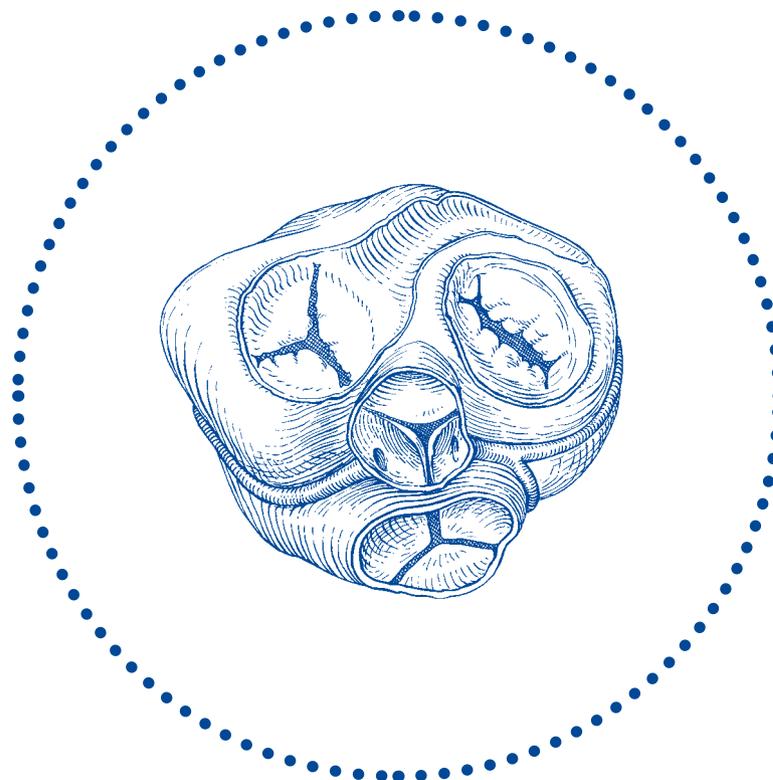




# Kodierung und Vergütung in der stationären Versorgung 2024

## Transkatheter- Herzklappenimplantationen



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Kodierung im  
aG-DRG-System  
2024

Vergütung im  
aG-DRG-System  
2024

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Kodierbeispiele

Fixkostendegressions-  
abschlag, Sachkosten-  
finanzierung

Wichtige Links  
& Abkürzungen

## Vorwort



**Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,**

in der zehnten Auflage der Reimbursement Broschüre möchten wir Sie über die Veränderungen durch die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems beim Einsatz unserer Produkte beraten. Eine Herzklappenerkrankung, wie beispielsweise eine schwere Aorten- oder Pulmonalklappenstenose, kann durch die schonende, minimalinvasive Implantation einer Herzklappe mittels Katheter behandelt werden. Die Transkatheter-Herzklappenimplantation kann bei Patientinnen und Patienten mit schwerer Aorten- oder Pulmonalklappenstenose, bei denen kein Klappenersatz am offenen Herzen durchgeführt werden kann, eine lebensrettende Behandlungsoption darstellen.

Diese innovativen Behandlungen können einen besonderen Beitrag in der Versorgung leisten. Weitere Hinweise zur Abrechnung im aG-DRG-System finden Sie in unserer Broschüre „Informationen zur Krankenhausfinanzierung“.

Mit dieser Broschüre möchten wir Ihnen eine Hilfestellung für die Gewährleistung einer sachgerechten Vergütung der von Ihnen eingesetzten Verfahren bieten, sowie einen Überblick über die derzeitige Vergütungssituation gewähren. In kompakter Form finden Sie hier die notwendigen Kodier- und Abbildungshinweise für die stationäre Leistungserbringung unserer Behandlungsverfahren für das Jahr 2024. Hierbei sei erwähnt, dass es sich um beispielhafte Abrechnungsmuster handelt. Weitere Codes, die bei TAVI-Eingriffen können über den [InEK Datenbrowser](#) schnell recherchiert werden.

Falls Sie weitere Fragen haben, können Sie sich gern per eMail unter [lukas.schwegmann@medtronic.com](mailto:lukas.schwegmann@medtronic.com) an mich wenden.

Wir würden uns freuen, wenn Sie Ihre Erfahrungen und Anregungen mit uns austauschen. Auf diese Weise können wir diesen Leitfaden kontinuierlich weiterentwickeln, um Ihren Informationsbedürfnissen gerecht zu werden.

Mit freundlichen Grüßen

**Lukas Schwegmann**

Manager Reimbursement & Health Economics

 Die Berechnung der Erlöse in dieser Unterlage erfolgt **mittels fiktivem Bundesbasisfallwert in Höhe von 4.200,00 €**. Gemäß der ab dem 1.1.2024 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.



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Kodierung im  
aG-DRG-System  
2024

Vergütung im  
aG-DRG-System  
2024

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Kodierbeispiele

Fixkostendegressions-  
abschlag, Sachkosten-  
finanzierung

Wichtige Links  
& Abkürzungen

# Inhaltsverzeichnis

- 1. Worauf es in diesem Jahr ankommt**
  - 1.1 Neu ab 01.01.2024 Hybrid-DRG-Verordnung tritt zum 1. Januar 2024 in Kraft
  - 1.2 Neu seit 01.01.2023 Kontextfaktoren lösen G-AEP Kriterien für Leistungen aus dem AOP-Katalog ab
  - 1.3 Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)
  - 1.4 Entwicklungen
- 2. Kodierung im aG-DRG System 2024**
- 3. Vergütung im aG-DRG-System 2024**
- 4. Abbildung im aG-DRG-System 2024**
- 5. Kodierbeispiele**
- 6. Fixkostendegressionsabschlag, Sachkostenfinanzierung**



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Kodierung im  
aG-DRG-System  
2024

