



KODIERUNG UND VERGÜTUNG IN DER STATIONÄREN UND AMBULANTEN VERSORGUNG 2021

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

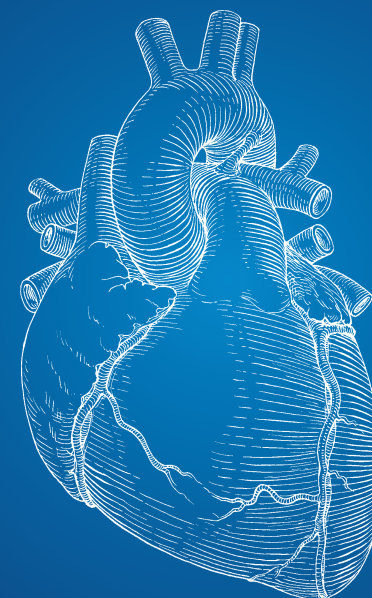
Stationäre
Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links
& Abkürzungen

Reveal®
Herzmonitor

Temporäre Änderungen durch COVID-19-Gesetzgebungsverfahren finden in dieser Broschüre keine Berücksichtigung.



VORWORT



Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

durch die weitere Ausgliederung der Pflege am Bett hat das InEK auch für das Jahr 2021 wieder tiefgreifende Veränderungen im aG-DRG-System durchführen müssen.

Nachdem im vergangenen Jahr mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen ein Systemwandel sehr schnell umgesetzt werden musste, waren neben den jährlichen Anpassungen des Fallpauschalenkatalogs nachlaufende Präzisierungen bei der Abgrenzung der Pflegepersonalkosten zu klären.

Im Ergebnis führte die anhaltende Lernkurve bei der Ausgliederung und Zuordnung der Pflegekosten am Bett, zusätzliche Kosten für Neueinstellungen, Veränderungen in den Arbeitsentgelten, Umbuchungen von Kosten für Funktionsdienst (nicht ausgegliedert) in Kosten für den Pflegedienst (ausgegliedert) und die Streichung der Pflegekomplexmaßnahmenscores, zu einem wieder mit dem Vorjahr nicht ohne weiteres vergleichbaren Entgeltkatalog.

- Anstieg (+10,2%) der Bezugsgröße für den Pflegeerlöskatalog 2021 auf 151,97 Euro (Basis für aGDRG 2021: Gesamtbetrag der Pflegekosten am Bett von rund 16 Mrd. Euro); Vorjahr: 137,90 Euro
- Anpassung des Pflegeentgeltwertes gemäß § 15 KHEntggG ab dem 1. Januar 2021 auf 163,09 Euro (Anm.: bis zur Verhandlung des krankenhausindividuellen Wertes).
- Der GKV-Spitzenverband war der Ansicht, dass dieser Anstieg nicht nur aus Personalneueinstellung und Vergütungserhöhungen resultieren kann. Frei „zitiert“:
 - 50 Prozent des Anstiegs seien ungeklärt. Bei einem Gesamtbetrag der Pflegepersonalkosten von rund 16 Mrd. Euro seien dies 800 Mio. Euro (= 50% des Anstiegs i.H.v. 10% vom Gesamtbetrag i.H.v. 16 Mrd. Euro).
 - Dieser Betrag sei bei der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten zu wenig „bereinigt“ worden
 - Der GKV-Spitzenverband erkennt eine drohende Doppelvergütung, wenn der Pflegepersonalkostenanteil, der zukünftig über die Pflegebudgets finanziert wird, nicht vollständig aus dem aG-DRG-System bereinigt wird.
 - Das InEK wurde damit beauftragt, zu untersuchen, wie sich der Anstieg erklären lässt





Vorwort

- Einigung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene auf die Höhe von 200 Mio. Euro Absenkung von a-DRG 2021 vor dem 4.11.2020
- Weiterführende Informationen: Vortrag Dr.Frank Heimig, 43. Krankenhaustag:
<https://www.deutscher-krankenhaustag.de/videoaufzeichnung-43-krankenhaustag/>

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Aus diesem Grunde verzichten wir auch in diesem Jahr in unseren Broschüren auf die zum Vorjahr vergleichende Darstellung der Erlöse. Dies wird uns systembedingt erst wieder im nächsten Jahr möglich sein.

Die Berechnung der Erlöse in dieser Unterlage erfolgt **mittels fiktivem Bundesbasisfallwert in Höhe von 3.750 €**. Gemäß der ab dem 1.1.2021 geltenden Fassung des § 10 KHEntgG wird der Bundesbasisfallwert erst bis zum 31. März eines jeden Jahres veröffentlicht und stand daher zu dem Zeitpunkt der Erstellung dieser Unterlage nicht zur Verfügung (<https://www.bvmed.de/de/versorgung/krankenhaus/bundesbasisfallwert>). Die krankenhausindividuellen Erlöskalkulationen sollten davon unabhängig mit dem jeweils geltenden Landesbasisfallwert erfolgen.

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Wir würden uns sehr freuen, Ihnen mit dieser Übersicht eine Hilfestellung für die Planung und den täglichen Umgang mit den wesentlichen G-DRG-Abbildungsinformationen unserer Verfahren bereitstellen zu können.

Website: www.medtronic-reimbursement.de oder **E-Mail:** rs.dusreimbursement@medtronic.com

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. med. Andreas Witthohn

Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie/Sozialmedizin
Senior Manager Reimbursement & Health Economics
Telefon: +49 2159 8149-180

Stationäre
Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links
& Abkürzungen



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
Änderungs- und
Weiterentwick-
lungsanträgen



Informationen zu
Fragen des MDK
und der Kassen,
[iCARS® Einzelfall-
kostenübernahme-
antragsservice](#)



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. G-DRG Kodierhilfen und Kodierleitfäden, Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen oder Prozesskostenanalyse 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.



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Stationäre
Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links
& Abkürzungen

iCARS® EINZELFALLKOSTENÜBERNAHME ANTRAGSSERVICE



Service zur Unterstützung der Patienten bei der Kostenübernahme

Die Gesichter von iCARS® - Ihre persönlichen Ansprechpartner



Christiana Yakoub-Relius
Health Insurance Relationship
Specialist Diagnostics



Isabell Schliebener
Health Insurance Relationship
Specialist Diagnostics



Dr. med. Andreas Witthohn
Senior Reimbursement Manager





Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Stationäre
Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links
& Abkürzungen

Wie sieht der Ablauf aus?

