

# Kodierung und Vergütung in der stationären Versorgung 2024

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

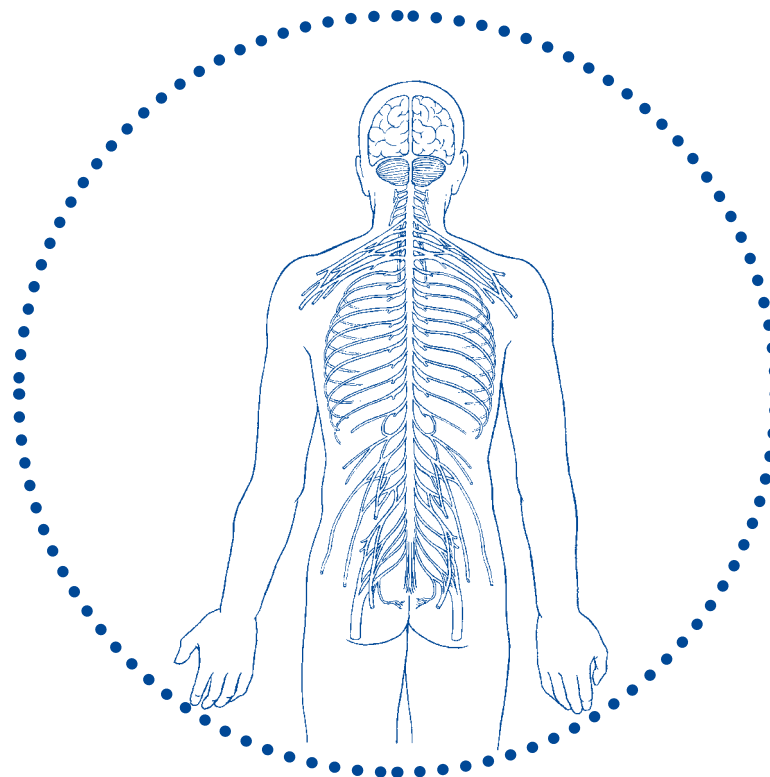
Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

## Neuromodulation



## Vorwort



Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

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


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

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

Mit freundlichen Grüßen

**Isabell M. Schliebener**

Assoc Reimbursement Analyst DACH  
Health Economics, Policy & Reimbursement

 Die Berechnung der Erlöse in dieser Unterlage erfolgt **mittels fiktivem Bundesbasisfallwert in Höhe von 4.200,00 €**. Gemäß der ab dem 1.1.2024 geltenden Fassung des § 10 KHEntgG wird der Bundesbasisfallwert erst bis zum 31. März eines jeden Jahres veröffentlicht und stand daher zu dem Zeitpunkt der Erstellung dieser Unterlage nicht zur Verfügung (<https://www.bvmed.de/de/versorgung/krankenhaus/bundesbasisfallwert>). Die krankenhausindividuellen Erlöskalkulationen sollten davon unabhängig mit dem jeweils geltenden Landesbasisfallwert erfolgen.



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

## Inhaltsverzeichnis

1. Unser Reimbursement Leistungsangebot
2. Worauf es in diesem Jahr ankommt
3. Abbildung im aG-DRG-System 2024
4. Ergänzende Hinweise zur Kodierung
5. Krankenhausindividuell zu verhandelnde Zusatzentgelte ZE2024-61
6. Abschläge bei Verlegung vgl. §3 FPV
7. Kontextfaktoren
8. Abkürzungen
9. Wichtige Links

