

# Kodierung und Vergütung in der stationären und ambulanten Versorgung 2023

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

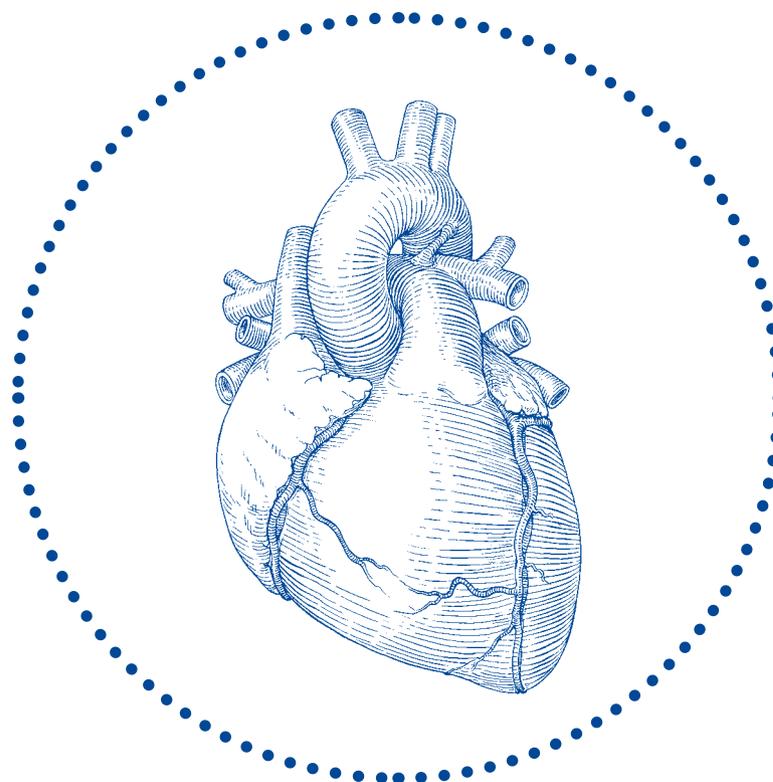
Worauf es in diesem Jahr ankommt

Stationäre Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links & Abkürzungen

## Implantierbare Herzmonitore Reveal LINQ™/LINQ II™



## Vorwort



Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

wir bewegen uns in einem zunehmend komplexer werdenden Umfeld. Der jährliche Aktualisierungsprozess des zwischenzeitlich vielfach kritisierten aG-DRG-Systems wird begleitet von zum Teil gravierenden Umbauten in der Struktur und Finanzierung unseres Gesundheitssystems. Die Auseinandersetzung und sorgsame Berücksichtigung der damit verbundenen Änderungen stellt unter der wachsenden Arbeitsbelastung aller Akteure im Gesundheitswesen eine wesentliche Belastung dar.

Das Vermögen, für Fragestellungen in Bezug auf die Finanzierung unserer Produkte und Therapien Antworten zu finden, ist eine der größten Verantwortungen im steten Wandel der Gesundheitssysteme.

Wir würden uns sehr freuen, Ihnen mit dieser Übersicht eine Hilfestellung für die Planung und den täglichen Umgang mit den wesentlichen aG-DRG-Abbildungsinformationen und Änderungen bei den Finanzierungssystemen des deutschen Gesundheitssystems, insbesondere im Hinblick auf unsere Verfahren bereitstellen zu können.

Mit freundlichen Grüßen,

**Gisela Bräuer**  
Reimbursement Specialist

 Die Berechnung der Erlöse in dieser Unterlage erfolgt **mittels fiktivem Bundesbasisfallwert in Höhe von 4.000,00 €**. Gemäß der ab dem 1.1.2023 geltenden Fassung des § 10 KHEntgG wird der Bundesbasisfallwert erst bis zum 31. März eines jeden Jahres veröffentlicht und stand daher zu dem Zeitpunkt der Erstellung dieser Unterlage nicht zur Verfügung (<https://www.bvmed.de/de/versorgung/krankenhaus/bundesbasisfallwert>). Die krankenhausindividuellen Erlöskalkulationen sollten davon unabhängig mit dem jeweils geltenden Landesbasisfallwert erfolgen.



# 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 Prozesskostenanalysen sind einige Beispiele.



#### Weiterbildung und Training

Unsere Weiterbildungs- und Trainingsprogramme vermitteln die Grundlagen der stationären (DRG) und ambulanten (EBM, GOÄ, AOP) Abrechnung, sowie den aktuellen Stand der Kodierung und Kostenerstattung. Dabei steht die Kodierung und Refinanzierung unserer Therapien im Mittelpunkt.



# 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



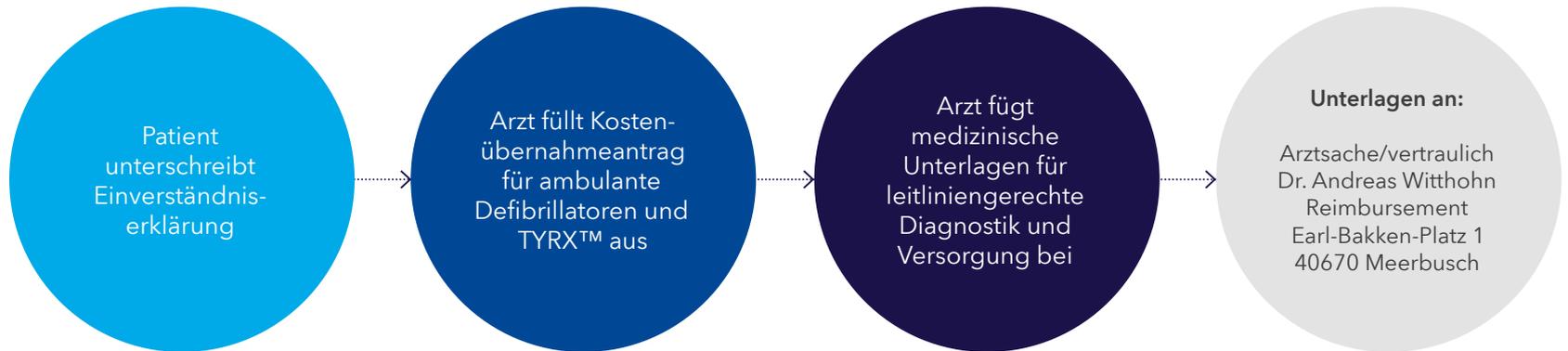
**Isabell Schliebener**  
Health Insurance Relationship  
Specialist Diagnostics



