
Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

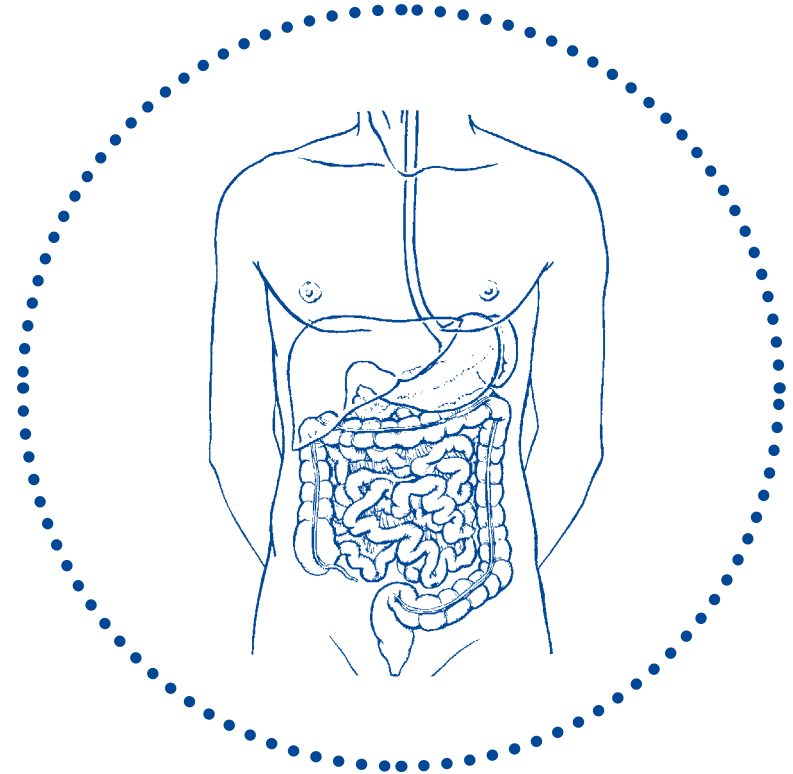
Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

Kodierung und Vergütung in der stationären und ambulanten Versorgung 2024

Endoskopie



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.

René Terhalle

Sr. Reimbursement Analyst DACH
Health Economics, Policy & Reimbursement (HEPR)



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.

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

Inhaltsverzeichnis

1. Unser Reimbursement Leistungsangebot

2. Worauf es in diesem Jahr ankommt

2.1 Neu seit 01.01.2024 Hybrid-DRG-Verordnung tritt zum 1. Januar 2024 in Kraft

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

2.3 Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)

3. Kapselendoskopie

3.1 PillCam™ SB3 für die Dünndarm-Kapselendoskopie

3.2 PillCam™ C2 für die Dickdarm-Kapselendoskopie

4. Ablationstherapien

4.1 Barrx™-System

4.2 Thermoablation per MWA und RFA

5. Funktionsdiagnostik

5.1 Digitrapper™ Reflux-Testsystem

5.2 Bravo™ Kapsel

5.3 Endoflip™ Impedanz-Planimetrie-System

5.4 Esoflip™ Katheter

6. Blutstillung im GI-Trakt

7. Abkürzungen

6. Wichtige Links

1. Unser Reimbursement Leistungsangebot

Was bedeutet Reimbursement für uns?

Unter Reimbursement verstehen wir nicht nur eine adäquate Refinanzierung unserer Therapien, sondern auch Leistungen oder Informationen, die unseren Kunden eine solche Refinanzierung ermöglichen.

ZU DIESEN LEISTUNGEN GEHÖREN ZUM BEISPIEL



EBM, GOÄ und
DRG Hinweise
zu unseren Pro-
dukten/Services



Informationen
zu Abrechnung
und Kodierung



Hinweise zu Än-
derungs- und
Weiterentwick-
lungsanträgen



Informationen
zu Fragen des
MD und der
Kassen



Hinweise bei
Strategie &
Leistungs-
portfolio



Informationen
zu NUB-Verfah-
ren inkl. §137h
SGB V



Hinweise zu
gesundheits-
politischen
Entwicklungen

UNSER REIMBURSEMENT-SERVICE IM ÜBERBLICK



Kostenbetrachtungen, Erlösbetrachtungen

Wir unterstützen Sie mit Erlös- und Kostenanalysen bei der Planung, Anpassung und Weiterentwicklung Ihres Leistungsangebots. Diese Konzepte entwickeln wir in Zusammenarbeit mit medizinischem Fachpersonal und Klinikverwaltungen. 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.

2. Worauf es in diesem Jahr ankommt

2.1 **Neu seit 01.01.2024** Hybrid-DRG-Verordnung tritt zum 1. Januar 2024 in Kraft

! WICHTIGER HINWEIS: ENDOSKOPIE-THERAPIEN 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. **Endoskopie-Therapien 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>

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

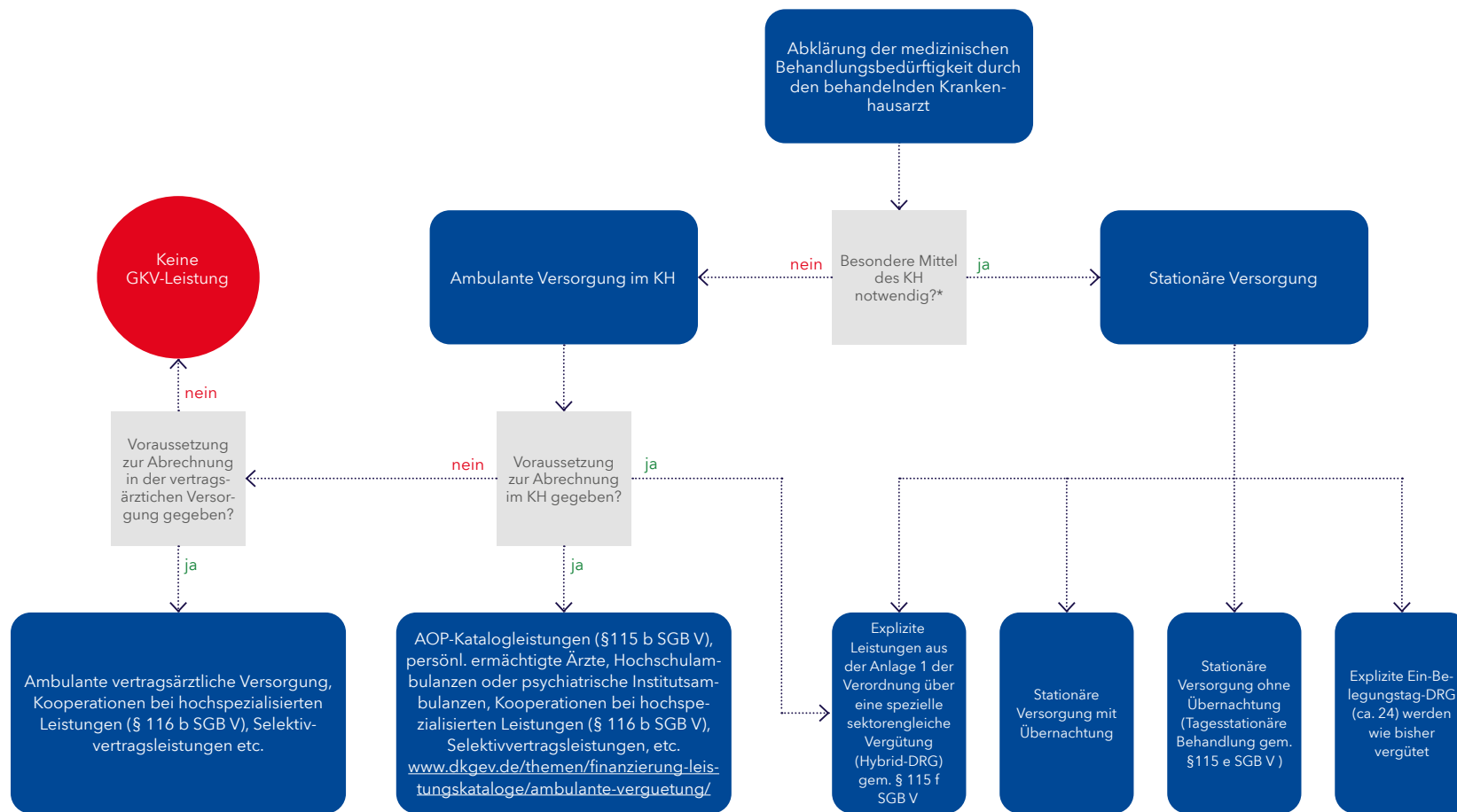
Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

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: Endoskopie-Therapien 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)

2.2 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 Kategorienzueordnung 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 expliziten 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 mehrerer 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

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

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.

ÜBERGANGSREGELUNG GEMÄSS § 24 AOP-VERTRAG

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

Sofern 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.

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.

Nähere Informationen: AOP Katalog 2024, Anlage 1

2.3 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 krankenhausindividuellen und tagesbezogenen Pflegeentgelte.