# 1. Unser Reimbursement Leistungsangebot

## Was bedeutet Reimbursement für uns?

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

### ZU DIESEN LEISTUNGEN GEHÖREN ZUM BEISPIEL



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



Informationen  
zu Abrechnung  
und Kodierung



Hinweise zu Än-  
derungs- und  
Weiterentwick-  
lungsanträgen



Informationen  
zu Fragen des  
MD und der  
Kassen



Hinweise bei  
Strategie &  
Leistungs-  
portfolio



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



Hinweise zu  
gesundheits-  
politischen  
Entwicklungen

### UNSER REIMBURSEMENT-SERVICE IM ÜBERBLICK



#### Kostenbetrachtungen, Erlösbetrachtungen

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



#### Weiterbildung und Training

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

## 2. Worauf es in diesem Jahr ankommt

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

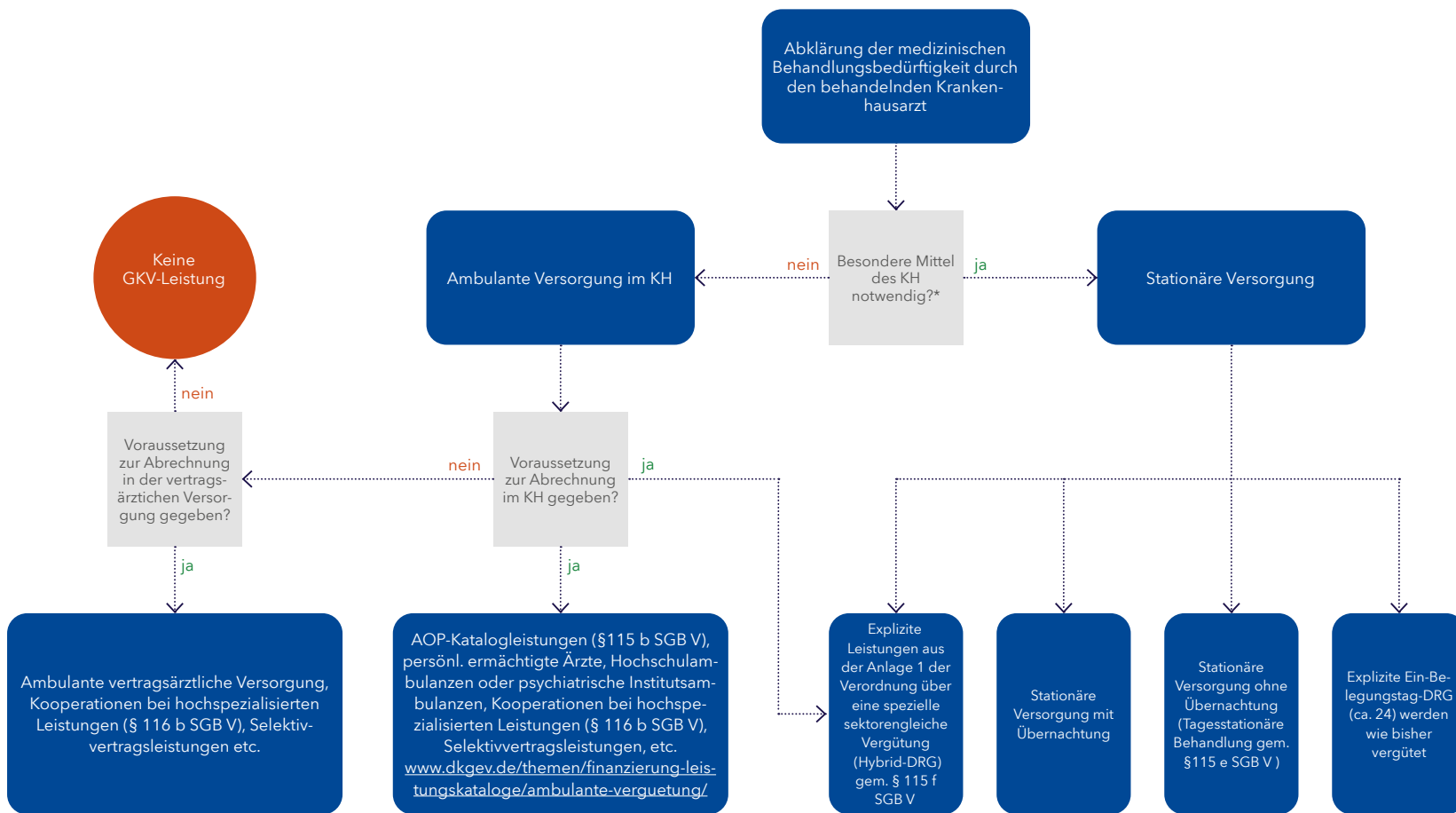
**! WICHTIGER HINWEIS:** NEUROMODULATIONSVERFAHREN SIND KEINE HYBRID-DRG-LEISTUNGEN GEMÄSS ANLAGE 1 DER VERORDNUNG VOM 21.12.2023

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.3 Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)

