



HEALTH ECONOMICS & REIMBURSEMENT



2024

KODIERHILFE
NEUROSTIMULATION

14. AUFLAGE



UNSERE MISSION

Leben Sie nicht einfach nur länger, sondern besser

„Wir von Abbott helfen Menschen, ihr Leben dank einer guten Gesundheit in vollen Zügen zu genießen. Wir arbeiten daran, die Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verbessern und entwickeln weltweit Nahrungsprodukte für Menschen allen Alters. Wir liefern Informationen, die es ermöglichen, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, entwickeln bahnbrechende medizinische Innovationen und arbeiten Tag für Tag an neuen Möglichkeiten, das Leben noch besser zu gestalten.“

UNSER ANLIEGEN

Wir möchten Sie bei Ihrer täglichen Arbeit unterstützen

„Die Abteilung Health Economics und Reimbursement (HE&R) arbeitet jeden Tag daran, den Zugang der Patient:innen zu lebensverbessernden Abbott-Technologien zu gewährleisten und als Teil eines weltweit führenden Unternehmens den Mehrwert für die Patient:innen zu erhöhen und eine Kostenerstattung zu erreichen.“



INHALT

Allgemeine Veränderung für das AG-DRG-System 2024

Krankenhaustransparenzgesetz und Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz	4
Qualitätskriterien der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen	6
Take Home Messages I	8
Ambulantisierung	8
Sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRGs)	9
Bundesbasisfallwert	10
Take Home Messages II	10

Diagnoseschlüssel (ICD)

SCS	11–12
DRG	12
THS	13

Prozedurenschlüssel (OPS)

SCS	14–15
DRG	15
THS	16
Zugänge	17
Nachkontrolle	17

aG-DRGs

SCS / DRG	18
THS	19

Zusatzentgelte (ZE)	20
----------------------------------	----

aG-DRG Gruppierungsbeispiele

SCS	21
DRG	26
THS	30

Minimalinvasive Schmerztherapie

Radiofrequenzablation: Diagnoseschlüssel (ICD)	33
Radiofrequenzablation: Prozedurenschlüssel (OPS)	33
Radiofrequenzablation: aG-DRGs	33
Radiofrequenzablation: aG-DRG Gruppierungsbeispiele	34
Radiofrequenzablation: EBM Abrechnungsbeispiel	36

Fallzusammenführung

Fallzusammenführung	37
Beispiel 1: Wiederaufnahme innerhalb der oberen Grenzerweildauer	38
Beispiel 2: Wiederaufnahme bei gleicher Basis-DRG	39

Ambulante Versorgung mit Neurostimulatoren

Ambulant im Krankenhaus nach § 115b SGB V	40
Ambulant beim Vertragsarzt	41
Abrechnungshinweise für PKV-Patienten gemäß GOÄ	43
Glossar	44
Quellen	45
Das könnte Sie auch interessieren	46
Wir für Sie	47

ALLGEMEINE VERÄNDERUNG FÜR DAS AG-DRG-SYSTEM 2024

Die Regeln für die Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen sind jährlichen Änderungen unterworfen. Auch für das Jahr 2024 finden sich wieder Anpassungen der Klassifikationssysteme ICD^{A)} und OPS^{B)} sowie Überarbeitungen der DRG-Systematik.

Zusätzlich zu den spezifischen Änderungen in den Klassifikationssystemen und den Veränderungen in den DRG-Algorithmen kommen für das Jahr 2024 noch vielfältige zusätzliche Herausforderungen für die Krankenhäuser zum Tragen. Weiterhin gilt die vom MDK-Reformgesetz geregelte Dynamisierung von Prüfquoten und ggf. resultierenden Strafzahlungen, welche zusätzlich Druck auf die Kodierung und die Leistungserbringung aufbauen. Zudem werfen das Krankenhaustransparenzgesetz sowie das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz ihre Schatten voraus.

Alle zu erwartenden Änderungen darzustellen, würde den Rahmen dieser Zusammenstellung sprengen, sodass im Folgenden nur eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte erfolgen soll. Insbesondere ist zu beachten, dass die gesetzlichen Grundlagen zum Jahreswechsel 2023/24 noch nicht oder nur unvollständig Rechtskraft erlangt haben und sich im Wesentlichen noch in unterschiedlichen Phasen von Entwurf und Beratung befinden.

Krankenhaustransparenzgesetz und Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

Derzeit liegt ein erster Entwurf des Bundesgesundheitsministeriums für ein Gesetz zur Krankenhausreform „Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz“ (KHVVG) vor. Der Entwurf skizziert die möglichen Änderungen im Rahmen der Krankenhausreform.

Die Reformpläne sehen bundeseinheitliche Mindestanforderungen vor, die Krankenhäuser erfüllen müssen, um einen Versorgungsauftrag zu erhalten. Die Vergütung soll sich nach Leistungsgruppen richten, die von den Planungsbehörden der Länder zugewiesen werden. Diese Gruppen ersetzen die bisherige Fachabteilungsstruktur und sollen eine präzisere Krankenhausplanung ermöglichen. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) legt die Leistungsgruppen und Qualitätskriterien^{C)} in vier Bereichen fest:

- 1. Erbringung verwandter LG (am Standort oder in Kooperation)**
- 2. Vorhaltung Geräte**
- 3. Fachärztliche Qualifikation**
- 4. Fachärztliche Verfügbarkeit**

Medizinische Dienste sollen die Einhaltung der Qualitätskriterien prüfen, und die Zertifizierung durch den Medizinischen Dienst gilt in der Regel zwei Jahre.

Dabei ist zu beachten, dass insbesondere die personellen Anforderungen an die Zuteilung von Leistungsgruppen nicht unerheblich und von vielen Kliniken, welche seit langen Jahren an der Leistungserbringung im entsprechenden Fach beteiligt sind, nicht oder doch zumindest nicht konstant erfüllt werden können. Damit wären diese Kliniken zukünftig von der Leistungserbringung ausgeschlossen.

Auch wenn für die bundesweiten Leistungsgruppen aktuell noch keine Definitionen vorliegen, ist davon auszugehen, dass eine enge Orientierung an den aus NRW bekannten Vorgaben zumindest in der Anfangsphase der Umsetzung existieren wird. Beispielhaft sollen die Anforderungen in nachfolgender Tabelle dargestellt werden.

Qualitätskriterien der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen

Leistungsgruppe		1. Erbringung verwandter LG	
		Standort	Kooperation
Neurochirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Allgemeine Neurologie LG Stroke Unit Angebot Polytrauma
	Auswahlkriterium	LB Orthopädie und Unfallchirurgie LG Allgemeine Neurologie LG Stroke Unit LG Wirbelsäulenchirurgie Angebot Polytrauma	LG HNO LG MKG LG Palliativmedizin Angebot Strahlentherapie

So müssen für die Erfüllung der Kriterien der Neurochirurgie immerhin drei Vollzeitäquivalente aus dem fachärztlichen Bereich vorgehalten werden. Inwieweit diese Mindestvoraussetzungen die Krankenhauslandschaft verändern werden, bleibt abzuwarten. Neben den Mindestvoraussetzungen finden sich in Qualitätskriterien auch noch sogenannte Auswahlkriterien. Diese kommen dann zur Anwendung, wenn sich mehrere Kliniken in einem Planungsgebiet um dieselbe Leistungsgruppe beworben haben, aus planerischen Gründen aber nur ein Teil der Kliniken den Zuschlag erhalten soll.

Das BMG strebt dabei durch einheitliche Qualitätskriterien eine Entbürokratisierung an, indem komplexe Einzeldokumentationen durch Strukturprüfungen ersetzt werden sollen. Wie die Umsetzung in die Praxis dabei ausschauen wird, muss sich dabei noch zeigen. Bei den OPS Strukturprüfungen nach § 275d SGB V ist der administrative Aufwand der MD-Prüfungen zum Beispiel erheblich und bindet zusätzliches Personal außerhalb der Patientenversorgung.

Eine weitere Säule der Krankenhausreform stellt die sogenannte Vorhaltevergütung dar. Die Vorhaltevergütung, eine neue Finanzierungssäule, wird ab 2027 allmählich im Rahmen einer Konvergenzphase budgetwirksam und soll bis zu 60 Prozent der Vergütung ausmachen. Dabei liegt der

	2. Vorhaltung Geräte	3. Fachärztliche Qualifikation	4. Fachärztliche Verfügbarkeit
	EEG, evozierte Potentiale, EMG, ENG, Sonographie inkl. extra- und intrakranielle Doppler- und Farbduplexsonographie, CT 24/7, MRT	FA Neurochirurgie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7
	MRT 24/7	FA Radiologie mit SP Neuroradiologie ZW Spezielle Schmerztherapie	

Planung der Gedanke zugrunde, dass eine reine Vergütung nach der behandelten Fallzahl einen Fehlanreiz zur Leistungssteigerung im Krankenhaus setze, in Kliniken demzufolge also Patienten ohne medizinischen Grund oder doch zumindest mit fraglicher Indikation stationäre Behandlungen zugeführt würden. Inwieweit dieser Vorwurf einer Prüfung tatsächlicher Vorgehensweisen von Krankenhäusern standhielte, bleibt dabei offen.

Diesem Gedanken folgend sollen nun zukünftig erhebliche Anteile der Vergütung nicht mehr anhand behandelter Fälle im Rahmen der DRG-Systematik und -Abrechnung realisiert, sondern anhand der an der Klinik vorgehaltenen Leistungsgruppen zugewiesen werden. Der exakte Mechanismus ist komplex und derzeit auch noch nicht abschließend definiert. Die Kalkulation der Vorhaltekosten obliegt einmal mehr dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Die ausgliedernden Vorhaltekosten sind nach aktuellem Stand vorab um die variablen Sachkosten zu vermindern, wobei hier insbesondere hoch Sachkosten lastige Leistungen betroffen sein werden. Die Änderungen sollen erstmals bei der Fallpauschalenvereinbarung für das Jahr 2025 berücksichtigt werden, sodass auch dann erstmalig Vorhaltebewertungsrelationen im Entgeltkatalog für das Jahr 2025 auszuweisen sind.

Explizit ist darauf hinzuweisen, dass die nicht über die Vorhaltevergütung finanzierten ca. 40 % der Erlöse weiterhin über die bekannten Algorithmen und Regelungen des DRG-Systems vergütet werden. Damit bleiben Dokumentation, Kodierung und stationäre Fallabrechnung auch künftig von hoher Bedeutung für den Klinik-Erlös. Es ist davon auszugehen, dass die geplanten Änderungen den bisher bekannten Herausforderungen der stationären Abrechnung neue und zusätzliche Anforderungen zur Seite stellen werden, ohne dass aus der bisherigen Diskussion mit Krankenkassen und MDs um die korrekte Abrechnung von Leistungen Druck entweichen wird. Insofern bleiben die nachfolgend dargestellten Aspekte der Kodierung unvermindert für das Jahr 2024, letztlich aber auch darüber hinaus, von erheblicher Bedeutung.

TAKE HOME MESSAGES I

ZUR KOMMENDEN KRANKENHAUSREFORM

Aktuell befinden sich die gesetzlichen Grundlagen der Krankenhausreform noch in unterschiedlichen Stadien von Entwurf bzw. Beratung, sodass abschließende Aussagen noch nicht möglich sind. Als sicher anzusehen ist die Einführung von Klinik-Leveln zu Transparenzzwecken, Leistungsgruppen und der neuen Vorhaltefinanzierung von Krankenhausleistungen. Leistungsgruppen werden zu erheblichen und dann auch prüfungsrelevanten Herausforderungen personeller Natur führen. Dadurch kann es zu Verschiebungen in der Leistungsstruktur und der Krankenhauslandschaft kommen. Die Qualitätsprüfungen der Mindestvoraussetzungen werden erheblich Personal im administrativen Bereich binden bzw. zusätzliches Personal im Gesundheitswesen erfordern. Die Vorhaltefinanzierung wird einen Teil der stationären Finanzierung von der behandelten Fallzahl entkoppeln. Dabei bleiben Dokumentation und Kodierung auch weiterhin wichtige Säulen der Abrechnung. Vor 2025 ist nicht damit zu rechnen, dass eine Umsetzung der gesetzlichen Vorhaben stattfindet.

Ambulantisierung

Die Ambulantisierung von stationären Krankenhausleistungen hat weiter Fahrt aufgenommen. Mit der Verabschiedung des AOP-Kataloges^{D)} 2023 und den Regularien der Kontextprüfung hat sich die Selbstverwaltung bereits Ende Dezember 2022 an die Umsetzung des viel beachteten IGES-Gutachtens gemacht.

Wie bereits im vergangenen Jahr an dieser Stelle dargestellt, ist gerade die Kontextprüfung problematisch für Kliniken. Während die Einschlusskriterien, also die OPS-Kodes, welche grundsätzlich als ambulant erbringbar gelten, keine unerwarteten Leistungen umfasst, so ist die Reduktion der für eine weitere stationäre Begründung dienenden Kontextfaktoren zumindest als kritisch einzustufen.

Weiterhin finden sich Konstellationen, bei welchen mehr oder weniger begleitende OPS-Kodes zu einer Aufnahme ins ambulante Potenzial führen, die als Ausdruck komplexer Eingriffe im Datensatz kodierte OPS-Kodes dann aber durch das Fehlen in den Ausschlusskriterien (Kontextfaktoren) eine Rückführung dieser Fälle in das stationäre Kontingent formal nicht ermöglichen.

Sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRGs)

Mit der Einführung des § 115f SGB V ist der Startschuss für die sogenannte sektorengleiche Vergütung gefallen. Das SGB V enthält hierzu wenig Konkretes, sondern verweist auf die Zuständigkeit der Selbstverwaltung und die Möglichkeit zur Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit. Da innerhalb der Selbstverwaltung keine Einigung zu erzielen war, tritt nunmehr das BMG in die Pflicht, wobei aktuell (im Dezember 2023) nur ein Referentenentwurf zur Rechtsverordnung vorliegt.

Die sektorengleiche Vergütung erfolgt über die Hybrid-DRGs. Diese sollen nach dem Willen des BMG für definierte Leistungen eines sogenannten Startkataloges, welchen das BMG dem InEK für die Kalkulation des DRG-Systems 2024 vorgegeben hat, zur Abrechnung kommen. Dabei ist es ohne Belang, ob diese Leistungen primär stationär, klinisch ambulant oder durch einen KV-Arzt/Ärztin erbracht wurden.

Das InEK hat diese Leistungen zwecks Durchführung einer sehr komplexen Kalkulation der Erlöse im Rahmen der Definitionshandbücher zum DRG-System 2024 definiert. Dabei werden ausschließlich Fälle ohne Erfüllung der AOP-Kontextfaktoren mit einer Verweildauer von einem Belegungstag und einem Gesamtschweregrad (PCCL) von maximal 2 in die bis jetzt 12 definierten Hybrid-DRGs aufgenommen.

Für das Jahr 2024 finden sich keine neurochirurgischen Leistungen in diesen Hybrid-DRGs. Aktuell werden Leistungen der Hernienchirurgie, der urologischen Steintherapie, Eingriffe am Ovar, Eingriffe bei Sinus pilonidalis und chirurgische Eingriffe an den Zehen beim Vorliegen der entsprechenden Kriterien in die Hybrid-DRGs überführt. Die Erlöse für diese Hybrid-DRGs sind auf der Basis von Euro-Beträgen fixiert worden und unterliegen nicht der Logik von Bewertungsrelationen, welche dann Bundesland individuell anhand von Landesbasisfallwerten in einen Erlös führen. Damit sind die Hybrid- Erlöse nicht nur sektorengleich, sondern sie sind auch für alle Bundesländer gleich.

Bundesbasisfallwert

Der DRG-Fallpauschalenkatalog^{E)} weist für jede bewertete DRG immer eine Bewertungsrelation aus. Damit ein Fall gegenüber den Kostenträgern abrechenbar wird, muss diese Bewertungsrelation mit dem für das jeweilige Bundesland zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme des Falles gültigen Landesbasisfallwert ausmultipliziert werden. Die Höhe der Landesbasisfallwerte ist dabei das Ergebnis von Verhandlungen der jeweiligen Organisationen auf Landesebene. Der Bundesbasisfallwert stellt keine Abrechnungsgrundlage per se dar, sondern dient der Definition eines Korridors um den rechnerischen Bundesbasisfallwert, in welchem die Landesbasisfallwerte liegen sollen.

Zum Jahreswechsel 2023/24 noch kein aktueller Bundesbasisfallwert vor. Für die Gruppierungsbeispiele dieser Kodierhilfe werden Fälle des Jahres 2023 immer mit dem in diesem Jahr gültigen Bundesbasisfallwert bewertet. Dieser beläuft sich auf 4.000,71 €. Für das Jahr 2024 erfolgt beihilfswise eine Berechnung mit einem Basisfallwert, welcher durch eine Erhöhung des Wertes aus 2023 um die 5,13% des verhandelten Veränderungswertes^{F)} 2024 ermittelt wurde und somit bei 4.205,95 € liegt. Es ist davon auszugehen, dass der endgültige Wert hiervon leicht abweichen wird, da mit der Umstellung der Berechnung die automatische Anwendung des Veränderungswertes auf den Bundesbasisfallwert aufgehoben wurde.