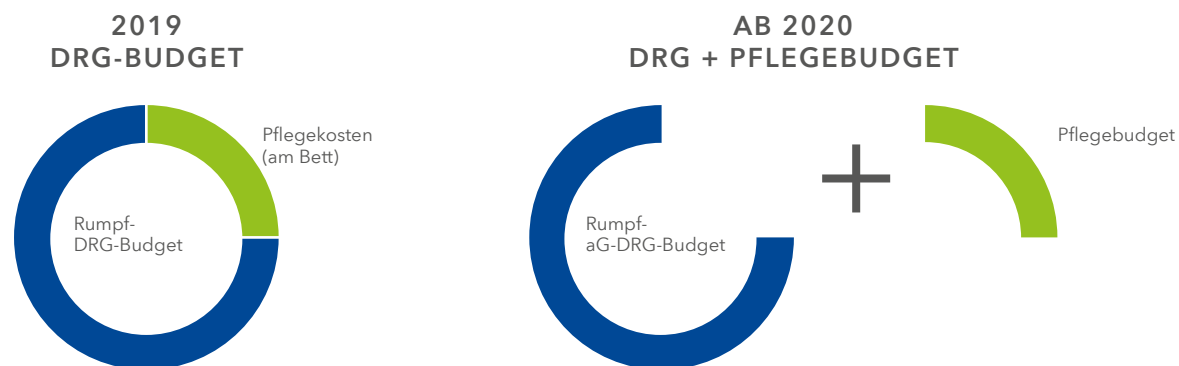


Abbildung 1:
Die Zusammensetzung des
Krankenhausbudgets ab 2020

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

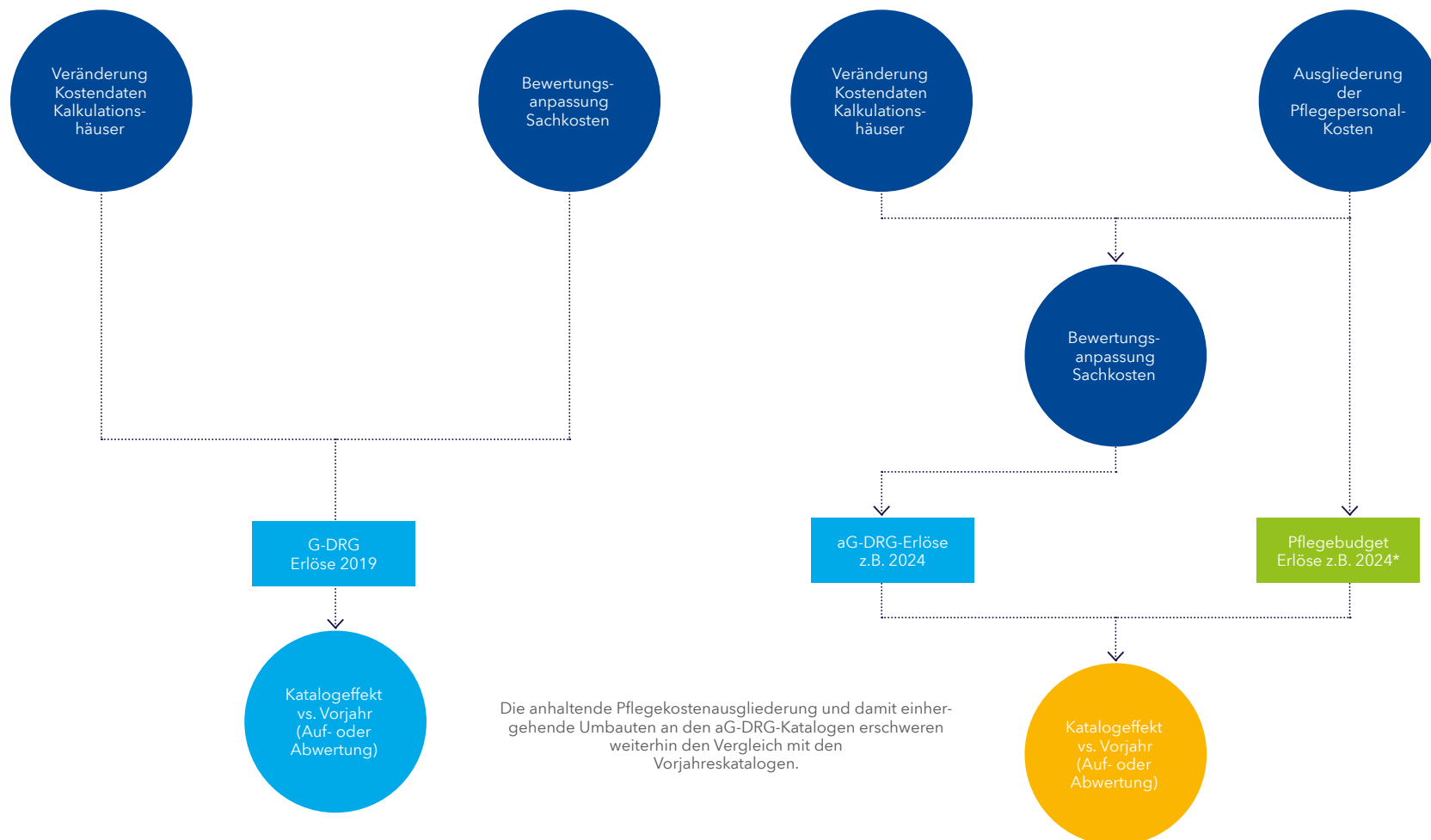
Abkürzungen

Wichtige Links

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

2019

AB 2020



* 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

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

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

DRG-KATALOG 2019

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

aG-DRG-KATALOG AB 2020

„SPALTENLÖSUNG“ **NEU**

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

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

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

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

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

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



Pflegebudget-Auszahlung



Abbildung 4: Erlösbetrachtung im aG-DRG System 2024

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

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.

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-Fall-pauschalen-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.

* Stand zum Zeitpunkt der Drucklegung, ggfs. unterjährige Anpassung auf neuen Pflegeentgeltwert gem. Krankenhaustransparenzgesetz, z.Zt. noch in Abstimmung zwischen Bundesrat und Bundestag

3. Kapselendoskopie

ERLÄUTERUNGEN ZUM PillCam™-SYSTEM

Grundlage der Kapselendoskopie ist die PillCam™, die in etwa so groß ist wie eine Vitamintablette. Diese wird geschluckt und anschließend über den Verdauungstrakt und die natürliche Darmbewegung sowie durch Trinkflüssigkeit, die während der Untersuchung eingenommen wird, durch den Dünn- und Dickdarm transportiert. Am Ende wird das Einmalprodukt auf natürlichem Weg ausgeschieden.

Die Kapsel nimmt auf Ihrem Weg durch den Darm mehrere Bilder pro Sekunde auf. Diese werden an ein Aufzeichnungsgerät, den Datenrekorder, gesendet und anschließend ausgewertet.

Darmkrebs und Darmkrebsvorstufen werden dabei mit einer vergleichbaren Genauigkeit wie bei der Darmspiegelung festgestellt. Blutungsquellen (mittlerer & unterer GI-Trakt) werden genauso wie Läsionen (gesamter GI-Trakt) verlässlich detektiert. Bei unklarer Passage ist es möglich, die Patency-Kapsel zu verwenden, um den Durchgang durch den Darm zu prüfen.

PillCam™ SB3 (Dünndarm)

PillCam™ C2 (Colon)

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

3.1 PillCam™ SB3 für die Dünndarm-Kapselendoskopie

OPS-KODIERUNG DER PillCam™ SB3 - DIAGNOSTIK

- **1-63a** Diagnostische Endoskopie des oberen Verdauungstraktes:
Kapselendoskopie des Dünndarms



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

BEISPIELFÄLLE ZUR DÜNNDARMKAPSELENDOSKOPIE (OPS 1-63A) IM AG-DRG-SYSTEM 2024

lfd. Nr.	Fallbeschreibung	Kode	Hauptdiagnose	DRG mit 1-63a	DRG ohne 1-63a	Erlös* mit 1-63a	Erlös* ohne 1-63a	Differenz Erlös
1	Crohn	K50.0	Crohn-Krankheit des Dünndarmes	G46C	G47B	4.573,80 €	3.057,60 €	1.516,20 €
2	Zöliakie	K90.0	Zöliakie	G46C	G67B	4.573,80 €	2.066,40 €	2.507,40 €
3	Angiodysplasie mit Blutung	K55.32	Angiodysplasie des Dünndarms: Mit Blutung	G46C	G67B	4.573,80 €	2.066,40 €	2.507,40 €
4	Gastrointestinale Blutung	K92.2	Gastrointestinale Blutung, n. n. bez.	G46C	G67C	4.573,80 €	1.583,40 €	2.990,40 €
5	Schmerzen im Oberbauch mit Push-Technik	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	G46C	G72B	4.573,80 €	1.310,40 €	3.263,40 €

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 €. Die Bewertungsrelationen gelten für die Abrechnung von stationären Leistungen. Dies gilt nicht, soweit nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes sonstige Entgelte für bestimmte Leistungen nach Anlage 3a/b, teilstationäre Leistungen nach § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG oder besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 16 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbart worden sind.

Im Vergleich zum Vorjahr (Bundesbasisfallwert 4.000,71 €) ist die Bewertungsrelation der DRG G46C von 0,889 auf 1,089 gestiegen. Dies ist das Ergebnis der Kostendatenlieferung durch die Kalkulationskrankenhäuser an das IneK-Institut. Unter Berücksichtigung des gleichzeitig gestiegenen (fiktiven) Bundesbasisfallwerts für 2024 (4.200 €) bedeutet dies eine Erlössteigerung von ca. **1.017 €**. Hierzu hat auch die konsequente Kodierung der Kapselendoskopie 1-63a beigetragen, da dadurch die Kosten richtig zugeordnet werden.

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

3.1.1 STATIONÄRE ABRECHNUNGSBEISPIELE

Unkomplizierter Crohn **ohne** Kapselendoskopie

Kode	Text
Hauptdiagnose	
K50.0	Crohn-Krankheit des Dünndarmes
Prozeduren	
1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs
1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie
1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt
1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie

DRG	Text	Relativgewicht
G47B	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, ohne bestimmte endoskopische Maßnahme am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag	0,728

Erlös*	3.057,60 €
!	Pflege-Relativgewicht: 0,7234

Die Stufenbiopsie hat keinen Einfluss auf die DRG-Eingruppierung.
Bei Patientenalter < 15 Jahre: G48B.

Unkomplizierter Crohn **mit** Kapselendoskopie

Kode	Text
Hauptdiagnose	
K50.0	Crohn-Krankheit des Dünndarmes
Prozeduren	
1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs
1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie
1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt
1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie
1-63a	Kapselendoskopie des Dünndarms

DRG	Text	Relativgewicht
G46C	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane und auß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, mit anderem aufwendigen Eingriff	1,089

Erlös*	4.573,80 €
!	Pflege-Relativgewicht: 0,6615

Die Stufenbiopsie hat keinen Einfluss auf die DRG-Eingruppierung.
Bei Patientenalter < 15 Jahre: G46B.

* 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

Kapselendoskopie

Ablationstherapien


Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen


Wichtige Links

Zöliakie **ohne** Kapselendoskopie

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
K90.0	Zöliakie	
Nebendiagnose		
R63.4	Abnorme Gewichtsabnahme	
Prozeduren		
1-631.0	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs	
1-636.0	Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums): Einfach (durch Push-Technik)	
1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	
DRG	Text	Relativgewicht
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC	0,492
Erlös*		2.066,40 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,7253

Bei Patientenalter < 15 Jahre: DRG G48B.

Zöliakie **mit** Kapselendoskopie

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
K90.0	Zöliakie	
Nebendiagnose		
R63.4	Abnorme Gewichtsabnahme	
Prozeduren		
1-631.0	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs	
1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	
1-63a	Kapselendoskopie des Dünndarms	
DRG	Text	Relativgewicht
G46C	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane und auß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, mit anderem aufwendigen Eingriff	1,089
Erlös*		4.573,80 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,6615

Bei Patientenalter < 15 Jahre: DRG G48B.

* 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

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik


Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

Angiodysplasie mit Blutung **ohne** Kapselendoskopie


Kode	Text
Hauptdiagnose	
K55.32	Angiodysplasie des Dünndarmes mit Blutung
Prozeduren	
1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs
8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE
1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum

DRG	Text	Relativgewicht
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC	0,492
Erlös*		2.066,40 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,7253

Bei Patientenalter < 15 Jahre: DRG G67A.

Angiodysplasie mit Blutung **mit** Kapselendoskopie

Kode	Text
Hauptdiagnose	
K55.32	Angiodysplasie des Dünndarmes mit Blutung
Prozeduren	
1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs
8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE
1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum
1-63a	Kapselendoskopie des Dünndarms

DRG	Text	Relativgewicht
G46C	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane und äuß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, mit anderem aufwendigen Eingriff	1,089
Erlös*		4.573,80 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,6615

Bei Patientenalter < 15 Jahre: DRG G46B.

* 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

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet **ohne** Kapselendoskopie

Kode	Text
Hauptdiagnose	
K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet
Prozeduren	
1-631.0	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs
1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie

DRG	Text	Relativgewicht
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC	0,377

Erlös*	1.583,40 €
	Pflege-Relativgewicht: 0,8325

Bei Patientenalter < 15 Jahre: DRG G67A.

Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet **mit** Kapselendoskopie

Kode	Text
Hauptdiagnose	
K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet
Prozeduren	
1-631.0	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs
1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie
1-63a	Kapselendoskopie des Dünndarms

DRG	Text	Relativgewicht
G46C	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane und auß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, mit anderem aufwendigen Eingriff	1,089

Erlös*	4.573,80 €
	Pflege-Relativgewicht: 0,6615

Bei Patientenalter < 15 Jahre: DRG G46B.

* 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

Kapselendoskopie

Ablationstherapien


Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

Schmerzen im Oberbauch, mit Push-Technik, **ohne** Kapsel- endoskopie


Kode	Text	
Hauptdiagnose		
R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	
Prozeduren		
1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	
1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	
1-636.0	Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums): Einfach (durch Push-Technik)	
DRG	Text	Relativgewicht
G72B	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 2 Jahre oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 2 Jahre und Alter < 56 Jahre oder ohne CC	0,312
Erlös*		1.310,40 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,8049

Bei Patientenalter < 3 Jahre: DRG G47A.

Im stationären Bereich dürfen unbestätigte Verdachtsdiagnosen nicht verschlüsselt werden. Wenn Prozeduren durchgeführt werden, mit denen Verdachtsdiagnosen ausgeschlossen werden, kann als Diagnose das Symptom kodiert werden, welches die Durchführung der Diagnostik notwendig machte. Bei Ausschluss schwerer Diagnosen und ohne relevante Nebendiagnosen ist das Risiko der Prüfung auf stationäre Notwendigkeit durch die Kostenträger hoch.

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

Schmerzen im Oberbauch, mit Push-Technik, **mit** Kapsel- endoskopie

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	
Prozeduren		
1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	
1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	
1-63a	Kapselendoskopie des Dünndarms	
DRG	Text	Relativgewicht
G46C	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane und auß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, mit anderem aufwendigen Eingriff	1,089
Erlös*		4.573,80 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,6615

Bei Patientenalter < 15 Jahre: DRG G48B.

 [Weitere Infos siehe hier](#)

3.1.2 AMBULANTE ABRECHNUNGSMÖGLICHKEITEN ERMÄCHTIGTE KRANKENHAUSÄRZTE, VERTRAGSÄRZTE

EBM-Ziffern im Rahmen der Kapselendoskopie

Grundlage der Abrechnung ist der EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab). Es können nur Leistungen abgerechnet werden, zu denen der Arzt ermächtigt bzw. zugelassen ist. Weiterhin können nur Leistungen berechnet werden, die im Gebührenverzeichnis aufgenommen sind. Eine analoge Bewertung ist nicht möglich.