### SACHKOSTENFINANZIERUNG IM G-DRG-SYSTEM 2024

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

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

#### Auszüge aus der BVMed Information zzgl. notwendiger Aktualisierungen:

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

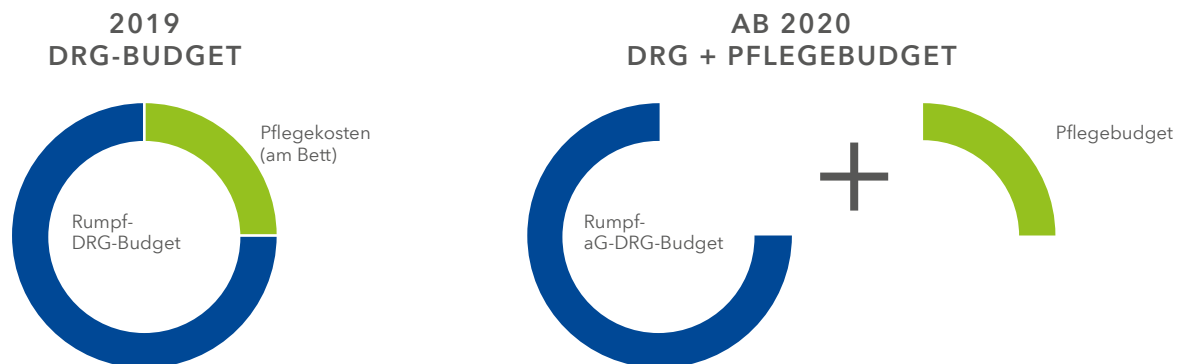


Abbildung 1:  
Die Zusammensetzung des  
Krankenhausbudgets ab 2020

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

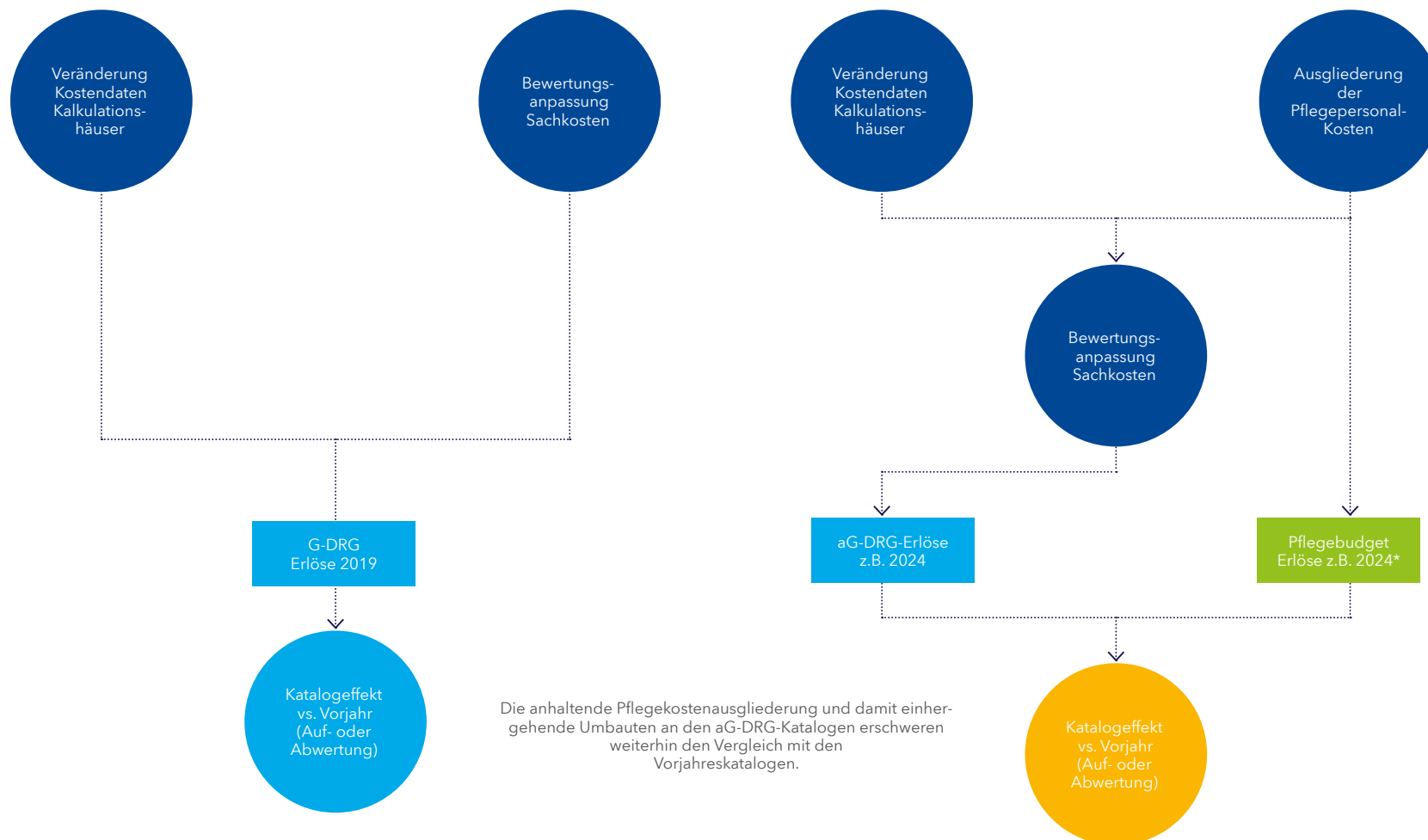
Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

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

### 2019

### AB 2020



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

Abbildung 2: Vergleich Katalogeffekt

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

### DRG-KATALOG 2019

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

### aG-DRG-KATALOG AB 2020

„SPALTENLÖSUNG“ .....  **NEU**

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

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

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

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

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

## ERLÖSBETRACHTUNG IM aG-DRG SYSTEM 2024

### (Rumpf)DRG-Abrechnung



### Pflegebudget-Auszahlung

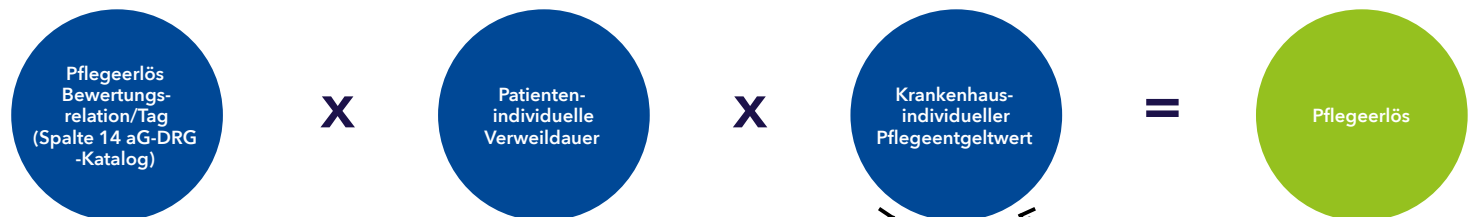


Abbildung 4: Erlösbetrachtung im aG-DRG System 2024

### Vorwort

### Unser Reimbursement Leistungsangebot

### Worauf es in diesem Jahr ankommt

### Abbildung im aG-DRG-System 2024

### Ergänzende Hinweise zur Kodierung

### Krankenhausindividuell zu verhandelnde Zusatzentgelte ZE2024-61

### Abschläge bei Verlegung vgl. §3 FPV

### Kontextfaktoren

### Abkürzungen und wichtige Links

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

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

### WESENTLICHE ÄNDERUNGEN IN KURZFORM

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

## 2.4 Budgetverhandlung

Auch im Jahr 2024 möchten wir Ihnen mit diesem Handbuch eine Hilfestellung, vom täglichen Umgang im Hinblick auf eine sachgerechte Vergütung, aber auch zu Ihrer diesjährigen Budgetverhandlung mit den Kostenträgern, bereitstellen. Neben der üblichen Vorbereitung zu einer differenzierten und nachvollziehbaren Leistungsplanung sollte den nachfolgenden Themen für die Budgetverhandlung im Jahr 2024 eine besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