**Dr. med. Andreas Witthohn**  
Senior Reimbursement Manager



## WIE SIEHT DER ABLAUF AUS?



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

E-Mail: [antragservice@medtronic.com](mailto:antragservice@medtronic.com)  
Tel.: 02159 / 8149-767  
Fax: 02159 / 81458-180

# Inhaltsverzeichnis

## 1. Worauf es in diesem Jahr ankommt

- 1.1 Neu ab 01.01.2023 Die tagesstationäre Behandlung
- 1.2 Neu ab 01.01.2023 Kontextfaktoren lösen G-AEP Kriterien für Leistungen aus dem AOP-Katalog ab
- 1.3 Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)

## 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

## 1.1 Neu ab 01.01.2023 Die tagesstationäre Behandlung

Am 2. Dezember 2022 wurde die tagesstationäre Behandlung gemäß §115e SGB V mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz im Bundestag verabschiedet. Hierbei geht es ausschließlich um Behandlungsfälle, die einer stationären Behandlung im Krankenhaus bedürfen. Liegt eine solche Indikation vor, können die Patient:innen Zuhause übernachten, wenn die medizinischen Umstände das zulassen. Die weiteren Bedingungen für die tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung sind zu dem Zeitpunkt der Erstellung dieser Broschüre dem Gesetzestext zu § 115e SGB V entnommen und stellen sich wie folgt dar:

- Zugelassene Krankenhäuser können gem. §115e SGB V in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorliegt, mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen.
- Voraussetzung ist, dass die Behandlung einen täglich mindestens sechsstündigen Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus erfordert, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird.
- Leistungen nach den §§ 115b, 115f und 121, Leistungen, die auf der Grundlage der §§ 116, 116a, 117, 118a, 119 oder sonstiger Ermächtigungen ambulant erbracht werden können, nach § 116b ambulant erbringbare Leistungen, eintägige Behandlungen ohne Einweisung und Behandlungen in der Notaufnahme eines Krankenhauses können nicht als tagesstationäre Behandlung erbracht werden.
- Bei Versicherten, die einen Anspruch auf Leistungen nach § 37 haben, kann eine tagesstationäre Behandlung nicht erbracht werden.
- Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die notwendigen Leistungen nach § 39 Absatz 1 Satz 3 bei Bedarf jederzeit zur Verfügung stehen.
- Im Rahmen der tagesstationären Behandlung besteht ab dem Zeitpunkt der ersten Aufnahme im Krankenhaus kein Anspruch auf Fahrkosten nach § 60; ausgenommen sind Rettungsfahrten zum Krankenhaus nach § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und Krankenfahrten, die nach § 60 Absatz 1 Satz 3 in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 auch zu ambulanten Behandlungen übernahmefähig wären. Das Krankenhaus ist verpflichtet, die Patientinnen und Patienten hierauf gesondert und in geeigneter Weise hinzuweisen.



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

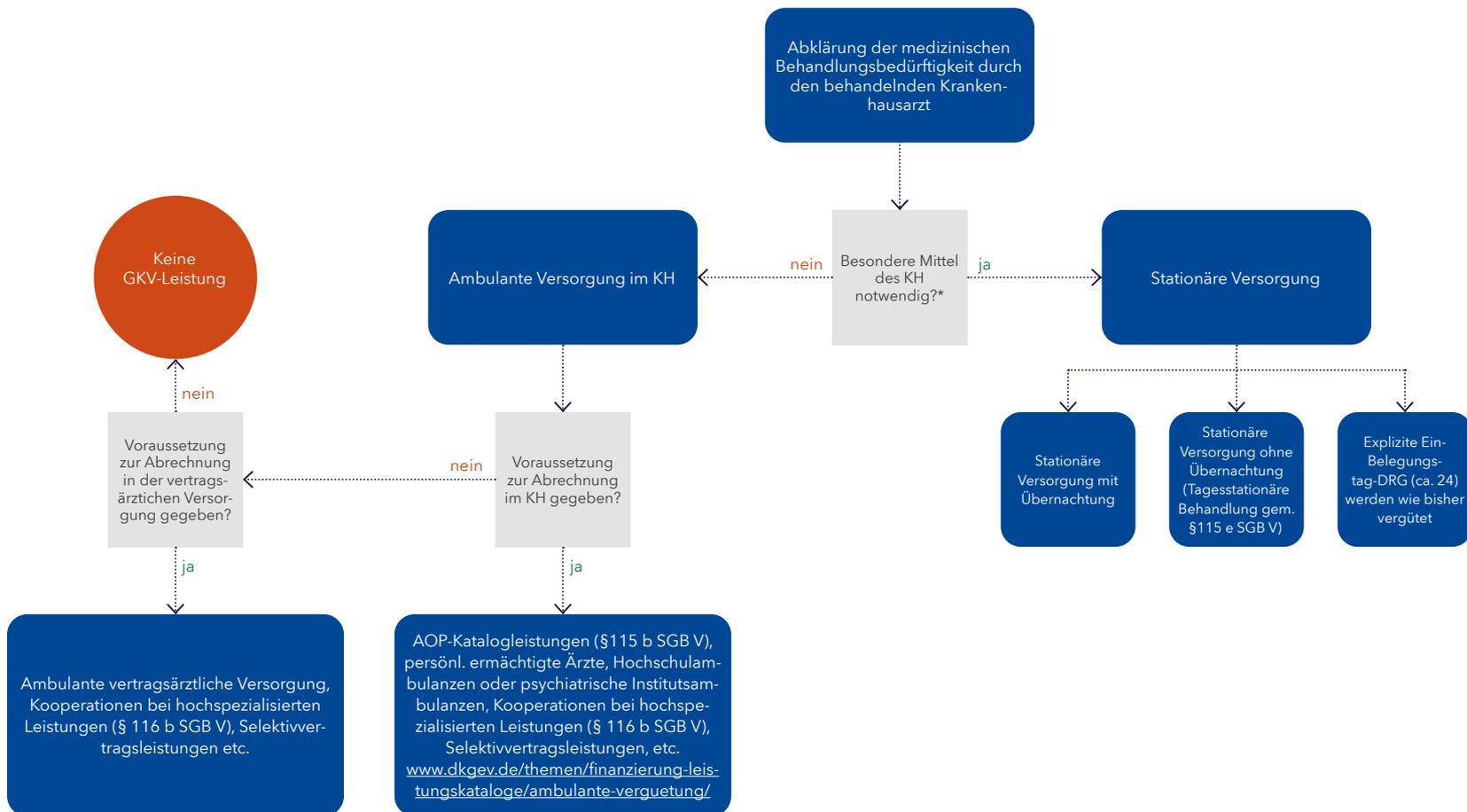
Stationäre  
Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links  
& Abkürzungen

