
Kodierung und Vergütung in der stationären und ambulanten Versorgung 2024

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung der Neuromodulations Therapien

Abkürzungen

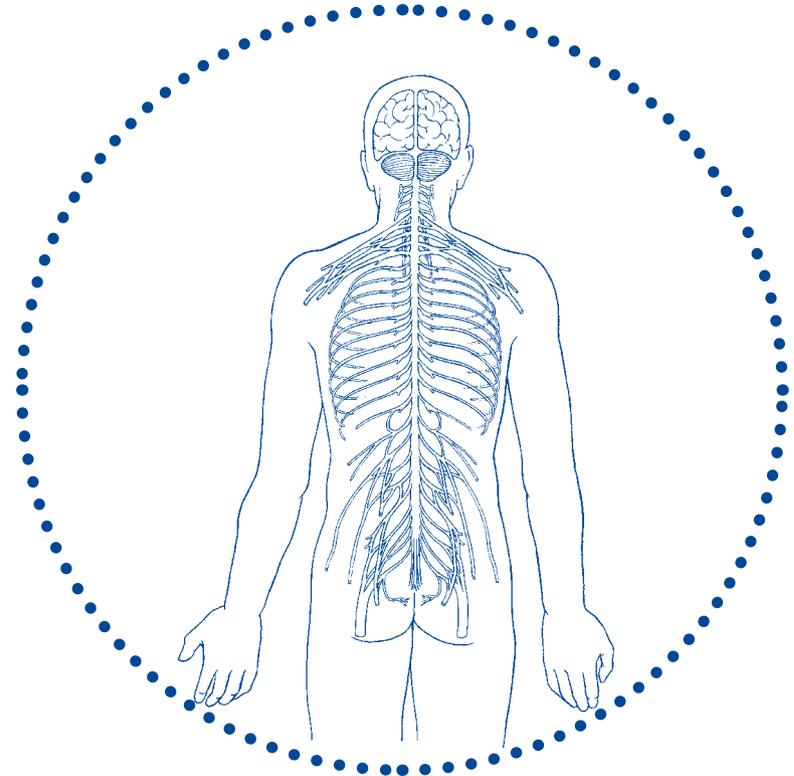
Behandlungspfade zur Neuromodulation Informationen zur Leistungsplanung

Implantierbare Medikamentenpumpen

Rückenmarkstimulation

Subkutane periphere Nervenstimulation

Tiefe Hirnstimulation



Vorwort



Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

wir bewegen uns heute in einem zunehmend komplexer werdenden Umfeld. Zu den ständigen Herausforderung auf medizinischer Seite, berücksichtigen Sie vor dem Hintergrund von Diskussionen und Maßnahmen zur Kostenbegrenzung im Gesundheitswesen, zudem täglich Fragen nach Kosten und Effektivität der von Ihnen gewählten Behandlungsverfahren. Häufig genug sind selbst die Wege der Finanzierung dieser Behandlungsverfahren unklar und einem stetigen Wandel unterworfen. Budgetlimitierungen, Informationsdefizite und die ständig wachsende administrative Belastung bei allen Beteiligten im Gesundheitswesen können vor diesem Hintergrund nur durch eine partnerschaftliche Kooperation der Akteure im Gesundheitswesen geschultert werden.

Dieses Handbuch soll eine Hilfestellung für den täglichen Umgang im Hinblick auf eine sachgerechte Vergütung der von Ihnen eingesetzten Verfahren sein. In kompakter Form finden Sie hier die für eine sachgerechte Vergütung notwendigen Kodier- und Abbildungshinweise auf der Basis ausgewählter Behandlungspfade. Hierbei sei erwähnt, dass es sich um beispielhafte Behandlungspfade handelt. Vorrangig in der Behandlung Ihrer Patienten steht im Sinne des SGB V die medizinische Notwendigkeit in der Behandlung jedes einzelnen Patienten. Eine Reduktion auf lediglich die Wirtschaftlichkeit soll und darf nicht Ziel einer Gesundheitspolitik in Deutschland sein, eine Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit als sekundäre, im Vorfeld der Behandlung, vorzunehmende Abwägung ist gleichwohl zu beachten.

Wir wollen einer der größten Herausforderungen unserer Zeit transparent und überzeugend entgegenzutreten. Das Vermögen, für Fragestellungen in Bezug auf die Finanzierung unserer Produkte und Therapien Antworten zu finden, ist eine der größten Verantwortungen im Wandel der Gesundheitssysteme.

Mit freundlichen Grüßen

Isabell M. Schliebener

Assoc Reimbursement Analyst DACH
Health Economics, Policy & Reimbursement

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Was bedeutet Reimbursement für uns?

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

ZU DIESEN LEISTUNGEN GEHÖREN ZUM BEISPIEL



EBM, GOÄ und DRG Hinweise zu unseren Produkten/Services



Informationen zu Abrechnung und Kodierung



Hinweise zu Änderungs- und Weiterentwicklungsanträgen



Informationen zu Fragen des MD und der Kassen



Hinweise bei Strategie & Leistungsportfolio



Informationen zu NUB-Verfahren inkl. §137h SGB V



Hinweise zu gesundheitspolitischen Entwicklungen

UNSER REIMBURSEMENT-SERVICE IM ÜBERBLICK



Kostenbetrachtungen, Erlösbetrachtungen

Wir unterstützen Sie mit Erlös- und Kostenanalysen bei der Planung, Anpassung und Weiterentwicklung Ihres Leistungsangebots. Diese Konzepte entwickeln wir in Zusammenarbeit mit medizinischem Fachpersonal und Klinikverwaltungen. DRG Kodierhilfen, Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen oder Prozesskostenanalysen sind einige Beispiele.



Weiterbildung und Training

Unsere Weiterbildungs- und Trainingsprogramme vermitteln die Grundlagen der stationären (DRG) und ambulanten (EBM, GOÄ, AOP) Abrechnung, sowie den aktuellen Stand der Kodierung und Kostenerstattung. Dabei steht die Kodierung und Refinanzierung unserer Therapien im Mittelpunkt.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung der Neuromodulations Therapien

Abkürzungen

Worauf es in diesem Jahr ankommt

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

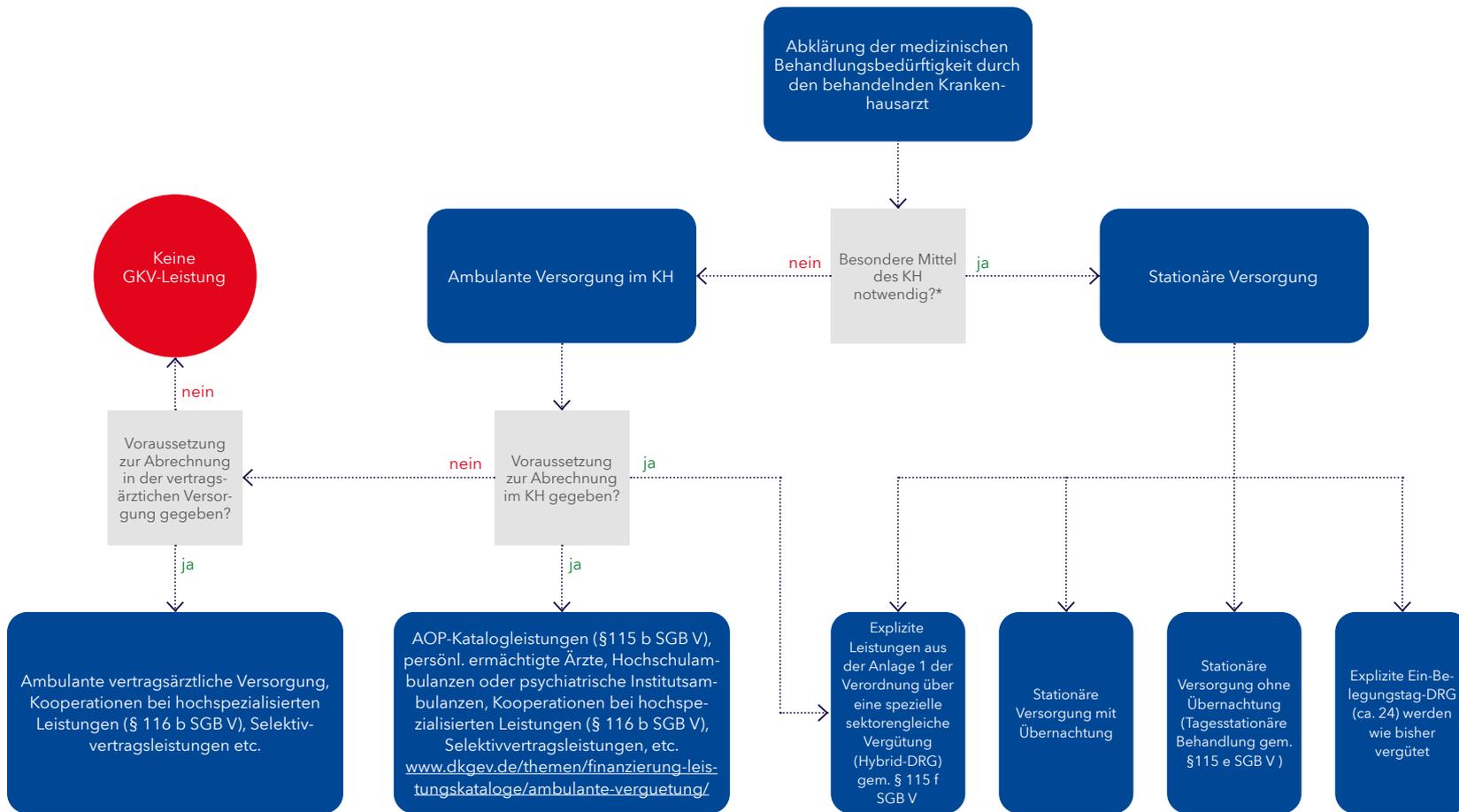
! WICHTIGER HINWEIS: NEUROMODULATIONSTHERAPIEN SIND KEINE HYBRID-DRG-LEISTUNGEN GEMÄSS ANLAGE 1 DER VERORDNUNG VOM 21.12.2023