### EXPLIZITE DRGS FÜR NEUROSTIMULATIONSVERFAHREN

Mit dem Ziel einer umfassenderen Abbildung der Neurostimulationsverfahren hat das InEK zwischenzeitlich 12 explizite DRGs für die Verfahren der Neurostimulation im Fallpauschalkatalog aufgenommen. Neben den Zusatzentgelten - und für diese Methoden infrage kommenden Misch-DRG - ist es für das Krankenhaus auch in diesem Jahr wichtig, auch die zutreffenden expliziten DRGs für die Neurostimulation zu vereinbaren.

MDC	01 Nervensystem	05 Kreislauf	06 Verdauungssystem	08 Bewegungsapparat	11 Harnorgane	23 Sonstige Zustände
Implantation / Wechsel des Neurostimulators	DRG B19A DRG B21A DRG B21B	Neuordnung innerhalb der Basis-DRG F21	DRG G13A	DRG I19A	DRG L16A	Diagnoseabhängig Umleitung in MDC01 oder weiterhin Abbil- dung in der Basis-DRG Z01
Implantation permanen- te Elektrodensysteme	DRG B19B		DRG G13B	DRGI19B	DRG L16B	
Teststimulation			Weiterhin in der Basis-DRG G11	Weiterhin in der Basis-DRG I19	DRG L16C	
Revision / Entfernung von Aggregaten oder Elektroden	DRG B19C				Weiterhin in der Basis-DRG L09	

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

### ZE2024-61 DIFFERENZIERUNG

Das ZE2024-61 sollte im Rahmen der krankenhausindividuellen Verhandlungen zu Entgelten und Budgets mit den Kostenträgern im Falle von gleichzeitiger Leistungserbringung von einerseits Hirnstimulation und andererseits Rückenmarkstimulation und/oder peripherer Nervenstimulation nach folgendem Vorschlag unter Zuhilfenahme der OPS-Kodes differenziert werden:

Therapie	OPS	ZE		Summe
Leistungserbringung ein- und zweizeitig innerhalb eines Aufenthaltes				
Tiefe Hirnstimulation (DBS) - Implantation	5-028.92	ZE2024-61_5-028.92	Mindestens Differenz zwischen den Kosten des wiederaufladbaren Implantatsystems und den in der DRG B21A eingepreisten Kosten von nicht wiederaufladbaren Implantatsystemen	Individuell zu verhandeln*
Tiefe Hirnstimulation (DBS) - Wechsel	5-028.a2	ZE2024-61_5-028.a2	Mindestens Differenz zwischen den Kosten des wiederaufladbaren Implantatsystems und den in der DRG B21B eingepreisten Kosten von nicht wiederaufladbaren Implantatsystemen	Individuell zu verhandeln*
Epidurale Rückenmarkstimulation (SCS mit SureScan System) - Implantation	5-039.e2	ZE2024-61_5-039.e2 / 5-934.4_5-934.3	Mindestens Kosten des wiederaufladbaren Implantatsystems	Individuell zu verhandeln*
Epidurale Rückenmarkstimulation (SCS mit SureScan System) - Wechsel	5-039.f2	ZE2024-61_5-039.f2 / 5-934.3	Mindestens Kosten des wiederaufladbaren Implantatsystems	Individuell zu verhandeln*
Periphere Nervenstimulation (PNS) - Implantation	5-059.cc	ZE2024-61_5-059.cc	Mindestens Kosten des wiederaufladbaren Implantatsystems	Individuell zu verhandeln*
Periphere Nervenstimulation (PNS) - Wechsel	5-059.dc	ZE2024-61_5-059.dc	Mindestens Kosten des wiederaufladbaren Implantatsystems	Individuell zu verhandeln*

Therapie	OPS	ZE		Summe
Leistungserbringung zweizeitig innerhalb zweier Aufenthalte				
Tiefe Hirnstimulation (DBS) - Implantation	5-028.c2	ZE2024-61_5-028.c2	Mindestens Differenz zwischen den Kosten des wiederaufladbaren Implantatsystems und den in der DRG B21B und B20B eingepreisten Kosten von nicht wiederaufladbaren Implantatsystemen	Individuell zu verhandeln*
Epidurale Rückenmarkstimulation (SCS mit SureScan System) - Implantation	5-039.n2	ZE2024-61_5-039.n2 / 5-934.4_5-934.3	Mindestens Kosten des wiederaufladbaren Implantatsystems	Individuell zu verhandeln*
Periphere Nervenstimulation (PNS) - Implantation	5-059.g3	ZE2024-61_5-059.g3	Mindestens Kosten des wiederaufladbaren Implantatsystems	Individuell zu verhandeln*

\* Hinweise zur Kalkulation dieser Zusatzentgelte finden Sie hier.

### ! Wichtig!

Bitte beachten Sie, diese neuen OPS-Kodes bei Ihrer Budgetvereinbarung mit den Kostenträgern sowohl bei den bepreisten, als auch bei den individuellen Zusatzentgelten vollumfänglich zu berücksichtigen.

