

KODIERUNG UND VERGÜTUNG IN DER STATIONÄREN VERSORGUNG 2022

TruClear™
Hysteroscopic &
Fluid Management

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





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 Hysteroskopischen Entfernung von Polypen- Myomen und Endometriumsynechien mittels TrueClear 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 & Health Economics

*Die Berechnung der Erlöse in dieser Unterlage erfolgt mittels fiktivem Bundesbasisfallwert in Höhe von 3.830 Euro. Gemäß der ab dem 1.1.2021 gelten Fassung des § 10 KHEntgG 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. [Erläuterung zum TruClear™ System](#)
4. [Vergütung im aG-DRG-System 2022](#)
5. [Kodierbeispiele](#)
6. [Literatur und Quellenverzeichnis](#)
7. [Glossar](#)
8. [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.

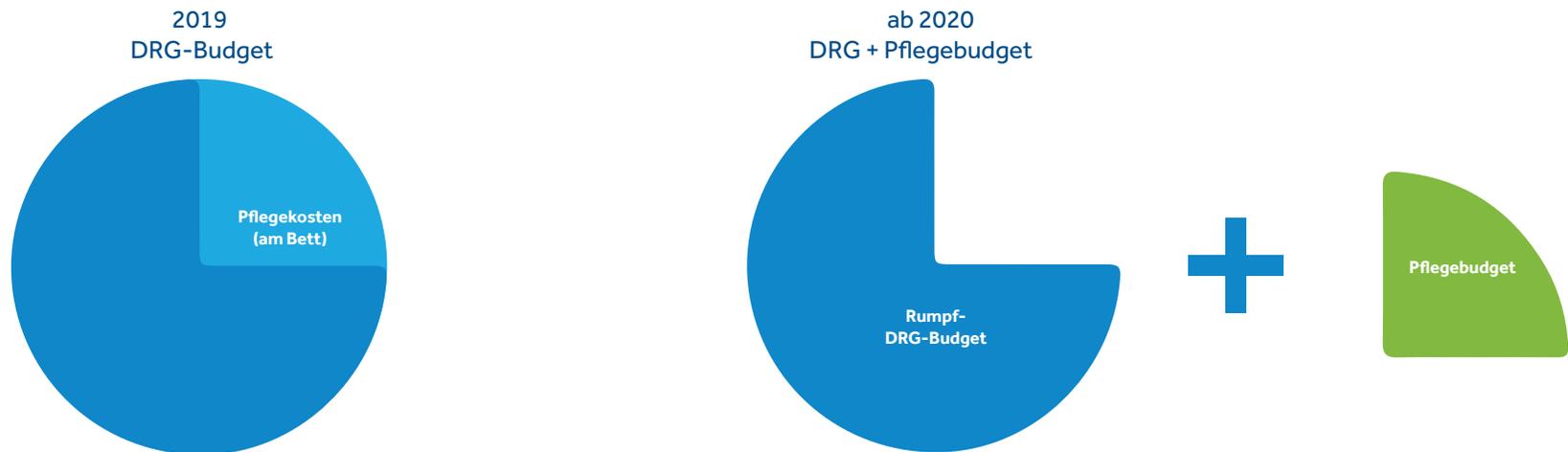
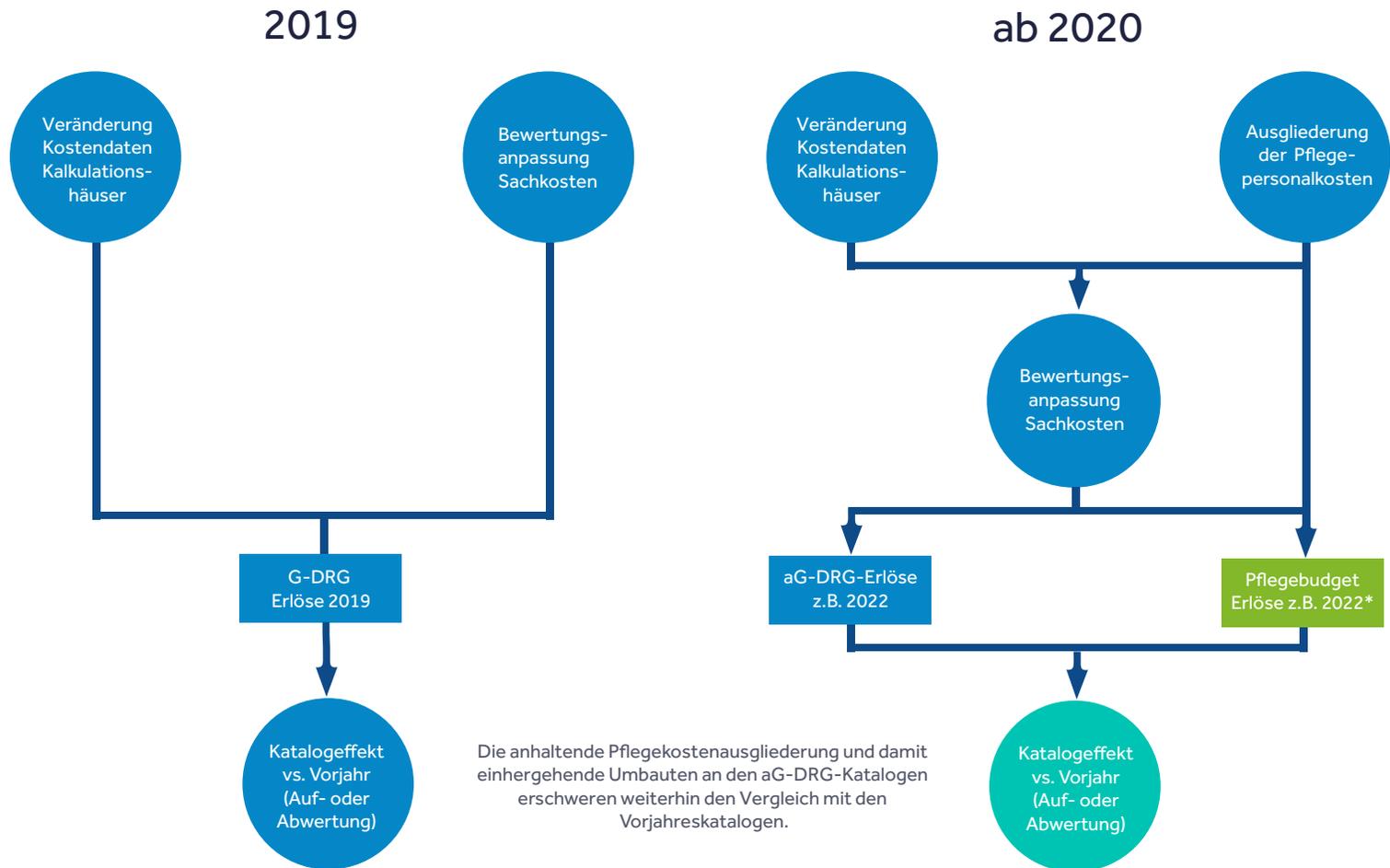