TAKE HOME MESSAGES II

ZU DEN ALLGEMEINEN ÄNDERUNGEN DES AG-DRG-SYSTEMS 2024

HYBRID-DRGs

Ab dem 01.01.2024 ist die Neurochirurgie zunächst nicht von Hybrid-DRGs betroffen. Die derzeit definierten Hybrid-DRGs stammen alle aus den Fächern Viszeralchirurgie, Gynäkologie, Urologie und Fußchirurgie.

AMBULANTISIERUNG BISHER STATIONÄRER LEISTUNGEN

Die Verlagerung bisher stationärer Leistungen in das ambulante Setting hat auch vor der Neurochirurgie nicht Halt gemacht. So führt die Kontextprüfung aktuell zu Problemen in der Durchsetzung dieser Leistungen im gewohnt stationären Rahmen. Insbesondere ist die Belastung der Kliniken hinsichtlich der medizinischen Begründungen (MBeg) von Leistungen im abgelaufenen Jahr 2023 erheblich angestiegen.

DIAGNOSESCHLÜSSEL

Folgende Diagnosen (ICD-10-GM Version 2024) können eine Indikation zur Neuromodulation darstellen.

Die hier gelisteten Diagnosen sind typisch für Patienten, die mit Neurostimulationssystemen behandelt werden und finden in den Beispielen dieses Leitfadens Anwendung. Die getriggerten aG-DRGs^{h)} gelten jeweils für den Fall einer Neuimplantation eines Neuromodulationssystems, mit Implantation einer Neurostimulationselektrode. Sie sind aufgeteilt in die Bereiche

- Spinal Cord Stimulation (SCS)
- Dorsal Root Ganglion (DRG)
- Tiefe Hirnstimulation (THS)

SPINAL CORD STIMULATION (SCS)

Indikation	ICD	Beschreibung	Triggert aG-DRG ^{h)} bei PCCL=0
FBSS	M96.1	Postlaminektomie-Syndrom, anderenorts nicht klassifiziert	I19A
Nervenläsion und Neuralgien / Extremitätenschmerz	M79.2-	Neuralgie und Neuritis, nicht näher bezeichnet 0 Mehrere Lokalisationen 1 Schulterregion 2 Oberarm 3 Unterarm 4 Hand 5 Beckenregion und Oberschenkel 6 Unterschenkel 7 Knöchel und Fuß 8 Sonstige 9 Nicht näher bezeichnete Lokalisation	B19A
	M79.25	Beckenregion und Oberschenkel	I19A
	G62.0	Arzneimittelinduzierte Polyneuropathie	B19A
Polyneuropathien	G62.1	Alkohol-Polyneuropathie	B19A
	G62.2	Polyneuropathie durch sonstige toxische Agenzien	B19A
	G62.80	Critical-illness-Polyneuropathie	B19A
	M54._	Rückenschmerzen, 5. Stelle: 0 Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule 1 Okzipito-Atlanto-Axialbereich 2 Zervikalbereich 3 Zervikothorakalbereich 4 Thorakalbereich 5 Thorakolumbalbereich 6 Lumbalbereich 7 Lumbosakralbereich 8 Sakral- und Sakrokokzygealbereich 9 Nicht näher bezeichnete Lokalisation	I19A
	M54.0_	Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion	0-2: 801C 3-9: I19A
	M54.1_	Radikulopathie	I19A
	M54.2	Zervikalneuralgie	I19A
	M54.3	Ischialgie	I19A
	M54.4	Lumboischialgie	I19A
	M54.5	Kreuzschmerz	I19A
	M54.6	Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule	I19A
	M54.8_	Sonstige Rückenschmerzen	I19A
	M54.9_	Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet	I19A

DIAGNOSESCHLÜSSEL

SPINAL CORD STIMULATION (SCS)

Indikation	ICD	Beschreibung	Triggert aG-DRG bei PCCL=0
PAVK	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	F21C
	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	F21C
	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	F21C
	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	F21C
	I70.26	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Schulter-Arm-Typ, alle Stadien	F21C
Angina Pectoris	I20.1	Angina pectoris mit nachgewiesenem Koronarspasmus	F21C
	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	F21C
	I20.9	Angina pectoris, nicht näher bezeichnet	F21C

DORSAL ROOT GANGLION (DRG)

Indikation	ICD	Beschreibung	Triggert aG-DRG bei PCCL=0
CRPS	G90.50	Komplexes regionales Schmerzsyndrom der oberen Extremität, Typ I	B19A
	G90.51	Komplexes regionales Schmerzsyndrom der unteren Extremität, Typ I	B19A
	G90.59	Komplexes regionales Schmerzsyndrom, Typ I, Lokalisation nicht näher bezeichnet	B19A
	G90.60	Komplexes regionales Schmerzsyndrom der oberen Extremität, Typ II	B19A
	G90.61	Komplexes regionales Schmerzsyndrom der unteren Extremität, Typ II	B19A
	G90.69	Komplexes regionales Schmerzsyndrom, Typ II, Lokalisation nicht näher bezeichnet	B19A
Phantom-schmerz	G54.6	Phantomschmerz	B19A

DIAGNOSESCHLÜSSEL

TIEFE HIRNSTIMULATION (THS)

Indikation	ICD	Beschreibung	Triggert aG-DRG bei PCCL=0	
			Bei Neuimplantation / Wechsel mit Elektroden	Bei Neuimplantation / Wechsel ohne Elektroden
Parkinson	G20.00	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	B21A	B21B
	G20.01	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	B21A	B21B
	G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	B21A	B21B
	G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	B21A	B21B
	G20.20	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	B21A	B21B
	G20.21	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	B21A	B21B
	G20.90	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsfluktuation	B21A	B21B
	G20.91	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Mit Wirkungsfluktuation	B21A	B21B
Dystonie	G24.0	Arzneimittelinduzierte Dystonie	B21A	B21B
	G24.1	Idiopathische familiäre Dystonie	B21A	B21B
	G24.2	Idiopathische nichtfamiliäre Dystonie	B21A	B21B
	G24.3	Torticollis spasticus	B21A	B21B
	G24.4	Idiopathische orofaziale Dystonie	B21A	B21B
	G24.5	Blepharospasmus	B21A	B21B
	G24.8	Sonstige Dystonie	B21A	B21B
	G24.9	Dystonie, nicht näher bezeichnet	B21A	B21B
Essentieller Tremor	G25.0	Essentieller Tremor	B21A	B21B
	G25.1	Arzneimittelinduzierter Tremor	B21A	B21B
	G25.2	Sonstige näher bezeichnete Tremorformen	B21A	B21B
	G25.3	Myoklonus	B21A	B21B
	G25.4	Arzneimittelinduzierte Chorea	B21A	B21B
	G25.5	Sonstige Chorea	B21A	B21B
	G25.6	Arzneimittelinduzierte Tics und sonstige Tics organischen Ursprungs	B21A	B21B
	G25.80	Periodische Beinbewegungen im Schlaf	B21A	B21B
	G25.81	Syndrom der unruhigen Beine [Restless-Legs-Syndrom]	B21A	B21B
	G25.88	Sonstige näher bezeichnete extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen	B21A	B21B
G25.9	Extrapyramidale Krankheit oder Bewegungsstörung, nicht näher bezeichnet	B21A	B21B	

PROZEDURENSCHLÜSSEL

Die hier gelisteten Operationen- und Prozedurenschlüssel sind typisch für Patienten, die mit Neurostimulationssystemen behandelt werden und finden in den Beispielen dieses Leitfadens Anwendung. Sie sind aufgeteilt in die Bereiche

- Spinal Cord Stimulation (SCS)
- Dorsal Root Ganglion (DRG)
- Tiefe Hirnstimulation (THS)
- Codes für Zugänge

SCS

OPS	Beschreibung
5-039	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen Hinw.: Der Zugang ist gesondert zu kodieren (5-030 ff., 5-031 ff., 5-032 ff.) Die Verwendung MRT-fähiger Materialien ist gesondert zu kodieren (5-934 ff.)
5-039.3_	Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation
.32	Implantation einer temporären Elektrode zur epiduralen Teststimulation
.33	Implantation mehrerer temporärer Elektroden zur epiduralen Teststimulation
.34	Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan
.35	Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan
.36	Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode (Plattenelektrode) zur epiduralen Dauerstimulation, offen chirurgisch
.37	Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden (Plattenelektrode) zur epiduralen Dauerstimulation, offen chirurgisch
5-039.a_	Entfernung von Elektroden
.a2	Eine epidurale Stabelektrode
.a3	Mehrere epidurale Stabelektroden
.a4	Eine epidurale Plattenelektrode
.a5	Mehrere epidurale Plattenelektroden
5-039.b	Revision von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation oder zur Vorderwurzelstimulation
5-039.c_	Revision von Elektroden
.c0	Eine epidurale Stabelektrode
.c1	Mehrere epidurale Stabelektroden
.c2	Eine epidurale Plattenelektrode
.c3	Mehrere epidurale Plattenelektroden
5-039.d	Entfernung von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation oder zur Vorderwurzelstimulation
5-039.e_	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode Inkl.: Ersteinstellung Exkl.: Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-039.f ff.) Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode (5-039.n ff.) Anlegen oder Wechsel eines extrakorporalen Neurostimulators Hinw.: Die Implantation oder der Wechsel der Neurostimulationselektrode zur epiduralen Rückenmarkstimulation sind gesondert zu kodieren (5-039.3 ff.) Ein Kode aus diesem Bereich ist auch zu verwenden bei zweizeitiger Implantation einer Neurostimulationselektrode und eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation während desselben stationären Aufenthaltes
.e1	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
.e2	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator
5-039.f_	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode Inkl.: Ersteinstellung Exkl.: Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-039.e ff.) Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode (5-039.n. ff.) Hinw.: Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren
.f1	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
.f2	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator

PROZEDURENSCHLÜSSEL

SCS

OPS	Beschreibung
5-039.n_	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode Inkl.: Ersteinstellung Exkl.: Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-039.e ff.) Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-039.f ff.) Hinw.: Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren Ein Kode aus diesem Bereich ist zu verwenden bei zweizeitiger Implantation einer Neurostimulationselektrode und eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation für die Implantation des Neurostimulators während des zweiten stationären Aufenthaltes
.n1	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
.n2	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator

DRG

OPS	Beschreibung
5-039.b	Revision von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation und zur Vorderwurzelstimulation
5-039.c_	Revision von Elektroden
.c6	Spinalganglion, eine Elektrode
.c7	Spinalganglion, mehrere Elektroden
5-039.j_	Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation von Spinalganglien
5-039.j0	Eine Elektrode zur Ganglienstimulation
5-039.j1	Mehrere Elektroden zur Ganglienstimulation
5-039.k_	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode Inkl.: Ersteinstellung Exkl.: Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-039.m ff.) Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode (5-039.q ff.) Hinw.: Die Implantation oder der Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation von Spinalganglien sind gesondert zu kodieren (5-039.j ff.)
.k0	Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
.k1	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
5-039.m_	Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode Inkl.: Ersteinstellung Exkl.: Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-039.k ff.) Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode (5-039.q ff.)
m0	Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
m1	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
5-039.q	Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode Inkl.: Ersteinstellung Exkl.: Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-039.k ff.) Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-039.m ff.) Hinw.: Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren Ein Kode aus diesem Bereich ist zu verwenden bei zweizeitiger Implantation einer Neurostimulationselektrode und eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien für die Implantation des Neurostimulators während des zweiten stationären Aufenthaltes
q0	Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
.q1	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar

PROZEDURENSCHLÜSSEL

THS

OPS	Beschreibung
5-014	Stereotaktische Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten Hinw.: Der Zugang ist im Code enthalten. Die stereotaktische Lokalisation ist im Code enthalten
5-014.9_	Implantation oder Wechsel von intrazerebralen Elektroden Inkl.: Neurophysiologische und klinisch-neurologische Untersuchung und Ersteinstellung Kranielle Zielpunktberechnung und Ventrikulographie
.92	Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode zur Dauerstimulation
.93	Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur Dauerstimulation
5-028	Funktionelle Eingriffe an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten
5-028.3	Revision eines Neurostimulators zur Hirnstimulation
5-028.5	Revision einer permanenten Neurostimulationselektrode zur Dauerstimulation Inkl.: Neurophysiologische und klinisch-neurologische Untersuchung und Ersteinstellung
5-028.6	Entfernung eines Neurostimulators zur Hirnstimulation oder einer Medikamentenpumpe zur intraventrikulären Infusion
5-028.7	Entfernung einer Neurostimulationselektrode
5-028.9_	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulations- elektrode Inkl.: Neurophysiologische und klinisch-neurologische Untersuchung und Ersteinstellung Exkl.: Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-028.a ff.) Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode (5-028.c ff.) Hinw.: Die Implantation oder der Wechsel der Neurostimulationselektrode sind gesondert zu kodieren (5-028.2 ff., 5-014.9 ff.) Ein Kode aus diesem Bereich ist auch zu verwenden bei zweizeitiger Implantation einer Neurostimulationselek- trode und eines Neurostimulators zur Hirnstimulation während desselben stationären Aufenthaltes
.91	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
5-028.a_	Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode Inkl.: Neurophysiologische und klinisch-neurologische Untersuchung und Ersteinstellung Exkl.: Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-028.9 ff.) Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode (5-028.c ff.) Hinw.: Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren
.a1	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
5-028.c_	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode Inkl.: Neurophysiologische und klinisch-neurologische Untersuchung und Ersteinstellung Exkl.: Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-028.9 ff.) Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode (5-028.a ff.) Hinw.: Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren Ein Kode aus diesem Bereich ist zu verwenden bei zweizeitiger Implantation einer Neurostimulationselek- trode und eines Neurostimulators zur Hirnstimulation für die Implantation des Neurostimulators während des zweiten stationären Aufenthaltes
.c1	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
5-029	Andere Operationen an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten
5-029.c	Entfernung einer intrakraniellen Messsonde Hinw.: Dieser Kode ist nicht zu verwenden beim alleinigen Entfernen einer Messsonde ohne operativen Zugang
5-029.f	Implantation von Knochenankern zur Vorbereitung auf die stereotaktische Einführung von Stimulationselektroden
5-029.g	Entfernung von Knochenankern

PROZEDURENSCHLÜSSEL

ZUGÄNGE

OPS	Beschreibung
5-030	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule Inkl.: Zervikothorakaler Übergang Hinw.: Diese Codes sind auch zur Angabe des Zuganges im Rahmen einer Operation zu verwenden
5-030.0	Kraniozervikaler Übergang, transoral
5-030.1	Kraniozervikaler Übergang, dorsal
5-030.2	Kraniozervikaler Übergang, lateral
5-030.3_	HWS, dorsal
.30	1 Segment
.31	2 Segmente
.32	Mehr als 2 Segmente
5-030.4_	Laminotomie HWS
.40	1 Segment
.41	2 Segmente
.42	Mehr als 2 Segmente
5-030.5_	Hemilaminektomie HWS
.50	1 Segment
.51	2 Segmente
.52	Mehr als 2 Segmente
5-030.6_	Laminektomie HWS
.60	1 Segment
.61	2 Segmente
.62	Mehr als 2 Segmente
5-030.7_	HWS, ventral
.70	1 Segment
.71	2 Segmente
.72	Mehr als 2 Segmente
5-030.8	HWS, lateral
5-030.x	Sonstige
5-030.y	N.n.bez.
5-031	Zugang zur Brustwirbelsäule
5-031.0_	BWS, dorsal
.00	1 Segment
.01	2 Segmente
.02	Mehr als 2 Segmente
5-031.1_	Laminotomie BWS
.10	1 Segment
.11	2 Segmente
.12	Mehr als 2 Segmente
5-031.2_	Hemilaminektomie BWS
.20	1 Segment
.21	2 Segmente
.22	Mehr als 2 Segmente

OPS	Beschreibung
5-031.3_	Laminektomie BWS
.30	1 Segment
.31	2 Segmente
.32	Mehr als 2 Segmente
5-031.4	Obere BWS, ventral mit Sternotomie
5-031.5	BWS, transpleural
5-031.6	BWS, retropleural
5-031.7	BWS, dorsolateral
5-031.8	Kombiniert transpleural-retroperitoneal
5-031.9	Kombiniert extrapleural-retroperitoneal
5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis Inkl.: Lumbosakraler Übergang Hinw.: Diese Codes sind auch zur Angabe des Zuganges im Rahmen einer Operation zu verwenden
5-032.0_	LWS, dorsal
.00	1 Segment
.01	2 Segmente
.02	Mehr als 2 Segmente
5-032.1_	Flavektomie LWS
.10	1 Segment
.11	2 Segmente
.12	Mehr als 2 Segmente
5-032.2_	Laminotomie LWS
.20	1 Segment
.21	2 Segmente
.22	Mehr als 2 Segmente
5-032.3_	Hemilaminektomie LWS Inkl.: Teil-Hemilaminektomie mit Kontinuitätsdurchtrennung des Wirbelbogens
.30	1 Segment
.31	2 Segmente
.32	Mehr als 2 Segmente
5-032.4_	Laminektomie LWS
.40	1 Segment
.41	2 Segmente
.42	Mehr als 2 Segmente
5-032.5	LWS, transperitoneal
5-032.6	LWS, retroperitoneal
5-032.7	LWS, dorsolateral
5-032.8	Os sacrum und Os coccygis, dorsal
5-032.9	Os sacrum und Os coccygis, ventral
5-032.a	Kombiniert pararektal-retroperitoneal
5-032.b	Kombiniert thorako-retroperitoneal
5-032.c	Transiliakaler Zugang nach Judet
5-032.x	Sonstige
5-032.y	N.n.bez.

