Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeb. Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose, ohne bestimmte komplizierende Faktoren	2,804	14,2	4	0,289	27	0,071	10.515,00 €	0,9702
G26B	O	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 15 Jahre, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff am Rektum	0,510	2,8	1	0,151	6	0,063	1.912,50 €	0,8510
H08A	O	Laparoskopische Cholezystektomie mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation	1,627	9,1	2	0,266	19	0,061	6.101,25 €	0,7883
H08C	O	Laparoskopische Cholezystektomie ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 11 Jahre, ohne laparoskopische Steinentfernung	0,843	3,6	1	0,189	8	0,062	3.161,25 €	0,7536



DRG-Übersicht										
DRG	Partition	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		DRG-Erlös	Pflegerlös-Bewertungsrelation / Tag
					1. Tag mit Abschlag	Cost-Weight/Tag	1. Tag zus. Entgelt	Cost-Weight/Tag2		
M05A	O	Zirkumzision oder bestimmte andere Eingriffe am Penis oder bestimmte großflächige Ablationen der Haut	0,572	2,9	1	0,152	7	0,064	2.145,00 €	0,9369
N21A	O	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äuß. schw. oder schw. CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder subtotale und andere Hysterektomie bei bösartiger Neubildung oder komplexe Myomenukleation, mit aufwendigem Eingriff	1,189	4,3	1	0,197	9	0,064	4.458,75 €	0,8098

*Berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2021 von 3.750,00 €.

Formel zur Berechnung der Pflegeerlöse in 2021



WICHTIG!

FORMEL:

Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag x patientenindividueller Verweildauer x Pflegeentgeltwert (hier Beispielhaft 163,09 €).

Da vor der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 KHEntgG 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 Jahrespflegeerlössumme abgeglichen. Danach Ausgleich des Pflegebudget zu 100% gemäß Selbstkostendeckungsprinzip. Nähere Informationen siehe:

<https://www.bvmed.de/de/bvmed/publikationen/broschueren-gesundheitsversorgung/sachkostenfinanzierung-ag-drg-system-2020>



Weitere Infos siehe [Seite 5 ff.](#)



Beispiel Erlösberechnung nach Verweildauer

DRG	Verbleibender Erlös bei:				
	1 Belegungstag (BT)* in €	2 BT €	3 BT €	4 BT €	5 BT €
D30B	1.440,00 €	2.280,00 €	2.280,00 €	2.280,00 €	2.280,00 €
D30A	2.306,25 €	2.966,25 €	2.966,25 €	2.966,25 €	2.966,25 €
D25B	5.077,50 €	6.108,75 €	7.140,00 €	7.140,00 €	7.140,00 €
K06B	3.836,25 €	4.526,25 €	4.526,25 €	4.526,25 €	4.526,25 €
K06C	3.577,50 €	3.858,75 €	3.858,75 €	3.858,75 €	3.858,75 €
E01B	8.216,25 €	9.498,75 €	10.781,25 €	12.063,75 €	13.346,25 €
E05B	7.545,00 €	9.086,25 €	10.627,50 €	10.627,50 €	10.627,50 €
K04Z	5.403,75 €	6.255,00 €	6.255,00 €	6.255,00 €	6.255,00 €
G02B	6.180,00 €	7.263,75 €	8.347,50 €	9.431,25 €	10.515,00 €
G18B	5.812,50 €	6.843,75 €	7.875,00 €	8.906,25 €	8.906,25 €
G26B	1.346,25 €	1.912,50 €	1.912,50 €	1.912,50 €	1.912,50 €
H08A	4.106,25 €	5.103,75 €	6.101,25 €	6.101,25 €	6.101,25 €
H08C	2.452,50 €	3.161,25 €	3.161,25 €	3.161,25 €	3.161,25 €
M05A	1.575,00 €	2.145,00 €	2.145,00 €	2.145,00 €	2.145,00 €
N21A	3.720,00 €	4.458,75 €	4.458,75 €	4.458,75 €	4.458,75 €