Abbildung 1: Die Zusammensetzung des Krankenhausbudgets ab 2020

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 Pflegebetrag („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 Pflegeteile 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

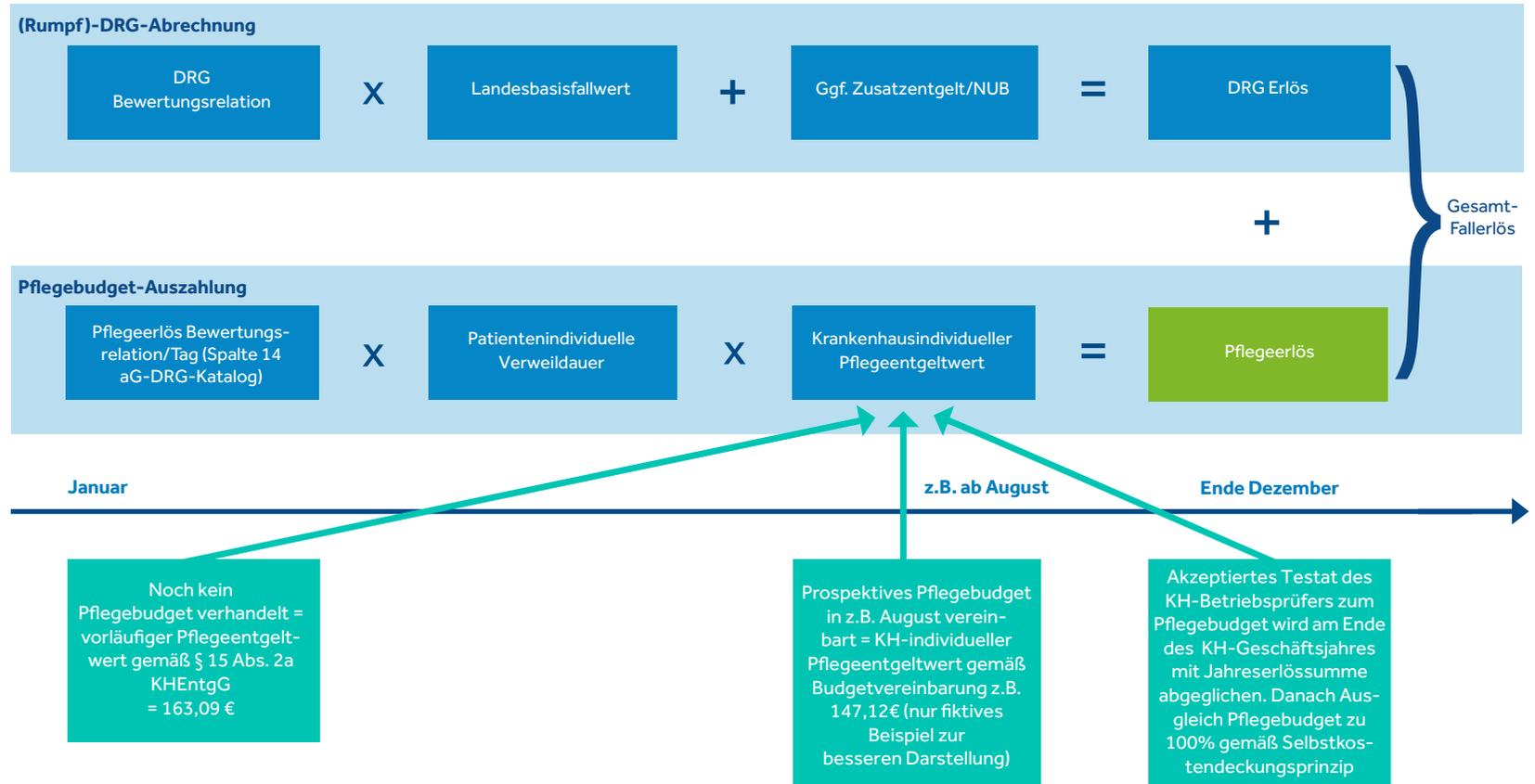


Abbildung 4: Erlösbetrachtung im aG-DRG System 2022

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 Pflegegerlösen 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. ERLÄUTERUNGEN ZUM TRUCLEAR™ SYSTEM

Indikationen

Das TruClear System wird für die hysteroskopische Entfernung von Gewebe eingesetzt. Es ermöglicht ein effizientes Verfahren für verschiedene Indikationen wie Myomektomie, Polypektomie, hysteroskopische Adhäsioolyse, Entfernung retinierter Schwangerschaftsprodukte, diagnostische Kürettage unter Sicht und Biopsie des Endometriums oder Entfernung des intrauterinen Septums. Die hysteroskopische Gewebeentfernung ist eine Erweiterung der diagnostischen Hysteroskopie, bei der operative Instrumente durch den Arbeitskanal des Hysteroskops eingeführt werden.

Hysteroskopsets

Mit dem TruClear 5C Hysteroskopset können operative und diagnostische Verfahren durchgeführt werden. Es wird mit dem TruClear Incisor-Werkzeug benutzt. Durch seine anatomisch geformten Enden werden Dilatationen von Zervixkanal und Gebärmutterhöhle weitestgehend vermieden. Die Länge des Hysteroskops ermöglicht einen Zugang der gesamten Gebärmutter, Cornua und Funduswand inbegriffen. Auch bei Patientinnen mit einem hohen BMI ist der Zugang aufgrund des langen Arbeitskanals gegeben. Eine Verwendung ist sowohl im OP als auch im ambulanten Bereich möglich. Da das Hysteroskop ohne Außenschacht einen Durchmesser von 5 mm und mit Außenschacht einen Durchmesser von 5,7 mm aufweist, ist es das schmalste aus der TruClear-Serie.