- Die Abrechnung der tagesstationären Behandlung erfolgt mit den auf der Grundlage des Krankenhausentgeltgesetzes abrechenbaren Entgelten für vollstationäre Krankenhausleistungen, die für alle Benutzerinnen und Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen sind.
  - Sofern Patientinnen und Patienten zwischen ihrer Aufnahme in das Krankenhaus und ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus für eine tagesstationäre Behandlung nicht über Nacht im Krankenhaus versorgt werden, ist für die nicht anfallenden Übernachtungskosten pauschal ein Abzug von den für den vollstationären Aufenthalt insgesamt berechneten Entgelten vorzunehmen, der 0,04 Bewertungsrelationen je betreffender Nacht entspricht, wobei der Abzug einen Anteil von 30 Prozent der Entgelte für den Aufenthalt insgesamt nicht überschreiten darf.
- Bei Erbringung einer tagesstationären Behandlung ist eine Prüfung der Notwendigkeit von Übernachtungen von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus durch den Medizinischen Dienst nach § 275c während des Krankenhausaufenthalts nicht zulässig.
- Näheres oder Abweichendes zur Berechnung der Entgelte und der Prüfung der Notwendigkeit von Übernachtungen durch den Medizinischen Dienst vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bis zum 27. Juni 2023.
  - Kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.
- Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren bis zum 28. Januar 2023 die Anforderungen an die Dokumentation; dabei ist sicherzustellen, dass die tägliche Behandlungsdauer dokumentiert wird.
  - Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.
- Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. Juli 2023 und zum 30. Juli 2024 jeweils einen gemeinsamen Bericht über das Ausmaß der tagesstationären Behandlung und ihre Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den Krankenhäusern in anonymisierter Form zu übermitteln.

Die vereinfachte Darstellung soll einen Ausblick auf die Entscheidungsfindung zur Art der medizinischen Leistungserbringung im Krankenhaus inkl. des neuen §115e SGB V geben.



\* Im Besonderen, Dokumentation der allgemeinen Tatbestände gemäß § 8 des AOP-Vertrag nach § 115b SGB V, bei deren Vorliegen die stationäre Durchführung von Leistungen gemäß Anlage 1 des AOP-Katalogs erforderlich sein kann (Kontextfaktoren für Leistungen aus den AOP-Katalog)

## 1.2 Neu ab 01.01.2023 Kontextfaktoren lösen G-AEP Kriterien für Leistungen aus dem AOP-Katalog ab

Zum 01.01.2023 werden die bisherigen G-AEP-Kriterien durch die Kontextfaktoren ersetzt. In diesem Zusammenhang wird auch die bisherige Differenzierung der Leistungen im AOP-Katalog in die Kategorien 1 und 2 abgeschafft. Bisher bestehende OPS-bezogene Regelungen der Kategorisierungsordnung wurden weitestgehend in die Kontextfaktoren integriert.

Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben sich auf einen gemeinsamen Katalog von Kontextfaktoren verständigt.

**Die Kontextfaktoren dienen der Begründung einer stationären Durchführung von explizit Leistungen nach § 3 des AOP-Vertrages die regelhaft ambulant erbracht werden können.**

Das Vorliegen eines Kontextfaktors nach Satz 1 ist hierbei ausreichend für die Begründung einer stationären Durchführung einer Leistung nach § 3 des AOP-Vertrages. Dennoch kann jede dieser Leistungen auch bei Vorliegen einer oder mehrere Kontextfaktoren weiterhin ambulant erbracht werden, sofern dies aus medizinischen Gründen vertretbar ist.

**Die Kontextfaktoren zur Begründung der stationären Durchführung einer Leistung nach § 3 des AOP-Vertrages sind vom Krankenhaus zu dokumentieren und im Rahmen der Abrechnung dieses Krankenhausfalles nach §301 SGB V zu übermitteln.** Für die Dokumentation der Kontextfaktoren gelten die Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils aktuellen Fassung.

Liegen abweichend von den in Anlage 2 des AOP-Vertrages genannten Kontextfaktoren medizinische Gründe oder soziale Gründe vor, die dazu führen, dass die Versorgung des Patienten in der Häuslichkeit nicht sichergestellt werden kann und dadurch der medizinische Behandlungserfolg gefährdet ist, so sind diese Gründe bei einer stationären Durchführung der Leistung nach Anlage 1 des AOP-Vertrages fallindividuell darzustellen.

