

Kodierhinweis

Allgemeine Informationen

Update 2023



Hinweise zu Kodierung und Vergütung in der stationären Versorgung

Auch in diesem Jahr möchten wir Sie wie gewohnt mit dieser und weiteren produktspezifischen Broschüren bei der Erlössicherung unterstützen. Dazu haben wir unsere Kodierhinweise überarbeitet und geben Ihnen damit einen Überblick über die aktuelle Vergütungssituation in der stationären Versorgung in Deutschland.

Die zurückliegenden Jahre der Corona-Pandemie bleiben uns allen sicher aus vielerlei Gründen noch lange im Gedächtnis. In Bezug auf die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems im Jahr 2022 ist es die Tatsache, dass der Fallpauschalen-Katalog zum ersten Mal nicht auf Basis der etablierten Systematik kalkuliert werden konnte. Die Kostendaten aus dem Jahr 2020, die eigentlich für die Kalkulation 2022 genutzt werden sollten, waren aufgrund des veränderten Leistungsgeschehens im ersten Jahr der Pandemie schlichtweg nicht zur Weiterentwicklung nutzbar.

Für die Weiterentwicklung 2023 konnte das InEK nun wieder weitestgehend in den bisherigen Kalkulationsrhythmus zurückkehren und mit Hilfe der Daten aus 2021 den Fallpauschalen-Katalog für 2023 überarbeiten. Das bedeutet, dass im aktuellen aG-DRG-System auch wieder externe Entwicklungen berücksichtigt werden konnten, unter anderem Kostenentwicklungen (z. Bsp. Veränderung der Sachkosten zwischen 2019 und 2021) sowie auch Veränderungen des Leistungsgeschehens.

Insbesondere die Corona-Pandemie hat zu erheblichen Veränderungen im Leistungsgeschehen geführt. Aufgrund der anhaltend niedrigeren Fallzahlen musste die Kalkulationssystematik angepasst werden. Eine veränderte Fallzusammensetzung innerhalb einer Leistungseinheit kann die Kostenstrukturen der verbleibenden DRGs beeinflussen. So können sich beispielsweise die Kosten verbleibender Fälle erhöhen, wenn zunächst gleich bleibende Fixkosten auf eine geringere Fallzahl verteilt werden. Es hat sich gezeigt, dass Behandlungen, die eher aufschiebbar sind, einem tendenziell stärkeren Fallzahlrückgang unterlagen und daher - im Verhältnis zu komplexeren Leistungen - einen höheren Anstieg der durchschnittlichen Fallkosten aufweisen. Um diese Verzerrungen bei der Kalkulation nicht zu übernehmen hat sich das InEK für die „Dämpfung“ dieser Einflüsse entschieden. Wesentliche Veränderungen in den Fallkosten wurden nicht vollständig, sondern in Abhängigkeit der Fallzahlveränderungen nur stufenweise übernommen.

Durch die Weiterentwicklung wurde das aG-DRG-System wieder ein Stück komplexer und Bedarf der stetigen

Abkürzungsverzeichnis

BWR	Bewertungsrelation	HD	Hauptdiagnose	OEM	Original Equipment Manufacturer (Hersteller des Originalerzeugnisses)
BBFW	Bundesbasisfallwert	HLM	Herz-Lungen-Maschine	OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte	HZV	Herzzeitvolumen	PBWR	Pflege-Bewertungsrelation
CM	Case Mix	IABP	Intraaortale Ballonpumpe	PCI	Percutaneous coronary intervention - Perkutane Koronarintervention
CMI	Case Mix Index	ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten	PECLA	Pumpenlose Extrakorporale Membranoxygenierung
DRG	Diagnosis Related Groups – Diagnosebezogene Fallgruppen	InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH	Prä-MDC	den MDCs vorgeschaltete Hauptdiagnosegruppe
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien	LBFW	Landesbasisfallwert	SAPS	Simplified Acute Physiology Score
ECLS	Extracorporeal Life Support System	MD	Medizinischer Dienst (vormals Medizinischer Dienst der Krankenkassen)	TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
ECMO	Extrakorporale Membranoxygenierung	MDC	Major Diagnostic Group – Hauptdiagnosegruppe	VWD	Verweildauer
FoKa	Fachausschuss für die ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung	ND	Nebendiagnose	ZE	Zusatzentgelt
G-DRG	German Diagnosis Related Groups				

