
Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

Glossar

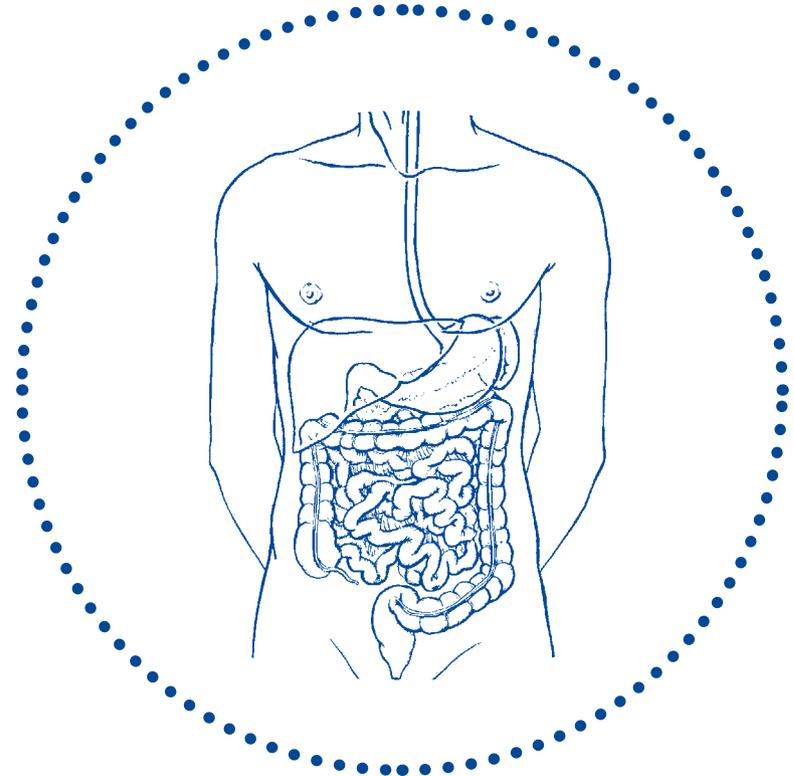
Abkürzungen

Wichtige Links

Kodierung und Vergütung in der stationären Versorgung 2023

Barrx™

Radiofrequenzablation im Bereich Ösophagus, GAVE und Strahlenproktitis



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 zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

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 zum RFA-System Barrx™**
- 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. Ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V**
 - 5.1 Aufnahme des OPS-Kodes 5-422.55 in den AOP-Katalog 2023
 - 5.2 Abrechnung Sachkosten über die Positivliste des AOP-Vertrages
 - 5.3 Kontextfaktoren
- 6. Glossar**
- 7. Abkürzungsverzeichnis**
- 8. 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 zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

