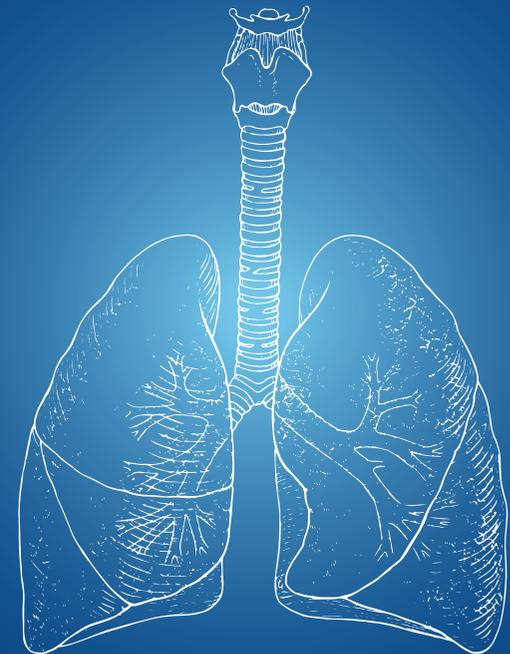


KODIERUNG UND VERGÜTUNG IN DER STATIONÄREN VERSORGUNG 2022

ILLUMISITE™ Plattform Elektromagnetische Navigation Bronchoskopie

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 elektromagnetischen Navigation in den Bronchien mit Hilfe des ILLUMISITE™ Plattform 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 multipliziert mit dem fiktiven* Bundesbasisfallwert aus 2022 in Höhe von 3.830,00 €.

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 & Healtheconomics

*Die Berechnung der Erlöse in dieser Unterlage erfolgt mittels fiktivem Bundesbasisfallwert in Höhe von 3.830,00 Euro. Gemäß der ab dem 1.1.2021 gelten 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.

INHALTS VERZEICHNIS

1. [Unser Reimbursement Leistungsangebot](#)
2. [Worauf es in diesem Jahr ankommt](#)
3. [ILLUMISITE™ Plattform](#)
4. [Kodierung im aG-DRG-System 2022](#)
 - 4.1 [Relevante DRG-Positionen](#)
 - 4.2 [Beispiel Erlösberechnung nach Verweildauer](#)
 - 4.3 [Kodierbeispiele](#)
5. [Literatur und Quellenverzeichnis](#)
6. [Glossar](#)
7. [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 IN DIESEM JAHR ANKOMMT

2.1 Umsetzung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)

Sachkostenfinanzierung im aG-DRG-System

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 2020“ 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. Dies wird nun ab 2022 tatsächlich klinikindividuell im Budget umgesetzt.