Aufmerksamkeit. Um Sie hierbei zu unterstützen möchten wir Ihnen einen Überblick über die Grundlagen des Fallpauschalen-Systems in kompakter Form darstellen. Informationen zu konkreten Therapien und mit Bezug zu unseren Produkten finden sich in den jeweiligen fachspezifischen Broschüren.

Bitte haben Sie Verständnis, dass der Inhalt all unserer Broschüren zum Thema Reimbursement zwar mit großer Sorgfalt zusammengestellt ist, sie dennoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Die Inhalte sind mit besonderem Augenmerk auf unsere Produkte erstellt, sodass in den fachbezogenen Broschüren nur Verfahren und Therapien dargestellt sind, die durch die jeweiligen Produkte unterstützt werden. Auch die Informationen und Erläuterungen, die sich auf das Vergütungssystem beziehen, sind nicht als vollständige Darstellung des aG-DRG-Systems oder aktuell gültiger Abrechnungsbestimmungen zu verstehen und können das Studium einschlägiger rechtlicher Grundlagen und Vorschriften in diesem Zusammenhang nicht ersetzen.

Des Weiteren möchten wir darauf hinweisen, dass es sich bei allen DRG- und Gruppierungsbeispielen um vereinfachte Darstellungen handelt. Zur besseren Verständlichkeit wurden Fallkonstellationen angenommen, die sich auf vergleichsweise wenige Parameter beziehen (bspw. Hauptdiagnose, einzelne Prozeduren). Bei Kodierung weiterer Diagnosen oder Prozeduren sind abweichende Gruppierungsergebnisse möglich.

Sollten Sie Fragen zu den Inhalten haben oder weitergehende Informationen wünschen, wenden Sie sich gerne an uns. Wir freuen uns auch über Hinweise oder Anmerkungen zu aus Ihrer Sicht fehlenden Inhalten, um diese bei der Weiterentwicklung zu berücksichtigen.

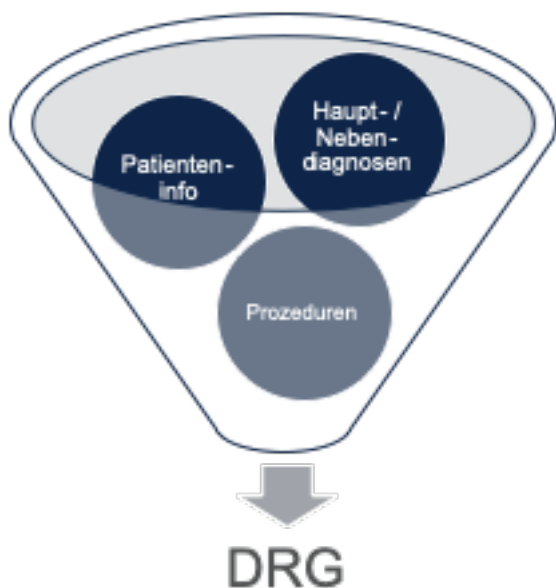


Abbildung 1: Vereinfachte Darstellung der Einflussfaktoren zur DRG-Gruppierung

Das aG-DRG-System

Fallpauschalen

Die Vergütung der stationären Versorgung in Deutschland erfolgt nach einem pauschalierenden und leistungsorientierten Entgeltsystem, dem aG-DRG-System. Es handelt sich um ein Patientenklassifikationssystem, in dem Patienten mit ähnlicher Erkrankung bzw. Behandlung einer gemeinsamen Fallpauschale, der DRG zugeordnet werden.

