

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterung und
Kodierung von
INVOSTM und BISTM

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Ökonomie
des POD

Indikationen für
den Einsatz von
INVOSTM

Kurzüberblick
DRG-Vergütung
2023

Literatur
& Glossar

Ökonomie, Kodierung und Vergütung in der stationären Versorgung 2023

INVOSTM
Zerebrale und somatische
Sauerstoffsättigungsmessung

BISTM
Sedierungstiefe- und
Hypnosetiefemessung



Vorwort



Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

das neue aG-DRG Jahr ist bereits im vollen Gange und stellt uns vor viele (neue) Herausforderungen: Die Größte von ihnen bleibt auch in 2023 die Herauslösung der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen (s.g. Pflege am Bett) aus dem G-DRG System. Seit 2020 kennen wir die s.g. Rumpf- bzw. aDRGs, die zusammen mit den separat kalkulierten Pflegerelativgewichten für die Pflegepersonalkostenvergütung unser neues aG-DRG System bilden. Mit 1.275 Fallpauschalen, rund 13.500 kodierbaren Diagnose-Kodes (ICD) und ca. 31.000 kodierbaren Operationen- und Prozeduren-Schlüsseln (OPS) ist die Komplexität im Jahr 2023 aber auch abseits der Pflegepersonalkostenausgliederung weiterhin eine Herausforderung für alle Partner im Gesundheitswesen.

Ein besonderes Augenmerk legt unser Leitfaden dieses Jahr auf die gesundheitsökonomische Betrachtung der Vermeidung des postoperativen Delirs (POD, POCD), bzw. der perioperativen neurokognitiven Erkrankung (PND). Wissenschaftliche Erkenntnisse der letzten zehn Jahre zeigen: Die Vermeidung eines POD mit Hilfe von Multikomponenten-Programmen, z.B. unter Hinzunahme einer Sedierungs-/Hypnosetiefenmessung, ist kosteneffektiv.

Dieses interaktive Dokument führt Sie neben der gesundheitsökonomischen Perspektive auch wie gewohnt durch die wichtigsten Informationen rund um die Kodierung und Vergütung der Medtronic Systeme INVOST™ und BIST™ im aG-DRG Jahr 2023. Dazu gehören Hinweise zum aktualisierten Thema Komplizierende Konstellation sowie dem Thema Kodierqualität. Mit dem neuen aG-DRG Jahr ist der im Jahr 2018 eingeführte OPS-Kode-Split zwischen invasivem und nicht invasivem Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung nun auch gruppierungsrelevant. Ein exaktes und aufwandsäquivalentes Dokumentieren ist an dieser Stelle einmal mehr von großer Bedeutung.

Bitte erlauben Sie mir den Hinweis, dass diese Broschüre trotz größtmöglicher Sorgfalt keinen Anspruch auf Richtigkeit und Vollständigkeit erhebt. Ein Blick in die Definitionshandbücher des aG-DRG Systems 2023, die Informationen zur Leistungsplanung und schließlich die DKR bleibt unerlässlich. Ich freue mich auf Ihre Hinweise, Fallbeispiele oder Kritik zu dieser Auflage dieses Leitfadens. Schreiben Sie mir dazu doch einfach eine E-Mail: joerg.hausburg@medtronic.com.

Viel Erfolg bei der Anwendung unserer Informationen zur Ökonomie, Kodierung und Vergütung der Medtronic Systeme INVOST™ und BIST™ im aG-DRG Jahr 2023 wünscht Ihnen

Jörg Hausburg
Senior Manager
Reimbursement & Health Economics

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterung und
Kodierung von
INVOS™ und BIS™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Ökonomie
des POD

Indikationen für
den Einsatz von
INVOS™

Kurzüberblick
DRG-Vergütung
2023

Literatur
& Glossar

Inhaltsverzeichnis

1. Unser Reimbursement Leistungsangebot
2. Worauf es in diesem Jahr ankommt
3. Erläuterungen und Kodierung von INVOS™ und BIS™
4. Komplizierende Konstellation im Überblick
5. Ökonomie des POD
6. Indikationen für den Einsatz von INVOS™
7. Kurzüberblick DRG-Vergütung 2023
8. Literatur & Glossar

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 sechsstündigen 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

Erläuterung und
Kodierung von
INVOS™ und BIS™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Ökonomie
des POD

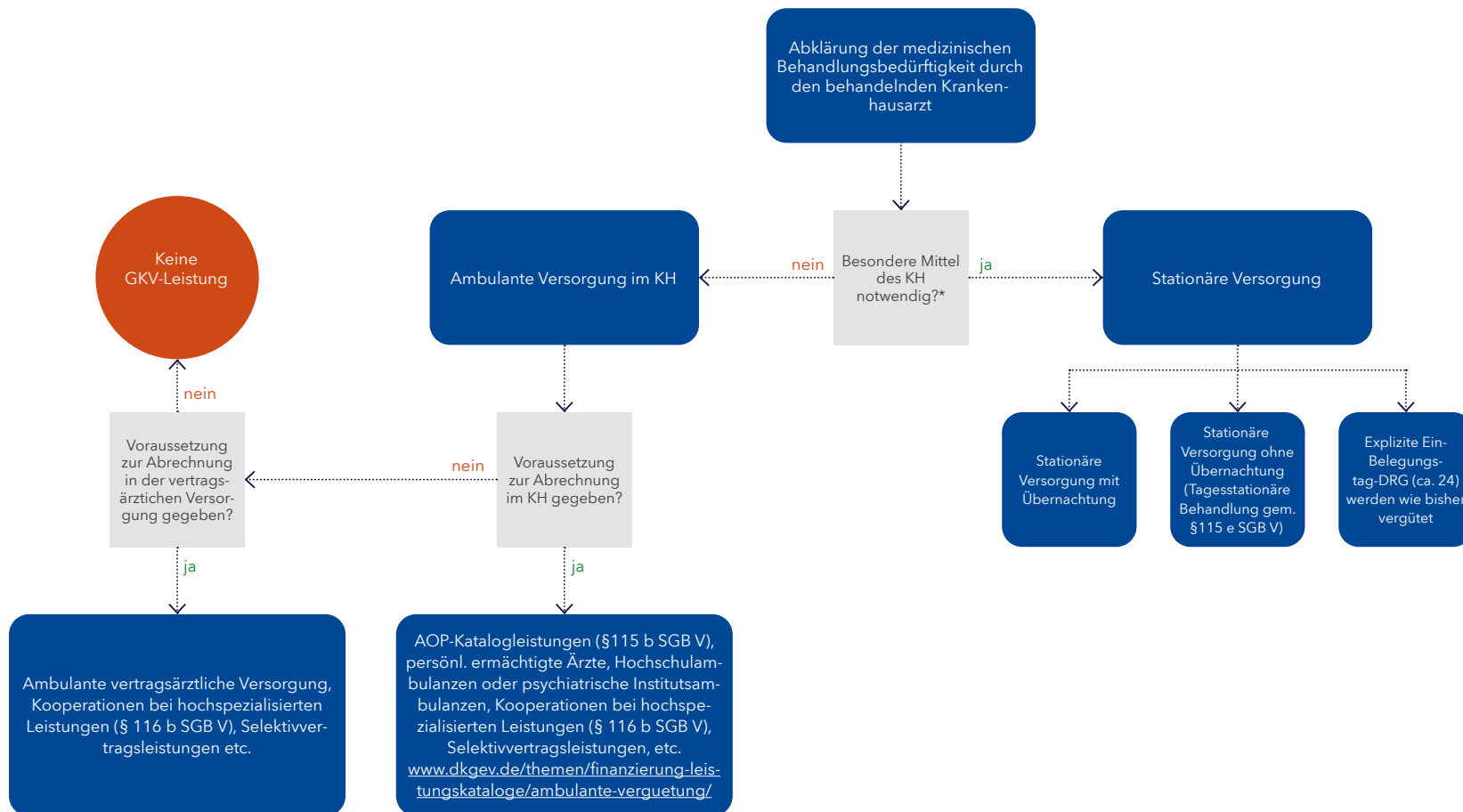
Indikationen für
den Einsatz von
INVOS™

Kurzüberblick
DRG-Vergütung
2023

Literatur
& Glossar

- 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

Erläuterung und
Kodierung von
INVOS™ und BIS™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Ökonomie
des POD

Indikationen für
den Einsatz von
INVOS™

Kurzüberblick
DRG-Vergütung
2023

Literatur
& Glossar

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.

