

Kodierung und Vergütung in der stationären Versorgung Leistungserbringung in der Hauptabteilung 2023

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

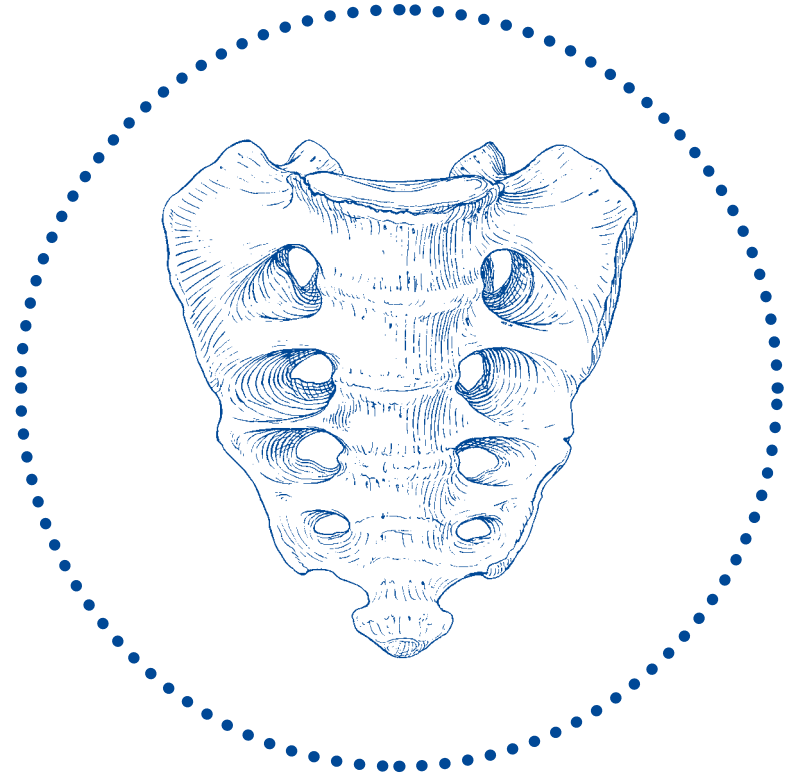
Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

Sakrale Neuromodulation

zur Behandlung
von Stuhlinkontinenz



Vorwort



Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

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

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

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

Mit freundlichen Grüßen

René Terhalle

Reimbursement Analyst DACH
Health Economics & Reimbursement



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

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

Inhaltsverzeichnis

- 1. Unser Reimbursement Leistungsangebot**
- 2. Worauf es in diesem Jahr ankommt**
 - 2.1 Neu ab 01.01.2023 Die tagesstationäre Behandlung
 - 2.2 Neu ab 01.01.2023 Kontextfaktoren lösen G-AEP Kriterien für Leistungen aus dem AOP-Katalog ab
 - 2.3 Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)
 - 2.4 Seit 2018: Explizite DRGs für die Implantation / den Wechsel von Neurostimulatoren
 - 2.5 Wichtige OPS-Kodes
- 3. Abbildung im aG-DRG-System 2023**
 - 3.1 Auszug aus den relevanten DRGs und ZE (Zusatzentgelte) für 2023
 - 3.2 Bundeseinheitliche Zusatzentgelte 2023: Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators
 - 3.3 Verfahrensweise mit Tined Lead – permanente Elektrode
 - 3.4 Wechsel oder Revision von Neurostimulationselektroden und Explantation eines Neurostimulators nach z.B. Wirkverlust
 - 3.5 Wechsel oder Revision von Neurostimulationselektroden und Neurostimulatoren bei Komplikationen
 - 3.6 Tabellarische Übersicht über die Gesamterlöse 2023
 - 3.7 Grafische Übersicht der Zu- und Abschlagsberechnung
- 4. Ergänzende Hinweise**
- 5. Abkürzungsverzeichnis**
- 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
MDK 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

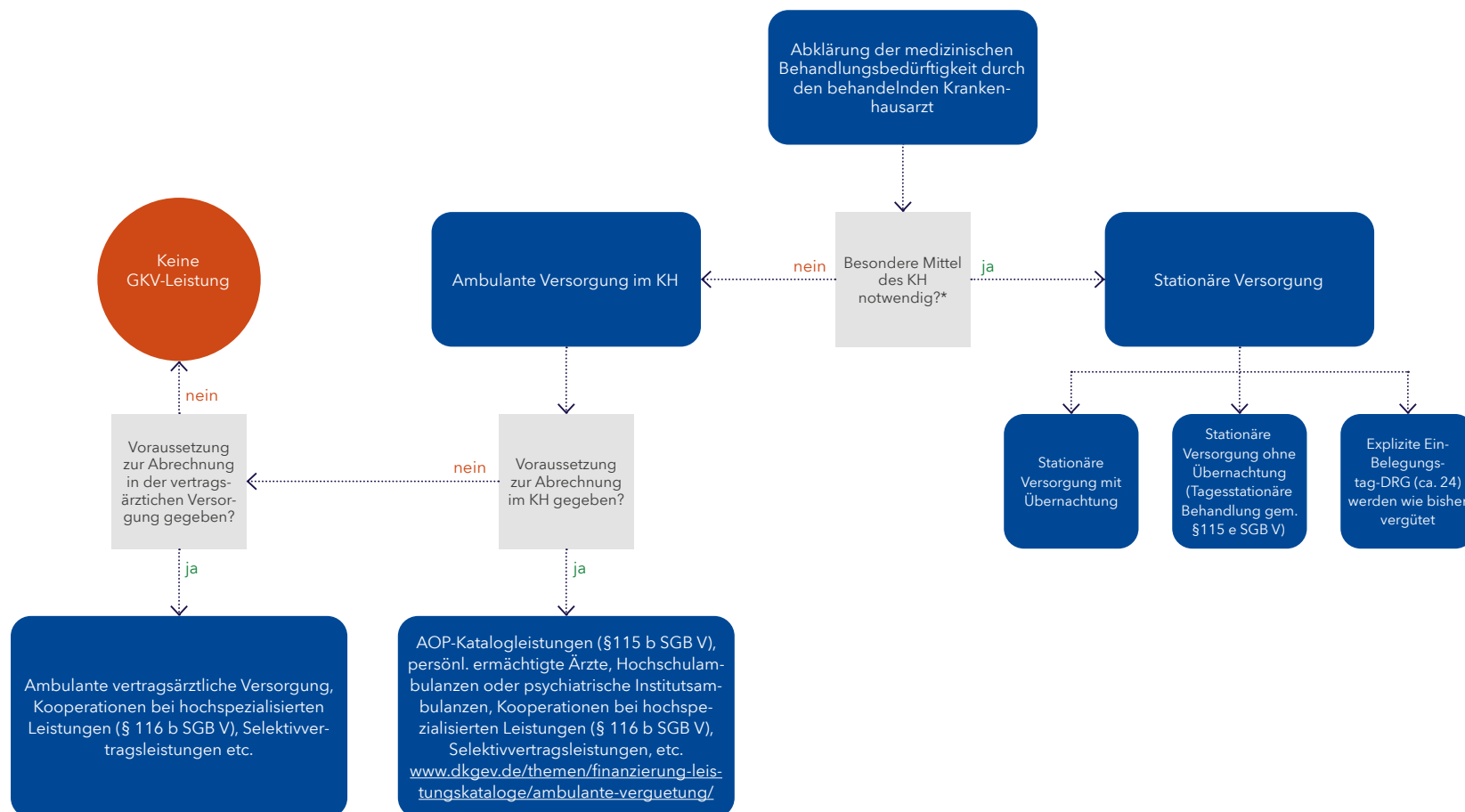
2.1 Neu ab 01.01.2023 Die tagesstationäre Behandlung

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

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

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

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



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

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

Zum 01.01.2023 werden die bisherigen G-AEP-Kriterien durch die Kontextfaktoren ersetzt. In diesem Zusammenhang wird auch die bisherige Differenzierung der Leistungen im AOP-Katalog in die Kategorien 1 und 2 abgeschafft. Bisher bestehende OPS-bezogene Regelungen der 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 explizit Leistungen nach § 3 des AOP-Vertrages die regelhaft ambulant erbracht werden können.