NACHKONTROLLE

OPS	Beschreibung
8-631	Neurostimulation Hinw.: Die Ersteinstellung nach Implantation ist im Code für die Implantation enthalten Ein Code aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben
8-631.0	Nachprogrammierung eines implantierten Neurostimulators zur Hirnstimulation Inkl.: Mehrtägige stationäre Stimulator- und Medikamentenanpassung Exkl.: Bildgebung (Kap. 3) Hinw.: Dieser Code darf nur verwendet werden, wenn die folgenden Qualitätsstandards erfüllt werden: Quantitative Testung durch pharmakologische Stimulation mit klinischer Skalierung (ggf. mehrfach), neurologischer und neurophysiologischer Testung und Medikamentenanpassung Spezialisierte Physiotherapie, ggf. neuropsychologischer und logopädischer Behandlung
8-631.1_	Nachprogrammierung eines implantierten Neurostimulators zur Rückenmarkstimulation
.10	Ohne pharmakologische Anpassung
.11	Mit pharmakologischer Anpassung
8-631.2_	Nachprogrammierung eines implantierten Neurostimulators zur peripheren Nervenstimulation
.20	Ohne pharmakologische Anpassung
.21	Mit pharmakologischer Anpassung

aG-DRGs

In diesem Kapitel sind die aG-DRGs gelistet, die typisch für Patienten sind, die mit Neurostimulationssystemen behandelt werden. Je nach Kombination von Hauptdiagnose, Nebendiagnose(n) und Prozedur(en) wird mittels DRG-Groupen unter Berücksichtigung weiterer Kriterien (z.B. Alter und/oder VWD) eine aG-DRG angesteuert. Die folgenden Tabellen geben Auskunft über die DRG-bezogenen Parameter, auf die in diesem Leitfaden Bezug genommen wird.

SCS / DRG

aG-DRG	Partition	Beschreibung	RG	UGVD ¹⁾	OGVD ²⁾	Entgelt 2024 bei einem BBF von 4.205,95 € ³⁾
B19A	O	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators	1,419	1	9	5.968,24 €
B19B	O	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines permanenten oder temporären Elektrodensystems	1,502	1	6	6.317,34 €
B19C	O	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Implantation oder Wechsel von Neurostimulatoren und Elektrodensystemen	0,834	1	6	3.507,76 €
F21C	O	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, mit mäßig komplexem Eingriff oder anderer komplizierender Konstellation oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte	2,027	5	34	8.525,46 €
F21E	O	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff	0,869	2	21	3.654,97 €
I19A	O	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems	1,257	1	7	5.286,88 €
I19B	O	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems	1,438	1	7	6.048,16 €

¹⁾ erster Tag mit Abschlag

²⁾ erster Tag mit Zuschlag

³⁾ Für das Jahr 2024 erfolgt behelfsweise eine Berechnung mit einem Basisfallwert, welcher durch eine Erhöhung des alten Wertes um die 5,13% des Veränderungswertes 2024 ermittelt wurde und somit bei 4.205,95 € liegt.

aG-DRGs

THS

aG-DRG	Partition	Beschreibung	RG	UGVD ¹⁾	OGVD ²⁾	Entgelt 2024 bei einem BBF von 4.205,95 € ³⁾
B20A	O	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 18 Jahre oder mit komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre	3,706	3	25	15.587,25 €
B20B	O	Kraniotomie oder große WS-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 17 Jahre oder ohne bestimmte komplexe Prozedur, mit komplizierenden Faktoren, Alter > 15 Jahre	2,739	2	18	11.520,10 €
B20C	O	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation, Alter < 3 J. oder intervent. Eingriff oder Alter < 18 J. mit großem intrakraniellen Eingriff oder mit kompl. Diagnose oder best. Eingriffe bei Trigeminusneuralgie, Alter < 16 J. od. bei bösartiger Neubildung	2,075	1	14	8.727,35 €
B20D	O	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur oder ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie oder mit bestimmter Prozedur oder bei bösartiger Neubildung	1,917	1	17	8.062,81 €
B20E	O	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigeminusneuralgie, ohne bestimmte Prozedur, außer bei bösartiger Neubildung	1,528	1	16	6.426,69 €
B21A	O	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation	7,273	3	18	30.589,87 €
B21B	O	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation	3,539	1	7	14.884,86 €
Z01A	O	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation	2,16	2	23	9.084,85 €
801D	O	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter OR-Prozedur oder mit intensivmediz. Komplexbeh. > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit neurolog. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	2,484	5	33	10.447,58 €

¹⁾ erster Tag mit Abschlag

²⁾ erster Tag mit Zuschlag

³⁾ Für das Jahr 2024 erfolgt behelfsweise eine Berechnung mit einem Basisfallwert, welcher durch eine Erhöhung des alten Wertes um die 5,13% des Veränderungswertes 2024 ermittelt wurde und somit bei 4.205,95 € liegt.

ZUSATZENTGELTE (ZE)

Gemäß KHG §17b Absatz 1 Satz 12 sind für bestimmte Leistungen, die nicht adäquat in Fallpauschalen abgebildet werden können, Zusatzentgelte vereinbart. Zusatzentgelte sind Bestandteil des Erlösbudgets, die zusätzlich zu einer aG-DRG berechnet werden.

Der Art nach unterscheidet man folgende Zusatzentgelte:

- **Bundeseinheitliche Zusatzentgelte gemäß KHEntgG §9 (1) 2.**
Diese Entgelte sind im aG-DRG-Katalog in Anlage 2 und 5 gelistet.
Für diese ZE sind im aG-DRG-Katalog feste Euro-Beträge ausgewiesen, die bundeseinheitlich zur Anwendung kommen. Diese ZEs dürfen bei vorhandenem Versorgungsauftrag immer ohne Verhandlung ab dem 1.1. abgerechnet werden.
- **Unbewertete Zusatzentgelte gemäß KHEntgG §6 (1).**
Im aG-DRG-Katalog sind diese Entgelte in den Anlagen 4 und 6 zu finden.
Unbewertete ZE dürfen bei gegebenen Versorgungsauftrag ebenfalls ohne Verhandlung ab 1.1. abgerechnet werden
 - zunächst pauschal mit 600 €
 - Spitzabrechnung bei nachträglicher Verhandlung
 - oder Fortschreibung nach Verhandlung des letzten Jahres

Im Bereich der Neuromodulation kommen folgende Zusatzentgelte bei der Stimulation mit Mehrkanalgeräten zur Anwendung:

ZE	Beschreibung	Entgelt
ZE2024-61 ¹⁾	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar	Das Entgelt ist krankenhausesindividuell nach § 6 (1) KHEntgG zu vereinbaren
ZE140 ²⁾	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation	12.245,45 €
ZE141 ²⁾	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation	9.976,34 €

¹⁾ Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2024 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben.

²⁾ Abbott Medical bietet nur Mehrkanal-Neurostimulatoren an.

aG-DRG GRUPPIERUNGSBEISPIELE

SPINAL CORD STIMULATION (SCS)

Beispiel 1: Therapiefraktärer Rückenschmerz und Beinschmerz

Bei einem 51-jährigen Patienten bestehen seit längerem ein neuropathischer Rücken- Beinschmerz. Der Patient ist konservativ austherapiert und eine Wirbelsäulen-Operation medizinisch nicht indiziert. Er wird stationär aufgenommen, um die Testung eines Neurostimulationssystems mit der Implantation von permanenten Elektroden durchzuführen (Fall 1). In einem zweiten stationären Aufenthalt wird der Neurostimulator implantiert (Fall 2) Alternativ können Elektrode und Generator auch in einem Aufenthalt implantatiert werden (Fall 3). Fall 4 beschreibt den Wechsel eines Neurostimulators ohne den Wechsel von Elektroden. Der Fall 5 beschreibt die Revision der bestehenden Sonden mit dem Wechsel der Elektroden und Fall 6 beschreibt die Revision eines implantierten Systems ohne Wechsel von Elektroden oder dem Neurostimulator.

		Fall 1: Implantation permanente Elektroden	Fall 2: Implantation Neurostimulator ohne Elektroden	Fall 3: Implantation oder Wechsel Neurostimulator mit Elektroden	Fall 4: Wechsel Neurostimulator ohne Wechsel Elektroden	Fall 5: Revision der Sonde mit Elektrodenwechsel	Fall 6: Revision des Neurostimulators ohne Neuanlage
Kodierung ¹⁾	ICD	M79.25	M79.25	M79.25	M79.25	T85.1	T85.1
	OPS	5-039.35	5-039.n1 5-039.n2	5-039.e1 + 5-039.35 5-039.e2 + 5-039.35	5-039.f1 5-039.f2	5-039.c1 + 5-039.35	5-039.b
aG-DRG		I19B	I19A	I19A	I19A	B19B	B19C
Relativgewicht		1,438	1,257	1,257	1,257	1,502	0,834
Partition		0	0	0	0	0	0
untere GVD ²⁾		1	1	1	1	1	1
Abschlag pro Tag (max Abschlag pro Fall)		437,42 €	1.875,85 €	1.875,85 €	1.875,85 €	357,51 €	1.438,43 €
obere GVD ³⁾		7	7	7	7	6	6
aG-DRG-Basisbetrag ⁴⁾		6.048,16 €	5.286,88 €	5.286,88 €	5.286,88 €	6.317,34 €	3.507,76 €
Zusatzentgelt ⁵⁾		-	ZE141 ZE2024-61	ZE140 ZE2024-61	ZE141 ZE2024-61	-	-
Erlös für Zusatzentgelt		-	9.976,34 € individuell zu vereinbaren	12.245,45 € individuell zu vereinbaren	9.976,34 € individuell zu vereinbaren	-	-
Basisbetrag + Zusatzentgelt/ Fall ⁶⁾		6.048,16 €	15.263,22 € 5.286,88 € zzgl. ZE2024-61	17.532,33 € 5.286,88 € zzgl. ZE2024-61	15.263,22 € 5.286,88 € zzgl. ZE2024-61	6.317,34 €	3.507,76 €

1) AOP = ambulantes OP-Potenzial nach §115b SGB V.

2) Untere Grenzverweildauer: erster Tag mit Abschlag

3) Obere Grenzverweildauer: erster Tag mit Zuschlag

4) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2024 von 4.205,95 €

5) ZE2024-61 ist ein krankenhausesindividuelles Entgelt nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG

6) Zusätzlich zum Basisbetrag der aG-DRG und dem Zusatzentgelt wird noch das tagesbezogene Pflegeentgelt hinzugerechnet.

■ Nicht wiederaufladbar
■ Wiederaufladbar

Verwendete Codes:

M79.25	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert, Neuralgie und Neuritis nicht näher bezeichnet, Beckenregion und Oberschenkel		
T85.1	Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems	5-039.b	ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator
5-039.35	Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan	5-039.c1	Revision von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation oder zur Vorderwurzelstimulation
5-039.n1	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	I19A	Revision von Elektroden: mehrere epidurale Stabelektrode
5-039.n2	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	I19B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems
5-039.e1	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	B19C	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Implantation oder Wechsel von Neurostimulatoren und Elektrodensystemen
5-039.e2	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	ZE140	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation
5-039.f1	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	ZE141	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation
5-039.f2	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation	ZE2024-61	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar

Beachten Sie auch das Kapitel zur Fallzusammenlegung in diesem Leitfaden. Die Testung und/oder die Implantation der Elektroden kann alternativ auch ambulant nach §115b SGB V durchgeführt werden.

aG-DRG GRUPPIERUNGSBEISPIELE

SPINAL CORD STIMULATION (SCS)

Beispiel 2: PAVK (Periphere Arterielle Verschlusskrankheit)

Ein 60-jähriger Patient mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit wird mit schweren Schmerzen in den unteren Extremitäten stationäraufgenommen, um die Testung eines Neurostimulationssystems mit permanenten Elektroden durchzuführen (Fall 1). In einem zweiten stationären Aufenthalt wird der Neurostimulator implantiert (Fall 2) Alternativ können Elektrode und Generator auch in einem Aufenthalt implantatiert werden (Fall 3). Fall 4 beschreibt den Wechsel eines Neurostimulators ohne den Wechsel von Elektroden. Der Fall 5 beschreibt die Revision der bestehenden Sonden mit dem Wechsel der Elektroden und Fall 6 beschreibt die Revision eines implantierten Systems ohne Wechsel von Elektroden oder dem Neurostimulator.

		Fall 1: Implantation permanenter Elektroden	Fall 2: Implantation Neurostimulator ohne Elektroden	Fall 3: Implantation oder Wechsel Neurostimulator mit Elektroden	Fall 4: Wechsel Neurostimulator ohne Wechsel Elektroden	Fall 5: Revision der Sonde mit Elektrodenwechsel	Fall 6: Revision des Neurostimulators ohne Neuanlage
Kodierung ¹⁾	ICD	I70.22	I70.22	I70.22	I70.22	T85.1	T85.1
	OPS	5-039.35	5-039.n1 5-039.n2	5-039.e1 + 5-039.35 5-039.e2 + 5-039.35	5-039.f1 5-039.f2	5-039.c1 + 5-039.35	5-039.b
aG-DRG		F21C	F21E	F21C	F21E	B19B	B19C
Relativgewicht		2,027	0,869	2,027	0,869	1,502	0,834
Partition		0	0	0	0	0	0
untere GVD ²⁾		5	2	5	2	1	1
Abschlag pro Tag (max. Abschlag pro Fall)		937,93 €	1.047,28 €	937,93 €	1.047,28 €	357,51 €	1.438,43 €
obere GVD ³⁾		34	21	34	21	6	6
aG-DRG-Basisbetrag ⁴⁾		8.525,46 €	3.654,97 €	8.525,46 €	3.654,97 €	6.317,34 €	3.507,76 €
Zusatzentgelt ⁵⁾		-	ZE141 ZE2024-61	ZE140 ZE2024-61	ZE141 ZE2024-61	-	-
Erlös für Zusatzentgelt		-	9.976,34 € individuell zu vereinbaren	12.245,45 € individuell zu vereinbaren	9.976,34 € individuell zu vereinbaren	-	-
Basisbetrag + Zusatzentgelt/ Fall ⁶⁾		8.525,46 €	13.631,31 € 3.654,97 € zzgl. ZE2024-61	20.770,91 € 8.525,46 € zzgl. ZE2024-61	13.631,31 € 3.654,97 € zzgl. ZE2024-61	6.317,34 €	3.507,76 €

- 1) AOP = ambulantes OP-Potenzial nach §115b SGB V.
- 2) Untere Grenzverweildauer: erster Tag mit Abschlag
- 3) Obere Grenzverweildauer: erster Tag mit Zuschlag
- 4) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2024 von 4.205,95 €
- 5) ZE2024-61 ist ein krankenhausesindividuelles Entgelt nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG
- 6) Zusätzlich zum Basisbetrag der aG-DRG und dem Zusatzentgelt wird noch das tagesbezogene Pflegeentgelt hinzugerechnet.

Nicht wiederaufladbar
 Wiederaufladbar

Verwendete Codes:

<p>I70.22 Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m</p> <p>T85.1 Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems</p> <p>5-039.35 Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan</p> <p>5-039.n1 Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar</p> <p>5-039.n2 Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator</p> <p>5-039.e1 Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wieder aufladbar</p> <p>5-039.e2 Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulations elektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator</p> <p>5-039.f1 Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar</p> <p>5-039.f2 Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator</p>	<p>5-039.b Revision von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation und zur Vorderwurzelstimulation</p> <p>5-039.c1 Revision von Elektroden: mehrere epidurale Stabelektrode</p> <p>B19B Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines permanenten oder temporären Elektrodensystems</p> <p>B19C Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Implantation oder Wechsel von Neurostimulatoren und Elektrodensystemen</p> <p>F21C Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, mit mäßig komplexem Eingriff oder anderer komplizierender Konstellation oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte</p> <p>F21E Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff</p> <p>ZE140 Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation</p> <p>ZE141 Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation</p> <p>ZE2024-61 Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wieder-auf-ladbar</p>
--	---

Beachten Sie auch das Kapitel zur Fallzusammenlegung in diesem Leitfadens. Die Testung und/oder die Implantation der Elektroden kann alternativ auch ambulant nach §115b SGB V durchgeführt werden.

aG-DRG GRUPPIERUNGSBEISPIELE

SPINAL CORD STIMULATION (SCS)

Beispiel 3: FBSS (Failed Back Surgery Syndrome)

Ein 60-jähriger Patient mit chronischen Rückenschmerzen nach vorangegangener Wirbelsäulenoperation wird stationär aufgenommen, um die Testung eines Neurostimulationssystems mit permanenten Elektroden durchzuführen (Fall 1). In einem zweiten stationären Aufenthalt wird der Neurostimulator implantiert (Fall 2) Alternativ können Elektrode und Generator auch in einem Aufenthalt implantatiert werden (Fall 3). Fall 4 beschreibt den Wechsel eines Neurostimulators ohne den Wechsel von Elektroden. Der Fall 5 beschreibt die Revision der bestehenden Sonden mit dem Wechsel der Elektroden und Fall 6 beschreibt die Revision eines implantierten Systems ohne Wechsel von Elektroden oder dem Neurostimulator.