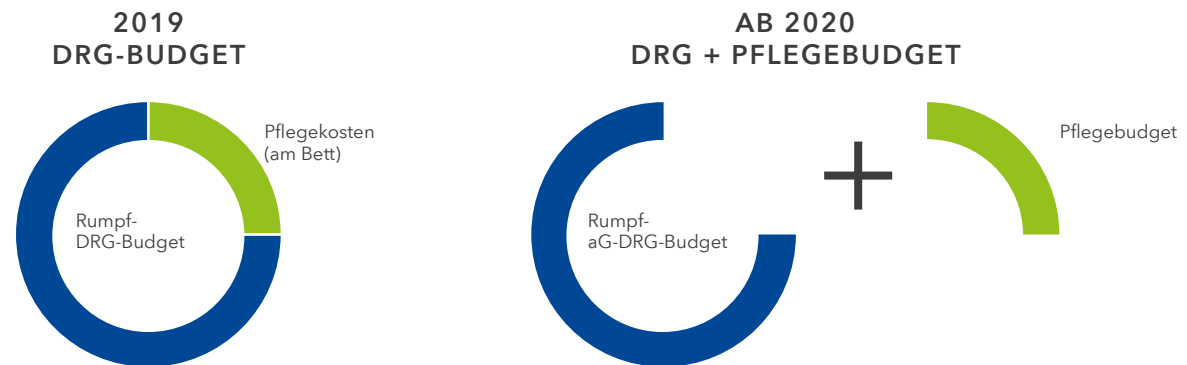


Abbildung 1:
Die Zusammensetzung des
Krankenhausbudgets ab 2020

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterung und
Kodierung von
INVOST™ und BIST™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

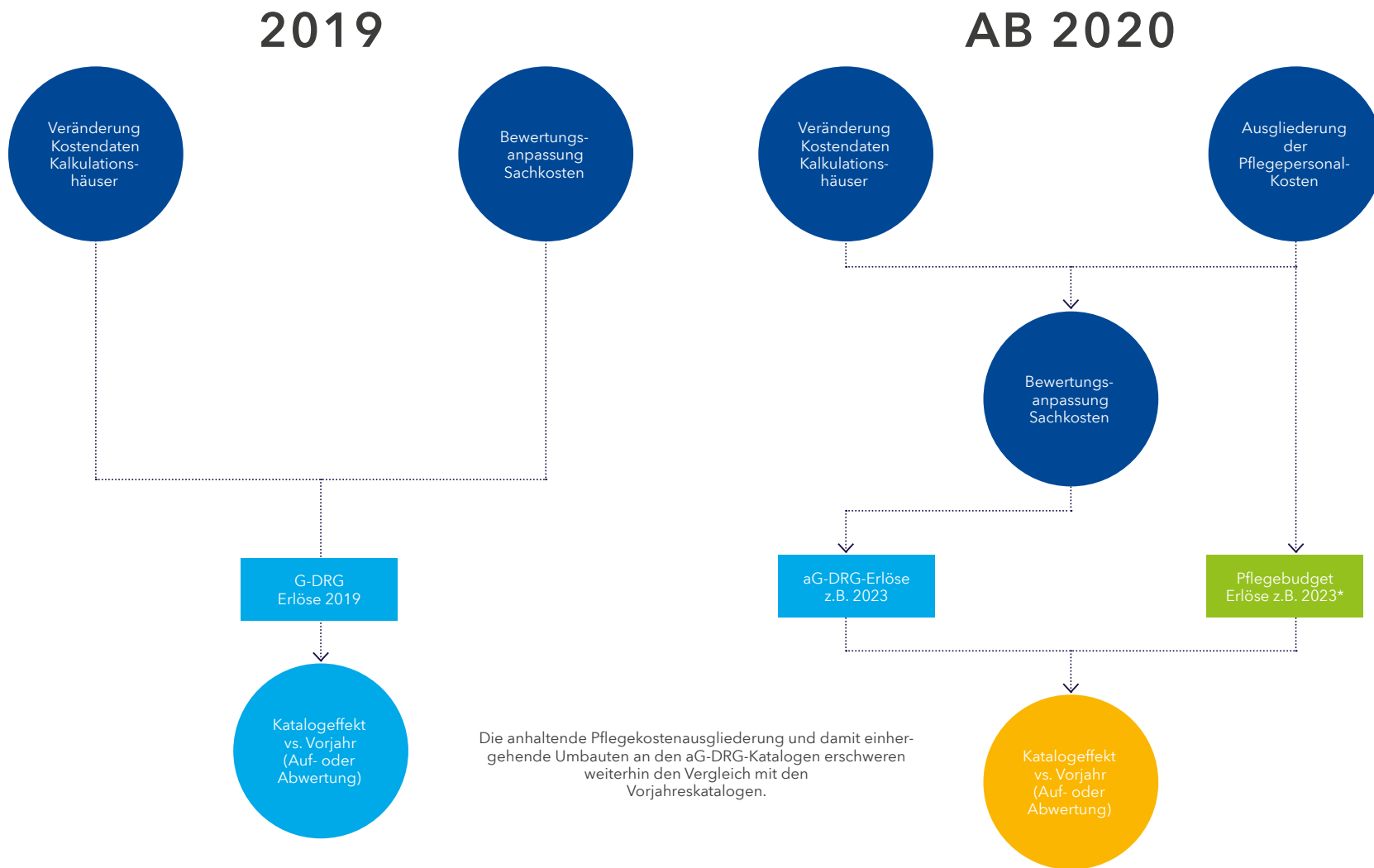
Ökonomie
des POD

Indikationen für
den Einsatz von
INVOST™

Kurzüberblick
DRG-Vergütung
2023

Literatur
& Glossar

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 Pflegetagessatz („Spaltenlösung“).

DRG-KATALOG 2019

DRG	Partition	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beleghebamme	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungsfallpauschale	Ausnahme von Wiederaufnahme
					Erster Tag mit Abschlag	Bewertungsrelation /Tag	Erster Tag zus. Entgelt	Bewertungsrelation /Tag			
1	2	3	4	6	7	8	9	10	11	12	13

aG-DRG-KATALOG AB 2020

„SPALTENLÖSUNG“



DRG	Partition	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beleghebamme	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungsfallpauschale	Ausnahme von Wiederaufnahme	Pflegerlös Bewertungrelation/Tag
					Erster Tag mit Abschlag	Bewertungsrelation /Tag	Erster Tag zus. Entgelt	Bewertungsrelation /Tag				
1	2	3	4	6	7	8	9	10	11	12	13	14

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

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

Auf Basis der Ist-Situation, wird dann ein prospektives Pflegekostenbudget verhandelt. Aus dem verhandelten Pflegekostenbudget wird ein Zahlbetrag/Tag für die Abrechnung der Pflegetage gebildet. Diese werden im Laufe des Jahres mit jeder einzelnen abgerechneten DRG als vorläufiges Pflegetage entgelt 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 Pflegetage 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

