
Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zur
Thermoablation per
MWA und RFA

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Glossar

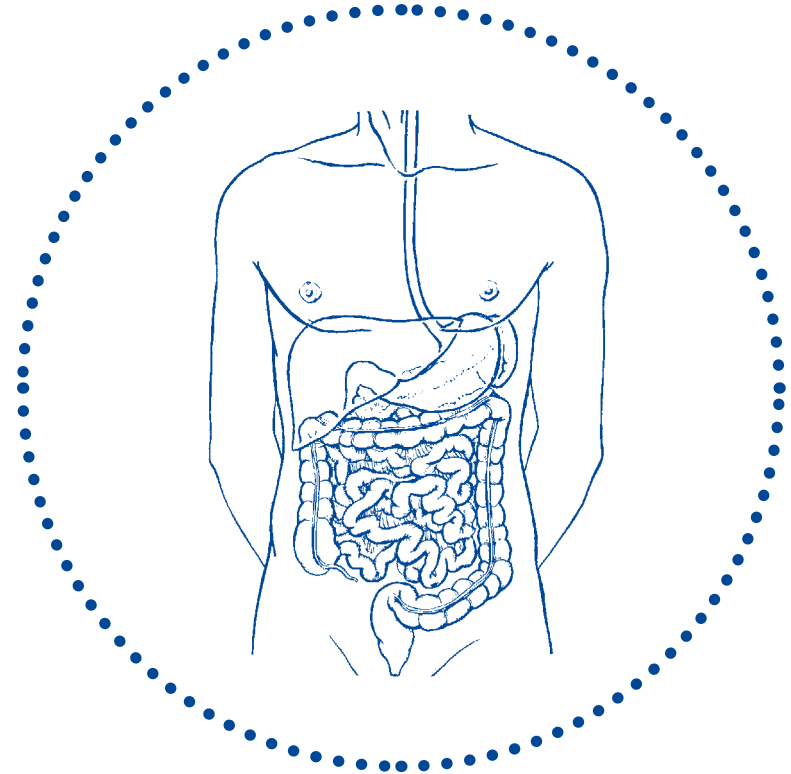
Abkürzungen

Wichtige Links

Kodierung und Vergütung in der stationären Versorgung 2023

Emprint™
Cool-tip™

RF Perkutane
Radiofrequenzablation
Mikrowellenablation



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

René Terhalle

Reimbursement Analyst DACH
Health Economics & Reimbursement

 Die Berechnung der Erlöse in dieser Unterlage erfolgt **mittels fiktivem Bundesbasisfallwert in Höhe von 4.000,00 €**. Gemäß der ab dem 1.1.2023 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

Erläuterungen zur
Thermoablation per
MWA und RFA

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

Inhaltsverzeichnis

- 1. Unser Reimbursement Leistungsangebot**
- 2. Worauf es in diesem Jahr ankommt**
 - 2.1 Neu ab 01.01.2023 Die tagesstationäre Behandlung
 - 2.2 Neu ab 01.01.2023 Kontextfaktoren lösen G-AEP Kriterien für Leistungen aus dem AOP-Katalog ab
 - 2.3 Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)
- 3. Erläuterungen zur Thermoablation per MWA und RFA**
- 4. Abbildung im aG-DRG-System 2023**
 - 4.1 Auszug Hauptdiagnosen
 - 4.2 Auszug Operationen- und Prozedurenschlüssel
 - 4.3 Kodierbeispiele
 - 4.4 Tabellarische Übersicht der Gesamterlöse 2023
 - 4.5 Grafische Übersicht der Zu- und Abschlagsrechnung
- 5. Glossar**
- 6. Abkürzungsverzeichnis**
- 7. 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
MDK 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 01.01.2023 Die tagesstationäre Behandlung

Am 2. Dezember 2022 wurde die tagesstationäre Behandlung gemäß §115e SGB V mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz im Bundestag verabschiedet. Hierbei geht es ausschließlich um Behandlungsfälle, die einer stationären Behandlung im Krankenhaus bedürfen. Liegt eine solche Indikation vor, können die Patient:innen Zuhause übernachten, wenn die medizinischen Umstände das zulassen. Die weiteren Bedingungen für die tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung sind zu dem Zeitpunkt der Erstellung dieser Broschüre dem Gesetzestext zu § 115e SGB V entnommen und stellen sich wie folgt dar:

- Zugelassene Krankenhäuser können gem. §115e SGB V in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorliegt, mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen.
- Voraussetzung ist, dass die Behandlung einen täglich mindestens sechsständigen Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus erfordert, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird.
- Leistungen nach den §§ **115b**, **115f** und **121**, Leistungen, die auf der Grundlage der §§ **116**, **116a**, **117**, **118a**, **119** oder sonstiger Ermächtigungen ambulant erbracht werden können, nach § **116b** ambulant erbringbare Leistungen, eintägige Behandlungen ohne Einweisung und Behandlungen in der Notaufnahme eines Krankenhauses können nicht als tagesstationäre Behandlung erbracht werden.
- Bei Versicherten, die einen Anspruch auf Leistungen nach § **37** haben, kann eine tagesstationäre Behandlung nicht erbracht werden.
- Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die notwendigen Leistungen nach § **39** Absatz 1 Satz 3 bei Bedarf jederzeit zur Verfügung stehen.
- Im Rahmen der tagesstationären Behandlung besteht ab dem Zeitpunkt der ersten Aufnahme im Krankenhaus kein Anspruch auf Fahrkosten nach § 60; ausgenommen sind Rettungsfahrten zum Krankenhaus nach § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und Krankenfahrten, die nach § 60 Absatz 1 Satz 3 in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 auch zu ambulanten Behandlungen übernahmefähig wären. Das Krankenhaus ist verpflichtet, die Patientinnen und Patienten hierauf gesondert und in geeigneter Weise hinzuweisen.

