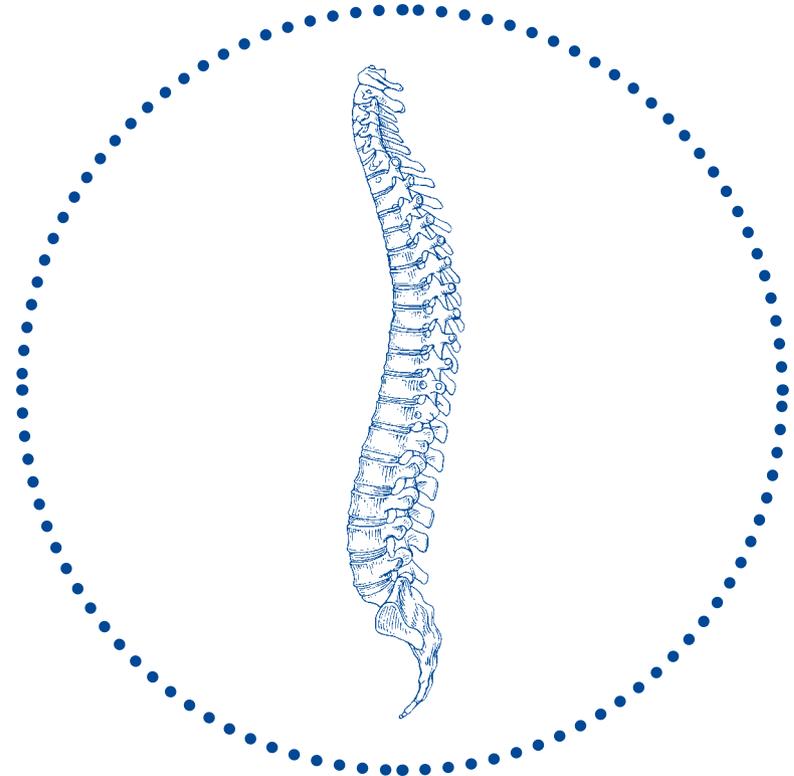


Kodierung und Vergütung in der stationären Versorgung 2024

Ballonkyphoplastie



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2024

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

Vorwort



Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

wir bewegen uns in einem zunehmend komplexer werdenden Umfeld. Der jährliche Aktualisierungsprozess des zwischenzeitlich vielfach kritisierten aG-DRG-Systems wird begleitet von zum Teil gravierenden Umbauten in der Struktur und Finanzierung unseres Gesundheitssystems. Die Auseinandersetzung und sorgsame Berücksichtigung der damit verbundenen Änderungen stellt unter der wachsenden Arbeitsbelastung aller Akteure im Gesundheitswesen eine wesentliche Belastung dar.

Das Vermögen, für Fragestellungen in Bezug auf die Finanzierung unserer Produkte und Therapien Antworten zu finden, ist eine der größten Verantwortungen im steten Wandel der Gesundheitssysteme.

Wir würden uns sehr freuen, Ihnen mit dieser Übersicht eine Hilfestellung für die Planung und den täglichen Umgang mit den wesentlichen aG-DRG-Abbildungsinformationen und Änderungen bei den Finanzierungssystemen des deutschen Gesundheitssystems, insbesondere im Hinblick auf unsere Verfahren bereitstellen zu können.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Andreas Witthohn

Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie/Sozialmedizin
Senior Manager Reimbursement & Health Economics



Die Berechnung der Erlöse in dieser Unterlage erfolgt **mittels fiktivem Bundesbasisfallwert in Höhe von 4.200,00 €**. Gemäß der ab dem 1.1.2024 geltenden 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 (<https://www.bvmed.de/de/versorgung/krankenhaus/bundesbasisfallwert>). Die krankenhausindividuellen Erlöskalkulationen sollten davon unabhängig mit dem jeweils geltenden Landesbasisfallwert erfolgen.

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2024

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

Inhaltsverzeichnis

- 1. Unser Reimbursement Leistungsangebot**
- 2. Worauf es in diesem Jahr ankommt**
 - 2.1 Neu ab 01.01.2024 Hybrid-DRG-Verordnung tritt zum 1. Januar 2024 in Kraft
 - 2.2 Neu seit 01.01.2023 Kontextfaktoren lösen G-AEP Kriterien für Leistungen aus dem AOP-Katalog ab
 - 2.3 Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)
- 3. Abbildung im aG-DRG-System 2024**
- 4. Ergänzende Hinweise**
 - 4.1 Hinweise zur Kodierung
 - 4.2 Prozeduren OPS 2024
 - 4.3 Diagnosen ICD-10 GM 2024
 - 4.4 Sachkostenfinanzierung im aG-DRG-System
- 5. Abkürzungen**
- 6. Wichtige Links**

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 Pro-
dukten/Services



Informationen
zu Abrechnung
und Kodierung



Hinweise zu Än-
derungs- und
Weiterentwick-
lungsanträgen



Informationen
zu Fragen des
MD und der
Kassen



Hinweise bei
Strategie &
Leistungs-
portfolio



Informationen
zu NUB-Verfah-
ren inkl. §137h
SGB V



Hinweise zu
gesundheits-
politischen
Entwicklungen

UNSER REIMBURSEMENT-SERVICE IM ÜBERBLICK



Kostenbetrachtungen, Erlösbetrachtungen

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



Weiterbildung und Training

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 **Neu ab 01.01.2024** Hybrid-DRG-Verordnung tritt zum 1. Januar 2024 in Kraft