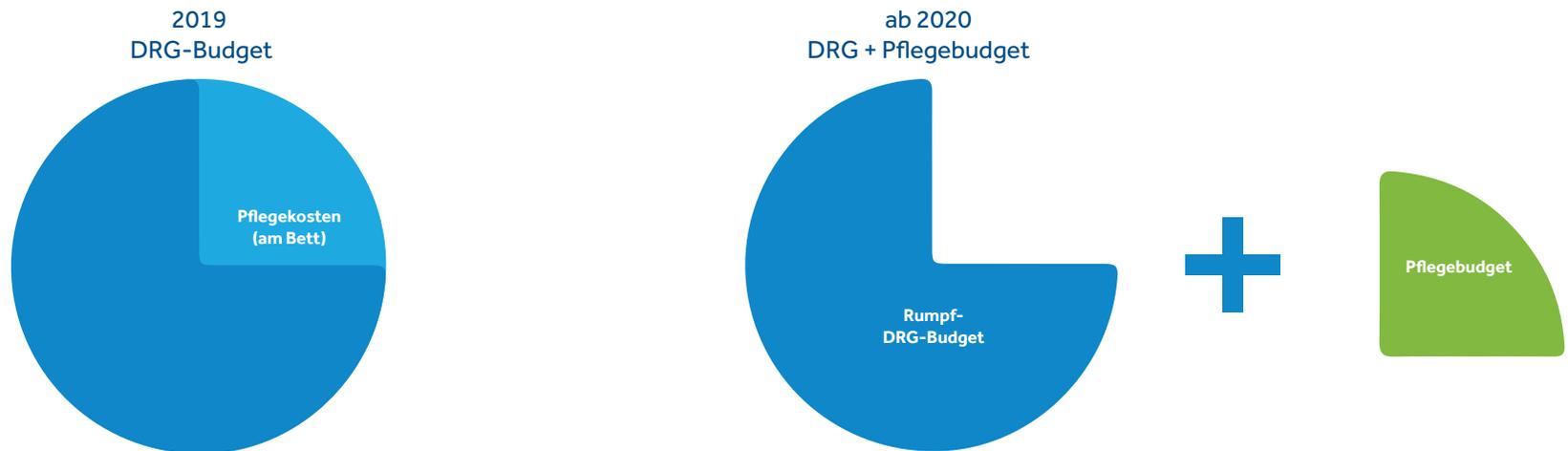
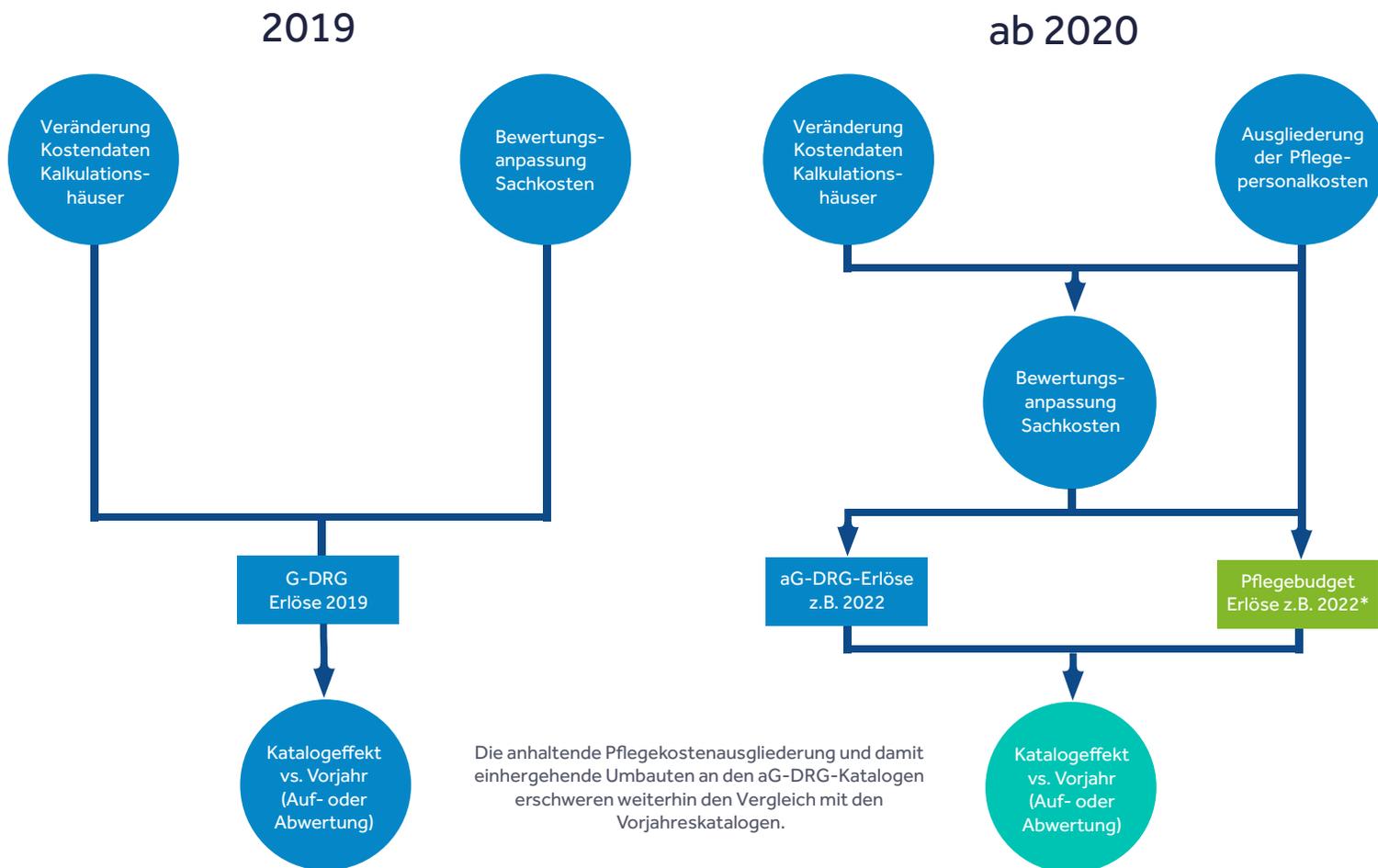