Ziffer	OPS 1-63a	Wert	Punkte
13 425 8 Min.	Zusatzpauschale Durchführung einer Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 16 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) und entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V		
Obligater Leistungsinhalt			
<ul style="list-style-type: none">- Aufklärung zur Kapselendoskopie in angemessenem Zeitabstand vor der Untersuchung,- Durchführung einer Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms,- Dokumentation gemäß § 3 der Nr. 16 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ sowie § 7 und § 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V			
Fakultativer Leistungsinhalt			
<ul style="list-style-type: none">- Aushändigung aller Substanzen zur Darmreinigung,- Information zu Ablauf und Dauer der Darmreinigung			
einmal im Behandlungsfall		132,35 € *	1109



Die Gebührenordnungsposition 13 425 enthält nicht die Kosten für die Untersuchungskapsel. Der Vertragsarzt hat als rechnungsbegründende Unterlagen die Originalrechnungen bei der rechnungsbegleitenden Stelle, die durch die Partner des Gesamtvertrages bestimmt wird, zur Prüfung einzureichen. Aus den eingereichten Rechnungen muss der Name des Herstellers bzw. des Lieferanten, die Artikelbezeichnung sowie die vom Hersteller bzw. Lieferanten festgelegte Artikelnummer hervorgehen. Bitte kontaktieren Sie uns für weitere Informationen.

Diese Zusatzpauschalen werden zusätzlich zur Grundpauschale (siehe nachfolgende Seiten) erhoben.

* EBM Wert = EBM Punkte x Orientierungswert 11,9339

Ziffer		Wert	Punkte
13 426 60 Min.	Zusatzpauschale Auswertung einer Untersuchung mittels Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 16 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) und entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V		
Obligater Leistungsinhalt			
<ul style="list-style-type: none">- Auswertung einer Untersuchung mittels Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms,- Dokumentation gemäß § 3 der Nr. 16 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ sowie § 7 und § 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V			
einmal im Behandlungsfall		295,24 € *	2474

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

GRUNDPAUSCHALE BEI VERTRAGSÄRZTEN

Ziffer	Text	Wert*	Punkte
13 390	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	13,49 €	113
13 391 9 Min.	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	20,17 €	169
13 392 16 Min.	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	21,00 €	177

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01 600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01 601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen

einmal im Behandlungsfall

GRUNDPAUSCHALE FÜR ERMÄCHTIGTE KRANKENHAUSÄRZTE

Ziffer	Text	Wert*	Punkte
01 321** 14 Min.	Grundpauschale für Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen innerhalb mindestens eines der nicht in der Gebührenordnungsposition 01 320 aufgeführten Fachgebiete ermächtigt sind, mit Ausnahme der Ärzte, die nach § 3 Abs. 4 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können.	18,97 €	159

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Beratung und Behandlung,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01 600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01 601,
- In Anhang 1 Spalte GP aufgeführte Leistungen

einmal im Behandlungsfall

* EBM Wert = EBM Punkte x Orientierungswert 11,9339

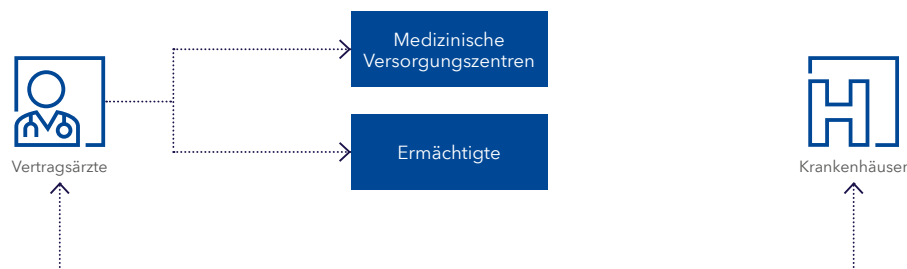
** Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01 321 richtet sich nach den Allgemeinen Bestimmungen. Entspricht der Ermächtigungsumfang dem eines zugelassenen Vertragsarztes, kann anstelle der Gebührenordnungsposition 01 321 die Berechnung einer in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen genehmigt werden. Ärzte der nicht in der Gebührenordnungsposition 01 320 aufgeführten Fachgebiete mit einer Ermächtigung nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV berechnen anstelle der Gebührenordnungsposition 01 321 die in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen.

3.1.3 ASV - AMBULANT-SPEZIALFACHÄRZTLICHE VERSORGUNG § 116B SGB V

Begriffsdefinition „ASV“

ASV steht für **ambulant spezialfachärztliche Versorgung**.

- Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) ist ein Angebot für Patientinnen und Patienten und umfasst die **Diagnostik** und **Behandlung komplexer, schwer therapierbarer** und/oder **seltener** Erkrankungen.
- Nach dem Gesetz ist eine ASV grundsätzlich möglich für Patientinnen und Patienten mit:
 - Erkrankungen mit **besonderen** Krankheitsverläufen
 - seltene**n Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit **geringen** Fallzahlen
 - hochspezialisierte** Leistungen
- Spezialisierte** Ärztinnen und Ärzte **verschiedener** Fachrichtungen arbeiten dabei in einem **Team** zusammen und übernehmen **gemeinsam** und **koordiniert** die Diagnostik und Behandlung.
- Eine ASV kann angeboten werden von:
 - Krankenhäusern
 - niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten
 - Medizinischen Versorgungszentren



Quelle: G-BA, URL: <https://www.g-ba.de/themen/asv/116b/>; § 116b SGB V.

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

Der G-BA definiert die Anforderungen an die ASV



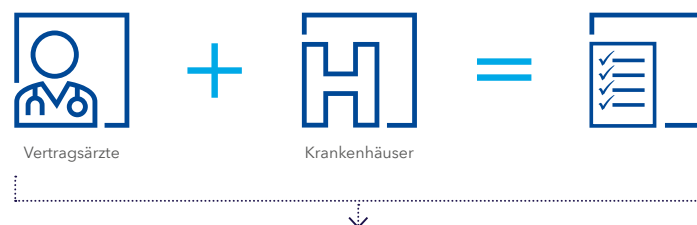
ASV-Richtlinie nach § 116b SGB V + insgesamt 19 ASV-Anlagen

- ausgewählte, seltene Lebererkrankungen
- chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
- gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
- Gehirntumoren und Tumoren an peripheren Nerven
- gynäkologische Tumoren
- Hämophilie
- Hauttumoren
- Kopf-Hals-Tumoren
- Lungentumoren und Tumoren des Thorax
- Marfan-Syndrom
- Morbus Wilson
- Mukoviszidose
- Neuromuskuläre Erkrankungen
- pulmonale Hypertonie
- rheumatologische Erkrankungen bei Erwachsenen
- rheumatologische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
- Sarkoidose
- Tuberkulose und atypische Myobakteriose
- urologische Tumoren

Quelle: G-BA, URL: <https://www.g-ba.de/themen/asv/116b/>

Anzeigeverfahren

Vertragsärzte und Krankenhäuser reichen gemeinsam die zur Anzeige notwendigen Unterlagen ein.



- Teilnahmeanzeige (vom Team gemeinsam eingereicht)
 - Ausgefüllte Musteranzeige
 - Weitere Dokumente, z.B. Eigenerklärungen und Urkunden
- 2 Monate Prüffrist des ELA
- Zulassungsbeschränkung nur über Qualifikation

**Erweiterter
Landesausschuss
(eLA)**

ASV-Servicestelle

Die ASV-Servicestelle ist der wichtigste Ansprechpartner für alle teilnahmeinteressierten Leistungserbringer.

- Für Ärztinnen und Ärzte, die eine ASV anbieten wollen, stellt die **ASV-Servicestelle** alle wesentlichen Informationen zur Verfügung.
- Die Servicestelle wird gemeinsam betrieben vom GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft.
- Patientinnen und Patienten, die an einer Behandlung durch ein ASV-Team interessiert sind, finden auf der Website der ASV-Servicestelle ein **Verzeichnis von berechtigten ASV-Teams**.

Quelle: ASV-Servicestelle: <https://www.asv-servicestelle.de>

Behandlungsumfang

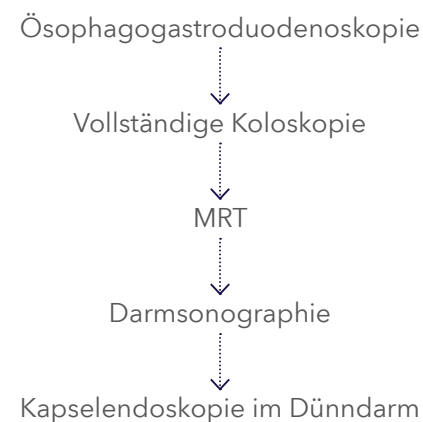
! Die ASV-CED beinhaltet neben bereits über die Regelversorgung abrechenbaren Leistungen auch solche, die außerhalb des EBM abgerechnet werden können.

Beispielsweise kann die Kapselendoskopie des Dünndarms im Zusammenhang mit der Diagnostik und der Verlaufskontrolle des Morbus Crohn im Rahmen der ASV-Richtlinie zu den Chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen abgerechnet werden:

Kapselendoskopie Dünndarm

- 1 wenn nach Durchführung der Initialdiagnostik Ösophago-Gastro-Duodenoskopie, vollständige Koloskopie – sofern möglich mit Einblick in das terminale Ileum, MRT und Darmsonographie, weiterhin der Verdacht auf das Vorliegen eines Morbus Crohn mit Dünndarmbefall besteht.
- 2 zur Differenzierung zwischen M. Crohn und Colitis ulcerosa in unklaren Fällen
- 3 zur Entscheidung der weiteren Therapiemaßnahmen
 - bei chronisch aktiven Verlaufsformen
 - bei sekundärem Therapieversagen
 - bei kontinuierlich hohem Steroidbedarf

1 Diagnostischer Pfad MC Dünndarmbefall



Quelle: Vgl. G-BA, URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5208/2021-12-16_ASV-RL_Ergaenzung-CED.pdf

Mehrstufiges Vergütungssystem in der ASV

Die Vergütung der ASV-Leistungen erfolgt extrabudgetär und ohne Mengenbegrenzung.

Übergangsweise Vergütung
auf Basis des EBM

Eigene ASV-
Gebührenordnung

- Fester Ziffernkranz (Behandlungsumfang) wird durch den G-BA festgelegt
- Vergütung auf Basis des EBM nach regionaler Euro-Gebührenordnung (gilt für Abschnitt 1 des Appendix)
- Einzelleistung ohne Budget (extrabudgetär, feste Preise, keine Mengenbegrenzung)
- Vergütung ist für Vertrags- und Klinikärzte einheitlich
- Leistungen außerhalb des EBM werden so lange mit Pseudoziffern gekennzeichnet und über die GOÄ vergütet, bis die entsprechende Leistung in den EBM aufgenommen wurde (Abschnitt 2 des Appendix)
- Die Pseudoziffer für die Kapselendoskopie lautet **88519**. Diese muss bei der Abrechnung zusammen mit der GOÄ-Ziffer (A707) und der ASV-Teamnummer angegeben werden.
- Gesetzlich ist eine eigene ASV-Gebührenordnung mit diagnosebezogenen Gebührenpositionen in Euro vorgesehen (§ 116b (6) SGB V)
 - Zu vereinbaren durch KBV, DKG, GKV-SV
 - Unter Berücksichtigung von Sachkosten und nichtärztlichen Leistungen

Quelle: KBV, URL: <https://www.kbv.de/html/8160.php#:~:text=Leistungen%2C%20die%20nicht%20im%20EBM,in%20den%20EBM%20aufgenommen%20werden.>

Abrechnung

Die Sachkosten innerhalb der ASV werden analog der Regelungen im EBM erstattet.