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zur
Thermoablation per
MWA und RFA

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

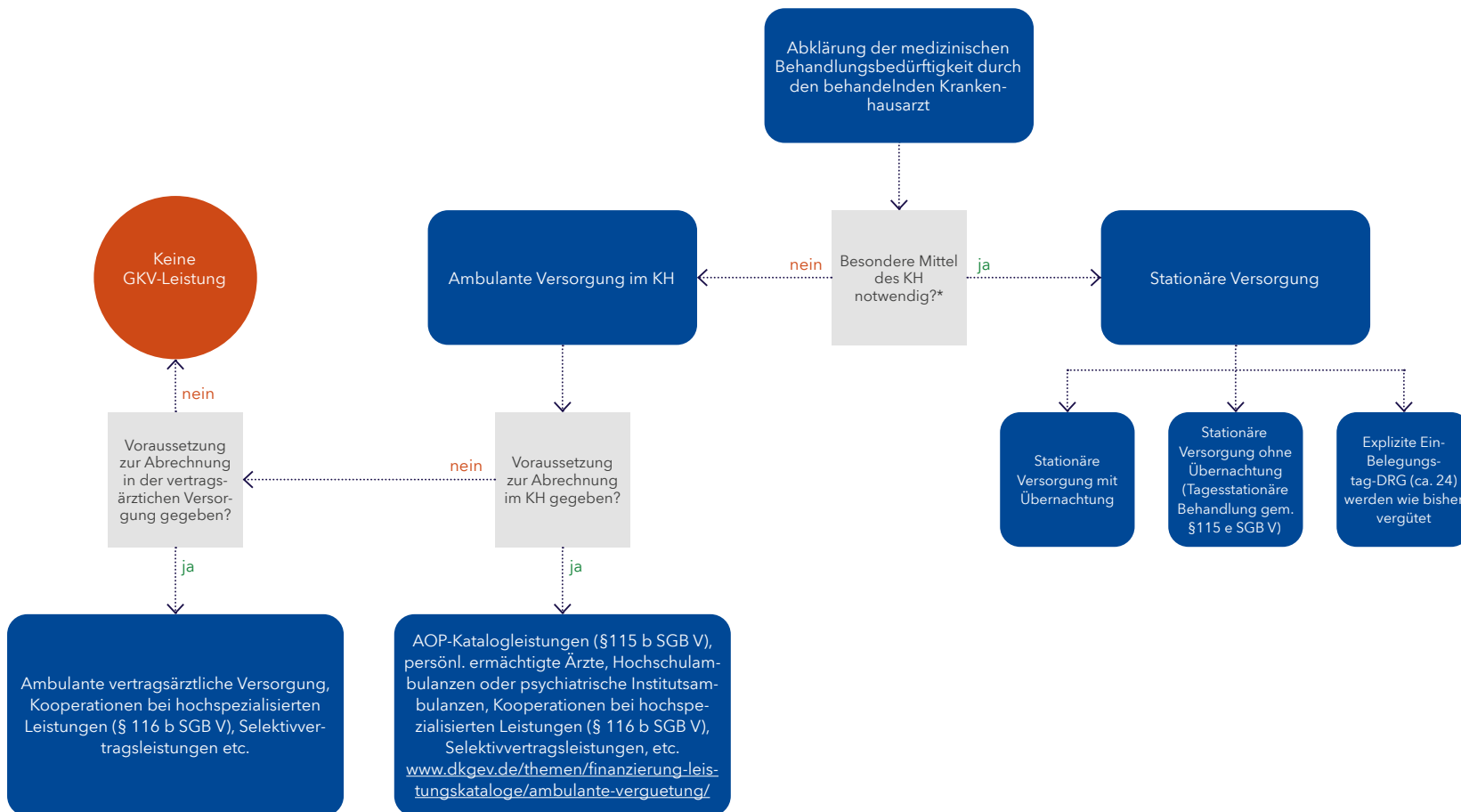
Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

- Die Abrechnung der tagesstationären Behandlung erfolgt mit den auf der Grundlage des Krankenhausentgeltgesetzes abrechenbaren Entgelten für vollstationäre Krankenhausleistungen, die für alle Benutzerinnen und Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen sind.
 - Sofern Patientinnen und Patienten zwischen ihrer Aufnahme in das Krankenhaus und ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus für eine tagesstationäre Behandlung nicht über Nacht im Krankenhaus versorgt werden, ist für die nicht anfallenden Übernachtungskosten pauschal ein Abzug von den für den vollstationären Aufenthalt insgesamt berechneten Entgelten vorzunehmen, der 0,04 Bewertungsrelationen je betreffender Nacht entspricht, wobei der Abzug einen Anteil von 30 Prozent der Entgelte für den Aufenthalt insgesamt nicht überschreiten darf.
- Bei Erbringung einer tagesstationären Behandlung ist eine Prüfung der Notwendigkeit von Übernachtungen von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus durch den Medizinischen Dienst nach § 275c während des Krankenhausaufenthalts nicht zulässig.
- Näheres oder Abweichendes zur Berechnung der Entgelte und der Prüfung der Notwendigkeit von Übernachtungen durch den Medizinischen Dienst vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bis zum 27. Juni 2023.
 - Kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.
- Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren bis zum 28. Januar 2023 die Anforderungen an die Dokumentation; dabei ist sicherzustellen, dass die tägliche Behandlungsdauer dokumentiert wird.
 - Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.
- Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. Juli 2023 und zum 30. Juli 2024 jeweils einen gemeinsamen Bericht über das Ausmaß der tagesstationären Behandlung und ihre Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den Krankenhäusern in anonymisierter Form zu übermitteln.

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



* 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 den AOP-Katalog)

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

Zum 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 Kategorisierungsnummer 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 explizit 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

Die Vertragsparteien des AOP-Vertrags werden die Anwendung der Kontextfaktoren bis spätestens 31.12.2024 evaluieren und auf dieser Grundlage eine Weiterentwicklung der Kontextfaktoren vornehmen.

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zur
Thermoablation per
MWA und RFA

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

ÜBERGANGSREGELUNGEN

Aufgrund erforderlicher Vorlaufzeiten in der Umstellung des AOP-Katalogs samt Kontextfaktoren werden Übergangsregelungen getroffen (§ 24 des AOP-Vertrags):

- Sofern Patienten bis einschließlich 31.03.2023 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.
- Sofern Patienten bis einschließlich 15.02.2023 zur stationären Durchführung einer Leistung nach Anlage 1 in ein Krankenhaus aufgenommen werden, wird die Abrechnung des Krankenhauses für diese Leistung nicht im Hinblick darauf überprüft, ob ein Kontextfaktor nach Anlage 2 vorgelegen hat. Aufgrund des kurzen Zeitfensters zwischen der Veröffentlichung der neuen Regelungen und dem Inkrafttreten soll es den Krankenhäusern übergangsweise ermöglicht werden auch solche Patienten stationär zu behandeln, bei denen Begleitumstände vorliegen und deren Operationstermin bereits geplant ist.

