



Kodierung und Vergütung in der stationären und ambulanten Versorgung 2022

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

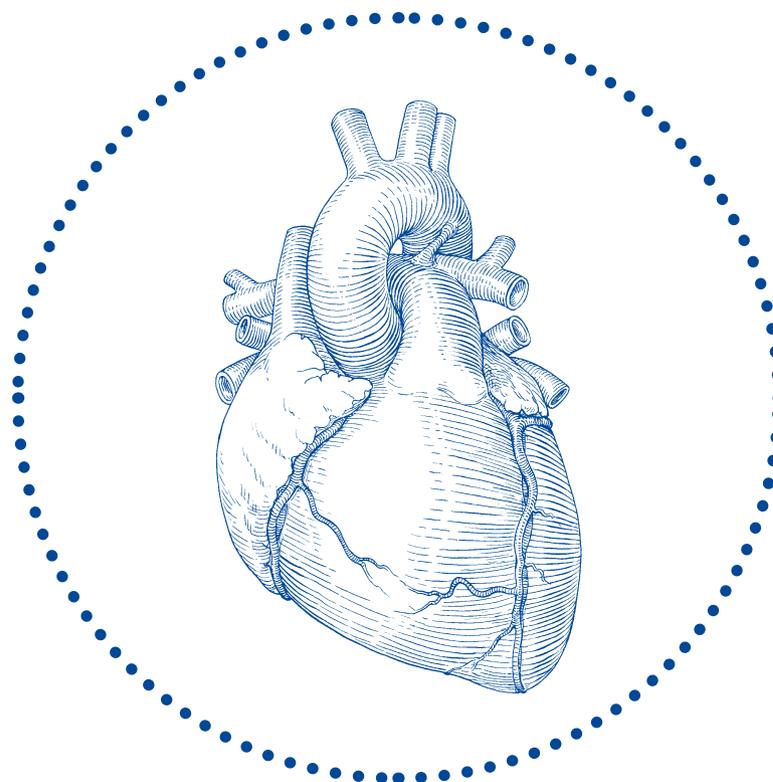
Worauf es in diesem Jahr ankommt

Stationäre Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links & Abkürzungen

Implantierbare Herzmonitore Reveal LINQ™/LINQ II™



Vorwort



Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

auch in diesem Jahr beeinflusste das Corona Pandemiegeschehen mit dessen Auswirkung auf das Leistungsgeschehen im Krankenhaus die Berechnung des Fallpauschalenkataloges. Und auch in diesem Jahr musste das InEK durch weitere Anpassungen im Bereich der Pflege am Bett wieder tiefgreifende Veränderungen im aG-DRG-System vornehmen.

Nachdem im Jahr 2020 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 auch im Jahr 2021 für den Fallpauschalenkatalog 2022 anhaltende Lernkurve bei der Ausgliederung und Zuordnung der Pflegekosten am Bett zu einem wieder mit dem Vorjahr nicht ohne weiteres vergleichbaren Entgeltkatalog.

- Erneuter Anstieg (ca. 10 %) des Gesamtbetrages der Pflegekosten am Bett um ca. 1,8 Milliarden Euro
- Der GKV-Spitzenverband war der Ansicht, dass der erneute Anstieg der Pflegekosten am Bett eine absenkende Normierung von 700 Mio. Euro für 2022 und 200 Mio Euro rückwirkend aus 2021 (=900 Mio. Euro) im aG-DRG-Katalog 2022 verlangen würde.
- Die Deutsche Krankenhausgesellschaft erklärte hingegen, dass hier keine absenkende Normierung des Fallpauschalenkataloges notwendig ist.
- Da sich die Partner der Selbstverwaltung nicht einigen konnten, hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) den Katalog per Verordnung in Kraft gesetzt. Hierzu hat es das InEK beauftragt, den Fallpauschalenkatalog neu zu ermitteln und die Vergütung der Krankenhäuser über die Fallpauschalen um lediglich 175 Millionen Euro abzusenken.
- Weiterführende Informationen: Vortrag Dr. Frank Heimig und Dr. Roland Laufer, 44. Krankenhaustag (Vorträge Mo 15.11.2021 - Info-Veranstaltung: Das G-DRG-System 2022): <https://www.deutscher-krankenhaustag.de/portfolio-items/der-44-deutsche-krankenhaustag/>

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 3.830,00 €. Gemäß der ab dem 1.1.2022 geltenden Fassung des § 10 KHEntgG wird der Bundesbasisfallwert erst bis zum 31. März eines jeden Jahres veröffentlicht und stand daher zu dem Zeitpunkt

Vorwort

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.