		Fall 1: Implantation permanente Elektroden	Fall 2: Implantation Neurostimulator ohne Elektroden	Fall 3: Implantation oder Wechsel Neurostimulator mit Elektroden	Fall 4: Wechsel Neurostimulator ohne Elektroden	Fall 5: Revision der Sonde mit Elektrodenwechsel	Fall 6: Revision des Neurostimulators ohne Neuanlage
Kodierung ¹⁾	ICD	M96.1	M96.1	M96.1	M96.1	T85.1	T85.1
	OPS	5-039.35	5-039.n1 5-039.n2	5-039.e1 + 5-039.35 5-039.e2 + 5-039.35	5-039.f1 5-039.f2	5-039.c1 + 5-039.35	5-039.b
aG-DRG		I19B	I19A	I19A	I19A	B19B	B19C
Relativgewicht		1,438	1,257	1,257	1,257	1,502	0,834
Partition		0	0	0	0	0	0
untere GVD ²⁾		1	1	1	1	1	1
Abschlag pro Tag (max. Abschlag pro Fall)		437,42 €	1.875,85 €	1.875,85 €	1.875,85 €	357,51 €	1.438,43 €
obere GVD ³⁾		7	7	7	7	6	6
aG-DRG-Basisbetrag ⁴⁾		6.048,16 €	5.286,88 €	5.286,88 €	5.286,88 €	6.317,34 €	3.507,76 €
Zusatzentgelt ⁵⁾		-	ZE141 ZE2024-61	ZE140 ZE2024-61	ZE141 ZE2024-61	-	-
Erlös für Zusatzentgelt		-	9.976,34 € individuell zu vereinbaren	12.245,45 € individuell zu vereinbaren	9.976,34 € individuell zu vereinbaren	-	-
Basisbetrag + Zusatzentgelt/Fall ⁶⁾		6.048,16 €	15.263,22 € 5.286,88 € zzgl. ZE2024-61	17.532,33 € 5.286,88 € zzgl. ZE2024-61	15.263,22 € 5.286,88 € zzgl. ZE2024-61	6.317,34 €	3.507,76 €

1) AOP = ambulantes OP-Potenzial nach §115b SGB V.

2) Untere Grenzverweildauer: erster Tag mit Abschlag

3) Obere Grenzverweildauer: erster Tag mit Zuschlag

4) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2024 von 4.205,95 €

5) ZE2024-61 ist ein krankenhaushausindividuelles Entgelt nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG

6) Zusätzlich zum Basisbetrag der aG-DRG und dem Zusatzentgelt wird noch das tagesbezogene Pflegeentgelt hinzugerechnet.

■ Nicht wiederaufladbar
■ Wiederaufladbar

Verwendete Codes:

M96.1	Postlaminektomie-Syndrom, anderenorts nicht klassifiziert (FBSS)	5-039.c1	Revision von Elektroden: mehrere epidurale Stabelektrode
T85.1	Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronische Stimulator des Nervensystems	I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff und mehr als ein Belegungstag
5-039.35	Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan	I19A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems
5-039.n1	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	I19B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems
5-039.n2	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	B19B	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines permanenten oder temporären Elektrodensystems
5-039.e1	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	B19C	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexem Eingriff
5-039.e2	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	ZE140	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation
5-039.f1	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	ZE141	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation
5-039.f2	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	ZE2024-61	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar
5-039.b	Revision von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation und zur Vorderwurzelstimulation		

Beachten Sie auch das Kapitel zur Fallzusammenlegung in diesem Leitfaden. Die Testung und/oder die Implantation der Elektroden kann alternativ auch ambulant nach §115b SGB V durchgeführt werden.

aG-DRG GRUPPIERUNGSBEISPIELE

SPINAL CORD STIMULATION (SCS)

Beispiel 4: CRPS (Complex Regional Pain Syndrome)

Ein 60-jähriger Patient wird aufgrund seiner Erkrankung an Morbus Sudeck mit chronischen Schmerzen im Bereich des Fußes stationär aufgenommen, um die Testung eines Neurostimulationssystems mit permanenten Elektroden durchzuführen (Fall 1). In einem zweiten stationären Aufenthalt wird der Neurostimulator implantiert (Fall 2) Alternativ können Elektrode und Generator auch in einem Aufenthalt implantatiert werden (Fall 3). Fall 4 beschreibt den Wechsel eines Neurostimulators ohne den Wechsel von Elektroden. Der Fall 5 beschreibt die Revision der bestehenden Sonden mit dem Wechsel der Elektroden und Fall 6 beschreibt die Revision eines implantierten Systems ohne Wechsel von Elektroden oder dem Neurostimulator.

		Fall 1: Implantation permanente Elektroden	Fall 2: Implantation Neurostimulator ohne Elektroden	Fall 3: Implantation Neurostimulator mit Elektroden	Fall 4: Wechsel Neurostimulator ohne Wechsel Elektroden	Fall 5: Revision der Sonde mit Elektrodenwechsel	Fall 6: Revision des Neurostimulators ohne Neuanlage
Kodierung ¹⁾	ICD	G90.51	G90.51	G90.51	G90.51	T85.1	T85.1
	OPS	5-039.35	5-039.n1 5-039.n2	5-039.e1 + 5-039.35 5-039.e2 + 5-039.35	5-039.f1 5-039.f2	5-039.c1 + 5-039.35	5-039.b
aG-DRG		B19B	B19A	B19A	B19A	B19B	B19C
Relativgewicht		1,502	1,419	1,419	1,419	1,502	0,834
Partition		0	0	0	0	0	0
untere GVD ²⁾		1	1	1	1	1	1
Abschlag pro Tag (max. Abschlag pro Fall)		357,51 €	1.652,94 €	1.652,94 €	1.652,94 €	357,51 €	1.438,43 €
obere GVD ³⁾		6	9	9	9	6	6
aG-DRG-Basisbetrag ⁴⁾		6.317,34 €	5.968,24 €	5.968,24 €	5.968,24 €	6.317,34 €	3.507,76 €
Zusatzentgelt ⁵⁾		-	ZE141 ZE2024-61	ZE140 ZE2024-61	ZE141 ZE2024-61	-	-
Erlös für Zusatzentgelt		-	9.976,34 € individuell zu vereinbaren	12.245,45 € individuell zu vereinbaren	9.976,34 € individuell zu vereinbaren	-	-
Basisbetrag + Zusatzentgelt/ Fall ⁶⁾		6.317,34 €	15.944,58 € 5.968,24 € zzgl. ZE2024-61	18.213,69 € 5.968,24 € zzgl. ZE2024-61	15.944,58 € 5.968,24 € zzgl. ZE2024-61	6.317,34 €	3.507,76 €

- AOP = ambulantes OP-Potenzial nach §115b SGB V.
- Untere Grenzverweildauer: erster Tag mit Abschlag
- Obere Grenzverweildauer: erster Tag mit Zuschlag
- Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2024 von 4.205,95 €
- ZE2024-61 ist ein krankenhaushausindividuelles Entgelt nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG
- Zusätzlich zum Basisbetrag der aG-DRG und dem Zusatzentgelt wird noch das tagesbezogene Pflegeentgelt hinzugerechnet.

Nicht wiederaufladbar
 Wiederaufladbar

Verwendete Codes:

<p>G90.51 Komplexes regionales Schmerzsyndrom der unteren Extremität, Typ I</p> <p>T85.1 Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems</p> <p>5-039.35 Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan</p> <p>5-039.n1 Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar</p> <p>5-039.n2 Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator</p> <p>5-039.e1 Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulations elektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar</p> <p>5-039.e2 Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulations elektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator</p> <p>5-039.f1 Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar</p> <p>5-039.f2 Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation</p>	<p>5-039.b ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator</p> <p>5-039.c1 Revision von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation oder zur Vorderwurzelstimulation</p> <p>B19A Revision von Elektroden: mehrere epidurale Stabelektrode Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators</p> <p>B19A Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators</p> <p>B19B Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines permanenten oder temporären Elektroden systems</p> <p>ZE140 Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation</p> <p>ZE141 Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation</p> <p>ZE2024-61 Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar</p>
---	---

Beachten Sie auch das Kapitel zur Fallzusammenlegung in diesem Leitfaden. Die Testung und/oder die Implantation der Elektroden kann alternativ auch ambulant nach §115b SGB V durchgeführt werden.

aG-DRG GRUPPIERUNGSBEISPIELE

SPINAL CORD STIMULATION (SCS)

Beispiel 5: Angina Pectoris Schmerz

Ein 60-jähriger Patient wird zur Behandlung seiner therapieresistenten Angina Pectoris stationär aufgenommen, um die Testung eines Neurostimulationssystems mit permanenten Elektroden durchzuführen (Fall 1). In einem zweiten stationären Aufenthalt wird der Neurostimulator implantiert (Fall 2). Alternativ können Elektrode und Generator auch in einem Aufenthalt implantiert werden (Fall 3). Fall 4 beschreibt den Wechsel eines Neurostimulators ohne den Wechsel von Elektroden. Der Fall 5 beschreibt die Revision der bestehenden Sonden mit dem Wechsel der Elektroden und Fall 6 beschreibt die Revision eines implantierten Systems ohne Wechsel von Elektroden oder dem Neurostimulator.

		Fall 1: Implantation permanente Elektroden	Fall 2: Implantation Neurostimulator ohne Elektroden	Fall 3: Implantation oder Wechsel Neurostimulator mit Elektroden	Fall 4: Wechsel Neurostimulator ohne Wechsel Elektroden	Fall 5: Revision der Sonde mit Elektrodenwechsel	Fall 6: Revision des Neurostimulators ohne Neuanlage
Kodierung ¹⁾	ICD	I20.9	I20.9	I20.9	I20.9	T85.1	T85.1
	OPS	5-039.35	5-039.n1 5-039.n2	5-039.e1 + 5-039.35 5-039.e2 + 5-039.35	5-039.f1 5-039.f2	5-039.c1 + 5-039.35	5-039.b
aG-DRG		F21C	F21E	F21C	F21E	B19B	B19C
Relativgewicht		2,027	0,869	2,027	0,869	1,502	0,834
Partition		0	0	0	0	0	0
untere GVD ²⁾		5	2	5	2	1	1
Abschlag pro Tag (max. Abschlag pro Fall)		937,93 €	1.047,28 €	937,93 €	1.047,28 €	357,51 €	1.438,43 €
obere GVD ³⁾		34	21	34	21	6	6
aG-DRG-Basisbetrag ⁴⁾		8.525,46 €	3.654,97 €	8.525,46 €	3.654,97 €	6.317,34 €	3.507,76 €
Zusatzentgelt ⁵⁾		-	ZE141 ZE2024-61	ZE140 ZE2024-61	ZE141 ZE2024-61	-	-
Erlös für Zusatzentgelt		-	9.976,34 € individuell zu vereinbaren	12.245,45 € individuell zu vereinbaren	9.976,34 € individuell zu vereinbaren	-	-
Basisbetrag + Zusatzentgelt/ Fall ⁶⁾		8.525,46 €	13.631,31 € 3.654,97 € zzgl. ZE2024-61	20.770,91 € 8.525,46 € zzgl. ZE2024-61	13.631,31 € 3.654,97 € zzgl. ZE2024-61	6.317,34 €	3.507,76 €

1) AOP = ambulantes OP-Potenzial nach §115b SGB V.

2) Untere Grenzverweildauer: erster Tag mit Abschlag

3) Obere Grenzverweildauer: erster Tag mit Zuschlag

4) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2024 von 4.205,95 €

5) ZE2024-61 ist ein krankenhausespezifisches Entgelt nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG

6) Zusätzlich zum Basisbetrag der aG-DRG und dem Zusatzentgelt wird noch das tagesbezogene Pflegeentgelt hinzugerechnet.

■ Nicht wiederaufladbar
■ Wiederaufladbar

Verwendete Codes:

I20.9	Angina pectoris, nicht näher bezeichnet	5-039.b	Revision von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation oder zur Vorderwurzelstimulation
T85.1	Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems	5-039.c1	Revision von Elektroden: mehrere epidurale Stabelektrode
5-039.35	Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan	B19B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrkanalstimulation, mit Sondenimplantation
5-039.n1	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	B19C	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Implantation oder Wechsel von Neurostimulatoren und Elektroden
5-039.n2	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	F21C	Andere OR-Prozeduren bei Kreislaufkrankungen ohne komplexen Eingriff, mit mäßig komplexem Eingriff oder anderer komplizierter der Konstellation oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte
5-039.e1	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	F21E	Andere OR-Prozeduren bei Kreislaufkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff
5-039.e2	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	ZE140	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation
5-039.f1	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	ZE141	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation
5-039.f2	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	ZE2024-61	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar

Beachten Sie auch das Kapitel zur Fallzusammenlegung in diesem Leitfaden. Die Testung und/oder die Implantation der Elektroden kann alternativ auch ambulant nach §115b SGB V durchgeführt werden.

aG-DRG GRUPPIERUNGSBEISPIELE

DORSAL ROOT GANGLION (DRG)

Beispiel 6: Knieschmerz

Die Behandlung einer 58-jährigen Patientin mit Knieschmerz soll mittels Neurostimulation erfolgen. Sie wird stationär aufgenommen, um die Testung eines Neurostimulationssystems mit permanenten Elektroden durchzuführen (Fall 1). In einem zweiten stationären Aufenthalt wird der Neurostimulator implantiert (Fall 2). Alternativ können Elektrode und Generator auch in einem Aufenthalt implantiert werden (Fall 3). Fall 4 beschreibt den Wechsel eines Neurostimulators ohne den Wechsel von Elektroden. Der Fall 5 beschreibt die Revision der bestehenden Sonden mit dem Wechsel der Elektroden und Fall 6 beschreibt die Revision eines implantierten Systems ohne Wechsel von Elektroden oder dem Neurostimulator.

		Fall 1: Implantation permanente Elektroden	Fall 2: Implantation Neurostimulator ohne Elektroden	Fall 3: Implantation oder Wechsel Neurostimulator mit Elektroden	Fall 4: Wechsel Neurostimulator nicht wiederaufladbar ohne Elektroden	Fall 5: Revision der Sonde mit Elektrodenwechsel	Fall 6: Revision des Neurostimulators ohne Neuanlage
Kodierung ¹⁾	ICD	M79.66	M79.66	M79.66	M79.66	T85.1	T85.1
	OPS	5-039.j1	5-039.q1	5-039.k1 + 5-039.j1	5-039.m1	5-039.c7 + 5-039.j1	5-039.b
aG-DRG		I19B	I19A	I19A	I19A	B19B	B19C
Relativgewicht		1,438	1,257	1,257	1,257	1,502	0,834
Partition		0	0	0	0	0	0
untere GVD ²⁾		1	1	1	1	1	1
Abschlag pro Tag (max. Abschlag pro Fall)		437,42 €	1.875,85 €	1.875,85 €	1.875,85 €	357,51 €	1.438,43 €
obere GVD ³⁾		7	7	7	7	6	6
aG-DRG-Basisbetrag ⁴⁾		6.048,16 €	5.286,88 €	5.286,88 €	5.286,88 €	6.317,34 €	3.507,76 €
Zusatzentgelt		-	ZE141	ZE140	ZE141	-	-
Erlös für Zusatzentgelt		-	9.976,34 €	12.245,45 €	9.976,34 €	-	-
Basisbetrag + Zusatzentgelt/Fall ⁵⁾		6.048,16 €	15.263,22 €	17.532,33 €	15.263,22 €	6.317,34 €	3.507,76 €

1) AOP = ambulantes OP-Potenzial nach §115b SGB V.

2) Untere Grenzverweildauer: erster Tag mit Abschlag

3) Obere Grenzverweildauer: erster Tag mit Zuschlag

4) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2024 von 4.205,95 €

5) Zusätzlich zum Basisbetrag der aG-DRG und dem Zusatzentgelt wird noch das tagesbezogene Pflegeentgelt hinzugerechnet.

