

# Medtronic

## LigaSure™

Kodierung und Vergütung  
in der stationären Versorgung  
(Hauptabteilung) 2025

# Vorwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

wir freuen uns sehr, Ihnen mit dieser Broschüre eine praxisnahe Orientierungshilfe zur Kodierung und Abrechnung unserer Verfahren vorzustellen. Unser Ziel ist es, Sie bei der Leistungsdokumentation in Ihrem klinischen Alltag effizient zu begleiten. Eine Übersicht über weitere Broschüren und Flyer zur Kodierung finden Sie unter

<https://www.medtronic.com/de-de/fachkreise/reimbursement.html>

Mit freundlichen Grüßen

**Claire Schippers**

Senior Reimbursement Analyst



# Inhaltsverzeichnis

- 1. Unser Reimbursement Leistungsangebot**
- 2. Erläuterungen zum LigaSure™-System**
- 3. Hauptdiagnosen - Auszug -**
- 4. Prozeduren - Auszug -**
- 5. Vergütung im aG-DRG-System 2025**
- 6. Kodierbeispiele**
  - 6.1 ENT
  - 6.2 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
  - 6.3 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
  - 6.4 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
  - 6.5 Urologie
  - 6.6 Gynäkologie
- 7. Literatur & Quellenverzeichnis**
- 8. Glossar**
- 9. Abkürzungsverzeichnis**
- 10. 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



AOP-, EBM-,  
GOÄ- und  
DRG-Hinweise



Informationen  
zur Abrechnung  
und Kodierung



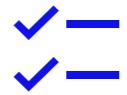
Hinweise zu  
Änderungs- und  
Weiterentwick-  
lungsanträgen



Informationen  
zu Fragen des  
MD und der  
Kostenträger



Hinweise zum  
Strategie- &  
Leistungs-  
portfolio



Informationen  
zum NUB-  
Verfahren 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. Erläuterungen zum LigaSure™-System

### Erfolgreiche Kooperation bedarf kompetenter Partner

Der Geschäftsbereich Viszeral- und Thoraxchirurgie (Elektrochirurgie) des Unternehmens Medtronic plc. hat sich entschieden, das deutsche Fallpauschalsensystem in der stationären Krankenversorgung aktiv weiterzuentwickeln und dieses System mitzustalten. In partnerschaftlicher Kooperation mit den Leistungserbringern, medizinischen Fachgesellschaften und dem Bundesverband Medizintechnologie e.V. versucht unser Unternehmen als Pionier und Vorreiter eine vollumfängliche und sachgerechte Abbildung der Behandlungsverfahren von Lungentumoren transparent und kompetent darzustellen.

### Erläuterungen zum LigaSure™-System

LigaSure™ ist ein elektrochirurgisches Gefäßversiegelungssystem, um arterielle und venöse Blutgefäße, Lymphgefäße, Gewebebündel und Strukturen im menschlichen Körper mit dem zelleigenen Protein und Kollagen so durch Hitze- und Druckeinwirkung zu fusionieren, dass eine permanente, lumenfreie Versiegelung und somit Blutstillung ohne im Patienten verbleibenden Fremdkörper entsteht. Gefäßgrößen bis einschließlich 7 mm widerstehen nach der Fusion einem Berstdruck von mindestens dem 3-fachen systolischen Blutdruck. Ebenfalls zugelassen ist LigaSure™ für Lymph- und Lungengefäße. Je nach Indikation und Zugangsform werden unterschiedliche Instrumente verwendet. Im Folgenden finden Sie die Indikationsgebiete und Beispielkalkulationen, für die diese Instrumente zugelassen sind.



### 3. Hauptdiagnosen - Auszug -

#### Kopf

J35.-	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel
J35.0	Chronische Tonsillitis
C09.-	Bösartige Neubildung der Tonsille
C09.8	Bösartige Neubildung der Tonsille: Tonsille mehrere Teilbereiche überlappend
E03.-	Sonstige Hypothyreose
E03.4	Atrophie der Schilddrüse (erworben)

#### Lunge

C34.-	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus
C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)
C34.2	Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus)
C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)
C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend
D14.3	Gutartige Neubildung: Bronchus und Lunge
J98.11	Partielle Ateletkase
J98.12	Totalateletkase

#### Verdauungsorgane

E66.-	Adipositas
E66.01	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad II (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter
D37.-	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane
D37.4	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Kolon
K31.-	Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums
K31.7	Polyp des Magens und des Duodenums
K64.-	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose
K64.1	Hämorrhoiden 2. Grades
C78.-	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
S36.14	Mittelschwere Rissverletzung der Leber

#### Geschlechtsorgane

C61	Bösartige Neubildung der Prostata
C63.2	Bösartige Neubildung: Skrotum
N71.-	Entzündliche Krankheit des Uterus, ausgenommen der Zervix
N71.1	Chronische entzündliche Krankheit des Uterus, ausgenommen der Zervix
C53.-	Bösartige Neubildung der Cervix uteri
C53.0	Bösartige Neubildung der Cervix uteri: Endozervix