Ausschlaggebend für die Gruppierung, also die Auswahl einer DRG für einen individuellen Fall sind verschiedene Faktoren. Insbesondere die Hauptdiagnose sowie eventuell erfolgte diagnostische bzw. therapeutische Maßnahmen haben einen weitgehenden Einfluss. Weiterhin sind aber auch patientenindividuelle Faktoren, wie z. Bsp. Alter, Geschlecht oder Vorerkrankungen relevant.

Um eine leistungsgerechte Vergütung zu erreichen, ist somit die korrekte und vollständige Dokumentation von Diagnosen und erbrachten Leistungen unabdinglich. Zur Gewährleistung einer durchgängigen Abbildung, sind allgemeingültige, einheitliche Klassifikationssysteme notwendig, die vom BfArM, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, zur Verfügung gestellt und jährlich aktualisiert werden:

- Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten, German Modification (ICD-10-GM) ist die amtliche Klassifikation für Diagnosen im ambulanten und stationären Bereich in Deutschland ^[1]
- Operationen, Prozeduren und weitere allgemeine medizinische Maßnahmen werden anhand des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) in seiner aktuellen Fassung, der Version 2023 verschlüsselt ^[2]

Für die Einführung, Betreuung und Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems zeichnet sich das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) verantwortlich, das eigens hierfür von den Selbstverwaltungspartnern im deutschen Gesundheitssystem gegründet wurde. Das InEK stellt die aktuell gültigen Dokumente wie beispielsweise den Fallpauschalen-Katalog oder Informationen zu Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), sowie eine Reihe von Hintergrundinformationen zur Verfügung.

Die Internetadressen der genannten Institute sowie Hinweise zu weiterführenden Informationsquellen finden Sie am Ende dieser Broschüre.

Pflegepersonalkosten

Mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRGs im Jahr 2020 wurde der Fallpauschalen-Katalog

um die Bewertungsrelationen für den tagesbezogenen Pflegeerlös je DRG ergänzt. Entsprechend wurden die Bewertungsrelationen der „Rumpf-DRGs“ um den Pflegeanteil gekürzt. Die Bewertungsrelationen der Pflege setzen den pflegerischen Aufwand der DRGs untereinander in Relation und werden seither zusätzlich zu den DRG-Erlösen abgerechnet. Dazu werden die Pflege-Bewertungsrelationen mit einem krankenhausindividuell verhandelten Pflegeentgeltwert bewertet. Allerdings handelt es sich dabei lediglich um Abschlagszahlungen auf die Pflegepersonalkosten.

Das Pflegebudget ist als Selbstkostendeckungsprinzip zu verstehen und soll daher die tatsächlich entstandenen Personalkosten der Pflege im Krankenhaus decken. Diese sind jedoch erst retrospektiv bekannt. Durch die vorläufige Abrechnung der Pflegeerlöse kann die Liquidität des Krankenhauses sichergestellt werden. Wurde für das laufende Jahr noch kein Pflegentgeltwert vereinbart, kommt der Wert des Vorjahrs zum Einsatz. Konnte seit Einführung des Pflegebudgets noch kein Budget vereinbart werden, kommt der gesetzlich vorgeschriebene Vorläufige Pflegeentgeltwert zur Anwendung. Dieser beträgt für 2023 230€ und ist Grundlage unserer Beispielrechnung.

Nach Ablauf des Budgetzeitraums findet dann schließlich ein Ausgleich von Mehr- oder Mindererlösen aus den vorläufig abgerechneten Pflegerlösen gegenüber den Ist-Personalkosten statt.

Das Beispiel verdeutlicht die Ermittlung beider Erlösbestandteile der DRG F06D Koronare Bypass-Operation: Erlöse aus der DRG und der Pflege. Im Fallpauschalen-Katalog sind die BWR der DRG mit ihren verweildauerabhängigen Zu- und Abschlägen sowie die BWR für Pflege pro Tag genannt.