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

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

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 Produkten/Services



Informationen zu Abrechnung und Kodierung



Hinweise zu Änderungs- und Weiterentwicklungsanträgen



Informationen zu Fragen des MDK und der Kassen



Hinweise bei Strategie & Leistungsportfolio



Informationen zu NUB-Verfahren inkl. §137h SGB V



Hinweise zu gesundheitspolitischen 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 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.



iCARS® Einzelfallkostenübernahmeantragservice



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

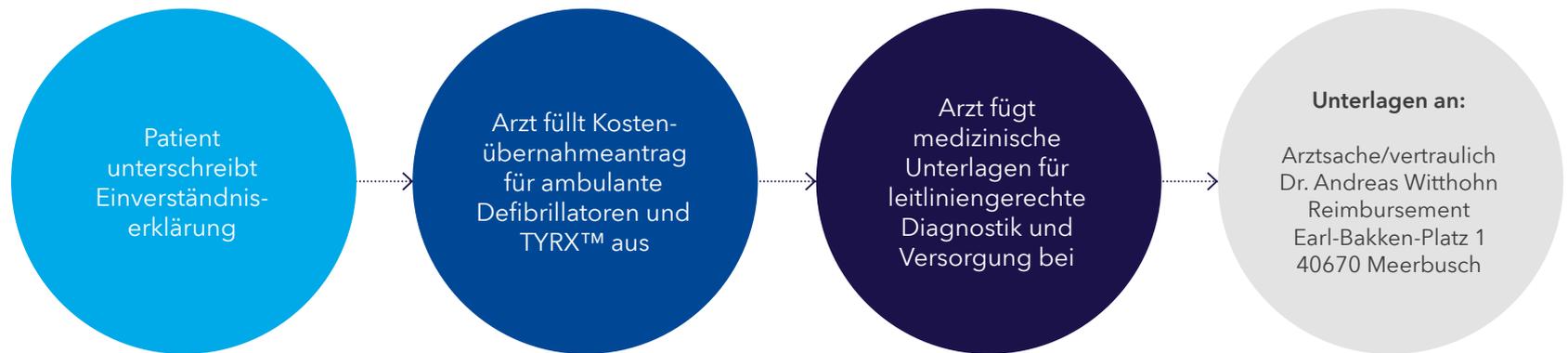
Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Stationäre
Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links
& Abkürzungen

WIE SIEHT DER ABLAUF AUS?



SIE MÖCHTEN DIE UNTERLAGEN ANFORDERN, HABEN FRAGEN UND MÖCHTEN WEITERE INFORMATIONEN?

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

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Stationäre Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links & Abkürzungen

Inhaltsverzeichnis

1. **Worauf es in diesem Jahr ankommt**
2. **Stationäre Abrechnungsmöglichkeiten**
 - 2.1 Herzmonitor bei kardiologischer Grunderkrankung
 - 2.1.1 Synkope / Vorhofflimmern / Arrhythmie
 - 2.1.2 Vorhofflimmern / Vorhofflattern bei Ablation
 - 2.2 Herzmonitor bei neurologischer Grunderkrankung
 - 2.2.1 Kryptogener Schlaganfall
 - 2.2.2 Epilepsie
 - 2.3 Explantation / Wechsel eines Herzmonitors
 - 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™

Medtronic LINQ II™

LINQ II™



1. Worauf es in diesem Jahr ankommt

Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)

SACHKOSTENFINANZIERUNG IM G-DRG-SYSTEM 2022

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 krankenhausespezifischen und tagesbezogenen Pflegeentgelte.