Abbildung 1: Die Zusammensetzung des Krankenhausbudgets ab 2020

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 und 2022 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 Pflegerlöse 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 2022

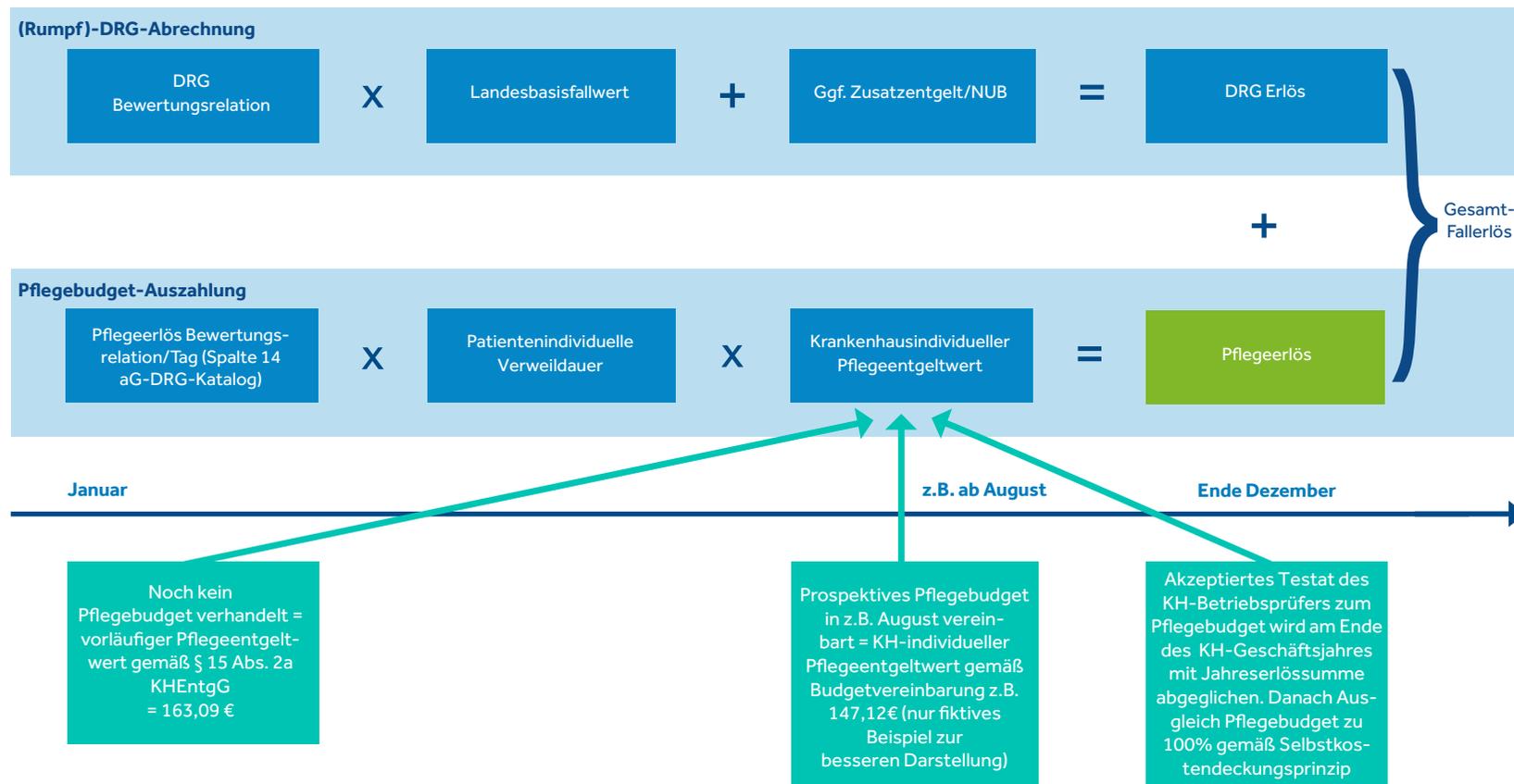


Abbildung 4: Erlösbetrachtung im aG-DRG System 2022

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.