TruClear™ System
zur hysteroskopischen Gewebeentfernung



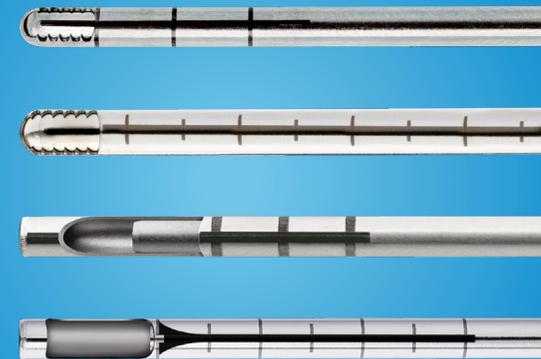
HysteroLux™ Flüssigkeitsmanagement System



HAUPTDIAGNOSEN (AUSZUG)

- D25.0** Submuköses Leiomyom des Uterus
- D25.9** Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet
- N80.0** Endometriose des Uterus
- N84.0** Polyp des Corpus uteri
- N85.6** Intrauterine Synechien
- O43.8** Sonstige pathologische Zustände der Plazenta
- Q51.9** Angeborene Fehlbildung des Uterus und der Cervix uteri, nicht näher bezeichnet

TruClear™ Gewebe Shaver



PROZEDUREN (AUSZUG)

- 5-681.01** Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision von Endometriumsynechien: Hysteroskopisch
- 5-681.11** Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision eines kongenitalen Septums: Hysteroskopisch ohne Kontrolle
- 5-681.33** Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision sonstigen erkrankten Gewebes des Uterus: Hysteroskopisch
- 5-681.83** Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Hysteroskopisch
- 5-681.93** Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome mit ausgedehnter Naht des Myometriums: Hysteroskopisch

TruClear™ System
zur hysteroskopischen Gewebeerntfernung



4. VERGÜTUNG IM aG-DRG-SYSTEM 2022

| Hauptabteilung | ICD - OPS | | TruClear im aG-DRG-System 2022 in Hauptabteilungen | | | | | | | | | | |
|----------------|--|----------|--|------|-------|------|------------|--------------------|----------|-----------|--------------------|----------|------------|
| | Therapie | ICD - HD | OPS | DRG | BR* | MGVD | Untere GVD | 1.Tag mit Abschlag | Abschlag | Obere GVD | 1.Tag mit Zuschlag | Zuschlag | DRG-Erlös |
| | Hysteroskopische Entfernung von Endometriumsynechien | N80.0 | 5-681.01 | N09B | 0,576 | 62,8 | 2 | 1 | 0,161 | 5 | 6 | 0,074 | 2.206,08 € |
| | Hysteroskopische Polypabtragung Uterus | N84.0 | 5-681.33 | N09B | 0,576 | 2,8 | 2 | 1 | 0,161 | 5 | 6 | 0,074 | 2.206,08 € |
| | Hysteroskopische Myomentfernung Uterus | D25.9 | 5-681.83 | N25Z | 0,731 | 2,7 | 2 | 1 | 0,182 | 5 | 6 | 0,070 | 2.799,73 € |

Abschläge

Untere Grenzverweildauer

Im Fallpauschalenkatalog wird für jede DRG der erste Belegungstag angegeben, an dem ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen ist. Bei Unterschreiten der UGVD wird für jeden nicht erbrachten Belegungstag ein Abschlag vorgenommen.