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

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

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

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

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

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

ÜBERGANGSREGELUNGEN

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

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

2.3 Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)

SACHKOSTENFINANZIERUNG IM G-DRG-SYSTEM 2023

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

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

Auszüge aus der BVMed Information zzgl. notwendiger Aktualisierungen:

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

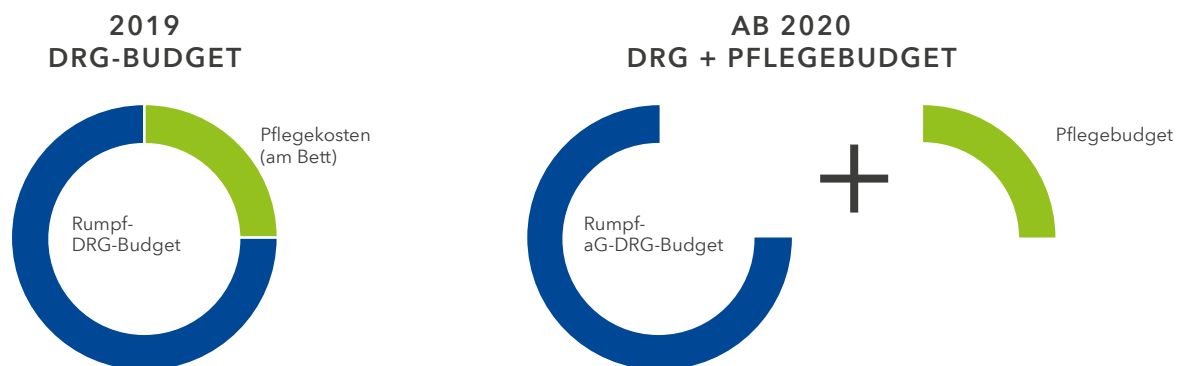


Abbildung 1:
Die Zusammensetzung des
Krankenhausbudgets ab 2020

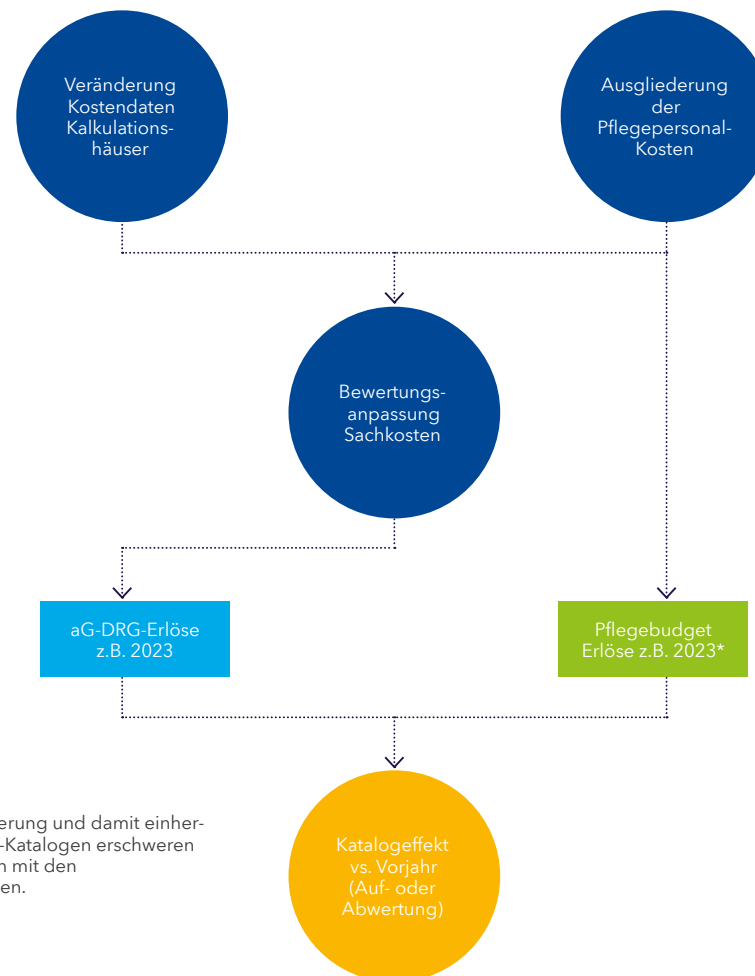
Hierbei wurde nicht einfach nur die Pflege am Bett herausgerechnet. Es ist ein vollkommen neues und nicht mehr mit den Vorjahren vergleichbares aG-DRG-System entstanden.

2019



Bewertungs-
anpassung
Sachkosten

AB 2020



Katalogeffekt
vs. Vorjahr
(Auf- oder
Abwertung)

Die anhaltende Pflegekostenausgliederung und damit einhergehende Umbauten an den aG-DRG-Katalogen erschweren weiterhin den Vergleich mit den Vorjahreskatalogen.

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

Abbildung 2: Vergleich Katalogeffekt

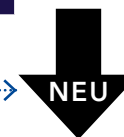
Die Finanzierung der Pflege wird von der Zahl der Fälle und deren Erlösen abgekoppelt und als Jahresbudget ausgezahlt. Abgerechnet werden die Pflegekostenanteile nicht separat, sondern mit einem DRG-Bezug. Ein hoher Pflegeaufwand in einer Leistung wird höher vergütet (Pflegebewertungsrelation). Formal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

DRG-KATALOG 2019

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

aG-DRG-KATALOG AB 2020

„SPALTENLÖSUNG“



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

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

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

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

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

ERLÖSBETRACHTUNG IM aG-DRG SYSTEM 2023

(Rumpf)DRG-Abrechnung

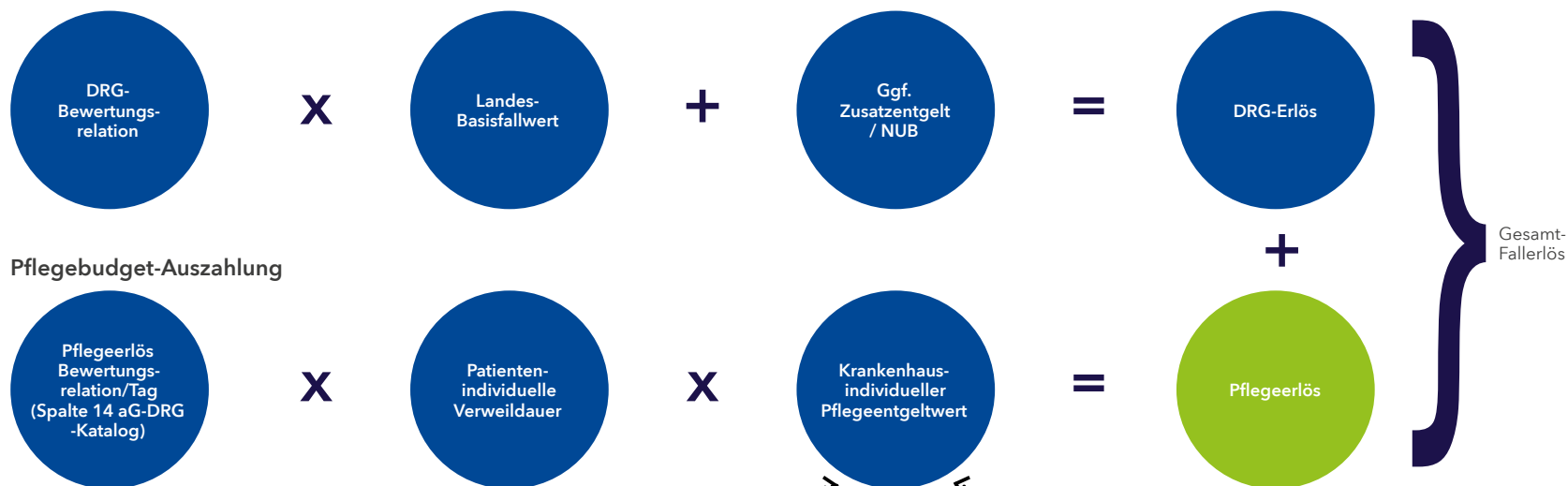


Abbildung 4: Erlösbetrachtung im aG-DRG System 2023

Vorwort

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

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

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



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

WESENTLICHE ÄNDERUNGEN IN KURZFORM

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

2.4 Seit 2018: Explizite DRGs für die Implantation / den Wechsel von Neurostimulatoren

Bitte beachten Sie auch in Ihrer Budgetverhandlung, dass die Methode mit den nachfolgenden expliziten DRGs vergütet wird:

z.B. bei Hauptdiagnose:
R15 Stuhlinkontinenz

Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulations-
elektroden bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane

G13A	ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems
-------------	--

G13B	mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems
-------------	---

z.B. bei Hauptdiagnose:
T85.1 Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems

Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neuro-
stimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems

B19A	mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators
-------------	--

B19B	mit Implantation oder Wechsel eines permanenten oder temporären Elektrodensystems
-------------	---

B19C	ohne Implantation oder Wechsel von Neurostimulatoren und Elektrodensystemen
-------------	---

2.5 Wichtige OPS-Kodes

KODIERMÖGLICHKEIT FÜR InterStim™ Micro

- 5-059.c** Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode
- 5-059.ce** Einkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator
Exkl.: Implantation oder Wechsel spezieller Neurostimulationssysteme (5-059.c4 bis 5-059.cb)
- 5-059.d** Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode
- 5-059.de** Einkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator
Exkl.: Wechsel spezieller Neurostimulationssysteme (5-059.d4 bis 5-059.db)
- 5-059.g** Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode
- 5-059.g5** Einkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