2.2 Aktuelle Änderungen 2022 im COVID-19 Zusammenhang

Die erheblichen durch die COVID-19-Pandemie quer im System überall auftauchenden zusätzlichen Kosten konnten im aG-DRG-Katalog 2022 durch einen zweiten spezifischen Kalkulationschritt gut im System identifiziert und abgebildet werden. Maßgebliche Erlöstrigger im COVID-19-Zusammenhang sind dabei sowohl der ICD-Schlüssel U07.1 (COVID-19, Virus nachgewiesen) in Verbindung mit ICD-Schlüsseln aus dem Pneumonie-Zusammenhang als auch OPS-Schlüsseln aus den Bereichen Isolation (8-98g.-) und intensivmedizinische Komplexbehandlung (8-98f.-). Hier führt eine korrekte Verschlüsselung häufig zu einer Höherdotierung der COVID-19-Fälle.

Wesentliche Änderungen seit 2020 in Kurzform:

- Ausgliederung der Pflegepersonalkosten (Pflege am Bett) aus den DRGs und ZEs.
- Es wurde nicht einfach nur die Pflege am Bett herausgerechnet, sondern 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 „Pflegerlös 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 Pflegee Erlösen 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.
- Die Kodierung der COVID-19 relevanten Kodiertatbestände ist ab 2022 vollumfänglich essentiell, da die relevanten Codes nun erhebliche Erlösrelevanz entwickeln können.

Weitere Informationen finden Sie unter:

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

3. ILLUMISITE™ Plattform

Erfolgreiche Kooperation bedarf kompetenter Partner

Der Geschäftsbereich Early Technologies mit dem ILLUMISITE™ Plattform (Elektromagnetische Navigation Bronchoskopie) 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 ILLUMISITE™ Plattform -System

Das ILLUMISITE™ Plattform System zur elektromagnetischen Navigation in den Bronchien von Medtronic plc. ermöglicht den minimalinvasiven Zugang zu tiefen peripheren Lungenbereichen. Es ermöglicht eine genaue, minimalinvasive Navigation mit Hilfe einer dreidimensionalen Darstellung durch ein zuvor durchgeführtes CT, wodurch sowohl die Erfolgsrate und die Anwendbarkeit der diagnostischen Bronchoskopien verbessert werden. Biopsien können in tiefen Regionen exakt und schnell durchgeführt werden. Tumore können millimetergenau markiert und therapiert werden.