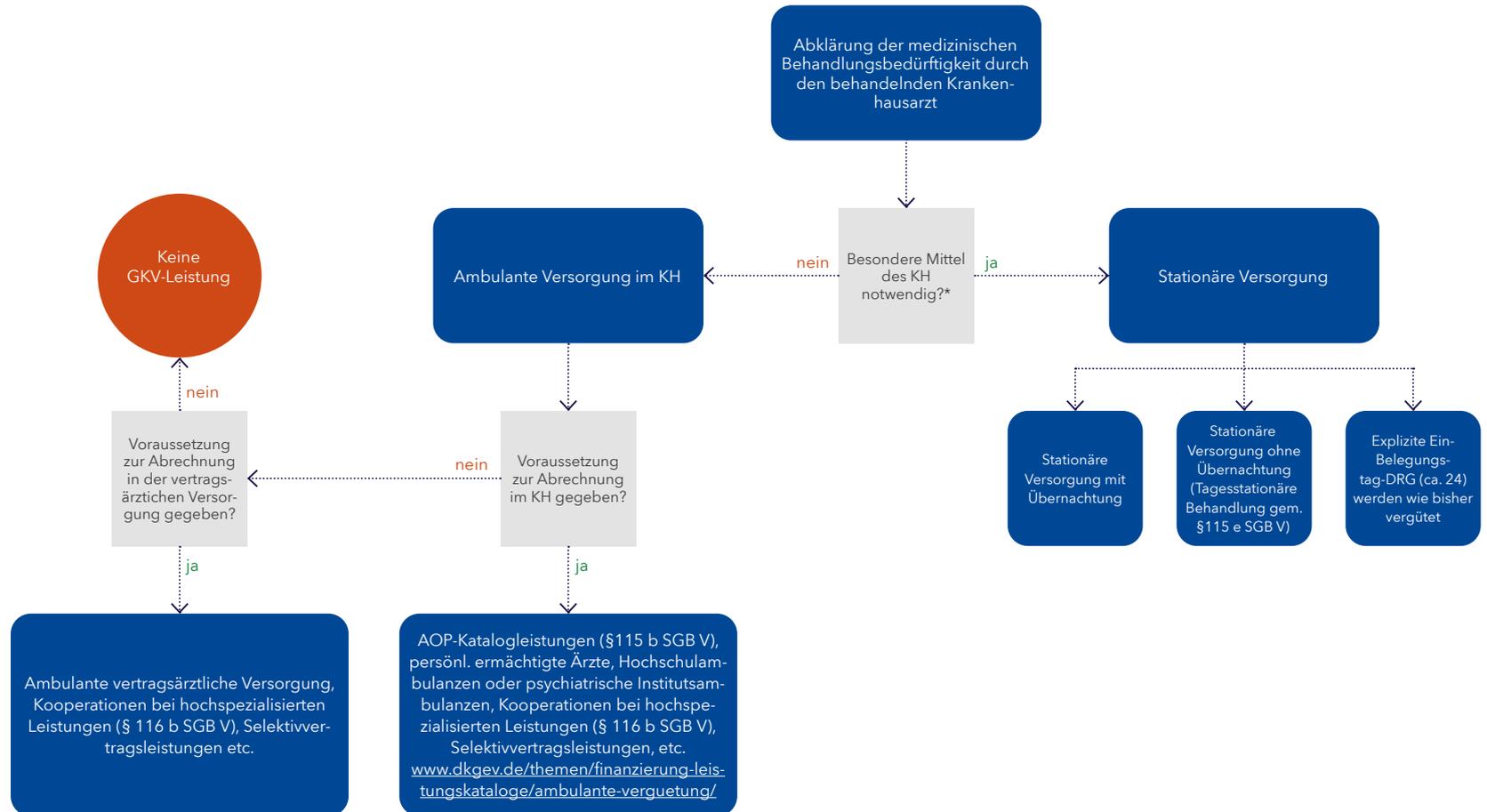
Glossar

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 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 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 zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

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

2.3 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.

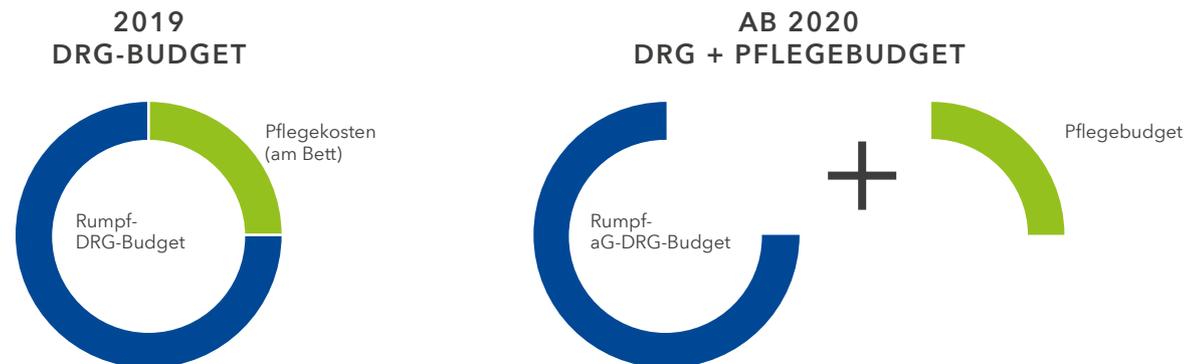


Abbildung 1:
Die Zusammensetzung des
Krankenhausbudgets ab 2020

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Erläuterungen zum RFA-System Barrx™

Abbildung im aG-DRG-System 2023

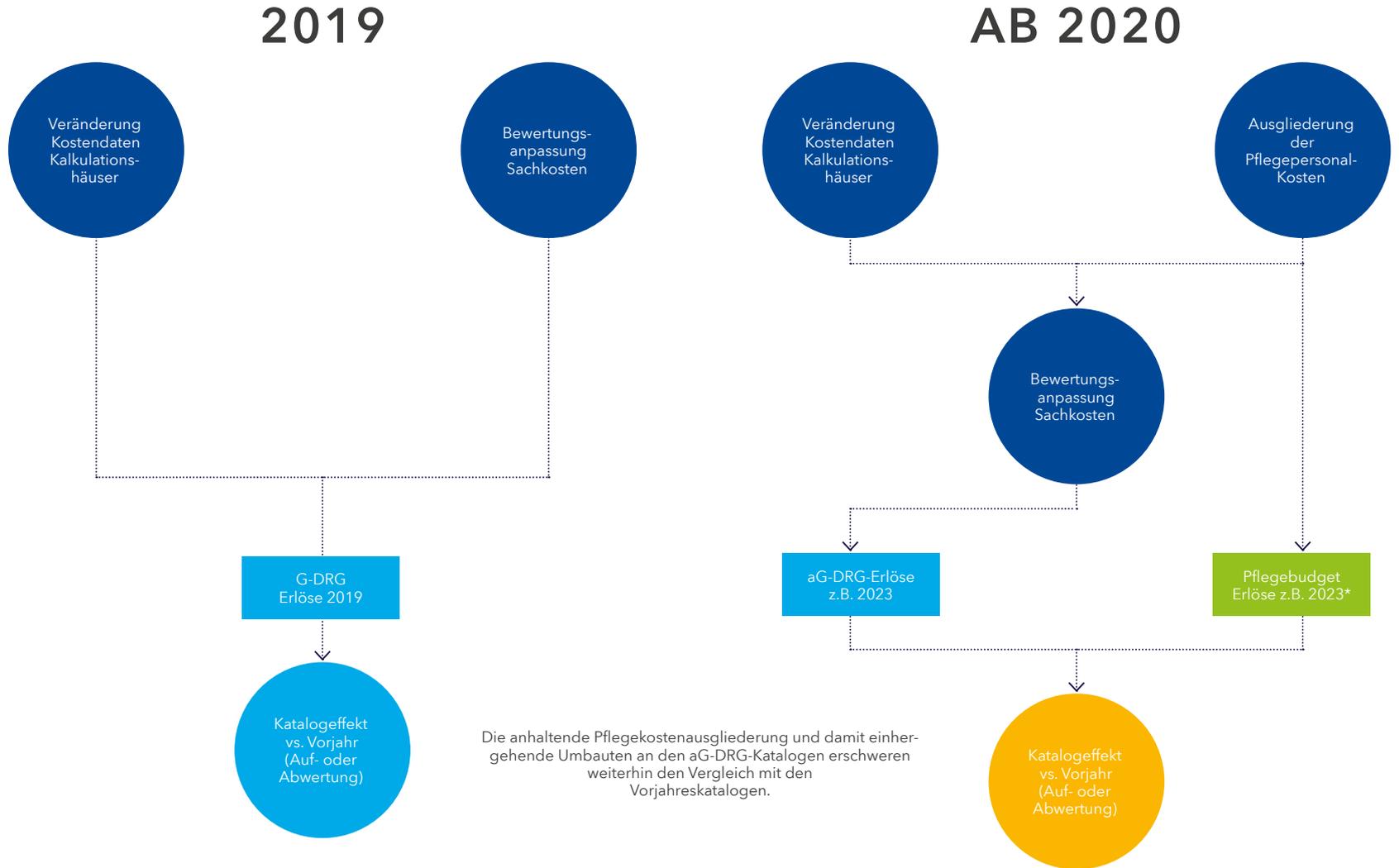
Ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