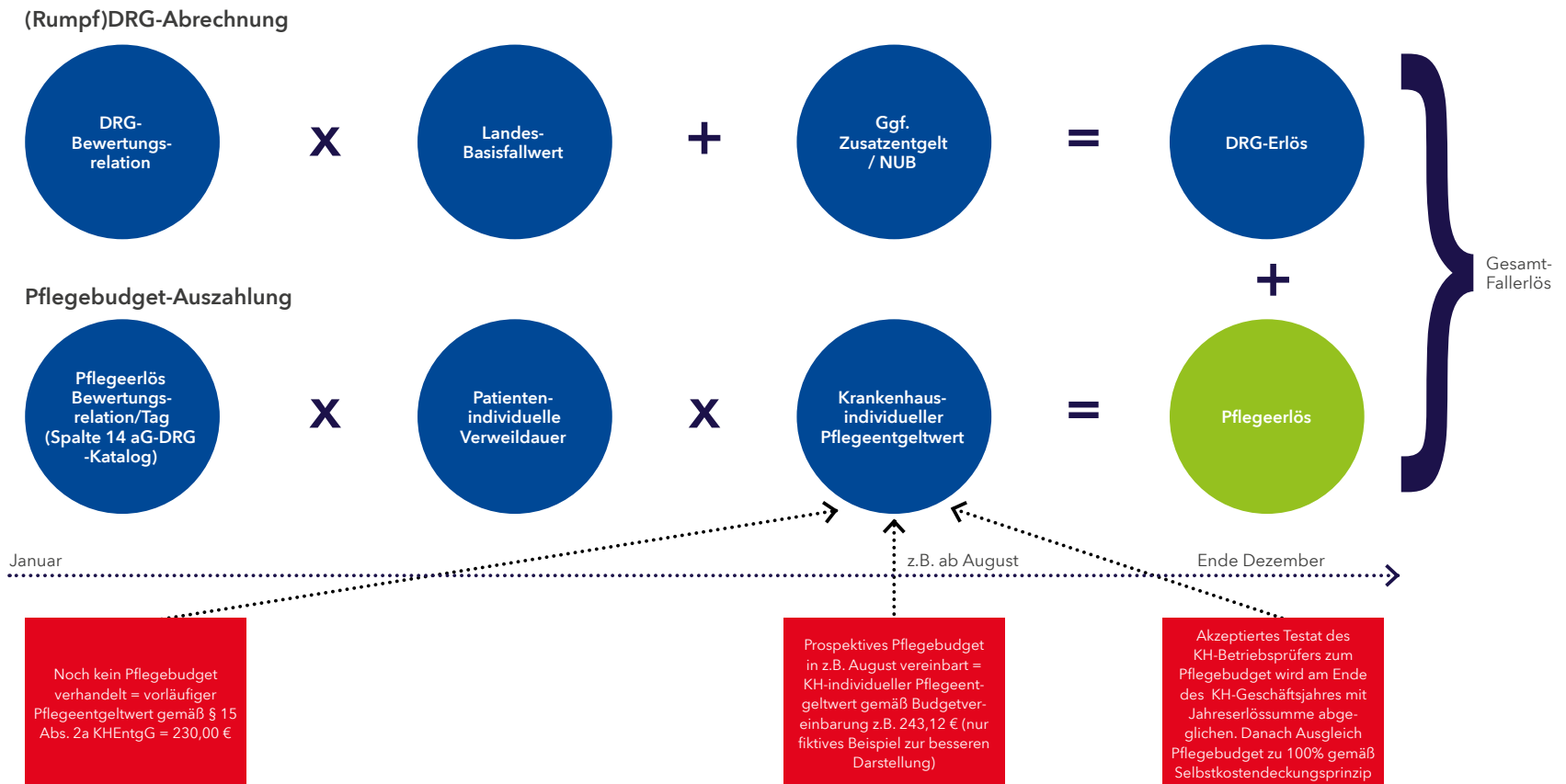


Abbildung 4: Erlösbetrachtung im aG-DRG System 2023

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterung und
Kodierung von
INVOS™ und BIS™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Ökonomie
des POD

Indikationen für
den Einsatz von
INVOS™

Kurzüberblick
DRG-Vergütung
2023

Literatur
& Glossar

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

Erläuterung und
Kodierung von
INVOS™ und BIS™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Ökonomie
des POD

Indikationen für
den Einsatz von
INVOS™

Kurzüberblick
DRG-Vergütung
2023

Literatur
& Glossar

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. Erläuterung und Kodierung von INVOS™ und BIS™

3.1 Nahinfrarotspektroskopie (NIRS) mit dem INVOS™-System

Das INVOS™-System ist für die Messung von Änderungen der regionalen zerebralen Sauerstoffsättigung vorgesehen, um das Gehirn und lebenswichtige Organe vor einer Hypoxie zu schützen. Durch dieses Verfahren können Rückschlüsse auf eine angemessene zerebrale Perfusion gezogen werden. Das INVOS™-System kann somit dazu beitragen, PatientInnen vor irreversiblen Hirnschäden oder anderen Komplikationen zu schützen, die lebenslange Folgen haben und zusätzliche Kosten nach sich ziehen können. Die Messung erfolgt über nicht-invasive Optoden.

Lernen Sie mehr über das Invos™-System: Produktinformationen [auf unserer Website](#).

INVOS™ 7100: MONITORING DER NÄCHSTEN GENERATION

Ein fein abgestufter Algorithmus und optimierte Sensoren sorgen für höhere Präzision und Zuverlässigkeit. Durch die einfach zu bedienende Touchscreentechnologie können Sie schnell und unkompliziert durch die Menüs navigieren und Ereignisse kennzeichnen, sobald diese auftreten. Das Wechseln von einem zum nächsten Versorgungsbereich ist nun leichter: Nehmen Sie den Invos 7100™ im Tabletformat einfach mit, die PatientInnendaten bleiben gespeichert. Schließlich bieten die kleineren Sensoren nun eine bessere Möglichkeit der gleichzeitigen Verwendung von Invos™- und Bis™-Sensoren bei einer Patientin / einem Patienten.

FÜHRT DAS »NIRS« MONITORING ZU VERBESSERTEM KLINISCHEN OUTCOME BEI HERZOPERATIONEN?

Die Frage, ob das Nahinfrarotspektroskopie (NIRS) Monitoring zu verbessertem klinischen Outcome bei Herzoperationen führt, stellten sich auch Hunaid A. Vohra¹ und seine Kollegen. Die »European Association for Cardio-Thoracic Surgery« hat im Rahmen einer Meta-Analyse, in der 488 klinische Studien und Papiere untersucht wurden, acht relevante Studien im Detail betrachtet. Sie zeigen unter anderem, dass die zerebrale Entsättigung während einer Herzoperation einen Anteil an kostenrelevanten Komplikationen im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes hat. Kostenrelevante Komplikationen können zu einem verlängerten Aufenthalt im Krankenhaus und/oder auf der Intensivstation führen. Sie können sogar dafür verantwortlich sein, dass PatientInnen länger beatmet werden müssen. Zu den kostenrelevanten Komplikationen gehören zum Beispiel: Neurologische Komplikationen (u. a. Schlaganfall) und »MOMM« (Major Organ Morbidity and Mortality). Siehe auch Kapitel 8: [Literatur](#).



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterung und
Kodierung von
INVOS™ und BIS™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Ökonomie
des POD

Indikationen für
den Einsatz von
INVOS™

Kurzüberblick
DRG-Vergütung
2023

Literatur
& Glossar

DIE NUTZUNG DES INVOS™-SYSTEMS KORREKT KODIEREN

OPS-CODE
FÜR DAS
MONITORING
DER HIRN-
VENÖSEN
SAUERSTOFF-
SÄTTIGUNG:
8-923.1

Kodieraufkleber Invos™ 5100*

Der Gebrauch des INVOS™-Systems wird mit einem OPS-Code aus der Gruppe des Neurologischen Monitorings kodiert. Diese Codes beinhalten immer die Auswertung und klinische Beurteilung und sind nur einmalig pro stationärem Aufenthalt anzugeben.

Seit der OPS-Version 2019 ist verpflichtend auf der fünften Stelle des Codes für das „Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung“ anzugeben, ob das Monitoring invasiv oder nicht invasiv erfolgt:

8-923.0 Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung, invasiv

8-923.1 Monitoring der hirnvenösen Sauerstoffsättigung, nicht invasiv

Das Invos System ist immer mit dem Code 8-923.1 zu verschlüsseln, da die Messmethode auf ein invasives Verfahren vollständig verzichten kann.

Die Codes aus der Gruppe 8-923 sind nur für intensivmedizinische PatientInnen anzugeben. Die [Deutschen Kodierrichtlinien \(DKR\) 2023](#) weisen uns auf S. 58 auf eine weitere Besonderheit im Zusammenhang mit PatientInnenmonitoring hin:

P005u S. 58: „Patientenmonitoring ist nur dann zu kodieren, wenn es sich um eine intensivmedizinische Überwachung oder Behandlung handelt und wenn es nicht Komponente einer anderen Prozedur (z.B. Beatmung, Narkose) ist.“

Wird das INVOS™-System auch zur postoperativen Überwachung der hirnvenösen Sauerstoffsättigung eingesetzt, ist die Anforderung zur Kodierung erfüllt.

OPS-CODE FÜR DAS MONITORING DER
HIRNVENÖSEN SAUERSTOFFSÄTTIGUNG:
8-923.1

Kodieraufkleber Invos™ 7100*

* Aufkleber für Ihren Invos™-Monitor mit dem Hinweis zur Kodierung erhalten Sie bei Ihrem zuständigen Medtronic Ansprechpartner.

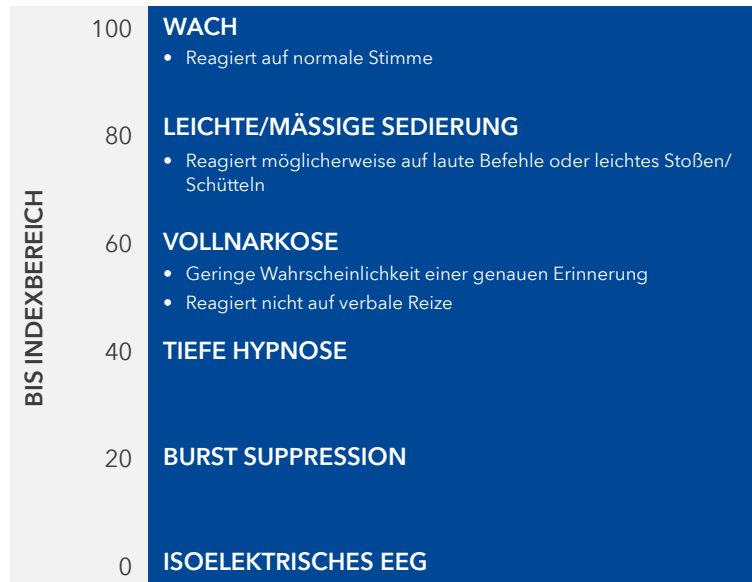
3.2 Narkosetiefemessung mit dem BIS™-System

Das BIS™-System ist ein zerebrales Monitoringsystem zur Überwachung der Sedierungs- bzw. Hypnosetiefe.