## 4. Prozeduren - Auszug -

### Kopf

5-984	Mikrochirurgische Technik
5-281.0	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik
5-194.0	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]: Endaural
5-403.01	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]: Selektiv (funktionell): 2 Regionen
5-063.2	Thyreoidektomie: Mit Parathyreidektomie
5-064.0	Operationen an der Schilddrüse durch Sternotomie: Exzision von erkranktem Gewebe
5-069.40	Anderer Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]

### Lunge

Der minimal-invasive Zugang (VATS: Video-Assisted Thoracic Surgery) wird über den Eingriff selbst erfasst. Eine gesonderte OPS-Kodierung erfolgt nicht.

5-322.g-	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, einfach, thorakoskopisch
5-322.g1	Ohne Lymphadenektomie
5-322.g2	Mit Entfernung einzelner Lymphknoten
5-322.g3	Mit radikaler Lymphadenektomie
5-322.h-	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch
5-324.6-	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge: Lobektomie, einseitig ohne radikale Lymphadenektomie, thorakoskopisch
5-324.7-	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge: Lobektomie, einseitig mit radikaler Lymphadenektomie, thorakoskopisch
5-324.81	Bilobektomie ohne radikale Lymphadenektomie, thorakoskopisch: Ohne bronchoplastische oder angioplastische Erweiterung
5-324.91	Bilobektomie mit radikaler Lymphadenektomie, thorakoskopisch: Ohne bronchoplastische oder angioplastische Erweiterung
5-325.14	Erweiterte Lobektomie und Bilobektomie der Lunge: Lobektomie mit bronchoplastischer Erweiterung (Bronchusmanschette): Mit Brustwandresektion

### Verdauungsorgane

5-434.51	Atypische partielle Magenresektion: Herstellung eines Schlauchmagens [Sleeve Resection]: Laparoskopisch
5-984	Mikrochirurgische Technik
5-98c.1	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung
5-98c.2	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und/oder am Respirationstrakt
5-455.95	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]: Laparoskopisch mit Anastomose
5-454.01	Resektion des Dünndarmes: Segmentresektion des Duodenums: Laparoskopisch
5-482.10	Peranale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Submukosale Exzision: Peranal
5-501.21	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Keilexzision: Laparoskopisch

### Geschlechtsorgane

5-612.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Skrotumgewebe: Partielle Resektion
5-683.02	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovarektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert

## 5. Vergütung im aG-DRG-System 2025

DRG-Übersicht											
DRG	Partition	Bezeichnung	BWR	MVD	UGVD		OGVD		DRG-Erlös*		
					1. Tag mit Abschlag	BWR/Tag	1. Tag zus. Entgelt	BWR/Tag			
D30B	O	Tonsillektomie außer bei BNB oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals, Alter > 15 oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 12 Jahre oder Alter > 11 Jahre bei BNB oder mit anderem Eingriff oder ohne Eingriff an Hals, Trachea	0,648	3,8	1	0,274	8	0,065	2.851,20 €		
D30A	O	Tonsillektomie außer bei BNB od. versch. Eingriffe Ohr, Nase, Mund, Hals oh. äuß. schw. CC, m. aufw. Eingr. od. Eingr. Mundh., Mund, Alter < 3 J. od. m. kompl. Diag. od. Alter < 16 J. m. äuß. schw. od. schw. CC od. m. Eingr. Ohr, Trachea m. äuß. schw. CC	0,776	3,3	1	0,277	7	0,073	3.414,40 €		
D25C	O	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei BNB oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen, ohne Laryngektomie, ohne Exzision von Tumorgewebe, ohne äußerst schwere CC	1,748	6,6	1	0,606	14	0,171	7.691,20 €		
K06B	O	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, bei BNB oder mit äuß. schw. oder schw. CC oder Eingr. an der Schilddrüse außer kl. Eingr., mit Thyreoidektomie durch Sternotomie oder Alter < 16 Jahre	1,234	3,2	1	0,434	8	0,086	5.429,60 €		
K06C	O	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse u. Ductus thyreogl. ohne IntK > 392 / 368 / - P., auß. bei BNB, oh. äuß. schw. od. schw. CC, mit Eingr. an d. Schilddrüse auß. kl. Eingr., ohne Thyreoidektomie durch Sternotomie, Alter > 15 J. od. Alter < 18 J.	1,079	2,7	1	0,347	6	0,084	4.747,60 €		

\* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2025 in Höhe von 4.400 € (s. auch [Wichtige Links](#))