Hierbei wurde nicht einfach nur die Pflege am Bett herausgerechnet. Es ist ein vollkommen neues und nicht mehr mit den Vorjahren vergleichbares aG-DRG-System entstanden.



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

Abbildung 2: Vergleich Katalogeffekt

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



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 2023

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

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 zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

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 zum RFA-System Barrx™

Erläuterungen zum Barrx™-System

Das Barrx™ RFA System ist zur Koagulation von blutenden und nicht blutenden Stellen im Gastrointestinaltrakt vorgesehen, einschließlich Barrett Ösophagus. Es sorgt für eine einheitliche und kontrollierte ablativ Therapie mit gleichmäßiger Tiefe. Es kann die Schicht des erkrankten Gewebes entfernen, während darunterliegendes gesundes Gewebe geschont wird. Auf diese Weise kann neues, gesundes Gewebe innerhalb von acht Wochen nachwachsen.

FÜHRT DIE ABLATION ZU EINEM VERBESSERTEN KLINISCHEN OUTCOME?

Für die Behandlung von dysplastischem Barrett-Ösophagus mit dem Barrx™-System wurden klinische Studien durchgeführt:

- In mehr als 120 im Peer-Review-Verfahren bewerteten Publikationen, darunter dem New England Journal of Medicine, wurden umfassende Ergebnisse berichtet.
- Das multizentrische US-amerikanische RFA Patientenregister hat die Behandlung und Nachsorge von mehr als 5.500 Patientinnen und Patienten unter einem zentralen vom IRB genehmigten Protokoll zugelassen.
- Stabile Ergebnisse der Nachweisstufe I unterstützen die Barrx™-Technologie mit drei randomisierten kontrollierten Studien, die veröffentlicht wurden.¹⁻⁴

1. Phoa KN, van Vilsteren FG, Pouw RE, et al. Radiofrequency ablation in Barrett's esophagus with confirmed low-grade dysplasia: interim results of a European multicenter randomized controlled trial (SURF). Gastroenterology 2013;144:S-187.
2. Shaheen NJ, Sharma P, Overholt BF, et al. Radiofrequency ablation in Barrett's esophagus with dysplasia. N Engl J Med 2009;360:2277-788.
3. van Vilsteren FG, Pouw RE, Seewald S, et al. Stepwise radical endoscopic resection versus radiofrequency ablation for Barrett's oesophagus with high-grade dysplasia or early cancer: a multicentre randomised trial. Gut 2011;60:765-773.
4. S2k-Leitlinie 021/013 Gastroösophageale Refluxkrankheit, URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/021-013l_S2k_Refluxkrankheit_2014-05-abgelaufen.pdf zuletzt abgerufen am 30.01.2023.



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

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

Barrx™ Flex RFA Generator



4.1 Auszug Hauptdiagnosen

Ösophagus

Barrett mit geringgradiger Dysplasie

D37.78 Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane: Sonstige Verdauungsorgane

Barrett mit hochgradiger Dysplasie oder Carcinoma in situ

D00.1 Carcinoma in situ der Mundhöhle, des Ösophagus und des Magens: Ösophagus

(Squamöses) (Barrett) Carcinom

- C15.0** Bösartige Neubildung des Ösophagus: Zervikaler Ösophagus
- C15.1** Bösartige Neubildung des Ösophagus: Thorakaler Ösophagus
- C15.2** Bösartige Neubildung des Ösophagus: Abdominaler Ösophagus
- C15.3** Bösartige Neubildung des Ösophagus: Ösophagus, oberes Drittel
- C15.4** Bösartige Neubildung des Ösophagus: Ösophagus, mittleres Drittel
- C15.5** Bösartige Neubildung des Ösophagus: Ösophagus, unteres Drittel
- C15.8** Bösartige Neubildung des Ösophagus: Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend
- C15.9** Bösartige Neubildung des Ösophagus: Ösophagus, n. n. bez.