Vergütung im  
aG-DRG-System  
2024

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Kodierbeispiele

Fixkostendegressions-  
abschlag, Sachkosten-  
finanzierung

Wichtige Links  
& Abkürzungen

# 1. Worauf es in diesem Jahr ankommt

## 1.1 Neu ab 01.01.2024 Hybrid-DRG-Verordnung tritt zum 1. Januar 2024 in Kraft

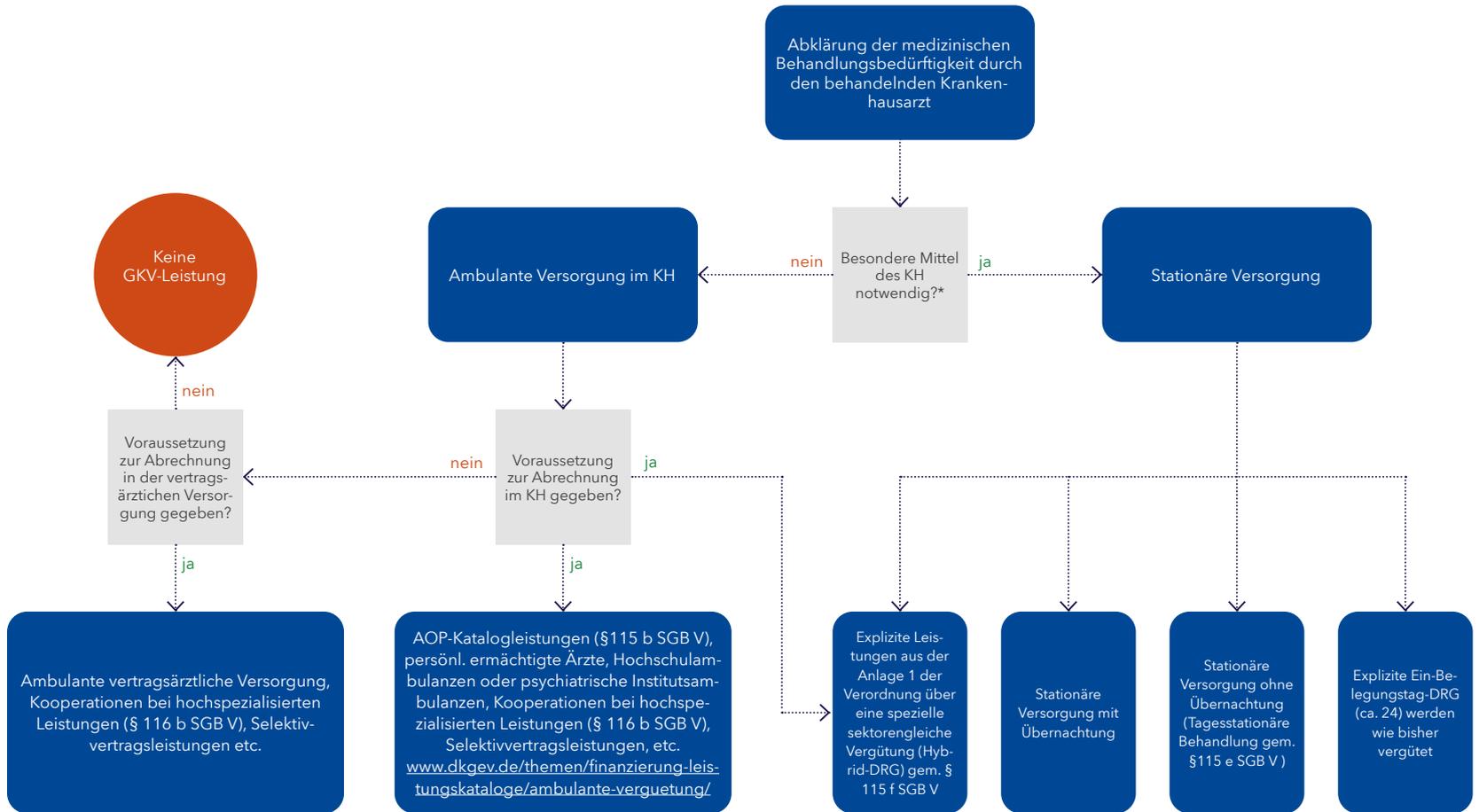
**WICHTIGER HINWEIS:** TRANSKATHETER-HERZKLAPPENIMPLANTATIONEN SIND KEINE HYBRID-DRG-LEISTUNGEN GEMÄSS ANLAGE 1 DER VERORDNUNG VOM 21.12.2023

Das Bundesgesundheitsministerium hat Ende des Jahres 2023 eine „Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung“ (Hybrid-DRG) gem. § 115 f SGB V veröffentlicht.

Die Verordnung enthält in der Anlage 1 einen Katalog mit expliziten Leistungen, die ab 01.01.2024 nach den neuen Hybrid-DRG vergütet werden sollen. Auch die Höhe und Art der Vergütung ist darin festgelegt. Vertragsärztinnen/-ärzte und Krankenhäuser erhalten für die dort aufgeführten Leistungen dieselbe Vergütung. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Eingriff der in Anlage 1 benannten Leistungen ambulant oder stationär durchgeführt wird. Transkatheter-Herzklappenimplantationen sind keine Hybrid-DRG-Leistungen im Sinne der Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG) gem. § 115 f SGB V.

Weiterführende Hinweise unter: <https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2023/380/VO>

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



**Wichtiger Hinweis:** Transkatheter-Herzklappenimplantationen sind **keine** Hybrid-DRG-Leistungen im Sinne der Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG) gem. § 115 f SGB V.

\* 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 dem AOP-Katalog)

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

Seit dem 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 Krankenhauses 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 der Patientinnen und 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 Patientinnen und 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



Vorwort

Im Ergebnis hat man sich in diesem Jahr auf eine Erweiterung der Kontextfaktoren geeinigt. So werden die Kontextfaktoren, insbesondere für Kinder mit Pflegegrad sowie mit angeborenen Herzfehlern, erweitert sowie die Liste der stationär zu behandelnden Diagnosen um definierte Gerinnungsstörungen und Lebererkrankungen ergänzt.

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

## ÜBERGANGSREGELUNG GEMÄSS §24 AOP-VERTRAG

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Aufgrund von Vorlaufzeiten in der Umstellung des AOP-Katalogs samt Kontextfaktoren werden ähnlich zu 2023 folgende Übergangsregelungen getroffen:

Sofern Patientinnen und Patienten bis einschließlich 31.03.2024 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.