DRG-Übersicht										
DRG	Partition	Bezeichnung	BWR	MVD	UGVD		OGVD		DRG-Erlös*	
					1. Tag mit Abschlag	BWR/Tag	1. Tag zus. Entgelt	BWR/Tag		
E01B	O	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose	3,629	14,2	4	0,379	28	0,093	15.967,60 €	
E05B	O	Andere große Eingriffe am Thorax bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre oder Perikarddrainage mit äußerst schweren CC	2,763	9,1	2	0,408	18	0,093	12.157,20 €	
K04Z	O	Große Eingriffe bei Adipositas	1,410	3,3	1	0,392	7	0,083	6.204,00 €	
G02B	O	Bestimmte komplexe Eingriffe an Dünnd- und Dickdarm oder andere Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeb. Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder bestimmte Eingriffe an Dünnd- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose, ohne bestimmte komplizierende Faktoren	2,812	13,5	4	0,291	27	0,076	12.372,80 €	
G18B	O	Bestimmte Eingriffe an Dünnd- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm oder an abdominalen Gefäßen mit bestimmter sehr komplexer Prozedur oder Diagnose	2,526	12	3	0,315	24	0,073	11.114,40 €	
G26B	O	Andere Eingriffe am Anus oder Anoprostoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 17 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne kleinen Eingriff am Rektum	0,556	3	1	0,153	7	0,071	2.446,40 €	
H08A	O	Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation	1,758	8,8	2	0,291	18	0,07	7.735,20 €	
H08C	O	Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand, Alter > 11 Jahre	0,846	3,4	1	0,343	8	0,071	3.722,40 €	
M05Z	O	Zirkumzision, andere Eingriffe am Penis oder großflächige Ablationen der Haut	0,649	3,2	1	0,208	8	0,07	2.855,60 €	
N21A	O	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äuß. schw. oder schw. CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder subtotale und andere Hysterektomie bei bösartiger Neubildung oder komplexe Myomenukleation, mit aufwendigem Eingriff	1,15	3,7	1	0,439	7	0,073	5.060,00 €	

\* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2025 in Höhe von 4.400 € (s. auch [Wichtige Links](#))

## Beispiel Erlösberechnung nach Verweildauer

DRG	Verbleibender Erlös bei:				
	1 Belegtag (BT)* in €	2 BT €	3 BT €	4 BT €	5 BT €
D30B	1.645,60 €	2.851,20 €	2.851,20 €	2.851,20 €	2.851,20 €
D30A	2.195,60 €	3.414,40 €	3.414,40 €	3.414,40 €	3.414,40 €
D25C	5.024,80 €	7.691,20 €	7.691,20 €	7.691,20 €	7.691,20 €
K06B	3.520,00 €	5.429,60 €	5.429,60 €	5.429,60 €	5.429,60 €
K06C	3.220,80 €	4.747,60 €	4.747,60 €	4.747,60 €	4.747,60 €
E01B	9.297,20 €	10.964,80 €	12.632,40 €	14.300,00 €	15.967,60 €
E05B	8.566,80 €	10.362,00 €	12.157,20 €	12.157,20 €	12.157,20 €
K04Z	4.479,20 €	6.204,00 €	6.204,00 €	6.204,00 €	6.204,00 €
G02B	7.251,20 €	8.531,60 €	9.812,00 €	11.092,40 €	12.372,80 €
G18B	6.956,40 €	8.342,40 €	9.728,40 €	11.114,40 €	11.114,40 €
G26B	1.773,20 €	2.446,40 €	2.446,40 €	2.446,40 €	2.446,40 €
H08A	5.174,40 €	6.454,80 €	7.735,20 €	7.735,20 €	7.735,20 €
H08C	2.213,20 €	3.722,40 €	3.722,40 €	3.722,40 €	3.722,40 €
M05Z	1.940,40 €	2.855,60 €	2.855,60 €	2.855,60 €	2.855,60 €
N21A	3.128,40 €	5.060,00 €	5.060,00 €	5.060,00 €	5.060,00 €

\* Aufnahme- und Entlassungstag = 1 Belegungstag

## 6. Kodierbeispiele

## 6.1 ENT

### Tonsillitis: Tonsillektomie

Kode		
Diagnose		
J35.0	Chronische Tonsillitis Exkl: Tonsillitis: akut (J03.-) Tonsillitis: o.n.A. (J03.9)	
Prozedur(en)		
5-281.0	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): mit Dissektionstechnik	
5-984	Mikrochirurgische Technik**	
DRG		
D30B	Tonsillektomie außer bei BNB oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals, Alter > 15 oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 12 Jahre oder Alter > 11 Jahre bei BNB oder mit anderem Eingriff oder ohne Eingriff an Hals, Trachea	0,648
Erlös*		
	2.851,20 €	