3. Abbildung im aG-DRG-System 2023

Auszug aus den relevanten DRGs und ZE
(Zusatzentgelte) für 2023

Bundeseinheitliche Zusatzentgelte 2023
Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators

Verfahrensweise mit Tined Lead
Permanente Elektrode

Wechsel oder Revision von Neurostimulations-
elektroden und Explantation eines Neurostimulators
nach z.B. Wirkverlust

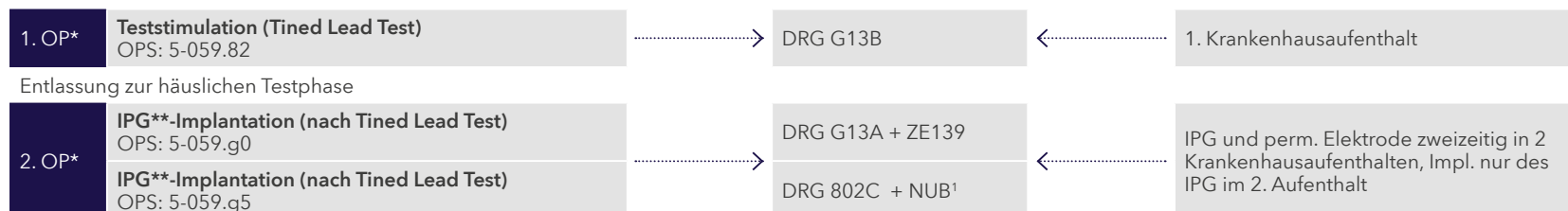
Wechsel oder Revision von Neurostimulations-
elektroden und Neurostimulatoren
bei Komplikationen

Tabellarische Übersicht
über die Gesamterlöse 2023

Grafische Übersicht
der Zu- und Abschlagsberechnung

3.1 Auszug aus den relevanten DRGs und ZE (Zusatzentgelte) für 2023

ZWEIZEITIGER EINGRIFF MIT TESTSTIMULATION MITTELS PERMANENTER ELEKTRODE AM BEISPIEL ICD R15



ELEKTRODEN-EXPLANTATION NACH ERFOLGLOSER TESTSTIMULATION AM BEISPIEL ICD R15



ELEKTRODEN-REVISION AM BEISPIEL ICD T85.1



AGGREGATSWECHSEL AM BEISPIEL ICD R15



AGGREGATSWECHSEL AM BEISPIEL ICD T85.1



* OP = Eingriff (zweiter Eingriff erfolgt innerhalb eines zweiten stationären Aufenthaltes nach häuslicher Testphase),

** IPG = Impulsgenerator (Neurostimulator)

¹ Muss angefragt und verhandelt werden, nähere Informationen siehe Broschüre: „KODIERUNG UND VERGÜTUNG NUB LEISTUNG InterStim™ Micro“

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

3.2 Bundeseinheitliche Zusatzentgelte 2023: Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators, z.B. InterStim™ II und SureScan® MRI Tined Lead

ZE	Beschreibung	Erlöse ZE 2023
ZE138	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalsystem, mit Sondenimplantation	7.215,32 €
ZE139	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalsystem, ohne Sondenimplantation	5.379,55 €
FÜR InterStim™ Micro, MRT-FÄHIGER EINKANALSTIMULATOR, WIEDERAUFLADBAR		
NUB ¹	lfd. Nummer 279 aus 2023	?



¹ Muss angefragt und verhandelt werden, nähere Informationen siehe Broschüre: „KODIERUNG UND VERGÜTUNG NUB LEISTUNG InterStim™ Micro“

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

3.3 Verfahrensweise mit SureScan® MRI Tined Lead permanente Elektrode

Teststimulation mit permanenter Elektrode

Kode	Text			
Hauptdiagnose				
R15	Stuhlinkontinenz			
Prozeduren				
5-059.82	Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems: Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode			
DRG	Text	Relativgewicht		
G13B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems	1,376		
DRG-Erlös*		5.504,00 €		
Mittlerer Verweilauer	1. Tag mit Abschlag	Untere GVD	Obere GVD	1. Tag mit Zuschlag
2,5	1	2	4	5



Pflege-Relativgewicht: 0,7745

Implantation eines Neurostimulators, **nicht wiederaufladbar**, während des zweiten stationären Aufenthaltes, z.B. InterStim™ II, MRT-fähig

Kode	Text			
Hauptdiagnose				
R15	Stuhlinkontinenz			
Prozeduren				
5-059.g0	Implantation eines vollimplantierbaren, nicht wiederaufladbaren Einkanalstimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode			
DRG	Text	Relativgewicht		
G13A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems	0,989		
DRG-Erlös*		3.956,00 €		
zzgl. ZE	ZE 139 (IPG Implantation)	5.379,55 €		
DRG + ZE		9.335,55 €		
Mittlerer Verweilauer	1. Tag mit Abschlag	Untere GVD	Obere GVD	1. Tag mit Zuschlag
2,3	1	2	3	4



Pflege-Relativgewicht: 0,8238

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 = 4.000,00 € (weitere Infos)



Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

Implantation eines Neurostimulators, **wiederaufladbar**, während des zweiten stationären Aufenthaltes, z.B. Inter- Stim™ Micro, MRT-fähig

Kode	Text
Hauptdiagnose	

R15 Stuhlinkontinenz

Prozeduren

5-059.g5 Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode, Einkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator

DRG	Text	Relativgewicht
802C	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne mäßig komplexe OR-Prozedur	1,584

DRG-Erlös* 6.336,00 €

zzgl. NUB¹

Mittlerer Verweilauer	1. Tag mit Abschlag	Untere GVD	Obere GVD	1. Tag mit Zuschlag
12,2	3	4	25	26



Pflege-Relativgewicht: 0,8651

¹ Muss angefragt und verhandelt werden, nähere Informationen siehe Broschüre „KODIERUNG UND VERGÜTUNG NUB LEISTUNG InterStim™ Micro“

Elektroden-Explantation nach erfolgloser Teststimulation

Kode	Text
Hauptdiagnose	

R15 Stuhlinkontinenz

Prozeduren

5-059.a0 Entfernung von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems: Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Eine Elektrode

DRG	Text	Relativgewicht
G11B	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter außer bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 5 Jahre	0,597

DRG-Erlös* 2.388,00 €

Mittlerer Verweilauer	1. Tag mit Abschlag	Untere GVD	Obere GVD	1. Tag mit Zuschlag
3,3	1	2	7	8



Pflege-Relativgewicht: 0,7659

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 = 4.000,00 € (weitere Infos)



Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

Wechsel eines Neurostimulators, **nicht wiederaufladbar** bei Batterieerschöpfung, z.B. InterStim™ II, MRT-fähig

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
R15	Stuhlinkontinenz	
Prozeduren		
5-059.d0	Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	
DRG	Text	Relativgewicht
G13A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems	0,989
DRG-Erlös*		3.956,00 €
zzgl. ZE	ZE 139 (IPG Wechsel)	5.379,55 €
DRG + ZE		9.335,55 €
Mittlerer Verweilauer	1. Tag mit Abschlag	Untere GVD
Obere GVD	1. Tag mit Zuschlag	
2,3	1	2
3	4	



Pflege-Relativgewicht: 0,8238

Bei Aufnahme des Patienten zum Aggregatwechsel eines Neurostimulators wegen Batterieerschöpfung im zu erwartenden Zeitfenster ist die zugrundeliegende Erkrankung als Hauptdiagnose zu kodieren. Eine Batterieerschöpfung im zu erwartenden Zeitfenster ist keine Komplikation im medizinischen Sinne (**analog zu SEG 4-Kodierempfehlung 521**).

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 = 4.000,00 € ([weitere Infos](#))



[Weitere Infos siehe hier](#)

3.4 Wechsel oder Revision von Neurostimulationselektroden oder Explantation eines Neurostimulators nach **z.B. Wirkverlust**

Wechsel der Neurostimulationselektrode, z.B. SureScan® MRI Tined Lead

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
R15	Stuhlinkontinenz	
Prozeduren		
5-059.82	Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems: Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode	
DRG	Text	Relativgewicht
G13B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems	1,376
DRG-Erlös*		5.504,00 €

Mittlerer Verweilauer	1. Tag mit Abschlag	Untere GVD	Obere GVD	1. Tag mit Zuschlag
2,5	1	2	4	5

 **Pflege-Relativgewicht: 0,7745**

Die Groupierung eines Wechsels oder einer Revision von Neurostimulationselektroden ist von der Hauptdiagnose abhängig.

Erfolgt der Wechsel oder die Revision aufgrund eines Wirkverlustes, der nicht durch eine (mechanische) Komplikation verursacht ist, dann ist die entsprechende Hauptdiagnose der zugrunde liegenden Erkrankung (z.B. R15) zu kodieren. In diesem Fall erfolgt die Vergütung für den Wechsel der Neurostimulationselektrode über die DRG G13B und die DRG G11B für die Revision der Elektrode bzw. die Explantation eines Neurostimulationssystems.