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

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

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

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



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

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

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

Seit dem 01.01.2023 werden die bisherigen G-AEP-Kriterien durch die Kontextfaktoren ersetzt. In diesem Zusammenhang wird auch die bisherige Differenzierung der Leistungen im AOP-Katalog in die Kategorien 1 und 2 abgeschafft. Bisher bestehende OPS-bezogene Regelungen der Kategorisierungsordnung wurden weitestgehend in die Kontextfaktoren integriert.

Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben sich auf einen gemeinsamen Katalog von Kontextfaktoren verständigt.

Die Kontextfaktoren dienen der Begründung einer stationären Durchführung von expliziten Leistungen nach § 3 des AOP-Vertrages, die regelhaft ambulant erbracht werden können.

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

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

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

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

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

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

ÜBERGANGSREGELUNG GEMÄSS § 24 AOP-VERTRAG

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

Sofern Patienten bis einschließlich 31.03.2024 zur stationären Durchführung einer Leistung, die in Anlage 1 mit „neu“ gekennzeichnet ist, in ein Krankenhaus aufgenommen werden, wird die Abrechnung des Krankenhauses für diese Leistung nicht im Hinblick darauf überprüft, ob die Leistung im Rahmen des § 115b SGB V erbracht werden konnte.

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

Nähere Informationen: AOP Katalog 2023, Anlage 1

Abbildung der Neuromodulationstherapien

Medikamentenpumpe Spastiktherapie

Medikamentenpumpe Schmerztherapie

Neurostimulation Angina Pectoris / pAVK

Neurostimulation Schmerz SCS

Neurostimulation Schmerz sPNS

Tiefe Hirnstimulation

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es in
diesem Jahr
ankommt

Abbildung der
Neuromodulations
Therapien

Abkürzungen

Medikamentenpumpe Spastiktherapie, z.B. Synchro Med® III

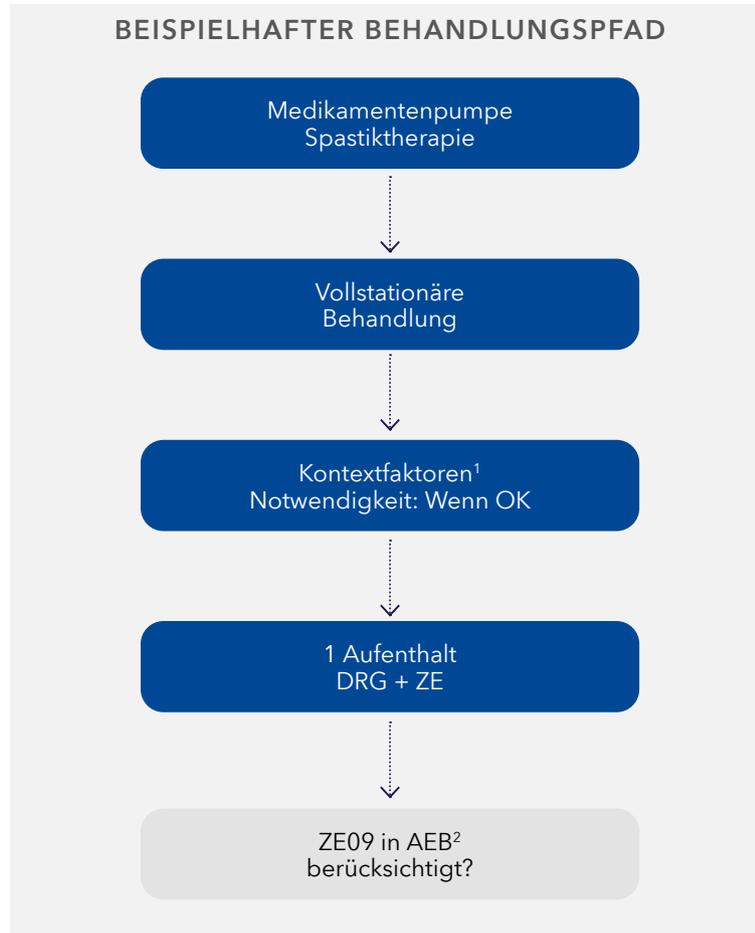


Abbildung Prozeduren nach Leistungssektor

Prozedur Medikamentenpumpe	Stationär	AOP im KH	Vertragsarzt
Implantation/Wechsel Katheter	Ja	Ja	Ja
Implantation/Wechsel Pumpe	Ja	Ja	Ja
Implantation/Wechsel Reservoir/Port	Ja	Nein	Nein
Revision Katheter	Ja	Nein	Nein
Revision Pumpe	Ja	Nein	Nein
Revision Reservoir/Port	Ja	Nein	Nein
Explantation Katheter	Ja	Nein	Ja
Explantation Pumpe	Ja	Ja	Ja
Explantation Reservoir/Port	Ja	Nein	Nein

¹ Fehlbelegungskriterien zur stationären Leistungserbringung
² Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung

Medikamentenpumpe Spastiktherapie, z.B. Synchro Med® III

OPS-Kodes (Operationsschlüssel)

... Ausführliche Informationen zu den OPS-Kodes entnehmen Sie bitte unseren separat beziehbaren OPS-Guides je Therapie

Begründung Fehlbelegungskriterien, Wiederaufnahmeregelung und Produktauswahl

- Fehlbelegungskriterien Liste im DRG und AOP Handbuch
- Flexmodus oder Bolus notwendig und dokumentiert?
- Notwendigkeit eines Patienten-Therapiemanagers myPTM - zur individuellen bedarfsgerechten Bolusgabe

AMBULANTE LEISTUNGSERBRINGUNG

EBM Ziffern und Bewertung zur Auffüllung

Auffüllen ambulant, z.B. SynchroMed®III	30751*	23,75 € ¹
---	--------	----------------------



SynchroMed® III



¹ Punktzahl multipliziert mit bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert von 11,9339 (Stand 01/2024)

* Langzeitanalogschmerzmittel mit Auffüllen einer implantierten Medikamentenpumpe zur intrathekalen Dauerapplikation von Baclofen über mindestens 8 Stunden, Obligater Leistungsinhalt: - Kontinuierliches EKG-Monitoring, - Kontinuierliche Pulsoxymetrie

Medikamentenpumpe Spastiktherapie, z.B. Synchro Med® III

Stationäre Leistungserbringung med. notwendig?

- Medikamentenhersteller: sollte stationär behandelt werden
- 24stündige postoperative Patientenüberwachung
- Medtronic Spastiktagebuch geführt?

Abbildung im aG-DRG-System mit DRG und(!) Zusatzentgelt

- Katheter: Nur DRG
- SynchroMed®III (Variable Flussrate): ZE09: 8.734,93 €

ZE verhandeln

ZE müssen mit der AEB¹ verhandelt werden

Sachkostenfinanzierung im aG-DRG-System 2024

Die Zusatzentgelte zu unseren Verfahren der Neuromodulation sind vom Fixkostendegressionsabschlag ausgenommen!