Patient unterschreibt Einverständniserklärung

Arzt füllt Kostenübernahmeantrag für den Reveal LINQ™ inkl. Nachsorge aus

Arzt fügt medizinische Unterlagen für leitliniengerechte Diagnostik und Versorgung bei

Unterlagen an:
Arztsache/vertraulich
Dr. Andreas Witthohn
Reimbursement
Earl-Bakken-Platz 1
40670 Meerbusch



Sie möchten die Unterlagen anfordern, haben Fragen und möchten weitere Informationen?

E-Mail: Antragsservice@medtronic.com
Tel.: 02159 / 8149-767
Fax: 02159 / 81458-180





Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Stationäre
Abrechnungs-
möglichkeiten

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

Wichtige Links
& Abkürzungen

INHALTS VERZEICHNIS

1. Worauf es in diesem Jahr ankommt

2. Stationäre Abrechnungsmöglichkeiten

2.1 Reveal® bei kardiologischer Grunderkrankung

2.1.1 Synkope / Vorhofflimmern / Arrhythmie

2.1.2 Vorhofflimmern / Vorhofflattern bei Ablation

2.2 Reveal® bei neurologischer Grunderkrankung

2.2.1 Kryptogener Schlaganfall

2.2.2 Epilepsie

2.3 Explantation / Wechsel eines Reveal®

2.3.1 Explantation

2.3.2 Aggregatwechsel

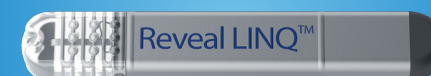
2.4 Beispiel Erlösberechnung nach Verweildauer

3. Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

3.1 Gesetzlich versicherte Patienten - GKV / Abrechnung nach Vereinbarung gemäß GOÄ-Einfachsatz

3.2 Privatpatienten- PKV / Abrechnung gemäß GOÄ

Reveal LINQ™



Reveal LINQ II™

Medtronic LINQ II™



1. WORAUF ES IN DIESEM JAHR ANKOMMT

Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) 2021

Sachkostenfinanzierung im G-DRG-System 2019

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 krankenhausindividuellen und tagesbezogenen Pflegeentgelte.

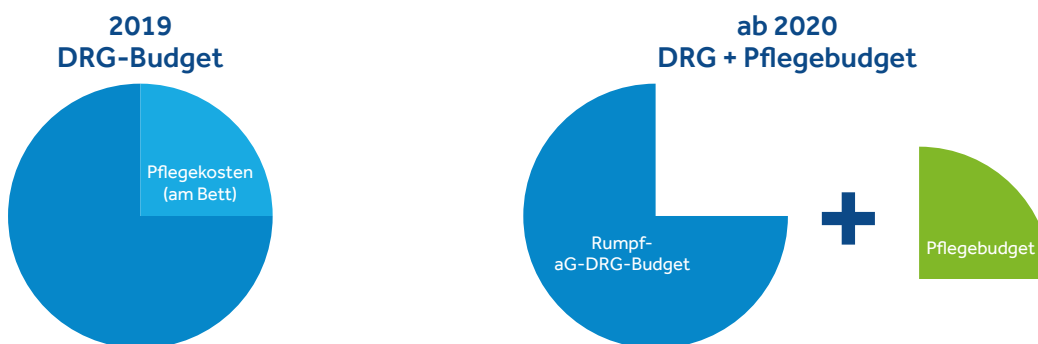


Abbildung 1: Die Zusammensetzung des Krankenhausbudgets ab 2020





Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

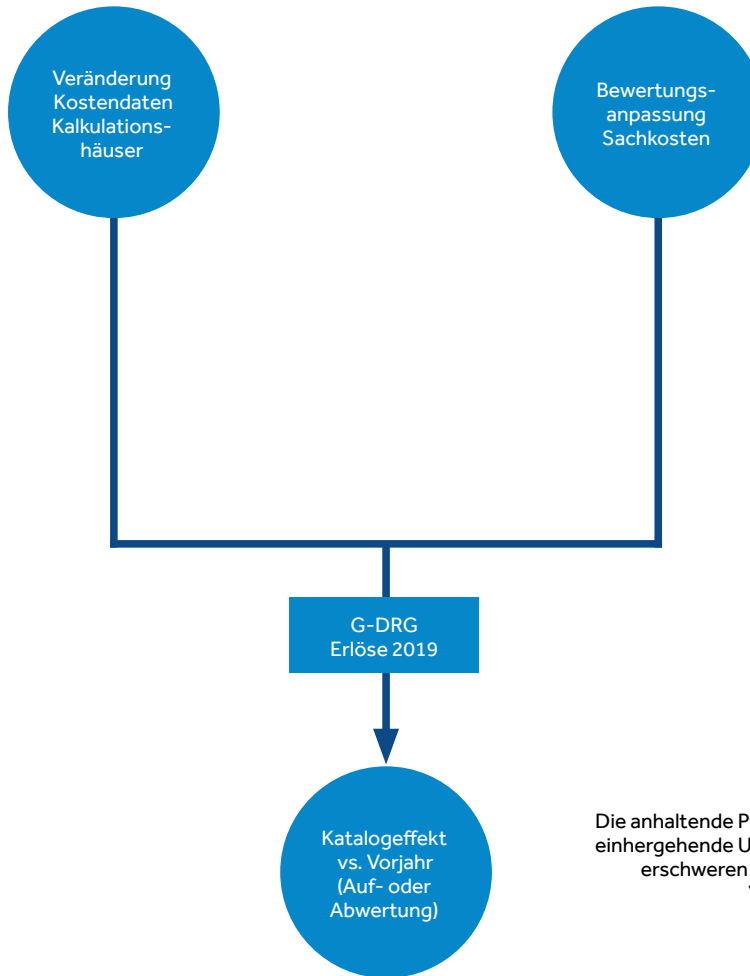
Stationäre
Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