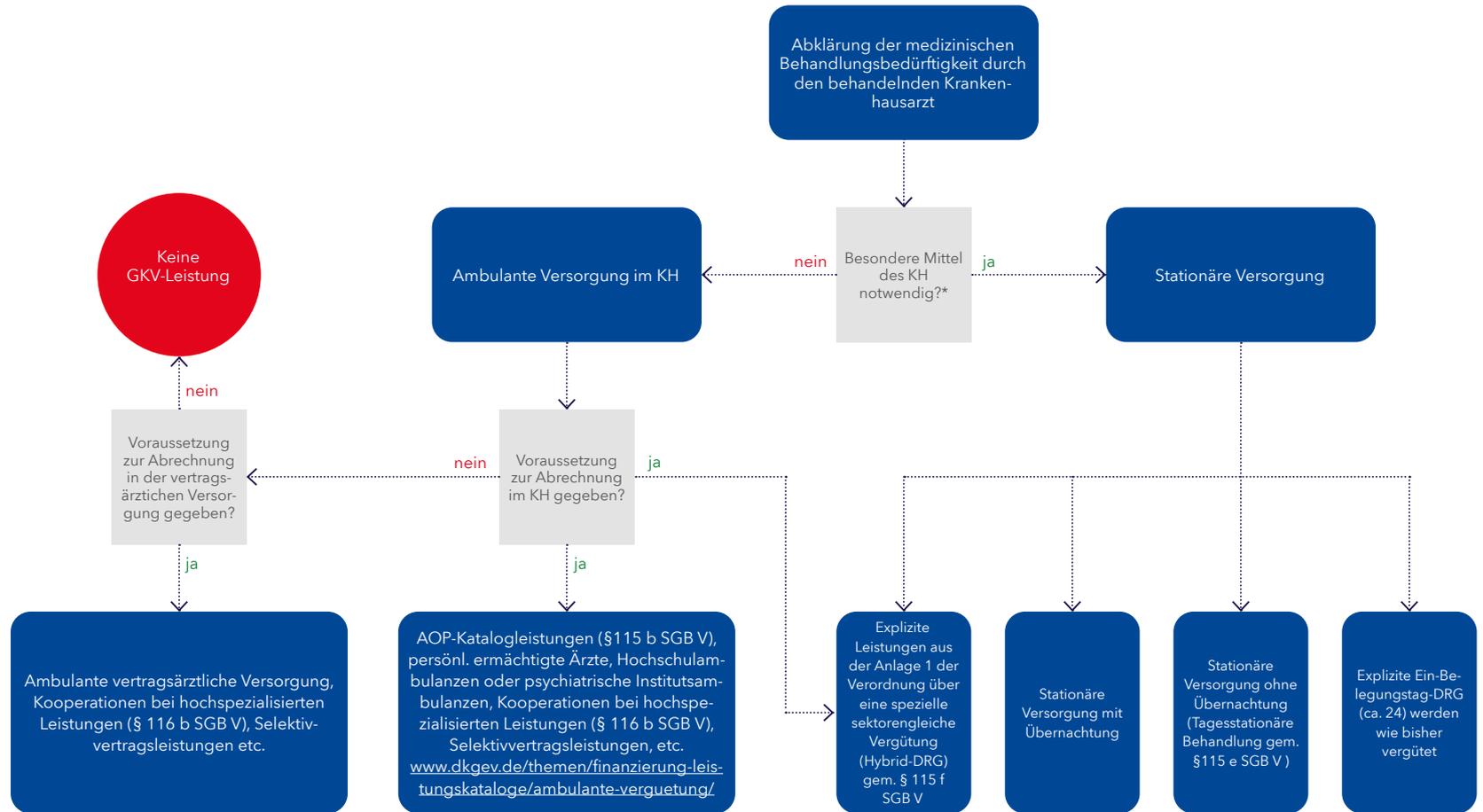
! WICHTIGER HINWEIS: BALLONKYPHOPLASTIETHERAPIEN SIND KEINE HYBRID-DRG-LEISTUNGEN GEMÄSS ANLAGE 1 DER VERORDNUNG VOM 21.12.2023

Das Bundesgesundheitsministerium hat Ende des Jahres 2023 eine „Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung“ (Hybrid-DRG) gem. § 115 f SGB V veröffentlicht.

Die Verordnung enthält in der Anlage 1 einen Katalog mit expliziten Leistungen, die ab 01.01.2024 nach den neuen Hybrid-DRG vergütet werden sollen. Auch die Höhe und Art der Vergütung ist darin festgelegt. Vertragsärztinnen/-ärzte und Krankenhäuser erhalten für die dort aufgeführten Leistungen dieselbe Vergütung. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Eingriff der in Anlage 1 benannten Leistungen ambulant oder stationär durchgeführt wird. **Ballonkyphoplastietherapien sind keine Hybrid-DRG-Leistungen im Sinne der Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG) gem. § 115 f SGB V.**

Weiterführende Hinweise unter: <https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2023/380/VO>

Die vereinfachte Darstellung soll einen Ausblick auf die Entscheidungsfindung zur Art der medizinischen Leistungserbringung im Krankenhaus inkl. des § 115 e SGB V und des neuen § 115 f SGB V geben.



Wichtiger Hinweis: Ballonkyphoplastietherapien sind **keine** Hybrid-DRG-Leistungen im Sinne der Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG) gem. § 115 f SGB V.