Weiterführende Hinweise entnehmen Sie bitte den Ausführungen des BVMed unter: <https://www.bvmed.de/>

¹ Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung

Medikamentenpumpe Schmerztherapie, z.B. Synchro Med® III

! Primär EBM/AOP

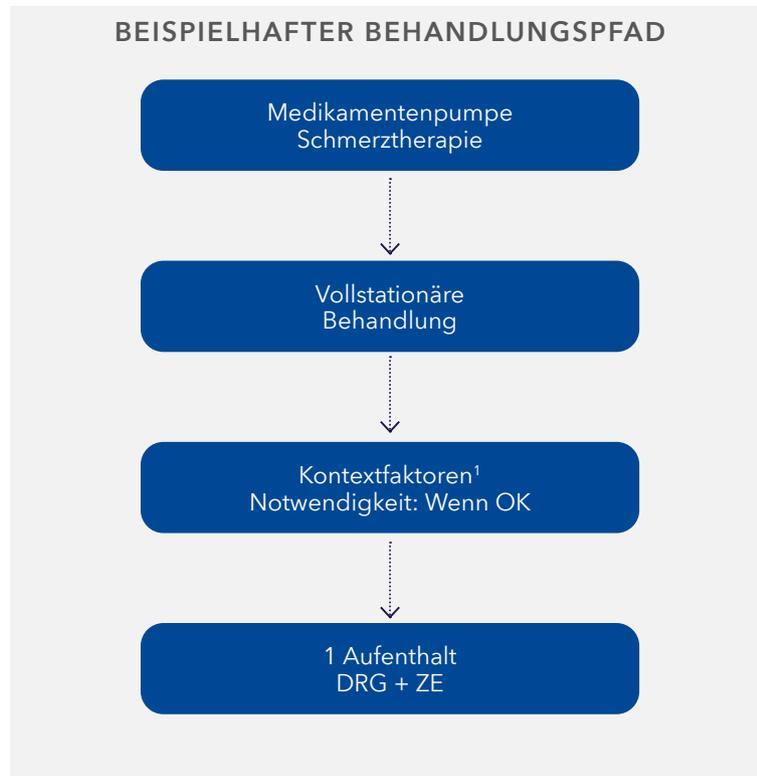


Abbildung Prozeduren nach Leistungssektor

Prozedur Medikamentenpumpe	Stationär	AOP im KH	Vertragsarzt
Implantation/Wechsel Katheter	Ja	Ja	Ja
Implantation/Wechsel Pumpe	Ja	Ja	Ja
Implantation/Wechsel Reservoir/Port	Ja	Nein	Nein
Revision Katheter	Ja	Nein	Nein
Revision Pumpe	Ja	Nein	Nein
Revision Reservoir/Port	Ja	Nein	Nein
Explantation Katheter	Ja	Nein	Ja
Explantation Pumpe	Ja	Ja	Ja
Explantation Reservoir/Port	Ja	Nein	Nein

- !** Die Medikamentenpumpenimplantation zur Schmerztherapie ist auch als vollstationäre Leistung (Austattung und Systemvollständigung) im aG-DRG-System kostendeckend abgebildet!
- !** Ausführliche Informationen zur Kodierung und Abbildung unserer Verfahren können Sie auch unserer Broschüre „Kodierung und Vergütung in der ambulanten Versorgung - Privatärztliche Liquidation in der stationären Versorgung“ entnehmen.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung der Neuromodulations Therapien

Abkürzungen

Medikamentenpumpe Schmerztherapie, z.B. Synchro Med® III

OPS-Kodes (Operationsschlüssel)

... Ausführliche Informationen zu den OPS-Kodes entnehmen Sie bitte unseren separat beziehbaren OPS-Guides je Therapie

Begründung Fehlbelegungskriterien, Wiederaufnahmeregelung und Produktauswahl

- Flexmodus oder Bolus notwendig und dokumentiert?
- Medtronic Schmerztagebuch geführt?
- Notwendigkeit eines Patienten-Therapiemanagers myPTM - zur individuellen bedarfsgerechten Bolusgabe

AMBULANTE LEISTUNGSERBRINGUNG

EBM Kodes und Bewertung für ambulante Komplett-Systemimplantation

Permanenter Katheter, z.B. SynchroMed®III	31252	245,48 € ¹
---	-------	-----------------------

EBM Kodes und Bewertung zur Überprüfung der Katheterlage

Überprüfung der Katheterlage, z.B. SynchroMed®III	30740*	14,20 € ¹
---	--------	----------------------

Achtung

Erfolgen bei ambulanter Leistungserbringung mehrere operative Prozeduren unter einer Diagnose und/oder über einen gemeinsamen operativen Zugangsweg, so kann nur der am höchsten bewertete Eingriff berechnet werden.

¹ Punktzahl multipliziert mit bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert von 11,9339 (Stand 01/2024)

* Leistungsbeschreibung gem. EBM 30740: Überprüfung (z.B. anatomische Lage, Wundverhältnisse) eines zur Langzeitanalgesie angelegten Plexus-, Peridural- oder Spinalkatheters und/oder eines programmierbaren und implantierten Stimulationsgerätes (z.B. SCS- oder DRG- oder PNS- oder ONS-System) im Rahmen der Langzeitanalgesie



SynchroMed® III



Medikamentenpumpe Schmerztherapie, z.B. Synchro Med® III

Stationäre Leistungserbringung med. notwendig? Med. Notwendigkeit abklären (sichere Titrierung)!

! Primär EBM/AOP

! **Abbildung im aG-DRG-System mit DRG und(!) Zusatzentgelt**

- Katheter: Nur DRG
- SynchroMed®III (Variable Flussrate): ZE09: 8.734,93 €

! **Vollstationäre Leistungserbringung für Katheter inkl. Medikamentenpumpe**

Die Leistung wird mittels DRG und ZE im Jahr 2024 abgebildet.

- Kontextfaktoren ([siehe Seite 6](#))

! **Getrennte Leistungserbringung: Katheter stationär, Pumpe ambulant**

- Nur DRG Abrechnung für stationären Testkatheter und Eingriff
- Kontextfaktoren ([siehe Seite 6](#))
- Nach KH-Entlassung ca. 14 Tage Auslassversuch bis zur AOP (gem. med. Notwendigkeit)

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung der Neuromodulations Therapien

Abkürzungen

Medikamentenpumpe Schmerztherapie, z.B. Synchro Med® III

ZE verhandeln

- ZE müssen mit der AEB¹ verhandelt werden

Auswirkungen des aG-DRG-Systems auf die Kalkulation der individuellen Zusatzentgelte

Die vereinbarten krankenhausindividuellen Entgelte sollen ab dem Jahr 2020 keine Erlösanteile mehr für die Pflegepersonalkosten enthalten, da diese ja über das Pflegebudget nach § 6 a KHEntgG vergütet werden. Bei den krankenhausindividuellen Zusatzentgelten ist demnach zu prüfen, ob diese für die Verfahren der Neuromodulation neu zu kalkulieren sind. In der Regel enthalten die Zusatzentgelte für die Neurostimulatoren lediglich Implantkostenanteile. Dies ist krankenhausindividuell zu prüfen und eine ggf. notwendige Neukalkulation als Kalkulationsunterlage zur Verhandlung mit den Kostenträgern im Rahmen der Budgetvereinbarung vorzulegen.

¹ Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung

Neurostimulation Angina Pectoris/pAVK, z.B. Intellis™ with AdaptiveStim™

! Primär EBM/AOP

BEISPIELHAFTER BEHANDLUNGSPFAD

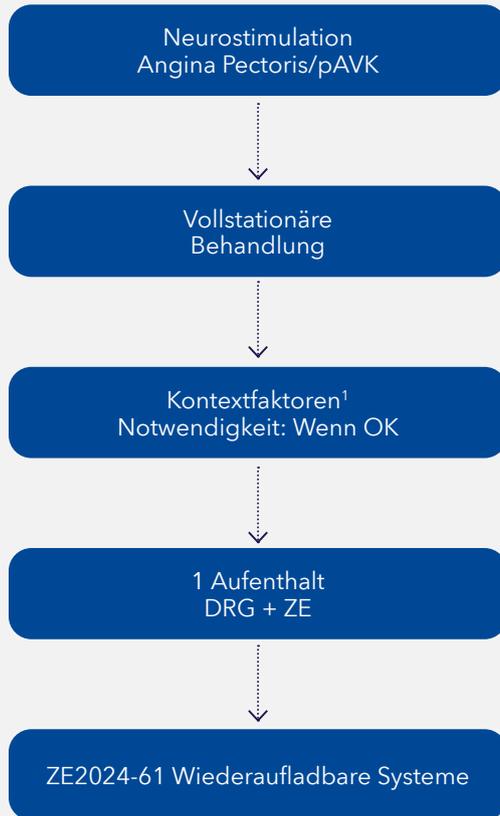


Abbildung Prozeduren nach Leistungssektor

Prozedur Neurostimulations SCS	Stationär	AOP im KH	Vertragsarzt
Implantation/Wechsel Stab-Elektrode(n)	Ja	Ja	Ja
Implantation/Wechsel Platten-Elektrode(n)	Ja	Nein	Ja
Implantation/Wechsel Neurostimulator	Ja	Ja	Ja
Revision Stab-Elektrode(n)	Ja	Nein	Ja
Revision Platten-Elektrode(n)	Ja	Nein	Ja
Revision Neurostimulator	Ja	Nein	Ja
Explantation Stab-Elektrode(n)	Ja	Nein	Ja
Explantation Platten-Einzelektrode	Ja	Nein	Ja
Explantation Platten-Mehrelektroden	Ja	Ja	Ja
Explantation Neurostimulator	Ja	Ja	Ja