Abbildung 1:
Die Zusammensetzung des
Krankenhausbudgets ab 2020



Vorwort

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

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

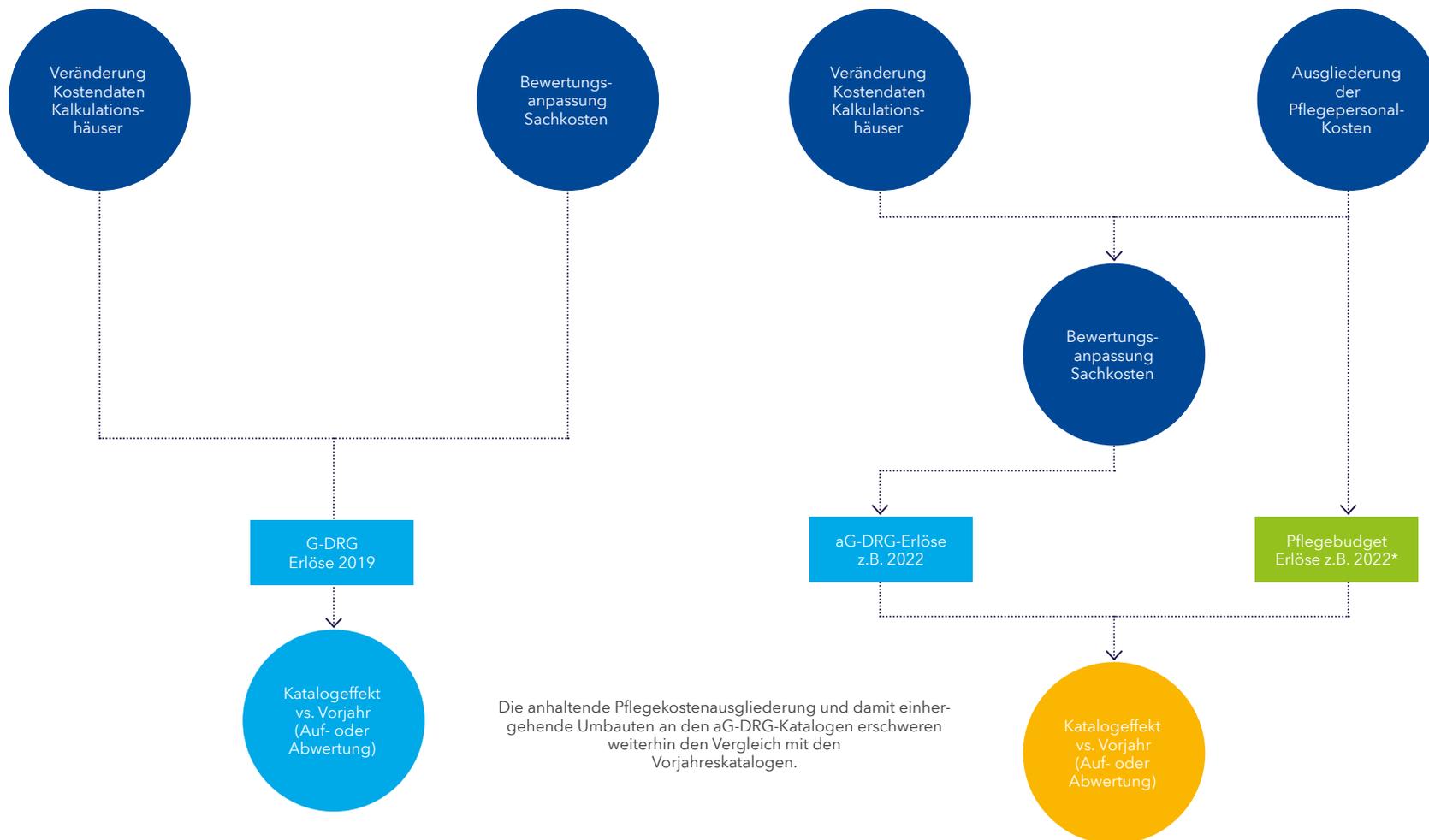
Stationäre Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links & Abkürzungen