Magen

GAVE ohne Blutung

K31.81 Angiodysplasie des Magens und des Duodenums ohne Angabe einer Blutung

GAVE mit Blutung

K31.82 Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung

Rektum

K62.7 Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums: Strahlenproktitis

! Die Behandlung eines Barrett ohne Dysplasie mittels RFA wird von der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen nicht empfohlen und wird deshalb in dieser Kodierhilfe nicht aufgeführt. Die Kodierung des Karzinoms erfolgt nach histologischer Einstufung.

Von besonderer Bedeutung kann die Kodierrichtlinie DKR 0201n sein. Diese regelt die Reihenfolge von Malignomcodes bzw. wann und wie oft ein Carcinom als Hauptdiagnose kodiert werden kann.

Auszug aus der DKR 0201u - Auswahl und Reihenfolge der Codes*:

„Erfolgt die Aufnahme zur Diagnostik/Behandlung des primären Malignoms, ist das primäre Malignom als Hauptdiagnose-Kode zuzuweisen.“

„Der Malignom-Kode ist als Hauptdiagnose für **jeden** Krankenhausaufenthalt zur **Behandlung der bösartigen Neubildung und zu notwendigen Folgebehandlungen** (z.B. Operationen, Chemo-/Strahlentherapie, sonstige Therapie) sowie zur **Diagnostik** (z.B. Staging) anzugeben, bis die Behandlung **endgültig** abgeschlossen ist, also auch bei den stationären Aufenthalten, die beispielsweise auf die chirurgische Entfernung eines Malignoms folgen. Denn obwohl das Malignom operativ entfernt worden ist, wird der Patient nach wie vor wegen des Malignoms behandelt.“

Konsequenz für die Kodierung der RFA: Bei jeder Behandlung wegen einer hochgradigen Dysplasie oder eines intramukosalen Carzinoms sind das carcinoma in situ bzw. das Karzinom die Hauptdiagnose.

* Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH), Deutsche Kodierrichtlinien, Version 2023.

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

4.2 Auszug Operationen- und Prozedurenschlüssel

Ösophagus

5-422.55 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus: Destruktion, endoskopisch: Radiofrequenzablation

Magen

5-433.55 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Destruktion, endoskopisch: Radiofrequenzablation
Die Anzahl der verwendeten Nadeln zur Destruktion ist gesondert zu kodieren (5-98h ff.)

Rektum

5-482.c1 Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Radiofrequenzablation: Endoskopisch
Die Anzahl der verwendeten Nadeln zur Destruktion ist gesondert zu kodieren (5-98h ff.)

NEU: ZUSATZKODIERUNG

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

Diese Kodierung hat für Barrx™ keine Relevanz!

! MEHRFACHBEHANDLUNG

Patienten mit ausgedehntem Barrett-Syndrom werden häufig in mehreren Sitzungen behandelt. Erfolgt die Wiederaufnahme nach Ablauf der oberen Grenzverweildauer, kann ein neuer Fall abgerechnet werden. Dies ist für die Leistungsplanung von besonderem Interesse, da Zentren, die sich auf dieses Verfahren spezialisiert haben, von einer 2- bis 3-fachen Vorstellung des Patienten ausgehen müssen. Somit ist der Patient mit 2 bzw. 3 DRG-Fällen zu berücksichtigen.

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

BUNDESEINHEITLICHES ZUSATZENTGELT 2023

OPS 5-422.55 Operationen am Ösophagus: Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus:
Destruktion, endoskopisch: Radiofrequenzablation

ZE	Beschreibung	Erlös ZE 2023
ZE161	Radiofrequenzablation Ösophagus	1.424,00 €

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

4.3 Kodierbeispiele

MÄNNLICH, 55 JAHRE GERINGGRADIGE DYSPLASIE

Ein 55-jähriger Mann kommt zur geplanten stationären Aufnahme. Kürzlich wurde gastrokopisch ein metaplastischer Umbau der distalen Ösophagusschleimhaut befundet (Barrett-Ösophagus).

In der Kontrolluntersuchung wird der Befund histologisch auch von einem 2. Pathologen als geringgradige Dysplasie klassifiziert und eine Mukosaresektion durchgeführt.

Nach sechs Wochen wird der Patient zur Nachbehandlung mittels Radiofrequenzablation für vier Tage (fünf Kalendertage) stationär aufgenommen.

Nach weiteren acht Wochen wird eine erneute Radiofrequenzablation durchgeführt.

Kode	Text	Relativgewicht
Hauptdiagnose		
D37.78	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane: Sonstige Verdauungsorgane	
Prozeduren		
5-422.55	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus: Destruktion, endoskopisch: Radiofrequenzablation	
DRG	Text	Relativgewicht
G47B	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, Alter > 15 Jahre, ohne endoskopische submukosale Dissektion am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag	0,714
DRG-Erlös*		2.856,00 €
zzgl. ZE	ZE 161	1.424,00 €
DRG + ZE		4.280,00 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,6971

Hinweis:

Im Fall des 55-jährigen Patienten wurden die DRG und das ZE 2 x abgerechnet.

Bei Patienten unter 16 Jahren wird die DRG G47A (RG 0,718) mit einem Erlös von 2.872,00 € zzgl. ZE 161 erreicht.

* 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 zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

MÄNNLICH, 72 JAHRE INTRAMUKOSALES KARZINOM

Bei einem 72-jährigen Mann wurde histologisch ein intramukosales Karzinom der Ösophagusschleimhaut festgestellt. Dieses wird mittels endoskopischer Mukosaresektion (EMR) entfernt.

Anschließend erfolgen im Abstand von sechs bzw. sieben Wochen insgesamt vier Radiofrequenzablationen der Speiseröhrenschleimhaut.