DRG	Bezeichnung	BWR DRG	Ø VWD	UGWWD	UGWWD-Abschlag pro Tag	OGWWD	OGWWD-Zuschlag pro Tag	BWR Pflege pro Tag
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren	4,577	13,4	3	0,501	24	0,216	1,5608

Tabelle 1: Auszug aus dem Fallpauschalen-Katalog 2023 [3]

Bei einer Verweildauer von 11 Tagen ergibt sich

Erlös der „Rumpf-DRG“ **BWR DRG** x fiktiver BBFW*
4,577 x 4.000 € = 18.308 €

zzgl. Pflegeerlös **BWR Pflege pro Tag** x VWD x Pflegeentgeltwert**
1,5608 x 11 x 230 € = 3.949 €

Gesamt 22.257 €

(zzgl. evtl. Zusatzentgelte)

Zusatzentgelte im aG-DRG-System

Ergänzend zur Vergütung durch Fallpauschalen existieren innerhalb der stationären Abrechnung auch Zusatzentgelte (ZEs), die parallel zu einer Fallpauschale abgerechnet werden können. Diese kommen in der Regel dann zur Anwendung, wenn bestimmte Verfahren, Medizinprodukte oder Medikamente unregelmäßig in mehreren DRGs auftreten, sodass eine feste Zuordnung zu einer einzelnen DRG nicht möglich ist und diese deshalb nicht sachgerecht in den DRGs abgebildet werden können. Die Vergütung durch ein Zusatzentgelt ist außerdem nur dann notwendig, wenn die Leistung mit einem nicht unerheblichen Kostenaufwand verbunden ist. Angesteuert werden die Entgelte über definierte Prozedurschlüssel, sodass auch in diesem Zusammenhang eine korrekte Dokumentation der relevanten OPS-Kodes wichtig ist.

Grundsätzlich können bundeseinheitliche von individuellen ZEs unterschieden werden. Für erstgenannte werden mit dem Fallpauschalen-Katalog einheitliche Preise vom InEK kalkuliert und veröffentlicht (Anlage 2 im Fallpauschalen-Katalog^[3]). Auch die individuellen ZEs werden vom InEK vorgegeben bzw. hinsichtlich ihrer Leistung definiert (Anlage 4 und 6 im Fallpauschalen-Katalog^[3]). Das heißt es können keine Zusatzentgelte für beliebige Leistungen vereinbart werden, sondern nur für die vom InEK vorgegebenen Prozeduren-Kodes. Für die individuellen ZEs werden allerdings keine Preise festgelegt. Dies resultiert aus stark abweichenden Kosten, die die Krankenhäuser dem InEK mitteilen. In diesen Fällen findet auf Ortsebene zwischen den Krankenhäusern und Kostenträgern eine individuelle Verhandlung der Entgelte statt.

Eine spezielle Form von ZEs stellen die Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (kurz NUBs) dar. Im Unterschied zu den vorher beschriebenen ZEs handelt es sich hier um zeitlich befristete Entgelte. Es geht darum neuartige Methoden im Entgeltsystem abzubilden. Da die Aktualisierung des Fallpauschalen-Katalogs systembedingt immer einen zeitlichen Versatz von 2 Jahren aufweist, sollen durch die NUB-Entgelte neue Verfahren kurzfristig und zeitlich begrenzt abgebildet werden. Voraussetzung für die Vereinbarung eines NUB ist jedoch zunächst die grundsätzliche Anerkennung als solches durch das InEK. Hierzu prüft das InEK auf Anfrage eines Krankenhauses, ob es sich bei dem Verfahren um eine Neuheit handelt, die

* Berechnung der DRG-Erlöse erfolgt mit einem fiktivem Bundesbasisfallwert in Höhe von 4.000 €, da der BBFW zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Unterlage noch nicht zur Verfügung stand.