Dies ist notwendig, weil das ZE im Falle des Einsatzes bei der Hirnstimulation nur die Differenzkosten zwischen dem in der gruppierten DRG B21A bzw. DRG B21B bereits eingepreisten nicht wiederaufladbaren Implantatsystem und dem wiederaufladbaren Implantatsystem abdecken soll, während es im Falle des Einsatzes bei Rückenmarkstimulation und peripherer Nervenstimulation mindestens die gesamten Kosten des Implantatsystems refinanzieren soll.

Neben den (Differenz-)Kosten des wiederaufladbaren Implantatsystems sollten darüber hinaus auch Personalkosten des ärztlichen Dienstes, des Funktionsdienstes und des medizinisch-technischen Dienstes, Sachkosten von Medikamenten (außer (Differenz-)Kosten des wiederaufladbaren Implantatsystems), vom übrigen medizinischen Bedarf (außer (Differenz-)Kosten des wiederaufladbaren Implantatsystems) und Personal- und Sachkosten der medizinischen Infrastruktur aus allen für die entsprechende Leistung relevanten Leistungsbereichen in die Kalkulation eines krankenhausindividuellen Zusatzentgeltes einbezogen werden, sofern Differenzkosten zwischen Fällen mit und ohne zusatzentgeltrelevanter Leistung entstehen. Kosten der nicht medizinischen Infrastruktur sowie Personal- und Sachkosten der nicht medizinischen Infrastruktur sollten über einen zu vereinbarenden pauschalen Zuschlag in die Kalkulation einbezogen 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 KHEntG 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.

## HINWEIS ZU VOLLIMPLANTIERBAREN WIEDERAUFLADBAREN NEUROSTIMULATOREN


### Keine verwendbaren OPS-Kodes für unsere Systeme

Mit dem OPS-Katalog 2018 wurden zusätzliche OPS-Kodes für lediglich die periphere Nervenstimulation mit der Bezeichnung „*Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit induktiver Energieübertragung*“ aufgenommen. Diese finden für die Neurostimulatoren des Unternehmens Medtronic keine Anwendung, da die Kodes

a) für die periphere Nervenstimulation und

b) nach unserem Kenntnisstand die induktive Energieübertragung zu einem Implantat (ohne Akku) mit externem Energievorratsspeicher beschreiben.

Mit dem OPS-Katalog 2019 wurden zusätzliche OPS-Kodes für die epiduralen Rückenmarkstimulation mit der Bezeichnung „*Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode zur epiduralen Stimulation mit einem extrakorporalen Neurostimulator, perkutan*“ aufgenommen. Bei extrakorporalen (teilimplantierbaren) Systemen wird nur die Neurostimulationselektrode implantiert. Impulsgenerator und Energieversorgung sind extrakorporal. Diese Kodes finden für die Neurostimulatoren des Unternehmens Medtronic keine Anwendung.

 **Hinweis:** Die wiederaufladbaren Neurostimulatoren des Unternehmens Medtronic sind ausnahmslos mit einem Akkumulator versehen. Im OPS 2024 sind für diese Neurostimulatoren ausschließlich OPS-Kodes mit der Bezeichnung „*Mehrkanalstimulator, mit wiederaufladbarem Akkumulator*“ zu verwenden um das Implantat über den OPS so spezifisch wie möglich zu kodieren.

**ZE2024-118 NEUROSTIMULATOREN ZUR HIRNSTIMULATION, EINKANALSYSTEM**

**Keine Vereinbarung für aktuelle Medtronic Produkte notwendig.**

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

**ANWENDUNGSMUSTER FÜR MEDTRONIC PRODUKTE**

Bundeseinheitliche ZusatzEntgelte nach Anlage 2 FPV gem. § 6 Absatz 1 KHEntgG

Im aG-DRG-System 2024 sind dies im Therapiefeld Neuromodulation:

ZE	Bezeichnung	OPS-Kode 2024	Einzeitig in 1 od. 2 Aufenthal- ten	Zweizeitig in 2 Auf- enthalten	IPG oder Pumpe	Elektro- de oder Katheter	OPS-Text	Betrag
ZE09	Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit programmierbarem variablen Tagesprofil	5-038.41	X	X	X	X	Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und epiduralen Infusion: Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit programmierbarem variablen Tagesprofil, z.B. Synchro-Med® III	8.734,93 €
ZE138	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalstimulator, mit Sonden- implantation	5-059.c0 <sup>1</sup>	X	-	X	X	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar, z.B. InterStim™II	7.873,47 €
ZE139	Neurostimulation zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalstimulator, ohne Sondenimplantation	5-059.d0	X	-	X	-	Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar, z.B. InterStim™II	5.408,53 €
		5-059.g0 <sup>3</sup>	-	X	X	-	Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode, Einkanal stimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar, z.B. InterStim™II	
...	...	...	...	...	...	...	...	...