*Aufnahme- und Entlassungstag = 1 Belegungstag



7. KODIER BEISPIELE

OHREN, NASE, MUND UND HALS	ATMUNGSORGANE	VERDAUUNGSORGANE
HEPATOBILIÄRES SYSTEM UND PANKREAS	MÄNNLICHE GESCHLECHTSORGANE	WEIBLICHE GESCHLECHTSORGANE



7.1 KRANKHEITEN UND STÖRUNGEN DES OHRES, DER NASE, DES MUNDES UND DES HALSES

Tonsillitis: Tonsillektomie

Code	Text
Diagnose	
J35.0	Chronische Tonsillitis Exkl.: Tonsillitis: akut (J03.-) Tonsillitis: o.n.A. (J03.9)
Prozeduren	
5-984 5-281.0	Mikrochirurgische Technik Tonsillektomie (ohne Adenotomie): mit Dissektionstechnik
DRG	
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 12 Jahre od. Alter > 11 J. bei BNB
Erlös*	2.280,00 €
 Pflege-Relativgewicht: 0,8801	

Tonsillitis: Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I.]

Code	Text
Diagnose	
J35.0	Chronische Tonsillitis Exkl.: Tonsillitis: akut (J03.-) Tonsillitis: o.n.A. (J03.9)
Prozeduren	
5-984 5-194.0	Mikrochirurgische Technik Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I], Endaural
DRG	
D30A	Tonsillektomie außer bei BNB oder verschiedene Ingr. an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne auß. schw. CC, mit aufw. Ingr. oder Ingr. an Mundhöhle und Mund auß. bei BNB, Alter < 3 J. oder mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 J. mit auß. schw. od. schw. CC
Erlös*	2.966,25 €
 Pflege-Relativgewicht: 0,8347	

*berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2021 in Höhe von 3.750,00 €



Weitere Infos siehe [Seite 5 ff.](#)



Bösartige Neubildung Tonsille: Neck Dissection

Code	Text
Diagnose	
C09.8	Bösartige Neubildung: Tonsille, mehrere Teilbereiche überlappend
Prozeduren	
5-403.01 B (B) beidseitig	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]: Selektiv (funktionell): 2 Regionen
DRG	
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen, ohne Laryngektomie, ohne äußerst schw. CC, ohne Bestrahlungssim., Konstr. und Anpas. von Fix.-/Behandlungshilf. bei Strahlenth. mit op. Eingr.
Erlös*	7.140,00€
 Pflege-Relativgewicht: 0,892	

Struma

Code	Text
Diagnose	
E03.4	Atrophie der Schilddrüse (erworben)
Prozeduren	
5-063.2	Thyreoidektomie: mit Parathyreoidektomie
DRG	
K06B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, bei BNB oder mit auß. schw. oder schw. CC oder Eingr. an der Schilddrüse außer kl. Eingr., mit Thyreoidektomie durch Sternotomie oder Alter < 16 Jahre
Erlös*	4.526,25 €
 Pflege-Relativgewicht: 0,8832	

*berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2021 in Höhe von 3.750,00 €



Weitere Infos siehe [Seite 5 ff.](#)



Struma & Monitoring

Code	Text
Diagnose	
E03.4	Atrophie der Schilddrüse (erworben)
Prozeduren	
5-064.0 B	Operationen an der Schilddrüse durch Sternotomie: Exzision von erkranktem Gewebe
5-069.40	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]
DRG	
K06C	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse u. Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, außer bei BNB, oh. äuß. schw. oder schw. CC, mit Eingr. an der Schilddrüse außer kl. Eingriffe, ohne Thyreoidektomie durch Sternotomie, Alter > 15 Jahre
Erlös*	3.858,75 €
 Pflege-Relativgewicht: 0.8353	

*berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2021 in Höhe von 3.750,00 €



Weitere Infos siehe [Seite 5 ff.](#)



7.2 KRANKHEITEN UND STÖRUNGEN DER ATMUNGSORGANE

Neubildung: VATS Lobektomie

Code	Text
Diagnose	
C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)
Prozeduren	
5-325.14	Erweiterte Lobektomie und Bilobektomie der Lunge: Lobektomie mit bronchoplastischer Erweiterung (Bronchusmanschette): Mit Brustwandresektion Mikrochirurgische Technik**
5-984	
DRG	
E01B	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose
Erlös*	13.346,25 €
 Pflege-Relativgewicht: 1,0856	

Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)

Code	Text
Diagnose	
C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)
Prozeduren	
5-324.71	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge: Lobektomie, einseitig mit radikaler Lymphadenektomie, thorakoskopisch: Ohne bronchoplastische oder angioplastische Erweiterung Mikrochirurgische Technik**
5-984	
DRG	
E05B	Andere große Eingriffe am Thorax ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre oder bestimmter Eingriff an der Pulmonalarterie
Erlös*	10.627,50 €
 Pflege-Relativgewicht: 1,0143	

*berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2021 in Höhe von 3.750,00€

**Kodierungen sind noch nicht erlösrelevant



Weitere Infos siehe [Seite 5 ff.](#)



7.3 KRANKHEITEN UND STÖRUNGEN DER VERDAUUNGSORGANE

Adipositas: Schlauchmagen [Maryland oder Sonicion]

Code	Text
Diagnose	
E66.01	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad II (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter
Prozeduren	
5-434.51	Atypische partielle Magenresektion: Herstellung eines Schlauchmagens [Sleeve Resection]: Laparoskopisch Mikrochirurgische Technik Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung
5-984 5-98c.1	
5-98c.2	
DRG	
K04Z	Große Eingriffe bei Adipositas
Erlös*	6.255,00 €
 Pflege-Relativgewicht: 0,9128	

*berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2021 in Höhe von 3.750,00

**Kodierungen sind noch nicht lösrelevant



Neubildung: Kolektomien/Sigmaresektionen

Code	Text
Diagnose	
D37.4	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Kolon
Prozeduren	
5-455.95	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]: Laparoskopisch mit Anastomose Mikrochirurgische Technik Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung
5-984 5-98c.1	
5-98c.2	
DRG	
G02B	Bestimmte komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder andere Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeb. Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose, ohne bestimmte komplizierende Faktoren
Erlös*	10.515,00 €
 Pflege-Relativgewicht: 0,9702	

 Weitere Infos siehe [Seite 5 ff.](#)



Polyp: Segmentresektion Duodenum

Code	Text
Diagnose	
K31.7	Polyp des Magens und des Duodenums
Prozeduren	
5-454.01 5-984 5-98c.1 5-98c.2	Resektion des Dünndarmes: Segmentresektion des Duodenums: Laparoskopisch Mikrochirurgische Technik Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und/oder am Respirationstrakt
DRG	
G18B	Bestimmte Eingriffe an Dünn-/ Dickdarm od. Anlegen Enterostoma od. andere Eingr. am Darm m. äußerst schweren CC od. Leberkeilexzision m. sehr komplexem Eingr. od. aufwendigem Eingr. m. äußerst schweren CC, oh. Komplexbeh. MRE, oh. endorektale Vakuümth.
Erlös*	8.906,25 €
 Pflege-Relativgewicht: 0,8940	

Hämorrhoiden

Code	Text
Diagnose	
K64.1	Hämorrhoiden 2. Grades Inkl.: Hämorrhoiden (blutend) mit Prolaps beim Pressen, ziehen sich spontan zurück Hämorrhoiden Stadium 2
Prozeduren	
5-482.10	Peranale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Submukosale Exzision: Peranal
DRG	
G26B	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 15 Jahre, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff am Rektum
Erlös*	1.912,50 €
 Pflege-Relativgewicht: 0,8510	

*berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2021 in Höhe von 3.750,00€

**Kodierungen sind noch nicht erlösrelevant



Weitere Infos siehe [Seite 5 ff.](#)



7.4 KRANKHEITEN UND STÖRUNGEN AN HEPATOBILIÄREM SYSTEM UND PANKREAS

Neubildung: Leber und der intrahepatischen Gallengänge [Blunt oder Atlas]

Code	Text
Diagnose	
C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge Typ= KHD; FHD
Prozeduren	
5-501.21	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Keilexzision: Laparoskopisch Mikrochirurgische Technik Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung
5-984	
5-98c.1	
DRG	
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation
Erlös*	6.101,25 €
 Pflege-Relativgewicht: 0,7883	