- Jeder ASV-Arzt rechnet seine Leistungen unter Angabe einer einheitlichen ASV-Teamnummer selbst ab (keine Sammelabrechnung)
- Alle abrechenbaren Leistungen befinden sich in dem Appendix der jeweiligen ASV-Richtlinie
 - Abschnitt 1 des Appendix führt alle Leistungen für die jeweilige ASV-Erkrankung auf, die **auch im EBM** enthalten sind.
 - Abschnitt 2 führt neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf, die **noch nicht Bestandteil des EBM** sind, aber **im Rahmen der ASV angewendet werden dürfen**. Die Abrechnung erfolgt vorübergehend nach GOÄ (inkl. Pseudoziffer)
- Abrechnung über die KV oder direkt mit den Krankenkassen möglich
- Institutionskennzeichen der KV wird einmalig bei der ASV-Servicestelle angegeben
- Regelung zu den Sachkosten unabhängig von der jeweiligen Erkrankung / ASV-Anlage
- Abrechnung der Sachkosten erfolgt analog des EBM (gesondert berechnungsfähige Leistungen)

Quelle: KBV, URL: <https://www.kbv.de/html/8160.php#:~:text=Leistungen%2C%20die%20nicht%20im%20EBM,in%20den%20EBM%20aufgenommen%20werden.>

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

Leistungsbeschreibung Abschnitt 2 (Pseudoziffern)

Behandlungsumfang der ASV: Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben (Abschnitt 2)

Die Pseudoziffer für die Kapselendoskopie lautet 88519. Diese muss bei der Abrechnung zusammen mit der GOÄ-Ziffer (A707) und der ASV-Teamnummer angegeben werden.

Zeitraum-ID	Fassung	Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel	Ifd. Nr. in Abschnitt 2 G-BA Richtlinie	Bezeichnung der Leistung	Pseudoziffer	Kernteam					Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte														
						Innere Medizin und Gastroenterologie	Kinder- und Jugendchirurgie	Kinder- und Jugendmedizin	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	Viszeralchirurgie	Augenheilkunde	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Innere Medizin und Rheumatologie	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Laboratoriumsmedizin	Pathologie	Psychiatrie und Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Radiologie	Urologie	Ärztliche Psychotherapeutin oder Ärztlicher Psychotherapeut
008	001	1J0100	2	Kapselendoskopie Dünndarm - wenn nach Durchführung der Initialdiagnostik Ösophago-gastro-Duodenoskopie, vollständige Koloskopie sofern möglich mit Einblick in das terminale Ileum, MRT und Darmsonographie weiterhin der Verdacht auf das Vorliegen eines Morbus Crohn mit Dünndarmbefall besteht. - zur Differenzierung zwischen M. Crohn und Colitis ulcerosa in unklaren Fällen - zur Entscheidung der weiteren Therapiemaßnahmen - bei chronisch aktiven Verlaufsformen - bei sekundärem Therapieversagen - bei kontinuierlich hohem Steroidbedarf	88519	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Quelle : Institut des Bewertungsausschusses, URL: <https://institut-ba.de/service/asvabrechnung/asvabrechnungexcel.html>, Indikation: 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

Vorübergehende Abrechnung

Ärztliche Leistung

GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Einfach-satz	Steiger-faktor	Betrag
...
A707	Untersuchung des Dünndarms mittels Kapselendoskopie und Auswertung des Bildmaterials bei unklarer gastrointestinaler Blutung, nach vorausgegangener Endoskopie des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes analog Nr. 684 plus Nr. 687 GOÄ	157,37 €	1,0	157,37 €
Pseudoziffer ASV: 88519 Team-Nummer: (wird vergeben)				

In der ASV kann max. der 1,5-fach Satz für übrige ärztliche Leistungen abgerechnet werden:

$$157,37 \text{ €} \times 1,5 = 236,55 \text{ €}$$

Sachkosten

Regelung zu den Sachkosten unabhängig von der jeweiligen Erkrankung / ASV-Anlage

- Abrechnung der Sachkosten erfolgt analog des EBM (gesondert berechnungsfähige Leistungen)

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

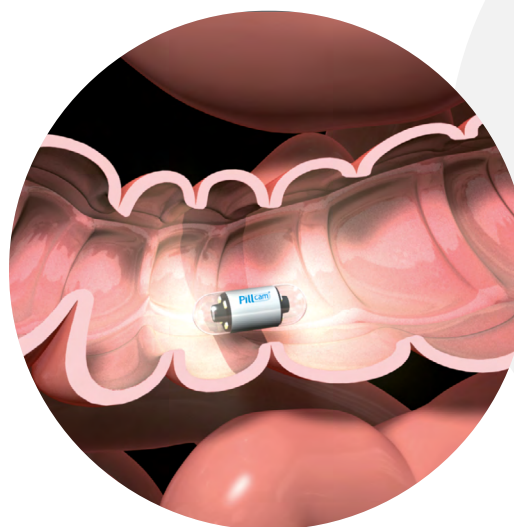
Abkürzungen

Wichtige Links

3.2 PillCam™ C2 für die Dickdarm-Kapselendoskopie

OPS-KODIERUNG DER PillCam™ C2 - DIAGNOSTIK

- **1-656** Diagnostische Endoskopie des unteren Verdauungstraktes:
Kapselendoskopie des Kolons



PillCam™ Colon 2

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen


Wichtige Links

3.2.1 STATIONÄRE ABRECHNUNGSBEISPIELE

Angiodysplasie des Kolon mit Blutung

ohne Kapselendoskopie

Kode	Text
Hauptdiagnose	
K55.22	Angiodysplasie des Kolons: Mit Blutung
Nebendiagnose(n)	
D62	Akute Blutungsanämie
Prozeduren	
1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs
8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE
1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum


DRG	Text	Relativgewicht
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC	0,492
Erlös*		2.066,40 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,7253

Bei Patientenalter < 15 Jahre: DRG G48B

Angiodysplasie des Kolon mit Blutung


mit Kapselendoskopie

Kode	Text
Hauptdiagnose	
K55.22	Angiodysplasie des Kolons: Mit Blutung
Nebendiagnose(n)	
D62	Akute Blutungsanämie
Prozeduren	
1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs
8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE
1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum
1-656	Kapselendoskopie des Kolons

DRG	Text	Relativgewicht
G47B	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, ohne bestimmte endoskopische Maßnahme am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag	0,728
Erlös*		3.057,60 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,7234

Bei Patientenalter < 15 Jahre: DRG G48B

* 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

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

Gutartige Neubildung mit Akromegalie **ohne** Kapsel- endoskopie

Kode	Text
Hauptdiagnose	
D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens
Nebendiagnose(n)	
E22.0	Akromegalie und hypophysärer Hochwuchs
Prozeduren	
1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie

DRG	Text	Relativgewicht
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane	0,461

Erlös*	1.936,20 €
!	Pflege-Relativgewicht: 0,7634

Gutartige Neubildung mit Akromegalie **mit** Kapsel- endoskopie

Kode	Text
Hauptdiagnose	
D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens
Nebendiagnose(n)	
E22.0	Akromegalie und hypophysärer Hochwuchs
Prozeduren	
1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie
1-656	Kapselendoskopie des Kolons

DRG	Text	Relativgewicht
G47B	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, ohne bestimmte endoskopische Maßnahme am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag	0,728

Erlös*	3.057,60 €
!	Pflege-Relativgewicht: 0,7234

* 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

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

Kolitis durch Strahleneinwirkung **ohne** Kapselendoskopie

Kode	Text
Hauptdiagnose	
K52.0	Gastroenteritis und Kolitis durch Strahleneinwirkung
Nebendiagnose(n)	
C61	Bösartige Neubildung der Prostata
Prozeduren	
1-632.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum

DRG	Text	Relativgewicht
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane	0,461

Erlös*	1.936,20 €
!	Pflege-Relativgewicht: 0,7634

Kolitis durch Strahleneinwirkung **mit** Kapselendoskopie

Kode	Text
Hauptdiagnose	
K52.0	Gastroenteritis und Kolitis durch Strahleneinwirkung
Nebendiagnose(n)	
C61	Bösartige Neubildung der Prostata
Prozeduren	
1-632.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum
1-656	Kapselendoskopie des Kolons

DRG	Text	Relativgewicht
G47B	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, ohne bestimmte endoskopische Maßnahme am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag	0,728

Erlös*	3.057,60 €
!	Pflege-Relativgewicht: 0,7234

Bei Patientenalter < 16 Jahre: DRG G47A

* 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

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

Oberbauschmerz **ohne** Kapselendoskopie

Kode	Text
Hauptdiagnose	
R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches
Prozeduren	
1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs
1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie
1-636.0	Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums): Einfach (durch Push-Technik)

DRG	Text	Relativgewicht
G72B	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 2 Jahre oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 2 Jahre und Alter < 56 Jahre oder ohne CC	0,312

Erlös*	1.310,40 €
	Pflege-Relativgewicht: 0,8049

Bei Patientenalter < 16 Jahre: DRG G47A

Oberbauschmerz **mit** Kapselendoskopie


Kode	Text
Hauptdiagnose	
R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches
Prozeduren	
1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs
1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie
1-636.0	Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums): Einfach (durch Push-Technik)
1-656	Kapselendoskopie des Kolons

DRG	Text	Relativgewicht
G47B	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, ohne bestimmte endoskopische Maßnahme am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag	0,728

Erlös*	3.057,60 €
	Pflege-Relativgewicht: 0,7234

Bei Patientenalter < 16 Jahre: DRG G47A

* 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

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

Linksseitige Kolitis **ohne** Kapselendoskopie

Kode	Text
Hauptdiagnose	
K51.5	Linksseitige Kolitis
Nebendiagnose(n)	
D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)
Prozeduren	
1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum

DRG	Text	Relativgewicht
G64B	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre oder ohne schwere CC	0,543

Erlös*	2.280,60 €
--------	------------

	Pflege-Relativgewicht: 0,6577
---	-------------------------------

Bei Patientenalter < 15 Jahre: DRG G48B

Linksseitige Kolitis **mit** Kapselendoskopie

Kode	Text
Hauptdiagnose	
K51.5	Linksseitige Kolitis
Nebendiagnose(n)	
D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)
Prozeduren	
1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum
1-656	Kapselendoskopie des Kolons

DRG	Text	Relativgewicht
G47B	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, ohne bestimmte endoskopische Maßnahme am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag	0,728

Erlös*	3.057,60 €
--------	------------

	Pflege-Relativgewicht: 0,7234
---	-------------------------------

Bei Patientenalter < 15 Jahre: DRG G48B

* 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

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

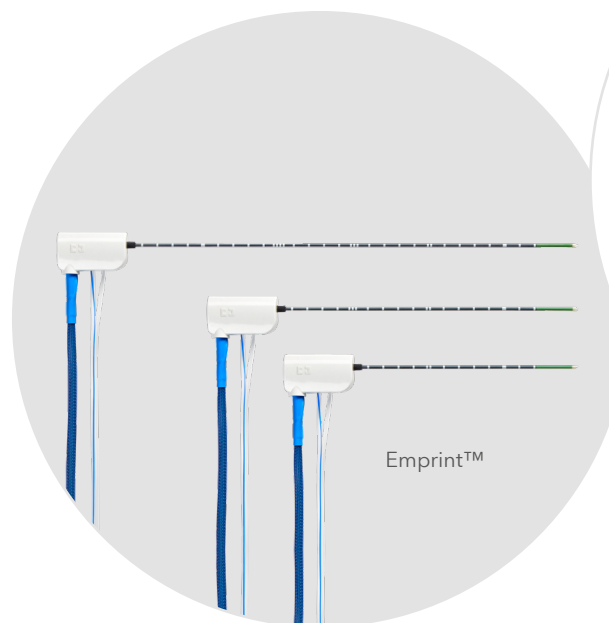
Abkürzungen

Wichtige Links

4. Ablationstherapien

Barrx™ RFA System

Thermoablation per MWA und RFA



Emprint™

Barrx™ Flex RFA Generator



4.1 Barrx™-System

Das Barrx™ RFA System ist zur Koagulation von blutenden und nicht blutenden Stellen im Gastrointestinaltrakt vorgesehen, einschließlich Barrett Ösophagus. Es sorgt für eine einheitliche und kontrollierte ablativ Therapie mit gleichmäßiger Tiefe. Es kann die Schicht des erkrankten Gewebes entfernen, während darunterliegendes gesundes Gewebe geschont wird. Auf diese Weise kann neues, gesundes Gewebe innerhalb von acht Wochen nachwachsen.

Führt die Ablation zu einem verbesserten klinischen Outcome?