Verwendete Codes:

M79.66	Schmerzen in den Extremitäten, Kniegelenk	
T85.1	Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronische Stimulator des Nervensystems	B19C
5-039.j1	Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation von Spinalganglien: Mehrere Elektroden zur Ganglienstimulation	
5-039.q1	Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	I19A
5-039.k1	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	I19B
5-039.m1	Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	ZE140
5-039.b	Revision von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation und zur Vorderwurzelstimulation	ZE141
5-039.c7	Revision von Elektroden: Spinalganglion, mehrere Elektroden	
B19B	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines permanenten oder temporären Elektrodensystems	
	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Implantation oder Wechsel von Neurostimulatoren und Elektrodensystemen	
	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelettsystem und Bindegewebe ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems	
	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelettsystem und Bindegewebe mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems	
	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation	
	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation	

Beachten Sie auch das Kapitel zur Fallzusammenlegung in diesem Leitfaden.

aG-DRG GRUPPIERUNGSBEISPIELE

DORSAL ROOT GANGLION (DRG)

Beispiel 7: Leistenschmerz

Die Behandlung einer 58-jährigen Patientin mit chronischem ausbehandelten Leistenschmerz soll mittels Neurostimulation erfolgen. Sie wird stationär aufgenommen, um die Testung eines Neurostimulationssystems mit permanenten Elektroden durchzuführen (Fall 1). In einem zweiten stationären Aufenthalt wird der Neurostimulator implantiert (Fall 2). Alternativ können Elektrode und Generator auch in einem Aufenthalt implantatiert werden (Fall 3). Fall 4 beschreibt den Wechsel eines Neurostimulators ohne den Wechsel von Elektroden. Der Fall 5 beschreibt die Revision der bestehenden Sonden mit dem Wechsel der Elektroden und Fall 6 beschreibt die Revision eines implantierten Systems ohne Wechsel von Elektroden oder dem Neurostimulator.

		Fall 1: Implantation permanente Elektroden	Fall 2: Implantation Neurostimulator ohne Elektroden	Fall 3: Implantation oder Wechsel Neurostimulator mit Elektroden	Fall 4: Wechsel Neurostimulator nicht wiederaufladbar ohne Elektroden	Fall 5: Revision der Sonde mit Elektrodenwechsel	Fall 6: Revision des Neurostimulators ohne Neuanlage
Kodierung ¹⁾	ICD	M79.65	M79.65	M79.65	M79.65	T85.1 (HD) M79.65	T85.1 (HD) M79.65
	OPS	5-039.j1	5-039.q1	5-039.k1 + 5-039.j1	5-039.m1	5-039.c7 + 5-039.j1	5-039.b
aG-DRG		I19B	I19A	I19A	I19A	B19B	B19C
Relativgewicht		1,438	1,257	1,257	1,257	1,502	0,834
Partition		0	0	0	0	0	0
untere GVD ²⁾		1	1	1	1	1	1
Abschlag pro Tag (max. Abschlag pro Fall)		437,42 €	1.875,85 €	1.875,85 €	1.875,85 €	357,51 €	1.438,43 €
obere GVD ³⁾		7	7	7	7	6	6
aG-DRG-Basisbetrag ⁴⁾		6.048,16 €	5.286,88 €	5.286,88 €	5.286,88 €	6.317,34 €	3.507,76 €
Zusatzentgelt		-	ZE141	ZE140	ZE141	-	-
Erlös für Zusatzentgelt		-	9.976,34 €	12.245,45 €	9.976,34 €	-	-
Basisbetrag + Zusatzentgelt/Fall ⁵⁾		6.048,16 €	15.263,22 €	17.532,33 €	15.263,22 €	6.317,34 €	3.507,76 €

1) AOP = ambulantes OP-Potenzial nach §115b SGB V.

2) Untere Grenzverweildauer: erster Tag mit Abschlag

3) Obere Grenzverweildauer: erster Tag mit Zuschlag

4) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2024 von 4.205,95 €

5) Zusätzlich zum Basisbetrag der aG-DRG und dem Zusatzentgelt wird noch das tagesbezogene Pflegeentgelt hinzugerechnet.

Verwendete Codes:

M79.65	Schmerzen in den Extremitäten, Leiste	B19C	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Implantation oder Wechsel von Neurostimulatoren und Elektroden
T85.1	Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems	I19A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems
5-039.j1	Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation von Spinalganglien: Mehrere Elektroden zur Ganglienstimulation	I19B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems
5-039.q1	Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	ZE140	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation
5-039.k1	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	ZE141	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation
5-039.m1	Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar		
5-039.b	Revision von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation und zur Vorderwurzelstimulation		
5-039.c7	Revision von Elektroden: Spinalganglion, mehrere Elektroden		
B19B	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines permanenten oder temporären Elektrodensystems		

Beachten Sie auch das Kapitel zur Fallzusammenlegung in diesem Leitfaden.

aG-DRG GRUPPIERUNGSBEISPIELE

DORSAL ROOT GANGLION (DRG)

Beispiel 8: Fußschmerz

Eine 45-jährige Patientin leidet unter Schmerzen am Fuß. Sie wird stationär aufgenommen, um die Testung eines Neurostimulationssystems mit permanenten Elektroden durchzuführen (Fall 1). In einem zweiten stationären Aufenthalt wird der Neurostimulator implantiert (Fall 2). Alternativ können Elektrode und Generator auch in einem Aufenthalt implantatiert werden (Fall 3). Fall 4 beschreibt den Wechsel eines Neurostimulators ohne den Wechsel von Elektroden. Der Fall 5 beschreibt die Revision der bestehenden Sonden mit dem Wechsel der Elektroden und Fall 6 beschreibt die Revision eines implantierten Systems ohne Wechsel von Elektroden oder dem Neurostimulator.

		Fall 1: Implantation permanente Elektroden	Fall 2: Implantation Neurostimulator ohne Elektroden	Fall 3: Implantation oder Wechsel Neurostimulator nicht wiederaufladbar mit Elektroden	Fall 4: Wechsel Neurostimulator nicht wiederaufladbar ohne Elektroden	Fall 5: Revision der Sonde mit Elektrodenwechsel	Fall 6: Revision des Neurostimulators ohne Neuanlage
Kodierung ¹⁾	ICD	M79.67	M79.67	M79.67	M79.67	T85.1	T85.1
	OPS	5-039.j1	5-039.q1	5-039.k1 + 5-039.j1	5-039.m1	5-039.c7 + 5-039.j1	5-039.b
aG-DRG		I19B	I19A	I19A	I19A	B19B	B19C
Relativgewicht		1,438	1,257	1,257	1,257	1,502	0,834
Partition		0	0	0	0	0	0
untere GVD ²⁾		1	1	1	1	1	1
Abschlag pro Tag (max. Abschlag pro Fall)		437,42 €	1.875,85 €	1.875,85 €	1.875,85 €	357,51 €	1.438,43 €
obere GVD ³⁾		7	7	7	7	6	6
aG-DRG-Basisbetrag ⁴⁾		6.048,16 €	5.286,88 €	5.286,88 €	5.286,88 €	6.317,34 €	3.507,76 €
Zusatzentgelt		-	ZE141	ZE140	ZE141	-	-
Erlös für Zusatzentgelt		-	9.976,34 €	12.245,45 €	9.976,34 €	-	-
Basisbetrag + Zusatzentgelt/Fall ⁵⁾		6.048,16 €	15.263,22 €	17.532,33 €	15.263,22 €	6.317,34 €	3.507,76 €

- 1) AOP = ambulantes OP-Potenzial nach §115b SGB V.
- 2) Untere Grenzerweildauer: erster Tag mit Abschlag
- 3) Obere Grenzerweildauer: erster Tag mit Zuschlag
- 4) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2024 von 4.205,95 €
- 5) Zusätzlich zum Basisbetrag der aG-DRG und dem Zusatzentgelt wird noch das tagesbezogene Pflegeentgelt hinzugerechnet.

Verwendete Codes:

<p>M79.67 Schmerzen in den Extremitäten, Knöchel und Fuß</p> <p>T85.1 Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronische Stimulator des Nervensystems</p> <p>5-039.j0 Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation von Spinalganglien: Eine Elektrode zur Ganglienstimulation</p> <p>5-039.j1 Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation von Spinalganglien: Mehrere Elektroden zur Ganglienstimulation</p> <p>5-039.q1 Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar</p> <p>5-039.k1 Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar</p> <p>5-039.m1 Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar</p> <p>5-039.b Revision von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation und zur Vorderwurzelstimulation</p> <p>5-039.c7 Revision von Elektroden: Spinalganglion, mehrere Elektroden</p> <p>B19B Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Ner-</p>	<p>B19C Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Implantation oder Wechsel von Neurostimulatoren und Elektroden systemen</p> <p>I19A Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems</p> <p>I19B Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems</p> <p>ZE140 Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation</p> <p>ZE141 Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation</p>
---	---

Beachten Sie auch das Kapitel zur Fallzusammenlegung in diesem Leitfaden.

aG-DRG GRUPPIERUNGSBEISPIELE

DORSAL ROOT GANGLION (DRG)

Beispiel 9: CRPS (Complex Regional Pain Syndrome)

Eine 65-jährige Patientin wird aufgrund ihrer Erkrankung an Morbus Sudeck mit chronischen Schmerzen im Bereich des Fußes stationär aufgenommen, um die Testung eines Neurostimulationssystems mit permanenten Elektroden durchzuführen (Fall 1). In einem zweiten stationären Aufenthalt wird der Neurostimulator implantiert (Fall 2). Alternativ können Elektrode und Generator auch in einem Aufenthalt implantatiert werden (Fall 3). Fall 4 beschreibt den Wechsel eines Neurostimulators ohne den Wechsel von Elektroden. Der Fall 5 beschreibt die Revision der bestehenden Sonden mit dem Wechsel der Elektroden und Fall 6 beschreibt die Revision eines implantierten Systems ohne Wechsel von Elektroden oder dem Neurostimulator.

		Fall 1: Implantation permanente Elektroden	Fall 2: Implantation Neurostimulator ohne Elektroden	Fall 3: Implantation oder Wechsel Neurostimulator nicht wiederaufladbar mit Elektroden	Fall 4: Wechsel Neurostimulator nicht wiederaufladbar ohne Elektroden	Fall 5: Revision der Sonde mit Elektrodenwechsel	Fall 6: Revision des Neurostimulators ohne Neuanlage
Kodierung ¹⁾	ICD	G90.51	G90.51	G90.51	G90.51	T85.1	T85.1
	OPS	5-039.j1	5-039.q1	5-039.k1 + 5-039.j1	5-039.m1	5-039.c7 + 5-039.j1	5-039.b
aG-DRG		B19B	B19A	B19A	B19A	B19B	B19C
Relativgewicht		1,502	1,419	1,419	1,419	1,502	0,834
Partition		0	0	0	0	0	0
untere GVD ²⁾		1	1	1	1	1	1
Abschlag pro Tag (max. Abschlag pro Fall)		357,51 €	1.652,94 €	1.652,94 €	1.652,94 €	357,51 €	1.438,43 €
obere GVD ³⁾		6	9	9	9	6	6
aG-DRG-Basisbetrag ⁴⁾		6.317,34 €	5.968,24 €	5.968,24 €	5.968,24 €	6.317,34 €	3.507,76 €
Zusatzentgelt		–	ZE141	ZE140	ZE141	–	–
Erlös für Zusatzentgelt		–	9.976,34 €	12.245,45 €	9.976,34 €	–	–
Basisbetrag + Zusatzentgelt/Fall ⁵⁾		6.317,34 €	15.944,58 €	18.213,69 €	15.944,58 €	6.317,34 €	3.507,76 €

1) AOP = ambulantes OP-Potenzial nach §115b SGB V.

2) Untere Grenzverweildauer: erster Tag mit Abschlag

3) Obere Grenzverweildauer: erster Tag mit Zuschlag

4) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2024 von 4.205,95 €

5) Zusätzlich zum Basisbetrag der aG-DRG und dem Zusatzentgelt wird noch das tagesbezogene Pflegeentgelt hinzugerechnet.

Verwendete Codes:

G90.51	Komplexes regionales Schmerzsyndrom der unteren Extremität, Typ I	5-039.c7	Revision von Elektroden: Spinalganglion, mehrere Elektroden
T85.1	Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems	B19A	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators
5-039.j0	Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation von Spinalganglien: Eine Elektrode zur Ganglienstimulation	B19B	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines permanenten oder temporären Elektrodensystems
5-039.j1	Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation von Spinalganglien: Mehrere Elektroden zur Ganglienstimulation	B19C	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Implantation oder Wechsel von Neurostimulatoren und Elektrodensystemen
5-039.q1	Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	ZE140	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation
5-039.k1	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	ZE141	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation
5-039.m1	Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar		
5-039.b	Revision von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation und zur Vorderwurzelstimulation		

Beachten Sie auch das Kapitel zur Fallzusammenlegung in diesem Leitfaden.

aG-DRG GRUPPIERUNGSBEISPIELE

TIEFE HIRNSTIMULATION (THS)

Beispiel 10: Parkinsonsyndrom

Die Behandlung eines 60-jährigen Patienten mit Morbus Parkinson soll mittels Neurostimulation erfolgen. Nach stationärer Aufnahme erfolgt die Implantation von Knochenankern zur Vorbereitung auf die stereotaktische Einführung von Stimulationselektroden (Microtargeting) (Fall 1). In einem zweiten stationären Aufenthalt wird der Neurostimulator implantiert. Der Fall 3 beschreibt den Wechsel eines Neurostimulators ohne Elektroden. Der Fall 4 beschreibt die Revision der bestehenden Sonden mit dem Wechsel der Elektroden und Fall 5 beschreibt die Revision eines implantierten Systems ohne Wechsel von Elektroden oder dem Neurostimulator.

		Fall 1: Implantation von Knochenankern zur Vorbereitung auf die stereotaktische Einführung von Stimulationselektroden (Microtargeting)	Fall 2: Implantation oder Wechsel Neurostimulator mit Implantation oder Wechsel von Elektroden	Fall 3: Wechsel Neurostimulator ohne Wechsel von Elektroden	Fall 4: Revision der Sonde mit Elektrodenwechsel	Fall 5: Revision des Neurostimulators ohne Neuanlage
Kodierung	ICD	G20.10	G20.10	G20.10	T85.1	T85.1
	OPS	5-029.f	5-028.91 5-014.93	5-028.a1	5-014.b1 5-014.93	5-028.3
aG-DRG		B20B	B21A	B21B	B20D	B20E
Relativgewicht		2,739	7,273	3,539	1,917	1,528
Partition		0	0	0	0	0
untere GVD ¹⁾		2	3	1	1	1
Abschlag pro Tag		1.838,00 €	1.085,14 €	1.299,64 €	2.784,34 €	1.964,18 €
obere GVD ²⁾		18	18	7	17	16
aG-DRG-Basisbetrag ³⁾		11.520,10 €	30.589,87 €	14.884,86 €	8.062,81 €	6.426,69 €

1) Untere Grenzverweildauer: erster Tag ohne Abschlag

2) Obere Grenzverweildauer: letzter Tag ohne Zuschlag

3) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2024 von 4.205,95 €

Verwendete Codes:

G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: ohne Wirkungsfunktion	B20B	Kraniotomie oder große WS-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 17 Jahre oder ohne bestimmte komplexe Prozedur, mit komplizierenden Faktoren, Alter > 15 Jahre
T85.1	Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems	B20D	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur oder ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie oder mit bestimmter Prozedur oder bei bösartiger Neubildung
5-014.93	Implantation oder Wechsel von intrazerebralen Elektroden: Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur Dauerstimulation	B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigeminusneuralgie, ohne bestimmte Prozedur, außer bei bösartiger Neubildung
5-028.3	Revision eines Neurostimulators zur Hirnstimulation	B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
5-028.91	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation
5-028.a1	Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar		
5.029.f	Implantation von Knochenankern zur Vorbereitung auf die stereotaktische Einführung von Stimulationselektroden (Micro-Targeting Plattform bei der Tiefenhirnstimulation)		

Beachten Sie auch das Kapitel zur Fallzusammenlegung in diesem Leitfaden.

aG-DRG GRUPPIERUNGSBEISPIELE

TIEFE HIRNSTIMULATION (THS)

Beispiel 11: Essentieller Tremor

Die Behandlung eines 60-jährigen Patienten mit essentiellen Tremor soll mittels Neurostimulation erfolgen. Nach stationärer Aufnahme erfolgt die Implantation von Knochenankern zur Vorbereitung auf die stereotaktische Einführung von Stimulationselektroden (Microtargeting) (Fall 1). In einem zweiten stationären Aufenthalt wird der Neurostimulator implantiert. Der Fall 3 beschreibt den Wechsel eines Neurostimulators ohne Elektroden. Der Fall 4 beschreibt die Revision der bestehenden Sonden mit dem Wechsel der Elektroden und Fall 5 beschreibt die Revision eines implantierten Systems ohne Wechsel von Elektroden oder dem Neurostimulator.