Berechnungsweg:

Bewertungsrelation „UGVD“ (lt. FP Katalog Spalte 8) je Tag x Basisfallwert x UGVD-Belegungstage = Gesamtabschlag

| aG-DRG | Verbleibender Erlös bei: | | | |
|--------|--------------------------|------------------|------------------|------------------|
| | 1 Belegtag* in € | 2 Belegtage in € | 3 Belegtage in € | 4 Belegtage in € |
| N09B | 1.589,45 € | 2.206,08 € | 2.206,08 € | 2.206,08 € |
| N25Z | 2.102,67 € | 2.799,73 € | 2.799,73 € | 2.799,73 € |
| O05C | 1.666,05 € | 3.152,09 € | 3.152,09 € | 3.152,09 € |

* Aufnahme- und Entlassungstag = 1 Belegungstag

Zuschläge

Obere Grenzverweildauer

Im Fallpauschalenkatalog wird für jede DRG der erste Belegungstag angegeben, an dem ein tagesbezogenes Zusatzentgelt neben der Fallpauschale abgerechnet werden kann. (Bei verlegten Patienten findet die OGVD keine Anwendung.)

Berechnungsweg:

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

| aG-DRG | Erlöse bei Überschreitung der OGVD | | | |
|--------|------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| N25Z | 5 Belegungstage | 6 Belegungstage | 7 Belegungstage | 8 Belegungstage |
| | 2.799,73 € | 3.067,83 € | 3.335,93 € | 3.604,03 € |
| N09B | 5 Belegungstage | 6 Belegungstage | 7 Belegungstage | 8 Belegungstage |
| | 2.206,08 € | 2.489,50 € | 2.772,92 € | 3.056,34 € |
| O05C | 5 Belegungstage | 6 Belegungstage | 7 Belegungstage | 8 Belegungstage |
| | 3.152,09 € | 3.127,40 € | 3.127,40 € | 3.127,40 € |

* Aufnahme- und Entlassungstag = 1 Belegungstag

| 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 | | |
| N09B | O | Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, kleine Eingriffe an Blase, Uterus, Bauchwand und Peritoneum | 0,576 | 2,8 | 1 | 0,161 | 6 | 0,074 | 2.206,08 € | 0,9852 |
| N25Z | O | Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder andere kleine Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen | 0,731 | 2,7 | 1 | 0,182 | 6 | 0,070 | 2.799,73 € | 0,9470 |
| O05C | O | Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag oder ohne Cerclage, ohne Müttermundverschluss, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit fetoskopischer Hochfrequenzablation von Gefäßen | 0,823 | 4,2 | 1 | 0,388 | 9 | 0,065 | 3.152,09 € | 0,7590 |

*Berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €

Formel zur Berechnung der Pflegeerlöse in 2022

$$\begin{array}{c} \text{Pflegerlös} \\ \text{Bewertungsrelation/Tag} \\ \text{(Spalte 14 G-DRG-Katalog)} \end{array} \times \begin{array}{c} \text{Patientenindividuelle} \\ \text{Verweildauer} \end{array} \times \begin{array}{c} \text{Krankenhausindividueller} \\ \text{Pflegetgeltwert} \end{array} = \begin{array}{c} \text{Pflegerlös} \end{array}$$

WICHTIG!

FORMEL:

Pflegerlös Bewertungrelation/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 Jahrespflegerlössumme 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>

5. KODIERBEISPIELE

ENTFERNUNG VON
MYOMEN,
MITTELS SHAVER
(HARTES GEWEBE)

ENTFERNUNG VON
KALZIFIZIERTEN
PLAZENTARESTEN
MITTELS SHAVER
(HARTES GEWEBE)

ENTFERNUNG VON
POLYPEN,
MITTELS SHAVER
(WEICHES GEWEBE)

ENTFERNUNG VON
ADHÄSIONEN,
MITTELS SHAVER
(WEICHES GEWEBE)

ENTFERNUNG EINES
SEPTUMS,
MITTELS SHAVER
(WEICHES GEWEBE)

ENTFERNUNG VON
PLAZENTARESTEN
MITTELS SHAVER
(WEICHES GEWEBE)

Entfernung von Myomen, mittels Shaver (hartes Gewebe)

| Code | Text | |
|--|--|----------------|
| Diagnose | | |
| D25.0 | Submuköses Leiomyom des Uterus | |
| Prozeduren | | |
| 5-681.33 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision sonstigen erkrankten Gewebes des Uterus: Hysteroskopisch | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| N09B | Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, kleine Eingriffe an Blase, Uterus, Bauchwand und Peritoneum | 0,576 |
| Erlös* | 2.206,08 € | |
|  Pflege-Relativgewicht: 0,9852 | | |

| Code | Text | |
|--|--|----------------|
| Diagnose | | |
| D25.9 | Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet | |
| Prozeduren | | |
| 5-681.33 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision sonstigen erkrankten Gewebes des Uterus: Hysteroskopisch | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| N09B | Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, kleine Eingriffe an Blase, Uterus, Bauchwand und Peritoneum | 0,576 |
| Erlös* | 2.206,08 € | |
|  Pflege-Relativgewicht: 1,0094 | | |