Für die Behandlung von dysplastischem Barrett-Ösophagus mit dem Barrx™-System wurden klinische Studien durchgeführt:

- In mehr als 120 im Peer-Review-Verfahren bewerteten Publikationen, darunter dem New England Journal of Medicine, wurden umfassende Ergebnisse berichtet.
- Das multizentrische US-amerikanische RFA Patientenregister hat die Behandlung und Nachsorge von mehr als 5.500 Patientinnen und Patienten unter einem zentralen vom IRB genehmigten Protokoll zugelassen.
- Stabile Ergebnisse der Nachweisstufe I unterstützen die Barrx™-Technologie mit drei randomisierten kontrollierten Studien, die veröffentlicht wurden.¹⁻⁴

1. Phoa KN, van Vilsteren FG, Pouw RE, et al. Radiofrequency ablation in Barrett's esophagus with confirmed low-grade dysplasia: interim results of a European multicenter randomized controlled trial (SURF). Gastroenterology 2013;144:S-187.
2. Shaheen NJ, Sharma P, Overholt BF, et al. Radiofrequency ablation in Barrett's esophagus with dysplasia. N Engl J Med 2009;360:2277-788.
3. van Vilsteren FG, Pouw RE, Seewald S, et al. Stepwise radical endoscopic resection versus radiofrequency ablation for Barrett's oesophagus with high-grade dysplasia or early cancer: a multicentre randomised trial. Gut 2011;60:765-773.
4. S2k-Leitlinie Gastroösophageale Refluxkrankheit und eosinophile Ösophagitis der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS), März 2023 - AWMF-Registernummer: 021 - 013 URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/021-013l_S2k_Gastrooesophageale-Refluxkrankheit-eosinophile_Oesophagitis_2023-09.pdf, zuletzt abgerufen am 05.02.2023.



4.1.1 AUSZUG HAUPTDIAGNOSEN

Ösophagus

Barrett mit geringgradiger Dysplasie

D37.78 Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane: Sonstige Verdauungsorgane

Barrett mit hochgradiger Dysplasie oder Carcinoma in situ

D00.1 Carcinoma in situ der Mundhöhle, des Ösophagus und des Magens: Ösophagus

(Squamöses) (Barrett) Carcinom

- C15.0** Bösartige Neubildung des Ösophagus: Zervikaler Ösophagus
- C15.1** Bösartige Neubildung des Ösophagus: Thorakaler Ösophagus
- C15.2** Bösartige Neubildung des Ösophagus: Abdominaler Ösophagus
- C15.3** Bösartige Neubildung des Ösophagus: Ösophagus, oberes Drittel
- C15.4** Bösartige Neubildung des Ösophagus: Ösophagus, mittleres Drittel
- C15.5** Bösartige Neubildung des Ösophagus: Ösophagus, unteres Drittel
- C15.8** Bösartige Neubildung des Ösophagus: Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend
- C15.9** Bösartige Neubildung des Ösophagus: Ösophagus, n. n. bez.

Magen

GAVE ohne Blutung

K31.81 Angiodysplasie des Magens und des Duodenums ohne Angabe einer Blutung

GAVE mit Blutung

K31.82 Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung

Rektum

K62.7 Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums: Strahlenproktitis

! Die Behandlung eines Barrett ohne Dysplasie mittels RFA wird von der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen nicht empfohlen und wird deshalb in dieser Kodierhilfe nicht aufgeführt. Die Kodierung des Karzinoms erfolgt nach histologischer Einstufung.

Von besonderer Bedeutung kann die Kodierrichtlinie DKR 0201n sein. Diese regelt die Reihenfolge von Malignomcodes bzw. wann und wie oft ein Carcinom als Hauptdiagnose kodiert werden kann.

Auszug aus der DKR 0201u – Auswahl und Reihenfolge der Codes*:

„Erfolgt die Aufnahme zur Diagnostik/Behandlung des primären Malignoms, ist das primäre Malignom als Hauptdiagnose-Code zuzuweisen.“

„Der Malignom-Code ist als Hauptdiagnose für **jeden** Krankenhausaufenthalt zur **Behandlung der bösartigen Neubildung und zu notwendigen Folgebehandlungen** (z.B. Operationen, Chemo-/Strahlentherapie, sonstige Therapie) sowie zur **Diagnostik** (z.B. Staging) anzugeben, bis die Behandlung **endgültig** abgeschlossen ist, also auch bei den stationären Aufenthalten, die beispielsweise auf die chirurgische Entfernung eines Malignoms folgen. Denn obwohl das Malignom operativ entfernt worden ist, wird der Patient nach wie vor wegen des Malignoms behandelt.“

Konsequenz für die Kodierung der RFA: Bei jeder Behandlung wegen einer hochgradigen Dysplasie oder eines intramukosalen Carzinoms sind das carcinoma in situ bzw. das Karzinom die Hauptdiagnose.

* Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH), Deutsche Kodierrichtlinien, Version 2024.

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

4.1.2 AUSZUG OPERATIONEN- UND PROZEDURENSCHLÜSSEL

Ösophagus

5-422.55 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus: Destruktion, endoskopisch: Radiofrequenzablation

Magen

5-433.55 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Destruktion, endoskopisch: Radiofrequenzablation
Hinweis: Die Anzahl der verwendeten Nadeln zur Destruktion ist gesondert zu kodieren (5-98h ff.)

Rektum

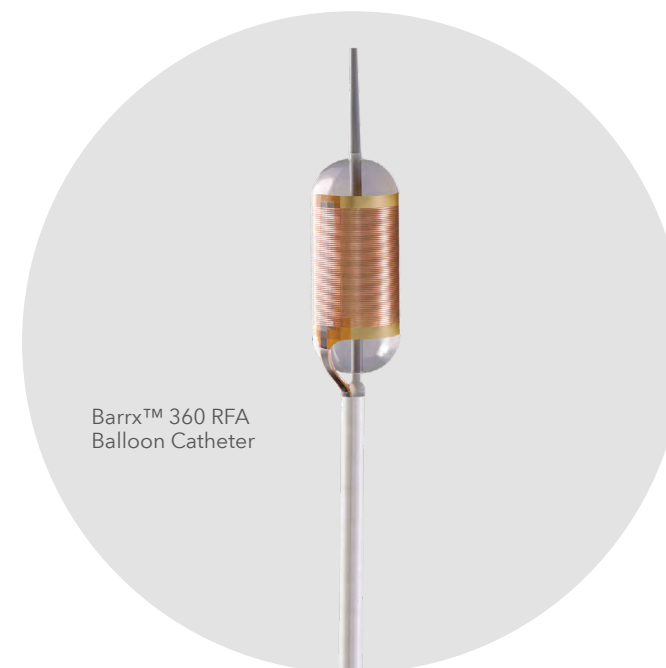
5-482.c1 Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Radiofrequenzablation, endoskopisch
Hinweis: Die Anzahl der verwendeten Nadeln zur Destruktion ist gesondert zu kodieren (5-98h ff.)

ZUSATZKODIERUNG

5-98h- Anzahl der Nadeln zur Destruktion
Inkl.: Nadeln zur irreversiblen Elektroporation, Kryoablationsnadeln, Mikrowellenablationsnadeln, Radiofrequenzablationsnadeln

! MEHRFACHBEHANDLUNG

Patienten mit ausgedehntem Barrett-Syndrom werden häufig in mehreren Sitzungen behandelt. Erfolgt die Wiederaufnahme nach Ablauf der oberen Grenzverweildauer, kann ein neuer Fall abgerechnet werden. Dies ist für die Leistungsplanung von besonderem Interesse, da Zentren, die sich auf dieses Verfahren spezialisiert haben, von einer 2- bis 3-fachen Vorstellung des Patienten ausgehen müssen. Somit ist der Patient mit 2 bzw. 3 DRG-Fällen zu berücksichtigen.



Barrx™ 360 RFA
Balloon Catheter

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

4.1.3 STATIONÄRE ABRECHNUNGSBEISPIELE


Männlich, 55 Jahre geringgradige Dysplasie

Ein 55-jähriger Mann kommt zur geplanten stationären Aufnahme. Kürzlich wurde gastroscopisch ein metaplastischer Umbau der distalen Ösophagusschleimhaut befundet (Barrett-Ösophagus).

In der Kontrolluntersuchung wird der Befund histologisch auch von einem 2. Pathologen als geringgradige Dysplasie klassifiziert und eine Mukosaresektion durchgeführt.

Nach sechs Wochen wird der Patient zur Nachbehandlung mittels Radiofrequenzablation für vier Tage (fünf Kalendertage) stationär aufgenommen.

Nach weiteren acht Wochen wird eine erneute Radiofrequenzablation durchgeführt.


Kode	Text	
Hauptdiagnose		
D37.78	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane: Sonstige Verdauungsorgane	
Prozeduren		
5-422.55	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus: Destruktion, endoskopisch: Radiofrequenzablation	
DRG	Text	Relativgewicht
G47B	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, ohne bestimmte endoskopische Maßnahme am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag	0,728
DRG-Erlös*		3.057,60 €
zzgl. ZE	ZE 161	1.474,43 €
DRG + ZE		4.532,03 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,7234

Hinweis:

Im Fall des 55-jährigen Patienten wurden die DRG und das ZE 2 x abgerechnet.

Bei Patienten unter 16 Jahren wird die DRG G47A (RG 0,476) mit einem Erlös von 1.999,20 € zzgl. ZE 161 erreicht.

* 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

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links


Männlich, 72 Jahre intramukosales Karzinom

Bei einem 72-jährigen Mann wurde histologisch ein intramukosales Karzinom der Ösophagusschleimhaut festgestellt. Dieses wird mittels endoskopischer Mukosaresektion (EMR) entfernt.

Anschließend erfolgen im Abstand von sechs bzw. sieben Wochen insgesamt vier Radiofrequenzablationen der Speiseröhrenschleimhaut.


Die erste Ablation erfolgt als 360°-Therapie, alle weiteren Ablationen von übrig gebliebenen Teilbereichen erfolgen mit Anwendung einer Fokalsonde.

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

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
C15.5	Bösartige Neubildung des Ösophagus: Ösophagus, unteres Drittel	
Prozeduren		
5-422.55	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus: Destruktion, endoskopisch: Radiofrequenzablation	
DRG	Text	Relativgewicht
G46C	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane und auß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, mit anderem aufwendigen Eingriff	1,089
DRG-Erlös*		4.573,80 €
zzgl. ZE	ZE 161	1.474,43 €
DRG + ZE		6.048,23 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,6615

Hinweis:

Im Fall des 72-jährigen Mannes wurden die DRG und das ZE 4 x abgerechnet.

 [Weitere Infos siehe hier](#)

4.1.4 AMBULANTE ABRECHNUNGSMÖGLICHKEITEN GEMÄSS § 115b AMBULANTES OPERIEREN

ABRECHNUNG SACHKOSTEN ÜBER DIE POSITIVLISTE DES AOP-VERTRAGES



Abrechnung der RFA-Katheter nach § 11 Abs. 5 unter „diagnostische und interventionelle Katheter einschließlich Führungsdraht, im Zusammenhang mit gastrokopischen Leistungen (inklusive Leistungen an den Gallenwegen)“.

Weitere Hinweise gemäß AOP-Vertrag

§ 11 Vergütung von Sachkosten (Verbrauchsmaterialien, Verbandmittel, Arzneimittel, Hilfsmittel)

(1)

- Die für die Durchführung der Leistungen gemäß § 3 und die Leistungen nach den §§ 4 bis 6 [des AOP-Vertrages] benötigten Verbrauchsmaterialien, Verbandmittel, Arzneimittel und Hilfsmittel werden vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt.
- Die Abrechnung der Sachkosten und Arzneimittel erfolgt zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen gemäß § 20 [AOP-Vertrag].
- Der Krankenhausarzt ist nicht berechtigt, die in diesem Absatz aufgeführten Mittel auf Kassenrezept zu verordnen.

(6)

- Das Krankenhaus wählt die gesondert berechnungsfähigen Materialien nach Absatz 5 unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus.
- Es hat die rechnungsbegründenden Unterlagen in Form der Originalrechnungen für die Dauer von fünf Jahren aufzubewahren und vorzuhalten. Aus den Originalrechnungen muss der Name des Herstellers bzw. des Lieferanten, die Artikelbezeichnung sowie die vom Hersteller bzw. Lieferanten festgelegte Artikelnummer hervorgehen.
- Das Krankenhaus ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen und nach Maßgabe der Krankenkasse nachzuweisen. Gegebenenfalls vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten, sind weiterzugeben. Ein Barzahlungsrabatt (Preisnachlass bei fristgerechter Zahlung) ist weiterzugeben, soweit dieser 3 % übersteigt.
- Werden die Materialien bei mehreren Patienten verbraucht, so ist ein durchschnittlicher Preis je Patient zu ermitteln und nach Maßgabe der Krankenkasse nachzuweisen.