* Im Besonderen, Dokumentation der allgemeinen Tatbestände gemäß § 8 des AOP-Vertrag nach § 115b SGB V, bei deren Vorliegen die stationäre Durchführung von Leistungen gemäß Anlage 1 des AOP-Katalogs erforderlich sein kann (Kontextfaktoren für Leistungen aus dem AOP-Katalog)

2.2 **Neu seit 01.01.2023** Kontextfaktoren lösen G-AEP Kriterien für Leistungen aus dem AOP-Katalog ab

Seit dem 01.01.2023 werden die bisherigen G-AEP-Kriterien durch die Kontextfaktoren ersetzt. In diesem Zusammenhang wird auch die bisherige Differenzierung der Leistungen im AOP-Katalog in die Kategorien 1 und 2 abgeschafft. Bisher bestehende OPS-bezogene Regelungen der Kategorisierungsordnung wurden weitestgehend in die Kontextfaktoren integriert.

Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben sich auf einen gemeinsamen Katalog von Kontextfaktoren verständigt.

Die Kontextfaktoren dienen der Begründung einer stationären Durchführung von expliziten Leistungen nach § 3 des AOP-Vertrages, die regelhaft ambulant erbracht werden können.

Das Vorliegen eines Kontextfaktors nach Satz 1 ist hierbei ausreichend für die Begründung einer stationären Durchführung einer Leistung nach § 3 des AOP-Vertrages. Dennoch kann jede dieser Leistungen auch bei Vorliegen einer oder mehrere Kontextfaktoren weiterhin ambulant erbracht werden, sofern dies aus medizinischen Gründen vertretbar ist.

Die Kontextfaktoren zur Begründung der stationären Durchführung einer Leistung nach § 3 des AOP-Vertrages sind vom Krankenhaus zu dokumentieren und im Rahmen der Abrechnung dieses Krankenhausfalles nach § 301 SGB V zu übermitteln. Für die Dokumentation der Kontextfaktoren gelten die Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils aktuellen Fassung.

Liegen abweichend von den in Anlage 2 des AOP-Vertrages genannten Kontextfaktoren medizinische Gründe oder soziale Gründe vor, die dazu führen, dass die Versorgung des Patienten in der Häuslichkeit nicht sichergestellt werden kann und dadurch der medizinische Behandlungserfolg gefährdet ist, so sind diese Gründe bei einer stationären Durchführung der Leistung nach Anlage 1 des AOP-Vertrages fallindividuell darzustellen.

GKV-Spitzenverband, DKG und KBV haben sich hierfür insbesondere auf die Aufnahme der nachfolgend genannten Kontextfaktoren in den AOP-Vertrag geeinigt:

- Liste von stationär durchführbaren OPS-Kodes
- Beatmungspflichtige Patienten, operationalisiert über Beatmungstunden im Datenaustausch nach § 301 SGB V
- Liste von stationär zu behandelnden Diagnosen (ICD-Kodes)
- Gebrechlichkeit, operationalisiert über Pflegegrad und Barthel-Index
- Untere Altersgrenze: bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres

Vorwort

Im Ergebnis hat man sich in diesem Jahr auf eine Erweiterung der Kontextfaktoren geeinigt. So werden die Kontextfaktoren, insbesondere für Kinder mit Pflegegrad sowie mit angeborenen Herzfehlern, erweitert sowie die Liste der stationär zu behandelnden Diagnosen um definierte Gerinnungsstörungen und Lebererkrankungen ergänzt.

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

ÜBERGANGSREGELUNG GEMÄSS § 24 AOP-VERTRAG

Aufgrund von Vorlaufzeiten in der Umstellung des AOP-Katalogs samt Kontextfaktoren werden ähnlich zu 2023 folgende Übergangsregelungen getroffen:

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Sofern Patienten bis einschließlich 31.03.2024 zur stationären Durchführung einer Leistung, die in Anlage 1 mit „neu“ gekennzeichnet ist, in ein Krankenhaus aufgenommen werden, wird die Abrechnung des Krankenhauses für diese Leistung nicht im Hinblick darauf überprüft, ob die Leistung im Rahmen des § 115b SGB V erbracht werden konnte.

Abbildung im
aG-DRG-System
2024

Meldeformular: Gemäß § 1 Absatz 1 des AOP-Vertrags sind die ambulanten Leistungen über ein Meldeformular an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss zu melden. Für Leistungen nach Anlage 1 kann das Meldeformular für die Mitteilung nach § 1 Absatz 1 bis zum 31.01.2024 nachgereicht werden.

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

Nähere Informationen: AOP Katalog 2024, Anlage 1

2.3 Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)

SACHKOSTENFINANZIERUNG IM G-DRG-SYSTEM 2024

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“ vom Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) befasst sich mit den Fragen zu den Auswirkungen des Pflegepersonalstärkungsgesetzes (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 zzgl. notwendiger Aktualisierungen:

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (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

Vorwort

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.