**Berechnung der Pflegeerlöse erfolgt mit dem gemäß § 15 IIa KHEntgG ab 01.01.2023 gültigen vorläufigen Pflegeentgeltwert in Höhe von 230 €.

im aktuellen aG-DRG-System nicht oder nicht sachgerecht abgebildet ist. Das Prüfergebnis gilt anschließend jeweils für das folgende Systemjahr. Im darauffolgenden Jahr findet eine erneute Prüfung statt, sofern das Verfahren nicht ins aG-DRG-System überführt wurde.^[4]

Kalkulation von individuellen Zusatzentgelten

Erbringt ein Krankenhaus eine Leistung, für die ein individuelles ZE abrechenbar ist, muss dieses Entgelt im Rahmen der Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern vereinbart werden, wofür in der Regel die Vorlage einer Kalkulation notwendig ist. Zur Unterstützung bei der Kalkulation von ZEs stellt das InEK einen Leitfaden zur Verfügung, der die grundsätzliche Vorgehensweise beschreibt und dessen Vorgaben zu berücksichtigen sind. Es werden differenzierte Ansätze für die drei unterschiedlichen Gruppen von Leistungsarten vorgestellt: operative und interventionelle Verfahren, die Gabe von Medikamenten und Blutprodukten sowie Dialysen und verwandte Verfahren. Ergänzend stellt das InEK auch Kalkulationsblätter zur Verfügung.^[5]

Die Kalkulationsempfehlungen des InEK sollten in jedem Fall berücksichtigt werden. Zusätzlich ist zu empfehlen, sich mit dem Handbuch zur Kalkulation von Behandlungskosten des InEK^[7] vertraut zu machen, da dieses als grundlegendes Regelwerk zur Fallkostenermittlung zu betrachten ist. Die Kalkulation der DRGs führt das InEK auf Basis von Echtdateien aus Krankenhäusern durch, die an der jährlichen Kostenkalkulation teilnehmen und dazu ihre im Rahmen einer Kostenträgerrechnung ermittelten Fallkosten zur Verfügung stellen. Um eine einheitliche Vorgehensweise zur Ermittlung dieser Fallkosten zu gewährleisten, hat das InEK eben dieses Kalkulationshandbuch herausgegeben. Insofern dürften die Regelungen und Vorgaben aus dem Handbuch in erster Linie den an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern geläufig sein. Da die Definition der Fallkosten ebenso für die Kosten von ZEs gelten, sollten Sie sich im Rahmen Ihrer ZE-Kalkulation damit vertraut machen.

Häufig geltend gemacht für ZEs sind Kosten für den Einsatz teurer Sachmittel. Dazu gehören zum Beispiel Implantate, spezielle Materialsets oder Medikamente. Auch weitere Sachkosten des medizinischen Bedarfs können in der Kalkulation berücksichtigt werden. Natürlich sind ebenfalls Personalkosten im Ärztlichen Dienst oder für Funktionspersonal zu kalkulieren. Betroffene Leistungsbereiche sind hier häufig der OP sowie auch diagnostische Bereiche. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System ab dem Jahr 2020 auch bei der ZE-Kalkulation keine Personalkosten des Pflegedienstes (im Sinne des Pflegebudgets) mehr geltend gemacht werden können, da dies eine Doppelfinanzierung

bedeuten würde. Hier gilt es zu prüfen, ob die Zuordnung von Mitarbeitern zu den unterschiedlichen Diensten korrekt ist bzw. ob diese Zuteilung im Einklang mit Ihrem Pflegebudget steht.