KONTEXTFAKTOREN

§ 8 Allgemeine Tatbestände, bei deren Vorliegen die stationäre Durchführung von Leistungen gemäß Anlage 1 erforderlich sein kann (Kontextfaktoren)

(1) Allgemeine Tatbestände, bei deren Vorliegen die stationäre Durchführung von Leistungen gemäß § 115b Absatz 1 Satz 3 SGB V erforderlich sein kann (im Folgenden Kontextfaktoren), sind Anlage 2 [des AOP-Vertrages] zu entnehmen. Die Kontextfaktoren dienen der Begründung einer stationären Durchführung von Leistungen nach § 3 dieses Vertrags, die regelhaft ambulant erbracht werden können. Das Vorliegen eines Kontextfaktors nach Satz 1 ist ausreichend für die Begründung einer stationären Durchführung einer Leistung nach § 3. Dennoch kann jede Leistung auch bei Vorliegen einer oder mehrerer Kontextfaktoren weiterhin ambulant erbracht werden, sofern dies aus medizinischen Gründen vertretbar ist.

(2) Die Kontextfaktoren sind vom Krankenhaus zu dokumentieren und im Rahmen der Abrechnung eines vollstationären Krankenhausfalles nach § 301 SGB V zu übermitteln. Für die Dokumentation der Kontextfaktoren gelten die Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils aktuellen Fassung.

(3) Liegen abweichend von den in Anlage 2 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 fallindividuell darzustellen.

(4) Die Vertragspartner werden die Anwendung der Kontextfaktoren bis spätestens 31.12.2024 evaluieren und auf dieser Grundlage eine Weiterentwicklung der Kontextfaktoren vornehmen.



Die aktuellen Unterlagen zum AOP-Vertrag finden Sie auf den Seiten der DKG:

<https://www.dkgev.de/themen/finanzierung-leistungskataloge/ambulante-verguetung/ambulantes-operieren-115b-sgb-v/>



Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Broschüre „Handbuch ambulantes Operieren im berechtigten Krankenhaus“

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

AMBULANTES OPERIEREN IM KRANKENHAUS NACH § 115B SGB V

Aufnahme des OPS-Kodes 5-422.55 in den AOP-Katalog 2023

Der OPS-Kode

5-422.55 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des
Ösophagus: Destruktion, endoskopisch: Radiofrequenzablation

z.B. Barrx™ wurde in den Katalog „Ambulantes Operieren 2023“ aufgenommen.
Im AOP Katalog ist die Abrechnungsmöglichkeit fest definiert (siehe nächste Seite).

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

Grundlage der Abrechnung ist der EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab)


Ziffer	Text	Ausschlüsse in derselben Sitzung	Wert*	Punkte
13400 11 Min.	Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie Eignung der Prüfzeiten: Tagesprofil ph-Einmalsonden	02300, 02301, 02302, 02400, 13411, 13412, 13430, 13431		
Obligater Leistungsinhalt				
<ul style="list-style-type: none"> - Ösophagoskopie und/oder - Ösophagogastroskopie und/oder - Ösophagogastroduodenoskopie, - Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff, - Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation, - Nachbeobachtung und -betreuung, - Foto-/Videodokumentation(en) 				
Fakultativer Leistungsinhalt				
<ul style="list-style-type: none"> - 13C-Harnstoff-Atemtest (Nr. 02 400), - Ureasenachweis, einschl. Kosten, - Probeexzision, - Probepunktion, - Fremdkörperentfernung(en), - Blutstillung(en), - Prämedikation/Sedierung 				
einmal im Behandlungsfall			104,78 €* 878	

Ziffer	Text	Ausschlüsse in derselben Sitzung	Wert*	Punkte
13 401 6 Min.	Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition Eignung der Prüfzeiten: Tagesprofil	02300, 02301, 02302		
Obligater Leistungsinhalt				
<ul style="list-style-type: none"> - Langzeit-pH-Metrie des Ösophagus von mindestens 12 Stunden Dauer mit Sonden-einführung und/oder - Endoskopische Sklerosierungsbehandlung(en) und/oder - Ligatur(en) bei Varizen und Ulzeration(en) und/oder - Durchzugsmanometrie des Ösophagus und/oder - Therapeutische Mukosektomie(n) mittels Hochfrequenzelektroschlinge 				
Fakultativer Leistungsinhalt				
einmal im Behandlungsfall			55,49 €* 465	

! Abrechnung der RFA-Katheter nach § 11 Abs. 5 unter „diagnostische und interventionelle Katheter einschließlich Führungsdraht, im Zusammenhang mit gastrokopischen Leistungen (inklusive Leistungen an den Gallenwegen)“.

* EBM Wert = EBM Punkte x Orientierungswert 11,9339

Vorwort

 Es sind weitere prä- und postoperative Leistungen abrechenbar, die im Gebührenverzeichnis aufgenommen und medizinisch notwendig sind.
Die nachfolgende Aufzählung ist beispielhaft und nicht abschließend.

Ziffer		Wert	Punkte
01436	Konsultationspauschale	2,15 €	18
01601	Individueller Arztbrief	12,89 €	108
02100	Infusion	7,00 €	67
02401	H2-Atemtest	9,31 €	78
13394	Zuschlag für die gastroenterologisch-internistische Grundversorgung	4,89 €	41
13402	Zuschlag Polypektomie(n)	31,62 €	265
13410	Bougierung des Ösophagus oder Kardiasprengung	41,65 €	349
13435	Zusatzpauschale Onkologie	22,79 €	191
13250	Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung	18,02 €	151
33042	Abdominelle Sonographie	17,07 €	143
33073	Duplex-Sonographie abdominalen, retroperitonealen, mediastinalen Gefäße	26,73 €	224
33075	Zuschlag Farbduplex	4,42 €	37

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

* EBM Wert = EBM Punkte x Orientierungswert 11,9339

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

4.2 Thermoablation per MWA und RFA

4.2.1 ERLÄUTERUNGEN ZU UNSEREN TUMORABLATIONSSYSTEMEN

Die Mikrowellen- und Radiofrequenzablation sind wichtige Bausteine in der Tumorthherapie und können sowohl kurativ als auch palliativ eingesetzt werden.

Medtronic bietet mit dem mikrowellenbasierten Emprint™ sowie dem Cool-tip™ E Series modernste Technologien für die Thermoablation an, um optimale Ablationsergebnisse zu erzielen.

Emprint™

Das Emprint™ Ablationssystem ist zur Verwendung bei der laparoskopischen, intraoperativen und schonend perkutanen (CT- oder ultraschallgesteuert) Koagulation (Ablation) von Weichgewebe vorgesehen, einschließlich der teilweisen oder vollständigen Ablation von nicht resezierbaren Lebertumoren.

Cool-tip™ HF

Das Cool-tip™ HF Ablationssystem ist für die laparoskopische, intraoperative und schonend perkutane (CT- oder ultraschallgesteuert) Koagulation (Ablation) von Gewebe, einschließlich zur teilweisen oder vollständigen Ablation von nicht resezierbaren Lebertumoren und knochenartigen Osteomen innerhalb von Knochen vorgesehen.

Beide Systeme sind nicht für die Anwendung von kardiologischen Verfahren bestimmt.



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

4.2.2 AUSZUG HAUPTDIAGNOSEN

Lunge

- C34.- Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
- C34.0 Hauptbronchus (inkl.: Carina tracheae, Hilus (Lunge))
- C34.1 Oberlappen (-Bronchus)
- C34.2 Mittellappen (-Bronchus)
- C34.3 Unterlappen (-Bronchus)
- C34.8 Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend
- C78.0 Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge

Leber

- C22.0 Leberzellkarzinom (inkl.: Carcinoma hepatocellulare)
- C78.7 Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge

Niere

- C64 Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken

Knochen

- D16.- Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels
- D16.0 Skapula und lange Knochen der oberen Extremität
- D16.1 Kurze Knochen der oberen Extremität
- D16.2 Lange Knochen der unteren Extremität
- D16.3 Kurze Knochen der unteren Extremität

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

4.2.3 AUSZUG OPERATIONEN- UND PROZEDURENSCHLÜSSEL

Lunge

MWA 5-339.26 Destruktion von erkranktem Lungengewebe: Durch Mikrowellenablation, perkutan
Hinw.: Das bildgebende Verfahren ist im Kode enthalten
Hinw.: Die Anzahl der verwendeten Nadeln zur Destruktion ist gesondert zu kodieren (5-98h ff.)

Leber

MWA 5-501.a0 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Destruktion, lokal, durch Mikrowellenablation: Offen chirurgisch
Hinw.: Die Anzahl der verwendeten Nadeln zur Destruktion ist gesondert zu kodieren (5-98h ff.)

5-501.a3 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Destruktion, lokal, durch Mikrowellenablation: Perkutan
Hinw.: Das bildgebende Verfahren ist im Kode enthalten
Hinw.: Die Anzahl der verwendeten Nadeln zur Destruktion ist gesondert zu kodieren (5-98h ff.)

Niere

MWA 5-552.43 Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere: Destruktion, offen chirurgisch: Durch Mikrowellenablation
Hinw.: Die Anzahl der verwendeten Nadeln zur Destruktion ist gesondert zu kodieren (5-98h ff.)

5-552.55 Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere: Destruktion, perkutan-transrenal: Durch Mikrowellenablation
Hinw.: Die Anzahl der verwendeten Nadeln zur Destruktion ist gesondert zu kodieren (5-98h ff.)

Knochen

RFA 5-789.6 Andere Operationen am Knochen: Destruktion, durch Radiofrequenzthermoablation, perkutan
Hinw.: Die Knochenbohrung und das bildgebende Verfahren sind im Kode enthalten
Hinw.: Die Anzahl der verwendeten Nadeln zur Destruktion ist gesondert zu kodieren (5-98h ff.)

Zusatzkodierung

5-98h- Anzahl der Nadeln zur Destruktion
Inkl.: Nadeln zur irreversiblen Elektroporation, Kryoablationsnadeln, Mikrowellenablationsnadeln, Radiofrequenzablationsnadeln

5-98h.2 1 Nadel

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt


Abkürzungen

Wichtige Links

4.2.4 STATIONÄRE ABRECHNUNGSBEISPIELE


Lunge

Bösartige Neubildung

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	
Prozeduren		
5-339.26	Destruktion von erkranktem Lungengewebe: Durch Mikrowellen-ablation, perkutan, z.B. Emprint™	
5-98h.2	Anzahl der Nadeln zur Destruktion: 1 Nadel	
DRG	Text	Relativgewicht
E02D	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 Jahre, mehr als 1 BT, ohne bestimmten Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwendigen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne endoskop. Lungenvolumenred., ohne anderen mäßig kompl. Eingriff	0,850
DRG-Erlös*		3.570,00 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,6626

Knochen

Bösartige Neubildung

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
D16.0	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Skapula und lange Knochen der oberen Extremität	
Prozeduren		
5-789.6	Andere Operationen am Knochen: Destruktion, durch Radiofrequenzthermoablation, perkutan, z.B. Cool-tip™	
5-98h.2	Anzahl der Nadeln zur Destruktion: 1 Nadel	
DRG	Text	Relativgewicht
I10G	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne wenig komplexen Eingriff oder ein Belegungstag, mit anderem kleinen Eingriff	0,630
DRG-Erlös*		2.646,00 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,6797

* 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

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

Leber

Bösartige Neubildung

Kode	Text
Hauptdiagnose	

C22.0 Leberzellkarzinom

Prozeduren

5-501.a3 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Destruktion, lokal, durch Mikrowellen-ablation: Perkutan, z.B. Emprint™

5-98h.2 Anzahl der Nadeln zur Destruktion: 1 Nadel

DRG	Text	Relativgewicht
H06C	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation	0,938

DRG-Erlös* 3.939,60 €



Pflege-Relativgewicht: 0,7537

Bösartige Neubildung mit relevanten Prozeduren

Kode	Text
Hauptdiagnose	

C22.0 Leberzellkarzinom

Nebendiagnosen

N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium V

Prozeduren

5-501.a3 Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Destruktion, lokal, durch Mikrowellen-ablation: Perkutan, z.B. Emprint™

5-98h.2 Anzahl der Nadeln zur Destruktion: 1 Nadel

8-854.61 Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CV-VHD), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation: Mehr als 24 bis 72 Stunden

DRG	Text	Relativgewicht
H06B	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation	1,666

DRG-Erlös* 6.997,20 €

zzgl. ZE ZE 120.02 662,54 €

DRG + ZE 7.659,74 €



Pflege-Relativgewicht: 0,9336

* 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

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik


Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen


Wichtige Links

Niere


Bösartige Neubildung

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	
Prozeduren		
5-552.55	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere: Destruktion, perkutan-transrenal: Durch Mikrowellenablation, z.B. Emprint™	
5-98h.2	Anzahl der Nadeln zur Destruktion: 1 Nadel	
DRG	Text	Relativgewicht
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter > 15 Jahre oder Alter < 90 Jahre	0,581
DRG-Erlös*		2.440,20 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,7361

Bösartige Neubildung, **Patientenalter unter 16 Jahre**

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	
Prozeduren		
5-552.55	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere: Destruktion, perkutan-transrenal: Durch Mikrowellenablation, z.B. Emprint™	
5-98h.2	Anzahl der Nadeln zur Destruktion: 1 Nadel	
DRG	Text	Relativgewicht
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre oder Alter > 89 Jahre	0,758
DRG-Erlös*		3.183,60 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,7931

* 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

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

5. Funktionsdiagnostik

Digitrapper™ Reflux-Testsystem

Bravo™ Kapsel

Endoflip™ Impedanz-Planimetrie-System

Esoflip™ Katheter


5.1 Digitrapper™ Reflux-Testsystem

Das Digitrapper™ Reflux-Testsystem mit kombinierter pH- und Impedanzmessung bietet eine umfassende Reflux-Überwachung bei extraösophagealen Symptomen und ermöglicht eine Unterscheidung zwischen saurem und nicht saurem Reflux. Durch die Messung des Säuregehalts und der Dauer jedes Refluxereignisses hilft das Digitrapper™ Reflux-Testsystem die Eignung der Säurekontrolle bei Patienten mit oder ohne PPI-Therapie zu bestimmen.