GKV-Spitzenverband, DKG und KBV haben sich hierfür insbesondere auf die Aufnahme der nachfolgend genannten Kontextfaktoren in den AOP-Vertrag geeinigt:

- Liste von stationär durchführbaren OPS-Kodes
- Beatmungspflichtige Patienten, operationalisiert über Beatmungstunden im Datenaustausch nach § 301 SGB V
- Liste von stationär zu behandelnden Diagnosen (ICD-Kodes)
- Gebrechlichkeit, operationalisiert über Pflegegrad und Barthel-Index
- Untere Altersgrenze: bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres

Die Vertragsparteien des AOP-Vertrags werden die Anwendung der Kontextfaktoren bis spätestens 31.12.2024 evaluieren und auf dieser Grundlage eine Weiterentwicklung der Kontextfaktoren vornehmen.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Stationäre Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links & Abkürzungen

## ÜBERGANGSREGELUNGEN

Aufgrund erforderlicher Vorlaufzeiten in der Umstellung des AOP-Katalogs samt Kontextfaktoren werden Übergangsregelungen getroffen (§ 24 des AOP-Vertrags):

- Sofern Patienten bis einschließlich 31.03.2023 zur stationären Durchführung einer Leistung, die in Anlage 1 mit „neu“ gekennzeichnet ist, in ein Krankenhaus aufgenommen werden, wird die Abrechnung des Krankenhauses für diese Leistung nicht im Hinblick darauf überprüft, ob die Leistung im Rahmen des § 115b SGB V erbracht werden konnte.
- Sofern Patienten bis einschließlich 15.02.2023 zur stationären Durchführung einer Leistung nach Anlage 1 in ein Krankenhaus aufgenommen werden, wird die Abrechnung des Krankenhauses für diese Leistung nicht im Hinblick darauf überprüft, ob ein Kontextfaktor nach Anlage 2 vorgelegen hat. Aufgrund des kurzen Zeitfensters zwischen der Veröffentlichung der neuen Regelungen und dem Inkrafttreten soll es den Krankenhäusern übergangsweise ermöglicht werden auch solche Patienten stationär zu behandeln, bei denen Begleitumstände vorliegen und deren Operationstermin bereits geplant ist.

Nähere Informationen: AOP Katalog 2023, Anlage

## 1.3 Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)

### SACHKOSTENFINANZIERUNG IM G-DRG-SYSTEM 2023

Die jährliche Anpassung des G-DRG-Systems und das damit einhergehende Studium der Änderungen wurde ab dem Jahr 2020 erheblich komplexer. Neben den in der Vergangenheit durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) eingeführten und weiterhin gültigen Maßnahmen zur Mengensteuerung im Krankenhaus müssen wir uns mit einem vollkommen neuen aG-DRG-System auseinandersetzen.

Der Leitfaden „Sachkostenfinanzierung im aG-DRG-System“ vom Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) befasst sich mit den Fragen zu den Auswirkungen des Pflegepersonalstärkungsgesetzes (PpSG 2019) und des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG 2016) auf die Vergütung der Medizinprodukte im aG-DRG-System. Die nachfolgend zitierten Hinweise des BVMed finden Ihre Anwendung zum Teil ebenso auf die von uns vertriebenen Verfahren.

#### Auszüge aus der BVMed Information zzgl. notwendiger Aktualisierungen:

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) wurde die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten am Bett im Krankenhaus erstmals für 2020 umgesetzt. Mehr als 20 Prozent der Leistungen werden aus den Fallpauschalen herausgelöst und in das Pflegebudget überführt. Die Finanzierung der Leistungen wird zweigeteilt; in die leistungsbezogenen Fallpauschalen des neuen aG-DRG-Systems zzgl. möglicher individueller Entgeltbestandteile (z.B. Zusatzentgelte) und in die selbstkostendeckenden krankenhausesindividuellen und tagesbezogenen Pflegeentgelte.