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 = 4.000,00 € ([weitere Infos](#))

 [Weitere Infos siehe hier](#)

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

Revision der Neurostimulationselektrode

Kode	Text
Hauptdiagnose	
R15	Stuhlinkontinenz
Prozeduren	

5-059.90 Revision von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems: **Eine Elektrode**

DRG	Text	Relativgewicht
G11B	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter außer bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 5 Jahre	0,597
DRG-Erlös*		2.388,00 €

Mittlerer Verweilauer	1. Tag mit Abschlag	Untere GVD	Obere GVD	1. Tag mit Zuschlag
3,3	1	2	7	8



Pflege-Relativgewicht: 0,7659

Explantation eines Neurostimulationssystems

Kode	Text
Hauptdiagnose	
R15	Stuhlinkontinenz
Prozeduren	

5-059.2 Entfernen eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems

5-059.a0 Entfernung von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems: **Eine Elektrode**

DRG	Text	Relativgewicht
G11B	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter außer bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 5 Jahre	0,597
DRG-Erlös*		2.388,00 €

Mittlerer Verweilauer	1. Tag mit Abschlag	Untere GVD	Obere GVD	1. Tag mit Zuschlag
3,3	1	2	7	8



Pflege-Relativgewicht: 0,7659

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 = 4.000,00 € (weitere Infos)



Weitere Infos siehe hier

3.5 Wechsel oder Revision von Neurostimulationselektroden und Neurostimulatoren bei **Komplikationen**

Wechsel einer Elektrode

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
T85.1	Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems	
Prozeduren		
5-059.82	Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems: Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode	
DRG	Text	Relativgewicht
B19B	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines permanenten oder temporären Elektrodensystems	1,437
DRG-Erlös*		5.748,00 €

Mittlerer Verweilauer	1. Tag mit Abschlag	Untere GVD	Obere GVD	1. Tag mit Zuschlag
3,2	1	2	7	8

! Pflege-Relativgewicht: 0,8203

Die Groupierung des Wechsels oder der Revision von Neurostimulationselektroden und/oder Neurostimulatoren ist von der Hauptdiagnose abhängig.

Wird der Wechsel oder die Revision aufgrund einer Komplikation (reaktionell aufgeführt unter T82.0) durchgeführt, dann ist die Hauptdiagnose T85.1 (Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems) zu kodieren. In diesem Fall erfolgt die Vergütung über die DRG B19B. Beim Wechsel eines Neurostimulators wird zusätzlich das ZE139 ausgelöst. Diese Hauptdiagnose ist bei Elektrodenkomplikationen analog zu verwenden.

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 = 4.000,00 € (weitere Infos)

! Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

Wechsel eines Einkanal-Neurostimulators, **nicht wiederaufladbar**, z.B. InterStim™ II MRT-fähig

Kode	Text
Hauptdiagnose	

T85.1 Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems

Prozeduren	
------------	--

5-059.d0 Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode, Einkanalstimulator, vollimplantierbar, **nicht wiederaufladbar**

DRG	Text	Relativgewicht
B19A	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators	1,338

DRG-Erlös* 5.352,00 €

zzgl. ZE ZE 139 5.379,55 €

DRG + ZE 10.731,55 €

Mittlerer Verweilauer	1. Tag mit Abschlag	Untere GVD	Obere GVD	1. Tag mit Zuschlag
3,2	1	2	7	8



Pflege-Relativgewicht: 0,8986

Wechsel eines Einkanal-Neurostimulators, **wiederaufladbar**, z.B. InterStim™ Micro MRT-fähig

Kode	Text
Hauptdiagnose	

T85.1 Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems

Prozeduren	
------------	--

5-059.de Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems **ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode, Einkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator**

DRG	Text	Relativgewicht
B05Z	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom oder kleine Eingriffe an den Nerven	0,487

DRG-Erlös* 1.948,00 €

zzgl. NUB¹

Mittlerer Verweilauer	1. Tag mit Abschlag	Untere GVD	Obere GVD	1. Tag mit Zuschlag
2,4	1	2	4	5



Pflege-Relativgewicht: 0,8738

¹ Muss angefragt und verhandelt werden, nähere Informationen siehe Broschüre „KODIERUNG UND VERGÜTUNG NUB LEISTUNG InterStim™ Micro“

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 = 4.000,00 € (weitere Infos)



Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

Revision von Elektroden bzw. eines Neurostimulators

Kode	Text
Hauptdiagnose	

T85.1 Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems

Prozeduren

5-059.1 Revision eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems

5-059.90 Revision von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems: **Eine Elektrode**

DRG	Text	Relativgewicht
B19C	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Implantation oder Wechsel von Neurostimulatoren und Elektrodensystemen	0,784

DRG-Erlös* 3.136,00 €

Mittlerer Verweilauer	1. Tag mit Abschlag	Untere GVD	Obere GVD	1. Tag mit Zuschlag
3,1	1	2	6	7



Pflege-Relativgewicht: 0,8213

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 = 4.000,00 € (weitere Infos)



Weitere Infos siehe hier

3.6 Tabellarische Übersicht über die Gesamterlöse 2023

TESTUNG/IMPLANTATION/WECHSEL INTERSTIM™-THERAPIE BEI STUHLINKONTINENZ

Beschreibung	ICD	OPS	DRG	Bewertungsrelation	1. Tag mit Abschlag	ZE	Σ Erlöse (DRG +ZE)*	Pflegeerlös Bew.rel./Tag
Teststimulation mit permanenter Elektrode	R15	5-059.82	G13B	1,376	1	nein	5.504,00 €	0,7745
Teststimulation mit temporärer/n Elektrode(n)		5-059.80 oder 5-059.81	G11B	0,597	1	nein	2.388,00 €	0,7659
Implantation eines Einkanalneurostimulators nach Tined Lead Test		5-059.g0	G13A	0,989	1	ZE139	9.335,55 €	0,8238
		5-059.g5	802C	1,584	3	NUB¹	?	0,8651
Implantation eines Einkanalneurostimulators nach PNE-Test		5-059.c0	G13A	0,989	1	ZE138	11.171,32 €	0,8238
		5-059.ce	G13B	1,376	1	NUB¹	?	0,7745
Wechsel Einkanalneurostimulator**		5-059.d0	G13A	0,989	1	ZE139	9.335,55 €	0,8238
		5-059.de	802C	1,584	3	NUB¹	?	0,8651

¹ Muss angefragt und verhandelt werden, nähere Informationen siehe Broschüre „KODIERUNG UND VERGÜTUNG NUB LEISTUNG InterStim™ Micro“

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 = 4.000,00 € ([weitere Infos](#))

** Bei Aufnahme des Patienten zum Aggregatwechsel eines Neurostimulators wegen Batterieerschöpfung im zu erwartenden Zeitfenster ist die zugrundeliegende Erkrankung als Hauptdiagnose zu kodieren. Eine Batterieerschöpfung im zu erwartenden Zeitfenster ist keine Komplikation im medizinischen Sinne (analog zu SEG 4-Kodierempfehlung 521).

 [Weitere Infos siehe hier](#)

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

WECHSEL, REVISION ODER EXPLANTATION AUFGRUND VON Z.B. **WIRKVERLUST ODER ERFOLGLOSER TESTSTIMULATION**

Beschreibung	ICD	OPS	DRG	Bewertungsrelation	1. Tag mit Abschlag	ZE	Σ Erlöse (DRG + ZE)*	Pflegeerlös Bew.rel./Tag
Wechsel von einer Neurostimulationselektrode	R15	5-059.82	G13B	1,376	1	nein	5.504,00 €	0,7745
Revision einer Neurostimulationselektrode		5-059.90	G11B	0,597	1	nein	2.388,00 €	0,7659
Explantation eines Neurostimulationssystems		5-059.2 und 5-059.a0	G11B	0,597	1	nein	2.388,00 €	0,7659
Explantation Elektrode nach erfolgloser Teststimulation		5-059.a0	G11B	0,597	1	nein	2.388,00 €	0,7659

WECHSEL BZW. REVISION AUFGRUND EINER TECHNISCHEN BZW. MECHANISCHEN **KOMPLIKATION***

Beschreibung	ICD	OPS	DRG	Bewertungsrelation	1. Tag mit Abschlag	ZE	Σ Erlöse (DRG + ZE)*	Pflegeerlös Bew.rel./Tag
Wechsel Einkanalneurostimulator, nicht wieder-aufladbar	T85.1	5-059.d0	B19A	1,338	1	ZE139	10.731,55 €	0,8986
Wechsel Einkanalneurostimulator, wiederaufladbar		5-059.de	B05Z	0,487	1	NUB ¹	?	0,8738
Wechsel von einer Neurostimulationselektrode		5-059.82	B19B	1,437	1	nein	5.748,00 €	0,8203
Revision eines Neurostimulators		5-059.1	B19C	0,784	1	nein	3.136,00 €	0,8213
Revision von Neurostimulationselektroden		5-059.90	B19C	0,784	1	nein	3.136,00 €	0,8213