! Ausführliche Informationen zur Kodierung und Abbildung unserer Verfahren können Sie auch unserer Broschüre „Kodierung und Vergütung in der ambulanten Versorgung - Privatärztliche Liquidation in der stationären Versorgung“ entnehmen.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung der Neuromodulations Therapien

Abkürzungen

Neurostimulation Angina Pectoris/pAVK, z.B. Intellis™ with AdaptiveStim™

OPS-Kodes (Operationsschlüssel)

... Ausführliche Informationen zu den OPS-Kodes entnehmen Sie bitte unseren separat beziehbaren OPS-Guides je Therapie

Begründung Kontextfaktoren, Wiederaufnahmeregelung und Produktauswahl

- Fehlbelegungskriterien Liste im DRG und AOP Handbuch
- (1-2x) 8pol notwendig (Dislokationsgefahr, große Arealabdeckung)
- Medtronic Schmerztagebuch benutzt
- myStim®/Patientengerät-Einsatz sinnvoll
- Stimulationsparameter und Stimulator-Lebensdauererwartung dokumentiert

AMBULANTE LEISTUNGSERBRINGUNG

EBM Kodes und Bewertung zur Programmierung

Programmierung ambulant „Einkanal“ Stimulator	30740*	14,20 € ¹
Programmierung ambulant „Mehrkanal“ Stimulator	30740*	14,20 € ¹



¹ Punktzahl multipliziert mit bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert von 11,9339 (Stand 01/2024)

* Leistungsbeschreibung gem. EBM 30740: Überprüfung (z.B. anatomische Lage, Wundverhältnisse) eines zur Langzeitanalgesie angelegten Plexus-, Peridural- oder Spinalkatheters und/oder eines programmierbaren und implantierten Stimulationsgerätes (z.B. SCS- oder DRG- oder PNS- oder ONS-System) im Rahmen der Langzeitanalgesie

Neurostimulation Angina Pectoris/pAVK, z.B. Intellis™ with AdaptiveStim™

STATIONÄRE LEISTUNGSERBRINGUNG

! Primär EBM/AOP

! **Abbildung im aG-DRG-System mit DRG und(!) Zusatzentgelt**

Intellis™ with AdaptiveStim™: z.B. ZE2024-61_5-039.e2, ZE2024-61_5-039.f2, ZE2024-61_5-039.n2: Indiv. Verhandlung

ZE verhandeln

- ZE müssen mit der AEB¹ verhandelt werden

! **Fallpauschalenvereinbarung FPV2024 §5 Abschnitt 2**

Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 DRG-EKV 2024. Sofern eine Vereinbarung für das Jahr 2024 noch nicht abgeschlossen ist, und die neuen Entgelthöhen noch nicht abrechenbar sind, sind die Zusatzentgelte mit der Entgelthöhe des Vorjahres abrechenbar. Sofern keine Entgelthöhe aus dem Vorjahr vorliegt, sind zunächst 600 € für jedes Entgelt abzurechnen.

- ! Nach abgeschlossener Budgetvereinbarung 2024 und Festlegung der Höhe der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte gilt: Die Differenz (+/-) aus vereinbarter Zusatzentgelthöhe und bis zum Wirksamwerden der Budgetvereinbarung bereits tatsächlich abgerechneter Zusatzentgelthöhe wird rückwirkend je Behandlungsfall ausgeglichen (Verrechnung).

Das krankenhausesindividuell zu vereinbarendes Zusatzentgelt ZE2024-61 sollte explizit nach der Nutzung differenziert werden. Aufgrund der Zuordnung unterschiedlicher Behandlungsverfahren zum gleichen ZE2024-61 (Rückenmarkstimulation, Tiefe Hirnstimulation und Stimulation des

¹ Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung

Neurostimulation Angina Pectoris/pAVK, z.B. Intellis™ with AdaptiveStim™

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung der Neuromodulations Therapien

Abkürzungen

! peripheren Nervensystems) ist eine eindeutige Kennzeichnung zum Verwendungszweck zu empfehlen. Grund hierfür sind erhebliche Abweichungen in der Entgeltkalkulation. (A) Tatsächlich realisierte Produktbezugskosten ggf. zzgl. Prozedurenkostenanteile bei der Rückmarkstimulation, sowie (B) die ledigliche Differenz zwischen abgebildetem Sachkostenanteil Implantate in der DRG B21A (nicht wiederaufladbares Neurostimulationssystem) und tatsächlich realisierte Produktbezugskosten (wiederaufladbares Neurostimulationssystem) bei der Tiefen Hirnstimulation. In der AEB¹ sollte das ZE hierzu mit dem OPS-Kode im Anhang des jeweiligen ZE2024-61 ausreichend differenziert werden: z.B. ZE2024-61_5-028.92, ZE2024-61_5-028.a2, ZE2024-61_5-028.c2, ZE2024-61_5-039.e2, ZE2024-61_5-039.f2, ZE2024-61_5-039.n2, ZE2024-61_5-059.cc, ZE2024-61_5-059.dc, ZE2024-61_5-059.g3.

SACHKOSTENFINANZIERUNG IM AG-DRG-SYSTEM 2024

! **FDA - Fixkostendegressionsabschlag für DRGs und Zusatzentgelte**
Die Zusatzentgelte zu unseren Verfahren der Neuromodulation sind vom Fixkostendegressionsabschlag (FDA) ausgenommen!
FDA gilt nicht für vom InEK ausgewiesene DRGs mit zwei Drittel Sachkostenanteil.

DRG-Liste gem. § 3 Abs. 3 der Vereinbarung zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags mit einem Sachkostenanteil von mehr als 2/3 (Auszug)

- **B19B** Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines permanenten oder temporären Elektrodensystems
- **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
- **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

Weiterführende Hinweise entnehmen Sie bitte den Ausführungen des BVMed unter: <https://www.bvmed.de/> sowie <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2024/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-2024>

¹ Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung

Neurostimulation Angina Pectoris/pAVK, z.B. Intellis™ with AdaptiveStim™

Auswirkungen des aG-DRG-Systems auf die Kalkulation der individuellen Zusatzentgelte

Die vereinbarten krankenhausindividuellen Entgelte sollen ab dem Jahr 2020 keine Erlösanteile mehr für die Pflegepersonalkosten enthalten, da diese ja über das Pflegebudget nach §6 a KHEntgG vergütet werden. Bei den krankenhausindividuellen Zusatzgelten ist demnach zu prüfen, ob diese für die Verfahren der Neuromodulation neu zu kalkulieren sind. In der Regel enthalten die Zusatzentgelte für die Neurostimulatoren lediglich Implantkostenanteile. Dies ist krankenhausindividuell zu prüfen und eine ggf. notwendige Neukalkulation als Kalkulationsunterlage zur Verhandlung mit den Kostenträgern im Rahmen der Budgetvereinbarung vorzulegen.

Zusatzcodes

5-934.3 Neurostimulator, Ganzkörper-MRT-fähig

5-934.4 Eine oder mehrere permanente Elektroden zur Neurostimulation, Ganzkörper-MRT-fähig

5-932.11 Zusatzcode für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung, (Teil-)resorbierbares synthetisches Material, Inkl.: Polyglycolide, Copolymere, Polytrimethylencarbonat, z.B. TYRX™ absorbierbare antibakterielle Hülle, 10 cm² bis unter 50 cm²

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es in
diesem Jahr
ankommt

Abbildung der
Neuromodulations
Therapien

Abkürzungen

Neurostimulation Schmerz SCS, z.B. Vanta™ mit AdaptiveStim™, Inceptiv™ mit closed-loop Technologie

Primär EBM/AOP

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung der Neuromodulations Therapien