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2024

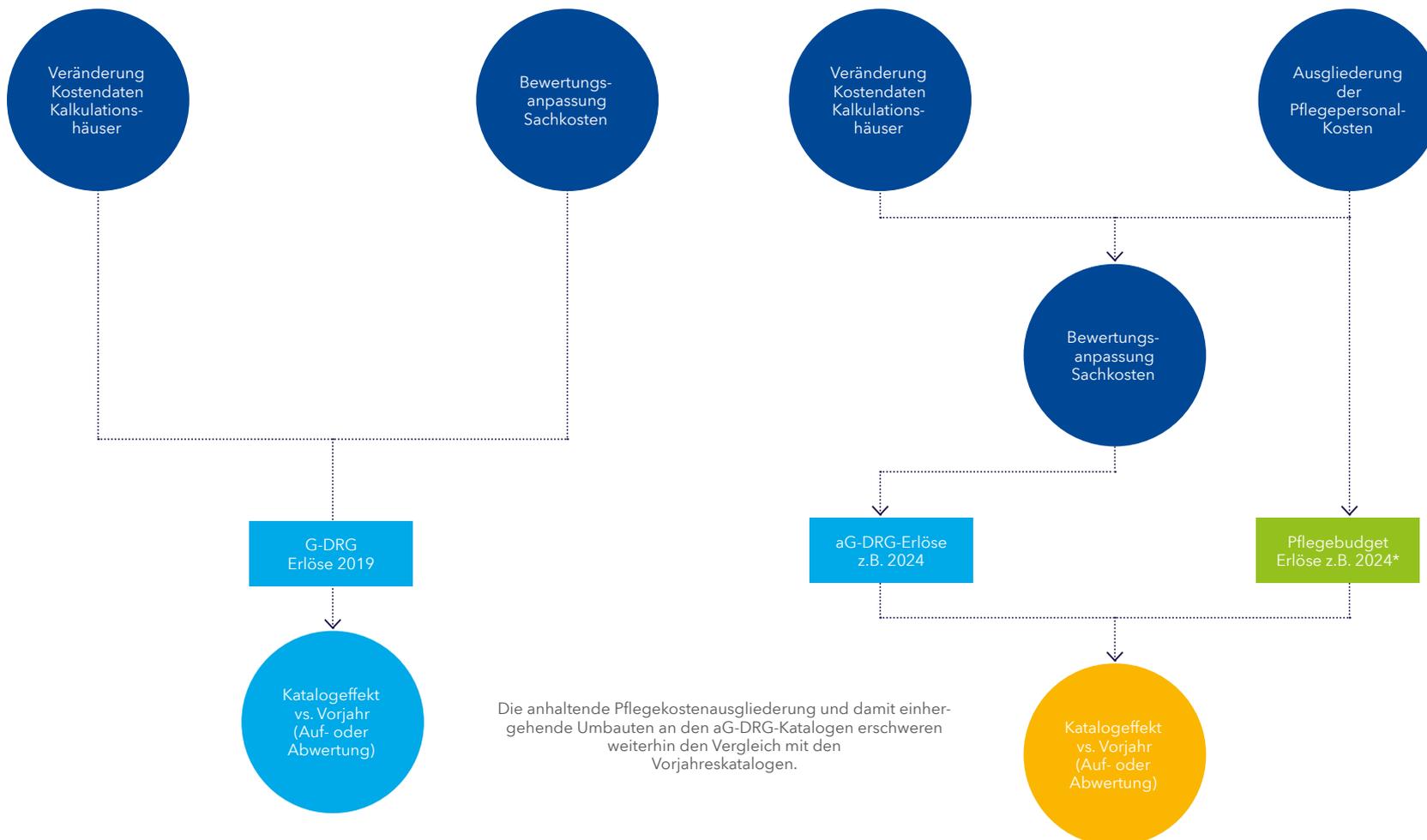
Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

2019

AB 2020



* 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 Pflegetagessatz („Spaltenlösung“).

DRG-KATALOG 2019

DRG	Partition	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beleghebamme	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 und Beleghebamme	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungsfallpauschale	Ausnahme von Wiederaufnahme	Pflegerlös Bewertungrelation/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 Pfegeerlöse 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 2024

(Rumpf)DRG-Abrechnung



Pflegebudget-Auszahlung



Noch kein Pflegebudget verhandelt = vorläufiger Pflegeentgeltwert gemäß § 15 Abs. 2a KHEntgG = 230,00 €

Januar

Prospektives Pflegebudget in z.B. August vereinbart = KH-individueller Pflegeentgeltwert gemäß Budgetvereinbarung z.B. 243,12 € (nur fiktives Beispiel zur besseren Darstellung)

z.B. ab August

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

Ende Dezember



Abbildung 4: Erlösbetrachtung im aG-DRG System 2024

Vorwort

In der Praxis kann es zur Berücksichtigung unterschiedlicher Verweildauern kommen. Zur Abrechnung einer DRG wird die ggf. durch eine Einzelfallprüfung des MD(K) 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.

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

- 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 krankenhau-sindividueller Kostenträgerrechnungen oder Prozesskostenanalysen unter gleichen Voraussetzungen realistisch. Die fallbezogene Erfassung und Aufschlüsselung der Kostendaten wird in den Krankenhäusern immer wichtiger.

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2024

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2024

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

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 wurde ab 2020 differenziert in ein „Rumpf“-aG-DRG-Budget und ein 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 230,00 €.
- 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.

3. Abbildung im aG-DRG-System 2024

Wie bereits im letzten Jahr werden Eingriffe an der Wirbelsäule in den Basis-DRGs

I06 Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals

I09 Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule

I10 Andere Eingriffe an der Wirbelsäule

abgebildet. Zu den Splitt-Kriterien zählen auch weiterhin Diagnosen, Alter, PCCL, Komplexität der Eingriffe bzw. zusätzliche Eingriffe. Untenstehende Tabelle gibt einen Überblick über die Veränderungen auf DRG-Ebene für die Ballonkyphoplastie.