4. KODIERUNG IM aG-DRG-SYSTEM 2022

RELEVANTE
DRG-POSITIONEN

VERWEILDAUER

KODIER
BEISPIELE

4.1 Relevante DRG-Positionen

DRG	Partition	Bezeichnung	Bew. rel. Hauptabteilung	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		DRG-Erlös	Pflegerlös-Bewertungsrelation / Tag
					1. Tag mit Abschlag	Cost-Weight/Tag	1. Tag zus. Entgelt	Bew. rel. / Tag		
E02D	O	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 Jahre, mehr als 1 BT, ohne bestimmten Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwendigen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne endoskop. Lungenvolumenred., ohne anderen mäßig kompl. Eingriff	0,824	4,9			13	0,083	3.155,92 €	0,6620
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 oder Perikarddrainage mit auß. schw. CC	2,883	10,2	2	0,415	19	0,086	11.041,89 €	0,9897
E65C	M	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35% oder ein Belegungstag oder Alter > 1 Jahr, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung	0,545	6,3	1	0,340	13	0,058	2.087,35 €	0,7202
E71B	M	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, mit Ösophagusprothese oder endoskopischer Stufenbiopsie oder endoskopischer Biopsie am Respirationstrakt mit Chemotherapie	1,131	8,8	2	0,320	19	0,077	4.331,73 €	0,6296
E71C	M	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Ösophagusproth., ohne Stufenbiop., ohne Chemotherapie od. ohne endoskop. Biop. am Respir.-Trakt, mit Bronchoskop, mit starrem Instr. oder perkut. Biop. am Respir.-Trakt	0,687	4,9	1	0,312	13	0,082	2.631,21 €	0,6463
E02C	O	"Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 9 J., mehr als 1 BT, ohne best. Eingr. an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwend. Eingr., ohne auß. schw. CC, mit best. endoskop. Lungenvolumenred. oder anderem mäßig kompl. Eingr. oder Alter < 18 J."	0,984	5,8	1	0,289	14	0,070	3.768,72 €	0,7638
E08A	O	"Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden "	3,957	22,7	7	0,381	41	0,134	15.155,31 €	0,9793



Formel zur Berechnung der Pflegeerlöse in 2022



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 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 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>

Beispielhafte Erlösberechnung Biopsie Bronchien DRG E71C

Patientenindividuelle Verweildauer = 2¹

DRG-Erlös:	2.631,21 €	(Bew.Rel 0,687x3.830,00 €*)
+ Pflegeerlös:	210,82 €	(Bew.Rel Pflege 0,6463 x 163,09 ** x 2 Belegungstage/Verweildauer)
Gesamtfallerlös	2.842,03 €	

¹ Aufnahme- und Entlassungstag = Belegungstag.

* Bundesbasisfallwert 3.830,00. ** vorläufiger tagesbezogene Pflegeentgeltwert 163,09 €

4.2 Beispiel Erlösberechnung nach Verweildauer

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

Berechnungsweg:

Bewertungsrelation „OGVD“ (s. DRG Zuordnung Spalte 9) je Tag x Basisfallwert x OGVD-Belegungstage = Gesamtzuschlag

DRG	Verbleibender Erlös bei:				
	1 Belegung* in €	2 BT €	3 BT €	4 BT €	5 BT €
E71C	1.436,25 €	2.631,21 €	2.631,21 €	2.631,21 €	2.631,21 €
E02D	E02E: 2.017,80 €	3.155,92 €	3.155,92 €	3.155,92 €	3.155,92 €
E65C	785,15 €	2.087,35 €	2.087,35 €	2.087,35 €	2.087,35 €
E71B	1.880,53 €	3.106,13 €	4.331,73 €	4.331,73 €	4.331,73 €
E02C	E02E: 2.017,80 €	3.768,72 €	3.768,72 €	3.768,72 €	3.768,72 €

DRG	Verbleibender Erlös bei:								
	1 Belegung* in €	2 BT €	3 BT €	4 BT €	5 BT €	6 BT €	7 BT €	8 BT €	9 BT €
E08A		6.399,93 €	7.859,16 €	9.318,39 €	10.777,62 €	12.236,85 €	13.696,08 €	15.155,31 €	15.155,31 €

*Aufnahme- und Entlassungstag = 1 Belegungstag

4.3 Kodierbeispiele

Biopsie Bronchien

Code	Text	
Diagnose		
D38.1	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Trachea, Bronchus und Lunge	
Prozeduren		
3-202 1-430.10 1-999.01	Native Computertomographie des Thorax Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Bronchus: Zangenbiopsie Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Anwendung eines diagnostischen Navigationssystems: Elektromagnetisch	
DRG	Relativgewicht	
E71C	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Öso- phagusproth., ohne Stufenbiop., ohne Chemotherapie od. ohne endoskop. Biop. am Respir.-Trakt, mit Bronchoskop. mit starrem Instr. oder perkut. Biop. am Respir.-Trakt	0,687
Erlös*	2.631,21 €	
 Pflege-Relativgewicht: 0,6463		

Biopsie Lunge

Code	Text	
Diagnose		
D38.1	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Trachea, Bronchus und Lunge	
Prozeduren		
3-202 1-430.20 1-999.01	Native Computertomographie des Thorax Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Lunge: Zangenbiopsie Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Anwendung eines diagnostischen Navigationssystems: Elektromagnetisch	
DRG	Relativgewicht	
E71C	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Öso- phagusproth., ohne Stufenbiop., ohne Chemotherapie od. ohne endoskop. Biop. am Respir.-Trakt, mit Bronchoskop. mit starrem Instr. oder perkut. Biop. am Respir.-Trakt	0,687
Erlös*	2.631,21 €	
 Pflege-Relativgewicht: 0,6463		

*berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 in Höhe von 3.830,00 €.