Kodierung im  
aG-DRG-System  
2024

Meldeformular: Gemäß § 1 Absatz 1 des AOP-Vertrags sind die ambulanten Leistungen über ein Meldeformular an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss zu melden. Für Leistungen nach Anlage 1 kann das Meldeformular für die Mitteilung nach § 1 Absatz 1 bis zum 31.01.2024 nachgereicht werden.

Vergütung im  
aG-DRG-System  
2024

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Kodierbeispiele

Fixkostendegressions-  
abschlag, Sachkosten-  
finanzierung

Wichtige Links  
& Abkürzungen

Nähere Informationen: AOP Katalog 2024, Anlage

## 1.3 Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)

### SACHKOSTENFINANZIERUNG IM G-DRG-SYSTEM 2024

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

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

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

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

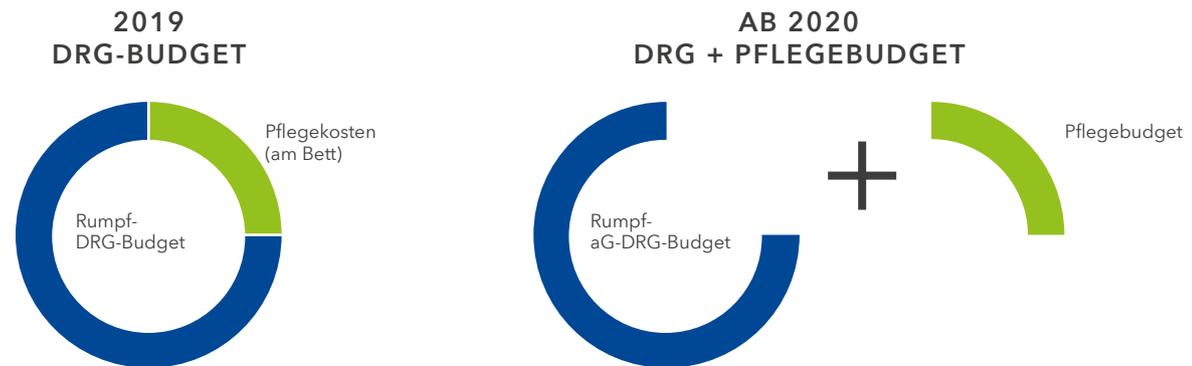


Abbildung 1:  
Die Zusammensetzung des  
Krankenhausbudgets ab 2020

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Kodierung im  
aG-DRG-System  
2024

Vergütung im  
aG-DRG-System  
2024

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Kodierbeispiele

Fixkostendegressions-  
abschlag, Sachkosten-  
finanzierung

Wichtige Links  
& Abkürzungen

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kodierung im aG-DRG-System 2024

Vergütung im aG-DRG-System 2024

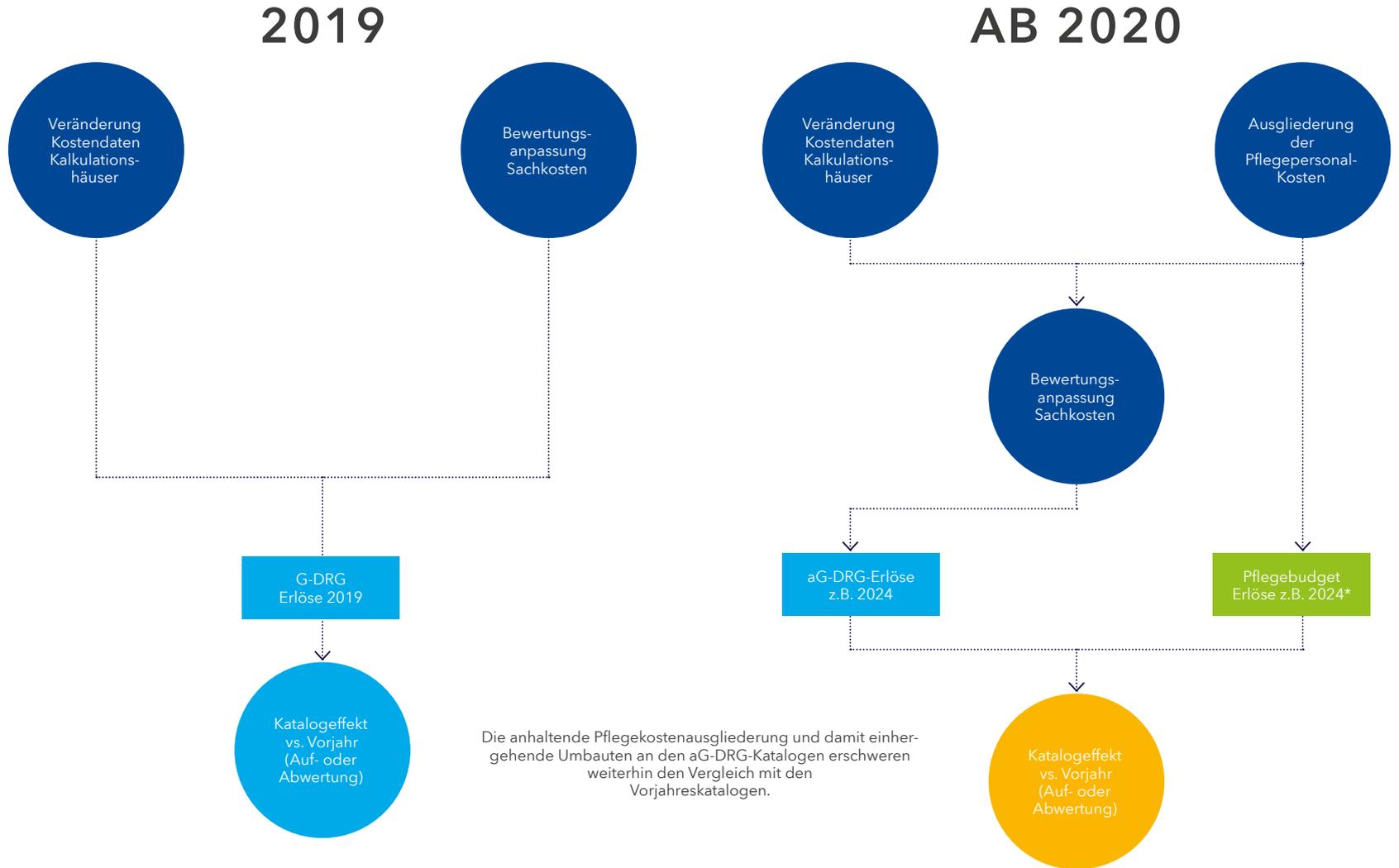
Abbildung im aG-DRG-System 2024

Kodierbeispiele

Fixkostendegressionsabschlag, Sachkostenfinanzierung

Wichtige Links & Abkürzungen

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



\* 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

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Kodierung im  
aG-DRG-System  
2024