Abbildung 1:  
Die Zusammensetzung des  
Krankenhausbudgets ab 2020

Vorwort

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

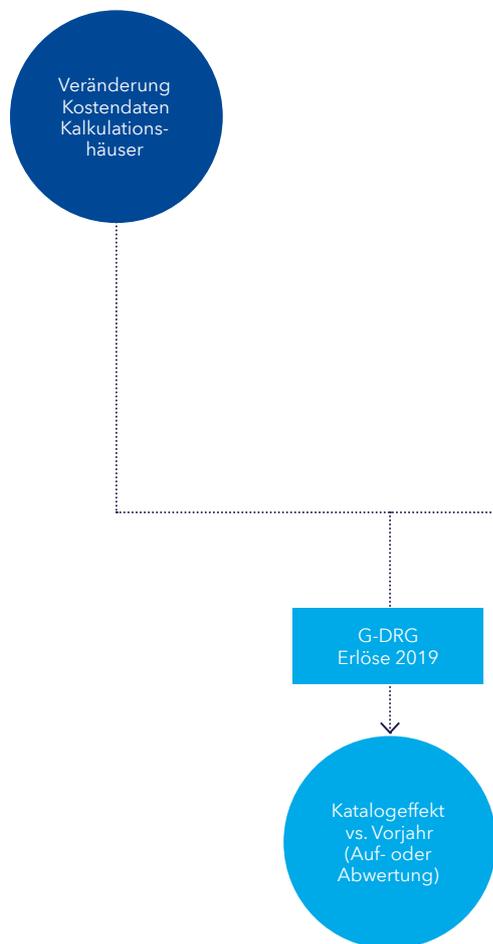
Worauf es in diesem Jahr ankommt

Stationäre Abrechnungsmöglichkeiten

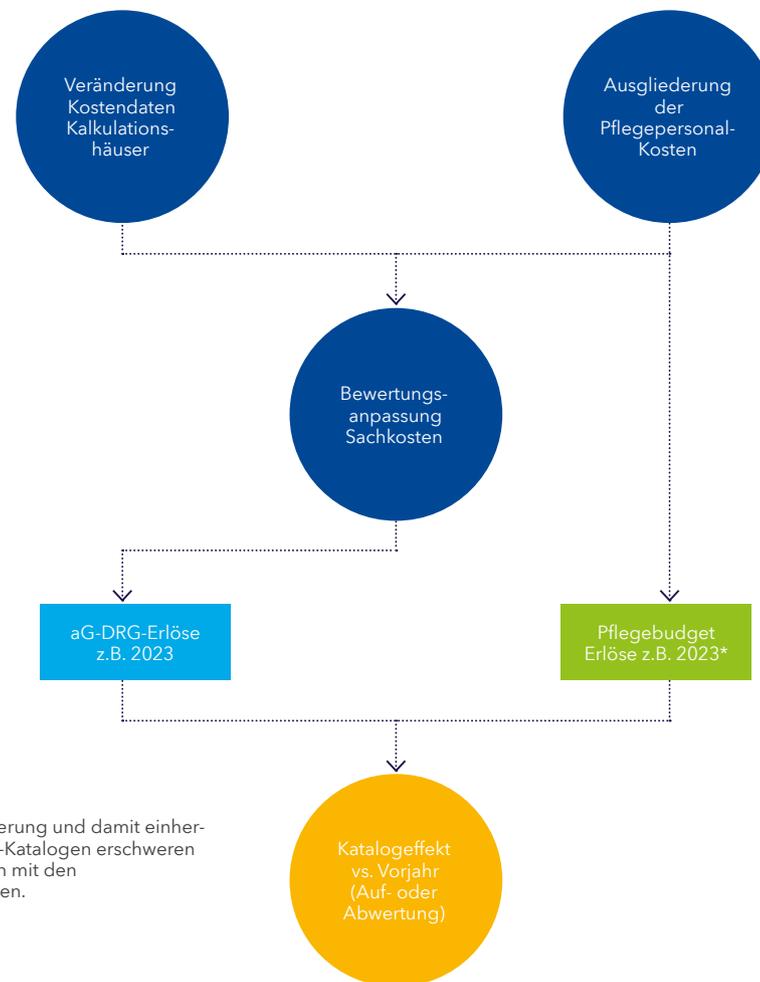
Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

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 Bewertungrelation/Tag
					Erster Tag mit Abschlag	Bewertungsrelation /Tag	Erster Tag zus. Entgelt	Bewertungsrelation /Tag				
1	2	3	4	6	7	8	9	10	11	12	13	14

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

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

Auf Basis der Ist-Situation, wird dann ein prospektives Pflegekostenbudget verhandelt. Aus dem verhandelten Pflegekostenbudget wird ein Zahlbetrag/Tag für die Abrechnung der 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 2023

### (Rumpf)DRG-Abrechnung

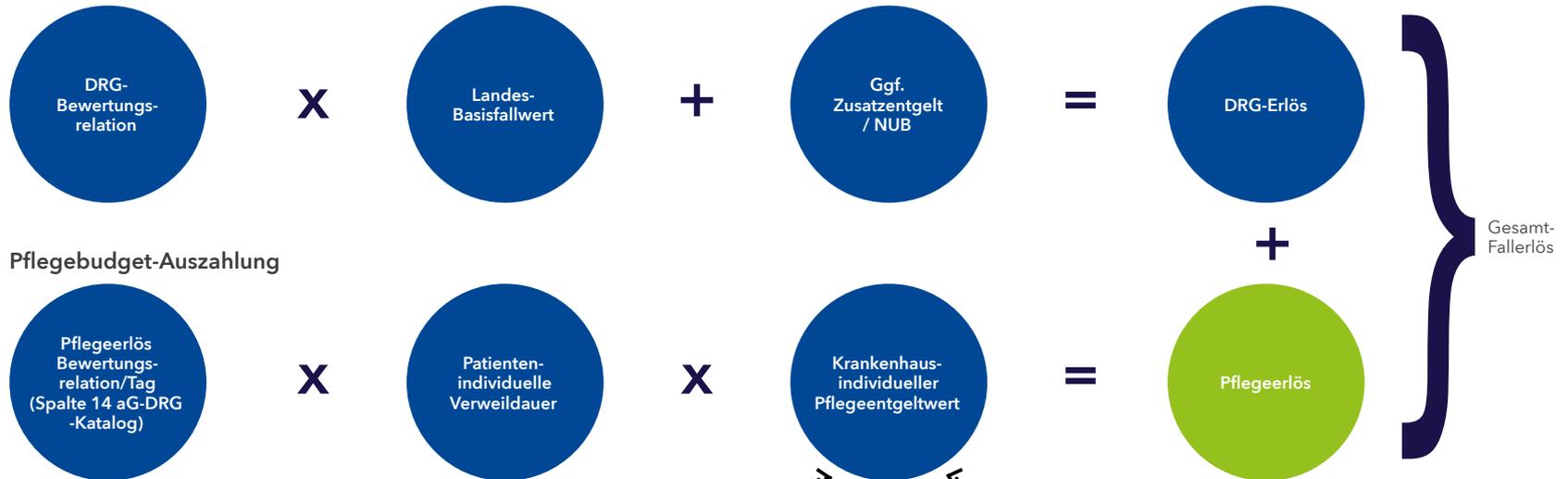


Abbildung 4: Erlösbetrachtung im aG-DRG System 2023



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.