Biopsie Bronchus und Lymphknoten

Code	Text	
Diagnose		
C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	
Prozeduren		
3-202 1-430.10 1-999.01 3-05f 1-426.3	Native Computertomographie des Thorax Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Bronchus: Zangenbiopsie Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Anwendung eines diagnostischen Navigationssystems: Elektromagnetisch Transbronchiale Endosonographie (Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Lymphknoten, mediastinal	
DRG	Text	Relativgewicht
E02D	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 Jahre, mehr als 1 BT, ohne bestimmten Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwend. Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne endoskop. Lungenvolumenred., ohne anderen mäßig kompl. Eingr.	0,824
Erlös*	3.155,92 €	
 Pflege-Relativgewicht: 0,6620		

Biopsie mit starrem Instrument bei COPD

Code	Text	
Diagnose		
J44.93	Chronische obstruktive Lungenerkrankung, nicht näher bezeichnet: FEV1 \geq 70 % des Sollwertes	
Prozeduren		
3-202 1-620.10 1-430.20 1-999.01	Native Computertomographie des Thorax Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit starrem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Lunge: Zangenbiopsie Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Anwendung eines diagnostischen Navigationssystems: Elektromagnetisch	
DRG	Text	Relativgewicht
E65C	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35% oder ein Belegungstag oder Alter > 1 Jahr, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung	0,545
Erlös*	2.087,35 €	
 Pflege-Relativgewicht: 0,7202		

*berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 in Höhe von 3.830,00 €.

Biopsie mit starrem Instrument bei Neubildung

Code	Text	
Diagnose		
D38.1	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Trachea, Bronchus und Lunge	
Prozeduren		
3-202 1-430.10 1-999.01 1-620.10	Native Computertomographie des Thorax Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Bronchus: Zungenbiopsie Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Anwendung eines diagnostischen Navigationssystems: Elektromagnetisch Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit starrem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	
DRG	Text	Relativgewicht
E71C	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Ösophagusproth., ohne Stufenbiop., ohne Chemotherapie od. ohne endoskop. Biop. am Respir.-Trakt, mit Bronchoskop. mit starrem Instr. oder perkut. Biop. am Respir.-Trakt	0,687
Erlös*	2.631,21 €	
 Pflege-Relativgewicht: 0,6463		

Stufenbiopsie respiratorische Organe

Code	Text	
Diagnose		
D38.1	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Trachea, Bronchus und Lunge	
Prozeduren		
3-202 1-430.10 1-999.01	Native Computertomographie des Thorax Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Bronchus: Zungenbiopsie Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Anwendung eines diagnostischen Navigationssystems: Elektromagnetisch	
DRG	Text	Relativgewicht
E71C	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Ösophagusproth., ohne Stufenbiop., ohne Chemotherapie od. ohne endoskop. Biop. am Respir.-Trakt, mit Bronchoskop. mit starrem Instr. oder perkut. Biop. am Respir.-Trakt	0,687
Erlös*	2.631,21 €	
 Pflege-Relativgewicht: 0,6463		

*berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 in Höhe von 3.830,00 €.