Vergütung im  
aG-DRG-System  
2024

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Kodierbeispiele

Fixkostendegressions-  
abschlag, Sachkosten-  
finanzierung

Wichtige Links  
& Abkürzungen

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 Pflegeetagesatz („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 Pfegeerlöse 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 2024

### (Rumpf)DRG-Abrechnung

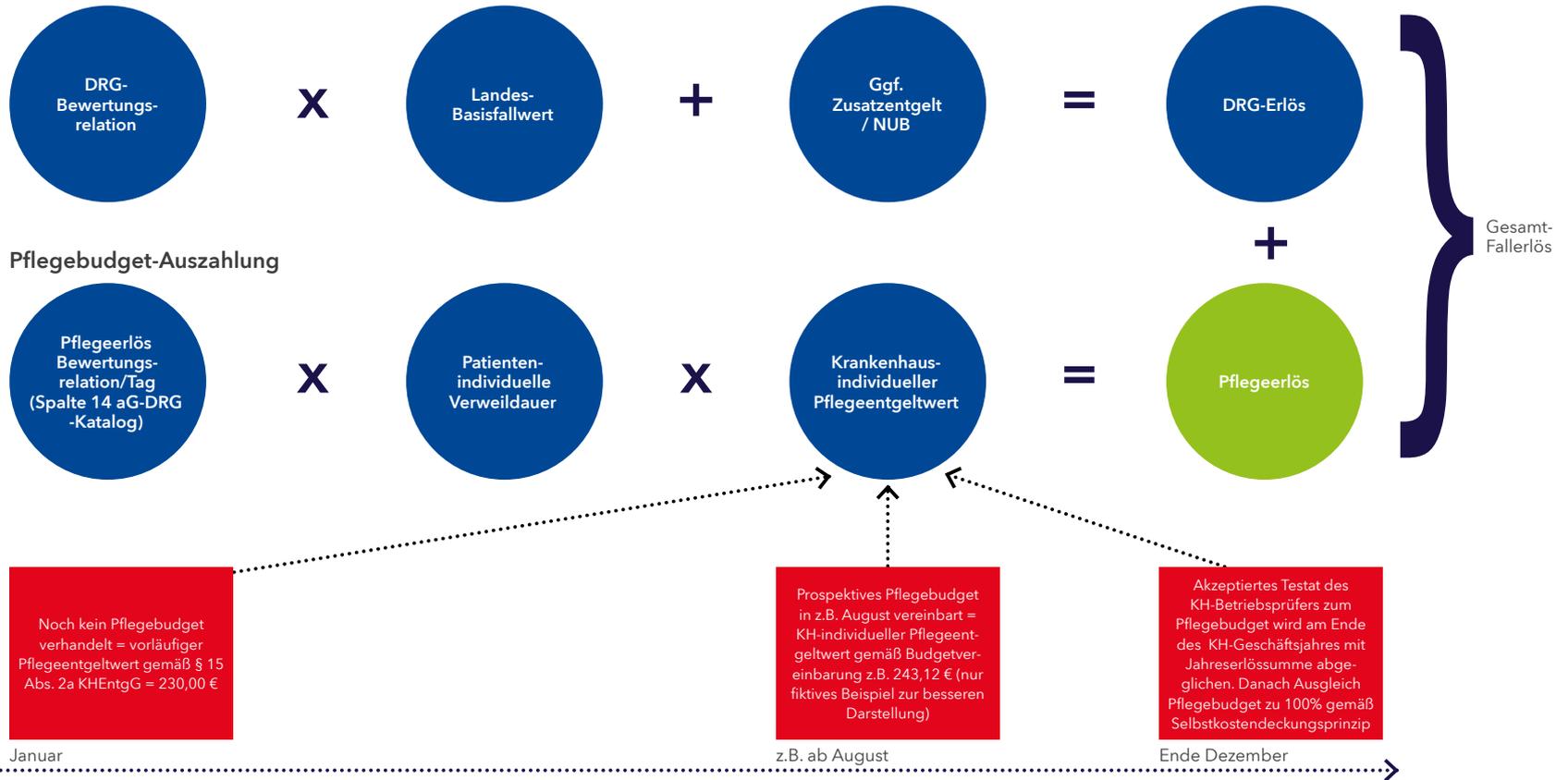


Abbildung 4: Erlösbetrachtung im aG-DRG System 2024



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Kodierung im  
aG-DRG-System  
2024

Vergütung im  
aG-DRG-System  
2024

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Kodierbeispiele

Fixkostendegressions-  
abschlag, Sachkosten-  
finanzierung

Wichtige Links  
& Abkürzungen

In der Praxis kann es zur Berücksichtigung unterschiedlicher Verweildauern kommen. Zur Abrechnung einer DRG wird die ggf. durch eine Einzelfallprüfung des MD(K) gekürzte Verweildauer berücksichtigt und kann zu einer Erlöskürzung führen. Die Berechnung des Pflegeerlöses erfolgt hiervon unabhängig mit der ungekürzten Verweildauer (Ausnahme primäre Fehlbelegung § 275c Absatz 6 Nummer 1 SGB V). Die tagesbezogenen Pflegeentgelte sollen nach dem Willen des Gesetzgebers nicht zu vermehrten Fehlbelegungsprüfungen der Kassen führen.

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



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Kodierung im  
aG-DRG-System  
2024

Vergütung im  
aG-DRG-System  
2024

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Kodierbeispiele

Fixkostendegressions-  
abschlag, Sachkosten-  
finanzierung

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.