Das Bispectral Index™-(BIS)-Monitoring ist eine kalkulierte EEG-Variable, die mit dem hypnotischen Zustand der PatientInnen korreliert. Die Ableitung des EEG-Signals erfolgt über einen nicht-invasiven Stirnsensor. Das Signal des prozessierten EEGs wird in spektrale Wellenanteile zerlegt.

Der BIS ist eine dimensionslose Zahl. Der Bereich erstreckt sich von 0 bis 100, wobei 100 »wach« bedeutet und 0 bei einem isoelektrischen EEG angezeigt wird (Vgl. Abbildung: BIS™-Indexbereich).

Lernen Sie mehr über das BIS™-System: [Medtronic Brain Monitoring im Internet](#)



BIS™- Indexbereich

BIS™ - INDEXBEREICH

Die Abbildung zum BIS™-Indexbereich gibt einen allgemeinen Zusammenhang zwischen klinischem Zustand und BIS-Werten an. Die Titrierung von Anästhetika auf BIS-Bereiche kann in Abhängigkeit von den für eine Patientin / einen Patienten festgelegten Zielen erfolgen. Diese Ziele und die damit zusammenhängenden BIS-Bereiche können im Zeitverlauf und nach PatientInnenstatus und Behandlungsplan variieren.

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterung und
Kodierung von
INVOST™ und BIS™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Ökonomie
des POD

Indikationen für
den Einsatz von
INVOST™

Kurzüberblick
DRG-Vergütung
2023

Literatur
& Glossar

DIE NUTZUNG DES BIS™-SYSTEMS KORREKT KODIEREN

**OPS-CODE FÜR DAS
BIS-MONITORING: 8-920**

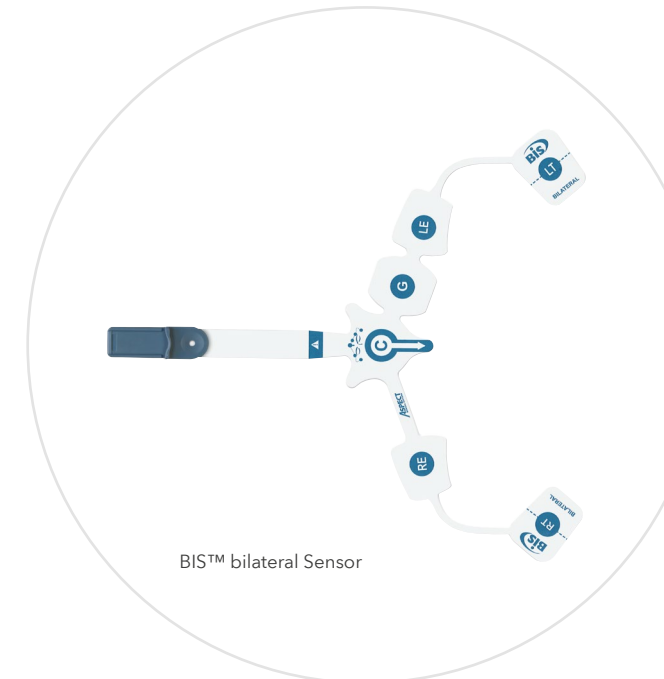
Kodieraufkleber BIS™ *

Auch der Gebrauch des BIS™-Systems wird mit einem OPS-Kode aus der Gruppe des Neurologischen Monitorings kodiert. Folglich beinhaltet auch der Code zur Narkosetiefenmessung immer die Auswertung und klinische Beurteilung und ist nur einmalig pro stationären Aufenthalt anzugeben:

8-920 EEG-Monitoring (mindestens 2 Kanäle) für mehr als 24 h

Die korrekte Kodierung des BIS-Monitorings mit dem OPS-Kode 8-920 wird durch ein s.g. Inklusivum explizit in den Informationen zum Code hervorgehoben: **Inkl.: Bispektral-Index-Monitoring [BIS-Monitoring]**. Auch dieser Code ist nur für intensivmedizinische PatientInnen anzugeben.

Wie auch beim INVOST™-System gilt hinsichtlich der Kodierbarkeit von PatientInnenmonitoring die Einschränkung, dass es nicht Komponente einer anderen Prozedur sein darf. (DKR, P005u, S.58) So muss etwa ein prä- oder postoperativer Einsatz für mehr als 24 Stunden vorliegen, dokumentiert und medizinisch begründet worden sein.



* Aufkleber für Ihren BIS™-Monitor mit dem Hinweis zur Kodierung erhalten Sie bei Ihrem zuständigen Medtronic Ansprechpartner

4. Komplizierende Konstellation im Überblick

4.1 Eingruppierung Komplizierende Konstellation

Die Eingruppierung in eine DRG erfolgt über den Grouper. Relevante Kriterien sind u.a.:

Alter der Patientin/des Patienten, Geschlecht, Hauptdiagnose, relevante Nebendiagnosen, durchgeführte Operationen/Therapien gemäß OPS 2023 als Hauptprozedur, Beatmungstunden, aufwendige komplexe Prozeduren - oder **Komplizierende Konstellation** (Diagnosen u/o Komplikationen u/o Prozeduren u/o...).

Die Prozedur

- 8-920 (EEG-Monitoring (mind. 2 Kanäle) für >24 h) **X**

ist im aG-DRG-System seit dem 01.01.2022 **nicht mehr als komplizierende Konstellation definiert.**

Die Prozedur

- 8-923.1 Monitoring der hirnenvenösen Sauerstoffsättigung, nicht invasiv **X**

ist im aG-DRG System seit dem 01.01.2021 **nicht mehr als komplizierende Konstellation definiert.**

! **Achtung:** Es ist sehr wichtig, diese Codes anzusetzen, da in der Weiterentwicklung des DRG-Systems aufgrund dieser Informationen entsprechende Berücksichtigungen erfolgen. Derzeit sind diese Codes nicht DRG-relevant. Die komplizierenden Konstellationen sind im DRG Definitionshandbuch 2023, Band 4 unter den globalen Funktionen beschrieben sowie im Band 5 in globalen Prozedurentabellen aufgelistet. Die Dokumente sind auf den Internetseiten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) verfügbar: www.g-drg.de

! **Hinweis:** Als komplizierende Konstellation werden im aG-DRG-Abrechnungssystem Behandlungssituationen bezeichnet, die sich durch definierte Kombinationen verschiedener Leistungen auszeichnen. Die Kodierung solcher Fallkonstellationen hat einen erheblichen Einfluss auf die Vergütung. Eine komplizierende Konstellation ist eine sogenannte »globale Funktion« (wirkt in unterschiedlichen DRGs) wie zum Beispiel bei der Angabe eines Polytraumas, als spezielle Versorgungssituation oder dem Geburtsgewicht bei einem Neugeborenen. Durch die Kombination mehrerer aufwendiger Leistungen wird das Kriterium einer s.g. komplizierenden Konstellation erreicht.



Abbildung1 : Vereinfachte Darstellung der DRG-Gruppierung

4.2 Beispiele für OPS-Kodes, die eine Komplizierende Konstellation auslösen können

Beatmung

- Beatmung > 48 Std., < 96 Std.

Antikoagulation

8-853.3 Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation

Hämodiafiltration

8-855.7* Hämodiafiltr: CVHDF, Antikoag m Heparin
8-855.8* Hämodiafiltr: CVHDF, Antikoag m sonst.

Hämofiltrationen

8-853.1* Hämofiltration: kont., arteriovenös (CAVH)
8-853.7* Hämofiltration: CVWH, Antikoag m Heparin
8-853.8* Hämofiltration: CVWH, Antikoag m. sonst.
8-854.* [ohne .7] Hämodialyse
8-855.1* Hämodiafiltr: kont., arteriovenös (CAVHDF)
8-857.0 Peritonealdialyse, intermitt., masch.

Hämodialysen

8-854.6* Hämodialyse: CVVHD, Antikoag m Heparin
8-854.7* Hämodialyse: CVVHD, Antikoag m. sonst.