Nähere Informationen: AOP Katalog 2023, Anlage

Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)

SACHKOSTENFINANZIERUNG IM G-DRG-SYSTEM 2023

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.

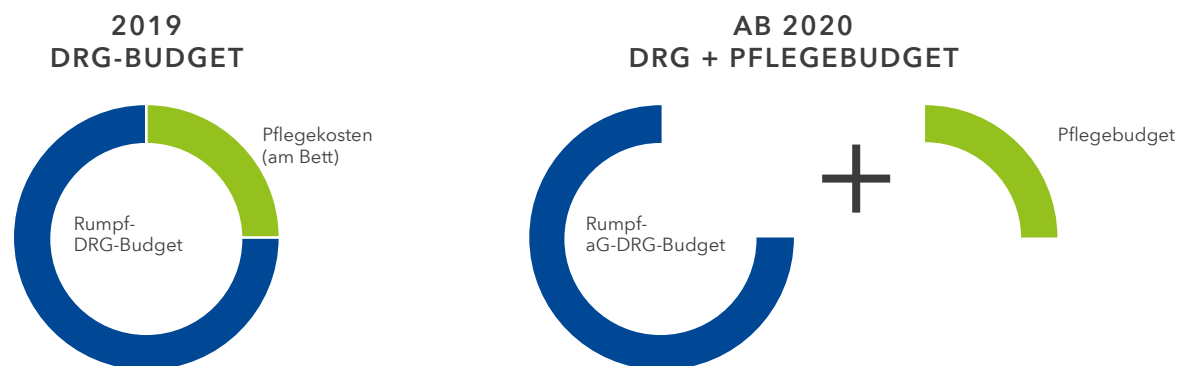


Abbildung 1:
Die Zusammensetzung des
Krankenhausbudgets ab 2020

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

Erläuterungen zur Thermoablation per MWA und RFA

Abbildung im aG-DRG-System 2023

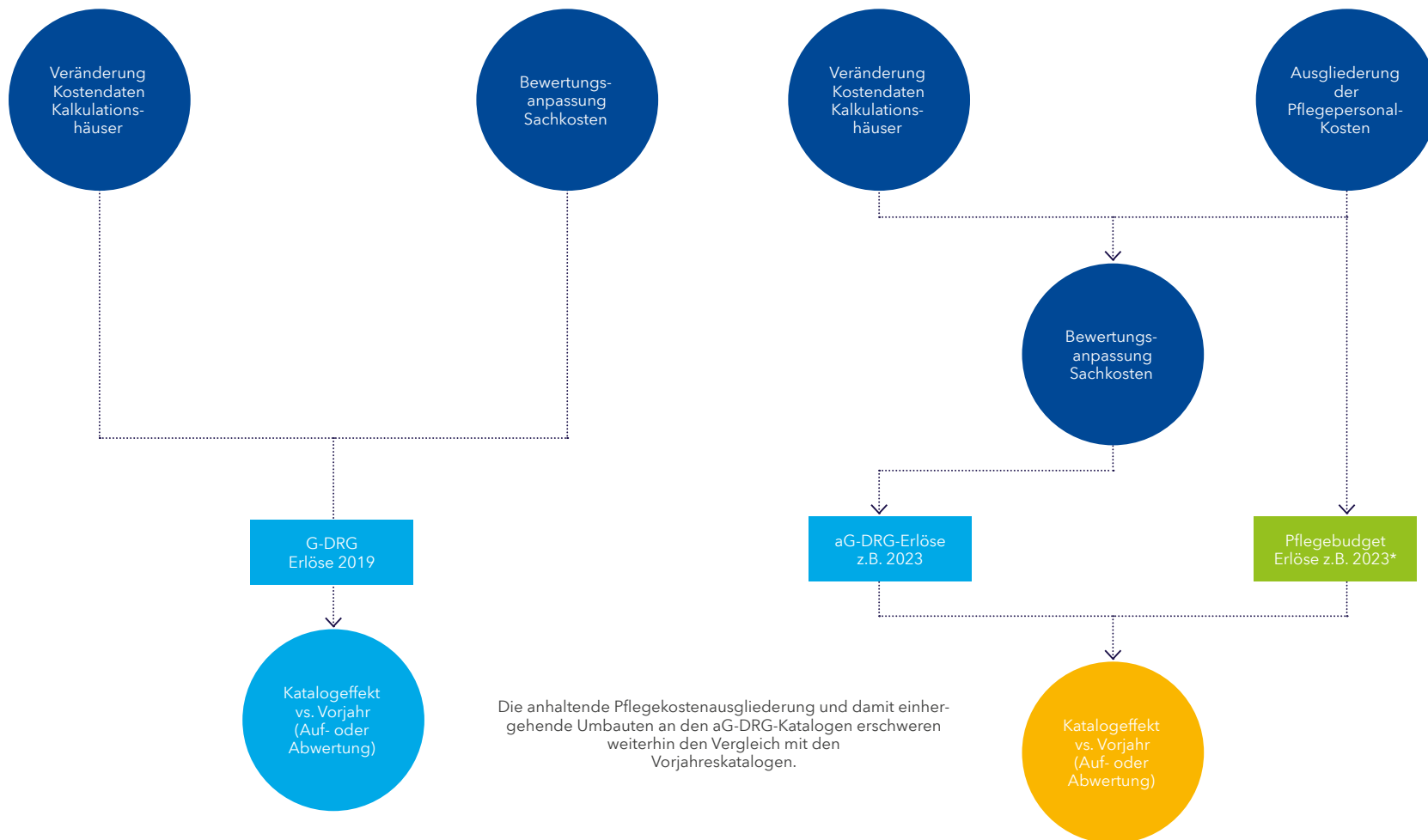
Glossar

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 Bewertungsrelation/Tag
					Erster Tag mit Abschlag	Bewertungsrelation /Tag	Erster Tag zus. Entgelt	Bewertungsrelation /Tag				
1	2	3	4	6	7	8	9	10	11	12	13	14