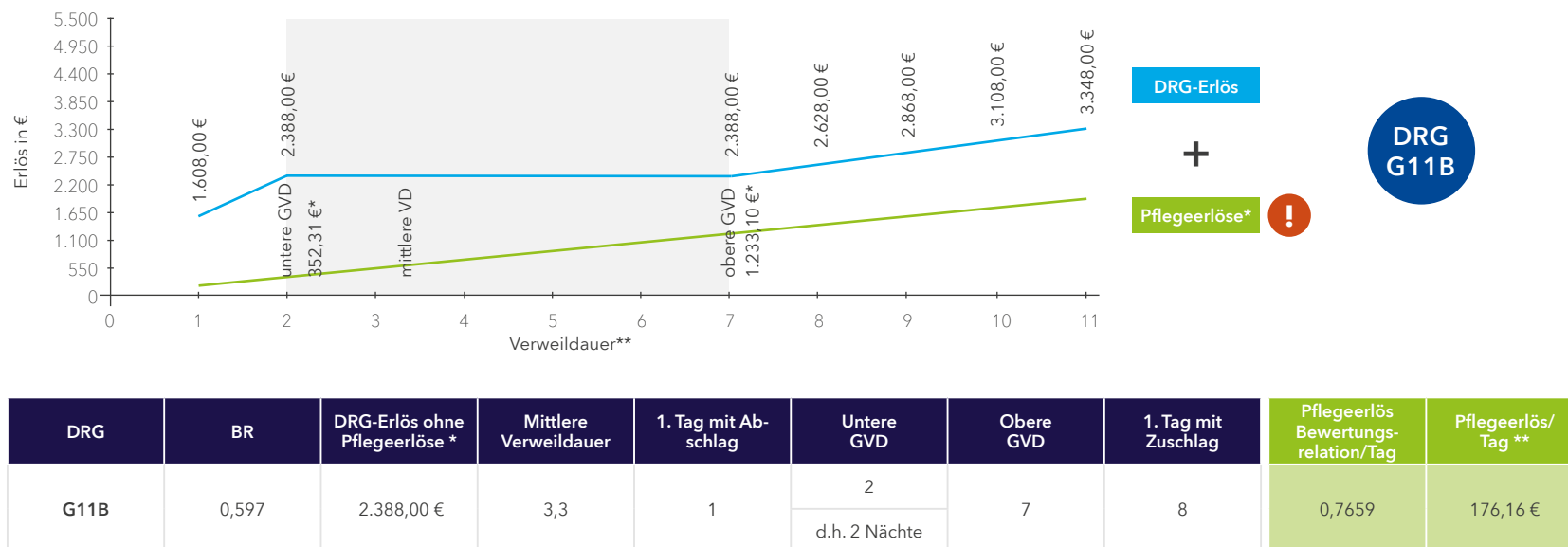
¹ Muss angefragt und verhandelt werden, nähere Informationen siehe Broschüre „KODIERUNG UND VERGÜTUNG NUB LEISTUNG InterStim™ Micro“

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 = 4.000,00 € (weitere Infos)

 [Weitere Infos siehe hier](#)

3.7 Grafische Übersicht der Zu- und Abschlagsberechnung

DRG G11B Z.B. ELEKTRODEN-EXPLANTATION NACH ERFOLGLOSER TESTSTIMULATION



! **FORMEL:** Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag x patientenindividueller Verweildauer x Pflegeentgeltwert (hier beispielhaft 230,00 €).

Da vor der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 KHEntG noch nicht berechnet werden kann, ist bis dahin nach Satz 1 ersatzweise ein Betrag in Höhe von 230,00 € abzurechnen. Dies ist nur der vorläufige tagesbezogene Pflegeentgeltwert bis zur Pflegebudgetvereinbarung. Nach akzeptiertem Testat des KH-Betriebsprüfers zum Pflegebudget wird dann am Ende des KH-Geschäftsjahres mit der Jahrespflegeerlössumme abgeglichen. Danach erfolgt ein Ausgleich des Pflegebudgets zu 100% gemäß Selbstkostendeckungsprinzip.

Bitte geben Sie den Begriff „Sachkostenfinanzierung ag drg“ in das Suchfeld der Internetseite des Bundesverbandes Medizinprodukte e.V. ein und erhalten Sie weiterführende Hinweise zum Thema:
<https://www.bvmed.de/de/startseite>

¹ Aufnahme- und Entlassungstag = 1 Belegungstag

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 = 4.000,00 € (weitere Infos)

** Siehe Kapitel „Ergänzende Hinweise zur Leistungserbringung“

! Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

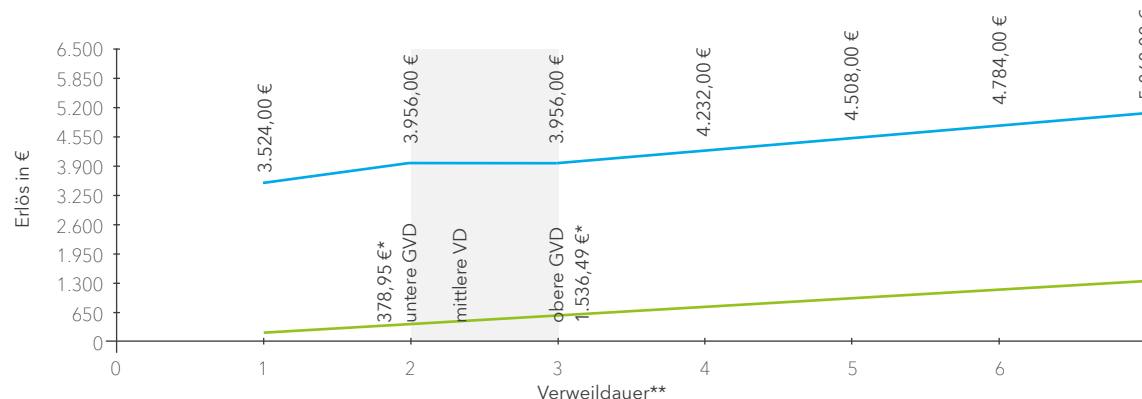
Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

DRG G13A, Z.B. IMPLANTATION EINES NEUROSTIMULATORS



DRG-Erlös

+

Pflegeerlöse*



DRG
G13A

DRG	BR	DRG-Erlös ohne Pflegeerlöse *	Mittlere Verweildauer	1. Tag mit Ab- schlag	Untere GVD	Obere GVD	1. Tag mit Zuschlag	Pflegeerlös Bewertungs- relation/Tag	Pflegeerlös/ Tag **
G13A	0,989	3.956,00 €	2,3	1	2 d.h. 2 Nächte	3	4	0,8238	189,47 €



FORMEL: Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag x patientenindividueller Verweildauer x Pflegeentgeltwert (hier beispielhaft 230,00 €).

Da vor der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 KHEntG noch nicht berechnet werden kann, ist bis dahin nach Satz 1 ersatzweise ein Betrag in Höhe von 230,00 € abzurechnen. Dies ist nur der vorläufige tagesbezogene Pflegeentgeltwert bis zur Pflegebudgetvereinbarung. Nach akzeptiertem Testat des KH-Betriebsprüfers zum Pflegebudget wird dann am Ende des KH-Geschäftsjahres mit der Jahrespflegeerlössumme abgeglichen. Danach erfolgt ein Ausgleich des Pflegebudgets zu 100% gemäß Selbstkostendeckungsprinzip.

Bitte geben Sie den Begriff „Sachkostenfinanzierung ag drg“ in das Suchfeld der Internetseite des Bundesverbandes Medizinprodukte e.V. ein und erhalten Sie weiterführende Hinweise zum Thema:
<https://www.bvmed.de/de/startseite>

¹ Aufnahme- und Entlassungstag = 1 Belegungstag

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 = 4.000,00 € (weitere Infos)

** Siehe Kapitel „Ergänzende Hinweise zur Leistungserbringung“



Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

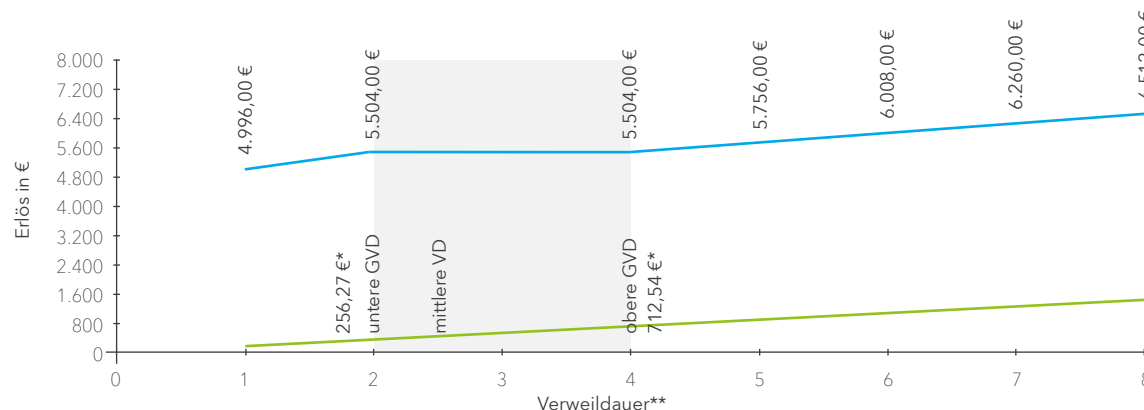
Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

DRG G13B, Z.B. IMPLANTATION EINER NEUROSTIMULATIONSELEKTRODE



DRG-Erlös

+

Pflegeerlöse*

!