Plasmapherese

8-820.0* Therapeutische Plasmapher: norm. Plasma
8-820.1* Therapeut. Plasmapher: kryodepl. Plasma

Reanimation

8-772 Operative Reanimation

Schrittmacherimplantation

5-377.1 Impl Schrittmacher, Einkammersystem
5-377.2 Impl Schrittmacher, Zweikammersystem, m 1 SchrSonde
5-377.3* Impl HSM: Zweikammersystem
5-377.4* Impl Schrittm, biventrik Stimulation

Transfusionen

8-800.g* Transfusion >1 Thrombozytenkonzentrate
8-800.c* Transfusion >10 TE Erythrozytenkonzentrate
8-810.* Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen

* Angabe eines 5- bzw. 6-stelligen Kodes, explizite Untergliederung siehe OPS-Katalog 2023

5. Ökonomie des POD

5.1 Qualitätsverträge zur Vermeidung des POD gemäß §110a SGB V



ZIEL DES GESETZES: Erprobung, ob sich durch die Vereinbarung von Anreizen im Zusammenhang mit höherwertigen Qualitätsanforderungen eine Verbesserung der stationären Versorgung erreichen lässt.

VERSORGUNG in Multikomponentenprogrammen konsequent am Patientennutzen ausrichten, Delirien vermeiden und Lebensqualität erhalten.



VERBESSERN funktioniert über Kooperationen: Während wir Qualitätsverträge kompetent organisieren, moderieren und fachlich begleiten können, verändern unsere Technologien zur Hypnose-tiefemessung die Versorgung und helfen postoperative Delirien zu vermeiden.

Sämtliche Informationen finden Sie auf den [Internetseiten des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen \(IQTIG\)](#).

Welche Rolle spielt Medtronic bei der Etablierung von Qualitätsverträgen zur Vermeidung des postoperativen Delirs? [Sprechen Sie uns gerne an.](#)

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterung und
Kodierung von
INVOSTM und BISTM

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Ökonomie
des POD

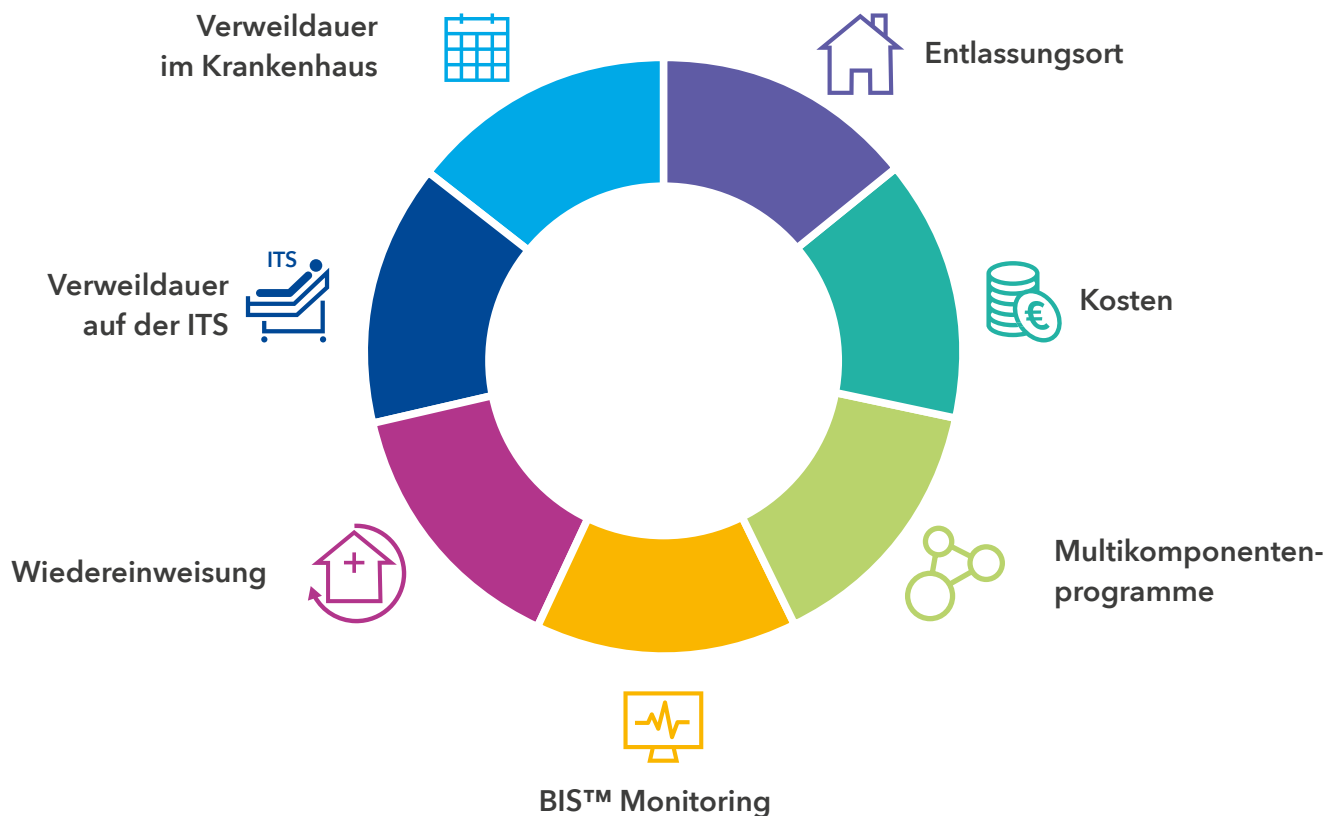
Indikationen für
den Einsatz von
INVOSTM

Kurzüberblick
DRG-Vergütung
2023

Literatur
& Glossar

5.2 Welchen wirtschaftlichen Einfluss kann postoperatives Delir haben?

Die Inzidenz des postoperativen Delirs kann durch den parallelen Einsatz unterschiedlicher Komponenten beträchtlich reduziert werden. Das BISTM Monitoring stellt die Patientensicherheit in den Vordergrund und trägt somit als Teil eines Multikomponentenprogrammes dazu bei, den Behandlungserfolg zu verbessern.^{2,3}





Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterung und
Kodierung von
INVOS™ und BIS™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Ökonomie
des POD

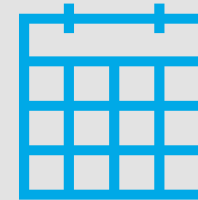
Indikationen für
den Einsatz von
INVOS™

Kurzüberblick
DRG-Vergütung
2023

Literatur
& Glossar

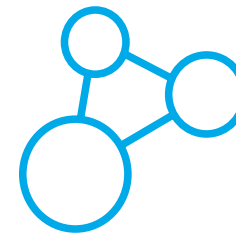
Die **Verweildauer im Krankenhaus** ist für Patienten mit Delirium länger als für Patienten ohne Delirium. Dies trifft für unterschiedliche Prozeduren zu, z.B.:

- Leber-Transplantationen^{4,5}
- Ösophagektomie^{6,7}
- Herzchirurgische Eingriffe^{8,9}
- größere orthopädische, vaskuläre oder abdominale elektive Chirurgie¹⁰
- TAVI¹¹



Die Implementierung umfangreicher Betreuungsprogramme resultiert in einer kürzeren Verweildauer im Krankenhaus:^{12,13,14}

- Orientierungshilfe bieten
- Prävention und Behandlung von Schmerzen
- Erhalt des natürlichen Schlaf-Wach-Rhythmus
- speziell geschulte Pflegefachkräfte
- Einbeziehung von Familienmitgliedern und Betreuern
- frühe Mobilisation
- Kommunikation
- Assistenzleistungen beispielsweise bei der Ernährung
- geriatrische Rehabilitation mit Delirium Check-Listen
- psycho-pädagogische Intervention





Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterung und
Kodierung von
INVOSTM und BISTM

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Ökonomie
des POD

Indikationen für
den Einsatz von
INVOSTM

Kurzüberblick
DRG-Vergütung
2023

Literatur
& Glossar

Bei Patienten mit Delirium ist die Verweildauer auf der Intensivstation signifikant länger als bei Patienten ohne Delirium.^{7,8,15,16}



Es besteht eine signifikante „Dosis-Wirkungs-Beziehung“ zwischen dem Schweregrad des Deliriums und der Verweildauer auf der Intensivstation.⁸



Bis zu
37 STUNDEN

längere Verweildauer auf der Intensivstation für Patienten mit einem postoperativen Delir, die sich einem kardiochirurgischen Eingriff unterziehen.⁸



Circa einen Tag zusätzliche Verweildauer auf der Intensivstation für Patienten mit postoperativem Delir nach einer Ösophagektomie.⁷



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterung und
Kodierung von
INVOSTM und BISTM

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Ökonomie
des POD

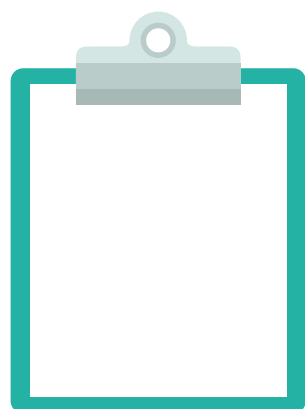
Indikationen für
den Einsatz von
INVOSTM