		Fall 1: Implantation von Knochenankern zur Vorbereitung auf die stereotaktische Einführung von Stimulationselektroden (Microtargeting)	Fall 2: Implantation oder Wechsel Neurostimulator mit Implantation oder Wechsel von Elektroden	Fall 3: Wechsel Neurostimulator ohne Wechsel von Elektroden	Fall 4: Revision der Sonde mit Elektrodenwechsel	Fall 5: Revision des Neurostimulators ohne Neuanlage
Kodierung	ICD	G25.0	G25.0	G25.0	T85.1	T85.1
	OPS	5-029.f	5-028.91 5-014.93	5-028.a1	5-014.b1 5-014.93	5-028.3
aG-DRG		B20B	B21A	B21B	B20D	B20E
Relativgewicht		2,739	7,273	3,539	1,917	1,528
Partition		0	0	0	0	0
untere GVD ¹⁾		2	3	1	1	1
Abschlag pro Tag (max. Abschlag pro Fall)		1.838,00 €	1.085,14 €	1.299,64 €	2.784,34 €	1.964,18 €
obere GVD ²⁾		18	18	7	17	16
aG-DRG-Basisbetrag ³⁾		11.520,10 €	30.589,87 €	14.884,86 €	8.062,81 €	6.426,69 €

1) Untere Grenzverweildauer: erster Tag ohne Abschlag

2) Obere Grenzverweildauer: letzter Tag ohne Zuschlag

3) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2024 von 4.205,95 €

Verwendete Codes:

G25.0	Essentieller Tremor	B20D	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur oder ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie oder mit bestimmter Prozedur oder bei bösartiger Neubildung
T85.1	Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems	B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigeminusneuralgie, ohne bestimmte Prozedur, außer bei bösartiger Neubildung
5-014.93	Implantation oder Wechsel von intrazerebralen Elektroden: Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur Dauerstimulation	B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
5-028.3	Revision eines Neurostimulators zur Hirnstimulation	B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation
5-028.91	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar		
5-028.a1	Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar		
B20B	Kraniotomie oder große WS-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 17 Jahre oder ohne bestimmte komplexe Prozedur, mit komplizierenden Faktoren, Alter > 15 Jahre		

Beachten Sie auch das Kapitel zur Fallzusammenlegung in diesem Leitfaden.

aG-DRG GRUPPIERUNGSBEISPIELE

TIEFE HIRNSTIMULATION (THS)

Beispiel 12: Dystonie

Die Behandlung eines 60-jährigen Patienten mit idiopathischer nichtfamiliärer Dystonie soll mittels Neurostimulation erfolgen. Nach stationärer Aufnahme erfolgt die Implantation von Knochenankern zur Vorbereitung auf die stereotaktische Einführung von Stimulationselektroden (Microtargeting) (Fall 1). In einem zweiten stationären Aufenthalt wird der Neurostimulator implantiert. Der Fall 3 beschreibt den Wechsel eines Neurostimulators ohne Elektroden. Der Fall 4 beschreibt die Revision der bestehenden Sonden mit dem Wechsel der Elektroden und Fall 5 beschreibt die Revision eines implantierten Systems ohne Wechsel von Elektroden oder dem Neurostimulator.

		Fall 1: Implantation von Knochenankern zur Vorbereitung auf die stereotaktische Einführung von Stimulationselektroden (Microtargeting)	Fall 2: Implantation oder Wechsel Neurostimulator mit Implantation oder Wechsel von Elektroden	Fall 3: Wechsel Neurostimulator ohne Wechsel von Elektroden	Fall 4: Revision der Sonde mit Elektrodenwechsel	Fall 5: Revision des Neurostimulators ohne Neuanlage
Kodierung	ICD	G24.2	G24.2	G24.2	T85.1	T85.1
	OPS	5-029.f	5-028.91 5-014.93	5-028.a1	5-014.b1 5-014.93	5-028.3
aG-DRG		B20B	B21A	B21B	B20D	B20E
Relativgewicht		2,739	7,273	3,539	1,917	1,528
Partition		0	0	0	0	0
untere GVD ¹⁾		2	3	1	1	1
Abschlag pro Tag		1.838,00 €	1.085,14 €	1.299,64 €	2.784,34 €	1.964,18 €
obere GVD ²⁾		18	18	7	17	16
aG-DRG-Basisbetrag ³⁾		11.520,10 €	30.589,87 €	14.884,86 €	8.062,81 €	6.426,69 €

1) Untere Grenzverweildauer: erster Tag ohne Abschlag

2) Obere Grenzverweildauer: letzter Tag ohne Zuschlag

3) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2024 von 4.205,95 €

Verwendete Codes:

G24.2	Idiopathische nichtfamiliäre Dystonie	B20D	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur oder ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie oder mit bestimmter Prozedur oder bei bösartiger Neubildung
T85.1	Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems	B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigeminusneuralgie, ohne bestimmte Prozedur, außer bei bösartiger Neubildung
5-014.93	Implantation oder Wechsel von intrazerebralen Elektroden: Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur Dauerstimulation	B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
5-028.3	Revision eines Neurostimulators zur Hirnstimulation	B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation
5-028.91	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar		
5-028.a1	Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar		
B20B	Kraniotomie oder große WS-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 17 Jahre oder ohne bestimmte komplexe Prozedur, mit komplizierenden Faktoren, Alter > 15 Jahre		

Beachten Sie auch das Kapitel zur Fallzusammenlegung in diesem Leitfaden.

MINIMALINVASIVE SCHMERZTHERAPIE

RADIOFREQUENZABLATION: DIAGNOSESCHLÜSSEL (ICD)

ICD	Beschreibung
G50.0	Trigeminusneuralgie: Syndrom des paroxysmalen Gesichtsschmerzes Tic douloureux
G56.9	Mononeuropathie der oberen Extremität, nicht näher bezeichnet
G57.6	Läsion des N. plantaris: Morton-Neuralgie [Metatarsalgie]
G57.9	Mononeuropathie der unteren Extremität, nicht näher bezeichnet
M18.1	Sonstige primäre Rhizarthrose Primäre Rhizarthrose: einseitig
M20.2	Hallux rigidus
M53.0	Zervikozepales Syndrom Sympathisches hinteres Zervikal-Syndrom
M54.17	Radikulopathie: Lumbosakralbereich [ISG-Syndrom]
M54.4	Lumboischialgie
M54.5	Kreuzschmerz: Lendenschmerz; Lumbago o.n.A.; Überlastung in der Kreuzbeingegend
M54.6	Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule

RADIOFREQUENZABLATION: PROZEDURENSCHLÜSSEL (OPS)

OPS	Beschreibung
5-83a	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie) Hinw.: Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren
5-830	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule Hinw.: Der offen chirurgische Zugang ist gesondert zu kodieren (5-030 ff., 5-031 ff., 5-032 ff.)
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln

RADIOFREQUENZABLATION: AG-DRGs

DRG	Parti-tion	Beschreibung	RG	uGVD ¹⁾	oGVD ²⁾	Entgelt 2024 bei einem BBFW von 4.205,95 € ³⁾
110G	O	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne wenig komplexen Eingriff oder ein Belegungstag, mit anderem kleinen Eingriff	0,63	1	14	2.649,75 €
110H	O	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne anderen kleinen Eingriff	0,534	1	5	2.245,98 €
124B	O	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre	0,542	1	5	2.279,62 €
168E	M	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur	0,432	1	11	1.816,97 €
168F	M	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, ein Belegungstag oder Prellung am Oberschenkel.	0,197	–	–	828,57 €

¹⁾ erster Tag mit Abschlag

²⁾ erster Tag mit Zuschlag

³⁾ Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2024 von 4.205,95 €

MINIMALINVASIVE SCHMERZTHERAPIE

GRUPPIERUNGSBEISPIELE

Beispiel 1: Perkutane Facettendenerivation

Eine 45-jährige Patientin mit Rückenschmerzen wird stationär aufgenommen für nur einen Tag. Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule behandelt der Arzt mit einer minimalinvasiven Facetten-Thermokoagulation an zwei Segmenten (Fall 1). Im zweiten Fall werden Kreuzschmerzen diagnostiziert und ebenfalls mit einer Facetten-Thermokoagulation behandelt, allerdings verbleibt die Patientin nun zwei Nächte stationär. Fall 3 beschreibt eine Lumboischialgie, die soweit fortgeschritten ist, dass mehr als drei Segmente koaguliert werden müssen.

		Fall 1: Rückenschmerz im Bereich der Brustwirbelsäule mit perkutaner Facettendenerivation an zwei Segmenten	Fall 2: Kreuzschmerz mit perkutaner Facettendenerivation an zwei Segmenten	Fall 3: Lumboischialgie mit perkutaner Facettendenerivation an mehr als drei Segmenten
Kodierung	ICD	M54.6	M54.5	M54.4
	OPS	5-83a.01	5-83a.01	5-83a.02
aG-DRG		I68F	I68E	I68E
Relativgewicht		0,197	0,432	0,432
Partition		M	M	M
untere GVD ¹⁾		-	1	1
Abschlag pro Tag (max. Abschlag pro Fall)		-	925,31 €	925,31 €
obere GVD ²⁾		-	11	11
aG-DRG-Basisbetrag ^{3) 4)}		828,57 €	1.816,97 €	1.816,97 €

1) Untere Grenzverweildauer: erster Tag mit Abschlag 2) Obere Grenzverweildauer: erster Tag mit Zuschlag

3) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2024 von 4205,95 €

4) Zusätzlich zum Basisbetrag der aG-DRG wird noch das tagesbezogene Pflegeentgelt hinzugerechnet.

Verwendete Codes:

M54.4	Lumboischialgie	I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., oh. Wirbelsäulenfraktur
M54.5	Kreuzschmerz	I68F	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag oder Prellung am Oberschenkel
M54.6	Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule		
5-83a.01	Facetten-Thermokoagulation oder Facetten-Kryodenerivation, 2 Segmente		
5-83a.02	Facetten-Thermokoagulation oder Facetten-Kryodenerivation, 3 oder mehr Segmente		

Beispiel 2: Denervation des Iliosakralgelenkes (ISG)

Eine 50-jährige Patientin leidet an Lumboischialgie und wird stationär aufgenommen mit einer Verweildauer von je zwei Tagen. Im ersten Beispiel erhält sie eine perkutane ISG Thermoablation. Im zweiten Fall wird die Lumboischialgie offen chirurgisch denerviert. In Fall drei wird die Patientin mit der Indikation ISG-Syndrom aufgenommen und offen chirurgisch denerviert.

		Fall 1: Lumboischialgie mit perkutaner Denervation am ISG	Fall 2: Lumboischialgie mit offen chirurgischer ISG Denervation	Fall 3: ISG-Syndrom mit offen chirurgischer Denervation
Kodierung	ICD	M54.4	M54.4	M54.17
	OPS	5-83a.2	5-859.37	5-859.37
aG-DRG		I68E	I24B	I24B
Relativgewicht		0,432	0,542	0,542
Partition		M	O	O
untere GVD ¹⁾		1	1	1
Abschlag pro Tag (max. Abschlag pro Fall)		925,31 €	454,24 €	454,24 €
obere GVD ²⁾		11	5	5
aG-DRG-Basisbetrag ^{3) 4)}		1.816,97 €	2.279,62 €	2.279,62 €

1) Untere Grenzverweildauer: erster Tag mit Abschlag 2) Obere Grenzverweildauer: erster Tag mit Zuschlag

3) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2024 von 4205,95 €

4) Zusätzlich zum Basisbetrag der aG-DRG wird noch das tagesbezogene Pflegeentgelt hinzugerechnet.

Verwendete Codes:

M54.17	Radikulopathie, Lumbosakralbereich	I24B	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre
M54.4	Lumboischialgie	I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis
5-83a.2	Thermokoagulation oder Kryodenerivation des Iliosakralgelenkes		
5-859.37	Perkutane Destruktion von Weichteilen durch Thermoablation, Leisten und Genitalregion und Gesäß		

MINIMALINVASIVE SCHMERZTHERAPIE

GRUPPIERUNGSBEISPIELE

Beispiel 3: Kreuzschmerz mit unterschiedlichen Methoden der Thermokoagulation

Eine 45-jährige Patientin mit Kreuzschmerzen wird stationär aufgenommen. Im ersten Fall behandelt der Arzt den Schmerz mit einer minimalinvasiven Facetten-Thermokoagulation an einem Segment. Im zweiten Fall werden Kreuzschmerzen endoskopisch unter Bildgebung denerviert. Fall 3 beschreibt eine offen chirurgische Denervierung des schmerzverursachenden Bereiches.

		Fall 1: Kreuzschmerz mit perkutaner Facettendenerivation an einem Segment	Fall 2: Kreuzschmerz mit endoskopischer Thermo-koagulation der Nerven	Fall 3: Kreuzschmerz mit offen-chirurgischer Denervation
Kodierung	ICD	M54.5	M54.5	M54.5
	OPS	5-83a.00	5-830.2	5-859.37
aG-DRG		I68E	I10H	I24B
Relativgewicht		0,432	0,534	0,542
Partition		M	O	O
untere GVD ¹⁾		1	1	1
Abschlag pro Tag (max. Abschlag pro Fall)		925,31 €	618,27 €	454,24 €
obere GVD ²⁾		11	5	5
aG-DRG-Basisbetrag ^{3) 4)}		1.816,97 €	2.245,98 €	2.279,62 €

1) Untere Grenzverweildauer: erster Tag mit Abschlag 2) Obere Grenzverweildauer: erster Tag mit Zuschlag

3) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2024 von 4205,95 €

4) Zusätzlich zum Basisbetrag der aG-DRG wird noch das tagesbezogene Pflegeentgelt hinzugerechnet.

Verwendete Codes:

M54.5	Kreuzschmerz		
5-830.2	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule, Facettendenerivation	I24B	ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne anderen kleinen Eingriff Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre
5-83a.00	Facetten-Thermokoagulation oder Facetten-Kryodenerivation, 1 Segment	168E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., oh. Wirbelsäulenfraktur
5-859.37	Perkutane Destruktion von Weichteilen durch Thermoablation, Leisten und Genitalregion und Gesäß		
I10H	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff,		

Beispiel 4: Gepulste Radiofrequenzablation

Ein 60-jähriger Patient leidet an Arthritis, nicht näher bezeichnet (Coccygitis / Coccygodynie). Er wird stationär aufgenommen, um eine gepulste Radiofrequenzbehandlung an Ganglien durch eine Radiofrequenzkanüle zu erhalten (Fall 1). Im zweiten Gruppierungsbeispiel leidet der Patient am ISG Syndrom und erhält ebenfalls eine gepulste Radiofrequenzbehandlung, allerdings durch eine Multifunktions-elektrode. Der Fall 3 beschreibt eine Lumboischialgie, die ebenfalls mit einer Multifunktions-elektrode die Ganglien denerviert.

		Fall 1: Arthritis, nicht näher bezeichnet (Coccygitis / Coccygodynie) mit gepulster Radiofrequenzbehandlung an Ganglien durch eine Radiofrequenzkanüle	Fall 2: ISG-Syndrom mit gepulster Radiofrequenzbehandlung an Ganglien durch Multifunktions-elektrode	Fall 3: Lumboischialgie mit gepulster Radiofrequenzbehandlung an Ganglien
Kodierung	ICD	M13.98	M54.17	M54.4
	OPS	5-059.f0	5-059.fl	5-059.fl
aG-DRG		I10H	I10H	I10H
Relativgewicht		0,534	0,534	0,534
Partition		O	O	O
untere GVD ¹⁾		1	1	1
Abschlag pro Tag (max. Abschlag pro Fall)		618,27 €	618,27 €	618,27 €
obere GVD ²⁾		5	5	5
aG-DRG-Basisbetrag ^{3) 4)}		2.245,98 €	2.245,98 €	2.245,98 €

1) Untere Grenzverweildauer: erster Tag mit Abschlag 2) Obere Grenzverweildauer: erster Tag mit Zuschlag

3) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2023 von 4205,95 €

4) Zusätzlich zum Basisbetrag der aG-DRG wird noch das tagesbezogene Pflegeentgelt hinzugerechnet.