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

Entfernung von Myomen, mittels Shaver (hartes Gewebe)

| Code | Text | |
|--|--|----------------|
| Diagnose | | |
| D25.0 | Submuköses Leiomyom des Uterus | |
| Prozeduren | | |
| 5-681.83 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Hysteroskopisch | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| N25Z | Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder andere kleine Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen | 0,731 |
| Erlös* | 2.799,73 € | |
|  Pflege-Relativgewicht: 0,9470 | | |

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

Entfernung von kalzifizierten Plazentaresten mittels Shaver (hartes Gewebe)

| Code | Text | |
|---|--|----------------|
| Diagnose | | |
| O43.8 | Sonstige pathologische Zustände der Plazenta | |
| Prozeduren | | |
| 5-681.33 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision sonstigen erkrankten Gewebes des Uterus: Hysteroskopisch | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| O05C | Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag oder ohne Cerclage, ohne Muttermundverschluss, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit fetoskopischer Hochfrequenzablation von Gefäßen | 0,823 |
| Erlös* | 3.152,09 € | |
|  | Pflege-Relativgewicht: 0,7590 | |

Entfernung von Polypen, mittels Shaver (weiches Gewebe)

| Code | Text | |
|---|--|----------------|
| Diagnose | | |
| N84.0 | Polyp des Corpus uteri | |
| Prozeduren | | |
| 5-681.33 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision sonstigen erkrankten Gewebes des Uterus: Hysteroskopisch | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| N09B | Anderer Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, kleine Eingriffe an Blase, Uterus, Bauchwand und Peritoneum | 0,576 |
| Erlös* | 2.206,08 € | |
|  | Pflege-Relativgewicht: 0,9852 | |

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



**Entfernung von Adhäsionen, mittels Shaver
(weiches Gewebe)**

| Code | Text | |
|--|---|----------------|
| Diagnose | | |
| N85.6 | Intrauterine Synechien | |
| Prozeduren | | |
| 5-681.01 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision von Endometriumsynechien: Hysteroskopisch | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| N09B | Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, kleine Eingriffe an Blase, Uterus, Bauchwand und Peritoneum | 0,576 |
| Erlös* | 2.206,08 € | |
|  Pflege-Relativgewicht: 0,9852 | | |

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

**Entfernung eines Septums, mittels Shaver
(weiches Gewebe)**

| Code | Text | |
|--|--|----------------|
| Diagnose | | |
| Q51.9 | Angeborene Fehlbildung des Uterus und der Cervix uteri, nicht näher bezeichnet | |
| Prozeduren | | |
| 5-681.11 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision eines kongenitalen Septums: Hysteroskopisch ohne Kontrolle | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| N09B | Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, kleine Eingriffe an Blase, Uterus, Bauchwand und Peritoneum | 0,576 |
| Erlös* | 2.206,08 € | |
|  Pflege-Relativgewicht: 0,9852 | | |

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

Entfernung von Plazentaresten mittels Shaver (weiches Gewebe)

| Code | Text | |
|---|--|----------------|
| Diagnose | | |
| O43.8 | Sonstige pathologische Zustände der Plazenta | |
| Prozeduren | | |
| 5-681.33 | Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision sonstigen erkrankten Gewebes des Uterus: Hysteroskopisch | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| O05C | Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag oder ohne Cerclage, ohne Muttermundverschluss, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit fetoskopischer Hochfrequenzablation von Gefäßen | 0,823 |
| Erlös* | 3.152,09 € | |
|  | Pflege-Relativgewicht: 0,7590 | |

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

6. LITERATUR & QUELLENVERZEICHNIS

Agic, Admir; Küpker, Wolfgang (2019): Minimal-invasive Chirurgie des Uterus myomatosus. In: Der Gynäkologe, 52 (4), S. 258–263. doi:10.1007/s00129-019-4410-1.