Kurzüberblick
DRG-Vergütung
2023

Literatur
& Glossar

Die Gesamtkosten für Patienten, die ein postoperatives Delir erleiden, sind höher als für Patienten ohne Auftreten eines postoperativen Delirs. ^{7,8,17,18,19,20,21,22,23}

Beispiel: Wirbelsäulenchirurgie
- durchschnittlich 13.000 USD²¹



Ein Delirium bedeutet signifikant höhere Kosten zunächst vor allem für die Kliniken. Die höheren Kosten resultieren u.a. aus:

- höherem Betreuungsaufwand
- höherem Pflegebedarf
- höherem Ressourcenverbrauch
- längerer Verweildauer

Die Kosten eines einzelnen Delirs variieren je nach Indikation, Betrachtungszeitraum, Methode und weiteren Faktoren der wissenschaftlichen Erhebungen. ^{7,8,17,18,19,20,21,22,23}



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterung und
Kodierung von
INVOSTM und BISTM

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Ökonomie
des POD

Indikationen für
den Einsatz von
INVOSTM

Kurzüberblick
DRG-Vergütung
2023

Literatur
& Glossar



Nach einem postoperativen Delir **ohne Komplikationen** ist das Risiko in ein institutionalisiertes Umfeld entlassen zu werden um das **1,5 fache** erhöht.²⁴

Nach einem postoperativen Delir **mit Komplikationen** ist das Risiko in ein institutionalisiertes Umfeld entlassen zu werden um das **1,8 fache** erhöht.²⁴

Patienten **ohne** ein postoperatives **Delir**:
84% werden nach Hause entlassen²⁰

Patienten **mit** einem postoperativen **Delir**:
47% werden nach Hause entlassen²⁰





Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterung und
Kodierung von
INVOSTM und BISTM

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Ökonomie
des POD

Indikationen für
den Einsatz von
INVOSTM

Kurzüberblick
DRG-Vergütung
2023

Literatur
& Glossar



Ein **Bundle an Interventionen** mit dem Ziel postoperative Delirien zu vermeiden ist hinsichtlich der Kosteneffektivität dominant gegenüber Standard of Care.²⁵

Ein Cochrane Review aus 2016 fand starke Evidenz, dass Multikomponentenprogramme Patienten in Krankenhäusern **vor Delirien schützen**.³



Multikomponentenprogramme und die Nutzung von BISTM Narkoseführung können die Inzidenz des postoperativen Delirs erfolgreich senken. In gepoolten Analysen ist diese Inzidenzsenkung u.a. für eine BISTM geführte Anästhesie statistisch signifikant.^{2,3}



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterung und
Kodierung von
INVOSTM und BISTM

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Ökonomie
des POD

Indikationen für
den Einsatz von
INVOSTM

Kurzüberblick
DRG-Vergütung
2023

Literatur
& Glossar

Nach einem Delir **ohne Komplikationen** ist das Risiko innerhalb von 30 Tagen wieder ins Krankenhaus eingewiesen zu werden um das **2,3-fache** erhöht.²⁴

Nach einem Delir **mit Komplikationen** ist das Risiko innerhalb von 30 Tagen wieder ins Krankenhaus eingewiesen zu werden um das **3,0-fache** erhöht.²⁴





Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterung und
Kodierung von
INVOSTM und BISTM

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Ökonomie
des POD

Indikationen für
den Einsatz von
INVOSTM

Kurzüberblick
DRG-Vergütung
2023

Literatur
& Glossar

Das Review kommt zum Schluss, dass die Nutzung von BISTM Monitoring die Inzidenz von **postoperativen Delirien reduziert.**²



Die Nutzung von prozessiertem EEG (BISTM Monitoring) hilft die optimale Narkosetiefe zu gewährleisten und ermöglicht das Auftreten von postoperativem Delir **von 21,3% auf 15,2%** zu senken.²⁶



Eine Meta-Analyse konnte zeigen, dass bei EEG-gesteuerter Anästhesie eine **statistisch signifikante Verkürzung der Verweildauer** auf der Intensivstation erreicht werden kann.²

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterung und
Kodierung von
INVOS™ und BIS™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Ökonomie
des POD

Indikationen für
den Einsatz von
INVOS™

Kurzüberblick
DRG-Vergütung
2023

Literatur
& Glossar

6. Indikationen für den Einsatz von INVOS™

Das INVOS™-System dient der nicht-invasiven Überwachung der hirnvenösen Sauerstoffsättigung (rSO₂) des Gehirn- oder Körpergewebes unterhalb der applizierten Optoden. Das System bietet somit die Möglichkeit, in Echtzeit ortsspezifische ischämische Komplikationen festzustellen, selbst wenn die systemischen Parameter oder Laborbefunde innerhalb der Normwerte liegen.

Die Messwerte des INVOS™-Systems sind unabhängig von Puls, Druck oder Temperatur. Sie liefern zuverlässige Hinweise zur Beurteilung der Perfusion in Situationen wie kardiopulmonalem Bypass, hypothermischem Kreislaufstillstand oder anderer hypothermischer Therapien, Behandlung von Schock oder kardiovaskulärem Kollaps sowie beim Ventilator- oder ECMO-Management.

In der Praxis hat sich der Einsatz des INVOS™-Systems beispielsweise bei den folgenden Eingriffen etabliert:

- Ersatz der Aortenklappe
- Anlegen eines aortokoronaren Bypass
- Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta Aorta abdominalis
- Resektion und Ersatz (Interpos.) Aorta thoracica, Rohrprothese bei Aneurysma
- Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz u. Koronargefäßen

Auf Grundlage der **Empfehlungen zum Neuromonitoring in der Kardioanästhesie**, von der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), der Cardiovascular and Thoracic Anaesthesia Group (CTA), der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR) sowie der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) ist der **Einsatz von NIRS** auf Grundlage der aktuellen Studienlage in folgenden Anwendungsgebieten **empfohlen**:

- Korrektur angeborener Herzfehler im Kindesalter,
- Operationen am Aortenbogen, wie beispielsweise ein Aorta-ascendes-Ersatz,
- Karotis-TEA, sofern kein SSEP Monitoring vorhanden ist.

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterung und
Kodierung von
INVOS™ und BIS™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Ökonomie
des POD

Indikationen für
den Einsatz von
INVOS™

Kurzüberblick
DRG-Vergütung
2023

Literatur
& Glossar

Weitere Risikogruppen, die nach Auffassung der DGAI, SGAR und DGTHG einen Einsatz von NIRS rechtfertigen:

- PatientInnen mit Z. n. Apoplex und bestehenden neurologischen Defiziten,
- PatientInnen mit einer mittelschweren (Grad 2) oder schweren (Grad 3) arteriellen Hypertonie, entsprechend einem systolischen Blutdruckwert ≥ 160 mmHg,
- PatientInnen mit hochgradiger/n Karotisstenose(n), d. h. einem Stenosegrad von mindestens 70% gemäß den Kriterien des North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial (NASCET),
- Herz- und Lungentransplantationen.

Für diese RisikopatientInnen wird trotz aktuell noch nicht ausreichender Evidenz eine **optionale Empfehlung** zum NIRS Einsatz ausgesprochen. (Vgl. Michels et. al. 201727)

Der NIRS Einsatz **außerhalb der Kardioanästhesie** ist aktuell insbesondere dann empfehlenswert, wenn unklar ist, ob ein gegebener mittlerer arterieller Blutdruck die ausreichende Perfusion des Gehirns gewährleistet. Dies betrifft u. a.

- Operationen in „Beach-Chair-Lagerung“,
- Operationen bei Früh- und Neugeborenen sowie
- PatientInnen mit extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO).

In diesen Bereichen ist das NIRS-Monitoring Gegenstand aktueller Untersuchungen; Empfehlungen der Fachgesellschaften gibt es hierzu noch nicht. (Vgl. Michels et. al. 201727)

ECMO

Das INVOS™-System bietet auch bei VA- und VV-ECMO wichtige Informationen bezüglich der angemessenen Oxygenierung bzw. Perfusion des Gehirns und Muskelgewebes in der Region unterhalb des Sensors und kann als Frühwarnsystem gewertet werden. Durch die Früherkennung einer Minderperfusion ist es der/dem AnwenderIn möglich, dieser entgegenzuwirken und Komplikationen zu vermeiden. (Vgl.: Wong et al. 201228, Mullenbach et al. 201329)

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterung und
Kodierung von
INVOS™ und BIS™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Ökonomie
des POD

Indikationen für
den Einsatz von
INVOS™

Kurzüberblick
DRG-Vergütung
2023

Literatur
& Glossar

MESSUNG DER HIRNVENÖSEN SAUERSTOFFSÄTTIGUNG BEI BEACH-CHAIR-LAGERUNG (Z.B. SCHULTERARTHROSKOPIE)

Orthopädische & traumatologische Operationen werden zunehmend in einer sitzenden Position durchgeführt. Der Grund für diese Lagerung sind verbesserte Operationsbedingungen für die ChirurgInnen. Damit entstehen für die AnästhesistInnen neue Herausforderungen. Während der Narkose kommt es zu einer Umverteilung des Blutvolumens (von intra- nach extrathorakal). Dies führt wiederum durch die verminderte Vorlast zum Abfall des Herzzeitvolumens (HZVs). Während einer Schulterarthroskopie in sitzender Position wird die Patientien / der Patient üblicherweise mit einer nicht-invasiven Blutdruckmessung überwacht. Da die Druckdifferenz zwischen Oberarm und Kopf ca. 20 bis 25 mmHg beträgt, muss dies bei der Interpretation der Messwerte berücksichtigt werden.