DRG
G13B

DRG	BR	DRG-Erlös ohne Pflegeerlöse *	Mittlere Verweildauer	1. Tag mit Ab- schlag	Untere GVD	Obere GVD	1. Tag mit Zuschlag	Pflegeerlös Bewertungs- relation/Tag	Pflegeerlös/ Tag **
G13B	1,376	5.504,00 €	2,5	1	2 d.h. 2 Nächte	4	5	0,7745	178,14 €



FORMEL: Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag x patientenindividueller Verweildauer x Pflegeentgeltwert (hier beispielhaft 230,00 €).

Da vor der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 KHEntG noch nicht berechnet werden kann, ist bis dahin nach Satz 1 ersatzweise ein Betrag in Höhe von 230,00 € abzurechnen. Dies ist nur der vorläufige tagesbezogene Pflegeentgeltwert bis zur Pflegebudgetvereinbarung. Nach akzeptiertem Testat des KH-Betriebsprüfers zum Pflegebudget wird dann am Ende des KH-Geschäftsjahres mit der Jahrespflegeerlössumme abgeglichen. Danach erfolgt ein Ausgleich des Pflegebudgets zu 100% gemäß Selbstkostendeckungsprinzip.

Bitte geben Sie den Begriff „Sachkostenfinanzierung ag drg“ in das Suchfeld der Internetseite des Bundesverbandes Medizinprodukte e.V. ein und erhalten Sie weiterführende Hinweise zum Thema: <https://www.bvmed.de/de/startseite>

¹ Aufnahme- und Entlassungstag = 1 Belegungstag

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 = 4.000,00 € (weitere Infos)

** Siehe Kapitel „Ergänzende Hinweise zur Leistungserbringung“



Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

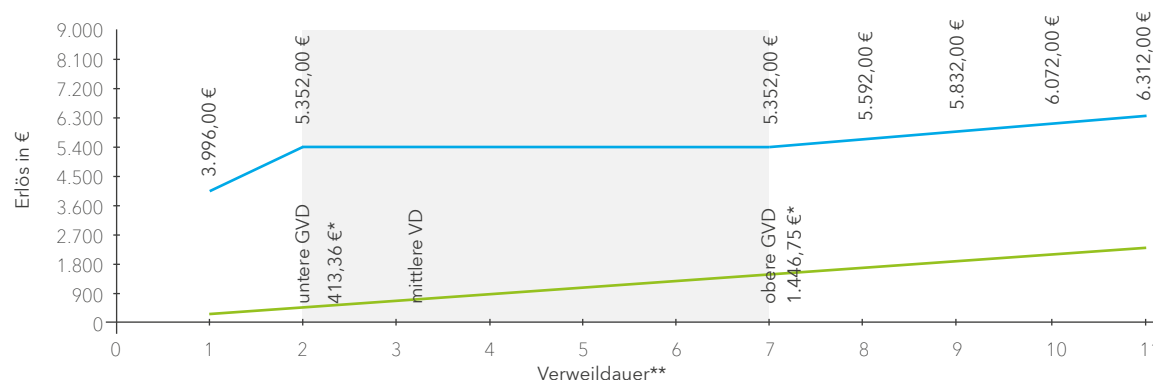
Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

DRG B19A, Z.B. WECHSEL EINES NEUROSTIMULATORS AUFGRUND EINER TECHNISCHEN BZW. MECHANISCHEN KOMPLIKATION, Z.B. INTERSTIM™ II MRT-FÄHIG



DRG-Erlös

+

Pflegeerlöse*



DRG
B19A

DRG	BR	DRG-Erlös ohne Pflegeerlöse *	Mittlere Verweildauer	1. Tag mit Ab- schlag	Untere GVD	Obere GVD	1. Tag mit Zuschlag	Pflegeerlös Bewertungs- relation/Tag	Pflegeerlös/ Tag **
B19A	1,338	5.352,00 €	3,2	1	2 d.h. 2 Nächte	7	8	0,8986	206,68 €



FORMEL: Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag x patientenindividueller Verweildauer x Pflegeentgeltwert (hier beispielhaft 230,00 €).

Da vor der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 KHEntG noch nicht berechnet werden kann, ist bis dahin nach Satz 1 ersatzweise ein Betrag in Höhe von 230,00 € abzurechnen. Dies ist nur der vorläufige tagesbezogene Pflegeentgeltwert bis zur Pflegebudgetvereinbarung. Nach akzeptiertem Testat des KH-Betriebsprüfers zum Pflegebudget wird dann am Ende des KH-Geschäftsjahres mit der Jahrespflegeerlössumme abgeglichen. Danach erfolgt ein Ausgleich des Pflegebudgets zu 100% gemäß Selbstkostendeckungsprinzip.

Bitte geben Sie den Begriff „Sachkostenfinanzierung ag drg“ in das Suchfeld der Internetseite des Bundesverbandes Medizinprodukte e.V. ein und erhalten Sie weiterführende Hinweise zum Thema:
<https://www.bvmed.de/de/startseite>

¹ Aufnahme- und Entlassungstag = 1 Belegungstag

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 = 4.000,00 € (weitere Infos)

** Siehe Kapitel „Ergänzende Hinweise zur Leistungserbringung“



Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

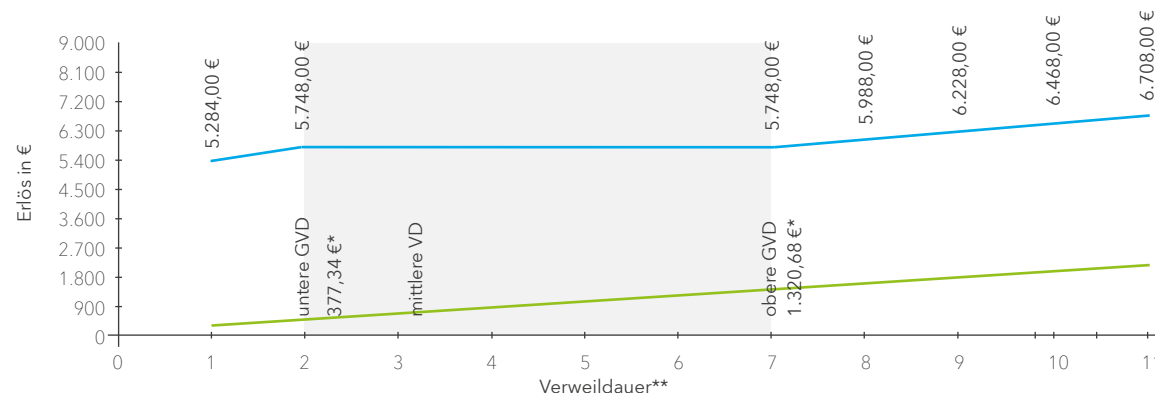
Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

DRG B19B, Z.B. WECHSEL VON EINER ODER ZWEI NEUROSTIMULATIONSELEKTRODE(N) BEI EINER TECHNISCHEN BZW. MECHANISCHEN KOMPLIKATION



DRG-Erlös

+

Pflegeerlöse*

DRG
B19B

DRG	BR	DRG-Erlös ohne Pflegeerlöse *	Mittlere Verweildauer	1. Tag mit Ab- schlag	Untere GVD	Obere GVD	1. Tag mit Zuschlag	Pflegeerlös Bewertungs- relation/Tag	Pflegeerlös/ Tag **
B19B	1,437	5.748,00 €	3,2	1	2 d.h. 2 Nächte	7	8	0,8203	188,67 €



FORMEL: Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag x patientenindividueller Verweildauer x Pflegeentgeltwert (hier beispielhaft 230,00 €).