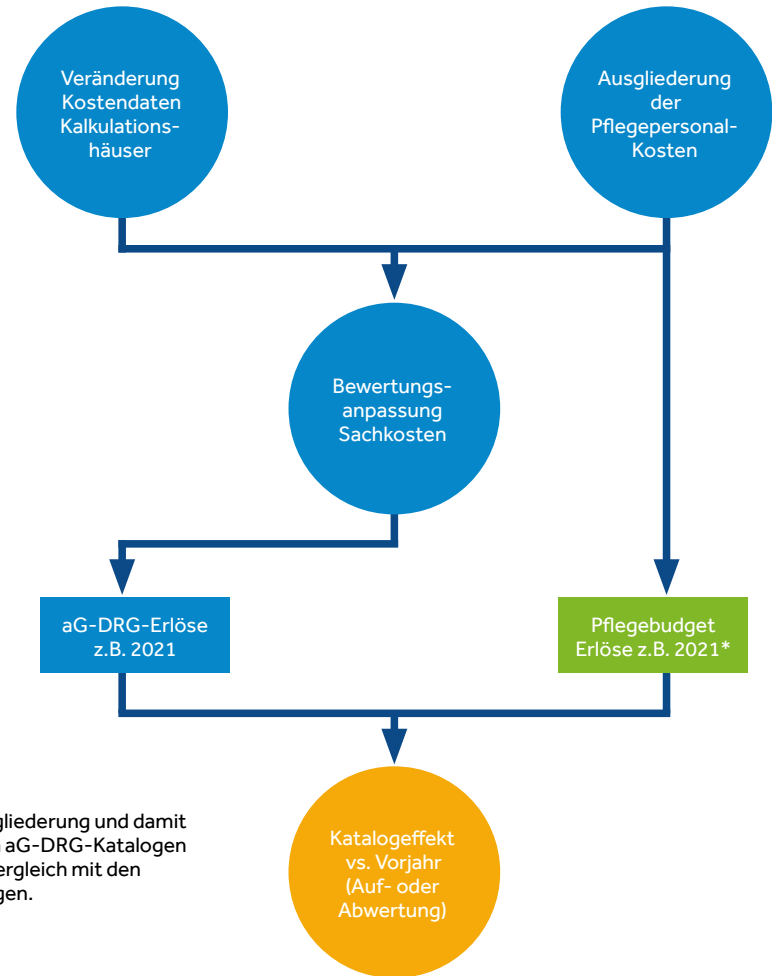
Wichtige Links
& Abkürzungen

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.

2019



ab 2020



Die anhaltende Pflegekostenausgliederung und damit einhergehende Umbauten an den aG-DRG-Katalogen erschweren weiterhin den Vergleich mit den Vorjahreskatalogen.

* 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



2021

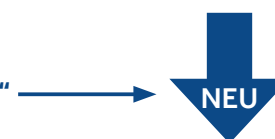
Die Finanzierung der Pflege wird von der Zahl der Fälle und deren Erlösen abgekoppelt und als Jahresbudget ausgezahlt. Abgerechnet werden die Pflegekostenanteile nicht separat, sondern mit einem DRG-Bezug. Ein hoher Pflegeaufwand in einer Leistung wird höher vergütet (Pflegebewertungsrelation). Formal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

DRG-Katalog 2019

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

aG-DRG-Katalog ab 2020

„Spaltenlösung“



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

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

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

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



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

Erlösbetrachtung im aG-DRG System 2021

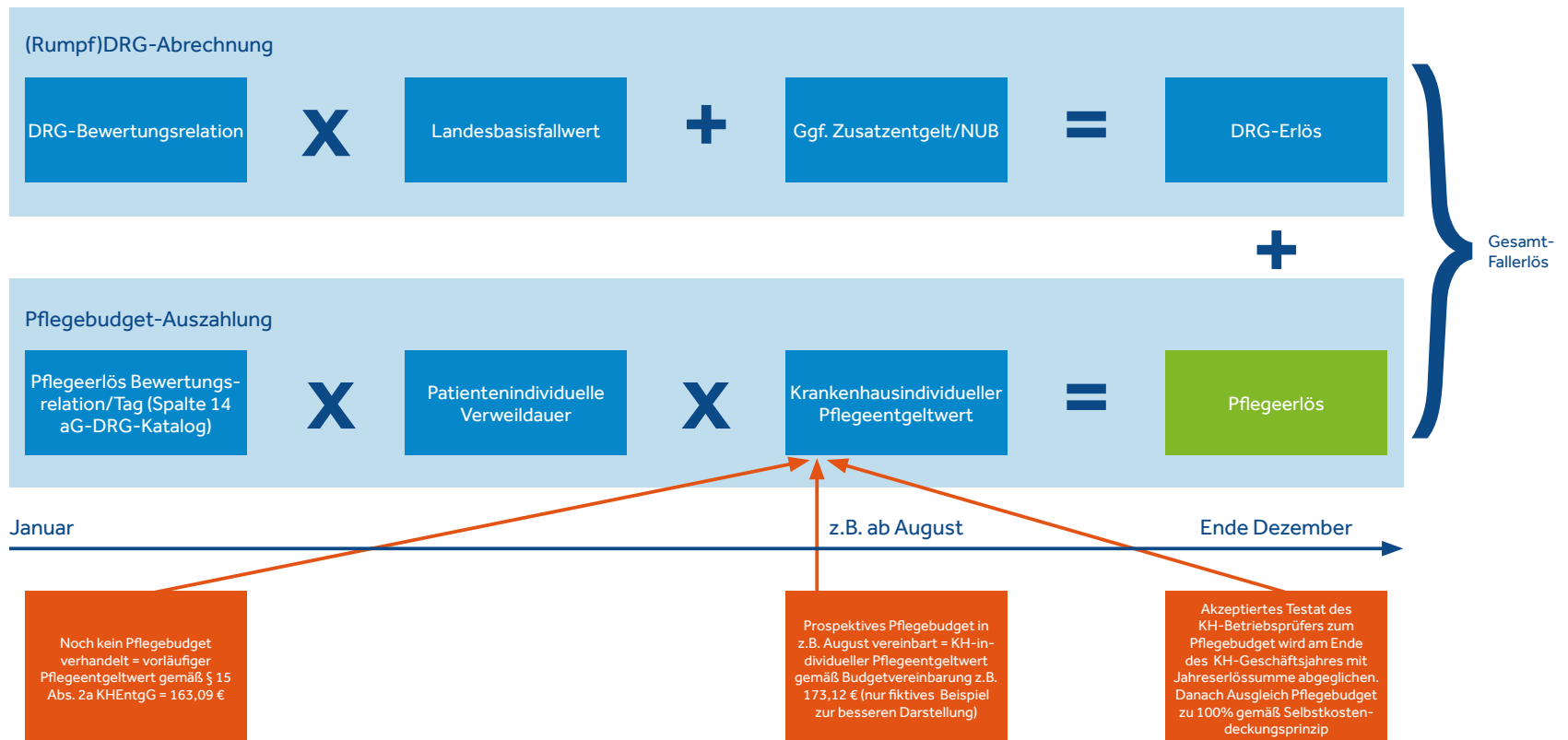


Abbildung 4: Erlösbetrachtung im aG-DRG System 2021



Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Stationäre Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links & Abkürzungen

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. Aufgrund der Kürze der für den Systemumbau zur Verfügung stehenden Zeit, ist anzunehmen, dass die systematischen Auswirkungen des Umbaus vom InEK umfangreich aber teilweise nur unvollständig untersucht und berücksichtigt werden konnten. Mitunter beinhalten DRGs im Vergleich zum Vorjahr ganz andere Fälle und es bedurfte daher einer umfangreichen Neu-Sortierung der DRGs. Ob die Herausnahme der Pflegeentgelte sachgerecht (je DRG zu viel oder zu wenig) erfolgte, lässt sich heute nicht klar beantworten.