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

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

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

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

ERLÖSBETRACHTUNG IM aG-DRG SYSTEM 2023

(Rumpf)DRG-Abrechnung

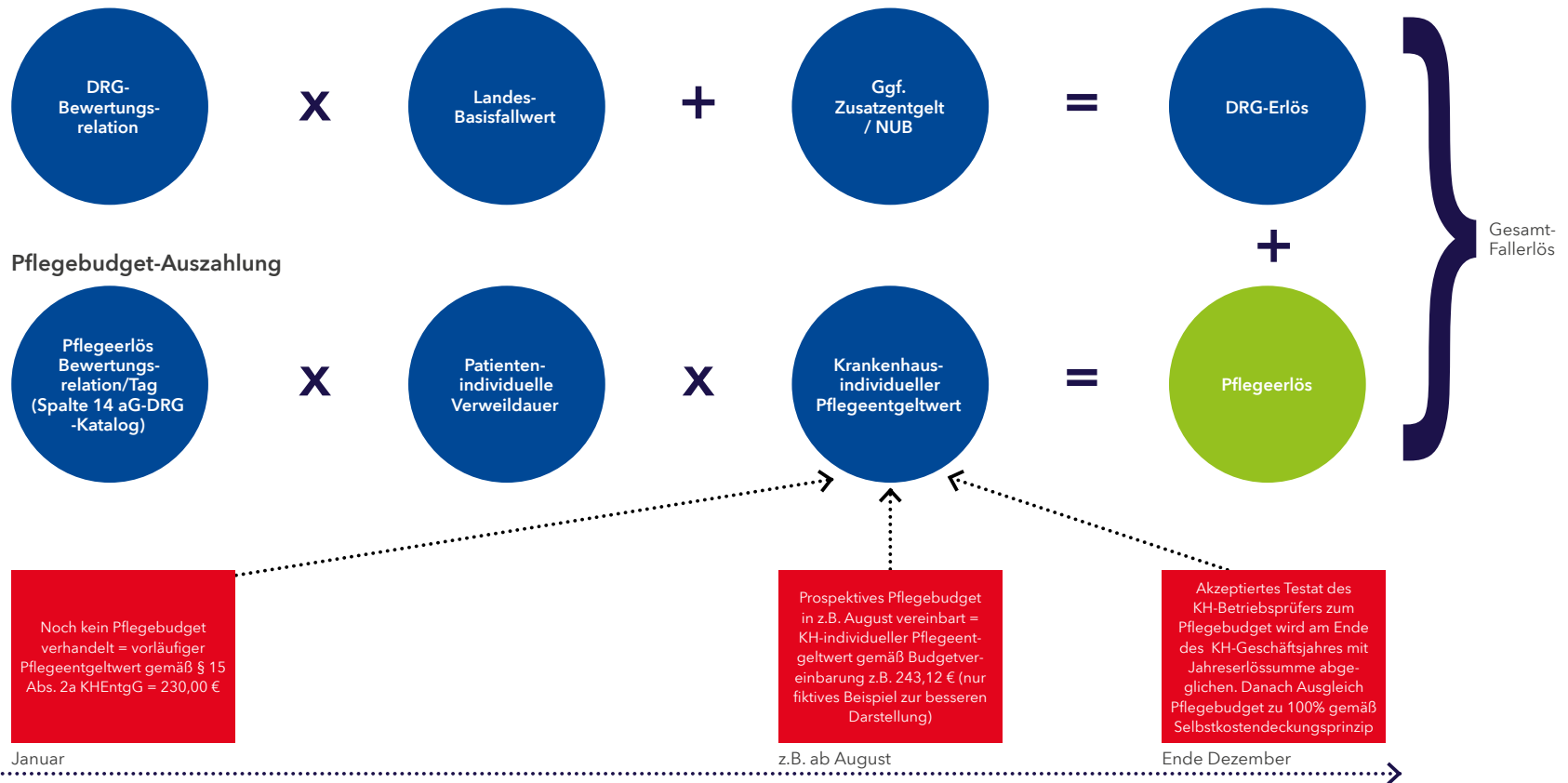


Abbildung 4: Erlösbetrachtung im aG-DRG System 2023

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zur
Thermoablation per
MWA und RFA

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

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.

- 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.

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zur
Thermoablation per
MWA und RFA

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Glossar

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. Erläuterungen zur Thermoablation per MWA und RFA

Erläuterungen zu unseren Tumorablationssystemen

Die Mikrowellen- und Radiofrequenzablation sind wichtige Bausteine in der Tumorthherapie und können sowohl kurativ als auch palliativ eingesetzt werden.

Medtronic bietet mit dem mikrowellenbasierten Emprint™ sowie dem Cool-tip™ E Series modernste Technologien für die Thermoablation an, um optimale Ablationsergebnisse zu erzielen.

Das Emprint™ Ablationssystem ist zur Verwendung bei der laparoskopischen, intraoperativen und schonend perkutanen (CT- oder ultraschallgesteuert) Koagulation (Ablation) von Weichgewebe vorgesehen, einschließlich der teilweisen oder vollständigen Ablation von nicht resezierbaren Lebertumoren.

Das Cool-tip™ HF Ablationssystem ist für die laparoskopische, intraoperative und schonend perkutane (CT- oder ultraschallgesteuert) Koagulation (Ablation) von Gewebe, einschließlich zur teilweisen oder vollständigen Ablation von nicht resezierbaren Lebertumoren und knochenartigen Osteomen innerhalb von Knochen vorgesehen.

Beide Systeme sind nicht für die Anwendung von kardiologischen Verfahren bestimmt.