Abkürzungen

BEISPIELHAFTER BEHANDLUNGSPFAD

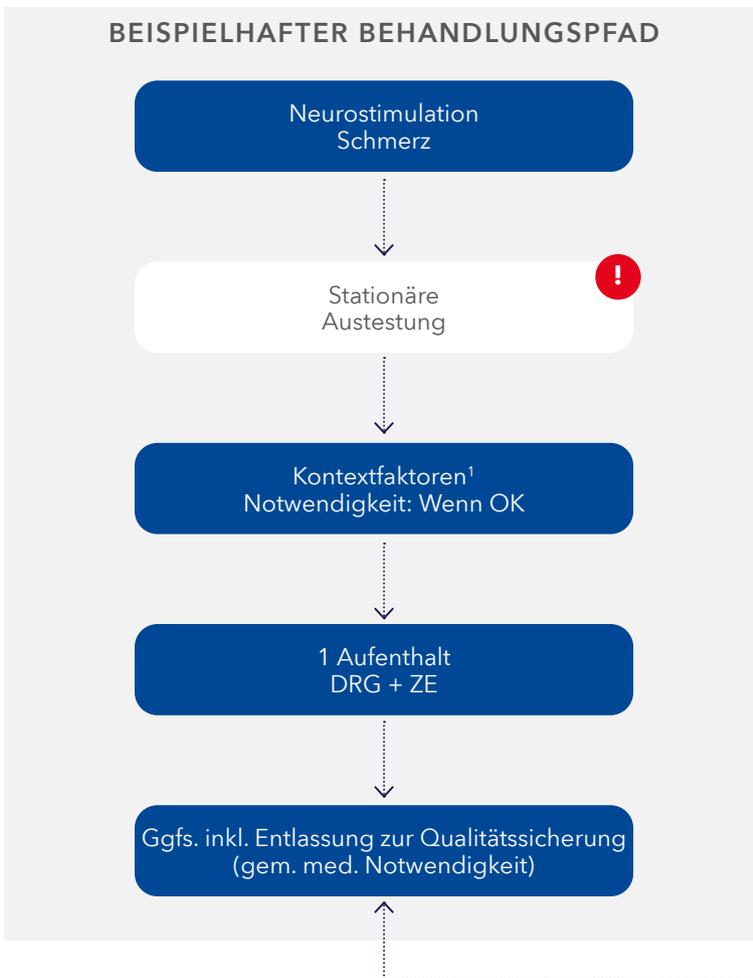


Abbildung Prozeduren nach Leistungssektor

Prozedur Neurostimulations SCS	Stationär	AOP im KH	Vertragsarzt
Implantation/Wechsel Stab-Elektrode(n)	Ja	Ja	Ja
Implantation/Wechsel Platten-Elektrode(n)	Ja	Nein	Ja
Implantation/Wechsel Neurostimulator	Ja	Ja	Ja
Revision Stab-Elektrode(n)	Ja	Nein	Ja
Revision Platten-Elektrode(n)	Ja	Nein	Ja
Revision Neurostimulator	Ja	Nein	Ja
Explantation Stab-Elektrode(n)	Ja	Nein	Ja
Explantation Platten-Einzelelektrode	Ja	Nein	Ja
Explantation Platten-Mehrelektroden	Ja	Ja	Ja
Explantation Neurostimulator	Ja	Ja	Ja

! Ausführliche Informationen zur Kodierung und Abbildung unserer Verfahren können Sie auch unserer Broschüre „Kodierung und Vergütung in der ambulanten Versorgung - Privatärztliche Liquidation in der stationären Versorgung“ entnehmen.

- Fachübergreifend
- Leistung (z.B. ZE140, ZE141) stationär vereinbart
- AOP angemeldet
- Sachkostenregelung für Implantate > 6,25 €

Ggfs. ambulante OP EBM/AOP

Neurostimulation Schmerz SCS, z.B. Vanta™ mit AdaptiveStim™, Inceptiv™ mit closed-loop Technologie

OPS-Kodes (Operationsschlüssel)

... Ausführliche Informationen zu den OPS-Kodes entnehmen Sie bitte unseren separat beziehbaren OPS-Guides je Therapie

Begründung Produktauswahl

- (1-2x) 8pol notwendig (Dislokationsgefahr, große Arealabdeckung)
- Medtronic Schmerztagebuch benutzt
- myStim®/Patientengerät-Einsatz sinnvoll
- Stimulationsparameter und Stimulator-Lebensdauererwartung dokumentiert

AMBULANTE LEISTUNGSERBRINGUNG

EBM Kodes und Bewertung zur Programmierung

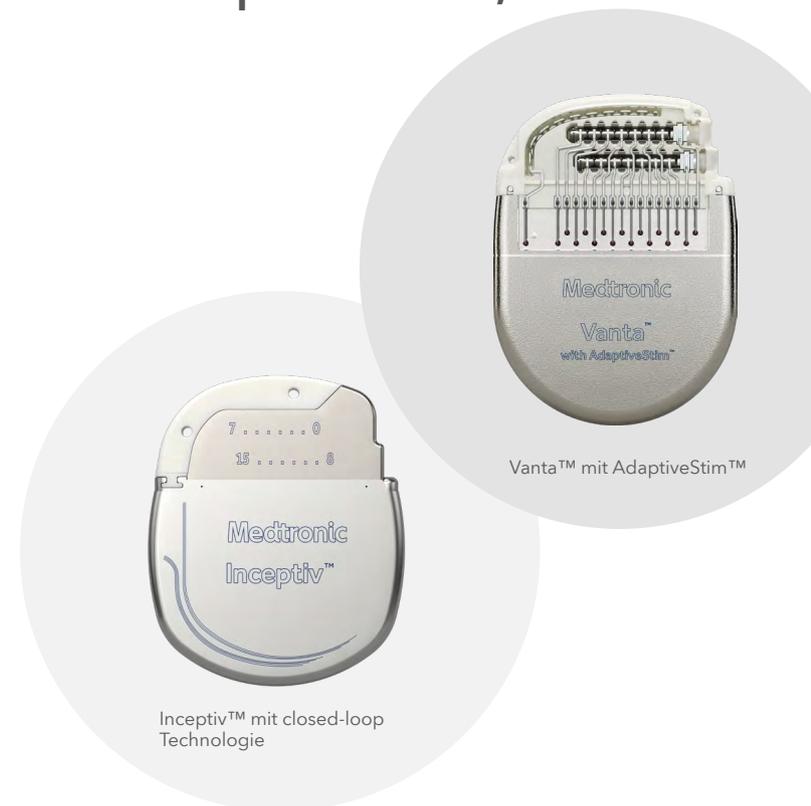
Permanente Elektrode (eine Stab-Elektrode)	31255	592,28 € ¹
Permanente Elektroden (mehrere Stab-Elektroden)	31256	793,01 € ¹
Implantation Stimulator „Mehrkanal“ z.B. Testung mit permanenten Elektroden	31256	793,01 € ¹

EBM Kodes und Bewertung zur Programmierung

Programmierung ambulant „Einkanal“ Stimulator	30740*	14,20 € ¹
Programmierung ambulant „Mehrkanal“ Stimulator	30740*	14,20 € ¹

¹ Punktzahl multipliziert mit bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert von 11,9339 (Stand 01/2024)

* Leistungsbeschreibung gem. EBM 30740: Überprüfung (z.B. anatomische Lage, Wundverhältnisse) eines zur Langzeitanalgesie angelegten Plexus-, Peridural- oder Spinalkatheters und/oder eines programmierbaren und implantierten Stimulationsgerätes (z.B. SCS- oder DRG- oder PNS- oder ONS-System) im Rahmen der Langzeitanalgesie



Achtung

Erfolgen bei ambulanter Leistungserbringung mehrere operative Prozeduren unter einer Diagnose und/oder über einen gemeinsamen operativen Zugangsweg, so kann nur der am höchsten bewertete Eingriff berechnet werden.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung der Neuromodulations Therapien

Abkürzungen

Neurostimulation Schmerz SCS, z.B. Vanta™ mit AdaptiveStim™, Inceptiv™ mit closed-loop Technologie

! Primär EBM/AOP

STATIONÄRE LEISTUNGSERBRINGUNG

! **Abbildung im aG-DRG-System mit DRG und(!) Zusatzentgelt**

Vanta™ mit AdaptiveStim™:	ZE140: 12.245,45 € ZE141: 9.976,34 €
Inceptiv™ mit closed-loop Technologie:	z.B. ZE2024-61_5-039.e2, ZE2024-61_5-039.f2, ZE2024-61_5-039.n2: Indiv. Verhandlung

ZE verhandeln

- ZE müssen mit der AEB¹ verhandelt werden

! **Fallpauschalenvereinbarung FPV2024 §5 Abschnitt 2**

Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 DRG-EKV 2024. Sofern eine Vereinbarung für das Jahr 2024 noch nicht abgeschlossen ist, und die neuen Entgelthöhen noch nicht abrechenbar sind, sind die Zusatzentgelte mit der Entgelthöhe des Vorjahres abrechenbar. Sofern keine Entgelthöhe aus dem Vorjahr vorliegt, sind zunächst 600 € für jedes Entgelt abzurechnen.

- ! Nach abgeschlossener Budgetvereinbarung 2024 und Festlegung der Höhe der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelte gilt: Die Differenz (+/-) aus vereinbarter Zusatzentgelthöhe und bis zum Wirksamwerden der Budgetvereinbarung bereits tatsächlich abgerechneter Zusatzentgelthöhe wird rückwirkend je Behandlungsfall ausgeglichen (Verrechnung).