Neubildung: Rissverletzung: Leber [Blunt oder Atlas]

Code	Text
Diagnose	
S36.14	Mittelschwere Riss-Verletzung der Leber
Prozeduren	
5-501.21	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Keilexzision: Laparoskopisch Mikrochirurgische Technik Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung
5-984	
5-98c.1	
DRG	
H08C	Laparoskopische Cholezystektomie ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 11 Jahre, ohne laparoskopische Steinentfernung
Erlös*	3.161,25 €
 Pflege-Relativgewicht: 0,7536	

*berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2021 in Höhe von 3.750,00€

**Kodierungen sind noch nicht erlösrelevant



Weitere Infos siehe [Seite 5 ff.](#)



7.5 KRANKHEITEN UND STÖRUNGEN DER MÄNNLICHEN GESCHLECHTSORGANE

Neubildung: Prostata

Code	Text
Diagnose	
C61	Bösartige Neubildung der Prostata
Prozeduren	
5-612.1 5-984	Exzision und Destruktion von erkranktem Skrotumgewebe: Partielle Resektion Mikrochirurgische Technik
DRG	
M05A	Zirkumzision oder bestimmte andere Eingriffe am Penis oder bestimmte großflächige Ablationen der Haut
Erlös*	2.145,00 €
 Pflege-Relativgewicht: 0,9369	

*berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2021 in Höhe von 3.750,00€

[*]Amb= § 115b Kategorie 2

(Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können, sind mit der Ziffer „1“ gekennzeichnet. Leistungen, bei denen sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Durchführung möglich ist, sind mit der Ziffer „2“ gekennzeichnet.

Bei Vorliegen bzw. Erfüllung der Kriterien der allgemeinen Tätbestände gem. § 3 Abs. 3 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V kann bei Leistungen mit der Ziffer „1“ jedoch eine stationäre Durchführung dieser Eingriffe erforderlich sein. Zu einigen OPS-Kodes existiert eine z.B. nach Alter oder Diagnose differenzierte Zuordnung der Kategorie, die den entsprechenden Kategoriefeldern im Einzelnen zu entnehmen ist.)



Weitere Infos siehe [Seite 5 ff.](#)



7.6 KRANKHEITEN UND STÖRUNGEN DER WEIBLICHEN GESCHLECHTSORGANE

Entzündung: Uterus

Code	Text
Diagnose	
N71.1	Chronische entzündliche Krankheit des Uterus, ausgenommen der Zervix
Prozeduren	
5-683.02	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert Mikrochirurgische Technik
5-984	
DRG	
N21A	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne auß. schw. oder schw. CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder subtotale und andere Hysterektomie bei bösartiger Neubildung oder komplexe Myomenukleation, mit aufwendigem Eingriff
Erlös*	4.458,75 €
 Pflege-Relativgewicht: 0,8098	

Neubildung: Uterus

Code	Text
Diagnose	
C53.0	Bösartige Neubildung: Endozervix
Prozeduren	
5-683.02	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert Mikrochirurgische Technik
5-984	
DRG	
N21A	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne auß. schw. oder schw. CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder subtotale und andere Hysterektomie bei bösartiger Neubildung oder komplexe Myomenukleation, mit aufwendigem Eingriff
Erlös*	4.458,75 €
 Pflege-Relativgewicht: 0,8098	

*berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2021 in Höhe von 3.750,00€



Weitere Infos siehe [Seite 5 ff.](#)