- Die Weiterentwicklung und Beseitigung dieser Unsicherheiten im neuen aG-DRG-System wird erneut einige Jahre in Anspruch nehmen.
- 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 krankenhausesindividueller 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

Stationäre
Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links
& Abkürzungen

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 wird ab 2020 differenziert in ein „Rumpf“-aG-DRG-Budget und dem 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 163,09 €.
- Am Ende des Kalenderjahres werden die tatsächliche 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.

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





Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Stationäre
Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links
& Abkürzungen

2. STATIONÄRE ABRECHNUNGSMÖGLICHKEITEN

REVEAL®
BEI KARDIOLOGISCHER
GRUNDERKRANKUNG

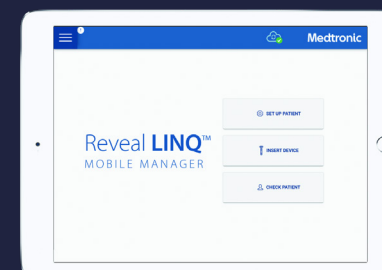


Reveal LINQ™

REVEAL®
BEI NEUROLOGISCHER
GRUNDERKRANKUNG

REVEAL®
EXPLANTATION
/ WECHSEL

BEISPIEL
ERLÖSBERECHNUNG
NACH VERWEILDAUER



Reveal LINQ™ Mobile Manager



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Stationäre
Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links
& Abkürzungen

2.1 Reveal® bei kardiologischer Grunderkrankung

2.1.1 Synkope / Vorhofflimmern / Arrhythmie

Patient mit Synkope und Kollaps

Mit konservativer Behandlung und Überwachung erfolgt die Gruppierung in die DRG F73A oder F73B. Mit Implantation eines Reveal® Herzmonitors ergibt sich die Vergütung über die DRG F12F.

DRG	Text	BR	Erlös DRG *		DRG	Text	BR	Erlös DRG *
F73A	Synkope und Kollaps, Alter < 14 Jahre, ein Belegungstag	0,208	780,00 €	+ OPS-Kode 5-377.8 Implantation Reveal® Herzmonitor →	F12F	Impl. HSM, Zweikammersys., oh. äuß. schwere CC, oh. isol. offen chir. Sondenimpl., oh. aufw. Sondenentf., oh. mäßig kompl. PTCA od. Impl. HSM, Einkammersys. od. Impl. Ereignisrekorder, oh. invasive kardiolog. Diagnostik bei best. Eingriffen, Alter > 15 J.	1,230	4.612,50 €
F73B	Synkope und Kollaps, Alter > 13 Jahre oder mehr als ein Belegungstag	0,425	1.593,75 €					

DRG F12F	Impl. HSM, Zweikammersys., oh. äuß. schwere CC, oh. isol. offen chir. Sondenimpl., oh. aufw. Sondenentf., oh. mäßig kompl. PTCA od. Impl. HSM, Einkammersys., oh. invasive kardiolog. Diag. bei best. Eingr., mit Impl. Ereignisrekorders, Alter > 15 J.
OPS:	5-377.8 Implantation Herzmonitor (Reveal®)
Diagnosen:	Arrhythmien, z.B. I48.0 Vorhofflimmern, paroxysmal Synkopen, z.B. R55 Synkope und Kollaps

DRG	BR	DRG-Erlös ohne Pflegeerlöse *	Mittlere Verweildauer	1. Tag mit Abschlag	Untere GVD	Obere GVD	1. Tag mit Zuschlag	Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag	Pflegeerlös/Tag **
F12F	1,230	4.612,50 €	5,5	1	2 d.h. 2 Nächte	12	13	0,9052	147,63 €

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2021 von 3.750,00 €. (weitere Infos)

** vorläufiger tagesbezogener Pflegeentgeltwert 163,09 €



Weitere Infos siehe hier.



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Stationäre
Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links
& Abkürzungen

Einzeitige Implantation eines Reveal® Herzmonitors mit invasiver kardiologischer Diagnostik

DRG F12E	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, Alter > 15 Jahre, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen								
OPS:	5-377.8 Implantation Herzmonitor (Reveal®) zusätzlich invasive kardiologische Diagnostik (I) (F12-16), z.B. 1-275.2								
Diagnosen:	Arrhythmien z.B. I48.0 Vorhofflimmern, paroxysmal Synkopen z.B. R55 Synkope und Kollaps								
DRG	BR	DRG-Erlös ohne Pflegerlöse *	Mittlere Verweildauer	1. Tag mit Abschlag	Untere GVD	Obere GVD	1. Tag mit Zuschlag	Pflegerlös Bewertungs- relation/Tag	Pflegerlös/ Tag **
F12E	1,716	6.435,00 €	7,9	2	3 d.h. 3 Nächte	16	17	0,7924	129,23 €



Implantation eines Reveal® Herzmonitors bei Patienten unter 16 Jahren

DRG F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Alter < 16 Jahre								
OPS:	5-377.8 Implantation Herzmonitor (Reveal®)								
Diagnosen:	Arrhythmien z.B. I48.0 Vorhofflimmern, paroxysmal Synkopen z.B. R55 Synkope und Kollaps								
DRG	BR	DRG-Erlös ohne Pflegerlöse *	Mittlere Verweildauer	1. Tag mit Abschlag	Untere GVD	Obere GVD	1. Tag mit Zuschlag	Pflegerlös Bewertungs- relation/Tag	Pflegerlös/ Tag **
F12C	2,464	9.240,00 €	8,9	2	3 d.h. 3 Nächte	18	19	1,1181	182,35 €



* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2021 von 3.750,00 €. ([weitere Infos](#))

** vorläufiger tagesbezogener Pflegeentgeltwert 163,09 €



[Weitere Infos siehe hier.](#)



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Stationäre
Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links
& Abkürzungen

2.1.2 Vorhofflimmern / Vorhofflattern bei Ablation

Die einzeitige Implantation eines implantierbaren Herzmonitors (z.B. Reveal LINQ™) mit einer kardiologischen Ablation (**zum Beispiel Vorhofflimmern oder Vorhofflattern**) führt zu einer Einstufung in die **DRG F50A**.