Therapie	DRG 2024	Relativgewicht	UGVD	OGVD	DRG-Erlös*	Pflege-Relativgewicht**
BKP 1 WK	I09I	1,323	3	16	5.556,60 €	0,6905
BKP > 1 WK	I09H	1,701	2	16	7.144,20 €	0,6987
BKP 1 - 3 WK + SchraubStabSyst/SchraubPlattSystem, 1 - 3 Seg	I09F	2,668	4	21	11.205,60 €	0,7519
BKP 1 - > 3 WK + SchraubStabSyst/SchraubPlattSyst, > 3 Seg	I09E	3,377	2	16	14.183,40 €	0,8249
BKP 1 WK + Radiofrequenzablation	I09H	1,701	2	16	7.144,20 €	0,6987
BKP > 1 WK + Radiofrequenzablation	I09G	2,351	3	15	9.874,20 €	0,7497

Trigger sind:

- Anzahl der versorgten Wirbelkörper
- Zusätzlich durchgeführte Stabilisierung nach Anzahl der Segmente
- PCCL > 3

Es ist darauf hinzuweisen, dass durch die Kodierung anderer Hauptdiagnosen eine Gruppierung in DRGs anderer Hauptdiagnosegruppen (MDCs) und somit auch in sogenannte Fehler-DRGs möglich ist.

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 € ([weitere Infos](#))

** vorläufiger tagesbezogener Pflegeentgeltwert 230,00 € (ggfs. unterjährige Anpassung gem. Krankenhaustransparenzgesetz)



Kodierbeispiele

BKP bei traumatischer Wirbelkörperfraktur, 1 Wirbelkörper

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
S22.02	Fraktur eines Brustwirbels: T3 und T4	
Nebendiagnose(n)		
S21.84!	Weichteilschaden I. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation des Thorax	
Prozeduren		
5-839.a0	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufrichtung: 1 Wirbelkörper, z.B. KYPHON® XPANDER™	
DRG	Text	Relativgewicht
I09I	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplizierende Faktoren	1,323
Erlös*		5.556,60 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,6905

BKP bei Osteoporose-bedingter Fraktur, 2 Wirbelkörper

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
M80.08	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	
Prozeduren		
5-839.a1	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufrichtung: 2 Wirbelkörper, z.B. KYPHON® XPANDER™ II	
DRG	Text	Relativgewicht
I09H	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen kompliz. Faktoren oder mit anderen kompliz. Faktoren, ohne Frakturen HWS, ohne BNB der Wirbelsäule oder ohne Kyphoplastie od. ohne Radiofrequenzabl., ohne komplexen Eingriff an der Wirbelsäule	1,701
Erlös*		7.144,20 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,6987

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 € ([weitere Infos](#))



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2024

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

BKP bei Osteoporose-bedingter Fraktur 2 Wirbelkörper + Stabilisierung durch Schrauben-Stab-System mit fenestrierten Schrauben, minimal-invasiv

Kode	Text
Hauptdiagnose	
M80.08	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
Prozeduren	
5-839.a1	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufriechung: 2 Wirbelkörper, z.B. KYPHON® EXPRESS™ II
5-83b.52	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System: 3 Segmente, z.B. cannulated CD Horizon® Solera® Sextant®
5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige
5-83w.0	Zusatzinformationen zu Operationen an der Wirbelsäule: Augmentation des Schraubenlagers

DRG	Text	Relativgewicht
I09F	Best. Eingriffe an der Wirbelsäule, best. kompliz. Faktoren od. Alter < 16 Jahre oder knöcherner Dekompression Spinalkanal / best. Osteosynthese > 3 Segm. oder Impl. eines Schrauben-Band-Systems oder Schrauben-Stab-Systems, 1 Segment bei Diszitis	2,668

Erlös*	11.205,60 €
 Pflege-Relativgewicht: 0,7519	



KYPHON® XPANDER™ II



XPANDER™ Ballone

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 € ([weitere Infos](#))

 [Weitere Infos siehe hier](#)

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2024

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

BKP bei Metastasen-bedingter Wirbelkörperkompression 1 Wirbelkörper mit Radiofrequenzablation

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
C79.5 †	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	
Nebendiagnose(n)		
M49.55*	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Thorakolumbalbereich	
C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	
Prozeduren		
5-839.a0	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufriechung: 1 Wirbelkörper, z.B. KYPHON® XPANDER™ II	
5-839.h0	Andere Operationen an der Wirbelsäule, Destruktion von knöchernem Gewebe durch Radiofrequenzablation, perkutan, 1 Wirbelkörper, z.B. OsteoCool™ RF-Ablationssystem	
DRG	Text	Relativgewicht
I09H	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen kompliz. Faktoren oder mit anderen kompliz. Faktoren, ohne Frakturen HWS, ohne BNB der Wirbelsäule oder ohne Kyphoplastie od. ohne Radiofrequenzabl., ohne komplexen Eingriff an der Wirbelsäule	1,701
Erlös*		7.144,20 €
 Pflege-Relativgewicht: 0,6987		

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 € ([weitere Infos](#))



 [Weitere Infos siehe hier](#)