Bei der Ermittlung des Kostenumfanges für ein Zusatzentgelt ist außerdem zu berücksichtigen, dass es sich dabei ausschließlich um zusätzlich entstandene Kosten handelt. Das bedeutet, dass in der abgerechneten Fallpauschale bereits Kosten einer Leistung enthalten sind, die bei diesen Fällen üblicherweise zur Anwendung kommt. Das Zusatzentgelt soll nur diejenigen Kosten abbilden, die durch die abweichende (zusatzentgeltauslösende) Leistung darüber hinaus entstehen. Das bedeutet, dass in die Kalkulation des ZEs nur die Mehrkosten eingebracht werden können, um eine Doppelvergütung auszuschließen.

Abrechnung von Zusatzentgelten

Es ist weiterhin zu beobachten, dass die Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern zunehmend spät im Laufe eines Jahres stattfinden. Durch diesen zeitlichen Verzug kann der Fall eintreten, dass zum Abrechnungszeitpunkt eines Falls keine aktuell gültige Preisvereinbarung vorliegt. Wie mit der Abrechnung in solch einem Fall zu verfahren ist, hängt davon ab, ob im vorhergehenden Vereinbarungszeitraum ein Preis für das betreffende Zusatzentgelt vereinbart war oder nicht. Handelt es sich um ein bereits im Vorjahr vereinbartes ZE, kann der zuletzt gültige Preis bis zur Genehmigung einer neuen Vereinbarung weiterhin abgerechnet werden. Entstehen dadurch Mehr- oder Mindererlöse werden diese im Nachhinein ausgeglichen.

Für nicht vereinbarte Zusatzentgelte kann gemäß der Fallpauschalenvereinbarung der Spitzenverbände ein Betrag in Höhe von 600 € abgerechnet werden.^[7]

Weiterführende Informationen

Wir haben Sie bereits darauf hingewiesen, dass die hier dargestellten Informationen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Das Studium der einschlägigen Gesetze und Vorschriften in diesem Zusammenhang ist notwendig, wenn Sie mit Themen wie Kodierung, Vergütung, Abrechnung etc. betraut sind. Als ersten Einstieg für das Selbststudium können wir die nachfolgenden Informationsquellen empfehlen, wobei auch hier der Hinweis gilt, dass es sich um keine vollständige Aufzählung handelt.

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)

www.g-drg.de

Das InEK ist für alle Aufgaben im Zusammenhang mit der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des deutschen Vergütungssystems für die stationäre Versorgung zuständig und stellt auf seinen Internetseiten alle wichtigen Informationen und Vereinbarungen auf Bundesebene in Bezug auf das G-DRG-System zur Verfügung

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

www.bfarm.de

Das BfArM - vormals DIMDI - ist Herausgeber verschiedener medizinischer Klassifikationen, unter anderem des ICD- und OPS-Katalogs. Zudem gehört zu den Aufgaben des BfArM beispielsweise auch die Pflege von medizinischen Terminologien und Nomenklaturen sowie die Entwicklung und Aktualisierung datenbankgestützter Informationssysteme zum Beispiel für Arzneimittel, Medizinprodukte oder klinische Studien.

Gesetzliche Grundlagen

Relevant für die Krankenhausfinanzierung sind insbesondere das Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG) und das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG). In Teilbereichen ist auch die Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung – BpflV) gültig

Hauptsächlich zur Regelung der Abrechnung von DRGs und weiteren Entgelten schließen die Spitzenverbände jährlich eine Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser in ihrer jeweils aktuell gültigen Fassung.

Rechtliche Hinweise:

Die Ausführungen und Erläuterungen in dieser Broschüre zu Geringe Produkten dienen lediglich als Orientierungshilfe hinsichtlich der Vergütungssituation in der stationären Versorgung in Deutschland.

Die Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Für die Inhalte, insbesondere zu Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität kann jedoch keine Haftung und Gewähr übernommen werden. Die einschlägigen gesetzlichen Grundlagen, Regelungen und Vereinbarungen werden in dieser Broschüre nicht vollständig dargestellt und unterliegen zudem fortlaufenden Änderungen, sodass die hier bereitgestellten Informationen nicht das Studium dieser Vorschriften ersetzen können. Die Broschüre soll lediglich als Hilfestellung im Rahmen der Abrechnung dienen.