### Chronische Tonsillitis: Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I.]

Kode		
Diagnose		
J35.0	Chronische Tonsillitis	
Prozedur(en)		
5-194.0	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I], Endaural	
5-984	Mikrochirurgische Technik**	
DRG		
D30A	Tonsillektomie außer bei BNB od. versch. Eingriffe Ohr, Nase, Mund, Hals oh. äuß. schw. CC, m. aufw. Eingr. od. Eingr. Mundh., Mund, Alter < 3 J. od. m. kompl. Diag. od. Alter < 16 J. m. äuß. schw. od. schw. CC od. m. Eingr. Ohr, Trachea m. äuß. schw. CC	0,776
Erlös*		
	3.414,40 €	

\* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2025 in Höhe von 4.400 € (s. auch [Wichtige Links](#))

\*\* OPS nicht erlösrelevant

## Bösartige Neubildung Schilddrüse: Neck Dissection (beidseitig)

Kode	
Diagnose	
C73 Bösartige Neubildung der Schilddrüse	
Prozedur(en)	
5-403.01 B Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]: Selektiv (funktionell): 2 Regionen	
DRG	BWR
K06B Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, bei BNB oder mit äuß. schw. oder schw. CC oder Eingr. an der Schilddrüse außer kl. Eingr., mit Thyreoidektomie durch Sternotomie oder Alter < 16 Jahre	1,234
Erlös*	
	5.429,60 €

## Struma

Kode	
Diagnose	
E03.4 Atrophie der Schilddrüse (erworben)	
Prozedur(en)	
5-063.2 Thyreoidektomie: Mit Parathyreoidektomie	
DRG	BWR
K06B Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, bei BNB oder mit äuß. schw. oder schw. CC oder Eingr. an der Schilddrüse außer kl. Eingr., mit Thyreoidektomie durch Sternotomie oder Alter < 16 Jahre	1,234
Erlös*	
	5.429,60 €

\* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2025 in Höhe von 4.400 € (s. auch [Wichtige Links](#))

## Struma &amp; Monitoring

## Kode

## Diagnose

E03.4 Atrophie der Schilddrüse (erworben)

## Prozedur(en)

5-064.0 B Operationen an der Schilddrüse durch Sternotomie: Exzision von erkranktem Gewebe

5-069.40 Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]

## DRG

## BWR

K06C Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse u. Ductus thyreogl. ohne IntK &gt; 392 / 368 / - P., auß. bei BNB, oh. äuß. schw. od. schw. CC, mit Eingr. an d. Schilddrüse auß. kl. Eingr., ohne Thyreoidektomie durch Sternotomie, Alter &gt; 15 J. od. Alter &lt; 18 J. 1,079

## Erlös\*

4.747,60 €

\* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2025 in Höhe von 4.400 € (s. auch [Wichtige Links](#))

## 6.2 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane

### Neubildung: VATS Lobektomie

Kode	
Diagnose	
C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)
Prozedur(en)	
5-325.14	Erweiterte Lobektomie und Bilobektomie der Lunge: Lobektomie mit bronchoplastischer Erweiterung (Bronchusmanschette): Mit Brustwandresektion
5-984	Mikrochirurgische Technik**
DRG	
E01B	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose
Erlös*	15.967,60 €
BWR	
	3,629

### Neubildung: Unterlappen (-Bronchus): Einfache Lobektomie

Kode	
Diagnose	
C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)
Prozedur(en)	
5-324.71	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge: Lobektomie, einseitig mit radikaler Lymphadenektomie, thorakoskopisch: Ohne bronchoplastische oder angioplastische Erweiterung
5-984	Mikrochirurgische Technik**
DRG	
E05B	Andere große Eingriffe am Thorax bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre oder Perikarddrainage mit äußerst schweren CC
Erlös*	12.157,20 €
BWR	
	2,763

\* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2025 in Höhe von 4.400 € (s. auch [Wichtige Links](#))

\*\* OPS nicht erlösrelevant

## 6.3 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane

### Adipositas: Schlauchmagen [Maryland oder Somiccion]

Kode	
Diagnose	
E66.01	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad II (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter
Prozedur(en)	
5-434.51	Atypische partielle Magenresektion: Herstellung eines Schlauchmagens [Sleeve Resection]: Laparaskopisch
5-984	Mikrochirurgische Technik**
5-98c.1	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung
5-98c.2	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und/oder am Respirationstrakt
DRG	
K04Z	Große Eingriffe bei Adipositas
BWR	
	1,410
Erlös*	
	6.204,00 €

### Neubildung: Kolektomien/Sigmaresektionen

Kode	
Diagnose	
D37.4	Neubildung unsicherer oder unbekannten Verhaltens: Kolon
Prozedur(en)	
5-455.95	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]: Laparoskopisch mit Anastomose
5-984	Mikrochirurgische Technik**
5-98c.1	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung
5-98c.2	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und/oder am Respirationstrakt
DRG	
G02B	Bestimmte komplexe Eingriffe an Dünnd- und Dickdarm oder andere Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeb. Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder bestimmte Eingriffe an Dünnd- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose, ohne bestimmte komplizierende Faktoren
BWR	
	2,812
Erlös*	
	12.372,80 €

\* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2025 in Höhe von 4.400 € (s. auch [Wichtige Links](#))

\*\* OPS nicht erlösrelevant

## Polyp: Segmentresektion Duodenum

## Kode

## Diagnose

K31.7 Polyp des Magens und des Duodenums

## Prozedur(en)

5-454.01	Resektion des Dünndarmes: Segmentresektion des Duodenums: Laparoskopisch
5-984	Mikrochirurgische Technik**
5-98c.1	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Zirkuläres
5-98c.2	Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und/oder am Respirationsstrakt

## DRG

## BWR

G18B	Bestimmte Eingriffe an Dün- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm oder an abdominalen Gefäßen mit bestimmter sehr komplexer Prozedur oder Diagnose	2,526
------	---	-------

## Erlös\*

11.114,40 €

\* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2025 in Höhe von 4.400 € (s. auch [Wichtige Links](#))

\*\* OPS nicht erlösrelevant

## 6.4 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas

### Neubildung: Leber und der intrahepatischen Gallengänge [Blunt oder Atlas]

Kode		
Diagnose		
C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge Typ= KHD; FHD	
Prozedur(en)		
5-501.21	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Keilexzision: Laparoskopisch	
5-984	Mikrochirurgische Technik**	
5-98c.1	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	
DRG		BWR
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation	1,758
Erlös*		7.735,20 €

### Neubildung: Rissverletzung: Leber [Blunt LigaSure Maryland, LigaSue Blunt Tip]

Kode		
Diagnose		
S36.14	Mittelschwere Rissverletzung der Leber	
Prozedur(en)		
5-501.21	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Keilexzision: Laparoskopisch	
5-984	Mikrochirurgische Technik**	
5-98c.1	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	
DRG		BWR
H08C	Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand, Alter > 11 Jahre	0,846
Erlös*		3.722,40 €

\* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2025 in Höhe von 4.400 € (s. auch [Wichtige Links](#))

\*\* OPS nicht erlösrelevant

## 6.5 Urologie (Normallieger)

### Neubildung: Prostata

Kode	
<b>Diagnose</b>	
C63.2 Bösartige Neubildung: Skrotum	
<b>Prozedur(en)</b>	
5-612.1 Exzision und Destruktion von erkranktem Skrotumgewebe: Partielle Resektion	
5-984 Mikrochirurgische Technik**	
DRG	BWR
M05Z Zirkumzision, andere Eingriffe am Penis oder großflächige Ablationen der Haut	0,649
<b>Erlös*</b>	<b>2.855,60 €</b>



\* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2025 in Höhe von 4.400 € (s. auch [Wichtige Links](#))

\*\* OPS nicht erlösrelevant

## 6.6 Gynäkologie

### Entzündung: Uterus

Kode		
Diagnose		
N71.1	Chronische entzündliche Krankheit des Uterus, ausgenommen der Zervix	
Prozedur(en)		
5-683.02	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovarektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert	
5-984	Mikrochirurgische Technik**	
DRG	BWR	
N21A	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äuß. schw. oder schw. CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder subtotale und andere Hysterektomie bei bösartiger Neubildung oder komplexe Myomenukleation, mit aufwendigem Eingriff	1,150
Erlös*		5.060,00 €

### Neubildung: Uterus

Kode		
Diagnose		
C53.0	Bösartige Neubildung der Cervix uteri: Endozervix	
Prozedur(en)		
5-683.02	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovarektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert	
5-984	Mikrochirurgische Technik**	
DRG	BWR	
N21A	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äuß. schw. oder schw. CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder subtotale und andere Hysterektomie bei bösartiger Neubildung oder komplexe Myomenukleation, mit aufwendigem Eingriff	1,150
Erlös*		5.060,00 €

\* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2025 in Höhe von 4.400 € (s. auch [Wichtige Links](#))

\*\* OPS nicht erlösrelevant

## 7. Literatur & Quellenverzeichnis

1. BfArM (2025): OPS Version 2025 - Systematisches Verzeichnis. Online verfügbar unter:  
<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2025/> [Stand: 20.01.2025].
2. BfArM (2025): ICD-10-GM Version 2025 - Systematisches Verzeichnis. Online verfügbar unter:  
<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2025/> [Stand: 20.01.2025].
3. Coerper und Stengl (2018): Einführung der Gefäßversiegelung in einem Schilddrüsenzentrum, Risiken und wirtschaftlicher Nutzen. Online verfügbar unter:  
<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0043-102570> [Stand: 20.01.2025].
4. Gol et al. (2007): Laparoscopic hysterectomy with retroperitoneal uterine artery sealing using LigaSure: Gazi hospital experience. Online verfügbar unter:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17372751/> [Stand: 20.01.2025].
5. InEK (2025): Fallpauschalenkatalog 2025. Online verfügbar unter:  
[https://www.g-drg.de/aG-DRG-System\\_2025/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog\\_2025](https://www.g-drg.de/aG-DRG-System_2025/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2025) [Stand: 20.01.2025].
6. InEK (2025): G-DRG-Report-Browser 2025. Online verfügbar unter:  
[https://www.g-drg.de/Datenbrowser\\_und\\_Begleitforschung/G-DRG-Report-Browser/aG-DRG-Report-Browser\\_2025](https://www.g-drg.de/Datenbrowser_und_Begleitforschung/G-DRG-Report-Browser/aG-DRG-Report-Browser_2025) [Stand: 20.01.2025].
7. Krishnan et al. (2015): Tonsillectomy using the BiZact: A pilot study in 186 children and adults. Online verfügbar unter:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30576062/> [Stand: 20.01.2025].
8. Wang et al. (2013): Totale laparoskopische Hysterektomie vs. totale abdominale Hysterektomie bei Endometriumkarzinom im Frühstadium.