Der zusätzliche Einsatz des INVOS™-Monitoring System ermöglicht einen Einblick in das zerebrale Mikrogefäßsystem unterhalb der applizierten Optoden. Es stellt ein Frühwarnsystem dar, das bei Eingriffen in Beach-Chair-Position eine sofortige Intervention ermöglicht und damit zur Verbesserung des PatientInnen-Outcomes beitragen kann.

7. Kurzüberblick DRG-Vergütung 2023

Erlöse und Erlösparameter 2023

Erlöse und Erlösparameter 2023 in Hauptabteilungen, Beispiele											
ICD - HD	ICD - ND	OPS	DRG	BR*	MGVD	1. Tag mit Abschlag	Abschlag	1. Tag mit Zuschlag	Zuschlag	Erlös**	Pflegeerlös Bewertungs- relation/Tag
Herzklappeneingriff											
I35.0	I10.00 E11.90 N18.2	5-351.02 8-853.5 8-920	F03E	3,997	11,2	3	0,368	18	0,208	15.988,00 €	1,2410
Koronarer Bypass											
I20.8	I25.13 I47.1	5-361.23 5-371.33 8-772 8-920	F06D	4,577	13,4	3	0,501	24	0,216	18.308,00 €	1,5608
Rekonstruktive Gefäßeingriffe											
I71.4	N18.5	5-384.73 8-853.71 8-920	F08D	2,997	13,2	3	0,318	25	0,0670	11.988,00 €	0,8505
Kardiothorakale Eingriffe ohne HLM											
I71.01	N18.5	5-384.32 8-853.3 8-920	F09C	2,177	7,9	2	0,341	17	0,090	8.708,00 €	1,1924
Perkutane Koronarangioplastie											
I21.0	N18.5	8-837.k3 8-853.3 8-920	F52B	0,775	3,4	1	0,233	8	0,065	3.100,00 €	0,8152

* 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.

** Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 €.



8. Literatur und Glossar

8.1 Literatur

HAT EIN VERBESSERTES KLINISCHES OUTCOME AUSWIRKUNGEN AUF DIE KOSTENSITUATION?

- 1 Hunaid A. Vohra, Amit Modi, Sunil K. Ohri, Does use of intra-operative zerebral regional oxygen saturation monitoring during cardiac surgery lead to improved clinical outcomes? Cardio Vasc Thorac Surg 2009; 9:318-322, originally published online May 15, 2009.
- 2 Janssen TL, Alberts AR, Hooft L, Mattace-Raso FUS, Mosk CA, van der Laan L. Prevention of postoperative delirium in elderly patients planned for elective surgery: systematic review and meta-analysis. Clin Interv Aging. 2019;14:1095-1117 <https://doi.org/10.2147/CIA.S201323>
- 3 Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, Teale EA, Young J, Taylor J, Simpkins SA. Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Mar 11;3:CD005563. doi: 10.1002/14651858.CD005563.pub3. PMID: 26967259.
- 4 Hannah Lee, Seong Mi Yang, Jaeyeon Chung, Hye-Won Oh, Nam Joon Yi, Kyung-Suk Suh, Seung-Young Oh, Ho Geol Ryu, Effect of Perioperative Low-Dose Dexmedetomidine on Postoperative Delirium After Living-Donor Liver Transplantation: A Randomized Controlled Trial, Transplantation Proceedings, Volume 52, Issue 1, 2020, Pages 239-245, ISSN 0041-1345, <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2019.11.015>.
- 5 Kute, V.; Shah, P.; Vanikar, A.; Modi, P.; Shah, V.; Gumber, M.; Patel, H.; Engineer, D.; Rizvi, J.; Trivedi, H. Paired Donation Improves Kidney Transplantation Rate- A Single Centre One Year Experience of 56 Kidney Paired Donations., Transplantation: July 15, 2014 - Volume 98 - Issue - p 8
- 6 Mikita Fuchita, MD,*Sikandar H. Khan, DO,*Anthony J. Perkins, MS, Sujuan Gao, PhD,Sophia Wang, MD, Kenneth A. Kesler, MD, and Babar A. Khan, MD, MS: Perioperative Risk Factors for Postoperative Delirium in Patients Undergoing Esophagectomy; Ann Thorac Surg 2019;108:190-5, <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2019.01.040>
- 7 Markar, Sheraz R. MRCS(Eng), MA(cantab)*; Smith, Ian A. MD†; Karthikesalingam, Alan MRCS(Eng), MSc, MA(cantab)*; Low, Donald E. FACS, FRCS* The Clinical and Economic Costs of Delirium After Surgical Resection for Esophageal Malignancy, Annals of Surgery: July 2013 - Volume 258 - Issue 1 - p 77-81 doi: 10.1097/SLA.0b013e31828545c1
- 8 Charles H. Brown, IV, MD, MHS, Andrew Laflam, BS, Laura Max, BA, Daria Lymar, MD, Karin J. Neufeld, MD, MPH, Jing Tian, MS, Ashish S. Shah, MD, Glenn J. Whitman, MD, and Charles W. Hogue, MD: The Impact of Delirium After Cardiac Surgical Procedures on Postoperative Resource Use, Ann Thorac Surg 2016;101:1663-9, <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2015.12.074>



Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Erläuterung und Kodierung von INVOSTM und BISTM

Komplizierende Konstellation im Überblick

Ökonomie des POD

Indikationen für den Einsatz von INVOSTM

Kurzüberblick DRG-Vergütung 2023

Literatur & Glossar

- 9 Afonso A.; Scurlock C.; Krol M.; Bodian C.; Hossain S.; Flynn B.: Incidence and risk factors for delirium following cardiac surgery. Abstracts of Posters Presented at the International Anesthesia Research Society 2010 Annual Meeting Honolulu, Hawaii March 20-23, 2010, Anesthesia & Analgesia: March 2010 - Volume 110 - Issue 3S_Suppl - p S1-S520 doi: 10.1213/01.ANE.0000398215.59935.49
- 10=13 Jung Y.; Witt J.; Arora R.C.; Manji R.A.: What is the most cost effective pharmacological method to prevent delirium post-cardiac surgery? Canadian Journal of Cardiology 2015 31 :10 SUPPL. 1 (S171 - S172)
- 11 van der Wulp, K., van Wely, M., van Heijningen, L., van Bakel, B., Schoon, Y., Verkroost, M., Gehlmann, H., Van Garsse, L., Vart, P., Kievit, P., Rikkert, M.O., Morshuis, W. and van Royen, N. (2019), Delirium After Transcatheter Aortic Valve Implantation Under General Anesthesia: Incidence, Predictors, and Relation to Long-Term Survival. J Am Geriatr Soc, 67: 2325-2330. <https://doi.org/10.1111/jgs.16087>
- 12 Wang Y, Yue J, Xie D, et al. Effect of the Tailored, Family-Involved Hospital Elder Life Program on Postoperative Delirium and Function in Older Adults: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2020;180(1):17-25. doi:10.1001/jamainternmed.2019.4446
- 13 Chen CC, Li H, Liang J, et al. Effect of a Modified Hospital Elder Life Program on Delirium and Length of Hospital Stay in Patients Undergoing Abdominal Surgery: A Cluster Randomized Clinical Trial. JAMA Surg. 2017;152(9):827-834. doi:10.1001/jamasurg.2017.1083
- 14 IQTIG Abschlussbericht: Qualitätsverträge nach §110a SGBV - Evaluationskonzept zur Untersuchung der Entwicklung der Versorgungsqualität gemäß § 136b Abs. 8 SGB V, 22.12.2017
- 15 Daryl Jones, George Matalanis, Johan Mårtensson, Raymond Robbins, Margaret Shaw, Siven Seevanayagam, Dean Cowie, Rinaldo Bellomo: Predictors and Outcomes of Cardiac Surgery-Associated Delirium. A Single Centre Retrospective Cohort Study, Heart, Lung and Circulation Volume 28, ISSUE 3, P455-463, March 01, 2019; <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2018.01.007>
- 16 Fuchita, Mikita; Perkins, Anthony; Khan, Sikandar; Kesler, Kenneth; Khan, Babar 766: PERIOPERATIVE RISK FACTORS FOR POSTOPERATIVE DELIRIUM IN PATIENTS UNDERGOING ESOPHAGECTOMY, Critical Care Medicine: January 2018 - Volume 46 - Issue 1 - p 369 doi: 10.1097/01.ccm.0000528780.14024.0b
- 17 Cai Shining, Zhang Xiaomin, Pan Wenyan, Latour Jos M., Zheng Jili, Zhong Jun, Gao Jian, Lv Minzhi, Luo Zhe, Wang Chunsheng, Zhang Yuxia: Prevalence, Predictors, and Early Outcomes of Post-operative Delirium in Patients With Type A Aortic Dissection During Intensive Care Unit, Frontiers in Medicine Vol 7, 2020, DOI=10.3389/fmed.2020.572581
- 18 Takaya Makiguchi, Takahiro Yamaguchi, Hideharu Nakamura, Masaru Ogawa, Norifumi Harimoto, Ken Shirabe & Satoshi Yokoo (2020) Impact of skeletal muscle mass on postoperative delirium in patients undergoing free flap repair after oral cancer resection, Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery, 54:3, 161-166, DOI: 10.1080/2000656X.2020.1724545
- 19 Ortega-Loubon C, Herrera-Gómez F, Bernuy-Guevara C, Jorge-Monjas P, Ochoa-Sangrador C, Bustamante-Munguira J, Tamayo E, Álvarez FJ. Near-Infrared Spectroscopy Monitoring in Cardiac and Noncardiac Surgery: Pairwise and Network Meta-Analyses. Journal of Clinical Medicine. 2019; 8(12):2208. <https://doi.org/10.3390/jcm8122208>