8. LITERATUR & QUELLENVERZEICHNIS

1. Tonsillectomy using the BiZact: A pilot study in 186 children and adults, 1Dr. Giri Krishnan MBBS, MClinSc, et al. 2015.
2. Einführung der Gefäßversiegelung in einem Schilddrüsenzentrum, Risiken und wirtschaftlicher Nutzen, Stephan Coerper, Wolfgang Stengl, 2018.
3. Totale laparoskopische Hysterektomie vs. totale abdominale Hysterektomie bei Endometriumkarzinom im Frühstadium, Wang et al. 2013.
4. Laparoscopic hysterectomy with retroperitoneal uterine artery sealing using LigaSure: Gazi hospital experience, Gol M, et al. 2007.
5. Haemorrhoidectomy with LigaSure™ vs conventional excisional techniques; meta-analysis of randomized controlled trials, Milito G, et al. 2010.
6. InEK (2021): Fallpauschalenkatalog 2021. Online verfügbar unter: https://www.g-drg.de/aG-DRG-System_2021/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2021 [Stand: 21.01.2021].
7. InEK (2021): G-DRG-Report-Browser 2021. Online verfügbar unter: https://www.g-drg.de/Datenbrowser_und_Begleitforschung/G-DRG-Report-Browser/aG-DRG-Report-Browser_2021 [Stand: 21.01.2021].
8. GKV-Spitzenverband und DKG (2021): Vereinbarung gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG für den Vereinbarungszeitraum 2021 zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln, – gemeinsam – und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/landesbasisfallwerte/2021_01_11_Empfehlung_LBFW_2021.pdf



9. 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: Vierrthöchster 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-Codes

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 sehr schwere CC bewertet.



Cost-Weight	(CW) siehe Bewertungsrelation
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.
Fallpauschalenvereinbarung	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 aG-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. (DKR D002f)
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.
Landesbasisfallwert	Der Landesbasisfallwert (landesweit gültiger Basisfallwert) ist der bewertete durchschnittliche Fallerlös aller stationären Fälle in einem Bundesland. Der Gesetzgeber sieht vor, dass Landeskrankenhausgesellschaften und die Krankenkassen den Landesbasisfallwert vereinbaren.



MDC	Major Diagnostic Category. Organsystem bezogene Gliederung der DRGs zu sogenannten Hauptdiagnosegruppen. Es existieren 24 MDCs. Innerhalb der MDCs verteilen sich die DRGs auf max. drei Partitionen. Die Einteilung/Zuordnung zu den Partitionen erfolgt auf Basis der Prozeduren.
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. (DKR D003I)
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.
Pflegeentgelt	aDRG-fallbezogenes Entgelt als Abschlagszahlung auf das krankenhausindividuell vereinbarte, auf reale Pflegekosten bezogene Pflegebudget. Wird seit 2020 verweildauerabhängig als eigener Erlöstatbestand DRG-korreliert auf den Rechnungen stationärer Behandlungen ausgewiesen.
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, krankenhausindividuell zu verhandelnde ZE (§ 6 Abs. 1 KHEntgG) sind in den Anlagen 4 und 6 gelistet. (Quelle: www.mdk.de)



10. ABKÜRZUNGS VERZEICHNIS

aG-DRG	German Diagnosis Related Group (nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)
BBFW	Bundesbasisfallwert
BfArm	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BWR	Bewertungsrelation
CC	Komplikationen und/oder Komorbiditäten
DRG	Diagnosis Related Group
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
FPV	Fallpauschalenvereinbarung
G-DRG	German Diagnosis Related Group
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
HA	Hauptabteilung
HD	Hauptdiagnose
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
LBFW	Landesbasisfallwert
MD	Medizinischer Dienst
MVD	Mittlere Verweildauer
ND	Nebendiagnose
OGVD	obere Grenzverweildauer



OPS	Operationen- und Prozeduren Schlüssel
PCCL	Patient Clinical Complexity Level (Patientenbezogener klinischer Gesamtschweregrad)
UGVD	untere Grenzverweildauer
ZE	Zusatzentgelt

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.



WEITERE INFORMATIONSBROSCHÜREN



Illumisite™ Plattform
Elektromagnetische
Navigation
Bronchoskopie



TruClear™
Hysteroscopic &
Fluid Management



Synthetische und
biologische Netze
Hernienchirurgie



Signia™ Stapling System

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

Die OPS Guides können Sie direkt bei Medtronic bestellen. Senden Sie hierzu bitte einfach eine E-Mail an: rs.dusreimbursement@medtronic.com



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

Ihr Ansprechpartner

Jörg Hausburg
Reimbursement & Health Economics

© Medtronic GmbH
All Rights Reserved.
02/2021

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.