## 8. Glossar

<b>Basis-DRG</b>	Die Basis-DRG wird meist über dieselbe Hauptdiagnose oder Prozedur definiert. Die Basis-DRG kann aufgrund eines unterschiedlichen Ressourcenverbrauchs durch unterschiedliche Faktoren (u.a. PCCL, komplizierende Diagnosen, Prozeduren, Alter, etc.) in verschiedene Schweregrade gesplittet werden. Die Kennzeichnung der ökonomischen Schweregrade erfolgt über Buchstaben an der 4. Stelle der DRG. A: Höchster Ressourcenverbrauch der DRG, B: Zweithöchster Ressourcenverbrauch der DRG, C: Dritthöchster Ressourcenverbrauch der DRG, D: Vierthöchster Ressourcenverbrauch der DRG usw, Z: Kein Split nach Ressourcenverbrauch in dieser DRG.
<b>Behandlungsfall</b>	Ein Behandlungsfall beschreibt einen stationären Aufenthalt eines Patienten im Krankenhaus. Der Behandlungsfall ist gekennzeichnet durch die Aufnahme und die Entlassung im Krankenhaus.
<b>Bewertungsrelation, Fallgewicht</b>	Jeder DRG wird im Fallpauschalenkatalog eine Bewertungsrelation, auch Relativgewicht oder relatives Kostengewicht genannt, zugeordnet. Das Relativgewicht ist ein Maß für den durchschnittlichen Aufwand der Behandlung dieser DRG. Die Bewertungsrelation wird bundesweit einheitlich im Fallpauschalenkatalog angegeben. Durch Multiplikation der Bewertungsrelation mit dem Basisfallwert ergibt sich der Erlös für eine DRG in Euro.
<b>Bundesbasisfallwert</b>	Faktor mit dem die Bewertungsrelation einer DRG multipliziert wird, um einen DRG-Betrag zu errechnen. Nach der sogenannten Konvergenzphase gibt es inzwischen einen einheitlichen Bundesbasisfallwert für alle Bundesländer.
<b>Case-Mix</b>	Die Kostengewichte aller DRG-Behandlungsfälle ergeben den Case-Mix. Dieser ist ein Maß für den Ressourcenverbrauch der behandelten Patienten.
<b>Case-Mix-Index</b>	Der (CMI) entspricht dem durchschnittlichen ökonomischen Fallschweregrad einer Menge von Behandlungsfällen (mittlere ökonomische Fallschwere). Er berechnet sich aus dem Case-Mix dividiert durch die zugrundeliegenden Fälle.
<b>CC-Codes</b>	Complication and/or Comorbidity. Komplikationen oder Begleiterkrankungen in Form von Diagnosen, die mit einem erhöhten Ressourcenverbrauch einhergehen. Diese werden im Gruppierungsprozess berücksichtigt und lösen häufig eine bessere Vergütung der DRGs aus, wenn sie vorhanden sind.
<b>CCL</b>	Complication and Comorbidity Level. Die Komplikationen und Komorbiditäten werden ausschließlich in Form von Nebendiagnosen dokumentiert. Der CCL kann abhängig von der DRG Werte zwischen 0 und 6 annehmen. Je höher der CCL-Wert, desto höher die Komorbidität der Patienten