Wir weisen außerdem darauf hin, dass es sich bei den in der Broschüre dargestellten DRGs, Fall- und Gruppierungsbeispielen nur um vereinfachte Darstellungen handelt. Zur besseren Verständlichkeit wurden Konstellationen angenommen, die sich auf vergleichsweise wenige Parameter beziehen (z. Bsp. Hauptdiagnose, einzelne Prozeduren). Eine Allgemeingültigkeit ist aus den dargestellten Beispielen nicht ableitbar. Bei Kodierung weiterer Diagnosen oder Prozeduren sind insbesondere abweichende Gruppierungsergebnisse möglich. Die Abrechnung von Leistungen und Produkten ist daher in jedem Fall gesondert zu überprüfen.

Die individuelle therapeutische Entscheidung in Bezug auf die Auswahl medizinischer Verfahren und Medizinprodukten soll ausdrücklich unberührt bleiben. Auch die Einhaltung aller im Zusammenhang mit der Anwendung der Produkte stehenden Vorschriften ist vom Anwender zu berücksichtigen.

Quellenangaben

- [1] BfArM (Hrsg.) (2022); ICD-10-GM Version 2023, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 06.12.2022; URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2023/> [Stand: 06.02.2023]
- [2] BfArM (Hrsg.) (2022); OPS Version 2023, Systematisches Verzeichnis, Operationen- und Prozedurenschlüssel, Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS), Stand: 23.11.2022; URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2023/> [Stand: 06.02.2023]
- [3] InEK (Hrsg.) (2022); Fallpauschalen-Katalog 2023; URL: <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2023/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-20232> [Stand: 06.02.2023]
- [4] InEK (Hrsg.) (2021); Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB); URL: https://www.g-drg.de/Neue_Untersuchungs-_und_Behandlungsmethoden_NUB/DRG [Stand: 10.01.2022]
- [5] InEK (Hrsg.) (2006); Empfehlungen für die Kalkulation von Zusatzentgelten; URL: https://www.g-drg.de/Kalkulation2/Empfehlung_fuer_die_Kalkulation_von_Zusatzentgelten [Stand: 10.01.2022]
- [6] InEK (Hrsg.) (2016); Kalkulation von Behandlungskosten – Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern; Version 4.0; URL: <https://www.g-drg.de/kalkulation/drg-fallpauschalen-17b-khg/kalkulationshandbuch> [Stand: 16.03.2023]
- [7] Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2023 (Fallpauschalenvereinbarung 2023 – FPV 2023) zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Verband der Privaten Krankenversicherung sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft; URL: <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2023/abrechnungsbestimmungen/fpv-2023> [Stand: 16.03.2023]



Wir bei Getinge sind davon überzeugt, dass jede Person und Gesellschaft Zugang zur bestmöglichen Versorgung haben sollte, und bieten daher Krankenhäusern und Life-Science-Einrichtungen Produkte und Lösungen, welche die klinischen Ergebnisse verbessern und die Arbeitsabläufe optimieren sollen. Das Angebot umfasst Produkte und Lösungen für die Intensivmedizin, kardiovaskuläre Eingriffe, Operationssäle, Sterilgutaufbereitung und Life Science. Getinge beschäftigt über 10.000 Mitarbeiter weltweit und die Produkte werden in mehr als 135 Ländern verkauft.

Ihren lokalen Getinge-Vertriebspartner finden Sie unter der folgenden Adresse:

Getinge Deutschland GmbH · Kehler Str. 31 · 76437 Rastatt · Deutschland

Getinge Österreich GmbH · Lemböckgasse 49 · 1230 Wien · Österreich

Getinge Schweiz AG · Quellenstrasse 41B · 4310 Rheinfelden · Schweiz

www.getinge.de