Die einzeitige Reveal®-Implantation bei einer **Pulmonalvenenisolation zum Beispiel mit Arctic Front (Kryoablation)** kann auch im Jahr 2021 nicht vollständig über das aG-DRG-System (DRG-Fallpauschale F50A) abgebildet werden. Das Reimbursement dieses Leistungskomplexes erfolgt über das mit den Kostenträgern verhandelte **NUB-Entgelt**.

Voraussetzung hierfür ist der zeitgerecht gestellte NUB-Antrag beim InEK. Vom InEK wurde auch 2021 für diese Implantation eines implantierbaren Herzmonitors der NUB-Status 1, lfd. Nr. **217** erteilt, wenn die gleichzeitige Ablationsbehandlung (z.B. Pulmonalvenenisolation, Kryoablation mit Arctic Front Advance™ oder Phasengesteuerte RF Ablation mit PVAC® Gold) auch alleine die DRG F50A erreicht.

Weitere Informationen finden Sie in unseren [NUB-Unterlagen](#).

Einzeitige Implantation eines Reveal® Herzmonitors bei Durchführung einer Ablation

DRG F50A	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit komplexer Ablation im linken Vorhof oder hochkomplexer Ablation oder Implantation eines Ereignisrekorders oder Alter < 16 Jahre								
OPS:	5-377.8 Implantation Herzmonitor (Reveal®) und kardiologische Ablation z.B. 8-835.20 Konv. Radiofrequenzablation: Rechter Vorhof								
Diagnosen:	Arrhythmien z.B. I47.0 Ventrikuläre Arrhythmie durch Re-entry, I48.0 Vorhofflimmern, paroxysmal								
DRG	BR	DRG-Erlös ohne Pflegeerlöse *	Mittlere Verweildauer	1. Tag mit Abschlag	Untere GVD	Obere GVD	1. Tag mit Zuschlag	Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag	Pflegeerlös/Tag **
F50A	2,168	8.130,00 €	3,5	1	2 d.h. 2 Nächte	7	8	0,9308	151,80 €

Hinweis:

Bei zweizeitiger Implantation des Reveal® Herzmonitors erfolgt die Eingruppierung in die DRG F12F. Allerdings sollte beim zweizeitigen Vorgehen in beiden Aufenthalten die medizinische Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung bestehen und dokumentiert sein!

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2021 von 3.750,00 €. ([weitere Infos](#))

** vorläufiger tagesbezogener Pflegeentgeltwert 163,09 €



[Weitere Infos siehe hier.](#)



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Stationäre
Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links
& Abkürzungen

2.2 Reveal® bei neurologischer Grunderkrankung

2.2.1 Kryptogener Schlaganfall

Unbehandeltes Vorhofflimmern kann einen Schlaganfall auslösen. Der Reveal® Herzmonitor kann dieses Vorhofflimmern erkennen und ermöglicht somit eine adäquate Therapie. **Hinweis:** Bitte setzen Sie sich mit uns in Verbindung, um Ihre individuelle Versorgung von Patienten hinsichtlich der Kostendeckung zu betrachten.

Kodierung/Abrechnung der Reveal® Implantation beim kryptogenen Schlaganfall

Ischämischer Schlaganfall, z.B. I64	DRG	BR	Erlös DRG *
mit neurologischer Komplexbehandlung > 72 Stunden (OPS 8-981.22, 8-981.23, 8-981.32, 8-981.33)	B70B	1,387	5.201,25 €
mit anderer neurologischer Komplexbehandlung > 72 Stunden (OPS 8-98b.22, 8-98b.23)	B70C	1,166	4.372,50 €
mit neurologischer Komplexbehandlung < 72 Stunden (OPS 8-981.20, 8-981.21, 8-981.30, 8-981.31), mit anderer neurologischer Komplexbehandlung < 72 Stunden (OPS 8-98b.20, 8-98b.21)	B70D	0,936	3.510,00 €
ohne neurologische Komplexbehandlung	B70F	0,795	2.981,25 €

Alle TIA (G45.83/89/92/93/99)	DRG	BR	Erlös DRG *
mit neurologischer Komplexbehandlung > 72 Stunden (OPS 8-981.22, 8-981.23, 8-981.32, 8-981.33)	B69A	0,954	3.577,50 €
mit neurologischer Komplexbehandlung < 72 Stunden und äußerst schweren CC (OPS 8-981.20, 8-981.21, 8-981.30, 8-981.31)	B69B	1,208	4.530,00 €
mit neurologischer Komplexbehandlung < 72 Stunden ohne CC oder anderer neurol. Komplexbehandlung (OPS 8-981.20, 8-981.21, 8-981.30, 8-981.31), mit anderer neurologischer Komplexbehandlung (OPS 8-98b.20, 8-98b.21, 8-98b.30, 8-98b.31)	B69C	0,751	2.816,25 €
ohne neurologische Komplexbehandlung	B69D	0,587	2.201,25 €

+ OPS-Kode 5-377.8
Implantation Reveal® Herzmonitor



DRG	BR	Erlös DRG *
B17A	2,080	7.800,00 €

+ OPS-Kode 5-377.8
Implantation Reveal® Herzmonitor



DRG	BR	Erlös DRG *
B17A	2,080	7.800,00 €

Wichtig: Neue OPS-Kodes für die Neurologischen Komplexbehandlungen beachten!

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2021 von 3.750,00 €. ([weitere Infos](#))



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Stationäre
Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links
& Abkürzungen

Einzeitige Implantation bei neurologischer Diagnose

Es erfolgt innerhalb des Aufenthaltes aufgrund unklarer Genese der neurologischen Erkrankung die Indikationsstellung zur Implantation des Reveal® Herzmonitors. Über die Kodierung der neurologischen Hauptdiagnose und des OPS 5-377.8 erfolgt für das Jahr 2021 die Eingruppierung immer in die DRG B17A.