<b>Cost-Weight</b>	(CW) siehe Bewertungsrelation
<b>DRGs</b>	Diagnosis Related Groups. Diagnosebezogene Fallgruppen sind ein Patientenklassifikationssystem, das anhand klinischer Daten die Behandlung der Patienten in ökonomische Fallpauschalen umsetzt. Jedem stationären Aufenthalt wird genau eine DRG zugeordnet. Ein Behandlungsfall wird nach pauschalierten Preisen vergütet, die sich am durchschnittlichen Behandlungsaufwand der betreffenden Behandlungsfallgruppe orientieren.
<b>Fallpauschalen-vereinbarung</b>	Die Fallpauschalenvereinbarung enthält die für das jeweilige Jahr gültigen Abrechnungsregeln sowie als Anlagen: den aktuellen Fallpauschalenkatalog (Anlage 1), die DRGs, für die keine bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen kalkuliert wurden und die nach § 6 Abs. 1 KHEntgG krankenhausindividuell verhandelt werden müssen (Anlage 3), die mit einem bundesweit gültigen Preis versehenen Zusatzentgelte nach § 17 b KHG (Anlagen 2 und 5), die Zusatzentgelte, für die keine bundeseinheitlichen Preise kalkuliert wurden und die nach § 6 Abs. 1 KHEntgG krankenhausindividuell verhandelt werden müssen (Anlagen 4 und 6). Kommt es nicht zu einer Einigung der Selbstverwaltungspartner, werden die Abrechnungsregeln und der Fallpauschalenkatalog nebst Anlagen vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung per Rechtsverordnung vorgegeben.
<b>Grenzverweildauer</b>	Die im Fallpauschalenkatalog angegebene Bewertungsrelation gilt nur für Fälle, die zwischen oberer und unterer Grenzverweildauer behandelt wurden. Die untere Grenzverweildauer (UGVD) beträgt im aG-DRGSystem ein Drittel der mittleren arithmetischen Verweildauer, mindestens jedoch zwei Tage. Die obere Grenzverweildauer (OGVD) berechnet sich aus der mittleren arithmetischen Verweildauer zuzüglich der doppelten Standardabweichung oder einer bestimmten Anzahl von Tagen. Die effektive Bewertungsrelation ergibt sich durch die DRG-Bewertungsrelation zu- bzw. abzüglich der im Fallpauschalenkatalog ausgewiesenen Zu-/Abschläge für die Unter- bzw. Überschreitung der unteren/oberen Grenzverweildauer multipliziert mit der Anzahl der Tage ab der jeweiligen Grenzverweildauer.
<b>Grouper</b>	Der Grouper ist eine Software für die DRG-Zuordnung. Anhand von in den Definitionshandbüchern der DRGs festgelegten Gruppierungsalgorithmen werden die Behandlungsfälle einer DRG zugeordnet.
<b>Hauptdiagnose</b>	Die Hauptdiagnose (HD) ist die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist. (DKR D002u)
<b>InEK</b>	Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) ist ein von der Selbstverwaltung gegründetes Institut und unterstützt die Vertragspartner der Selbstverwaltung bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems. Das InEK wurde 2001 gegründet.
<b>Landesbasisfallwert</b>	Der Landesbasisfallwert (landesweit gültiger Basisfallwert) ist der bewertete durchschnittliche Fallerlös aller stationären Fälle in einem Bundesland. Der Gesetzgeber sieht vor, dass Landeskrankenhausgesellschaften und die Krankenkassen den Landesbasisfallwert vereinbaren.

<b>MDC</b>	Major Diagnostic Category. Auf das Organsystem bezogene Gliederung der DRGs zu sogenannten Hauptdiagnosegruppen. Es existieren 28 MDCs. Innerhalb der MDCs verteilen sich die DRGs auf max. drei Partitionen. Die Einteilung/Zuordnung zu den Partitionen erfolgt auf Basis der Prozeduren.
<b>Nebendiagnose</b>	Nebendiagnosen (ND) sind Diagnosen, die das Patientenmanagement durch therapeutische Maßnahmen, durch diagnostische Maßnahmen oder durch einen erhöhten Pflege- und/oder Überwachungsaufwand beeinflussen. Viele Nebendiagnosen dienen der Ermittlung einer Schweregradstufe (PCCL) im Gruppierungsprozess. (DKR D003u)
<b>PCCL</b>	Patient Clinical Complexity Level. Der PCCL eines Patienten ist ein Maß für den kumulierten Effekt der CC-relevanten Nebendiagnosen eines Patienten. Der PCCL kann sieben Werte zwischen 0 und 6 annehmen.
<b>Pflegeentgelt</b>	aDRG-fallbezogenes Entgelt als Abschlagszahlung auf das krankenhausindividuell vereinbarte, auf reale Pflegekosten bezogene Pflegebudget. Wird seit 2020 verweildauerabhängig als eigener Erlöstatbestand DRG-korriert auf den Rechnungen stationärer Behandlungen ausgewiesen.
<b>Sozialmedizinische Expertengruppe</b>	Sozialmedizinische Expertengruppen sind gemeinsame Einrichtungen der Medizinischen Dienste. Sie bearbeiten sozialmedizinische Fragestellungen, die sich auf die Kernaufgaben der Medizinischen Dienste in der Beratung und Begutachtung beziehen. Es gibt sieben SEG welche die zentralen Beratungs- und Begutachtungsfelder der Medizinischen Dienste abdecken. Zu ihren wesentlichen Aufgaben gehört es, eine bundesweit einheitliche Begutachtung herzustellen bzw. zu sichern. Die SEG 4 deckt den Bereich »Vergütung und Abrechnung« ab.
<b>Verweildauer</b>	Die Verweildauer entspricht der Zahl der Belegungstage. Belegungstage sind Aufnahmetag und jeder weitere Tag, nicht jedoch der Entlassungs- oder Verlegungstag. Bei Aufnahme und Entlassung am gleichen Tag beträgt die Verweildauer einen Belegungstag. Urlaubstage werden bei der Berechnung der Verweildauer ausgeschlossen.
<b>Zusatzentgelte</b>	Zusatzentgelte (ZE) können im DRG-System zusätzlich zu einer DRG vergütet werden. Sie wurden eingeführt, um sehr teure Leistungen und Medikamente zu vergüten, die anhand von Fallpauschalen nur schwer abzubilden sind. Es gibt bundesweit mit einem Preis versehene ZE (§ 17 b KHG), diese sind in den Anlagen 2 und 5 gelistet, krankenhausindividuell zu verhandelnde ZE (§ 6 Abs. 1 KHEntgG) sind in den Anlagen 4 und 6 gelistet.