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Kodierung im  
aG-DRG-System  
2024

Vergütung im  
aG-DRG-System  
2024

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Kodierbeispiele

Fixkostendegressions-  
abschlag, Sachkosten-  
finanzierung

Wichtige Links  
& Abkürzungen

## 1.4 Entwicklungen

### DRG F98B: ERLÖS BEI EINER VERWEILDAUER VON 3 TAGEN

Der Abschlag für die Patientinnen und Patienten mit 3 Tagen Verweildauer (= 3 Nächte) betrug im Jahr **2022** etwa 1.207,42 € (Annahme des Bundesbasisfallwert von 3.833,07 €). Der aG-DRG Erlös lag seinerzeit bei **22.319,97 €**.

Im Jahr **2023** lag der Erlös für Patientinnen und Patienten mit einer kurzen Verweildauer von 3 Tagen leicht höher, da dieser Abschlag nun lediglich für Patientinnen und Patienten mit einer Verweildauer von 2 Tagen oder weniger relevant ist. Bei Annahme eines höheren Bundesbasisfallwerts (4.000 €) liegt die Vergütung bei **22.336,00 €**, obwohl das Relativgewicht der DRG F98B abgesenkt wurde.

Gleichfalls erhöht sich die Vergütung für Langlieger etwas früher als zuvor. Ein Zuschlag auf den DRG Erlös gibt es nun bereits ab 19 statt 22 Tagen Verweildauer.

## 2. Kodierung im aG-DRG-System 2024

Die folgenden Informationen zur Kodierung von Transkatheterklappen sollen der eigenen krankenhausindividuellen Kalkulation im Hinblick auf bevorstehende Verhandlungen mit den Kostenträgern als Grundlage dienen.

### MINIMALINVASIVE OPERATIONEN AN HERZKLAPPEN (TCV)

#### Prozeduren OPS-2024

##### 5-35a Minimalinvasive Operationen an Herzklappen

*Hinw.:* Die Anwendung der transösophagealen Echokardiographie ist im Code enthalten.

Die intraoperative Anwendung eines Embolieprotektionssystems ist gesondert zu kodieren (5-39a.0)

5-35a.0 Implantation eines Aortenklappenersatzes  
*Hinw.:* Die Anwendung spezieller Methoden bei minimalinvasivem Aortenklappenersatz ist gesondert zu kodieren (5-35b.1 ff.)

5-35a.05 Endovaskulär

5-35a.06 Transapikal

5-35a.1 Implantation eines Pulmonalklappenersatzes

5-35a.10 Endovaskulär

5-35a.11 Transapikal

5-35a.3 Implantation eines Mitralklappenersatzes

*Hinw.:* Die Anwendung spezieller Methoden bei minimalinvasivem Mitralklappenersatz ist gesondert zu kodieren (5-35b.2 ff.)

5-35a.33 Transapikal

5-35b.1 Anwendung spezieller Methoden bei minimalinvasivem Aortenklappenersatz

*Hinw.:* Diese Codes sind nur anzugeben, wenn bei einem der unter 5-35a.0 ff. aufgeführten Verfahren zum minimalinvasiven Aortenklappenersatz die Anwendung einer speziellen Methode erfolgt

5-35b.10 Anwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystems

5-35b.11 Anwendung eines primär ballonexpandierbaren Implantates

**5-35b.12 Anwendung eines primär selbstexpandierenden Implantates, z.B. Evolut™**

5-35b.1x Sonstige

5-35b.2 Anwendung spezieller Methoden bei minimalinvasivem Mitralklappenersatz

*Hinw.:* Diese Codes sind nur anzugeben, wenn bei einem der unter 5-35a.3 ff. aufgeführten Verfahren zum minimalinvasiven Mitralklappenersatz die Anwendung einer speziellen Methode erfolgt

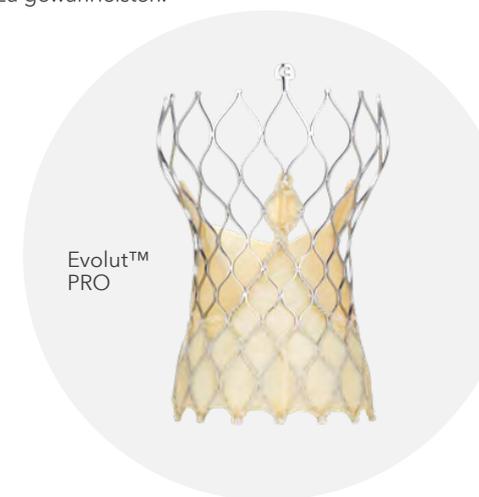
5-35b.20 Anwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystems

5-35b.21 Anwendung eines apikalen Verankerungssystems

5-35b.2x Sonstige

#### ! Dokumentation Zusatzcodes: 5-35b

Die Kodierung ist auch bei fehlender Erlösrelevanz unerlässlich, um die Dokumentation der ärztlichen Sorgfalt, die Qualitätssicherung, eine korrekte Fallabbildung in der Kodierung und die Kostentransparenz für die eingesetzten Ressourcen zu gewährleisten.



Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kodierung im aG-DRG-System 2024

Vergütung im aG-DRG-System 2024

Abbildung im aG-DRG-System 2024

Kodierbeispiele

Fixkostendegressionsabschlag, Sachkostenfinanzierung

Wichtige Links & Abkürzungen



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Kodierung im  
aG-DRG-System  
2024

Vergütung im  
aG-DRG-System  
2024

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Kodierbeispiele

Fixkostendegressions-  
abschlag, Sachkosten-  
finanzierung

Wichtige Links  
& Abkürzungen

## Diagnosen ICD-10-GM Version 2024

<b>I34.0</b>	<b>Mitralklappeninsuffizienz</b>
I34.1	Mitralklappenprolaps
I34.2	Nichtrheumatische Mitralklappenstenose
I34.8-	Sonstige nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten
I34.80	Nichtrheumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz
I34.88	Sonstige nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten
I34.9	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheit, n.n.bez.
<b>I35.0</b>	<b>Aortenklappenstenose</b>
I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz
<b>I37.0</b>	<b>Pulmonalklappenstenose</b>
I37.1	Pulmonalklappeninsuffizienz
I37.2	Pulmonalklappenstenose mit Insuffizienz
I37.8	Sonstige Pulmonalklappenkrankheiten
I37.9	Pulmonalklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet

## Liste der groupierungsrelevanten angeborenen Herzfehler\*

<b>Q20.0</b>	<b>Truncus arteriosus communis</b>
Q20.1	Re Doppelausstromventr. [Double outlet right ventricle]
Q20.2	Linker Doppelausstromventr.[Double outlet left ventricle]
Q20.3	Diskordante ventrikuloarterielle Verbindung
Q20.4	Doppeleinstromventrikel [Double inlet ventricle]
Q20.5	Diskordante atrioventrikuläre Verbindung
Q20.6	Vorhofisomerismus
Q20.8	Sonst angeb Fehlbildung Herzhöhlen u verbind Strukturen
Q20.9	Angeb Fehlbildung Herzhöhlen u verbind Strukt., nnbez
<b>Q21.0</b>	<b>Ventrikelseptumdefekt</b>
Q21.1	Vorhofseptumdefekt
Q21.2	Defekt Vorhof- u Kammerseptum
Q21.3	Fallot-Tetralogie
Q21.4	Aortopulmonaler Septumdefekt
Q21.80	Fallot-Pentalogie
Q21.88	Sonst angeborene Fehlbildung der Herzsepten
Q21.9	Angeborene Fehlbildung Herzseptum, nnbez

<b>Q22.0</b>	<b>Pulmonalklappenatresie</b>
Q22.1	Angeborene Pulmonalklappenstenose
Q22.2	Angeborene Pulmonalklappeninsuffizienz
Q22.3	Sonst angeborene Fehlbildung Pulmonalklappe
Q22.4	Angeborene Trikuspidalklappenstenose
Q22.5	Ebstein-Anomalie
Q22.6	Hypoplastisches Rechtsherzsyndrom
Q22.8	Sonst angeborene Fehlbildung Trikuspidalklappe
Q22.9	Angeborene Fehlbildung Trikuspidalklappe, nnbez
<b>Q23.0</b>	<b>Angeborene Aortenklappenstenose</b>
Q23.1	Angeborene Aortenklappeninsuffizienz
Q23.2	Angeborene Mitralklappenstenose
Q23.3	Angeborene Mitralklappeninsuffizienz
Q23.4	Hypoplastisches Linksherzsyndrom
Q23.8	Sonst angeborene Fehlbildung Aorten- u Mitralklappe
Q23.9	Angeborene Fehlbildung Aorten- u Mitralklappe, nnbez
<b>Q24.0</b>	<b>Dextrokardie</b>
Q24.1	Lävokardie
Q24.2	Cor triatriatum
Q24.3	Infundibuläre Pulmonalstenose
Q24.4	Angeborene subvalvuläre Aortenstenose
Q24.5	Fehlbildung Koronargefäße
Q24.6	Angeborener Herzblock
Q24.8	Sonst nbez angeborene Fehlbildungen Herz
Q24.9	Angeborene Fehlbildung Herz, nnbez
<b>Q25.0</b>	<b>Offener Ductus arteriosus</b>
Q25.1	Koarkatation Aorta
Q25.2	Atresie Aorta
Q25.3	Stenose Aorta (angeboren)
Q25.4	Sonstige angeborene Fehlbildungen Aorta
Q25.5	Atresie A pulmonalis
Q25.6	Stenose A pulmonalis (angeboren)
Q25.7	Sonst angeborene Fehlbildung A pulmonalis
Q25.8	Sonst angeborene Fehlbildung große Aa
Q25.9	Angeborene Fehlbildung große Aa, nnbez

\* Quelle: Definitionshandbuch, Band 1, Version 2024

### 3. Vergütung im aG-DRG-System 2024

#### DRG-Zuordnung

DRG	Partition	Bezeichnung	Bew.rel. Hauptabteilung	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bew.rel.)	DRG-Erlös*	Pflegerlös Bewertungsrelation/Tag
					1. Tag m. Abschlag	Bew.rel. / Tag	1. Tag zus. Entgelt	Bew.rel. /Tag			
1	2	3	4	6	7	8	9	10	11		14
F98A	○	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 30 Jahre oder Implantation eines Wachstumsstents	6,969	13,8	4	0,354	28	0,089	0,119	29.269,80 €	1,4531
F98B	○	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, mit sehr komplexem Eingriff	5,258	9,1	2	0,463	18	0,080	0,126	22.083,60 €	1,1601
F98C	○	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, ohne sehr komplexen Eingriff	7,323	8,4	2	0,327	19	0,067	0,107	30.756,60 €	1,0150



\* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 €. [\(weitere Infos\)](#)

 [Weitere Infos siehe hier](#)

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kodierung im aG-DRG-System 2024

Vergütung im aG-DRG-System 2024

Abbildung im aG-DRG-System 2024

Kodierbeispiele

Fixkostendegressionsabschlag, Sachkostenfinanzierung

Wichtige Links & Abkürzungen

## Beispielhafte Erlösberechnung

### **DRG F98A - KOMPLEXE MINIMALINVASIVE OPERATIONEN AN HERZKLAPPEN, PATIENTENALTER < 30 JAHRE**

Patientenindividuelle Verweildauer = 14<sup>1</sup>

<b>DRG-Erlös:</b>	<b>29.269,80 €</b>	(Bew.Rel 6,969 x 4.200,00 € *)
<b>+ Pflegeerlös:</b>	<b>4.678,94 €</b>	(Bew.Rel Pflege 1,4531 x 230,00 € ** x 14 Belegungstage/Verweildauer)
<b>Gesamtfallerlös:</b>	<b>33.948,74 €</b>	

### **DRG F98B - KOMPLEXE MINIMALINVASIVE OPERATIONEN AN HERZKLAPPEN, PATIENTENALTER > 29 JAHRE**

Patientenindividuelle Verweildauer = 7<sup>1</sup>

<b>DRG-Erlös:</b>	<b>22.083,60 €</b>	(Bew.Rel 5,258 x 4.200,00 € *)
<b>+ Pflegeerlös:</b>	<b>1.867,74 €</b>	(Bew.Rel Pflege 1,1601 x 230,00 € ** x 7 Belegungstage/Verweildauer)
<b>Gesamtfallerlös:</b>	<b>23.951,34 €</b>	