Unser Reimbursement Leistungsangebot

- Die DRG oder z.B. DRG + Zusatzentgelt beschreiben nach wie vor nur einen Durchschnittspreis innerhalb kalkulatorischer Grenzen und stellen keine Kostenrechnung für einzelne Behandlungsleistungen oder Medizinprodukte dar. Sie beschreiben nach wie vor primär das Verhältnis der Leistungen untereinander und dienen der Abrechnung des Krankenhausbudgets.
- Insbesondere bei Misch-DRGs besteht daher die Gefahr der Fehlinterpretation, wenn die dargestellten durchschnittlichen Kosten einer DRG oder z. B. DRG + Zusatzentgelt, die nicht die reale einzelne Behandlung widerspiegeln, eine ggf. überhaupt nicht existierende Unterdeckung vermuten lassen. Dies hätte zur Folge, dass eine Versorgung, statt bedarfsgerecht mit qualitativ hochwertigen Medizinprodukten, in ggf. verminderter Qualität oder im schlimmsten Fall überhaupt nicht mehr angeboten wird. Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten ist nur ein Element der DRG-Kalkulation des InEKs. Nach wie vor wirken sich primär Kostenveränderungen auf Basis von Ist-Kosten der Kalkulationshäuser auf die jeweiligen Personal- oder Sachkostenbestandteile einer DRG oder ggf. eines Zusatzentgeltes aus und sind immer im direkten Zusammenhang zu betrachten.
- Die bisherigen G-DRG-Report-Browser und auch die neuen aG-DRG-Report-Browser weisen weiterhin keinen sachgerechten Wert für das einzelne Medizinprodukt aus. Dies ist insbesondere bei Misch-DRGs zu berücksichtigen. Erlösvergleiche mit dem Vorjahr sind nur anhand krankenhau-sindividueller Kostenträgerrechnungen oder Prozesskostenanalysen unter gleichen Voraussetzungen realistisch. Die fallbezogene Erfassung und Aufschlüsselung der Kostendaten wird in den Krankenhäusern immer wichtiger.

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

## WESENTLICHE ÄNDERUNGEN IN KURZFORM

- Ausgliederung der Pflegepersonalkosten (Pflege am Bett) aus den DRGs und ZEs.
- Es wurde nicht einfach nur die Pflege am Bett herausgerechnet. Es ist ein vollkommen neues und nicht mehr mit den Vorjahren vergleichbares aG-DRG-System entstanden.
- Das Krankenhausbudget wurde ab 2020 differenziert in ein „Rumpf“-aG-DRG-Budget und ein Pflegekostenbudget (Ist-Pflegepersonalkosten).
- Unterschied DRG-Fallkollektive
- Für die Pflegepersonalkosten gilt das Selbstkostendeckungsprinzip (Die Ist-Kosten werden in der nachgewiesenen Höhe bezahlt).
- Das Pflegekostenbudget wird über Pflegeentgelte ausgezahlt; Produkt aus „Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag“ (neue Spalte 14 im aG-DRG-Fallpauschalen-Katalog), patientenindividueller tatsächlicher Verweildauer und krankenhausindividuellem Pflegeentgeltwert.
- Bis zur Einigung auf einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert in den jeweiligen Budgetverhandlungen, erfolgt die Vergütung über einen, auf Bundesebene vereinbarten, pauschalen Pflegeentgeltwert in Höhe von 230,00 €.
- Am Ende des Kalenderjahres werden die tatsächlich nachgewiesenen Pflegepersonalkosten durch einen Betriebsprüfer testiert, mit den abgerechneten vorläufigen Pflegeerlösen des gleichen Zeitraums verglichen und angefallene Mehr- oder Mindererlöse dann zu 100 % ausgeglichen.
- DRG und Pflegebudget sind eine Pauschalvergütung. Sie sind nicht geeignet, einzelne Behandlungen oder Medizinprodukte sachgerecht abzubilden.
- Der bisherige G-DRG-Report-Browser und auch der neue aG-DRG-Browser weisen weiterhin keinen sachgerechten Wert für das einzelne Medizinprodukt aus.



## 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	0,208	1.404,00 €
F73B	Synkope und Kollaps, Alter > 13 Jahre oder mehr als ein Belegungstag	0,417	1.668,00 €

+ 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.	1,222	4.888,00 €

#### 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	1,222	4.888,00 €	5,4	1	2	11	12	0,8891	204,49 €
					d.h. 2 Nächte				

\* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 €. ([weitere Infos](#))  
\*\* vorläufiger tagesbezogener Pflegeentgeltwert 230,00 €

## 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	1,667	6.668,00 €	7,9	2	3	15	16	0,7953	182,92 €
					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	2,519	10.076,00 €	8,6	2	3	17	18	1,0640	244,72 €
					d.h. 3 Nächte				

\* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 €. ([weitere Infos](#))  
\*\* vorläufiger tagesbezogener Pflegeerlöswert 230,00 €

## 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 Vorhoffattern**) 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 2023 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 2023 für diese Implantation eines implantierbaren Herzmonitors der NUB-Status 1, lfd. Nr. **273** 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	1,978	7.912,00 €	3,4	1	2	7	8	0,8965	206,20 €
					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 2023 von 4.000,00 €. ([weitere Infos](#))  
 \*\* vorläufiger tagesbezogener Pflegeentgeltwert 230,00 €

## 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 > 96 Stunden mit der Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien (OPS , 8-981.33)	B70A	1,715	6.860,00 €
mit neurologischer Komplexbehandlung > 72 Stunden mit der Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien (OPS 8-981.22, 8-981.23, 8-981.32)	B70B	1,292	5.168,00 €
mit anderer neurologischer Komplexbehandlung > 72 Stunden (OPS 8-98b.22, 8-98b.23)	B70C	1,190	4.760,00 €
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	0,917	3.668,00 €
ohne neurologische Komplexbehandlung	B70F	0,765	3.060,00 €