Da vor der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 KHEntg noch nicht berechnet werden kann, ist bis dahin nach Satz 1 ersatzweise ein Betrag in Höhe von 230,00 € abzurechnen. Dies ist nur der vorläufige tagesbezogene Pflegeentgeltwert bis zur Pflegebudgetvereinbarung. Nach akzeptiertem Testat des KH-Betriebsprüfers zum Pflegebudget wird dann am Ende des KH-Geschäftsjahres mit der Jahrespflegeerlössumme abgeglichen. Danach erfolgt ein Ausgleich des Pflegebudgets zu 100% gemäß Selbstkostendeckungsprinzip.

Bitte geben Sie den Begriff „Sachkostenfinanzierung ag drg“ in das Suchfeld der Internetseite des Bundesverbandes Medizinprodukte e.V. ein und erhalten Sie weiterführende Hinweise zum Thema: <https://www.bvmed.de/de/startseite>

¹ Aufnahme- und Entlassungstag = 1 Belegungstag

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 = 4.000,00 € (weitere Infos)

** Siehe Kapitel „Ergänzende Hinweise zur Leistungserbringung“



Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

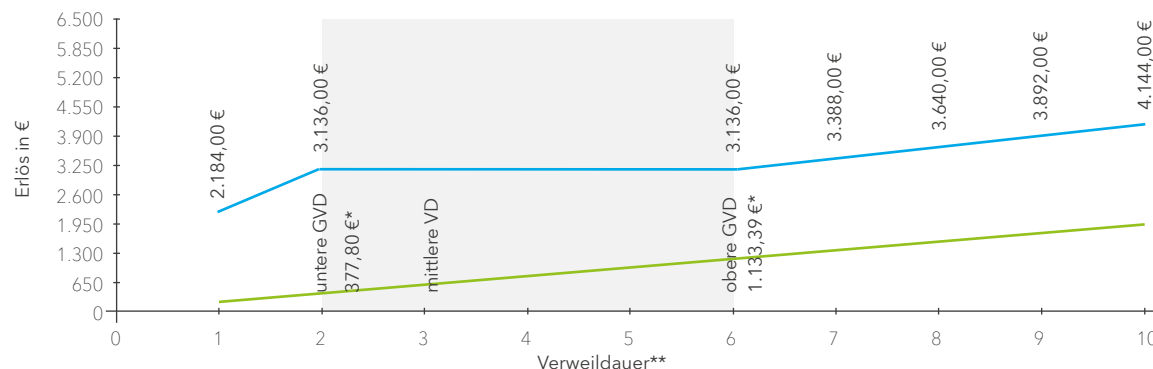
Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

DRG B19C, Z.B. REVISION EINES NEUROSTIMULATORS UND/ODER EINER NEUROSTIMULATIONSELEKTRODE AUFGRUND EINER TECHNISCHEN BZW. MECHANISCHEN KOMPLIKATION



DRG-Erlös
+
Pflegeerlöse*

DRG
B19C

DRG	BR	DRG-Erlös ohne Pflegeerlöse *	Mittlere Verweildauer	1. Tag mit Abschlag	Untere GVD	Obere GVD	1. Tag mit Zuschlag	Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag	Pflegeerlös/Tag **
B19C	0,784	3.136,00 €	3,1	1	2 d.h. 2 Nächte	6	7	0,8213	188,90 €



FORMEL: Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag x patientenindividueller Verweildauer x Pflegeentgeltwert (hier beispielhaft 230,00 €).

Da vor der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 KHEntG noch nicht berechnet werden kann, ist bis dahin nach Satz 1 ersatzweise ein Betrag in Höhe von 230,00 € abzurechnen. Dies ist nur der vorläufige tagesbezogene Pflegeentgeltwert bis zur Pflegebudgetvereinbarung. Nach akzeptiertem Testat des KH-Betriebsprüfers zum Pflegebudget wird dann am Ende des KH-Geschäftsjahres mit der Jahrespflegeerlössumme abgeglichen. Danach erfolgt ein Ausgleich des Pflegebudgets zu 100% gemäß Selbstkostendeckungsprinzip.

Bitte geben Sie den Begriff „Sachkostenfinanzierung ag drg“ in das Suchfeld der Internetseite des Bundesverbandes Medizinprodukte e.V. ein und erhalten Sie weiterführende Hinweise zum Thema: <https://www.bvmed.de/de/startseite>

¹ Aufnahme- und Entlassungstag = 1 Belegungstag

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 = 4.000,00 € (weitere Infos)

** Siehe Kapitel „Ergänzende Hinweise zur Leistungserbringung“



Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

4. Ergänzende Hinweise

InterStim™ SureScan™

Zusatzkodes für Ganzkörper-MRT-fähige Systeme

ICD-10-Kodierung von mechanischen Komplikationen

Behandlungspfad

4.1 InterStim™ SureScan®

Am 13. Januar 2020 hat Medtronic die CE-Zulassung der neuen InterStim™ SureScan®-Technologie bekanntgegeben, die für Ganzkörper-MRT-Untersuchungen* bei 1.5 und 3 Tesla geeignet sind.

Interstim™ X / InterStim™ II / InterStim™ Micro & SureScan® Tined Leads

Die sakrale Neuromodulation mit der InterStim™-Therapie ist für die Behandlung der refraktären überaktiven Blase, nicht-obstruktiven Retention und Stuhlinkontinenz indiziert.

MRT-Untersuchungen sind in den letzten Jahren noch weiter zum Standard bei der Diagnostik vieler Erkrankungen geworden. Mit mehr als 10 Millionen MRT-Untersuchungen pro Jahr in Deutschland ist diese Diagnoseform aus dem medizinischen Alltag nicht mehr wegzudenken. Bis vor kurzem waren Patienten mit Rückenmarkstimulationssystemen (SCS – Spinal Cord Stimulation) und Neurostimulationssystemen zur tiefen Hirnstimulation von Untersuchungen mit Ganzkörper-MRTs* ausgeschlossen, weil neben dem Risiko eines Geräteausfalls auch die Gefahr der Erwärmung an der epidural oder der stereotaktisch platzierten Elektrodenspitze bestand. Dies hat sich mit Einführung der SureScan®-Neurostimulationssysteme im März 2013 und mit der Zulassung der o.a. Neurostimulationssysteme zur tiefen Hirnstimulation in 2015 geändert. Patienten mit SureScan®-Neurostimulator und den zugehörigen neuen Vectris-Elektroden können ebenso wie Patienten mit den o.a. Neurostimulationssystemen zur tiefen Hirnstimulation MRT-Untersuchungen erhalten.*

Auch für die sakrale Neuromodulation mit der InterStim™-Therapie liegen seit Januar 2020 MRT-kompatible Devices* - basierend auf der SureScan®-Technologie - vor.

Aus unserer Sicht sollten alle Patienten mit MRT-kompatiblen* Implantaten zur Neurostimulation versorgt werden, um Ihnen den Zugang zu MRT-Diagnostik weiterhin zu ermöglichen. Für die bei dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) beantragte OPS-Differenzierung wurden ab dem Jahr 2014 zwei Zusatzcodes für die Verwendung dieser innovativen Elektroden und Impulsgeneratoren für die epidurale Rückenmarkssimulation (SCS) in den OPS-Katalog aufgenommen.

* Nähere Informationen zu den Indikationen, Kontraindikationen, Vorsichtsmaßnahmen, der MRT-Kompatibilität, den MRT-Richtlinien sowie den Warnungen und potenziellen Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte den entsprechenden Produktdokumentationen.

4.2 Anwendung Zusatzkodes für Ganzkörper-MRT-fähige Systeme*

BEISPIEL: ELEKTRODENIMPLANTATION, Z.B. MEDTRONIC ELEKTRODENIMPLANTATION

Elektrode(n) OPS	Zusatzkode Ganzkörper-MRT-fähig* OPS
5-059.82 Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode oder 5-059.83 Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden	5-934.4 Eine oder mehrere permanente Elektroden zur Neurostimulation, Ganzkörper-MRT-fähig

BEISPIEL: SYSTEMIMPLANTATION, Z.B. MEDTRONIC SYSTEMIMPLANTATION

Stimulator OPS	Zusatzkode Stimulator OPS	Elektrode(n) OPS	Zusatzkode Elektrode(n) OPS
5-059.c0 Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode, Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar, Exkl.: Implantation oder Wechsel spezieller Neurostimulationssysteme (5-059.c4 bis 5-059.cb), z.B. InterStim™ II und SureScan® MRI Tined Lead	5-934.3 Neurostimulator, Ganzkörper-MRT-fähig	5-059.82 Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode oder 5-059.83 Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden	5-934.4 Eine oder mehrere permanente Elektroden zur Neurostimulation, Ganzkörper-MRT-fähig

BEISPIEL: STIMULATORWECHSEL, Z.B. MEDTRONIC STIMULATORWECHSEL

Stimulator OPS	Zusatzkode Stimulator OPS
5-059.d0 Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	5-934.3 Neurostimulator, Ganzkörper-MRT-fähig

* Nähere Informationen zu den Indikationen, Kontraindikationen, Vorsichtsmaßnahmen, der MRT-Kompatibilität, den MRT-Richtlinien sowie den Warnungen und potenziellen Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte den entsprechenden Produktdokumentationen.