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterung und
Kodierung von
INVOSTM und BISTM

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Ökonomie
des POD

Indikationen für
den Einsatz von
INVOSTM

Kurzüberblick
DRG-Vergütung
2023

Literatur
& Glossar

- 20 Brown, C.H., IV, LaFlam, A., Max, L., Wyrobek, J., Neufeld, K.J., Kebaish, K.M., Cohen, D.B., Walston, J.D., Hogue, C.W. and Riley, L.H. (2016), Delirium After Spine Surgery in Older Adults: Incidence, Risk Factors, and Outcomes. *J Am Geriatr Soc*, 64: 2101-2108. <https://doi.org/10.1111/jgs.14434>
- 21 Fineberg SJ, Nandyala SV, Marquez-Lara A, Oglesby M, Patel AA, Singh K. Incidence and risk factors for postoperative delirium after lumbar spine surgery. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2013 Sep 15;38(20):1790-6. doi: 10.1097/BRS.0b013e3182a0d507. PMID: 23797502.
- 22 Robinson TN, Raeburn CD, Tran ZV, Angles EM, Brenner LA, Moss M. Postoperative delirium in the elderly: risk factors and outcomes. *Ann Surg*. 2009 Jan;249(1):173-8. doi: 10.1097/SLA.0b013e31818e4776. PMID: 19106695.
- 23 Potter BJ, Thompson C, Green P, Clancy S. Incremental cost and length of stay associated with postprocedure delirium in transcatheter and surgical aortic valve replacement patients in the United States. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2019 May 1;93(6):1132-1136. doi: 10.1002/ccd.28014. Epub 2018 Dec 14. PMID: 30549428.
- 24 Gleason LJ, Schmitt EM, Kosar CM, Tabloski P, Saczynski JS, Robinson T, Cooper Z, Rogers SO Jr, Jones RN, Marcantonio ER, Inouye SK. Effect of Delirium and Other Major Complications on Outcomes After Elective Surgery in Older Adults. *JAMA Surg*. 2015 Dec;150(12):1134-40. doi: 10.1001/jamasurg.2015.2606. PMID: 26352694; PMCID: PMC4684425.
- 25 Teja, Bijan J. MD, MBA*; Sutherland, Tori N. MD, MPH†; Barnett, Sheila R. MD*; Talmor, Daniel S. MD, MPH* Cost-Effectiveness Research in Anesthesiology, Anesthesia & Analgesia: November 2018 - Volume 127 - Issue 5 - p 1196-1201 doi: 10.1213/ANE.0000000000003334
- 26 Punjasawadwong Y, Chau-in W, Laopaiboon M, Punjasawadwong S, Pin-on P. Processed electroencephalogram and evoked potential techniques for amelioration of postoperative delirium and cognitive dysfunction following non-cardiac and non-neurosurgical procedures in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 5. Art. No.: CD011283. DOI: 10.1002/14651858.CD011283.pub2.
- 27 Michels,P.; Bräuer, A.; Bauer, M.; Söhle, M.: Neurophysiologisches Monitoring bei operativen Eingriffen. In: *Anaesthesist* (2017) 66: 645. <https://doi.org/10.1007/s00101-017-0356-7>
- 28 Wong, Joshua K.; Smith, Thomas N.; Pitcher, Harrison T.; Hirose, Hitoshi; Cavarocchi, Nicholas C. (2012): Cerebral and lower limb near-infrared spectroscopy in adults on extracorporeal membrane oxygenation. In: *Artificial organs* 36 (8), S. 659-667. DOI: 10.1111/j.1525-1594.2012.01496.x.
- 29 Muellenbach, R. M.; Kilgenstein, C.; Kranke, P.; Küstermann, J.; Kredel, M.; Roewer, N. et al. (2014): Effects of venovenous extracorporeal membrane oxygenation on cerebral oxygenation in hypercapnic ARDS. In: *Perfusion* 29 (2), S. 139-141. DOI: 10.1177/0267659113497073.

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterung und
Kodierung von
INVOSTM und BISTM

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Ökonomie
des POD

Indikationen für
den Einsatz von
INVOSTM

Kurzüberblick
DRG-Vergütung
2023

Literatur
& Glossar

8.2 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.
Cost-Weight	Kurz: CW, siehe Bewertungsrelation

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterung und
Kodierung von
INVOS™ und BIS™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Ökonomie
des POD

Indikationen für
den Einsatz von
INVOS™

Kurzüberblick
DRG-Vergütung
2023

Literatur
& Glossar

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 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 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 Landeskrankengesellschaften 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

Erläuterung und
Kodierung von
INVOS™ und BIS™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Ökonomie
des POD

Indikationen für
den Einsatz von
INVOS™

Kurzüberblick
DRG-Vergütung
2023

Literatur
& Glossar

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, krankenhausespezifische 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

Erläuterung und
Kodierung von
INVOS™ und BIS™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Ökonomie
des POD

Indikationen für
den Einsatz von
INVOS™

Kurzüberblick
DRG-Vergütung
2023

Literatur
& Glossar

8.3 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
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Erläuterung und
Kodierung von
INVOS™ und BIS™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Ökonomie
des POD

Indikationen für
den Einsatz von
INVOS™

Abkürzungen

Literatur
& Glossar

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

Erläuterung und
Kodierung von
INVOS™ und BIS™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Ökonomie
des POD

Indikationen für
den Einsatz von
INVOS™

Kurzüberblick
DRG-Vergütung
2023

Literatur
& Glossar

8.4 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

Erläuterung und
Kodierung von
INVOS™ und BIST™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Ökonomie
des POD

Indikationen für
den Einsatz von
INVOS™

Kurzüberblick
DRG-Vergütung
2023

Literatur
& Glossar

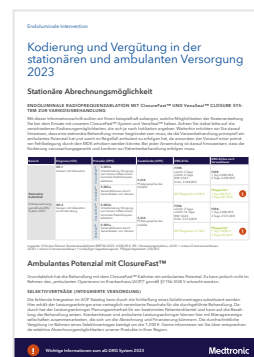
Weitere Informationsbroschüren



Transkatheter-
Klappenimplantation (TCV)



Kodierhilfen



Endoluminale
Interventionen



Ablationen



Ambulanter Leitfaden
Herzstimulationssysteme



Reveal® Herzmonitor



Herzchirurgie



Endovaskuläre Eingriffe
an der Aorta



Periphere Eingriffe und
Embolisierungen



Perkutan-transluminale
Gefäßintervention an
Koronargefäßen und Renale
Denervierung

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

Erläuterung und
Kodierung von
INVOS™ und BIS™

Komplizierende
Konstellation im
Überblick

Ökonomie
des POD

Indikationen für
den Einsatz von
INVOS™

Kurzüberblick
DRG-Vergütung
2023

Literatur
& Glossar

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

© Medtronic GmbH
All Rights Reserved. 02/2023

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.