Ahrendt, Hans-Joachim; Tylkoski, Heike; Rabe, Thomas; Szczes, André; Friedrich, Cornelia; Roehl, Friedrich-Wilhelm; Kitay, Ann; Roemer, Thomas; Foth, Dolores (2016): Prevalence of uterine myomas in women in Germany: data of an epidemiological study. In: Archives of gynecology and obstetrics, 293 (6), S. 1243–1253. doi:10.1007/s00404-015-3930-8.

Arbeitsgemeinschaft Gynäkologischer Endoskopie (o.J.a): Ausbildungszentrum -Kriterien bis Ende 2018. Verfügbar unter <https://www.ag-endoskopie.de/ausbildungszentrum>. [Stand: 20.01.2022].

Arbeitsgemeinschaft Gynäkologischer Endoskopie (o.J.b): MIC II. Verfügbar unter <https://www.ag-endoskopie.de/mic-ii>, zugegriffen am 20.08.2019.

Arbeitsgemeinschaft Gynäkologischer Endoskopie (o.J.c): Mitglieder. Verfügbar unter <https://www.ag-endoskopie.de/mitglieder>. [Stand: 20.01.2022].

Arbeitsgemeinschaft Gynäkologischer Endoskopie (o.J.c): Mitglieder. Verfügbar unter <https://www.ag-endoskopie.de/mitglieder>. [Stand: 20.01.2022].

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].

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].

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].

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].

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].

TruClear™ Hysteroskop Sets



7. GLOSSAR

| | |
|--|---|
| Basis-DRG | Die Basis-DRG wird meist über dieselbe Hauptdiagnose oder Prozedur definiert. Die Basis-DRG kann aufgrund eines unterschiedlichen Ressourcenverbrauchs durch unterschiedliche Faktoren (u.a. PCCL, komplizierende Diagnosen, Prozeduren, Alter, etc.) in verschiedene Schweregrade gesplittet werden. Die Kennzeichnung der ökonomischen Schweregrade erfolgt über Buchstaben an der 4. Stelle der DRG. A: Höchster Ressourcenverbrauch der DRG, B: Zweithöchster Ressourcenverbrauch der DRG, C: Dritthöchster Ressourcenverbrauch der DRG, D: Viertöchster Ressourcenverbrauch der DRG usw. Z: Kein Split nach Ressourcenverbrauch in dieser DRG. |
| Behandlungsfall | Ein Behandlungsfall beschreibt einen stationären Aufenthalt eines Patienten im Krankenhaus. Der Behandlungsfall ist gekennzeichnet durch die Aufnahme und die Entlassung im Krankenhaus. |
| Bewertungsrelation, Fallgewicht | Jeder DRG wird im Fallpauschalenkatalog eine Bewertungsrelation, auch Relativgewicht oder relatives Kostengewicht genannt, zugeordnet. Das Relativgewicht ist ein Maß für den durchschnittlichen Aufwand der Behandlung dieser DRG. Die Bewertungsrelation wird bundesweit einheitlich im Fallpauschalenkatalog angegeben. Durch Multiplikation der Bewertungsrelation mit dem Basisfallwert ergibt sich der Erlös für eine DRG in Euro. |
| Bundesbasisfallwert | Faktor mit dem die Bewertungsrelation einer DRG multipliziert wird, um einen DRG-Betrag zu errechnen. Nach der sogenannten Konvergenzphase gibt es inzwischen einen einheitlichen Bundesbasisfallwert für alle Bundesländer. |
| Case-Mix | Die Kostengewichte aller DRG-Behandlungsfälle ergeben den Case-Mix. Dieser ist ein Maß für den Ressourcenverbrauch der behandelten Patienten. |
| Case-Mix-Index | Der (CMI) entspricht dem durchschnittlichen ökonomischen Fallschweregrad einer Menge von Behandlungsfällen (mittlere ökonomische Fallschwere). Er berechnet sich aus dem Case-Mix dividiert durch die zugrundeliegenden Fälle. |
| CC-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 krankenhaushausindividuell 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 krankenhaushausindividuell 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-DRGSystem 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. |

8. 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



LigaSure™



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.
02/2022

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.