DRG B17A	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexer Diagnose oder Implantation eines Ereignis-Rekorders
OPS:	5-377.8 Implantation Herzmonitor (Reveal®) und neurologischer OPS-Code ohne neurologische Komplexbehandlung
Diagnosen:	Neurologische Diagnose z.B. I64 Schlaganfall

DRG	BR	DRG-Erlös ohne Pflegeerlöse *	Mittlere Verweildauer	1. Tag mit Abschlag	Untere GVD	Obere GVD	1. Tag mit Zuschlag	Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag	Pflegeerlös/Tag **
B17A	2,080	7.800,00 €	8,6	2	3 d.h. 3 Nächte	16	17	1,0592	172,74 €



* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2021 von 3.750,00 €. ([weitere Infos](#))

** vorläufiger tagesbezogener Pflegeentgeltwert 163,09 €



[Weitere Infos siehe hier.](#)



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Stationäre
Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links
& Abkürzungen

2.2.2 Epilepsie

Epilepsie kann kardiale Ursachen haben. Der Reveal® Herzmonitor kann Arrhythmien erkennen und ermöglicht somit eine adäquate Therapie.

Epilepsie	DRG	BR	Erlös DRG *
Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie	B76A		krankenhausind.
Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schweren CC, Alter < 3 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder mit äußerst schweren CC oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit EEG, mit komplexer Diagnose	B76B	1,410	5.287,50 €
Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit auß. schweren CC, ohne kompl. Diagnose oder mit schweren CC, Alter > 2 Jahre oder ohne schwere CC, mit EEG oder best. Diagnose, ohne kompl. Diagnose, mit angeb. Fehlbildung	B76C	0,991	3.716,25 €
Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit EEG oder bestimmter Diagnose, ohne komplexe Diagnose, ohne angeborene Fehlbildung, Alter < 1 Jahr	B76D	0,567	2.126,25 €
Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schw. CC, Alter > 2 Jahre, ohne kompl. Diagn. oder ohne auß. schw. oder schwere CC, mit EEG oder best. Diagnose, ohne kompl. Diagn., ohne angeb. Fehlbild., Alter > 0 Jahre	B76E	0,509	1.908,75 €

+ OPS-Kode 5-377.8
Implantation Reveal® Herzmonitor



DRG	BR	Erlös DRG *
B17A	2,080	7.800,00 €

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2021 von 3.750,00 €. ([weitere Infos](#))



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Stationäre
Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links
& Abkürzungen

2.3 Explantation / Wechsel eines Reveal®

2.3.1 Explantation

Die medizinische Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung für die Explantation sollte bestehen und entsprechend in der Krankenakte dokumentiert werden. Im Vertragsärztlichen Bereich ist die [Explantation eines Ereignisrekorders im EBM enthalten](#) (nicht im AOP nach §115b!).

DRG F18D	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, ohne komplexen Eingriff
OPS:	5-378.07 Aggregatentfernung: Herzmonitor (Reveal®)
Diagnosen:	z.B. Z45.00 Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers

DRG	BR	DRG-Erlös ohne Pflegeerlöse *	Mittlere Verweildauer	1. Tag mit Abschlag	Untere GVD	Obere GVD	1. Tag mit Zuschlag	Pflegeerlös Bewertungs- relation/Tag	Pflegeerlös/ Tag **
F18D	0,645	2.418,75 €	3,3	1	2 d.h. 2 Nächte	7	8	0,9090	148,25 €



2.3.2 Aggregatwechsel

DRG F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, Alter > 15 Jahre
OPS:	5-378.57 Aggregatwechsel: Herzmonitor (Reveal®)
Diagnosen:	z.B. Z45.00 Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers

DRG	BR	DRG-Erlös ohne Pflegeerlöse *	Mittlere Verweildauer	1. Tag mit Abschlag	Untere GVD	Obere GVD	1. Tag mit Zuschlag	Pflegeerlös Bewertungs- relation/Tag	Pflegeerlös/ Tag **
F17B	0,717	2.688,75 €	2,8	1	2 d.h. 2 Nächte	5	6	0,8866	144,60 €



* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2021 von 3.750,00 €. ([weitere Infos](#))

** vorläufiger tagesbezogener Pflegeentgeltwert 163,09 €



[Weitere Infos siehe hier.](#)



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Stationäre
Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links
& Abkürzungen

2.4 Beispiel Erlösberechnung nach Verweildauer

Berücksichtigung der Verweildauer (Belegungstage)

Untere Grenzverweildauer (UGVD)

Im Fallpauschalenkatalog wird für jede DRG der erste Belegungstag angegeben, an dem ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen ist. Bei Unterschreiten der UGVD wird für jeden nicht erbrachten Belegungstag ein Abschlag vorgenommen.

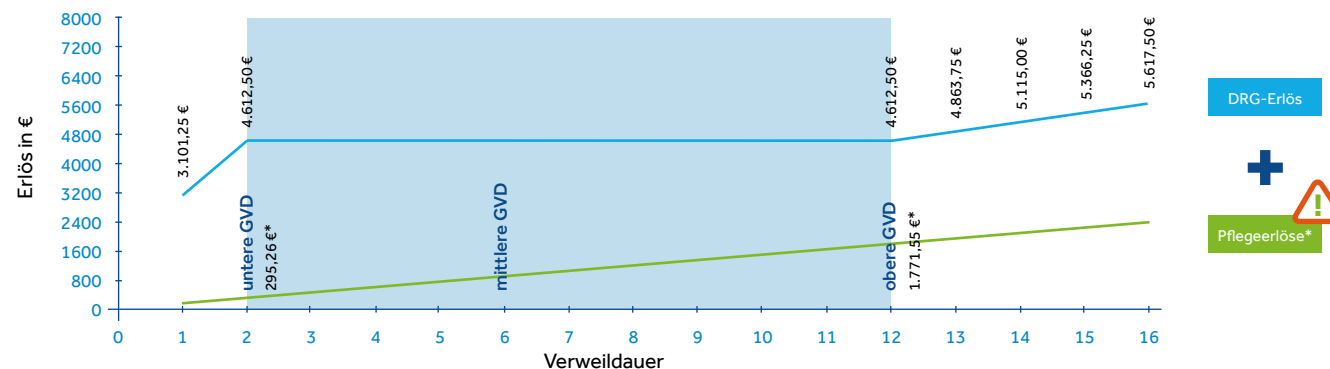
Obere Grenzverweildauer (OGVD)

Im Fallpauschalenkatalog wird für jede DRG der erste Belegungstag angegeben, an dem ein tagesbezogenes Zusatzentgelt neben der Fallpauschale abgerechnet werden kann.