Die erste Ablation erfolgt als 360°-Therapie, alle weiteren Ablationen von übrig gebliebenen Teilbereichen erfolgen mit Anwendung einer Fokalsonde.

Kode	Text	Relativgewicht
Hauptdiagnose		
C15.5	Bösartige Neubildung des Ösophagus: Ösophagus, unteres Drittel	
Prozeduren		
5-422.55	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus: Destruktion, endoskopisch: Radiofrequenzablation	
DRG		
G46C	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane und auß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, ohne ERCP mit and. endoskop. Eingr.	0,889
DRG-Erlös*		3.556,00 €
zzgl. ZE	ZE 161	1.424,00 €
DRG + ZE		4.980,00 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,7377

Hinweis:

Im Fall des 72-jährigen Mannes wurden die DRG und das ZE 4 x abgerechnet.

* 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 zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

WEIBLICH, 67 JAHRE CARCINOM IN SITU AM ÖSOPHAGUS

Bei einer 67-jährigen Frau mit langjähriger Refluxanamnese wird eine hochgradige Dysplasie der Ösophagusschleimhaut auf dem Boden eines metaplastischen Umbaus des Ösophagusendothels diagnostiziert.

Nach erfolgter endoskopischer Mukosaresektion wird sie sieben Wochen später zur Radiofrequenzablation der distalen Ösophagusschleimhaut für vier Tage stationär aufgenommen. Außerdem wird sie wegen einer bekannten Rechtsherzinsuffizienz, einer chronischen Niereninsuffizienz (Stadium 3), einer respiratorischen Insuffizienz, einer Aszites sowie eines Diabetes mellitus Typ 2 während des stationären Aufenthaltes mitbehandelt. Sie leidet unter Diarrhöen und weist bei noch normalem Body-Mass-Index eine nachgewiesene mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung auf.

Nach weiteren sechs Wochen wird die erneute Radiofrequenzablation durchgeführt.

Schließlich wird in einer dritten Sitzung nach weiteren neun Wochen ein Restbereich mit Veränderungen entfernt.

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

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
D00.1	Carcinoma in situ: Ösophagus	
Nebendiagnosen		
I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	
E44.0	Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung	
N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3	
E11.21	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	
A04.71	Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, mit sonstigen Organkomplikationen	
R18	Aszites	
J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	
Prozeduren		
5-422.55	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus: Destruktion, endoskopisch: Radiofrequenzablation	
DRG	Text	Relativgewicht
G46A	Komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder andere Gastroskopie bei schw. Krankh. der Verd.organe, mit äußerst schweren CC, Alter < 15 Jahre, mehr als ein BT	2,173
DRG-Erlös*		8.692,00 €
zzgl. ZE	ZE 161	1.424,00 €
DRG + ZE		10.116,00 €
		Pflege-Relativgewicht: 1,0613

Hinweis:

Im Fall der 67-jährigen Patientin wurden die DRG und das ZE 3 x abgerechnet.

 [Weitere Infos siehe hier](#)

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

MÄNNLICH, 62 JAHRE GAVE

Ein 62-jähriger Mann mit seit sieben Jahren bestehender portaler Hypertension wird wegen Schwäche stationär aufgenommen. Der Patient berichtet von rezidivierender Melaena. Es zeigt sich eine chronische Eisenmangelanämie.

Bei der Gastroskopie wird ein **GAVE-Syndrom mit einer aktiven Blutungsquelle** entdeckt. Man entschließt sich zur Blutstillung mittels RFA. In der Folge werden im Abstand von sechs Wochen zwei weitere Angiektasien mittels RFA behandelt.

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
K31.82 ¹	Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung	
Nebendiagnosen		
D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)	
K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	
Prozeduren		
5-433.55	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Destruktion, endoskopisch: Radiofrequenzablation Die Anzahl der verwendeten Nadeln zur Destruktion ist gesondert zu kodieren (5-98h ff.)	
DRG	Text	Relativgewicht
G46C	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane und äuß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, ohne ERCP mit and. endoskop. Eingr.	0,889
DRG-Erlös*		3.556,00 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,7377

¹ **Wichtig:** Die Diagnose „K31.81 - Angiodysplasie des Magens und des Duodenums ohne Blutung“ führt in die DRG G47B (RG 0,714) mit einem Erlös von 2.856,00 €*.

Hinweis: In Fall des 62-jährigen Patienten wurde die DRG 3 x abgerechnet.

* 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 zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

WEIBLICH, 77 JAHRE STRAHLENPROKTITIS

Eine 77-jährige Frau leidet nach Operation und Radiatio eines Ovarialkarzinoms vor fünf Jahren seit zwei Jahren an Durchfällen im Wechsel mit Obstipationssymptomatik. Sie klagt über rezidivierende perianale Blutungen. Die endoskopische Abklärung zeigt das Bild einer Strahlenproktitis. Man stellt die Indikation, einen Therapieversuch mit RFA durchzuführen.

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
K62.7	Strahlenproktitis	
Nebendiagnosen		
C56	Bösartige Neubildung des Ovars	
Prozeduren		
5-482.c1	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Radiofrequenzablation: Endoskopisch	
DRG	Text	Relativgewicht
G47B	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, Alter > 15 Jahre, ohne endoskopische submukosale Dissektion am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag	0,714
DRG-Erlös*		2.856,00 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,6971

Hinweis:

Im Fall der 77-jährigen Patientin wurde die DRG 3 x abgerechnet. Bei Patienten unter 16 Jahren wird die DRG G48B (RG 1,190) mit einem Erlös von 4.760,00 € erreicht.