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)	B69B	0,904	3.616,00 €
mit neurologischer Komplexbehandlung < 72 Stunden und äußerst schweren CC (OPS 8-981.20, 8-981.21, 8-981.30, 8-981.31)	B69A	1,473	5.892,00 €
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	0,711	2.844,00 €
ohne neurologische Komplexbehandlung	B69D	0,572	2.288,00 €

+ OPS-Kode 5-377.8  
Implantation Reveal® Herzmonitor



+ OPS-Kode 5-377.8  
Implantation Reveal® Herzmonitor



DRG	BR	Erlös DRG*
B17A	1,923	7.692,00 €

DRG	BR	Erlös DRG*
B17A	1,923	7.692,00 €

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

\* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 €. ([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	1,923	7.692,00 €	8,7	2	3	16	17	0,9407	216,36 €
					d.h. 3 Nächte				



\* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 €. ([weitere Infos](#))  
\*\* vorläufiger tagesbezogener Pflegeentgeltwert 230,00 €

 [Weitere Infos siehe hier](#)



Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

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	1,526	6.104,00 €
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	1,053	4.212,00 €
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	0,547	2.188,00 €
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	2.036,00 €

+ OPS-Kode 5-377.8  
Implantation Reveal® Herzmonitor

DRG	BR	Erlös DRG*
B17A	1,923	7.692,00 €



\* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 €. ([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	0,627	2.508,00 €	3,8	1	2	8	9	0,8063	185,44 €
					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	0,742	2.968,00 €	2,8	1	2	5	6	0,8994	206,86 €
					d.h. 2 Nächte				

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

\*\* vorläufiger tagesbezogener Pflegeerlöswert 230,00 €

 [Weitere Infos siehe hier](#)



## 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.

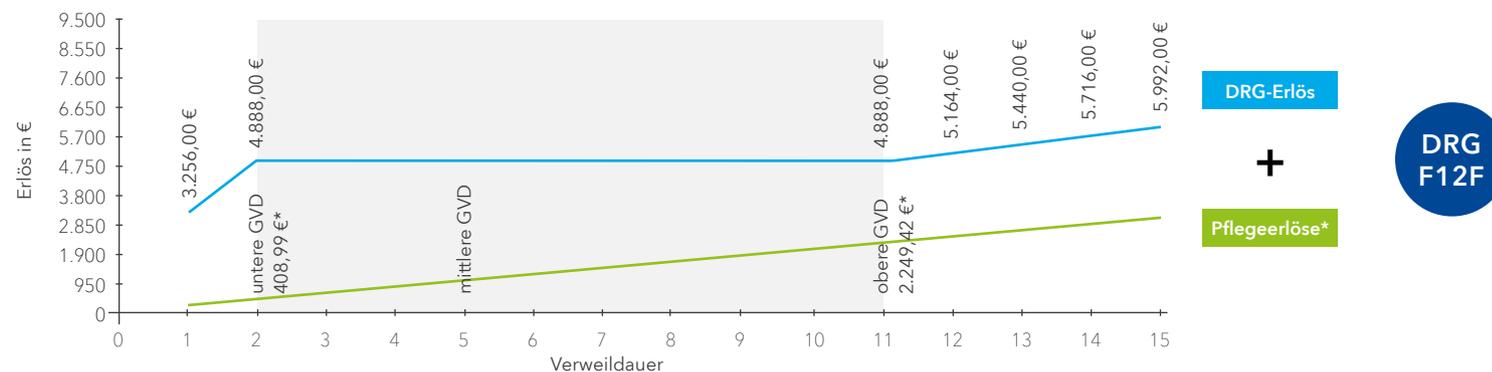
### ! BEISPIELHAFTE ERLÖSBERECHNUNG REVEAL IMPLANTATION DRG F12F

Patientenindividuelle Verweildauer = 2<sup>1</sup>

**DRG-Erlös:** 4.888,00 € (Bew.Rel 1,222 x 4.000,00 € \*)

**+ Pflegeerlös:** 408,98 € (Bew.Rel Pflege 0,8891 x 230,00 € \*\* x 2 Belegungstage/Verweildauer)

**Gesamtfallerlös:** 5.296,98 €



<sup>1</sup> Aufnahme- und Entlassungstag = 1 Belegungstag  
 \* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 €. ([weitere Infos](#))  
 \*\* vorläufiger tagesbezogener Pflegeentgeltwert 230,00 €

! Weitere Infos siehe hier



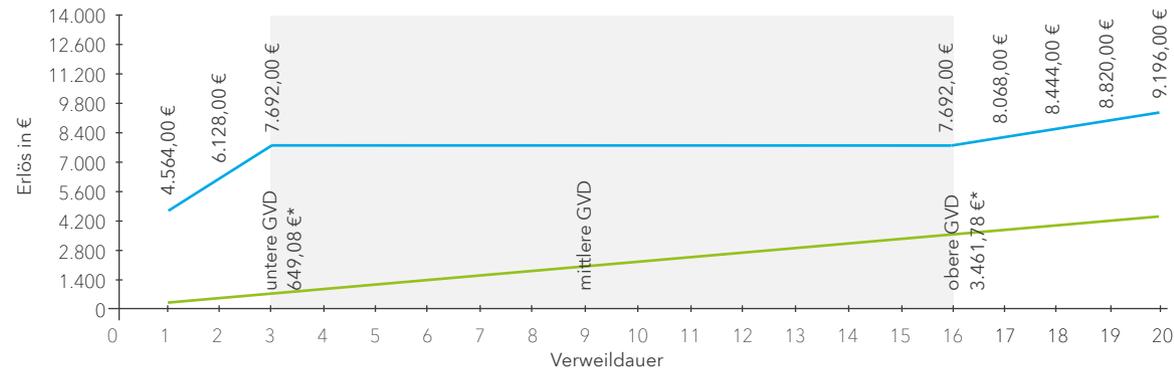
## ! BEISPIELHAFTE ERLÖSBERECHNUNG REVEAL IMPLANTATION DRG B17A

Patientenindividuelle Verweildauer = 8<sup>1</sup>

**DRG-Erlös:** 7.692,00 € (Bew.Rel 1,923 x 4.000,00 € \*)

**+ Pflegeerlös:** 1.730,88 € (Bew.Rel Pflege 0,9407 x 230,00 € \*\* x 8 Belegungstage/Verweildauer)

**Gesamtfallerlös:** 9.422,88 €



DRG-Erlös  
+  
Pflegeerlöse\*

DRG B17A

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Stationäre Abrechnungsmöglichkeiten

Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links & Abkürzungen

<sup>1</sup> Aufnahme- und Entlassungstag = 1 Belegungstag  
\* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 €. ([weitere Infos](#))  
\*\* vorläufiger tagesbezogener Pflegeentgeltwert 230,00 €

! Weitere Infos siehe hier



### 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 BZW. EXPLANTATION

**!** **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	1370	157,43 €
31503	Postoperative Überwachung im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31211	488	56,08 €
31602	Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31211	85	9,77 €
31821	Anästhesie und/oder Narkose, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungsposition 31211	997	114,57 €
<b>Summe</b>			<b>337,85 €</b>

\*Gemäß Punktwert von 2023 = 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](mailto: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 €
<b>Nachsorge pro Quartal 60,26 €</b>					<b>60,26 €</b>

\* Gemäß Punktwert = 5,82873 Cent

## EXPLANTATION EINES HERZMONITORS

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

OPS 2023	Bezeichnung OPS 2023	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		157,43 €	56,08 €	16,78 €	9,77 €	114,57 €	328,08 €

**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
<b>Beratung, Untersuchungen, Berichte</b>	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 €
<b>OP-Leistungen</b>	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 €
<b>Zusatzleistungen</b>	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](https://www.drg-research-group.de/index.php?option=com_webgrouper&view=webgrouper&Itemid=107)

**Hinweise zum aG-DRG-System 2023 auf der Website des InEK**

<https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2023>

**Kodierkataloge auf der Website des BfArM**

[https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/\\_node.html](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](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

<b>aG-DRG</b>	German Diagnosis Related Groups (nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)
<b>AWAR</b>	Ausnahme Wiederaufnahmeregelung
<b>BBFW</b>	Bundesbasisfallwert
<b>BfArM</b>	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
<b>BR</b>	Bewertungsrelation
<b>BVMed</b>	Berufsverband Medizintechnologie
<b>CC</b>	Komplikationen und/oder Komorbiditäten
<b>DIMDI</b>	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
<b>DRG</b>	Diagnosis Related Group
<b>EBM</b>	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
<b>EV</b>	Externe Verlegung
<b>FDA</b>	Fixkostendegressionsabschlag
<b>FPV</b>	Fallpauschalenvereinbarung
<b>G-DRG</b>	German Diagnosis Related Group
<b>GOÄ</b>	Gebührenordnung für Ärzte
<b>HD</b>	Hauptdiagnose
<b>iCARS</b>	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

<b>ICD</b>	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
<b>InEK</b>	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
<b>KHEntgG</b>	Krankenhausentgeltgesetz
<b>KHG</b>	Krankenhausfinanzierungsgesetz
<b>KHSG</b>	Krankenhausstrukturgesetz
<b>KIE</b>	Krankenhausindividuelles Entgelt
<b>LBFW</b>	Landesbasisfallwert
<b>MD</b>	Medizinischer Dienst
<b>MD Bund</b>	Medizinischer Dienst Bund
<b>MVD</b>	Mittlere Verweildauer
<b>ND</b>	Nebendiagnose
<b>NUB</b>	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
<b>OGVD</b>	Obere Grenzverweildauer
<b>OPS</b>	Operationen- und Prozeduren Schlüssel
<b>SKK</b>	Sachkostenkorrektur
<b>UGVD</b>	Untere Grenzverweildauer
<b>ZE</b>	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 Herzstimulations-systeme

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

Die Broschüren erhalten Sie ebenso im Download unter: [www.medtronic-reimbursement.de](http://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](mailto:rs.dusreimbursement@medtronic.com)

[www.medtronic-reimbursement.de](http://www.medtronic-reimbursement.de)

UC202213713  
© Medtronic GmbH  
All Rights Reserved. 02/2023

### Rechtlicher Hinweis

Alle Angaben sind Empfehlungen von Medtronic, beziehen sich ausschließlich auf von Medtronic vertriebene Produkte und Therapien und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Richtigkeit. Die verwendeten Kodierbeispiele lassen keine allgemein gültigen Rückschlüsse auf deren Anwendung zu. Informationen über die Anwendung bestimmter Produkte und Therapien von Medtronic finden Sie in der jeweiligen Gebrauchsanweisung. Medtronic übernimmt daher in diesem Zusammenhang keine Haftung.

Detaillierte Informationen über die Gebrauchsanweisung, Implantationsverfahren, Indikationen, Kontraindikationen, Warnhinweise, Vorsichtsmaßnahmen und mögliche Komplikationen sind dem Produkthandbuch zu entnehmen. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrem zuständigen Medtronic-Vertreter und/oder auf der Medtronic Website unter [medtronic.de](http://medtronic.de).

Informationen zu den jeweiligen Produkten finden Sie in der Gebrauchsanweisung unter [www.medtronic.com/manuals](http://www.medtronic.com/manuals). Handbücher können unter Verwendung der aktuellen Version eines gängigen Internet-Browsers eingesehen werden. Für optimale Ergebnisse verwenden Sie den Adobe Acrobat® Reader zusammen mit dem Browser.