## 9. Abkürzungsverzeichnis

<b>AOP</b>	ambulantes Operieren im Krankenhaus gem. §115b SGB V	<b>InEK</b>	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
<b>BBFW</b>	Bundesbasisfallwert	<b>KHEntgG</b>	Krankenhausentgeltgesetz
<b>BfArM</b>	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte	<b>KHG</b>	Krankenhausfinanzierungsgesetz
<b>BWR</b>	Bewertungsrelation	<b>KIE</b>	Krankenhausindividuelles Entgelt
<b>BVMed</b>	Bundesverband Medizintechnologie	<b>KV</b>	Kassenärztliche Vereinigung
<b>CC</b>	Komplikationen und/oder Komorbiditäten	<b>LBFW</b>	Landesbasisfallwert
<b>DCB</b>	Drug coated balloon	<b>MD</b>	Medizinischer Dienst
<b>DES</b>	Drug eluting stent	<b>MVD</b>	Mittlere Verweildauer
<b>DIMDI</b>	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information	<b>ND</b>	Nebendiagnose
<b>DRG</b>	Diagnosis Related Group	<b>NUB</b>	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
<b>EBM</b>	Einheitlicher Bewertungsmaßstab	<b>OGVD</b>	Obere Grenzverweildauer
<b>FDA</b>	Fixkostendegressionsabschlag	<b>OPS</b>	Operationen- und Prozeduren Schlüssel
<b>FPV</b>	Fallpauschalenvereinbarung	<b>PTCA</b>	Perkutane transluminale Koronarangioplastie
<b>aG-DRG</b>	German Diagnosis Related Group	<b>RDN</b>	renale Denervierung
<b>GOÄ</b>	Gebührenordnung für Ärzte	<b>RF</b>	Radiofrequenzablation
<b>HA</b>	Hauptabteilung	<b>UGVD</b>	Untere Grenzverweildauer
<b>HD</b>	Hauptdiagnose	<b>ZE</b>	Zusatzentgelt
<b>iCARS</b>	Individual Cost Acquisition Request Service (Einzelfallkostenübernahmeantragsservice)		

## 10. Wichtige Links

**Landesbasisfallwerte auf der Internetseite des vdek**

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

**Hinweise zum aG-DRG-System 2025 auf der Website des InEK**

<https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2025>

**Kodierkataloge auf der Website des BfArM**

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



Die Berechnung der Erlöse in dieser Unterlage erfolgt mittels fiktivem Bundesbasisfallwert in Höhe von 4.400,00 €. Die krankenhausindividuellen Erlöskalkulationen sollten davon unabhängig mit dem jeweils geltenden Landesbasisfallwert erfolgen.

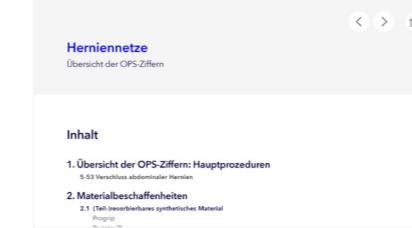
## Weitere Informationsbroschüren



Synthetische und biologische Netze  
in der Hernienchirurgie (stationär)



Synthetische und biologische Netze  
in der Hernienchirurgie (ambulant)



Herniennetze

Die Broschüren erhalten Sie ebenso im Download unter:

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

# Medtronic

Medtronic GmbH  
Earl-Bakken-Platz 1  
40670 Meerbusch

Telefon: +49-2159-81 49-0  
Telefax: +49-2159-81 49-100  
E-Mail: [rs.dusreimbursement@medtronic.com](mailto:rs.dusreimbursement@medtronic.com)

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

## Ihr Ansprechpartner

**Claire Schippers**  
Senior Reimbursement Analyst

17990626-de-  
© Medtronic GmbH  
All Rights Reserved. 03/2025

## Rechtlicher Hinweis

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

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

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