2019

AB 2020



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

Abbildung 2: Vergleich Katalogeffekt



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

DRG-KATALOG 2019

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

aG-DRG-KATALOG AB 2020

„SPALTENLÖSUNG“



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

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

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

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



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

ERLÖSBETRACHTUNG IM aG-DRG SYSTEM 2022

(Rumpf)DRG-Abrechnung



Abbildung 4: Erlösbetrachtung im aG-DRG System 2022



Vorwort

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.

Unser Reimbursement Leistungsangebot

- 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.

Worauf es in diesem Jahr ankommt

- 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.

Stationäre Abrechnungsmöglichkeiten

- 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.

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 wurde ab 2020 differenziert in ein „Rumpf“-aG-DRG-Budget und ein Pflegekostenbudget (Ist-Pflegepersonalkosten).
- Unterschied DRG-Fallkollektive
- Für die Pflegepersonalkosten gilt das Selbstkostendeckungsprinzip (Ist-Kosten werden in der nachgewiesenen Höhe bezahlt).
- Das Pflegekostenbudget wird über Pflegeentgelte ausgezahlt; Produkt aus „Pflegerlös 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 Pflegeeulösen 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>. Bitte beachten Sie hierbei, dass die Broschüre des BVMed im Kalenderjahr 2020 erstellt wurde daher nicht mehr in jedem Punkt aktuell ist. Die wesentlichen Aussagen zur Sachkostenfinanzierung und zur eingeschränkten Anwendbarkeit des aG-DRG-Browser haben jedoch weiterhin bestand.



2. Stationäre Abrechnungsmöglichkeiten

Implantierbare Herzmonitore (Reveal LINQ™ / LINQ II™)

bei kardiologischer Grunderkrankung

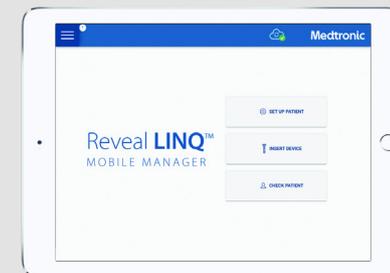
Explantation / Wechsel

bei neurologischer Grunderkrankung

Beispiel Erlösberechnung nach Verweildauer

Medtronic LINQ II™

LINQ II™



Reveal LINQ™ Mobile Manager



2.1 Herzmonitor 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*
F73A	Synkope und Kollaps, Alter < 14 Jahre, ein Belegungstag	0,207	792,81 €
F73B	Synkope und Kollaps, Alter > 13 Jahre oder mehr als ein Belegungstag	0,423	1.620,09 €

+ OPS-Kode 5-377.8
Implantation Reveal® Herzmonitor

DRG	Text	BR	Erlös*
F12F	Impl. HSM, Zweikammersys., oh. auß. schwere CC, oh. isol. offen chir. Sondenimpl., oh. aufw. Sondenentf., oh. mäßig kompl. PTCA od. Impl. HSM, Einkammersys. od. Impl. Ereignisrekorder, oh. invasive kardiol. Diagnostik bei best. Eingriffen, Alter > 15 J.	1,223	4.684,09 €

DRG F12F

Impl. HSM, Zweikammersys., oh. auß. schwere CC, oh. isol. offen chir. Sondenimpl., oh. aufw. Sondenentf., oh. mäßig kompl. PTCA od. Impl. HSM, Einkammersys., oh. invasive kardiol. 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	1,223	4.684,09 €	5,5	1	2	12	13	0,8834	144,07 €
					d.h. 2 Nächte				

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €. ([weitere Infos](#))
** vorläufiger tagesbezogener Pflegeentgeltwert 163,09 €