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zur
Thermoablation per
MWA und RFA

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

4. Abbildung im aG-DRG-System 2023

Auszug Hauptdiagnosen

Auszug Operationen- und Prozedurenschlüssel

Kodierbeispiele

Tabellarische Übersicht
der Gesamterlöse

Grafische Übersicht der
Zu- und Abschlagsrechnung

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zur
Thermoablation per
MWA und RFA

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

4.1 Auszug Hauptdiagnosen

Lunge

- C34.-** Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
- C34.0** Hauptbronchus (inkl.: Carina tracheae, Hilus (Lunge))
- C34.1** Oberlappen (-Bronchus)
- C34.2** Mittellappen (-Bronchus)
- C34.3** Unterlappen (-Bronchus)
- C34.8** Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend
- C78.0** Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge

Leber

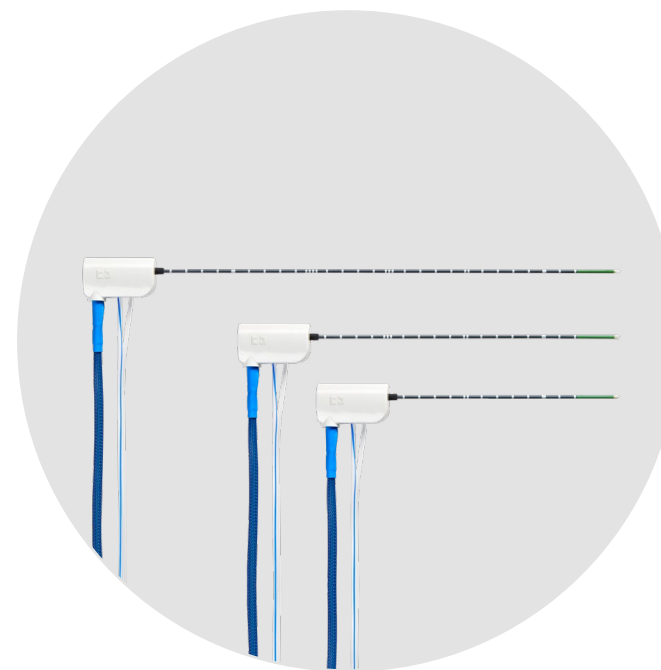
- C22.0** Leberzellkarzinom (inkl.: Carcinoma hepatocellulare)
- C78.7** Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge

Niere

- C64** Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
- D35.0** Gutartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter endokriner Drüsen: Nebenniere
- C74.0** Bösartige Neubildung der Nebenniere

Knochen

- D16.-** Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels
- D16.0** Skapula und lange Knochen der oberen Extremität
- D16.1** Kurze Knochen der oberen Extremität
- D16.2** Lange Knochen der unteren Extremität
- D16.3** Kurze Knochen der unteren Extremität



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zur
Thermoablation per
MWA und RFA

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

4.2 Auszug Operationen- und Prozedurenschlüssel

Lunge

MWA 5-339.26 Destruktion von erkranktem Lungengewebe: Durch Mikrowellenablation, perkutan
Hinw.: Das bildgebende Verfahren ist im Kode enthalten
Hinw.: Die Anzahl der verwendeten Nadeln zur Destruktion ist gesondert zu kodieren (5-98h ff.)

Leber

MWA 5-501.a0 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Destruktion, lokal, durch Mikrowellenablation: Offen chirurgisch
Hinw.: Die Anzahl der verwendeten Nadeln zur Destruktion ist gesondert zu kodieren (5-98h ff.)

5-501.a3 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Destruktion, lokal, durch Mikrowellenablation: Perkutan
Hinw.: Das bildgebende Verfahren ist im Kode enthalten
Hinw.: Die Anzahl der verwendeten Nadeln zur Destruktion ist gesondert zu kodieren (5-98h ff.)

Niere

MWA 5-552.43 Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere: Destruktion, offen chirurgisch: Durch Mikrowellenablation
Hinw.: Die Anzahl der verwendeten Nadeln zur Destruktion ist gesondert zu kodieren (5-98h ff.)

5-552.55 Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere: Destruktion, perkutan-transrenal: Durch Mikrowellenablation
Hinw.: Die Anzahl der verwendeten Nadeln zur Destruktion ist gesondert zu kodieren (5-98h ff.)

Knochen

RFA 5-789.6 Andere Operationen am Knochen: Destruktion, durch Radiofrequenzthermoablation, perkutan
Hinw.: Die Knochenbohrung und das bildgebende Verfahren sind im Kode enthalten
Hinw.: Die Anzahl der verwendeten Nadeln zur Destruktion ist gesondert zu kodieren (5-98h ff.)

Zusatzkodierung

5-98h- Anzahl der Nadeln zur Destruktion
Inkl.: Nadeln zur irreversiblen Elektroporation, Kryoablationsnadeln, Mikrowellenablationsnadeln, Radiofrequenzablationsnadeln

5-98h.2 1 Nadel

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zur
Thermoablation per
MWA und RFA

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

4.3 Kodierbeispiele

Lunge

Leber

Niere

Knochen

Exkurs
Offen chirurgischer Eingriff

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zur
Thermoablation per
MWA und RFA

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

LUNGE

Bösartige Neubildung

Kode	Text
Hauptdiagnose	
C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)

Prozeduren	
5-339.26	Destruktion von erkranktem Lungengewebe: Durch Mikrowellenablation, perkutan, z.B.Emprint™
5-98h.2	Anzahl der Nadeln zur Destruktion: 1 Nadel

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 aufwendigen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne endoskop. Lungenvolumenred., ohne anderen mäßig kompl. Eingriff	0,855

DRG-Erlös*	3.420,00 €
	Pflege-Relativgewicht: 0,6671

Bösartige Neubildung mit relevanten Nebendiagnosen, PCCL > 4

Kode	Text
Hauptdiagnose	
C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)

Nebendiagnosen	
J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet
N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3
K85.10	Biliäre akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation
I50.14	Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe

Prozeduren	
5-339.26	Destruktion von erkranktem Lungengewebe: Durch Mikrowellenablation, perkutan, z.B.Emprint™
5-98h.2	Anzahl der Nadeln zur Destruktion: 1 Nadel

DRG	Text	Relativgewicht
E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit aufwendigem Eingriff oder schwersten CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte oder Alter < 10 Jahre	2,494

DRG-Erlös*	9.976,00 €
	Pflege-Relativgewicht: 0,9850

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 € ([weitere Infos](#))

 [Weitere Infos siehe hier](#)

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zur
Thermoablation per
MWA und RFA

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

LEBER

Bösartige Neubildung

Kode	Text
Hauptdiagnose	
C22.0	Leberzellkarzinom

Prozeduren	
5-501.a3	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Destruktion, lokal, durch Mikrowellenablation: Perkutan, z.B. Emprint™
5-98h.2	Anzahl der Nadeln zur Destruktion: 1 Nadel

DRG	Text	Relativgewicht
H06C	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation	0,928