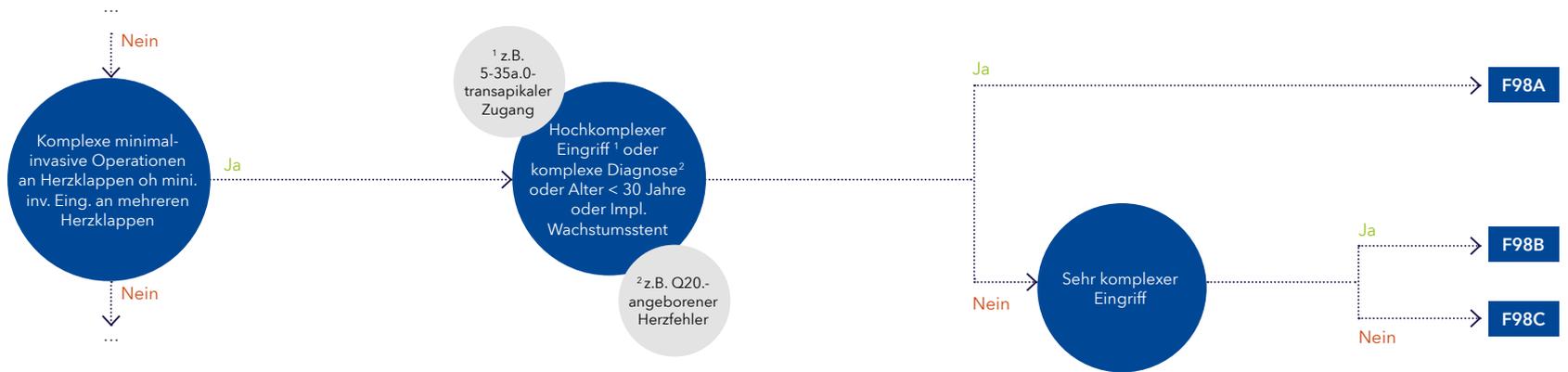
<sup>1</sup> Aufnahme- und Entlassungstag = 1 Belegungstag,

\* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 €. ([weitere Infos](#))

\*\* vorläufiger tagesbezogener Pflegeentgeltwert 230,00 € (ggfs. unterjährige Anpassung gem. Krankenhaustransparenzgesetz)

 [Weitere Infos siehe hier](#)

## 4. Abbildung im aG-DRG-System 2024



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an das Definitionshandbuch 2024 Band 1, © InEK GmbH - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus | 2007-2024

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kodierung im aG-DRG-System 2024

Vergütung im aG-DRG-System 2024

Abbildung im aG-DRG-System 2024

Kodierbeispiele

Fixkostendegressionsabschlag, Sachkostenfinanzierung

Wichtige Links & Abkürzungen

## 5. Kodierbeispiele

**Endovaskulärer Aortenklappenersatz, z.B. Evolut™ PRO,  
Diagnose: erworbener Herzfehler oder bikuspidale Aortenklappe mit Stenose**

Kode	Text	
<b>Hauptdiagnose</b>		
I35.0	Aortenklappenstenose	
<b>Prozeduren</b>		
5-35a.05	Implantation eines Aortenklappenersatzes, Endovaskulär	
5-35b.12	Anwendung eines primär selbstexpandierenden Implantates	
DRG	Text	Relativgewicht
F98B	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, mit sehr komplexem Eingriff	5,258
<b>Erlös*</b>		<b>22.083,60 €</b>
		<b>Pflege-Relativgewicht: 1,1601</b>

### Hinweise:

Beachten Sie die Kodierempfehlungen Nr. 585 und Nr. 533 der SEG 4 des MDK sowie die Entscheidungen der Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses zur KDE 533 bzgl. gleichzeitiger Vitien mehrerer Herzklappen sowie zur KDE 585 bzgl. intraoperativer Feststellung einer bikuspidalen Aortenklappe mit Stenose.

### MDK Kodierempfehlungen

<https://www.mdk.de/kranken-pflegekassen/kodierempfehlungen/>

### Entscheidung des Schlichtungsausschusses KDE 585

### Entscheidung des Schlichtungsausschusses KDE 533

\* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 €. ([weitere Infos](#))

 [Weitere Infos siehe hier](#)

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kodierung im aG-DRG-System 2024

Vergütung im aG-DRG-System 2024

Abbildung im aG-DRG-System 2024

Kodierbeispiele

Fixkostendegressionsabschlag, Sachkostenfinanzierung

Wichtige Links & Abkürzungen



## 6. Fixkostendegressionsabschlag, Sachkostenfinanzierung

### DRG F98A, F98B und F98C sind in der Liste mit 2/3 Sachkosten aufgeführt

**ACHTUNG!**  
Ausnahme-  
tatbestände  
für MedTech!

#### WELCHE AUSWIRKUNG HAT DIE SACHKOSTENKORREKTUR FÜR MEIN VERFAHREN?

Die Bewertung der Vergütung über pauschalisierte DRGs wird mit den Ist-Kostendaten der Kalkulationskrankenhäuser ermittelt und daraus der DRG-Katalog erstellt. Mit dem KHSG werden pauschal auf alle DRGs angenommene Übervergütungen auf der Sachkostenseite zugunsten von Personal und Infrastruktur abgewertet. Die Abkehr vom Ist-Kostenansatz der DRG-Kalkulation kann bei der isolierten Betrachtung der Sachkostenkorrekturwerte zu Fehlinterpretationen führen.

Die DRG ist eine Pauschalvergütung. Sie ist nicht geeignet, einzelne Behandlungen oder Medizinprodukte abzubilden. Auch der DRG-Report-Browser weist keinen sachgerechten Wert für das einzelne Medizinprodukt aus. Dies ist insbesondere bei Misch-DRGs zu berücksichtigen. Es handelt sich somit immer noch um Kostenmittelwerte ggf. mehrerer Verfahren und Produkte innerhalb einer DRG. Die Sachkostenkorrektur-Prozentwerte sind isoliert betrachtet irrelevant. Nur der Erlösvergleich zum Vorjahr, unter Berücksichtigung einer krankenhausindividuellen Kostenträgerrechnung oder Prozesskostenanalysen, lässt eine Beurteilung der tatsächlichen Wirtschaftlichkeit eines einzelnen Behandlungsverfahrens zu.