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

 [Weitere Infos siehe hier](#)

4.4 Tabellarische Übersicht der Gesamterlöse 2023

Hauptabteilung	ICD - OPS			Barrx im aG-DRG-System 2023 in Hauptabteilungen											Gesamterlös	Pflegerlös Bew.rel./ Tag
	ICD - HD	ICD - ND	OPS	DRG	BR	MVD	Untere GVD	1. Tag mit Abschlag	Abschlag	Obere GVD	1. Tag mit Zuschlag	Zuschlag	DRG-Erlös*	Zusatzentgelt		
Ösophagus: Carcinom bei komplizierender Konstellation ¹	D00.1	I50.01 E44.0 N18.3 E11.21 A04.71 R18 J96.00	5-422.55	G46A	2,173	16,9	6	5	0,295	32	33	0,072	8.692,00 €	1.424,00 €	10.116,00 €	1,0613
Bösartige Neubildung Ösophagus	C15.5		5-422.55	G46C	0,889	6,1	2	1	0,462	13	14	0,064	3.556,00 €	1.424,00 €	4.980,00 €	0,7377
geringgradige Dysplasie	D37.78		5-422.55	G47B	0,714	5,2	2	1	0,370	11	12	0,070	2.856,00 €	1.424,00 €	4.280,00 €	0,6971
GAVE	K31.82	D50.0 K70.3 F10.2	5-433.55	G46C	0,889	6,1	2	1	0,462	13	14	0,064	3.556,00 €	-	3.556,00 €	0,7377
Strahlenproktitis	K62.7	C56	5-482.c1	G47B	0,714	5,2	2	1	0,370	11	12	0,070	2.856,00 €	-	2.856,00 €	0,6971

*Die Bewertungsrelationen gelten für die Abrechnung von stationären Leistungen. Dies gilt nicht, soweit nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes sonstige Entgelte für bestimmte Leistungen nach Anlage 3a/b, teilstationäre Leistungen nach § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG oder besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 16 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbart worden sind.

¹ PCCL = 4: DRG G46A, PCCL = 3 oder Patientenalter unter 16: DRG G46B

* 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 zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

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 RFA BARRX™ DRG G47B

Patientenindividuelle Verweildauer = 2¹

DRG-Erlös:	2.856,00 €	(Bew.Rel 0,714 x 4.000,00 €*)
+ Pflegeerlös:	320,66 €	(Bew.Rel Pflege 0,6971 x 230,00 €** x 2 Belegungstage/Verweildauer)
ZE 161	1.424,00 €	
Gesamtfallerlös:	4.600,66 €	

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 Gesamtabschlag

DRG	Verbleibender Erlös bei:					
	1 Belegungstag*	2 Belegungstage	3 Belegungstage	4 Belegungstage	5 Belegungstage	6 Belegungstage
G46A	2.792,00 €	3.972,00 €	5.152,00 €	6.332,00 €	7.512,00 €	8.692,00 €
G46C	1.708,00 €	3.556,00 €	3.556,00 €	3.556,00 €	3.556,00 €	3.556,00 €
G47B	1.376,00 €	2.856,00 €	2.856,00 €	2.856,00 €	2.856,00 €	2.856,00 €

ZUSCHLÄGE

Obere Grenzverweildauer

Im Fallpauschalenkatalog wird für jede aG-DRG der erste Belegungstag angegeben, an dem ein tagesbezogener Zuschlag neben der Fallpauschale abgerechnet werden kann (bei verlegten Patienten findet die OGVD keine Anwendung).

Berechnungsweg: Bewertungsrelation „OGVD“ je Tag (s. FP-Katalog, Spalte 10) x Basisfallwert x OGVD-Belegungstage* = Gesamtzuschlag

DRG	Erlöse bei Überschreitung der OGVD		
	33 Belegungstage	34 Belegungstage	35 Belegungstage
G46A	8.980,00 €	9.268,00 €	9.556,00 €
G46C	14 Belegungstage 3.812,00 €	15 Belegungstage 4.068,00 €	16 Belegungstage 4.324,00 €
G47B	12 Belegungstage 3.136,00 €	13 Belegungstage 3.416,00 €	14 Belegungstage 3.696,00 €

* Aufnahme- und Entlassungstag = 1 Belegungstag

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

Glossar

Abkürzungen

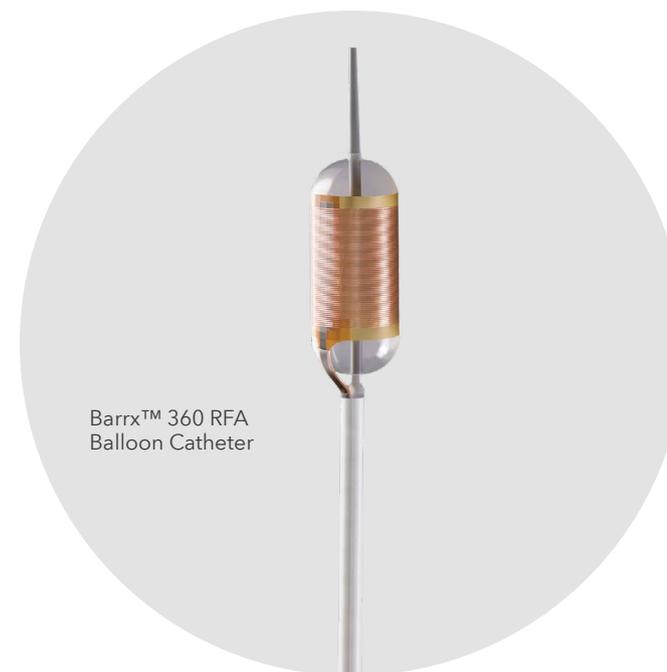
Wichtige Links

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 aG-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.