Einzeitige Implantation eines 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 Pflegeerlöse *	Mittlere Verweildauer	1. Tag mit Abschlag	Untere GVD	Obere GVD	1. Tag mit Zuschlag	Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag	Pflegeerlös/Tag **
F12E	1,706	6.533,98 €	7,9	2	3	16	17	0,7734	126,13 €
					d.h. 3 Nächte				

Implantation eines 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 Pflegeerlöse *	Mittlere Verweildauer	1. Tag mit Abschlag	Untere GVD	Obere GVD	1. Tag mit Zuschlag	Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag	Pflegeerlös/Tag **
F12C	2,461	9.425,63 €	9,1	2	3	18	19	1,0989	179,22 €
					d.h. 3 Nächte				

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €. ([weitere Infos](#))

** vorläufiger tagesbezogener Pflegeerlöswert 163,09 €

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 Herzmonitor-Implantation bei einer **Pulmonalvenenisolation zum Beispiel mit Arctic Front (Kryoablation)** kann auch im Jahr 2022 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 2022 für diese Implantation eines implantierbaren Herzmonitors der NUB-Status 1, lfd. Nr. **255** 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 Herzmonitors mit invasiver kardiologischer Diagnostik

DRG F50A	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen 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	2,156	8.257,48 €	3,5	1	2	7	8	0,9088	148,22 €
					d.h. 2 Nächte				

Hinweis:

Bei zweizeitiger Implantation des 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 2022 von 3.830,00 €. ([weitere Infos](#))
 ** vorläufiger tagesbezogener Pflegeentgeltwert 163,09 €

2.2 Herzmonitor bei neurologischer Grunderkrankung

2.2.1 KRYPTOGENER SCHLAGANFALL

Unbehandeltes Vorhofflimmern kann einen Schlaganfall auslösen. Der Reveal® LINQ™ 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	1,379	5.281,57 €
mit anderer neurologischer Komplexbehandlung > 72 Stunden (OPS 8-98b.22, 8-98b.23)	B70C	1,159	4.438,97 €
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	0,931	3.565,73 €
ohne neurologische Komplexbehandlung	B70F	0,790	3.025,70 €

+ OPS-Kode 5-377.8
Implantation Reveal® Herzmonitor

DRG	BR	Erlös DRG*
B17A	2,068	7.920,44 €

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	0,949	3.634,67 €
mit neurologischer Komplexbehandlung < 72 Stunden und äußerst schweren CC (OPS 8-981.20, 8-981.21, 8-981.30, 8-981.31)	B69B	1,201	4.599,83 €
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	0,736	2.818,88 €
ohne neurologische Komplexbehandlung	B69D	0,584	2.236,72 €



+ OPS-Kode 5-377.8
Implantation Reveal® Herzmonitor

DRG	BR	Erlös DRG*
B17A	2,068	7.920,44 €

Wichtig: Neue OPS-Kodes (aus 2021) für die Neurologischen Komplexbehandlungen beachten!

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €. ([weitere Infos](#))

Einzeitige Implantation bei neurologischer Diagnose

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	2,068	7.920,44 €	8,6	2	3	16	17	1,0338	168,60 €
					d.h. 3 Nächte				



* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €. ([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® LINQ™ Herzmonitor kann Arrhythmien erkennen und ermöglicht somit eine adäquate Therapie.

Diagnosen: G40.*

Epilepsie	DRG	BR	Erlös DRG*
Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie	B76A		krankenhaus-individuell
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	1,529	5.856,07 €
Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit äuß. 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	0,985	3.772,55 €
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	0,564	2.160,12 €
Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schw. CC, Alter > 2 Jahre, ohne kompl. Diagn. oder ohne äuß. schw. oder schwere CC, mit EEG oder best. Diagnose, ohne kompl. Diagn., ohne angeb. Fehlbild., Alter > 0 Jahre	B76E	0,506	1.937,98 €

+ OPS-Kode 5-377.8
Implantation Reveal® Herzmonitor

DRG	BR	Erlös DRG*
B17A	2,068	7.920,44 €



* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €. ([weitere Infos](#))