Unbewertete DRGs oder nicht mit DRG vergütete Leistungen, Zusatzentgelte und NUB sind von der Sachkostenkorrektur ausgenommen. Eine umfassende Analyse der DRG-Kostenbestandteile der eigenen Leistungserbringung kommt eine wichtige Bedeutung zu, um Fehlsteuerungsanreize in der Versorgung zu vermeiden.

#### WELCHE AUSWIRKUNG HAT DER FIXKOSTENDEGRESSIONABSCHLAG AUF MEINE PROSPEKTIV (GEPLANTE) MEHRLEISTUNG IM KRANKENHAUS?

Der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) ersetzt den Mehrleistungsabschlag, um die Mengensteuerung von der Landes- auf die Krankenhausebene zu verlagern. Kostenvorteile, durch Erbringung zusätzlicher Leistungen mit vorhandenen Strukturen und Personal, sollen bei dem Krankenhaus berücksichtigt werden, welches diese Leistung vereinbart hat.

Der Abschlag ist bundeseinheitlich auf 35 % für die Dauer von drei Jahren festgesetzt. Im Jahr 2024 kann wie in den beiden vergangenen Jahren für Leistungen mit einer höheren Fixkostendegression oder für Leistungen mit erhöhten wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen, soweit es sich

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Kodierung im  
aG-DRG-System  
2024

Vergütung im  
aG-DRG-System  
2024

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Kodierbeispiele

Fixkostendegressions-  
abschlag, Sachkosten-  
finanzierung

Wichtige Links  
& Abkürzungen

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Kodierung im  
aG-DRG-System  
2024

Vergütung im  
aG-DRG-System  
2024

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Kodierbeispiele

Fixkostendegressions-  
abschlag, Sachkosten-  
finanzierung

Wichtige Links  
& Abkürzungen

nicht um bereits abgesenkte oder abgestufte Leistungen handelt, ein höherer Abschlag von maximal 50 % über einen längeren Zeitraum vereinbart werden.

Medizinprodukte sind im Krankenhaus variable Kosten und keine Fixkosten. Diese variablen Kosten sollen nach Wunsch des Gesetzgebers weiterhin finanziert werden. Eine Analyse der tatsächlich betroffenen DRG wird empfohlen; insbesondere der Kostenbestandteile von Misch-DRGs. Hierbei sollte der Fixkostenanteil / die Fixkostendegression für ein sachgerechtes und für alle Seiten faires Verhandlungsergebnis (Abschlagshöhe) je DRG oder Methode ermittelt werden. Kostenträgerrechnungen und Prozesskostenanalysen können eine gute Unterstützung sein.

### Der FDA gilt nicht für:

- ambulante Leistungen im Krankenhaus
- unbewertete DRGs, Zusatzentgelte, NUB-Entgelte oder nicht mit DRG vergütete Leistungen
- bereits abgesenkte oder abgestufte DRGs
- vom InEK ausgewiesene DRGs mit zwei Drittel Sachkostenanteil, hierzu zählen auch in 2024 die DRGs F98A, F98B, F98C

### Änderung KHS

<https://www.bvmed.de/de/bvmed/publikationen/broschueren-gesundheitsversorgung/sachkostenfinanzierung-ag-drg-system-2020>

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

### Rechtlicher Hinweis

Wir weisen darauf hin, dass unsere Unterstützungs- und Beratungsleistungen ausschließlich in direktem Zusammenhang mit der Refinanzierung unserer Therapien erbracht werden können. Weder können wir Ihnen bei allgemeinen Fragen zur Refinanzierung behilflich sein, noch können wir Sie zur Refinanzierung von Therapien anderer Hersteller beraten. Alle Angaben in dieser Rubrik sind lediglich Empfehlungen von Medtronic und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Richtigkeit. Medtronic übernimmt daher in diesem Zusammenhang keine Haftung.



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Kodierung im  
aG-DRG-System  
2024

Vergütung im  
aG-DRG-System  
2024

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Kodierbeispiele

Fixkostendegressions-  
abschlag, Sachkosten-  
finanzierung

Wichtige Links  
& Abkürzungen

## Wichtige Links

### **Kostenfreier Online Grouper für eine individuelle Groupierungssimulation:**

[https://www.drg-research-group.de/index.php?option=com\\_webgrouper&view=webgrouper&Itemid=107](https://www.drg-research-group.de/index.php?option=com_webgrouper&view=webgrouper&Itemid=107)

### **Hinweise zum aG-DRG-System 2024 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>

### **Weiterführende Hinweise zur Hybrid-DRG-Verordnung**

<https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2023/380/VO>



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Kodierung im  
aG-DRG-System  
2024

Vergütung im  
aG-DRG-System  
2024

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Kodierbeispiele

Fixkostendegressions-  
abschlag, Sachkosten-  
finanzierung

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

Kodierung im  
aG-DRG-System  
2024

Vergütung im  
aG-DRG-System  
2024

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Kodierbeispiele

Fixkostendegressions-  
abschlag, Sachkosten-  
finanzierung

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

Kodierung im  
aG-DRG-System  
2024

Vergütung im  
aG-DRG-System  
2024

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Kodierbeispiele

Fixkostendegressions-  
abschlag, Sachkosten-  
finanzierung

Wichtige Links  
& Abkürzungen

## Weitere Informationsbroschüren



Ablationen



Endovaskuläre  
Eingriffe an der Aorta



Endoluminale  
Intervention



Periphere Eingriffe  
und Embolisierungen



Perkutan-transluminale  
Gefäßintervention  
an Koronargefäßen  
und Renale Denerivierung



Herzchirurgie

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

Kodierung im  
aG-DRG-System  
2024

Vergütung im  
aG-DRG-System  
2024

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Kodierbeispiele

Fixkostendegressions-  
abschlag, Sachkosten-  
finanzierung

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)

UC202409461 DE © Medtronic GmbH  
All Rights Reserved. 01/2024

### 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.