⚠ Beispielhafte Erlösberechnung Reveal Implantation DRG F12F

Patientenindividuelle Verweildauer = 2¹

DRG-Erlös:	4.612,50 €	(Bew.Rel 1,230 x 3.750,00 €*)
+ Pflegeerlös:	295,26 €	(Bew.Rel Pflege 0,9052 x 163,09 €** x 2 Belegungstage/Verweildauer)
Gesamtfallerlös	4.907,76 €	



¹ Aufnahme- und Entlassungstag = 1 Belegungstag.

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2021 von 3.750,00 €. ([weitere Infos](#))

** vorläufiger tagesbezogener Pflegeentgeltwert 163,09 €

⚠ [Weitere Infos siehe hier.](#)



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Stationäre
Abrechnungsmöglichkeiten

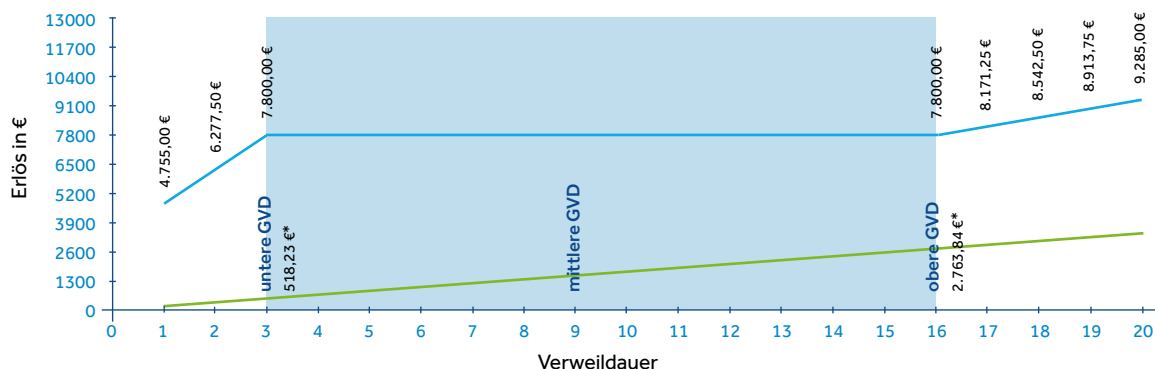
Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links
& Abkürzungen

Reveal Implantation bei neurologischer Hauptdiagnose DRG B17A

Patientenindividuelle Verweildauer = 8¹

DRG-Erlös: 7.800,00 € (Bew.Rel 2,080 x 3.750,00 €*)
+ Pflegeerlös: 1.381,92 € (Bew.Rel Pflege 1,0592 x 163,09 €** x 8 Belegungstage/Verweildauer)
Gesamtfallerlös 9.181,92 €



DRG-Erlös



siehe
Seite 4

Pflegeerlös*

¹ Aufnahme- und Entlassungstag = 1 Belegungstag.

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2021 von 3.750,00 €. ([weitere Infos](#))

** vorläufiger tagesbezogener Pflegeentgeltwert 163,09 €



[Weitere Infos siehe hier.](#)





Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Stationäre
Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links
& Abkürzungen

3. AMBULANTE ABRECHNUNGSMÖGLICHKEITEN

**GESETZLICH
VERSICHERTE
PATIENTEN**



MyCareLink-Patientenmonitor

**PRIVAT
PATIENTEN**

Medtronic LINQ II™

Reveal LINQ II™



Bei der ambulanten Leistungserbringung ist zu beachten, dass die medizinische Leistung und die Implantatekosten adäquat abgerechnet werden. Die Reveal® Implantation ist in den Gebührenordnungen explizit nicht abgebildet. Es gibt jedoch folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

3.1 Gesetzlich versicherte Patienten - GKV / analoge Abrechnung nach Vereinbarung

Ambulante Implantation

Wichtig:

Vor der Implantation muss das Abrechnungsverfahren mittels Einzelfallentscheid von der Kasse des Patienten genehmigt werden. Die Einzelfallanträge der Patienten unterstützen wir gerne mit unserem professionellen [iCARS® Service](#). Oder wir senden wir Ihnen alternativ die Antragsunterlagen als Muster zu.

Medizinische Leistungen

Eine analoge Abrechnung ist nur in vorheriger Absprache mit der gesetzlichen Krankenkasse möglich. Hier eine Variante, wie sie kassenseitig vorgeschlagen wurde:

Implantationskosten analog bestehender EBM-Ziffern			
EBM-Ziffer	Beschreibung	Gesamtpunkte	Betrag*
31211	Eingriff der Kategorie L1	1556	173,10 €
31503	Postoperative Überwachung im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31211	488	54,29 €
31602	Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31211	85	9,46 €
31821	Anästhesie und/oder Narkose, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungsposition 31211	997	110,91 €
	Summe		347,76 €

*Gemäß Punktwert von 2021 = 11,1244 Cent

Implantatekosten

Für den Herzmonitor (Reveal®) muss ein Rezept ausgestellt werden. Die Verrechnung des Implantates kann mit den medizinischen Leistungen direkt an die Kasse berechnet werden (mit Vorlage der Medtronic Rechnung) oder nach Ausstellung einer Abtrittserklärung kann die Verrechnung direkt über Medtronic erfolgen.

Wichtig: Das Aggregat muss zusätzlich zu den medizinischen Leistungen abgerechnet werden.



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Stationäre
Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links
& Abkürzungen

Hilfe bei der Beantragung der Einzelfallkostenübernahme und Formularvorlagen:

Antragservice@medtronic.com oder Telefon: +49 2159 8149-767

Nachsorge: Abrechnung für die ambulante Funktionskontrolle bzw. Auslesen des EKGs

Eine gesonderte Abrechnungsziffer für die Kontrolle, Programmierung oder das Auslesen des gespeicherten EKGs besteht nicht. Bei gesetzlich versicherten Patienten ist die analoge Berechnung der GOÄ-Ziffer 661A mit 2,1-fachem Satz denkbar. Wir möchten Sie ausdrücklich darauf hinweisen, diese Vorgehensweise im Vorfeld mit der zuständigen Krankenkasse abzustimmen!

Nachsorgekosten pro Quartal					
GOÄ-Code	Text	Punkte	Satz*	Faktor	Honorar
661	Impulsanalyse	530	30,89 €	1,8	55,60 €
1	Beratung auch telefonisch	80	4,66 €	1,0	4,66 €
	Nachsorge pro Quartal				60,26 €

*Gemäß Punktwert = 5,82873 Cent

Explantation eines Reveal®

Die Explantation (5-378.07) ist im **vertragsärztlichen** Bereich im Rahmen des ambulanten Operierens abrechenbar.