5.1.1 OPS-KODIERUNG DES Digitrapper™ REFLUX-TESTSYSTEMS

- **1-316.1** Funktionsuntersuchungen des Verdauungstraktes: pH-Metrie des Ösophagus, Langzeit-pH-Metrie
 - 1-316.10 Ohne Langzeit-Impedanzmessung
 - 1-316.11 Mit Langzeit-Impedanzmessung

5.1.2 STATIONÄRE ABRECHNUNGSMÖGLICHKEITEN (BEISPIEL)

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
K21.9	Gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis	
Prozeduren		
1-316.10	Langzeit-pH-Metrie des Ösophagus ohne Langzeit-Impedanzmessung	
oder		
1-316.11	Langzeit-pH-Metrie des Ösophagus mit Langzeit-Impedanzmessung	
DRG	Text	Relativgewicht
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC	0,377
Erlös*		1.583,40 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,8325

Hinweis: Die pH-Metrie alleine begründet keine stationäre Notwendigkeit. Die Notwendigkeit des Aufenthaltes ist zu belegen. Eine detaillierte Darlegung aller Nebendiagnosen und durchgeführten Leistungen ist dringend erforderlich. Die hier gewählte Darstellung dient lediglich der Veranschaulichung und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit im Sinne einer vollumfänglichen Begründung des stationären Aufenthalts.

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



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

5.1.3 AMBULANTE ABRECHNUNGSMÖGLICHKEITEN

EBM-Ziffern im Rahmen der Langzeit-pH-Metrie des Ösophagus (bei gastroösophagealer Refluxkrankheit)

Grundlage der Abrechnung ist der EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab). Es können nur Leistungen abgerechnet werden, zu denen der Arzt ermächtigt bzw. zugelassen ist. Weiterhin können nur Leistungen berechnet werden, die im Gebührenverzeichnis aufgenommen sind. Eine analoge Bewertung ist nicht möglich.

Ziffer	Text	Ausschlüsse in derselben Sitzung	Wert*	Punkte
13 400 11 Min.	Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie Eignung der Prüfzeiten: Tagesprofil ph-Einmalsonden (siehe Kapitel „Sachkostenabrechnung“)	02300, 02301, 02302, 02400, 13411, 13412, 13430, 13431		
Obligater Leistungsinhalt				
<ul style="list-style-type: none"> - Ösophagoskopie und/oder - Ösophagogastroskopie und/oder - Ösophagogastroduodenoskopie, - Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff, - Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation, - Nachbeobachtung und -betreuung, - Foto-/Videodokumentation(en) 				
Fakultativer Leistungsinhalt				
<ul style="list-style-type: none"> - 13C-Harnstoff-Atemtest (Nr. 02 400), - Ureaseachweis, einschl. Kosten, - Probeexzision, - Probepunktion, - Fremdkörperentfernung(en), - Blutstillung(en), - Prämedikation/Sedierung 				
einmal im Behandlungsfall			104,78 €*	878

Ziffer	Text	Ausschlüsse in derselben Sitzung	Wert*	Punkte
13 401 6 Min.	Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition	02300, 02301, 02302		
13 400	Eignung der Prüfzeiten: Tagesprofil			
Obligater Leistungsinhalt				
<ul style="list-style-type: none"> - Langzeit-pH-Metrie des Ösophagus von mindestens 12 Stunden Dauer mit Sondeneinführung und/oder - Endoskopische Sklerosierungsbehandlung(en) und/oder - Ligatur(en) bei Varizen und Ulzeration(en) und/oder - Durchzugsmanometrie des Ösophagus und/oder - Therapeutische Mukosetomie(n) mittels Hochfrequenzelektroschlinge 				
Fakultativer Leistungsinhalt				
einmal im Behandlungsfall			55,49 €*	465

! Die Gebührenordnungsposition 13 401 enthält nicht die Kosten für die Untersuchungskatheter. Der Vertragsarzt hat als rechnungsbe gründende Unterlagen die Originalrechnungen bei der rechnungsbegleitenden Stelle, die durch die Partner des Gesamtvertrages bestimmt wird, zur Prüfung einzureichen. Aus den eingereichten Rechnungen muss der Name des Herstellers bzw. des Lieferanten, die Artikelbezeichnung sowie die vom Hersteller bzw. Lieferanten festgelegte Artikelnummer hervorgehen. Bitte kontaktieren Sie uns für weitere Informationen.

Diese Zusatzpauschalen werden zusätzlich zur Grundpauschale (siehe nachfolgende Seiten) erhoben.

* EBM Wert = EBM Punkte x Orientierungswert 11,9339

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

GRUNDPAUSCHALE BEI VERTRAGSÄRZTEN

Ziffer	Text	Wert*	Punkte
13 390	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	13,49 €	113
13 391 9 Min.	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	20,17 €	169
13 392 16 Min.	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	21,00 €	177
Obligater Leistungsinhalt			
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä			
Fakultativer Leistungsinhalt			
<ul style="list-style-type: none"> - Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen, - Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01 600, - Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01 601, - In Anhang 1 aufgeführte Leistungen 			
einmal im Behandlungsfall			

GRUNDPAUSCHALE FÜR ERMÄCHTIGTE KRANKENHAUSÄRZTE

Ziffer	Text	Wert*	Punkte
01 321** 14 Min.	Grundpauschale für Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen innerhalb mindestens eines der nicht in der Gebührenordnungsposition 01 320 aufgeführten Fachgebiete ermächtigt sind, mit Ausnahme der Ärzte, die nach § 3 Abs. 4 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können.	18,97 €	159
Obligater Leistungsinhalt			
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä			
Fakultativer Leistungsinhalt			
<ul style="list-style-type: none"> - Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen, - Beratung und Behandlung, - Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01 600, - Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01 601, - In Anhang 1 Spalte GP aufgeführte Leistungen 			
einmal im Behandlungsfall			

* EBM Wert = EBM Punkte x Orientierungswert 11,9339

** Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01 321 richtet sich nach den Allgemeinen Bestimmungen. Entspricht der Ermächtigungsumfang dem eines zugelassenen Vertragsarztes, kann anstelle der Gebührenordnungsposition 01 321 die Berechnung einer in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen genehmigt werden. Ärzte der nicht in der Gebührenordnungsposition 01 320 aufgeführten Fachgebiete mit einer Ermächtigung nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV berechnen anstelle der Gebührenordnungsposition 01 321 die in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen.


5.2 Bravo™ Kapsel

Die BRAVO™-Kapsel ist ein kapselbasiertes pH-Metrie-System zur Diagnose von saurem Reflux. Dabei wird die Kapsel am Ösophagusgewebe fixiert, misst anschließend den pH-Wert und überträgt die Daten an einen externen Rekorder. Durch die kabellose Datenübertragung ist das Verfahren deutlich angenehmer für den Patienten. Der Patient ist während der Untersuchung weder in seinen Ernährungsgewohnheiten noch in seinem Tagesablauf eingeschränkt. Das katheterfreie pH-Monitoringsystem erlaubt eine Säuremessung von bis zu 96 Stunden. Innerhalb dieses Zeitraums erkennt die Kapsel die Refluxereignisse und zeichnet die Refluxdaten sowie die Patientenaktivität auf.

5.5.1 OPS-KODIERUNG DER Bravo™ KAPSEL

- **1-316.1** Funktionsuntersuchungen des Verdauungstraktes: pH-Metrie des Ösophagus: Langzeit-pH-Metrie
 - 1-316.10 Ohne Langzeit-Impedanzmessung

5.2.2 STATIONÄRE ABRECHNUNGSMÖGLICHKEITEN (BEISPIEL)

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
K21.9	Gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis	
Prozeduren		
1-316.10	Langzeit-pH-Metrie des Ösophagus ohne Langzeit-Impedanzmessung	
DRG	Text	Relativgewicht
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC	0,377
Erlös*		1.583,40 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,8325

Hinweis: Die pH-Metrie alleine begründet keine stationäre Notwendigkeit. Die Notwendigkeit des Aufenthaltes ist zu belegen. Eine detaillierte Darlegung aller Nebendiagnosen und durchgeführten Leistungen ist dringend erforderlich. Die hier gewählte Darstellung dient lediglich der Veranschaulichung und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit im Sinne einer vollumfänglichen Begründung des stationären Aufenthalts.

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



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

5.2.3 AMBULANTE ABRECHNUNGSMÖGLICHKEITEN

EBM-Ziffern im Rahmen der Langzeit-pH-Metrie des Ösophagus (bei gastroösophagealer Refluxkrankheit)

Grundlage der Abrechnung ist der EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab). Es können nur Leistungen abgerechnet werden, zu denen der Arzt ermächtigt bzw. zugelassen ist. Weiterhin können nur Leistungen berechnet werden, die im Gebührenverzeichnis aufgenommen sind. Eine analoge Bewertung ist nicht möglich.

Ziffer	Text	Ausschlüsse in derselben Sitzung	Wert*	Punkte
13 400 11 Min.	Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie Eignung der Prüfzeiten: Tagesprofil ph-Einmalsonden (siehe Kapitel „Sachkostenabrechnung“)	02300, 02301, 02302, 02400, 13411, 13412, 13430, 13431		
Obligater Leistungsinhalt				
<ul style="list-style-type: none"> - Ösophagoskopie und/oder - Ösophagogastroskopie und/oder - Ösophagogastroduodenoskopie, - Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff, - Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation, - Nachbeobachtung und -betreuung, - Foto-/Videodokumentation(en) 				
Fakultativer Leistungsinhalt				
<ul style="list-style-type: none"> - 13C-Harnstoff-Atemtest (Nr. 02 400), - Ureaseachweis, einschl. Kosten, - Probeexzision, - Probepunktion, - Fremdkörperentfernung(en), - Blutstillung(en), - Prämedikation/Sedierung 				
einmal im Behandlungsfall			104,78 €* 878	

Ziffer	Text	Ausschlüsse in derselben Sitzung	Wert*	Punkte
13 401 6 Min.	Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition	02300, 02301, 02302		
13 400	Eignung der Prüfzeiten: Tagesprofil			
Obligater Leistungsinhalt				
<ul style="list-style-type: none"> - Langzeit-pH-Metrie des Ösophagus von mindestens 12 Stunden Dauer mit Sondeneinführung und/oder - Endoskopische Sklerosierungsbehandlung(en) und/oder - Ligatur(en) bei Varizen und Ulzeration(en) und/oder - Durchzugsmanometrie des Ösophagus und/oder - Therapeutische Mukosektomie(n) mittels Hochfrequenzelektroschlinge 				
Fakultativer Leistungsinhalt				
einmal im Behandlungsfall			55,49 €* 465	

Diese Zusatzpauschalen werden zusätzlich zur Grundpauschale (siehe nachfolgende Seiten) erhoben.