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

5. Ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V

5.1 Aufnahme des OPS-Kodes 5-422.55 in den AOP-Katalog 2023

Der OPS-Kode

5-422.55 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des
Ösophagus: Destruktion, endoskopisch: Radiofrequenzablation

z.B. Barrx™ wurde in den Katalog „Ambulantes Operieren 2023“ aufgenommen.
Im AOP Katalog ist die Abrechnungsmöglichkeit fest definiert (siehe nächste Seite).



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

GRUNDLAGE DER ABRECHNUNG IST DER EBM (EINHEITLICHER BEWERTUNGSMASSTAB)

Ziffer	Text	Ausschlüsse in derselben Sitzung	Wert*	Punkte
13400 11 Min.	Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie Eignung der Prüfzeiten: Tagesprofil ph-Einmalsonden	02300, 02301, 02302, 02400, 13411, 13412, 13430, 13431		
Obligater Leistungsinhalt				
<ul style="list-style-type: none"> - Ösophagoskopie und/oder - Ösophagogastroskopie und/oder - Ösophagogastroduodenoskopie, - Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff, - Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation, - Nachbeobachtung und -betreuung, - Foto-/Videodokumentation(en) 				
Fakultativer Leistungsinhalt				
<ul style="list-style-type: none"> - 13C-Harnstoff-Atemtest (Nr. 02 400), - Ureasenachweis, einschl. Kosten, - Probeexzision, - Probepunktion, - Fremdkörperentfernung(en), - Blutstillung(en), - Prämedikation/Sedierung 				
einmal im Behandlungsfall			100,90 €*	878

Ziffer	Text	Ausschlüsse in derselben Sitzung	Wert*	Punkte
13 401 6 Min.	Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition Eignung der Prüfzeiten: Tagesprofil	02300, 02301, 02302		
Obligater Leistungsinhalt				
<ul style="list-style-type: none"> - Langzeit-pH-Metrie des Ösophagus von mindestens 12 Stunden Dauer mit Sonden-einführung und/oder - Endoskopische Sklerosierungsbehandlung(en) und/oder - Ligatur(en) bei Varizen und Ulzeration(en) und/oder - Durchzugsmanometrie des Ösophagus und/oder - Therapeutische Mukosektomie(n) mittels Hochfrequenzelektroschlinge 				
Fakultativer Leistungsinhalt				
einmal im Behandlungsfall			53,44 €*	465

* EBM Wert = EBM Punkte x Orientierungswert 11,4915

Vorwort

 Es sind weitere prä- und postoperative Leistungen abrechenbar, die im Gebührenverzeichnis aufgenommen und medizinisch notwendig sind. Die nachfolgende Aufzählung ist beispielhaft und nicht abschließend.

Ziffer		Wert	Punkte
01436	Konsultationspauschale	2,07 €	18
01601	Individueller Arztbrief	12,41 €	108
02100	Infusion	7,70 €	67
02401	H2-Atemtest	8,96 €	78
13394	Zuschlag für die gastroenterologisch-internistische Grundversorgung	4,71 €	41
13402	Zuschlag Polypektomie(n)	30,45 €	265
13410	Bougierung des Ösophagus oder Kardiasprengung	40,11 €	349
13435	Zusatzpauschale Onkologie	21,95 €	191
13250	Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung	17,35 €	151
33042	Abdominelle Sonographie	16,43 €	143
33073	Duplex-Sonographie abdomineller, retroperitonealer, mediastinaler Gefäße	25,74 €	224
33075	Zuschlag Farbduplex	4,25 €	37

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

HINWEIS ZUR ZUSATZPAUSCHALE

Die Zusatzpauschale ist zusätzlich zu einer Grundpauschale (z.B. 01321 Grundpauschale für Ärzte, Institute und Krankenhäuser) abrechenbar.

GRUNDPAUSCHALE BEI VERTRAGSÄRZTEN

Ziffer	Text	Wert*	Punkte
13 390	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	12,99 €	113
13 391 9 Min.	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	19,42 €	169
13 392 16 Min.	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	20,34 €	177

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01 600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01 601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen

einmal im Behandlungsfall

GRUNDPAUSCHALE FÜR ERMÄCHTIGTE KRANKENHAUSÄRZTE

Ziffer	Text	Wert*	Punkte
01 321** 14 Min.	Grundpauschale für Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen innerhalb mindestens eines der nicht in der Gebührenordnungsposition 01 320 aufgeführten Fachgebiete ermächtigt sind, mit Ausnahme der Ärzte, die nach § 3 Abs. 4 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können.	18,27 €	159

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Beratung und Behandlung,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01 600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01 601,
- In Anhang 1 Spalte GP aufgeführte Leistungen

einmal im Behandlungsfall

* EBM Wert = EBM Punkte x Orientierungswert 11,4915

** Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01 321 richtet sich nach den Allgemeinen Bestimmungen. Entspricht der Ermächtigungsumfang dem eines zugelassenen Vertragsarztes, kann anstelle der Gebührenordnungsposition 01 321 die Berechnung einer in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen genehmigt werden. Ärzte der nicht in der Gebührenordnungsposition 01 320 aufgeführten Fachgebiete mit einer Ermächtigung nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV berechnen anstelle der Gebührenordnungsposition 01 321 die in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen.