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2024

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

4. Ergänzende Hinweise

Hinweise zur Kodierung

Prozeduren OPS 2024

Diagnosen ICD-10-GM 2024

Sachkostenfinanzierung

4.1 Hinweise zur Kodierung

WICHTIGKEIT DER RICHTIGEN UND VOLLSTÄNDIGEN KODIERUNG

Im Rahmen der Kodierung wird die in der medizinischen Dokumentation verwendete Fachsprache in eine Dokumentationssprache übersetzt. Dies sollte besten Falls losgelöst von möglichen Auswirkungen auf den DRG-Erlös erfolgen. Um eine sachgerechte Vergütung zu erhalten ist eine richtige und vollständige Kodierung ohne Diskrepanzen zwischen dieser und der medizinischen Dokumentation unabdingbar. Gerade vor dem Hintergrund möglicher Abrechnungsprüfungen durch den MDK kommt diesem Umstand eine noch größere Bedeutung zu. Eine saubere Dokumentation und vollständige Kodierung können die Ausgangssituation des Krankenhauses im Rahmen der Abrechnungsprüfung verbessern. Ganz davon abgesehen kann nur aufgrund einer eindeutigen, vollständigen und aufwandsgerechten Kodierung eine realitätsnahe Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems vorgenommen werden. Das Weglassen zum Beispiel von OPS-Kodes die momentan keine Auswirkung auf die DRG-Zuordnung haben hat zur Folge, dass diese auch im Rahmen der jährlichen Kalkulation des InEK nicht identifiziert und so mögliche Kostenunterschiede nicht abgebildet werden.

BESONDERHEITEN BEI DER KODIERUNG VON DIAGNOSEN VON BÖSARTIGEN NEUBILDUNGEN

Neben verletzungsbedingten Frakturen und Osteoporose können auch bösartige Neubildungen und deren Metastase(n) zur Kompression von Wirbelkörpern führen. Bei der Kodierung der Diagnosen kommt der Unterscheidung zwischen Behandlung des Primärtumors und der Behandlung der Metastase(n) eine wichtige Bedeutung zu.

Generell hängt die Wahl der Hauptdiagnose davon ab, was im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes behandelt wird. Erfolgt die Aufnahme zur Behandlung des Primärtumors, ist ein entsprechender ICD-Kode als Hauptdiagnose auszuweisen. Werden jedoch nur die Metastase(n) behandelt, wie im Rahmen der Ballonkyphoplastie bei Wirbelkörpermetastasen, ist/sind diese als Hauptdiagnose zu kodieren und der Primärtumor als Nebendiagnose anzugeben. Ist die Lokalisation des Primärtumors unbekannt, ist ein Kode aus **C80.- Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation** zu kodieren. Wird der Patient sowohl zur Behandlung des Primärtumors aufgenommen als auch zur Behandlung der Metastase(n) ist die Diagnose als Hauptdiagnose auszuwählen, die die meisten Ressourcen verbraucht.

Kommt die Ballonkyphoplastie bei einer durch Metastase(n) bedingten Wirbelkörperkompression zum Einsatz, wird die Wirbelkörperfraktur je nach Lokalisation mit einem Sternkode aus **M49.5-* Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten** kodiert. Im Zuge der Kreuz-Stern-Systematik ist die Metastase als Ursache der Kompression mit dem Kreuzkode **C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarks** anzugeben. Als Nebendiagnose ist zusätzlich der Primärtumor zu verschlüsseln.

4.2 Prozeduren OPS 2024

5-839.a Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufriechung

Inkl.: Kyphoplastie
Exkl.: Vertebroplastie, Spongioplastik (5-839.9ff.)
Hinw.: Der Zugang ist nicht gesondert zu kodieren.

- 5-839.a0 1 Wirbelkörper
- 5-839.a1 2 Wirbelkörper
- 5-839.a2 3 Wirbelkörper
- 5-839.a3 4 oder mehr Wirbelkörper

5-83b Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule

Exkl.: Implantation einer Bandscheibenprothese (5-839.1 ff.)
Implantation von Material in einen Wirbelkörper ohne Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufriechung (5-839.9 ff.)
Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufriechung (5-839.a ff.)
Implantation eines interspinösen Spreizers (5-839.b ff.)
Osteosynthese einer Sakrumfraktur ohne (Teil-)Fixierung des Osteosynthesematerials in der Lendenwirbelsäule (5-79)
Hinw.: Bei Kombinationen von unter 5-83b genannten verschiedenen Verfahren (Implantate) während eines Eingriffs sind alle verschiedenen Verfahren (Implantate) einzeln zu kodieren. Bei Verwendung gleicher Implantate an verschiedenen Abschnitten der Wirbelsäule während eines Eingriffs ist nur ein Kode für das jeweilige Verfahren (Implantat) mit Summierung der Anzahl aller versorgten Wirbelsäulensegmente anzugeben
Die durch eine Osteosynthese bedingte Fixation von Wirbelsegmenten ist im Kode enthalten, nur eine zusätzlich mit Knochen oder Knochenersatzmaterialien durchgeführte Spondylodese ist gesondert zu kodieren (5-836 ff.)
Eine zusätzlich durchgeführte Wirbelkörperresektion ist gesondert zu kodieren (5-832.1, 5-832.2)
Ein zusätzlich durchgeführter Wirbelkörperersatz durch Implantat oder durch sonstige Materialien ist gesondert zu kodieren (5-837.0 ff., 5-837.a ff.)
Eine zusätzlich durchgeführte Augmentation des Schraubenlagers ist gesondert zu kodieren (5-83w.0)
Die Transplantation von Spongiosa(spänen) oder kortikospongio-

sen Spänen (autogen) ist gesondert zu kodieren (5-835.9)
Die zusätzliche Verwendung von Knochenersatzmaterialien oder Knochentransplantaten ist gesondert zu kodieren (5-835.a ff., 5-835.b ff., 5-835.c ff., 5-835.d ff., 5-835.e ff.)
Die Verwendung von Systemen zur dynamischen Stabilisierung ist gesondert zu kodieren (5-83w.1)
Halswirbel ohne dazwischenliegende Bandscheibe sind bei der Zählung der Segmente zu berücksichtigen.
Die knöchernen Strukturen, die mit der Wirbelsäule artikulieren (Occiput, Os sacrum, Os ilium), sind bei der Zählung der Segmente jeweils als 1 Segment zu berücksichtigen
Die Anzahl der Segmente ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