¹ Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung

Neurostimulation Schmerz SCS, z.B. Vanta™ mit AdaptiveStim™, Inceptiv™ mit closed-loop Technologie

! Das krankenhausesindividuell zu vereinbarende Zusatzentgelt ZE2024-61 sollte explizit nach der Nutzung differenziert werden. Aufgrund der Zuordnung unterschiedlicher Behandlungsverfahren zum gleichen ZE2024-61 (Rückenmarkstimulation, Tiefe Hirnstimulation und Stimulation des peripheren Nervensystems) ist eine eindeutige Kennzeichnung zum Verwendungszweck zu empfehlen. Grund hierfür sind erhebliche Abweichungen in der Entgeltkalkulation. (A) Tatsächlich realisierte Produktbezugskosten ggf. zzgl. Prozedurenkostenanteile bei der Rückenmarkstimulation, sowie (B) die ledigliche Differenz zwischen abgebildetem Sachkostenanteil Implantate in der DRG B21A (nicht wiederaufladbares Neurostimulationssystem) und tatsächlich realisierte Produktbezugskosten (wiederaufladbares Neurostimulationssystem) bei der Tiefen Hirnstimulation. In der AEB¹ sollte das ZE hierzu mit dem OPS-Kode im Anhang des jeweiligen ZE2024-61 ausreichend differenziert werden: z.B. ZE2024-61_5-028.92, ZE2024-61_5-028.a2, ZE2024-61_5-028.c2, ZE2024-61_5-039.e2, ZE2024-61_5-039.f2, ZE2024-61_5-039.n2, ZE2024-61_5-059.cc, ZE2024-61_5-059.dc, ZE2024-61_5-059.g3.

! SACHKOSTENFINANZIERUNG IM AG-DRG-SYSTEM 2024

FDA - Fixkostendegressionsabschlag für DRGs und Zusatzentgelte

Die Zusatzentgelte zu unseren Verfahren der Neuromodulation sind vom Fixkostendegressionsabschlag (FDA) ausgenommen!

FDA gilt nicht für vom InEK ausgewiesene DRGs mit zwei Drittel Sachkostenanteil.

DRG-Liste gem. § 3 Abs. 3 der Vereinbarung zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags mit einem Sachkostenanteil von mehr als 2/3 (Auszug)

- **B19B** Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines permanenten oder temporären Elektrodensystems
- **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
- **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

Weiterführende Hinweise entnehmen Sie bitte den Ausführungen des BVMed unter: <https://www.bvmed.de/> sowie <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2024/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-2024>

¹ Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung

Neurostimulation Schmerz SCS, z.B. Vanta™ mit AdaptiveStim™, Inceptiv™ mit closed-loop Technologie

Auswirkungen des aG-DRG-Systems auf die Kalkulation der individuellen Zusatzentgelte

Die vereinbarten krankenhausindividuellen Entgelte sollen ab dem Jahr 2020 keine Erlösanteile mehr für die Pflegepersonalkosten enthalten, da diese ja über das Pflegebudget nach §6 a KHEntgG vergütet werden. Bei den krankenhausindividuellen Zusatzgelten ist demnach zu prüfen, ob diese für die Verfahren der Neuromodulation neu zu kalkulieren sind. In der Regel enthalten die Zusatzentgelte für die Neurostimulatoren lediglich Implantkostenanteile. Dies ist krankenhausindividuell zu prüfen und eine ggf. notwendige Neukalkulation als Kalkulationsunterlage zur Verhandlung mit den Kostenträgern im Rahmen der Budgetvereinbarung vorzulegen.



Zusatzkodes

5-934.3 Neurostimulator, Ganzkörper-MRT-fähig

5-934.4 Eine oder mehrere permanente Elektroden zur Neurostimulation, Ganzkörper-MRT-fähig

5-932.11 Zusatzcode für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung, (Teil-)resorbierbares synthetisches Material,
Inkl.: Polyglycolide, Copolymere, Polytrimethylencarbonat, z.B. TYRX™ absorbierbare antibakterielle Hülle, 10 cm² bis unter 50 cm²

Neurostimulation Schmerz sPNS, z.B. Vanta™ mit AdaptiveStim™, Intellis™ with AdaptiveStim™

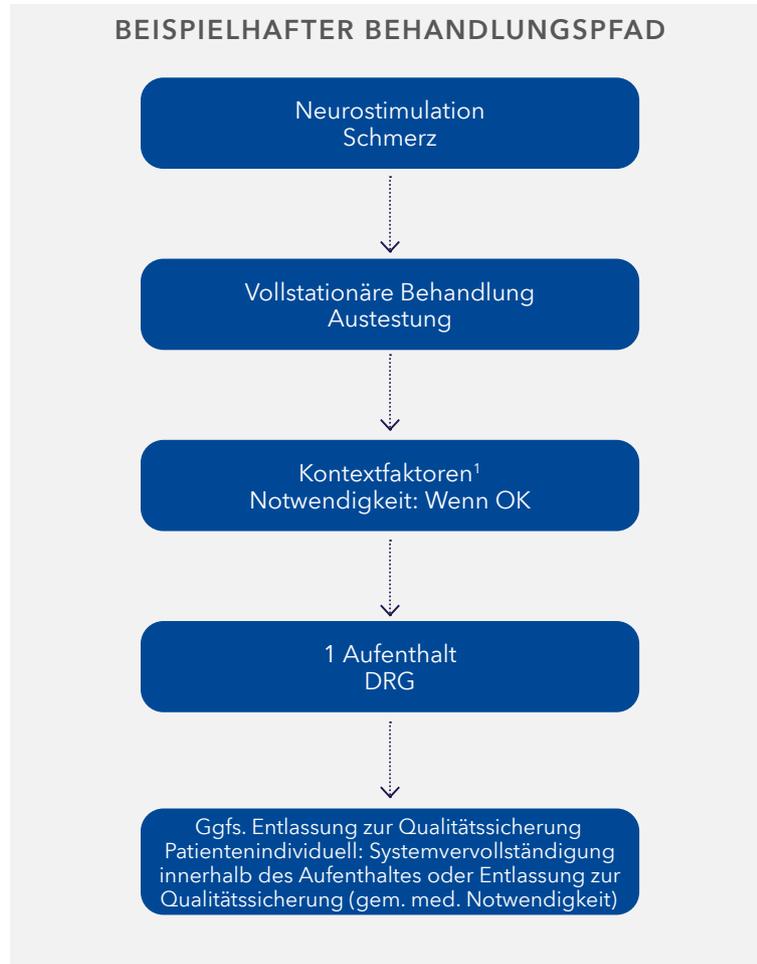


Abbildung Prozeduren nach Leistungssektor

Prozedur PNS/sPNS	Stationär	AOP im KH	Vertragsarzt
Implantation/Wechsel permanent. Elektrode(n)	Ja	Nein	Ja
Implantation/Wechsel Neurostimulator	Ja	Nein	Ja
Revision Elektrode(n)	Ja	Nein	Ja
Revision Neurostimulator	Ja	Nein	Ja
Explantation Elektrode(n)	Ja	Nein	Ja

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung der Neuromodulations Therapien

Abkürzungen

Neurostimulation Schmerz sPNS, z.B. Vanta™ mit AdaptiveStim™, Intellis™ with AdaptiveStim™

OPS-Kodes (Operationsschlüssel)

... Ausführliche Informationen zu den OPS-Kodes entnehmen Sie bitte unseren separat beziehbaren OPS-Guides je Therapie

Begründung Produktauswahl

- Medtronic Schmerztagebuch benutzt
- myStim®/Patientengerät-Einsatz sinnvoll
- Stimulationsparameter und Stimulator-Lebensdauererwartung dokumentiert?



Neurostimulation Schmerz sPNS, z.B. Vanta™ mit AdaptiveStim™, Intellis™ with AdaptiveStim™

STATIONÄRE LEISTUNGSERBRINGUNG

! Abbildung im aG-DRG-System mit DRG und(!) Zusatzentgelt

Vanta™ mit AdaptiveStim™:	ZE140: 12.245,45 € ZE141: 9.976,34 €
Intellis™ with AdaptiveStim™:	z.B. ZE2024-61_5-039.e2, ZE2024-61_5-039.f2, ZE2024-61_5-039.n2, ZE2024-61_5-059.cc, ZE2024-61_5-059.g3, ZE2024-61_5-059.dc: Indiv. Verhandlung

ZE verhandeln

- ZE müssen mit der AEB¹ verhandelt werden

- !** **Fallpauschalenvereinbarung FPV2024 §5 Abschnitt 2**
Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 DRG-EKV 2024. Sofern eine Vereinbarung für das Jahr 2024 noch nicht abgeschlossen ist, und die neuen Entgelthöhen noch nicht abrechenbar sind, sind die Zusatzentgelte mit der Entgelthöhe des Vorjahres abrechenbar. Sofern keine Entgelthöhe aus dem Vorjahr vorliegt, sind zunächst 600 € für jedes Entgelt abzurechnen.
- !** Nach abgeschlossener Budgetvereinbarung 2024 und Festlegung der Höhe der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte gilt: Die Differenz (+/-) aus vereinbarter Zusatzentgelthöhe und bis zum Wirksamwerden der Budgetvereinbarung bereits tatsächlich abgerechneter Zusatzentgelthöhe wird rückwirkend je Behandlungsfall ausgeglichen (Verrechnung).