OPS 2021	Bezeichnung OPS 2021	Kategorie	Kategorie AOP-Vertrag	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operateur	Narkose	Summe € ohne Nach- behandlung
5-378.07	Entfernung, Wechsel u Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Ereignis-Rekorder	L1	1	31211	31503	31601	31602	31821	
		EUR		173,10 €	54,29 €	16,24 €	9,46 €	110,91 €	338,30 €

Dies gilt nicht im Krankenhaus! Im Krankenhaus ist die analoge Berechnung der GOÄ-Ziffer 3096A mit einfachem Satz denkbar.

Wir möchten Sie ausdrücklich darauf hinweisen, diese Vorgehensweise im Vorfeld mit der zuständigen Krankenkasse abzustimmen!



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Stationäre
Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links
& Abkürzungen

3.2 Privatpatienten - PKV / Abrechnung gemäß GOÄ

Ambulante privatärztliche Krankenhausleistungen Implantation / Nachsorge / Explantation

Mögliche Abrechnungsleistungen

	GOÄ	Anzahl	Leistungsbezeichnung	Einfachsatz	STF	Betrag
Beratung, Untersuchungen, Berichte	1	1	Beratung	4,66 €	2,30	10,72 €
	3	1	Ausführliche Beratung	8,74 €	2,30	20,11 €
	5	1	Symptombez. Untersuchung	4,66 €	2,30	10,72 €
	7	1	Untersuchung	9,33 €	2,30	21,45 €
	661A	1	Abfrage Reveal®	30,89 €	1,80	55,60 €
	70A	1	OP-Bericht	2,33 €	2,30	5,36 €
	75	1	Bericht	7,58 €	2,30	17,43 €
OP-Leistungen	3095A	1	Implantation Reveal®	161,46 €	2,30	371,36 €
	zzgl. 445	1	Zuschlag ambulante OP	128,23 €	1,00	128,23 €
	3096A	1	Explantation Reveal®	64,70	2,30	148,81 €
	zzgl. 444		Zuschlag ambulante OP	75,77 €	1,00	75,77 €
Zusatzleistungen	204	1	Kompressionsverband	5,54 €	2,30	12,74 €
	270	1	Infusion mind. 30 min.	6,99 €	2,30	16,08 €
	491	1	Lokalanästhesie	7,05 €	2,30	16,22 €
	602	1	Oxymetrische Untersuchung	8,86 €	1,80	15,95 €

!Anmerkung!: Bei den Abrechnungspositionen handelt es sich um ein Muster. Es können nur die Leistungen abgerechnet werden, die tatsächlich erbracht worden sind. Der jeweilige Steigerungsfaktor ist gemäß Aufwand zu wählen. Weiterhin sind die Abrechnungsbestimmungen der GOÄ bezüglich der Nebeneinanderberechnung von Gebührenpositionen zu berücksichtigen. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem GOÄ-Katalog.





Vorwort

Implantatekosten

Die Implantatekosten können von Medtronic direkt mit den Versicherungen abgerechnet werden. Voraussetzung: Eine unterschriebene Abtretungserklärung des Patienten (als Muster von Medtronic erhältlich) oder die Abrechnung erfolgt mit der Rechnung der medizinischen Leistungen mit Vorlage der Medtronic Rechnung.

Materialkosten

Alle Verbrauchsmaterialien und Medikamente über 1,50 € sind gemäß §10 GOÄ zusätzlich abrechenbar.

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Stationäre
Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links
& Abkürzungen





Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Stationäre
Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links
& Abkürzungen

WICHTIGE LINKS

Kostenfreier Online Grouper für eine individuelle Groupierungssimulation:

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

Hinweise zum DRG-System 2021 auf der Website des InEK

http://www.g-drg.de/cms/aG-DRG-System_2021

Kodierkataloge auf der Website des DIMDI

<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/index.html>

Sachkostenfinanzierung im aG-DRG-System 2021

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

Positives Landesgerichtsurteil 2020 stärkt den Einsatz eines Herzmonitors bei stationärer Aufnahmenotwendigkeit

http://lrw.juris.de/cgi-bin/laender_rechtsprechung/document.py?Gericht=bw&GerichtAuswahl=Sozialgerichte&Art=en&Datum=2020&nr=32312&pos=1&anz=114

ESC Leitlinien 2018 „Diagnose und Management von Synkopen“

<https://leitlinien.dgk.org/2019/pocket-leitlinie-diagnose-und-management-von-synkope-version-2018/>

ESC Leitlinien 2020 „Diagnose und Management von Vorhofflimmern

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa612>

Im Falle von Abrechnungsunstimmigkeiten seitens Kassen oder MD(K), [sprechen Sie uns zur Unterstützung bei Widersprüchen gerne an!](#)





Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Stationäre
Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links
& Abkürzungen

ABKÜRZUNGEN

aG-DRG	German Diagnosis Related Groups (nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)
AWAR	Ausnahme Wiederaufnahmeregulung
BBFW	Bundesbasisfallwert
BR	Bewertungsrelation
BVMed	Berufsverband Medizintechnologie
CC	Komplikationen und/oder Komorbiditäten
DBS	Deep Brain Stimulation
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



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Stationäre
Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links
& Abkürzungen

iCARS®	Individual Cost Acquisition Request Service (Einzelfallkostenübernahmeantragsservice)
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
KIE	Krankenhausindividuelles Entgelt
LBFW	Landesbasisfallwert
MD(K)	Medizinischer Dienst der Krankenversicherer
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
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



WEITERE INFORMATIONSBROSCHÜREN



Transkatheter-
Klappenimplantation (TCV)



Reveal®
Herzmonitor



Kodierhilfen



Transkatheter-
Klappenimplantation (TCV)
Melody®



Endoluminale
Intervention



Endovaskuläre
Eingriffe an der Aorta



Periphere Eingriffe und
Embolisationen



Perkutan-transluminale
Gefäßintervention an
Koronargefäßen und Renale
Denervierung



Herzchirurgie



Herzstimulation
Kodierung und Vergütung in
der ambulanten Versorgung



Ablationen

Diese und weitere Broschüren können Sie direkt bei Medtronic bestellen. Senden Sie hierzu bitte einfach eine E-Mail an:
rs.dusreimbursement@medtronic.com

Die Broschüren erhalten Sie ebenso im Download unter:
www.medtronic-reimbursement.de



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Stationäre
Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links
& Abkürzungen

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

UC202115500 DE
© Medtronic GmbH
All Rights Reserved. 02/2021

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.