Biopsie und Ablation

Code	Text	
Diagnose		
C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	
Prozeduren		
3-202 1-430.10 1-999.01 5-339.2x	Native Computertomographie des Thorax Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Bronchus: Zangenbiopsie Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Anwendung eines diagnostischen Navigationssystems: Elektromagnetisch Andere OP an Lunge u. Bronchien: Destruktion v. erkranktem Lungengewebe: Sonstige	
DRG	Text	Relativgewicht
E02D	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 Jahre, mehr als 1 BT, ohne bestimmten Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwend. Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne best. endoskop. Lungenvolumenred., ohne anderen mäßig kompl. Eingr.	0,824
Erlös*	3.155,92 €	
 Pflege-Relativgewicht: 0,6620		

Biopsie und Bestrahlungsmarker

Code	Text	
Diagnose		
D38.1	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Trachea, Bronchus und Lunge	
Prozeduren		
3-202 1-430.10 1-999.01 5-339.91	Native Computertomographie des Thorax Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Bronchus: Zangenbiopsie Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Anwendung eines diagnostischen Navigationssystems: Elektromagnetisch Andere OP an Lunge u. Bronchien: Implantation von Bestrahlungsmarkern an der Lunge: Bronchoskopisch	
DRG	Text	Relativgewicht
E02C	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 9 J., mehr als 1 BT, ohne best. Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwend. Eingr., ohne äußerst schwere CC, mit endoskop. Lungenvolumenred. oder anderem mäßig kompl. Eingr. oder Alter < 18 J.	0,984
Erlös*	3.768,72 €	
 Pflege-Relativgewicht: 0,7638		

*berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 in Höhe von 3.830,00 €.

Biopsie und Bestrahlungsmarker, sowie Hochvoltbestrahlung

Code	Text	
Diagnose		
C34.3	C34.3 Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	
Prozeduren		
3-202 1-430.10 1-999.01 5-339.91 8-529.8 8-528.9 8-522.d0	Native Computertomographie des Thorax Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Bronchus: Zangenbiopsie Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Anwendung eines diagnostischen Navigationssystems: Elektromagnetisch Andere OP an Lunge u. Bronchien: Implantation von Bestrahlungsmarkern an der Lunge: Bronchoskopisch Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung, mit individueller Dosisplanung Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie, Feldfestlegung mit Simulator, mit 3D-Plan Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Ohne bildgestützte Einstellung	
DRG	Text	Relativgewicht
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden	3,957
Erlös*		15.155,31 €
 Pflege-Relativgewicht: 0,9793		

*berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 in Höhe von 3.830,00 €.

5. LITERATUR & QUELLENVERZEICHNIS

1. BfArM (2022): OPS Version 2022 - Systematisches Verzeichnis. Online verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2022/> [Stand: 20.01.2022].
2. BfArM (2022): ICD-10-GM Version 2022 - Systematisches Verzeichnis. Online verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2022/> [Stand: 20.01.2022].
3. InEK (2022): Fallpauschalenkatalog 2022. Online verfügbar unter: https://www.g-drg.de/aG-DRG-System_2022/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2022 [Stand: 20.01.2022].
4. InEK (2022): G-DRG-Report-Browser 2022. Online verfügbar unter: https://www.g-drg.de/Datenbrowser_und_Begleitforschung/G-DRG-Report-Browser/aG-DRG-Report-Browser_2022 [Stand: 20.01.2022].
5. BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e. V. (2020): Sachkostenfinanzierung im aG-DRG-System 2020 - Umsetzung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG). Online verfügbar unter: <https://www.bvmed.de/de/versorgung/krankenhaus/sachkostenfinanzierung> [Stand: 20.01.2022].

6. 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 Hauptdiagnose (HD) ist die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist. (DKR D002u)
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 Landeskrankenhausesellschaften und die Krankenkassen den Landesbasisfallwert vereinbaren.

MDC	Major Diagnostic Category. Auf das 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 D003u)
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 Aufnahme- 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.

7. ABKÜRZUNGS VERZEICHNIS

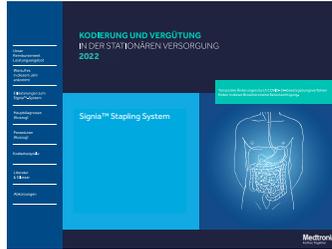
aG-DRG	German Diagnosis Related Group (nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)
BBFW	Bundesbasisfallwert
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BWR	Bewertungsrelation
CC	Komplikationen und/oder Komorbiditäten
DRG	Diagnosis Related Group
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
FPV	Fallpauschalenvereinbarung
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



Signia™ Stapling System



TruClear™
Hysteroscopic &
Fluid Management



Synthetische und
biologische Netze
Hernienchirurgie



LigaSure™

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.
02/2022

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.