Verwendete Codes:

M13.98	Arthritis, nicht näher bezeichnet, sonstige	5-059.fl	Gepulste Radiofrequenzbehandlung an Ganglien, durch Multifunktions-elektrode
M54.17	Radikulopathie, Lumbosakralbereich	I10H	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne anderen kleinen Eingriff
M54.4	Lumboischialgie		
5-059.f0	Gepulste Radiofrequenzbehandlung an Ganglien, durch Radiofrequenzkanüle		

MINIMALINVASIVE SCHMERZTHERAPIE

RADIOFREQUENZABLATION: EBM ABRECHNUNGSBEISPIEL

EBM	Name	Beschreibung	Inhalt	Punkte	Euro	Anmerkung
16220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	Neurologisches Gespräch, neurologische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung, je vollendete 10 Minuten	Dauer mindestens 10 Minuten, Als Einzelbehandlung, Erhebung neuropsychologischer/verhaltensneurologischer Befunde, Vertiefte Exploration und differentialdiagnostische Einordnung, Syndrombezogene therapeutische Intervention, Anleitung von Bezugspersonen,	154	18,38 €	
30700	Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient	Grundpauschale für einen Patienten im Rahmen der Versorgung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V	Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen, Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600, individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601, in Anhang 1 aufgeführte Leistungen,	394	47,02 €	
30702	Zusatzpauschale Schmerztherapie	Zusatzpauschale für die schmerztherapeutische Versorgung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V	<p>Basisabklärung und umfassende schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2, einschließlich Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich Auswertung von Fremdbefunden, Durchführung einer Schmerzanalyse, Differentialdiagnostische Abklärung der Schmerzkrankheit, Eingehende Beratung des Patienten einschließlich Festlegung der Therapieziele, Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften Therapieplans unter Berücksichtigung des ermittelten Chronifizierungsstadiums, Vermittlung von bio-psycho-sozialen Zusammenhängen und von Schmerzbewältigungsstrategien, Gewährleistung der Einleitung und Koordination der flankierenden therapeutischen Maßnahmen und/oder</p> <p>Fortführung einer umfassenden schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2, einschließlich Zwischenanamnese einschließlich Auswertung von Fremdbefunden, Eingehende Beratung des Patienten und ggf. Überprüfung der Therapieziele und des Therapieplans, Weitere Koordination und ggf. Überprüfung der flankierenden therapeutischen Maßnahmen, Standardisierte Dokumentation(en), Bericht an den Hausarzt über den Behandlungsverlauf, Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,</p>	498	59,43 €	Die Zusatzpauschale 30702 ist in demselben Arztfall nur neben der Grundpauschale 30700, nicht neben einer anderen Versichertenpauschale, Grundpauschale bzw. Konsiliarpauschale berechnungsfähig.
34503	Bildwandlergestützte Intervention Wirbelsäule	Bildwandlergestützte Intervention(en) an der Wirbelsäule	<p>Bildwandlergestützte Intervention in bzw. an Nerven, Ganglien, Gelenkkörper(n) und/oder Gelenkfacette(n) der Wirbelsäule, Überwachung über mindestens 30 Minuten, Dokumentation,</p> <p>Fakultativer Leistungsinhalt: Kontrolle mittels Bildwandler, Infusion(en) (Nr. 02100), Punktion(en) I (Nr. 02340), Punktion(en) II (Nr. 02341),</p>	667	79,60 €	Abrechnungsausschluss in der selben Sitzung: 02100, 02340, 02341

FALLZUSAMMENFÜHRUNG

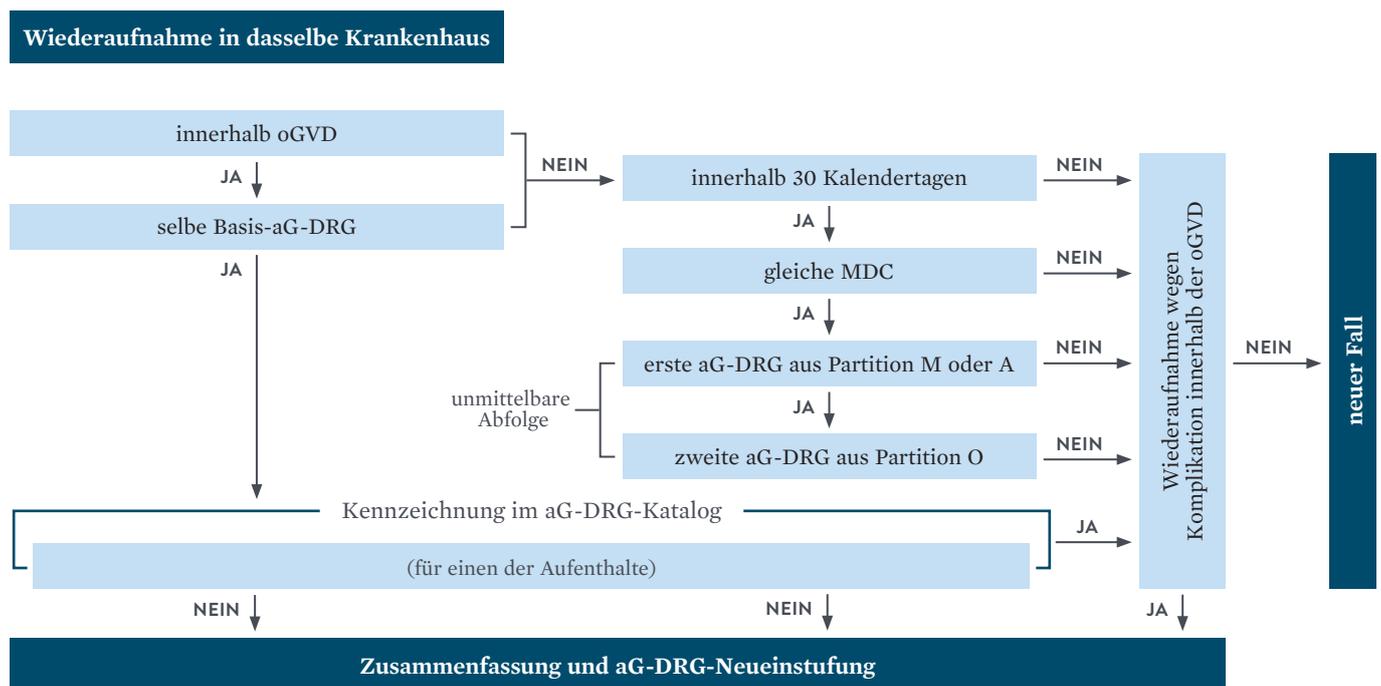
Gemäß §2 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2024 (FPV 2024) ist unter bestimmten Voraussetzungen eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen.

Folgende Kriterien sind dabei zu prüfen:

- obere Grenzverweildauer
- Einstufung in dieselbe Basis-aG-DRG
- 30-Kalendertage-Frist
- Einstufung in dieselbe MDC
- Reihenfolge der Partitionen
- Ausnahme von der Zusammenfassung bei gekennzeichneten aG-DRG-Fallpauschalen
- Wiederaufnahme wegen Komplikationen innerhalb der oGVD

Eine Ausnahme von der Wiederaufnahme ist bei den Fallpauschalen gegeben, die im Fallpauschalenkatalog in Spalte 13 (Hauptabteilung) bzw. Spalte 15 (Belegabteilung) als solche gekennzeichnet sind. Bei den für diesen Leitfa- den relevanten aG-DRGs ist dies nur für die „sonstigen aG-DRGs“ 801 und 802 der Fall.

Das der Verordnung zugrunde liegende Ablaufschema wurde vom BMG in einem Leitsatzpapier zur Wiederauf- nahmeregelung folgendermaßen dargestellt.



FALLZUSAMMENFÜHRUNG

Die folgenden Beispiele sollen die Anwendung und Konsequenz der Wiederaufnahmeregelung verdeutlichen.

Beispiel 1: Wiederaufnahme innerhalb der oberen Grenzverweildauer

Ein Patient wird zur medikamentösen Schmerzbehandlung stationär aufgenommen. Innerhalb der oberen Grenzverweildauer wird er erneut aufgenommen, um bei ihm die Testung eines epiduralen Neurostimulationssystems durchzuführen.

Krankenhausaufenthalt 1:

ICD	M96.1	FBSS		
OPS	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie		
	↓			
aG-DRG	I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., oh. Wirbelsäulenfraktur	Partition M	oGVD = 11 erster Tag mit Zuschlag

Krankenhausaufenthalt 2:

ICD	M96.1	FBSS		
OPS	5-039.32	Implantation eines temporären Einzelektrodensystems zur epiduralen Teststimulation		
	↓			
aG-DRG	I10F	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff und mehr als ein Belegungstag	Partition O	oGVD = 10 erster Tag mit Zuschlag

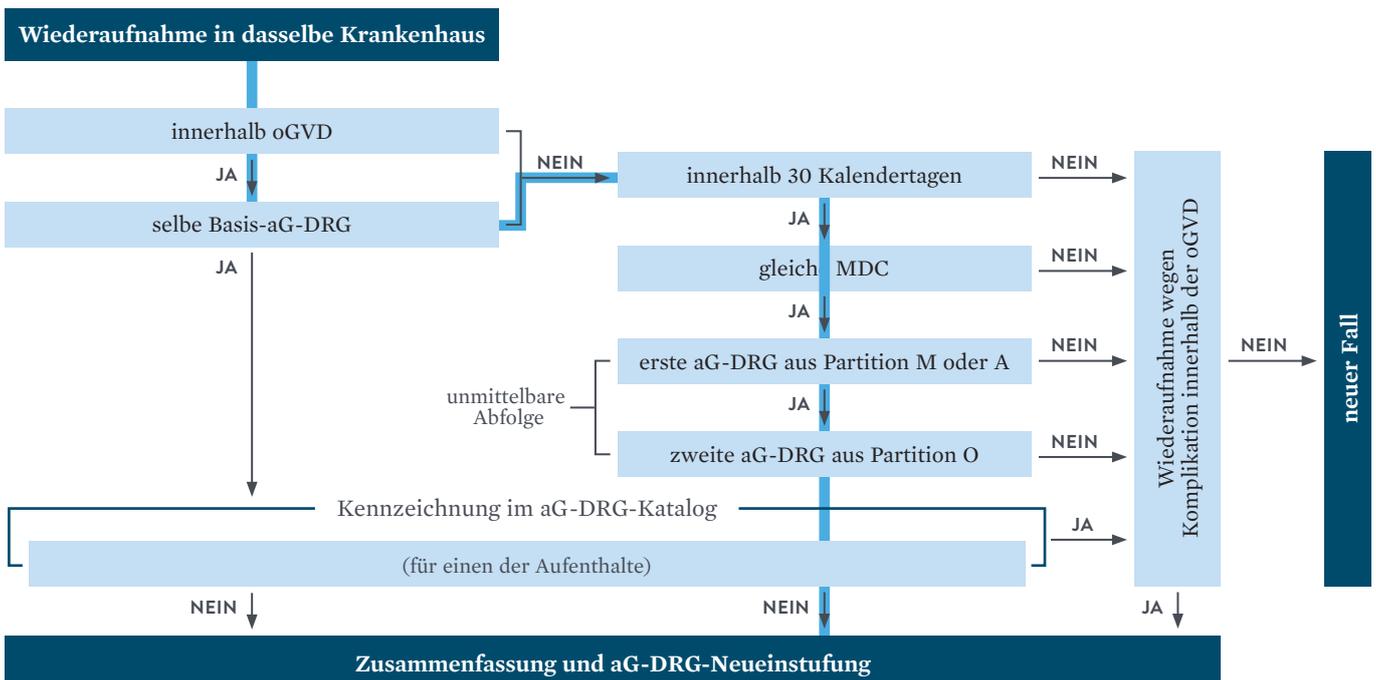
Prüfkriterien:

- oGVD (Fall 1) = 11
- Basis-DRG (Fall 1) = I68
Basis-DRG (Fall 2) = I10
- MDC (Fall 1) = 8
MDC (Fall 2) = 8
- Partition (Fall 1) = M
Partition (Fall 2) = O
- Kennzeichnung (Fall 1): nein
Kennzeichnung (Fall 2): nein

Ergebnis der Prüfung:

Die beiden Fälle werden zu einem Fall zusammengefasst.

Nur durch die Einhaltung der 30-Kalendertage-Regel hätte eine Fallzusammenlegung verhindert werden können



FALLZUSAMMENFÜHRUNG

Beispiel 2: Wiederaufnahme bei gleicher Basis-aG-DRG

Ein Patient wird zur Testung eines epiduralen Neurostimulationssystems bei FBSS stationär aufgenommen. Innerhalb von 30 Kalendertagen aber nach Ablauf der oberen Grenzverweildauer des ersten Aufenthaltes wird er erneut aufgenommen, um die Implantation des permanenten Stimulationssystems durchzuführen.

Krankenhausaufenthalt 1:

ICD	M96.1	FBSS		
ICD	T91.1	Folgen einer Fraktur der Wirbelsäule		
OPS	5-039.33	Implantation eines temporären Mehrelektrodensystems zur epiduralen Teststimulation		
aG-DRG	I10G	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne wenig komplexen Eingriff	Partition O	oGVD = 14 erster Tag mit Zuschlag

Krankenhausaufenthalt 2:

ICD	M96.1	FBSS		
ICD	T91.1	Folgen einer Fraktur der Wirbelsäule		
OPS	5-039.e1	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalsystem, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar		
aG-DRG	I19A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems	Partition O	oGVD = 7 erster Tag mit Zuschlag

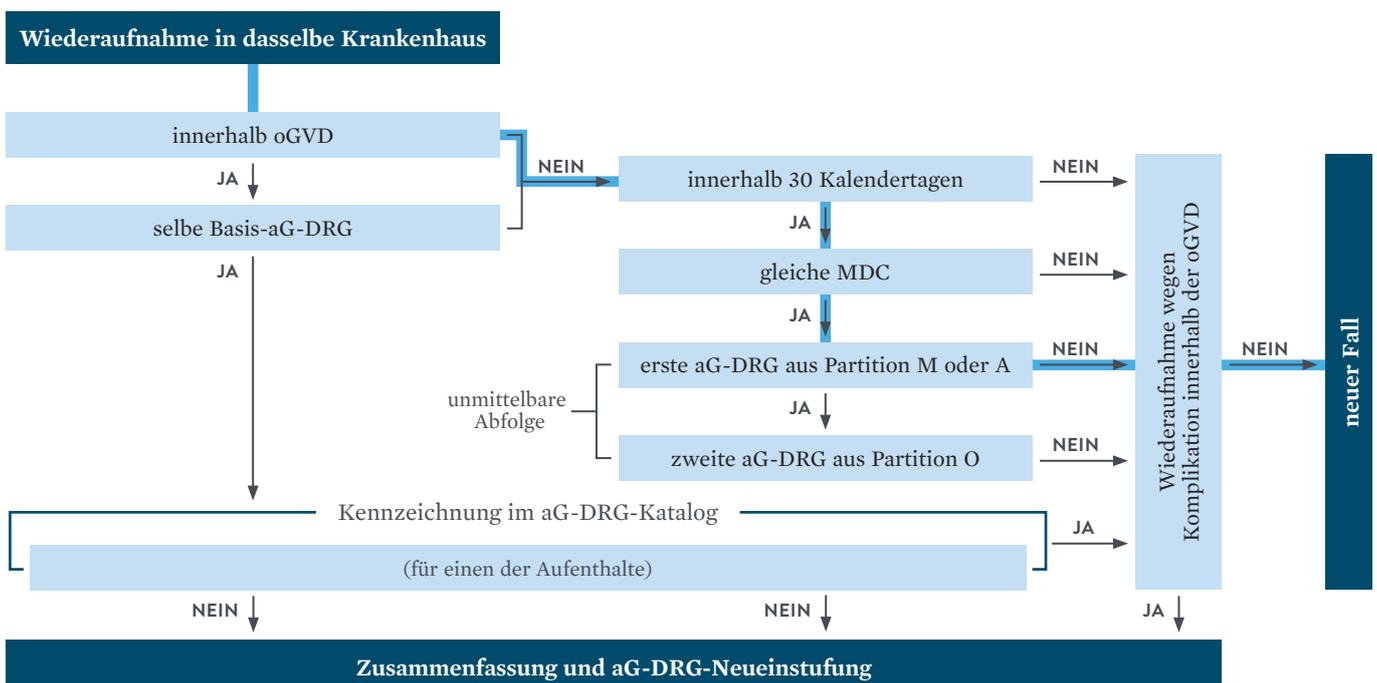
Prüfkriterien:

- oGVD (Fall 1) = 14
- Basis-aG-DRG (Fall 1) = I10
Basis-aG-DRG (Fall 2) = I19
- MDC (Fall 1) = 8
MDC (Fall 2) = 8
- Partition (Fall 1) = O
Partition (Fall 2) = O

Ergebnis der Prüfung:

Die beiden Fälle werden einzeln abgerechnet.

In diesem Fall ist es wichtig, dass mit der zweiten Intervention mindestens 15 Tage (oGVD) gewartet wird. Eine frühere Intervention hätte wegen der Regel zur oGVD eine Fallzusammenlegung zur Folge. Alternativ hätte die Testung ambulant nach §115b durchgeführt werden können.



AMBULANTE VERSORGUNG MIT NEUROSTIMULATOREN

Sowohl die Testung als auch die Implantation von Neurostimulatoren kann ambulant durchgeführt werden. Mit der Erweiterung des AOP-Kataloges 2023 sind im Bereich der Neuromodulation weitere Prozeduren hinzugekommen, die nun ebenfalls ambulant erbracht werden.

Ambulant im Krankenhaus nach § 115b SGB V

In Paragraph 1 des Vertrags nach § 115 b Abs. 1 SGB V - ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus – (AOP-Vertrag) heißt es:

Zulassung von Krankenhäusern zur Erbringung von Eingriffen gemäß § 115 b SGB V

(2) Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen und stationsersetzenden Eingriffe zugelassen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuß.

Das Erbringen von Leistungen nach §115b ist demnach nur meldepflichtig, nicht aber genehmigungspflichtig. Das Meldeformular nebst AOP Katalog und AOP Vertrag sind. Im Internet z.B. auf der Homepage der Deutschen Krankenhausgesellschaft (<https://www.dkgev.de/themen/finanzierung-leistungskataloge/ambulante-verguetung/ambulantes-operieren-115b-sgb-v/>) im Downloadbereich zu beziehen.