Kode	Titel
0	1 Segment
1	2 Segmente
2	3 Segmente
4	4 Segmente
5	5 Segmente
6	6 Segmente
7	7 bis 10 Segmente
8	11 oder mehr Segmente

- 5-83b.0** Durch Drahtcerclage
- 5-83b.1** Durch Klammersystem
- 5-83b.2** Durch Schrauben
- 5-83b.3** Durch ventrales Schrauben-Platten-System
- 5-83b.4** Durch dorsales Schrauben-Platten-System
- 5-83b.5** Durch Schrauben-Stab-System
Hinw.: Die Anzahl der Segmente entspricht der Anzahl der mit einem oder mehreren Stäben überbrückten Segmente. Hierbei muss nicht jeder auf dieser Strecke liegende Wirbelkörper mit Pedikelschraube(n) besetzt sein.
- 5-83b.6** Durch Hakenplatten
- 5-83b.7** Durch intervertebrale Cages
Inkl.: Distrahierbare intervertebrale Cages, intervertebrale Cages mit osteosynthetischer Fixierung
- 5-83b.8** Durch Fixateur externe
Hinw.: Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren
Die Extension d. Wirbelsäule ist gesondert zu kodieren (8-41)
- 5-83b.x** Sonstige
- 5-83b.y N.n.bez.

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2024

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2024

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

5-83w Zusatzinformationen zu Operationen an der Wirbelsäule

- 5-83w.0 Augmentation des Schraubenlagers
Inkl.: Augmentation durch Composite-Material
- 5-83w.1 Dynamische Stabilisierung
- 5-83w.2 Computergestützte Planung von Wirbelsäulenoperationen
- 5-83w.20 Ohne Verwendung von patientenindividuell angepassten Implantaten oder Zielinstrumentarium
- 5-83w.21 Mit Verwendung von patientenindividuell angepassten Implantaten
- 5-83w.22 Mit Verwendung von patientenindividuell angepasstem Zielinstrumentarium
- 5-83w.23 Mit Verwendung von patientenindividuell angepassten Implantaten und Zielinstrumentarium

ERGÄNZENDE OPS-KODES

Einsatz intraoperative Navigation:

- 5-988 Anwendung eines Navigationssystems
 - .0 Radiologisch
 - .1 Elektromagnetisch
 - .2 Sonographisch
 - .3 **Optisch**
 - .x Sonstige

Einsatz intraoperative Bildgebung - O-arm®:

- 3-992 Intraoperative Anwendung des Verfahrens
- 3-996 Anwendung eines 3D-Bildwandlers

4.3 Diagnosen ICD-10 GM 2024

Benutze die zusätzliche Schlüsselnummer M96.6, um anzugeben, dass die Fraktur beim Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte aufgetreten ist. Benutze eine zusätzliche Schlüsselnummer aus Z96.6-, um anzugeben, dass es sich um eine Fraktur bei bereits vorhandenem orthopädischen Gelenkimplantat handelt.

Traumatische Wirbelfrakturen

S22.0	Fraktur eines Brustwirbels: Höhe nicht näher bezeichnet
S22.01	Fraktur eines Brustwirbels: T1 und T2
S22.02	Fraktur eines Brustwirbels: T3 und T4
S22.03	Fraktur eines Brustwirbels: T5 und T6
S22.04	Fraktur eines Brustwirbels: T7 und T8
S22.05	Fraktur eines Brustwirbels: T9 und T10
S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12

S22.1 Multiple Frakturen der Brustwirbelsäule

S32.00	Fraktur eines Lendenwirbels: Höhe nicht näher bezeichnet
S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1
S32.02	Fraktur eines Lendenwirbels: L2
S32.03	Fraktur eines Lendenwirbels: L3
S32.04	Fraktur eines Lendenwirbels: L4
S32.05	Fraktur eines Lendenwirbels: L5

Osteoporotische Wirbelfrakturen

M80.08	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige
M80.18	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Sonstige
M80.28	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige
M80.38	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Sonstige
M80.48	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige
M80.58	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige
M80.88	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige
M80.98	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige

Pathologische Frakturen bei bösartiger Neubildung

Häufige Primärtumoren

C34.-	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
C34.0	Hauptbronchus
C34.1	Oberlappen (-Bronchus)
C34.2	Mittellappen (-Bronchus)
C34.3	Untere Lappen (-Bronchus)
C34.8	Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend
C34.9	Bronchus oder Lunge, n. näher bezeichnet

C50.- Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]

C50.0	Brustwarze und Warzenhof
C50.1	Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse
C50.2	Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse
C50.3	Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse
C50.4	Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
C50.5	Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse
C50.6	Recessus axillaris der Brustdrüse
C50.8	Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
C50.9	Brustdrüse, nicht näher bezeichnet

C61 Bösartige Neubildung der Prostata

Wirbelsäulenmetastasen

C79.5†	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes in Kombination mit einem Stern-Kode aus:
M49.5-*	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
M49.54*	Thorakalbereich
M49.55*	Thorakolumbalbereich
M49.56*	Lumbalbereich
M49.57*	Lumbosakralbereich

4.4 Sachkostenfinanzierung im aG-DRG-System

! **Achtung!**
Ausnahmetatbestände
für MedTech!

WELCHE AUSWIRKUNG HAT DIE SACHKOSTENKORREKTUR FÜR MEIN VERFAHREN?