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

ZE	Bezeichnung	OPS-Kode 2024	Einzeitig in 1 od. 2 Aufenthal- ten	Zweizeitig in 2 Auf- enthalten	IPG oder Pumpe	Elektro- de oder Katheter	OPS-Text	Betrag
...	...	...	...	...	...	...	...	...
ZE140	Neurostimulation zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, mit Sondenimplantation	5-039.e1 <sup>1</sup>	X	-	X	X	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar, z.B. Vanta™ mit AdaptiveStim™	12.245,45 €
		5-059.c1 <sup>1</sup>	X	-	X	X	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar, z.B. Vanta™ mit AdaptiveStim™	
ZE141	Neurostimulation zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, ohne Sondenimplantation	5-039.f1	X	-	X	-	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar, z.B. Vanta™ mit AdaptiveStim™	9.976,34 €
		5-059.d1	X	-	X	-	Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar, z.B. Vanta™ mit AdaptiveStim™	
ZE141	Neurostimulation zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, ohne Sondenimplantation	5-039.n1 <sup>2</sup>	-	X	X	-	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode, Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar, z.B. Vanta™ mit AdaptiveStim™	9.976,34 €
		5-059.g1 <sup>3</sup>	-	X	X	-	Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode, Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar, z.B. Vanta™ mit AdaptiveStim™	

- Ein Kode aus diesem Bereich ist auch zu verwenden bei ein- und zweizeitiger Implantation einer oder mehrerer Neurostimulationselektrode(n) und eines Neurostimulators während desselben stationären Aufenthaltes.
- 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.
- Ein Kode aus diesem Bereich ist zu verwenden bei zweizeitiger Implantation einer Neurostimulationselektrode und eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems für die Implantation des Neurostimulators während des zweiten stationären Aufenthaltes.

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

### ZUSATZENTGELTE - ABRECHNUNGSBESTIMMUNGEN FPV 2024

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).

## 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

Leistungssteigerungen bei DRGs mit zwei Drittel Sachkostenanteil werden auf Grund des besonders hohen Anteils variabler Kosten vom FDA ausgenommen. Zur Unterstützung der Vertragsparteien auf Ortsebene hat das InEK, die vom Fixkostendegressionsabschlag ausgenommenen Fallpauschalen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln für das Jahr 2024 veröffentlicht.

### 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
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation
G13A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems
G13B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane mit Implantation oder Wechsel eines permanenten 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
L16A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators
L16B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems

Weitere Informationen finden Sie unter:

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

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

### 3. Abbildung im aG-DRG-System 2024

**Tiefe Hirnstimulation** bei schweren, chronischen  
Bewegungsstörungen, Epilepsie

**Pumpengestützte intrathekale Spasmolytika-Gabe**  
bei schweren, chronischen Bewegungsstörungen

**Pumpengestützte intrathekale Analgetika-Gabe**  
bei schweren, chronischen Schmerzen

**Periphere Nervenstimulation**  
bei Harninkontinenz und Stuhlinkontinenz

**Periphere Nervenstimulation**  
bei schweren, chronischen Schmerzen

**Rückenmarkstimulation**  
bei schweren, chronischen Schmerzen

**Legende**  
Diagnosen & Prozeduren



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

### 3.1 Tiefe Hirnstimulation bei schweren, chronischen Bewegungsstörungen, Epilepsie, z.B. mit Percept™ PC, Percept™ RC mit BrainSense™ Sensing Technologie

Gruppierungssimulation und Erlöskalkulation, Stand 01/2024

Muster-KH Hauptabteil.	ICD-OPS				Neuromodulation im aG-DRG-System-2024 in Hauptabteilungen											BBFW fiktiv (weitere Infos): 4.200,00 €		Pflegerlös Bewertungs- relation/Tag
Behand- lungsschritt	ICD-HD	ICD-ND	OPS-1	OPS-2	DRG	Partit.	BR	mVD	1. Tag m. Abschl.	Abschl./ Tag	1. Tag m. Zuschl.	Zuschl./ Tag	EV Abschl. / Tag	DRG-Erlös	ZE	ZE-Erlös	DRG-Erlös ohne Pfleger- löse	
Selektion	G20.11				B67B	M	0,784	8,4	2	0,257	18	0,065	0,083	3.292,80 €			3.292,80 €	0,7714
	G24.1			1-20a.20	B85C	M	0,675	6,7	1	0,469	16	0,074	0,093	2.835,00 €			2.835,00 €	0,9281
	G25.0				B81B	M	0,585	4,9	1	0,331	12	0,080	0,098	2.457,00 €			2.457,00 €	0,7639
	G40.1				B76E	M	0,507	3,8	1	0,268	8	0,091	0,105	2.129,40 €			2.129,40 €	1,0072
Implantation	G20.11		5-014.92	5-028.91	B21A	O	7,273	10,9	3	0,258	18	0,095	0,087	30.546,60 €			30.546,60 €	0,8765
			5-014.93	5-028.91 oder 5-028.92	B21A	O	7,273	10,9	3	0,258	18	0,095	0,087	30.546,60 €	ZE2024-61	KIE***	?	0,8765
	G25.0		5-014.92	5-028.91	B21A	O	7,273	10,9	3	0,258	18	0,095	0,087	30.546,60 €			30.546,60 €	0,8765
			5-014.93	5-028.91 oder 5-028.92	B21A	O	7,273	10,9	3	0,258	18	0,095	0,087	30.546,60 €	ZE2024-61	KIE***	?	0,8765
	G24.1		5-014.92	5-028.91	B21A	O	7,273	10,9	3	0,258	18	0,095	0,087	30.546,60 €			30.546,60 €	0,8765
			5-014.93	5-028.91 oder 5-028.92	B21A	O	7,273	10,9	3	0,258	18	0,095	0,087	30.546,60 €	ZE2024-61	KIE***	?	0,8765
	G40.1		5-014.92	5-028.91	B21A	O	7,273	10,9	3	0,258	18	0,095	0,087	30.546,60 €			30.546,60 €	0,8765
			5-014.93	5-028.91 oder 5-028.92	B21A	O	7,273	10,9	3	0,258	18	0,095	0,087	30.546,60 €	ZE2024-61	KIE***	?	0,8765
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

! Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

Muster-KH Hauptabteil.	ICD-OPS				Neuromodulation im aG-DRG-System-2024 in Hauptabteilungen											BBFW fiktiv (weitere Infos): 4.200,00 €		Pflegerlös Bewertungs- relation/Tag
Behand- lungsschritt	ICD-HD	ICD-ND	OPS-1	OPS-2	DRG	Partit.	BR	mVD	1. Tag m. Abschl.	Abschl./ Tag	1. Tag m. Zuschl.	Zuschl./ Tag	EV Abschl. / Tag	DRG-Erlös	ZE	ZE-Erlös	DRG-Erlös ohne Pfleger- löse	
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Wechsel*/**	G20.11		5-028.a1		B21B	O	3,539	3,0	1	0,309	7	0,086	0,100	14.863,80 €	ZE2024-61	KIE***	14.863,80 €	1,0322
			5-028.a2		B21B	O	3,539	3,0	1	0,309	7	0,086	0,100	14.863,80 €			?	
	G25.0		5-028.a1		B21B	O	3,539	3,0	1	0,309	7	0,086	0,100	14.863,80 €	ZE2024-61	KIE***	14.863,80 €	1,0322
			5-028.a2		B21B	O	3,539	3,0	1	0,309	7	0,086	0,100	14.863,80 €			?	
	G24.1		5-028.a1		B21B	O	3,539	3,0	1	0,309	7	0,086	0,100	14.863,80 €	ZE2024-61	KIE***	14.863,80 €	1,0322
			5-028.a2		B21B	O	3,539	3,0	1	0,309	7	0,086	0,100	14.863,80 €			?	
	G40.1		5-028.a1		B21B	O	3,539	3,0	1	0,309	7	0,086	0,100	14.863,80 €	ZE2024-61	KIE***	14.863,80 €	1,0322
			5-028.a2		B21B	O	3,539	3,0	1	0,309	7	0,086	0,100	14.863,80 €			?	
Nachsorge	G20.11	8-631.0		B67B	M	0,784	8,4	2	0,257	18	0,065	0,083	3.292,80 €			3.292,80 €	0,7714	
	G24.1			B85C	M	0,675	6,7	1	0,469	16	0,074	0,093	2.835,00 €			2.835,00 €	0,9281	
	G25.0			B81B	M	0,585	4,9	1	0,331	12	0,080	0,098	2.457,00 €			2.457,00 €	0,7639	
	G40.1			B76E	M	0,507	3,8	1	0,268	8	0,091	0,105	2.129,40 €			2.129,40 €	1,0072	
Revision**	T85.1	G20.11	5-014.b0		B20D	O	1,917	6,9	1	0,662	17	0,150	-	8.051,40 €			8.051,40 €	1,2033
			5-014.b1		B20E	O	1,528	6,6	1	0,467	16	0,137	-	6.417,60 €			6.417,60 €	1,1501
			5-028.3		B20E	O	1,528	6,6	1	0,467	16	0,137	-	6.417,60 €			6.417,60 €	1,1501
		G25.0	5-014.b0		B20D	O	1,917	6,9	1	0,662	17	0,150	-	8.051,40 €			8.051,40 €	1,2033
			5-014.b1		B20E	O	1,528	6,6	1	0,467	16	0,137	-	6.417,60 €			6.417,60 €	1,1501
			5-028.3		B20E	O	1,528	6,6	1	0,467	16	0,137	-	6.417,60 €			6.417,60 €	1,1501
		G24.1	5-014.b0		B20D	O	1,917	6,9	1	0,662	17	0,150	-	8.051,40 €			8.051,40 €	1,2033
			5-014.b1		B20E	O	1,528	6,6	1	0,467	16	0,137	-	6.417,60 €			6.417,60 €	1,1501
			5-028.3		B20E	O	1,528	6,6	1	0,467	16	0,137	-	6.417,60 €			6.417,60 €	1,1501
		G40.1	5-014.b0		B20D	O	1,917	6,9	1	0,662	17	0,150	-	8.051,40 €			8.051,40 €	1,2033
			5-014.b1		B20D	O	1,917	6,9	1	0,662	17	0,150	-	8.051,40 €			8.051,40 €	1,2033
			5-028.3		B20E	O	1,528	6,6	1	0,467	16	0,137	-	6.417,60 €			6.417,60 €	1,1501
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	