DRG-Erlös*	3.712,00 €
	Pflege-Relativgewicht: 0,7536


Bösartige Neubildung mit relevanten Prozeduren

Kode	Text
Hauptdiagnose	
C22.0	Leberzellkarzinom

Nebendiagnosen	
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium V

Prozeduren	
5-501.a3	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Destruktion, lokal, durch Mikrowellenablation: Perkutan, z.B. Emprint™
5-98h.2	Anzahl der Nadeln zur Destruktion: 1 Nadel
8-854.61	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CV-VHD), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 24 bis 72 Stunden

DRG	Text	Relativgewicht
H06B	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation	1,615

DRG-Erlös*	6.460,00 €
zzgl. ZE	ZE 120.02 615,32 €
DRG + ZE	7.075,32 €
	Pflege-Relativgewicht: 0,9152

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 € ([weitere Infos](#))

 [Weitere Infos siehe hier](#)

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zur
Thermoablation per
MWA und RFA

Abbildung im
aG-DRG-System
2023


Glossar

Abkürzungen


Wichtige Links

NIERE

Bösartige Neubildung

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	
Prozeduren		
5-552.55	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere: Destruktion, perkutan-transrenal: Durch Mikrowellenablation, z.B. Emprint™	
5-98h.2	Anzahl der Nadeln zur Destruktion: 1 Nadel	
DRG	Text	Relativgewicht
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostatektomie und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter > 15 Jahre oder Alter < 90 Jahre	0,569
DRG-Erlös*		2.276,00 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,7536

Bösartige Neubildung, **Patientenalter unter 16 Jahre**

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	
Prozeduren		
5-552.55	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere: Destruktion, perkutan-transrenal: Durch Mikrowellenablation, z.B. Emprint™	
5-98h.2	Anzahl der Nadeln zur Destruktion: 1 Nadel	
DRG	Text	Relativgewicht
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostatektomie und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre oder Alter > 89 Jahre	0,756
DRG-Erlös*		3.024,00 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,7916

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 € ([weitere Infos](#))

 [Weitere Infos siehe hier](#)

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zur
Thermoablation per
MWA und RFA

Abbildung im
aG-DRG-System
2023


Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

KNOCHEN

Bösartige Neubildung

Kode	Text	Relativgewicht
Hauptdiagnose		
D16.0	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Skapula und lange Knochen der oberen Extremität	
Prozeduren		
5-789.6	Anderer Operationen am Knochen: Destruktion, durch Radiofrequenzthermoablation, perkutan, z.B. Cool-tip™	
5-98h.2	Anzahl der Nadeln zur Destruktion: 1 Nadel	
DRG		
I10G	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne wenig komplexen Eingriff oder ein Belegungstag, mit anderem kleinen Eingriff	0,629
DRG-Erlös*		2.516,00 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,7479

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 € ([weitere Infos](#))

 [Weitere Infos siehe hier](#)

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zur
Thermoablation per
MWA und RFA

Abbildung im
aG-DRG-System
2023


Glossar

Abkürzungen


Wichtige Links

EXKURS: KODIERBEISPIELE FÜR OFFEN-CHIRURGISCHE EINGRIFFE MITTELS RFA UND MWA


Offen-chirurgischer Eingriff mittels MWA an der Leber

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	
Prozeduren		
5-501.a0	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Destruktion, lokal, durch Mikrowellenablation: Offen-chirurgisch	
5-98h.2	Anzahl der Nadeln zur Destruktion: 1 Nadel	
DRG	Text	Relativgewicht
H09B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, ohne bestimmten Eingriff oder ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff am Dünndarm mit bestimmten komplizierenden Faktoren	2,513
DRG-Erlös*		10.052,00 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,9266

Offen-chirurgischer Eingriff mittels MWA an der Niere

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	
Prozeduren		
5-552.43	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere: Destruktion, offen chirurgisch: Durch Mikrowellenablation	
5-98h.2	Anzahl der Nadeln zur Destruktion: 1 Nadel	
DRG	Text	Relativgewicht
L13B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC, ohne komplexen Eingriff, mit anderem Eingriff	1,879
DRG-Erlös*		7.516,00 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,7621

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 € ([weitere Infos](#))

 [Weitere Infos siehe hier](#)

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zur
Thermoablation per
MWA und RFA

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

4.4 Tabellarische Übersicht der Gesamterlöse 2023

DRG	Partition	Bezeichnung	Bew.rel. Hauptab- teilung	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Erlös*	Pfleger- lös Bew. rel./Tag	Pfleger- lös/ Tag **
				1. Tag mit Ab- schlag	Bew.rel. / Tag	1. Tag zus. Entgelt	Bew.rel. /Tag			
1	2	3	4	7	8	9	10		14	
Lunge										
Bösartige Neubildung										
E02D	○	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	0,855	-	-	13	0,086	3.420,00 €	0,6671	153,43 €
Bösartige Neubildung mit relevanten Nebendiagnosen, PCCL > 4										
E02A	○	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit aufwendigem Eingriff oder schwersten CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte oder Alter < 10 Jahre	2,494	5	0,313	33	0,080	9.976,00 €	0,9850	226,55 €
Leber										
Bösartige Neubildung										
H06C	○	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation	0,928	1	0,337	16	0,086	3.712,00 €	0,7536	173,33 €
Bösartige Neubildung mit relevanten Prozeduren										
H06B	○	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation	1,615	4	0,288	28	0,072	6.460,00 €	0,9152	210,50 €
Offen-chirurgischer Eingriff an der Leber										
H09B	○	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, ohne bestimmten Eingriff oder ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff am Dünndarm mit bestimmten komplizierenden Faktoren	2,513	2	0,394	20	0,080	10.052,00 €	0,9266	213,12 €

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 € ([weitere Infos](#))
 ** vorläufiger tagesbezogener Pflegeentgeltwert 230,00 €

 [Weitere Infos siehe hier](#)

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zur
Thermoablation per
MWA und RFA

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

DRG	Partition	Bezeichnung	Bew.rel. Hauptab- teilung	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Erlös*	Pfleger- lös Bew. rel./Tag	Pfleger- lös/ Tag **
				1. Tag mit Ab- schlag	Bew.rel. / Tag	1. Tag zus. Entgelt	Bew.rel. /Tag			
1	2	3	4	7	8	9	10		14	