* EBM Wert = EBM Punkte x Orientierungswert 11,9339

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

GRUNDPAUSCHALE BEI VERTRAGSÄRZTEN

Ziffer	Text	Wert*	Punkte
13 390	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	13,49 €	113
13 391 9 Min.	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	20,17 €	169
13 392 16 Min.	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	21,00 €	177
Obligater Leistungsinhalt			
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä			
Fakultativer Leistungsinhalt			
<ul style="list-style-type: none"> - Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen, - Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01 600, - Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01 601, - In Anhang 1 aufgeführte Leistungen 			
einmal im Behandlungsfall			

GRUNDPAUSCHALE FÜR ERMÄCHTIGTE KRANKENHAUSÄRZTE

Ziffer	Text	Wert*	Punkte
01 321** 14 Min.	Grundpauschale für Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen innerhalb mindestens eines der nicht in der Gebührenordnungsposition 01 320 aufgeführten Fachgebiete ermächtigt sind, mit Ausnahme der Ärzte, die nach § 3 Abs. 4 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können.	18,97 €	159
Obligater Leistungsinhalt			
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä			
Fakultativer Leistungsinhalt			
<ul style="list-style-type: none"> - Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen, - Beratung und Behandlung, - Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01 600, - Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01 601, - In Anhang 1 Spalte GP aufgeführte Leistungen 			
einmal im Behandlungsfall			

* EBM Wert = EBM Punkte x Orientierungswert 11,9339

** Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01 321 richtet sich nach den Allgemeinen Bestimmungen. Entspricht der Ermächtigungsumfang dem eines zugelassenen Vertragsarztes, kann anstelle der Gebührenordnungsposition 01 321 die Berechnung einer in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen genehmigt werden. Ärzte der nicht in der Gebührenordnungsposition 01 320 aufgeführten Fachgebiete mit einer Ermächtigung nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV berechnen anstelle der Gebührenordnungsposition 01 321 die in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen.

5.3 Endoflip™ Impedanz-Planimetrie-System

Das Endoflip™ Impedanz-Planimetrie-System dient zur Messung von Druck und Abmessungen im Ösophagus und im unteren ösophagealen Sphinkter. So können Motilitätsstörungen einfach erkannt oder ausgeschlossen werden.




OPS-KODIERUNG DES Endoflip™ IMPEDANZ-PLANIMETRIE-SYSTEM


- **1-313.2** Ösophagusmanometrie: Impedanz-Planimetrie

STATIONÄRE ABRECHNUNGSBEISPIELE

Erlös bei Achalasie der Kardia

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
K22.0	Achalasie der Kardia	
Prozeduren		
1-313.2	Ösophagusmanometrie: Impedanz-Planimetrie	
DRG	Text	Relativgewicht
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC	0,492
Erlös*		2.066,40 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,7253

Erlös bei hypertrophischer Pylorusstenose beim Erwachsenen

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
K31.10	Hypertrophische Pylorusstenose beim Erwachsenen	
Prozeduren		
1-313.2	Ösophagusmanometrie: Impedanz-Planimetrie	
DRG	Text	Relativgewicht
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit bestimmten komplizierenden Faktoren	0,635
Erlös*		2.667,00 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,8508

Hinweis: Die Impedanz-Planimetrie alleine begründet keine stationäre Notwendigkeit. Die Notwendigkeit des Aufenthaltes ist zu belegen. Eine detaillierte Darlegung aller Nebendiagnosen und durchgeführten Leistungen ist dringend erforderlich. Die hier gewählten Darstellungen dienen lediglich der Veranschaulichung und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit im Sinne einer vollumfänglichen Begründung des stationären Aufenthalts.

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

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

5.4 Esoflip™ Katheter


Mit den Esoflip™ Ballonkathetern können kontrolliert Dilatationen im Ösophagus, im unteren Ösophagussphinkter (UÖS) und im Pylorus durchgeführt werden.

OPS-KODIERUNG DES Esoflip™ KATHETERS


- **5-429.7** Ballondilatation am Ösophagus

STATIONÄRE ABRECHNUNGSBEISPIELE

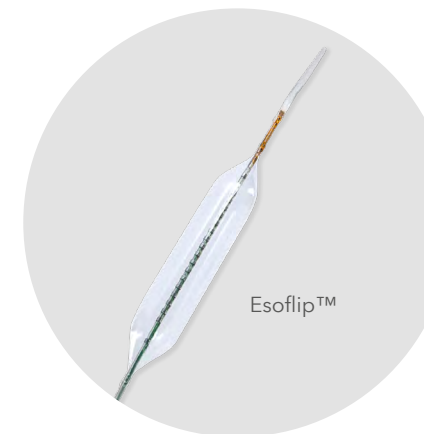
Erlös bei Achalasie der Kardia

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
K22.0	Achalasie der Kardia	
Prozeduren		
5-429.7	Ballondilatation am Ösophagus	
DRG	Text	Relativgewicht
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit bestimmten komplizierenden Faktoren	0,635
Erlös*		2.667,00 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,8508

Erlös bei hypertrophischer Pylorusstenose beim Erwachsenen

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
K31.10	Hypertrophische Pylorusstenose beim Erwachsenen	
Prozeduren		
5-429.7	Ballondilatation am Ösophagus	
DRG	Text	Relativgewicht
G47B	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, ohne bestimmte endoskopische Maßnahme am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag	0,728
Erlös*		3.057,60 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,7234

Hinweis: Die Ballondilatation alleine begründet keine stationäre Notwendigkeit. Die Notwendigkeit des Aufenthaltes ist zu belegen. Eine detaillierte Darlegung aller Nebendiagnosen und durchgeführten Leistungen ist dringend erforderlich. Die hier gewählten Darstellungen dienen lediglich der Veranschaulichung und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit im Sinne einer vollumfänglichen Begründung des stationären Aufenthalts.



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

6. Blutstillung im GI-Trakt

Nexpowder™ endoskopisches Hämostase-System

Das endoskopische Hämostase-System Nexpowder™ ist ein Pulver, das auf ein Ulkus gesprüht werden kann. Das Nexpowder™ System bildet nach Kontakt mit Wasser oder Blut durch reversible Vernetzung ein haftendes Gel.

Das vernetzte Gel hilft, Blutungen, den Verlust von Körperflüssigkeit und eine Kontamination der Geschwürstelle zu verhindern, indem es an der Blutungsstelle im Magen-Darm-Trakt haftet. Das Gel wird dann innerhalb von 1 bis 3 Tagen abgebaut.



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

AUSZUG HAUPTDIAGNOSEN

Ösophagus

C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel
K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis
K22.1	Sonstige Krankheiten des Ösophagus: Ösophagusulkus
K22.6	Mallory-Weiss-Syndrom
K22.81	Ösophagusblutung

Magen

C16.0	Bösartige Neubildung des Magens: Kardie
K25.0	Ulcus ventriculi akut mit Blutung

Dünn- und Dickdarm

C17.0	Bösartige Neubildung des Dünndarmes: Duodenum
C18.2	Bösartige Neubildung des Kolons: Colon ascendens
K26.0	Ulcus duodeni: Akut, mit Blutung
K63.5	Polyp des Kolons
K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet

AUSZUG OPERATIONEN- UND PROZEDUREN- SCHLÜSSEL

Ösophagus

5-429.v0	Andere Operationen am Ösophagus, Endoskopische Blutstillung durch Auftragen von Substanzen: Absorbierend
----------	--

Magen

5-449.t3	Andere Operationen am Magen, Blutstillung durch Auftragen absorbierender Substanzen: Endoskopisch
----------	---

Dünn- und Dickdarm

5-469.t3	Andere Operationen am Darm, Blutstillung durch Auftragen absorbierender Substanzen: Endoskopisch
----------	--

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

STATIONÄRE ABRECHNUNGSBEISPIELE

Ösophagus

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
K22.1	Sonstige Krankheiten des Ösophagus: Ösophagusulkus	
Prozeduren		
5-429.d	Andere Operationen am Ösophagus, Endoskopisches Clippen	
5-429.v0	Andere Operationen am Ösophagus, Endoskopische Blutstillung durch Auftragen von Substanzen: Absorbierend	
DRG	Text	Relativgewicht
G47B	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, ohne bestimmte endoskopische Maßnahme am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag	0,728
Erlös*		3.057,60 €
!		Pflege-Relativgewicht: 0,7234

Magen

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
K25.0	Ulcus ventriculi akut mit Blutung	
Prozeduren		
5-449.d3	Andere Operationen am Magen, Clippen: Endoskopisch	
5-449.t3	Andere Operationen am Magen, Blutstillung durch Auftragen absorbierender Substanzen: Endoskopisch	
DRG	Text	Relativgewicht
G46D	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane und äuß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, ohne anderen aufwendigen Eingriff	0,861
Erlös*		3.616,20 €
!		Pflege-Relativgewicht: 0,7956

* 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

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik


Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links


Magen

Kode	Text
Hauptdiagnose	
C16.0	Bösartige Neubildung des Magens: Kardia
Prozeduren	
5-449.t3	Andere Operationen am Magen, Blutstillung durch Auftragen absorbierender Substanzen: Endoskopisch


DRG	Text	Relativgewicht
G47B	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, ohne bestimmte endoskopische Maßnahme am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag	0,728
Erlös*		3.057,60 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,7234

Dünndarm

Kode	Text
Hauptdiagnose	
C17.0	Bösartige Neubildung des Dünndarmes: Duodenum
Prozeduren	
5-451.74	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische submukosale Dissektion [ESD]
5-469.t3	Andere Operationen am Darm, Blutstillung durch Auftragen absorbierender Substanzen: Endoskopisch

DRG	Text	Relativgewicht
G47B	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, ohne bestimmte endoskopische Maßnahme am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag	0,728
Erlös*		3.057,60 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,7234

* 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

Kapselendoskopie

Ablationstherapien


Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

Kolon

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
C18.2	Bösartige Neubildung des Kolons: Colon ascendens	
Prozeduren		
5-452.64	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische submukosale Dissektion [ESD]	
5-469.t3	Andere Operationen am Darm, Blutstillung durch Auftragen absorbierender Substanzen: Endoskopisch	
DRG	Text	Relativgewicht
G46D	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane und auß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, ohne anderen aufwendigen Eingriff	0,861
Erlös*		3.616,20 €
		Pflege-Relativgewicht: 0,7956

* 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

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

7. Abkürzungsverzeichnis

aG-DRG	German Diagnosis Related Groups (nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)
BBFW	Bundesbasisfallwert
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BR	Bewertungsrelation
BVMed	Berufsverband Medizintechnologie
CC	Komplikationen und/oder Komorbiditäten
DRG	Diagnosis Related Group
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
FPV	Fallpauschalenvereinbarung
G-DRG	German Diagnosis Related Group
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
HD	Hauptdiagnose
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
LBFW	Landesbasisfallwert
MD	Medizinischer Dienst

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

MD Bund	Medizinischer Dienst Bund
MVD	Mittlere Verweildauer
ND	Nebendiagnose
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
OGVD	Obere Grenzverweildauer
OPS	Operationen- und Prozeduren Schlüssel
UGVD	Untere Grenzverweildauer
ZE	Zusatzentgelt

8. Wichtige Links

Zum Zeitpunkt der Broschürenerstellung waren noch nicht alle Landesbasisfallwerte für 2024 vereinbart. Die aktuellen Landesbasisfallwerte entnehmen Sie bitte der Internetseite der AOK.

<http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/lbfw/index.html>

Alternativ können Sie die Landesbasisfallwerte auch der Internetseite des vdek entnehmen.

<https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/landesbasisfallwerte.html>

Kostenfreier Online Grouper für eine individuelle Groupierungssimulation:

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

Hinweise zum aG-DRG-System 2024 auf der Website des InEK

<https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2024>

Kodierkataloge auf der Website des BfArM

https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/_node.html

Sachkostenfinanzierung im aG-DRG-System

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

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

Kapselendoskopie

Ablationstherapien

Funktionsdiagnostik

Blutstillung
im GI-Trakt

Abkürzungen

Wichtige Links

Medtronic

Medtronic GmbH
Earl-Bakken-Platz 1
40670 Meerbusch

Telefon: +49-2159-81 49-0
Telefax: +49-2159-81 49-100
E-Mail: rs.dusreimbursement@medtronic.com

www.medtronic-reimbursement.de

de-12096925-EMEA © Medtronic GmbH
All Rights Reserved. 08/2024

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.

Informationen zu den jeweiligen Produkten finden Sie in der Gebrauchsanweisung unter 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.