2.3 Explantation / Wechsel eines Herzmonitors

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 Bewertungsrelation/Tag	Pflegeerlös/Tag **
F18D	0,641	2.455,03 €	3,3	1	2	7	8	0,8872	144,69 €
					d.h. 2 Nächte				

2.3.2 AGGREGATWECHSEL

DRG F17B Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammer- oder Zweikammersystem, 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 Bewertungsrelation/Tag	Pflegeerlös/Tag **
F17B	0,713	2.730,79 €	2,8	1	2	5	6	0,8653	141,12 €
					d.h. 2 Nächte				

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €. ([weitere Infos](#))

** vorläufiger tagesbezogener Pflegeentgeltwert 163,09 €

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.

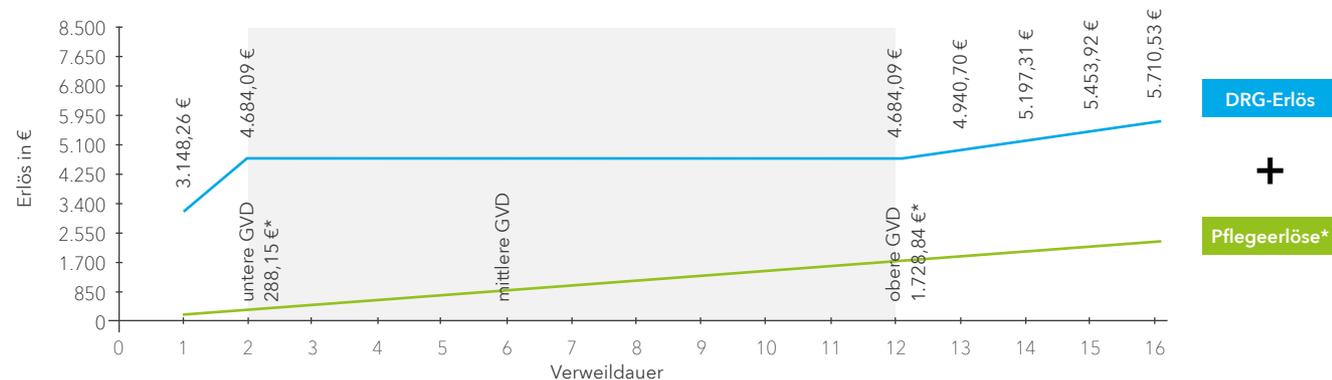
! BEISPIELHAFTE ERLÖSBERECHNUNG REVEAL IMPLANTATION DRG F12F

Patientenindividuelle Verweildauer = 2¹

DRG-Erlös: 4.684,09 € (Bew.Rel 1,223 x 3.830,00 € *)

+ Pflegeerlös: 288,14 € (Bew.Rel Pflege 0,8834 x 163,09 € ** x 2 Belegungstage/Verweildauer)

Gesamtfallerlös: 4.972,23 €



DRG F12F

¹ Aufnahme- und Entlassungstag = 1 Belegungstag
 * Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €. ([weitere Infos](#))
 ** vorläufiger tagesbezogener Pflegeentgeltwert 163,09 €