Gemäß des Vertrages nach §115b SGB V ist von den Selbstverwaltungspartnern ein Katalog an Leistungen definiert worden, die ambulant im Krankenhaus erbracht werden dürfen.

Nachfolgend ein Auszug mit den für diesen Leitfadens relevanten Prozeduren.

OPS	Beschreibung
5-039.e1	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
5-039.e2	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator
5-039.f1	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, wiederaufladbar Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
5-039.f2	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, wiederaufladbar Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator
5-039.n0	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
5-039.n1	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
5-039.n2	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator
5-039.33	Implantation mehrerer temporärer Elektroden zur epiduralen Teststimulation
5-039.34	Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan
5-039.35	Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan
5-039.a5	Entfernung von Elektroden: Mehrere epidurale Plattenelektroden
5-039.d	Entfernung von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation und zur Vorderwurzelstimulation

Weitere Leistungen, die seit dem 01.01.2023 nach §115b SGB V ambulant erbracht werden:

OPS	Beschreibung
5-039.a2	Entfernung von Elektroden: Eine epidurale Stabelektrode
5-039.a3	Entfernung von Elektroden: Mehrere epidurale Stabelektroden
5-039.m0	Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
5-039.m1	Wechsel.: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
5-039.p	Implantation eines Neurostimulators zur Vorderwurzelstimulation ohne Implantation einer subduralen Elektrode
5-039.q0	Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar
5-039.q1	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar

AMBULANTE VERSORGUNG MIT NEUROSTIMULATOREN

Ambulant beim Vertragsarzt

Im EBM^{F)} sind bestimmte Leistungen aus dem Bereich der Neuromodulation abgebildet. Alle Prozeduren entstammen mit einer Ausnahme dem Bereich der epiduralen Rückenmarkstimulation. Einzig die Entfernung eines Neurostimulators zur Hirnstimulation kann ebenfalls vom Vertragsarzt durchgeführt werden. Nachfolgende Tabelle fasst die Leistungen zusammen, die nach EBM erbracht werden können:

SCS

OPS 2024	Bezeichnung OPS 2024	Ambulante Operation / EBM Ziffer
5-039.32	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation einer temporären Elektrode zur epiduralen Teststimulation	31255
5-039.33	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation mehrerer temporärer Elektroden zur epiduralen Teststimulation	31256
5-039.34	Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan	31255
5-039.35	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan	31256
5-039.e1	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	31256
5-039.e2	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	31256
5-039.f1	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	31252
5-039.f2	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	31252
5-039.n1	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	31252
5-039.n2	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	31252

AMBULANTE VERSORGUNG MIT NEUROSTIMULATOREN

DRG

OPS 2024	Bezeichnung OPS 2024	Ambulante Operation / EBM Ziffer
5-039.c7	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Revision von Elektroden: Spinalganglion, mehrere Elektroden	31253
5-039.j0	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation von Spinalganglien: Eine Elektrode zur Ganglienstimulation	31252
5-039.j1	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation von Spinalganglien: Mehrere Elektroden zur Ganglienstimulation	31253
5-039.k1	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulations- elektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	31251
5-039.m1	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, voll- implantierbar, nicht wiederaufladbar	31251
5-039.q1	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	31252

AMBULANTE VERSORGUNG MIT NEUROSTIMULATOREN

Abrechnungshinweise für PKV-Patienten gemäß GOÄ

In der GOÄ^(G) sind bestimmte Leistungen aus dem Bereich der Neuromodulation spezifisch abgebildet, andere müssen über Analogziffern berechnet werden. Als Beispiel wurde die Rückenmarkstimulation (SCS) bei chronischem Schmerzsyndrom ausgewählt. Nachfolgende Tabelle fasst exemplarisch Leistungen aus dem Bereich der Neuromodulation zusammen, die nach der GOÄ erbracht werden können.

Phase	Ziffer	Anzahl	Faktor	Punkte	Euro	Erklärung / Begründung
Trial	452	1	2,3	190	25,48 €	Intravenöse Narkose (mehrmalige Verabreichung des Narkotikums)
	3055*	1	2,3	554	74,27 €	Überwachung einer assistierenden Zirkulation, je angefangene Stunde
	427	1	2,3	150	20,10 €	Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bis zu 12 Stunden Dauer
	602	1	1,8	152	15,95 €	Oxymetrische Untersuchung(en)
	272	1	2,3	180	24,13 €	Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer
	491	1	3,5	121	24,15 €	Infiltrationsanästhesie großer Bezirke – auch Parazervikalanästhesie / durch Mehrfachapplikation erhöhter ärztlicher Aufwand
	261	1	2,3	30	4,03 €	Einbringung von Arzneimitteln in einem parenteralen Katheter
	5295	1	2,5	240	34,97 €	Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung / Schwierigkeit der Durchführung intraoperativ und unter sterilen Bedingungen
	301	1	2,3	160	21,46 €	Punktion eines Ellenbogen-, Knie- oder Wirbelgelenks
	2570	1	3,5	4500	918,02 €	Implantation von Reizelektroden zur Dauerstimulation des Rückenmarks – gegebenenfalls einschließlich Implantation des Empfangsgerätes - / erhöhter operativer Aufwand bei Zustand nach Voroperation
	340	1	2,3	400	53,62 €	Einbringung des Kontrastmittels in die zerebralen und spinalen Liquorräume
	5280	1	1,8	750	78,70 €	Myelographie
	5298	1	1,0		10,93 €	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5010 bis 5290 bei Anwendung digitaler Radiographie (Bildverstärker-Radiographie)
	839	1	2,3	700	93,84 €	Elektromyographie + Nervenleitgeschwindigkeit / Analog § 6 (2): Neuprogrammierung des Stimulators
	828	1	3,5	605	123,41 €	Messung visuell, akustisch oder sensosensorisch evozierter Hirnpotentiale (VEP, AEP, SSP) / Erhöhter Aufwand bei mehrfachen Teststimulationen. Analog § 6 (2): Einstellung des Stimulators
	491	1	2,3	121	16,22 €	Infiltrationsanästhesie großer Bezirke - auch Parazervikalanästhesie / durch Mehrfachapplikation erhöhter ärztlicher Aufwand
800	1	2,3	195	26,15 €	Eingehende neurologische Untersuchung	
661	1	1,8	530	55,60 €	Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers gegebenenfalls mit Magnettest (Teststimulation)	
IPG Implantation	452	1	2,3	190	25,48 €	Intravenöse Narkose (mehrmalige Verabreichung des Narkotikums)
	3055*	1	2,3	554	74,27 €	Überwachung einer assistierenden Zirkulation, je angefangene Stunde
	427	1	2,3	150	20,10 €	Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bis zu 12 Stunden Dauer
	602	1	1,8	152	15,95 €	Oxymetrische Untersuchung(en)
	261	1	2,3	30	4,03 €	Einbringung von Arzneimitteln in einem parenteralen Katheter
	491	1	3,5	121	24,68 €	Infiltrationsanästhesie großer Bezirke - auch Parazervikalanästhesie / durch Mehrfachapplikation erhöhter ärztlicher Aufwand
	828	1	2,3	605	81,10 €	Messung visuell, akustisch oder sensosensorisch evozierter Hirnpotentiale (VEP, AEP, SSP) / Erhöhter Aufwand bei mehrfachen Teststimulationen. Analog § 6 (2): Einstellung des Stimulators
	5295	1	2,5	240	34,97 €	Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung / Schwierigkeit der Durchführung intraoperativ und unter sterilen Bedingungen
	2010	1	3,5	379	77,32 €	Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und / oder Knochen / erhöhter operativer Aufwand aufgrund der Vernarbungen
	301	1	2,3	160	21,46 €	Punktion eines Ellenbogen-, Knie- oder Wirbelgelenks
	2570	1	3,5	4500	918,02 €	Implantation von Reizelektroden zur Dauerstimulation des Rückenmarks – gegebenenfalls einschließlich Implantation des Empfangsgerätes - / erhöhter operativer Aufwand aufgrund von Vernarbungen
	340	1	2,3	400	53,62 €	Einbringung des Kontrastmittels in die zerebralen und spinalen Liquorräume
	5280	1	1,8	750	78,70 €	Myelographie
	5298	1	1,0		10,93 €	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5010 bis 5290 bei Anwendung digitaler Radiographie (Bildverstärker-Radiographie)
	839	1	2,3	700	93,84 €	Elektromyographie + Nervenleitgeschwindigkeit / Analog § 6 (2): Neuprogrammierung des Stimulators
	828	1	3,5	605	123,41 €	Messung visuell, akustisch oder sensosensorisch evozierter Hirnpotentiale (VEP, AEP, SSP) / Erhöhter Aufwand bei mehrfachen Teststimulationen. Analog § 6 (2): Einstellung des Stimulators
800	1	2,3	195	26,15 €	Eingehende neurologische Untersuchung	

Summe Brutto: 3.305,41 €
Liquidationsminderung**: -789,25 €
Summe Netto: 2.516,16 €

*alternativ zur 452 abrechnen, dauert die Implantation < 1 h
**Bei ambulanter Liquidation entfällt die Minderung.

GLOSSAR

aG-DRG

ausgegliederte German - Diagnosis Related Groups

BBFW

Bundesbasisfallwert

CRPS

Complex Regional Pain Syndrome = komplexes regionales Schmerzsyndrom, Synonym des Morbus Sudeck

DRG

Diagnosis **R**elated **G**roups = Diagnosebezogene Fallgruppen

DRG

dorsal root ganglion = Spinalganglion

EBM

Einheitlicher Bewertungsmaßstab

FBSS

Failed Back Surgery Syndrome = Postnukleotomiesyndrom

GOÄ

Die Gebührenordnung für Ärzte

ICD

International Classification of Diseases = Internationale Diagnosegruppen

MDC

Major Diagnostic Category = Hauptdiagnosekategorie

OGVD

obere Grenzverweildauer

OPS

Operationen und Prozeduren-Schlüssel

PAVK

periphere arterielle Verschlusskrankheit

RG

Relativgewicht, auch Bewertungsrelation

SCS

Spinal Cord Stimulation = epidurale Rückenmarkstimulation

THS

Tiefe Hirnstimulation

UGVD

untere Grenzverweildauer

VWD

Verweildauer: Liegedauer des Patienten im Krankenhaus abzüglich des Entlassungs- oder Verlegungstages

ZE

Zusatzentgelt

Z.N.

Zustand nach

QUELLEN

- A) **BfArM, ICD Version 2024:**
https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html#anker-icd-downloads
- B) **BfArM, OPS Version 2024:**
https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html#anker-ops-downloads
- C) **Qualitätskriterien NRW:**
https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/nd_anlage_2_uebersichtstabelle_der_qualitaetskrite.xlsx
- D) **Kassenärztliche Bundesvereinigung, Katalog Ambulantes Operieren 2024:**
https://www.kbv.de/media/sp/AOP-Vertrag_Anlage_1.pdf
- E) **InEK, Fallpauschalenkatalog 2024:**
<https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2024/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-20242>
- F) **GKV-Spitzenverband, Veränderungswert 2024:**
<https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/orientierungswert/orientierungswert.jsp>

DAS KÖNNTE SIE AUCH INTERESSIEREN



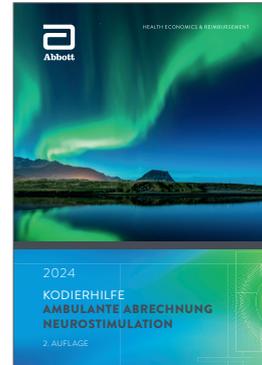
Kodierhilfe
Gefäßinterventionen – PTA



Kodierhilfe
Koronarinterventionen – PCI



Kodierhilfe
Rhythmologie



Kodierhilfe
Ambulante Abrechnung
Neurostimulation



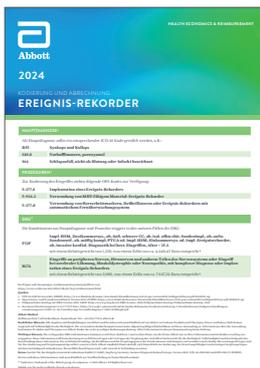
Kodierhilfe
Structural Heart



Kodierhilfe
Heart Failure



Kodierhilfe
Ambulante Abrechnung
Cardiac Rhythm Management



Ereignis-Rekorder

EP-Ablation



Katheterbasierte
Mitralklappentherapie



Mitralklappen
Transkatheter Ersatz

WEITERE INFORMATIONEN UND KODIERHINWEISE FINDEN SIE UNTER

<https://www.cardiovascular.abbott/de/de/hcp/reimbursement.html>

WIR FÜR SIE



PEGAH ARABI

**Associate Manager
Health Economics & Reimbursement**

Telefon: +49 (0) 151-152 62 797



JANNIS RADELEFF

**Head of Health Economics &
Reimbursement DACH**

Telefon: +49 (0) 6196 7711-144

IHR ANSPRECHPARTNER

Abbott Medical GmbH

Helfmann-Park 7

65760 Eschborn

Tel: +49 6196 771111-0

Fax: +49 6169 7711-117

Bei Fragen und Anregungen: reimbursement-germany@abbott.com

Haftungsausschluss: Dieses Material und die darin enthaltenen Informationen dienen nur allgemeinen Informationszwecken und sind nicht als Rechts-, Vergütungs-, Geschäfts-, klinische oder sonstige Beratung gedacht und stellen keine dar. Darüber hinaus ist weder eine Zusicherung oder Garantie für eine Vergütung, Zahlung oder Belastung beabsichtigt oder garantiert, noch dass eine Rückerstattung oder andere Zahlung erfolgen wird. Es ist nicht beabsichtigt, die Vergütung durch einen Kostenträger zu erhöhen oder zu maximieren. Ebenso sollte nichts in diesem Dokument als Anleitung zur Auswahl eines bestimmten Codes angesehen werden, und Abbott befürwortet oder garantiert nicht die Korrektheit der Verwendung eines bestimmten Codes. Die letztendliche Verantwortung für die Kodierung und den Erhalt der Vergütung verbleibt beim Kunden. Dies schließt die Verantwortung für die Genauigkeit und Richtigkeit aller Kodierungen und Ansprüche ein, die an Drittzahler übermittelt werden. Darüber hinaus sollte der Kunde beachten, dass Gesetze, Vorschriften und Vergütungsrichtlinien komplex sind und häufig aktualisiert werden, und der Kunde sollte sich daher häufig bei seinen örtlichen Kostenträgern erkundigen und sich an einen Rechtsbeistand oder einen Finanz-, Kodierungs- oder Kostenerstattungspezialist für alle Fragen im Zusammenhang mit Kodierung, Abrechnung, Kostenerstattung oder damit zusammenhängenden Problemen wenden. Dieses Material reproduziert Informationen nur zu Referenzzwecken. Es wird nicht für Marketingzwecke bereitgestellt oder autorisiert.

Wichtiger Hinweis: Die vorliegenden DRG-Informationen stammen von Dritten (InEK etc.) und werden Ihnen von der Firma Abbott nur zu Ihrer Information und als Kodiervorschlag weitergegeben. Diese Information stellt keine Beratung in rechtlichen Fragen oder in Fragen der Vergütung dar, und Abbott haftet nicht für die Richtigkeit, Vollständigkeit und den Zeitpunkt der Bereitstellung dieser Information. Die rechtliche Grundlage, die Richtlinien und die Vergütungspraxis der Krankenkassen sind komplex und verändern sich ständig. Die Leistungserbringer sind für ihre Kodierung und Vergütungsanträge selbst verantwortlich. Abbott empfiehlt Ihnen deshalb, sich hinsichtlich der Kodierung, der Erstattungsfähigkeit und sonstigen Vergütungsfragen mit den zuständigen Krankenkassen, Ihrem DRG-Beauftragten und / oder Anwalt in Verbindung zu setzen.

Daten: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (© InEK), Siegburg, Germany: German Diagnosis Related Groups, Version 2024, ICD-10-GM 2024 und OPS 2024 (© BfArM).

ACHTUNG: Produkte dürfen nur von einem Arzt oder unter dessen Anleitung verwendet werden. Es ist wichtig, vor der Verwendung sorgfältig die Packungsbeilage in der Produktverpackung (falls vorhanden) oder auf vascular.eifu.abbott oder manuals.eifu.abbott zu lesen für detaillierte Informationen über Indikationen, Kontraindikationen, Warnungen, Vorsichtsmaßnahmen und mögliche Komplikationen, die bei der Verwendung dieses Produkts auftreten können.

Archivierung der Daten und Fotoaufnahmen durch Abbott Medical.

Hierin enthaltene Informationen sind ausschließlich zur Veröffentlichung in Deutschland bestimmt.

ABBOTT MEDICAL GMBH

Helfmann-Park 7 | 65760 Eschborn

Tel: +49 6196 771111-0 | Fax: +49 6169 7711-117

™ kennzeichnet eine Marke der Abbott Unternehmensgruppe.

© 2024 Abbott. Alle Rechte vorbehalten.

MAT-2403345 v1.0