5.2 Abrechnung Sachkosten über die Positivliste des AOP-Vertrages

- ! Abrechnung der RFA-Katheter nach § 11 Abs. 5 unter „diagnostische und interventionelle Katheter einschließlich Führungsdraht, im Zusammenhang mit gastrokopischen Leistungen (inklusive Leistungen an den Gallenwegen)“.

WEITERE HINWEISE GEMÄSS AOP-VERTRAG

§ 11 Vergütung von Sachkosten (Verbrauchsmaterialien, Verbandmittel, Arzneimittel, Hilfsmittel)

(1)

- Die für die Durchführung der Leistungen gemäß § 3 und die Leistungen nach den §§ 4 bis 6 [des AOP-Vertrages] benötigten Verbrauchsmaterialien, Verbandmittel, Arzneimittel und Hilfsmittel werden vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt.
- Die Abrechnung der Sachkosten und Arzneimittel erfolgt zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen gemäß § 20 [AOP-Vertrag].
- Der Krankenhausarzt ist nicht berechtigt, die in diesem Absatz aufgeführten Mittel auf Kassenrezept zu verordnen.

(6)

- Das Krankenhaus wählt die gesondert berechnungsfähigen Materialien nach Absatz 5 unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus.
- Es hat die rechnungsbegründenden Unterlagen in Form der Originalrechnungen für die Dauer von fünf Jahren aufzubewahren und vorzuhalten. Aus den Originalrechnungen muss der Name des Herstellers bzw. des Lieferanten, die Artikelbezeichnung sowie die vom Hersteller bzw. Lieferanten festgelegte Artikelnummer hervorgehen.
- Das Krankenhaus ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen und nach Maßgabe der Krankenkasse nachzuweisen. Gegebenenfalls vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten, sind weiterzugeben. Ein Barzahlungsrabatt (Preisnachlass bei fristgerechter Zahlung) ist weiterzugeben, soweit dieser 3 % übersteigt.
- Werden die Materialien bei mehreren Patienten verbraucht, so ist ein durchschnittlicher Preis je Patient zu ermitteln und nach Maßgabe der Krankenkasse nachzuweisen.

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

5.3 Kontextfaktoren

§ 8 Allgemeine Tatbestände, bei deren Vorliegen die stationäre Durchführung von Leistungen gemäß Anlage 1 erforderlich sein kann (Kontextfaktoren)

(1) Allgemeine Tatbestände, bei deren Vorliegen die stationäre Durchführung von Leistungen gemäß § 115b Absatz 1 Satz 3 SGB V erforderlich sein kann (im Folgenden Kontextfaktoren), sind Anlage 2 [des AOP-Vertrages] zu entnehmen. Die Kontextfaktoren dienen der Begründung einer stationären Durchführung von Leistungen nach § 3 dieses Vertrags, die regelhaft ambulant erbracht werden können. Das Vorliegen eines Kontextfaktors nach Satz 1 ist ausreichend für die Begründung einer stationären Durchführung einer Leistung nach § 3. Dennoch kann jede Leistung auch bei Vorliegen einer oder mehrerer Kontextfaktoren weiterhin ambulant erbracht werden, sofern dies aus medizinischen Gründen vertretbar ist.

(2) Die Kontextfaktoren sind vom Krankenhaus zu dokumentieren und im Rahmen der Abrechnung eines vollstationären Krankenhausfalles nach § 301 SGB V zu übermitteln. Für die Dokumentation der Kontextfaktoren gelten die Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils aktuellen Fassung.

(3) Liegen abweichend von den in Anlage 2 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 fallindividuell darzustellen.

(4) Die Vertragspartner werden die Anwendung der Kontextfaktoren bis spätestens 31.12.2024 evaluieren und auf dieser Grundlage eine Weiterentwicklung der Kontextfaktoren vornehmen.



Die aktuellen Unterlagen zum AOP-Vertrag finden Sie auf den Seiten der DKG:

<https://www.dkgev.de/themen/finanzierung-leistungskataloge/ambulante-verguetung/ambulantes-operieren-115b-sgb-v/>



Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Broschüre „Handbuch ambulantes Operieren im berechtigten Krankenhaus“

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

6. 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 zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

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 zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

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 zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

7. 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 zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

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

8. 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_2022.pdf

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 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>

Vertragliche Grundlage zum Ambulanten Operieren nach § 115b SGB V

<https://www.dkgev.de/themen/finanzierung-leistungskataloge/ambulante-verguetung/ambulantes-operieren-115b-sgb-v/>

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterungen zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

Glossar

Abkürzungen

Wichtige Links

Weitere Informationsbroschüren



PillCam® SB
Dünndarm Kapselendoskopie



PillCam®
Kapselendoskopie
Ambulante Versorgung



Engage™
Single™
RF-Produkte
Radiofrequenzablation
Mikrowellenablation



Handbuch ambulantes
Operieren im berechtigten
Krankenhaus

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 zum
RFA-System Barrx™

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ambulantes Operieren
im Krankenhaus nach
§ 115b SGB V

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

UC202311859 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.