! Weitere Infos siehe hier



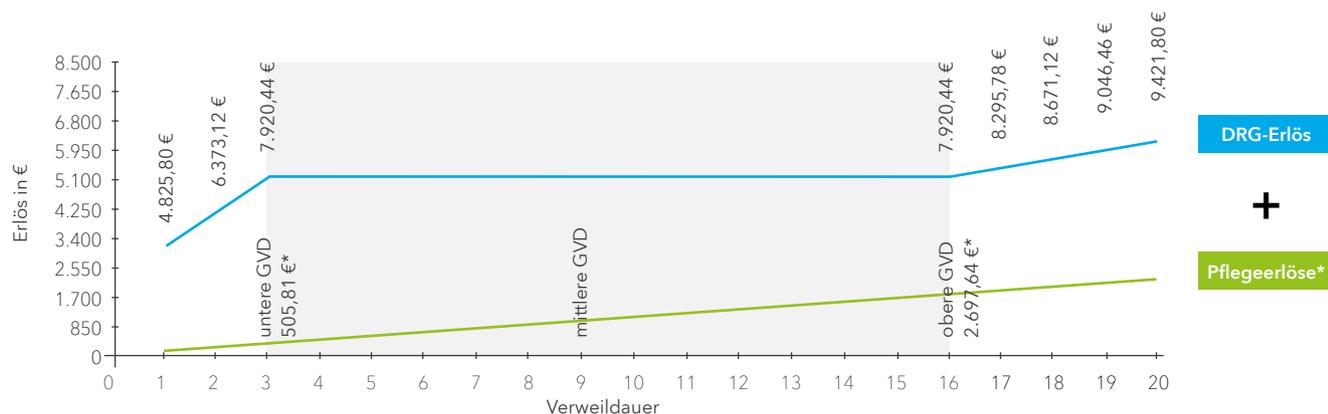
! BEISPIELHAFTE ERLÖSBERECHNUNG REVEAL IMPLANTATION DRG B17A

Patientenindividuelle Verweildauer = 8¹

DRG-Erlös: 7.920,44 € (Bew.Rel 2,068 x 3.830,00 € *)

+ Pflegeerlös: 1.348,80 € (Bew.Rel Pflege 1,0338 x 163,09 € ** x 8 Belegungstage/Verweildauer)

Gesamtfallerlös: 9.269,24 €



¹ Aufnahme- und Entlassungstag = 1 Belegungstag
* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €. ([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

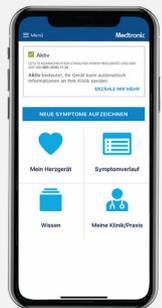
3. Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Gesetzlich versicherte Patienten

Privatpatienten

Medtronic LINQ II™

LINQ II™



MyCareLink-Patientenmonitor



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	175,30 €
31503	Postoperative Überwachung im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31211	488	54,98 €
31602	Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31211	85	9,58 €
31821	Anästhesie und/oder Narkose, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungsposition 31211	997	112,32 €
Summe			352,18 €

*Gemäß Punktwert von 2022 = 11,2662

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.



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 €					60,26 €

* Gemäß Punktwert = 5,82873 Cent

EXPLANTATION EINES HERZMONITORS

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

OPS 2022	Bezeichnung OPS 2022	Kategorie	Kategorie AOP-Vertrag	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operateur	Narkose	Summe € ohne Nachbehandlung
5-378.07	Entfernung, Wechsel u Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Ereignis-Rekorder	L1	1	31211	31503	31601	31602	31821	
		EUR		175,30 €	54,98 €	16,45 €	9,58 €	112,32 €	342,60 €

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!



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

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Stationäre
Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links
& Abkürzungen

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.



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 aG-DRG-System 2022 auf der Website des InEK

http://www.g-drg.de/cms/aG-DRG-System_2022

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>

Positives Landesgerichtsurteil 2020 stärkt den Einsatz eines Herzmonitors bei stationärer Aufnahmenotwendigkeit

http://lrbw.juris.de/cgi-bin/laender_rechtsprechung/document.py?Gericht=bw&GerichtAuswahl=Sozialgerichte&Art=en&Datum=2020&n-r=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://academic.oup.com/eurheartj/article/42/5/373/5899003>

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 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
iCARS	Individual Cost Acquisition Request Service (Einzelfallkostenübernahmeantragservice)

Vorwort

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

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



Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Stationäre Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links & Abkürzungen

Weitere Informationsbroschüren



Transkatheter-Klappenimplantation (TCV)



Kodierhilfen



Ablationen



Transkatheter-Klappenimplantation (TCV) Melody®



Endoluminale Intervention



Endovaskuläre Eingriffe an der Aorta



Periphere Eingriffe und Embolisierungen



Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Koronargefäßen und Renale Denervierung



Herzchirurgie



Ambulanter Leitfaden Herzstimulationssysteme

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

UC202213713
© Medtronic GmbH
All Rights Reserved. 02/2022

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.