¹ Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung

Neurostimulation Schmerz sPNS, z.B. Vanta™ mit AdaptiveStim™, Intellis™ with AdaptiveStim™

! Das krankhausindividuell zu vereinbarende Zusatzentgelt ZE2024-61 sollte explizit nach der Nutzung differenziert werden. Aufgrund der Zuordnung unterschiedlicher Behandlungsverfahren zum gleichen ZE2024-61 (Rückenmarkstimulation, Tiefe Hirnstimulation und Stimulation des peripheren Nervensystems) ist eine eindeutige Kennzeichnung zum Verwendungszweck zu empfehlen. Grund hierfür sind erhebliche Abweichungen in der Entgeltkalkulation. (A) Tatsächlich realisierte Produktbezugskosten ggf. zzgl. Prozedurenkostenanteile bei der Rückenmarkstimulation, sowie (B) die ledigliche Differenz zwischen abgebildetem Sachkostenanteil Implantate in der DRG B21A (nicht wiederaufladbares Neurostimulationssystem) und tatsächlich realisierte Produktbezugskosten (wiederaufladbares Neurostimulationssystem) bei der Tiefen Hirnstimulation. In der AEB¹ sollte das ZE hierzu mit dem OPS-Kode im Anhang des jeweiligen ZE2024-61 ausreichend differenziert werden: z.B. ZE2024-61_5-028.92, ZE2024-61_5-028.a2, ZE2024-61_5-028.c2, ZE2024-61_5-039.e2, ZE2024-61_5-039.f2, ZE2024-61_5-039.n2, ZE2024-61_5-059.cc, ZE2024-61_5-059.dc, ZE2024-61_5-059.g3.

! SACHKOSTENFINANZIERUNG IM AG-DRG-SYSTEM 2024

FDA - Fixkostendegressionsabschlag für DRGs und Zusatzentgelte

Die Zusatzentgelte zu unseren Verfahren der Neuromodulation sind vom Fixkostendegressionsabschlag (FDA) ausgenommen!

FDA gilt nicht für vom InEK ausgewiesene DRGs mit zwei Drittel Sachkostenanteil.

DRG-Liste gem. § 3 Abs. 3 der Vereinbarung zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags mit einem Sachkostenanteil von mehr als 2/3 (Auszug)

- **B19B** Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines permanenten oder temporären Elektrodensystems
- **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
- **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

Weiterführende Hinweise entnehmen Sie bitte den Ausführungen des BVMed unter: <https://www.bvmed.de/> sowie <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2024/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-2024>

¹ Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung

Neurostimulation Schmerz sPNS, z.B. Vanta™ mit AdaptiveStim™, Intellis™ with AdaptiveStim™

Auswirkungen des aG-DRG-Systems auf die Kalkulation der individuellen Zusatzentgelte

Die vereinbarten krankenhausindividuellen Entgelte sollen ab dem Jahr 2020 keine Erlösanteile mehr für die Pflegepersonalkosten enthalten, da diese ja über das Pflegebudget nach §6 a KHEntgG vergütet werden. Bei den krankenhausindividuellen Zusatzgelten ist demnach zu prüfen, ob diese für die Verfahren der Neuromodulation neu zu kalkulieren sind. In der Regel enthalten die Zusatzentgelte für die Neurostimulatoren lediglich Implantkostenanteile. Dies ist krankenhausindividuell zu prüfen und eine ggf. notwendige Neukalkulation als Kalkulationsunterlage zur Verhandlung mit den Kostenträgern im Rahmen der Budgetvereinbarung vorzulegen.

Zusatzcodes

5-934.3 Neurostimulator, Ganzkörper-MRT-fähig

5-934.4 Eine oder mehrere permanente Elektroden zur Neurostimulation, Ganzkörper-MRT-fähig

5-932.11 Zusatzcode für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung, (Teil-)resorbierbares synthetisches Material, Inkl.: Polyglycolide, Copolymere, Polytrimethylencarbonat, z.B. TYRX™ absorbierbare antibakterielle Hülle, 10 cm² bis unter 50 cm²

Tiefe Hirnstimulation, z.B. Percept™ PC, Percept™ RC mit BrainSense™ Sensing Technologie

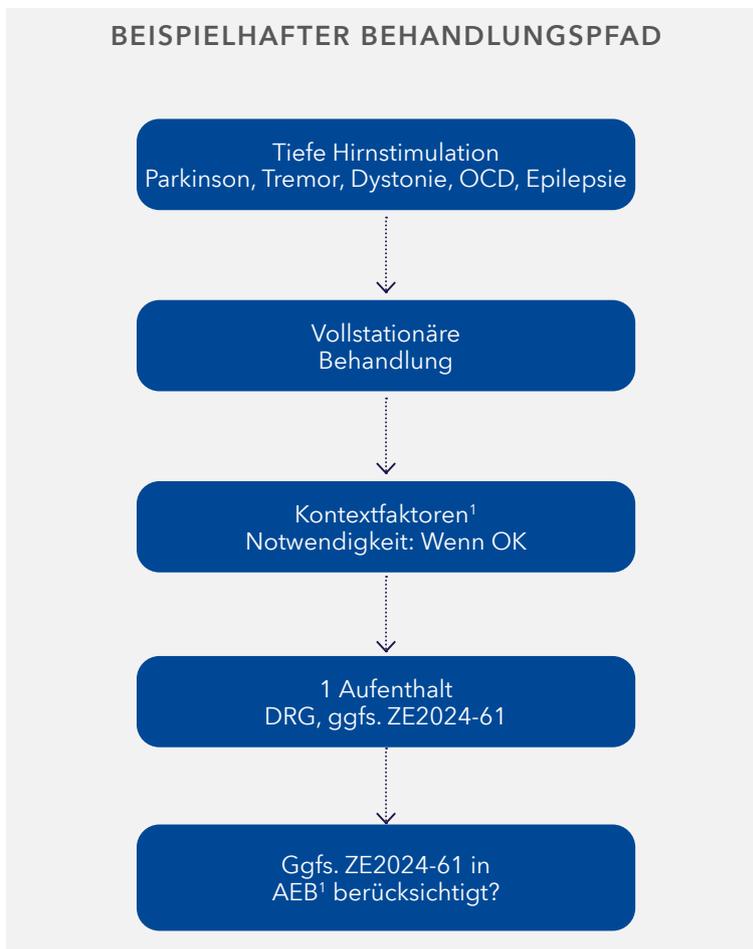


Abbildung Prozeduren nach Leistungssektor

Prozedur DBS	Stationär	AOP im KH	Vertragsarzt
Implantation/Wechsel	Ja	Nein	Nein
Revision	Ja	Nein	Nein
Explantation	Ja	Nein	Nein

¹ Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung

Tiefe Hirnstimulation, z.B. Percept™ PC, Percept™ RC mit BrainSense™ Sensing Technologie

OPS-Kodes (Operationsschlüssel)

... Ausführliche Informationen zu den OPS-Kodes entnehmen Sie bitte unseren separat beziehbaren OPS-Guides je Therapie

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

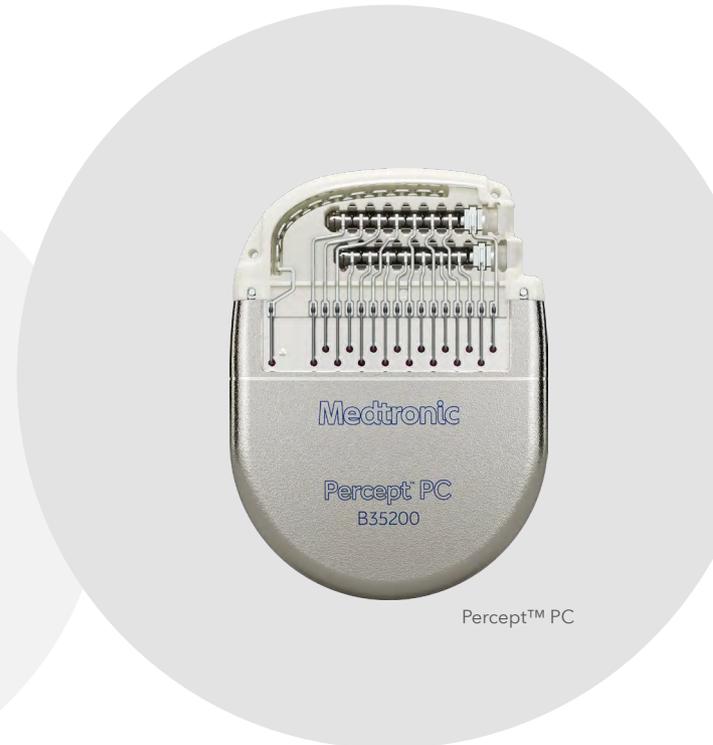
Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung der Neuromodulations Therapien