Die Bewertung der Vergütung über pauschalisierte DRGs wird mit den Ist-Kostendaten der Kalkulationskrankenhäuser ermittelt und daraus der DRG-Katalog erstellt. Mit dem KHSG werden pauschal auf alle DRGs angenommene Übervergütungen auf der Sachkostenseite zugunsten von Personal und Infrastruktur abgewertet. Die Abkehr vom Ist-Kostenansatz der DRG-Kalkulation kann bei der isolierten Betrachtung der Sachkostenkorrekturwerte zu Fehlinterpretationen führen.

Die DRG ist eine Pauschalvergütung. Sie ist nicht geeignet, einzelne Behandlungen oder Medizinprodukte abzubilden. Auch der DRG-Report-Browser weist keinen sachgerechten Wert für das einzelne Medizinprodukt aus. Dies ist insbesondere bei Misch-DRGs zu berücksichtigen. Es handelt sich somit immer noch um Kostenmittelwerte ggf. mehrerer Verfahren und Produkte innerhalb einer DRG. Die Sachkostenkorrektur-Prozentwerte sind isoliert betrachtet irrelevant. Nur der Erlösvergleich zum Vorjahr, unter Berücksichtigung einer krankenhausesindividuellen Kostenträgerrechnung oder Prozesskostenanalysen, lässt eine Beurteilung der tatsächlichen Wirtschaftlichkeit eines einzelnen Behandlungsverfahrens zu.

Unbewertete DRGs oder nicht mit DRG vergütete Leistungen, Zusatzentgelte und NUB sind von der Sachkostenkorrektur ausgenommen. Eine umfassende Analyse der DRG-Kostenbestandteile der eigenen Leistungserbringung kommt eine wichtige Bedeutung zu, um Fehlsteuerungsanreize in der Versorgung zu vermeiden.

Weitere Informationen unter: <https://www.bvmed.de/de/versorgung/krankenhaus/sachkostenfinanzierung>

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2024

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

5. Abkürzungsverzeichnis

aG-DRG	German Diagnosis Related Groups (nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)
AWAR	Ausnahme Wiederaufnahmeregelung
BBFW	Bundesbasisfallwert
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BR	Bewertungsrelation
BVMed	Berufsverband Medizintechnologie
CC	Komplikationen und/oder Komorbiditäten
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis Related Group
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EV	Externe Verlegung
FDA	Fixkostendegressionsabschlag
FPV	Fallpauschalenvereinbarung
G-DRG	German Diagnosis Related Group
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
HD	Hauptdiagnose
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2024

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
KIE	Krankenhausindividuelles Entgelt
LBFW	Landesbasisfallwert
MD	Medizinischer Dienst
MD Bund	Medizinischer Dienst Bund
MVD	Mittlere Verweildauer
ND	Nebendiagnose
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
OGVD	Obere Grenzverweildauer
OPS	Operationen- und Prozeduren Schlüssel
SKK	Sachkostenkorrektur
UGVD	Untere Grenzverweildauer
ZE	Zusatzentgelt

6. Wichtige Links

Zum Zeitpunkt der Broschürenerstellung waren noch nicht alle Landesbasisfallwerte für 2024 vereinbart. Die aktuellen Landesbasisfallwerte entnehmen Sie bitte der Internetseite der AOK.

<http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/lbfw/index.html>

Alternativ können Sie die Landesbasisfallwerte auch der Internetseite des vdek entnehmen.

<https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/landesbasisfallwerte.html>

Kostenfreier Online Grouper für eine individuelle Gruppierungssimulation:

https://www.drg-research-group.de/index.php?option=com_webgrouper&view=webgrouper&Itemid=107

Hinweise zum aG-DRG-System 2024 auf der Website des InEK

<https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2024>

Kodierkataloge auf der Website des BfArM

https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/_node.html

Sachkostenfinanzierung im aG-DRG-System

<https://www.bvmed.de/de/versorgung/krankenhaus/sachkostenfinanzierung>

Ambulante Vergütung im Krankenhaus

<https://www.dkgev.de/themen/finanzierung-leistungskataloge/ambulante-verguetung/>

Weiterführende Hinweise zur Hybrid-DRG-Verordnung

<https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2023/380/VO>

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2024

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

Medtronic

Medtronic GmbH
Earl-Bakken-Platz 1
40670 Meerbusch

Telefon: +49-2159-81 49-0
Telefax: +49-2159-81 49-100
E-Mail: rs.dusreimbursement@medtronic.com

www.medtronic-reimbursement.de

Ihr Ansprechpartner

Dr. med. Andreas Witthohn
Reimbursement & Health Economics
Wirbelsäule, Biomaterialien & Neurovaskular

UC202409182 DEPFD © Medtronic GmbH
© Medtronic GmbH
All Rights Reserved. 02/2024

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.

Detaillierte Informationen über die Gebrauchsanweisung, Implantationsverfahren, Indikationen, Kontraindikationen, Warnhinweise, Vorsichtsmaßnahmen und mögliche Komplikationen sind dem Produkthandbuch zu entnehmen. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrem zuständigen Medtronic-Vertreter und/oder auf der Medtronic Website unter medtronic.de.

Informationen zu den jeweiligen Produkten finden Sie in der Gebrauchsanweisung unter www.medtronic.com/manuals. Handbücher können unter Verwendung der aktuellen Version eines gängigen Internet-Browsers eingesehen werden. Für optimale Ergebnisse verwenden Sie den Adobe Acrobat® Reader zusammen mit dem Browser.