Niere

Bösartige Neubildung

L20C	○	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter > 15 Jahre oder Alter < 90 Jahre	0,569	1	0,128	7	0,067	2.276,00 €	0,7536	173,33 €
------	---	---	-------	---	-------	---	-------	------------	--------	----------

Bösartige Neubildung: Patientenalter <16 Jahre

L20B	○	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre oder Alter > 89 Jahre	0,756	1	0,159	7	0,073	3.024,00 €	0,7916	182,07 €
------	---	---	-------	---	-------	---	-------	------------	--------	----------

Offen-chirurgischer Eingriff an der Niere

L13B	○	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC, ohne komplexen Eingriff, mit anderem Eingriff	1,879	1	0,332	12	0,068	7.516,00 €	0,7621	175,28 €
------	---	--	-------	---	-------	----	-------	------------	--------	----------

Knochen

Gutartige Neubildung

I10G	○	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne wenig komplexen Eingriff oder ein Belegungstag, mit anderem kleinen Eingriff	0,629	1	0,169	12	0,070	2.516,00 €	0,7479	172,02 €
------	---	---	-------	---	-------	----	-------	------------	--------	----------

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 € ([weitere Infos](#))
 ** vorläufiger tagesbezogener Pflegeentgeltwert 230,00 €



FORMEL ZUR BERECHNUNG DER PFLEGEERLÖSE IN 2023



Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag x patientenindividueller Verweildauer x Pflegeentgeltwert**

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 230,00 € 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 erfolgt ein Ausgleich des Pflegebudgets zu 100% gemäß Selbstkostendeckungsprinzip.

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

! BEISPIELHAFTE ERLÖSBERECHNUNG EMPRINT™ DRG H06C

Patientenindividuelle Verweildauer = 2¹

DRG-Erlös:	3.712,00 €	(Bew.Rel 0,928 x 4.000,00 €*)
+ Pflegeerlös:	346,66 €	(Bew.Rel Pflege 0,7536 x 230,00 €** x 2 Belegungstage/Verweildauer)
Gesamtfallerlös:	4.058,66 €	

¹ Aufnahme- und Entlassungstag = 1 Belegungstag,
* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 € ([weitere Infos](#))
** vorläufiger tagesbezogener Pflegeentgeltwert 230,00 €

 [Weitere Infos siehe hier](#)

4.5 Grafische Übersicht der Zu- und Abschlagsrechnung

ABSCHLÄGE

Untere Grenzverweildauer

Im Fallpauschalenkatalog wird für jede aG-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“ je Tag (lt. FP Katalog Spalte 8) x Basisfallwert x UGVD-Belegungstage* = UGVD Gesamtabschluss

DRG	Verbleibender Erlös bei:					
	1 Belegung ¹	2 Belegtage	3 Belegtage	4 Belegtage	5 Belegtage	6 Belegtage
E02D	*	3.420,00 €	3.420,00 €	3.420,00 €	3.420,00 €	3.420,00 €
E02A	3.716,00 €	4.968,00 €	6.220,00 €	7.472,00 €	8.724,00 €	9.976,00 €
H06C	2.364,00 €	3.712,00 €	3.712,00 €	3.712,00 €	3.712,00 €	3.712,00 €
H06B	1.852,00 €	3.004,00 €	4.156,00 €	5.308,00 €	6.460,00 €	6.460,00 €
H09B	6.900,00 €	8.476,00 €	10.052,00 €	10.052,00 €	10.052,00 €	10.052,00 €
L13B	6.188,00 €	7.516,00 €	7.516,00 €	7.516,00 €	7.516,00 €	7.516,00 €
L20B	2.388,00 €	3.024,00 €	3.024,00 €	3.024,00 €	3.024,00 €	3.024,00 €
L20C	1.764,00 €	2.276,00 €	2.276,00 €	2.276,00 €	2.276,00 €	2.276,00 €
I10G	1.840,00 €	2.516,00 €	2.516,00 €	2.516,00 €	2.516,00 €	2.516,00 €

* bei 1 Belegungstag E02E

ANMERKUNG ZUM BEGRIFF DER VERWEILDAUER

Die Verweildauer entspricht der Zahl der Belegungstage. Dies sind Aufnahmetag und jeder weitere Tag ohne den Entlassungs- oder Verlegungstag.

Wird ein Patient oder eine Patientin am gleichen Tag aufgenommen und entlassen ist dieser Tag Aufnahmetag, die Verweildauer beträgt dann einen Belegungstag. Von der Berechnung der Verweildauer werden alle Urlaubstage des Patienten ausgeschlossen (§1 Abs. 7 FPV 2023).

Im Fallpauschalenkatalog ist für jede G-DRG eine durchschnittliche Verweildauer, sowie der 1. Tag mit Abschlag und der 1. Tag mit Zuschlag genannt.

Wichtig hierbei ist die Unterscheidung der Begriffe UGVD (Untere Grenzverweildauer) und OGVD (Obere Grenzverweildauer), welche den Rahmen beschreiben, innerhalb dessen eine DRG noch über die Pauschale vergütet wird und den Angaben zum 1. Tag mit Zu- oder Abschlag, an denen bereits eine Kürzung oder Mehrvergütung des Erlöses erfolgt.

¹ Aufnahme- und Entlassungstag = 1 Belegungstag

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zur
Thermoablation per
MWA und RFA

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Literatur
& Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

5. Glossar

aG-DRG	German Diagnosis Related Groups (nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)
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: Viertthöchster 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 Case-Mix-Index (CMI) entspricht der durchschnittlichen ökonomischen Fallschwere einer Menge von Behandlungsfällen (mittlere ökonomische Fallschwere). Er berechnet sich aus dem Case-Mix dividiert durch die zugrundeliegenden Fälle.
CC-Kodes	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 katastrophale CC bewertet.

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zur
Thermoablation per
MWA und RFA

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Literatur
& Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

Cost-Weight

Kurz: CW, siehe Bewertungsrelation

DRGs

Diagnosis Related Groups. Diagnosebezogene Fallgruppen sind ein Patientenklassifikationssystem, das anhand klinischer Daten die Behandlung der Patienten in ökonomische Fallpauschalen umsetzt. Jedem stationären Aufenthalt wird genau eine DRG zugeordnet. Ein Behandlungsfall wird nach pauschalierten Preisen vergütet, die sich am durchschnittlichen Behandlungsaufwand der betreffenden Behandlungsfallgruppe orientieren.