4.3 ICD-10 Kodierung von mechanischen Komplikationen

T85.1 Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems

Die Diagnose T85.1 ist nur dann zu kodieren, wenn der Eingriff aufgrund einer technischen bzw. mechanischen Komplikation nötig ist. Nach Definition in T82.0 gehören hierzu folgende Komplikationen: Fehllage, Leckage, Obstruktion (mechanisch), Perforation, Protrusion und Versagen (mechanisch).

Keine mechanischen Komplikationen sind hingegen:

Batterieerschöpfung im erwarteten Zeitfenster, Wirkverlust der Therapie aus nicht mechanischen Gründen, etc. In diesen Fällen ist die Hauptdiagnose der zugrundeliegenden Erkrankung zu kodieren.

ANMERKUNG ZUM BEGRIFF DER VERWEILDAUER

Die Verweildauer entspricht der Zahl der Belegungstage. Dies sind Aufnahmetag und jeder weitere Tag ohne den Entlassungs- oder Verlegungstag.

Wird ein Patient oder eine Patientin am gleichen Tag aufgenommen und entlassen ist dieser Tag Aufnahmetag, die Verweildauer beträgt dann einen Belegungstag. Von der Berechnung der Verweildauer werden alle Urlaubstage des Patienten ausgeschlossen. (§1 Abs. 7 FPV 2023)

Im Fallpauschalenkatalog ist für jede G-DRG eine durchschnittliche Verweildauer, sowie der 1. Tag mit Abschlag und der 1. Tag mit Zuschlag genannt.

Wichtig hierbei ist die Unterscheidung der Begriffe UGVD (Untere Grenzverweildauer) und OGVD (Obere Grenzverweildauer), welche den Rahmen beschreiben, innerhalb dessen eine DRG noch über die Pauschale vergütet wird und den Angaben zum 1. Tag mit Zu- oder Abschlag, an denen bereits eine Kürzung oder Mehrvergütung des Erlöses erfolgt.



Hinweis: Bitte achten Sie weiterhin darauf, dass die Dokumentation zeitnah im Zusammenhang mit der Behandlung des Patienten erfolgt. Es sollten sämtliche wesentliche Maßnahmen und Ergebnisse lückenlos enthalten sein. (§630f BGB)

4.4 Behandlungspfad

Anlässlich der Stellungnahme zum Beschlussentwurf über die Einschlägigkeit des Verfahrens gemäß 2. Kapitel § 33 Absatz 1 der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses haben die maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften den Behandlungspfad für die Sakrale Neuromodulation wie folgt klargestellt:

„Die SNM-Behandlung erfolgt in mindestens 2 Schritten: Nach akuter Stimulation der sakralen Spinalnerven (S3–4) erfolgt entweder die Probestimulation mittels vorübergehender, nach Abschluss der Teststimulation zu entfernender temporärer Elektroden – sog. perkutaner Nervevaluation – oder mittels einer, bei erfolgreicher Teststimulation zu verbleibenden Ankerelektrode („tined lead“), die subkutan getunnelt mit einem perkutan ausgeleiteten Verbindungskabel zum externen Impulsgeber ausgeführt wird. Der InterStim – PNETest/Tined-lead-Test (siehe Abb. 2, Kahlke 2014) erfolgt stationär.“ (Kahlke 2014)

„Nach einer Testphase von je 2 bis 3 Wochen mit extern angeschlossenem Impulsgeber/Stimulator erfolgt dann bei gegebenem Erfolg die Implantation eines Impulsgebers zur permanenten Stimulation (siehe Abb. 3, Kahlke 2014). Im Fall einer Testung mittels temporärer Elektroden erfolgt die Implantation einer Ankerelektrode und des Impulsgebers, im Fall einer erfolgreichen Testung mittels Ankerelektrode erfolgt nur die ergänzende Implantation eines Impulsgebers.“ (Kahlke 2014)

In Deutschland werden die operativen Eingriffe zur Sakralen Neuromodulation typischerweise in Allgemeinanästhesie durchgeführt, da u.a. bei der örtlichen Betäubung die Gefahr der akzidentellen Infiltration des Zielnervs besteht. (Kahlke 2014)

„Unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie hat eine Gruppe von häufigen Anwendern der Methode einen Behandlungspfad für die Sakralnervenstimulation bei Stuhlinkontinenz veröffentlicht (Kahlke 2014). Das Expertenpanel ist der Meinung, dass die Therapie stationär zu erbringen ist. „Die einhellige Meinung der Expertengruppe ist, dass die Patientengruppe mit einem international vergleichbaren Alter von 55 bis 60 Jahren und einer Leidensdauer von durchschnittlich mehr als 6 Jahren nur eingeschränkt nach einem operativen Eingriff mit einem dann unbekannten technischen Gerät ausschließlich ambulant zu führen ist. Zusätzlich liegt häufig eine der Erkrankung zugrundeliegende erhebliche Komorbidität vor.“ (Kahlke 2014)

„Das Expertenpanel unterstützt ausdrücklich die Einschätzung des Bundessozialgerichts (BSG), dass die stationäre Behandlungsbedürftigkeit durch einen Krankheitszustand gegeben ist, dessen Behandlung den Einsatz besonderer Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht. In diesem Zusammenhang hat das BSG Bedingungen, wie z. B. eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und einen jederzeit präsenten oder rufbereiten Arzt, herausgestellt (BSG 2008, 2009). In Würdigung der komplexen Therapie und Therapieentscheidung sowie der oben dargestellten Patientengruppe sehen die Teilnehmer des Expertenpanels die seitens der BSG geforderten Bedingungen für eine vollstationäre Versorgung als gegeben an, während die Aussicht auf Erfolg der angestrebten Behandlungsziele im ambulanten Setting nicht gegeben erscheint.“

Vorwort

Der Behandlungspfad ist eine Empfehlung, die von der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie (DGK), der Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie (CACP) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) und dem Berufsverband der Coloproktologen Deutschlands (BCD) unterstützt wird.“ (Kahlke 2014)

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

„Der in dieser Publikation beschriebene Behandlungspfad ist übertragbar auf Patienten mit nicht-obstruktiver Retention oder Symptomen einer überaktiven Blase, einschließlich Harninkontinenz und / oder signifikanten Symptomen einer Dringlichkeitshäufung (Urgency-Frequency-Syndrom). Die Behandlung dieser urologischen Patienten erfolgt, abhängig von der patientenindividuellen Situation, ebenfalls stationär in mindestens zwei Schritten.“ (van Ophoven 2018)

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Quelle: Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie e.V. (DGK), der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) und der Medtronic GmbH - https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6515/2020-04-16_137h_BAh-19-004_Sakrale-Neuromodulation_ZD-Anlage.pdf

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

5. Abkürzungsverzeichnis

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



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

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

6. Wichtige Links

Zum Zeitpunkt der Broschüreneerstellung waren noch nicht alle Landesbasisfallwerte für 2023 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/_jcr_content/par/download_180935136/file.res/LBFW_2023.pdf

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 2023 auf der Website des InEK

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

Kodierkataloge auf der Website des BfArM

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

Sachkostenfinanzierung im aG-DRG-System

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

Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)

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

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

Weitere Informationsbroschüren



Kodierung und Vergütung in
der stationären Versorgung



Kodierung und Vergütung
NUB Leistung InterStim™
Micro



Sakrale Neuromodulation
zur Behandlung der refraktä-
ren überaktiven Blase und der
nicht-obstruktiven Retention



OPS Guide
Periphere Nervenstimulation

Die Broschüren erhalten Sie ebenso im Download unter: www.medtronic-reimbursement.de

Die OPS Guides können Sie direkt bei Medtronic bestellen. Senden Sie hierzu bitte einfach eine E-Mail an: rs.dusreimbursement@medtronic.com



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2023

Ergänzende
Hinweise

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

Ihr Ansprechpartner

René Terhalle
Reimbursement & Health Economics

UC202213998a DE © Medtronic GmbH
All Rights Reserved. 03/2023

Rechtlicher Hinweis

Dieses Dokument enthält ausgewählte Beispiele. Medtronic erhebt weder Anspruch auf Vollständigkeit noch Richtigkeit der gemachten Angaben. Entsprechend sind irgendwelche Ansprüche aus diesem Merkblatt gegen Medtronic ausgeschlossen. Medtronic weist darauf hin, dass die Beispiele insbesondere in Bezug auf die erwähnten Diagnosen und TARMED-Positionen nicht vollständig sein kann, da sich jeder Patient unterscheidet. Dieses Merkblatt enthält insbesondere keine Angaben zu allgemeinen Vergütungsfragen oder Therapien anderer Hersteller. Eine vollständige oder auszugsweise Reproduktion ist ohne vorgängige schriftliche Zustimmung von Medtronic verboten.

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.com/ch-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.