Abkürzungen



Percept™ RC



Percept™ PC

Tiefe Hirnstimulation, z.B. Percept™ PC, Percept™ RC mit BrainSense™ Sensing Technologie

! Abbildung im aG-DRG-System mit DRG und(!) Zusatzentgelt

Percept™ PC, Percept™ RC: Abrechnung B21A (Erstversorgung) und B21B (Generatorwechsel)

Percept™ RC: zusätzlich ZE2024-61_5-028.92, ZE2024-61_5-028.a2: Indiv. Verhandlung

ZE verhandeln

- ZE müssen mit der AEB¹ verhandelt werden

! Fallpauschalenvereinbarung FPV2024 §5 Abschnitt 2

Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 DRG-EKV 2024. Sofern eine Vereinbarung für das Jahr 2024 noch nicht abgeschlossen ist, und die neuen Entgelthöhen noch nicht abrechenbar sind, sind die Zusatzentgelte mit der Entgelthöhe des Vorjahres abrechenbar. Sofern keine Entgelthöhe aus dem Vorjahr vorliegt, sind zunächst 600 € für jedes Entgelt abzurechnen.

- ! Nach abgeschlossener Budgetvereinbarung 2024 und Festlegung der Höhe der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte gilt: Die Differenz (+/-) aus vereinbarter Zusatzentgelthöhe und bis zum Wirksamwerden der Budgetvereinbarung bereits tatsächlich abgerechneter Zusatzentgelthöhe wird rückwirkend je Behandlungsfall ausgeglichen (Verrechnung).

¹ Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung

Tiefe Hirnstimulation, z.B. Percept™ PC, Percept™ RC mit BrainSense™ Sensing Technologie

! Das krankenhausesindividuell zu vereinbarende Zusatzentgelt ZE2024-61 sollte explizit nach der Nutzung differenziert werden. Aufgrund der Zuordnung unterschiedlicher Behandlungsverfahren zum gleichen ZE2024-61 (Rückenmarkstimulation, Tiefe Hirnstimulation und Stimulation des peripheren Nervensystems) ist eine eindeutige Kennzeichnung zum Verwendungszweck zu empfehlen. Grund hierfür sind erhebliche Abweichungen in der Entgeltkalkulation. (A) Tatsächlich realisierte Produktbezugskosten ggf. zzgl. Prozedurenkostenanteile bei der Rückenmarkstimulation, sowie (B) die ledigliche Differenz zwischen abgebildetem Sachkostenanteil Implantate in der DRG B21A (nicht wiederaufladbares Neurostimulationssystem) und tatsächlich realisierte Produktbezugskosten (wiederaufladbares Neurostimulationssystem) bei der Tiefen Hirnstimulation. In der AEB¹ sollte das ZE hierzu mit dem OPS-Kode im Anhang des jeweiligen ZE2024-61 ausreichend differenziert werden: z.B. ZE2024-61_5-028.92, ZE2024-61_5-028.a2, ZE2024-61_5-028.c2, ZE2024-61_5-039.e2, ZE2024-61_5-039.f2, ZE2024-61_5-039.n2, ZE2024-61_5-059.cc, ZE2024-61_5-059.dc, ZE2024-61_5-059.g3.

! **ZE2024-118**
Das Unternehmen Medtronic vertreibt keine für das ZE2024-118 in Frage kommenden Neurostimulationssysteme zur tiefen Hirnstimulation. Bei den vom Unternehmen hergestellten und vertriebenen Neurostimulationssystemen Percept™ PC und Percept™ RC handelt es sich um Mehrkanalsysteme, welche mit den entsprechenden OPS-Kodes zu den Mehrkanalsystemen zu dokumentieren/verhandeln sind.

! SACHKOSTENFINANZIERUNG IM AG-DRG-SYSTEM 2024

FDA - Fixkostendegressionsabschlag für DRGs und Zusatzentgelte

Die Zusatzentgelte zu unseren Verfahren der Neuromodulation sind vom Fixkostendegressionsabschlag (FDA) ausgenommen!

FDA gilt nicht für vom InEK ausgewiesene DRGs mit zwei Drittel Sachkostenanteil.

DRG-Liste gem. § 3 Abs. 3 der Vereinbarung zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags mit einem Sachkostenanteil von mehr als 2/3 (Auszug)

- **B21A** Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
- **B21B** Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation

Weiterführende Hinweise entnehmen Sie bitte den Ausführungen des BVMed unter: <https://www.bvmed.de/> sowie <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2024/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-2024>

¹ Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung

Tiefe Hirnstimulation, z.B. Percept™ PC, Percept™ RC mit BrainSense™ Sensing Technologie

Auswirkungen des aG-DRG-Systems auf die Kalkulation der individuellen Zusatzentgelte

Die vereinbarten krankenhausindividuellen Entgelte sollen ab dem Jahr 2020 keine Erlösanteile mehr für die Pflegepersonalkosten enthalten, da diese ja über das Pflegebudget nach §6 a KHEntgG vergütet werden. Bei den krankenhausindividuellen Zusatzgelten ist demnach zu prüfen, ob diese für die Verfahren der Neuromodulation neu zu kalkulieren sind. In der Regel enthalten die Zusatzentgelte für die Neurostimulatoren lediglich Implantkostenanteile. Dies ist krankenhausindividuell zu prüfen und eine ggf. notwendige Neukalkulation als Kalkulationsunterlage zur Verhandlung mit den Kostenträgern im Rahmen der Budgetvereinbarung vorzulegen.

Zusatzcodes

5-934.3 Neurostimulator, Ganzkörper-MRT-fähig

5-934.4 Eine oder mehrere permanente Elektroden zur Neurostimulation, Ganzkörper-MRT-fähig

5-932.11 Zusatzcode für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung, (Teil-)resorbierbares synthetisches Material, Inkl.: Polyglycolide, Copolymere, Polytrimethylencarbonat, z.B. TYRX™ absorbierbare antibakterielle Hülle, 10 cm² bis unter 50 cm²

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es in
diesem Jahr
ankommt

Abbildung der
Neuromodulations
Therapien

Abkürzungen

Abkürzungen

AEB	Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung
aG-DRG	German Diagnosis Related Groups (nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BFW	Basisfallwert
BR	Bewertungsrelation
CC	Komplikationen und/oder Komorbiditäten
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis Related Group
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EKV	Entgelt-Katalog-Verordnung
FDA	Fixkostendegressionsabschlag
FPV	Fallpauschalenvereinbarung
G-DRG	German Diagnosis Related Group
HD	Hauptdiagnose
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es in
diesem Jahr
ankommt

Abbildung der
Neuromodulations
Therapien

Abkürzungen



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es in
diesem Jahr
ankommt

Abbildung der
Neuromodulations
Therapien

Abkürzungen

KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KIE	Krankenhausindividuelles Entgelt
LBFW	Landesbasisfallwert
MD	Medizinischer Dienst
MD Bund	Medizinischer Dienst Bund
MVD	Mittlere Verweildauer
ND	Nebendiagnose
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
OGVD	obere Grenzverweildauer
OPS	Operationen- und Prozeduren Schlüssel
UGVD	untere Grenzverweildauer
ZE	Zusatzentgelt

Weitere Informationsbroschüren

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung der Neuromodulations Therapien

Abkürzungen



Kodierung und Vergütung in der stationären Versorgung



Kodierung und Vergütung in der ambulanten Versorgung, Privatärztliche Liquidation in der stationären Versorgung



Sakrale Neuromodulation zur Behandlung von Stuhlinkontinenz



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



InterStim™ Micro



OPS Guide Tiefe Hirnstimulation



OPS Guide Periphere Nervenstimulation



OPS Guide Rückenmarkstimulation implantierbare Medikamentenpumpen

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

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



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es in
diesem Jahr
ankommt

Abbildung der
Neuromodulations
Therapien

Abkürzungen

Medtronic

Medtronic GmbH
Earl-Bakken-Platz 1
40670 Meerbusch

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

www.medtronic-reimbursement.de

de-12368023-EMEA
© Medtronic GmbH
All Rights Reserved. 03/2024

Rechtlicher Hinweis

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

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

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