Fallpauschalenvereinbarung

Die Fallpauschalenvereinbarung enthält die für das jeweilige Jahr gültigen Abrechnungsregeln sowie als Anlagen: den aktuellen Fallpauschalenkatalog (Anlage 1), die DRGs, für die keine bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen kalkuliert wurden und die nach § 6 Abs. 1 KHEntgG krankenhausspezifisch individuell verhandelt werden müssen (Anlage 3), die mit einem bundesweit gültigen Preis versehenen Zusatzentgelte nach § 17 b KHG (Anlagen 2 und 5), die Zusatzentgelte, für die keine bundeseinheitlichen Preise kalkuliert wurden und die nach § 6 Abs. 1 KHEntgG krankenhausspezifisch individuell verhandelt werden müssen (Anlagen 4 und 6). Kommt es nicht zu einer Einigung der Selbstverwaltungspartner, werden die Abrechnungsregeln und der Fallpauschalenkatalog nebst Anlagen vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung per Rechtsverordnung vorgegeben.

Grenzverweildauer

Die im Fallpauschalenkatalog angegebene Bewertungsrelation gilt nur für Fälle, die zwischen oberer und unterer Grenzverweildauer behandelt wurden. Die untere Grenzverweildauer (uGVD) beträgt im aG-DRG-System ein Drittel der mittleren arithmetischen Verweildauer, mindestens jedoch zwei Tage. Die obere Grenzverweildauer (oGVD) berechnet sich aus der mittleren arithmetischen Verweildauer zuzüglich der doppelten Standardabweichung oder einer bestimmten Anzahl von Tagen. Die effektive Bewertungsrelation ergibt sich durch die DRG-Bewertungsrelation zu- bzw. abzüglich der im Fallpauschalenkatalog ausgewiesenen Zu-/Abschläge für die Unter- bzw. Überschreitung der unteren/oberen Grenzverweildauer multipliziert mit der Anzahl der Tage ab der jeweiligen Grenzverweildauer.

Grouper

Der Grouper ist eine Software für die DRG-Zuordnung. Anhand von in den Definitionshandbüchern der DRGs festgelegten Gruppierungsalgorithmen werden die Behandlungsfälle einer DRG zugeordnet.

Hauptdiagnose

Die DRG-Hauptdiagnose (HD) ist die nach Analyse eines Falles festzulegende Hauptdiagnose für den gesamten stationären Aufenthalt.

InEK

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) ist ein von der Selbstverwaltung gegründetes Institut und unterstützt die Vertragspartner der Selbstverwaltung bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems. Das InEK wurde 2001 gegründet.

Landesbasisfallwert

Der Landesbasisfallwert (landesweit gültiger Basisfallwert) ist der bewertete durchschnittliche Fallerlös aller stationären Fälle in einem Bundesland. Der Gesetzgeber sieht vor, dass Landeskrankenhausgesellschaften und die Krankenkassen den Landesbasisfallwert vereinbaren.

MDC

Major Diagnostic Category. Organsystem bezogene Gliederung der DRGs zu sogenannten Hauptdiagnosegruppen. Es existieren 23 MDCs. Innerhalb der MDCs verteilen sich die DRGs auf max. drei Partitionen. Die Einteilung/Zuordnung zu den Partitionen erfolgt auf Basis der Prozeduren.

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zur
Thermoablation per
MWA und RFA

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Literatur
& Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

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.

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 fünf Werte zwischen 0 und 6 annehmen.

Sozialmedizinische Expertengruppe

Sozialmedizinische Expertengruppen sind gemeinsame Einrichtungen der Medizinischen Dienste. Sie bearbeiten sozialmedizinische Fragestellungen, die sich auf die Kernaufgaben der Medizinischen Dienste in der Beratung und Begutachtung beziehen. Es gibt sieben SEG, welche die zentralen Beratungs- und Begutachtungsfelder der Medizinischen Dienste abdecken. Zu ihren wesentlichen Aufgaben gehört es, eine bundesweit einheitliche Begutachtung herzustellen bzw. zu sichern. Die SEG 4 deckt den Bereich »Vergütung und Abrechnung« ab.

Verweildauer

Die Verweildauer entspricht der Zahl der Belegungstage. Belegungstage sind Aufnahmetag und jeder weitere Tag, nicht jedoch der Entlassungs- oder Verlegungstag. Bei Aufnahme und Entlassung am gleichen Tag beträgt die Verweildauer einen Belegungstag. Urlaubstage werden bei der Berechnung der Verweildauer ausgeschlossen.

Zusatzentgelte

Zusatzentgelte (ZE) können im DRG-System zusätzlich zu einer DRG vergütet werden. Sie wurden eingeführt, um sehr teure Leistungen und Medikamente zu vergüten, die anhand von Fallpauschalen nur schwer abzubilden sind. Es gibt bundesweit mit einem Preis versehene ZE (§ 17 b KHG), diese sind in den Anlagen 2 und 5 gelistet, krankenhausespezifisch zu verhandelnde ZE (§ 6 Abs. 1 KHEntgG) sind in den Anlagen 4 und 6 gelistet. (Quelle: www.mdk.de)

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zur
Thermoablation per
MWA und RFA

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

6. 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

Erläuterungen zur
Thermoablation per
MWA und RFA

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Glossar

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

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zur
Thermoablation per
MWA und RFA

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

7. Wichtige Links

Zum Zeitpunkt der Broschüreneerstellung waren noch nicht alle Landesbasisfallwerte für 2023 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/_jcr_content/par/download_180935136/file.res/LBFW_2023.pdf

Kostenfreier Online Grouper für eine individuelle Groupierungssimulation:

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

Hinweise zum aG-DRG-System 2023 auf der Website des InEK

<https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2023>

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>

Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)

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

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zur
Thermoablation per
MWA und RFA

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

Weitere Informationsbroschüren



PillCam® SB
Dünndarm Kapselendoskopie



PillCam®
Kapselendoskopie
Ambulante Versorgung



Barrx™ Radiofrequenzablation
im Bereich Ösophagus,
GAVE und Strahlenproktitis

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

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zur
Thermoablation per
MWA und RFA

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Glossar

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

René Terhalle
Reimbursement & Health Economics

UC202311861 DE © Medtronic GmbH
All Rights Reserved. 03/2023

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.