! Weitere Infos siehe hier

## Vorwort

## Unser Reimbursement Leistungsangebot

## Worauf es in diesem Jahr ankommt

## Abbildung im aG-DRG-System 2024

## Ergänzende Hinweise zur Kodierung

## Krankenhausindividuell zu verhandelnde Zusatzentgelte ZE2024-61

## Abschläge bei Verlegung vgl. §3 FPV

## Kontextfaktoren

## Abkürzungen und wichtige Links

Muster-KH Hauptabteil.	ICD-OPS				Neuromodulation im aG-DRG-System-2024 in Hauptabteilungen											BBFW fiktiv (weitere Infos): 4.200,00 €		Pflegerlös Bewertungs- relation/Tag
Behand- lungsschritt	ICD-HD	ICD-ND	OPS-1	OPS-2	DRG	Partit.	BR	mVD	1. Tag m. Abschl.	Abschl./ Tag	1. Tag m. Zuschl.	Zuschl./ Tag	EV Abschl. / Tag	DRG-Erlös	ZE	ZE-Erlös	DRG-Erlös ohne Pfleger- löse	
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Explanta- tion**	G20.11		5-028.6		B20E	O	1,528	6,6	1	0,467	16	0,137	-	6.417,60 €			6.417,60 €	1,1501
			5-028.7															
			5-029.g		B09Z	O	1,080	4,4	1	0,460	10	0,076	0,108	4.536,00 €			4.536,00 €	0,8375
	G25.0		5-028.6		B20E	O	1,528	6,6	1	0,467	16	0,137	-	6.417,60 €			6.417,60 €	1,1501
			5-028.7															
			5-029.g		B09Z	O	1,080	4,4	1	0,460	10	0,076	0,108	4.536,00 €			4.536,00 €	0,8375
	G24.1		5-028.6		B20E	O	1,528	6,6	1	0,467	16	0,137	-	6.417,60 €			6.417,60 €	1,1501
			5-028.7															
			5-029.g		B09Z	O	1,080	4,4	1	0,460	10	0,076	0,108	4.536,00 €			4.536,00 €	0,8375
	G40.1		5-028.6		B20E	O	1,528	6,6	1	0,467	16	0,137	-	6.417,60 €			6.417,60 €	1,1501
			5-028.7															
			5-029.g		B09Z	O	1,080	4,4	1	0,460	10	0,076	0,108	4.536,00 €			4.536,00 €	0,8375

Bis zur Wirksamkeit der neuen Budgetvereinbarung werden bisherige individuelle Zusatzentgelte weiter erhoben, für noch nicht vorher vereinbarte individuelle Zusatzentgelte sind für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen (§ 5 Abs. 2 FPV-2024). Die Nachberechnung bis zur Höhe des Verhandlungsergebnis des ZE2024-61 erfolgt nach abgeschlossener Pflegesatzverhandlung. Zur besseren Übersicht wurden in den Tabellen nur gegenüber dem Vorjahr relevante DRG-Gruppierungsveränderungen gesondert markiert. Änderungen im Bereich der Verweildauern gegenüber Vorjahr wurden in diesen Tabellen zur besseren Lesbarkeit der Tabellen nicht durchgängig markiert.

\* z. B. nach Batterieerschöpfung im zu erwartenden Zeitfenster, Hinweis: Hierbei handelt es sich nicht um eine Komplikation.

\*\* Beispielhafte Kodierung - beachten Sie bitte folgende Hinweise bei Ihrer Kodierung: a) Unter T82.0 aufgeführte Zustände durch elektronischen Nervenstimulator (Elektrode): Fehllage, Leckage, Obstruktion (mechanisch), Perforation, Protrusion, Verlagerung, Versagen (mechanisch). Hinweis: Die Diagnose T85.1 ist als Hauptdiagnose zu kodieren, die Diagnose T82.0 spezifiziert lediglich die Komplikation und wird nicht mitkodiert, b) Liegt keine unter T82.0 aufgeführte oder sonstige für den Aufenthalt ursächliche Komplikation, sondern ein z.B. dokumentierter Wirkverlust vor, so ist die Grunderkrankung und nicht die T85.1 zu kodieren.

\*\*\* KIE = Krankenhausindividuelles Zusatzentgelt

! Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

## 3.2 Pumpengestützte intrathekale Spasmolytika-Gabe bei schweren, chronischen Bewegungsstörungen, z.B. mit SynchroMed®™ III

Gruppierungssimulation und Erlöskalkulation, Stand 01/2024

Muster-KH Hauptabteil.	ICD-OPS				Neuromodulation im aG-DRG-System-2024 in Hauptabteilungen											BBFW fiktiv (weitere Infos): 4.200,00 €		Pflegeerlös Bewertungs- relation/Tag
Behand- lungsschritt	ICD-HD	ICD-ND	OPS-1	OPS-2	DRG	Partit.	BR	mVD	1. Tag m. Abschl.	Abschl./ Tag	1. Tag m. Zuschl.	Zuschl./ Tag	EV Abschl. / Tag	DRG-Erlös	ZE	ZE-Erlös	DRG-Erlös ohne Pflegeerlöse	
Selektion	G82.42	G82.63!	1-20a.20		B60A	M	0,926	8,7	2	0,303	20	0,074	0,094	3.889,20 €			3.889,20 €	0,9094
				< 16	B68B	M	0,821	4,9	1	0,570	12	0,163	0,136	3.448,20 €			3.448,20 €	1,1991
	G35.20			> 15	B68D	M	0,547	6,6	1	0,391	16	0,060	0,074	2.297,40 €			2.297,40 €	0,6637
	M62.40	G80.0			I71A	M	0,630	7,2	1	0,293	15	0,065	0,061	2.646,00 €			2.646,00 €	0,9445
	S06.20				B78B	M	0,669	5,1	1	0,386	13	0,090	0,105	2.809,80 €			2.809,80 €	1,1514
Austestung permanenter Katheter	G82.42	G82.63!	5-038.21		B60A	M	0,926	8,7	2	0,303	20	0,074	0,094	3.889,20 €			3.889,20 €	0,9094
				< 16	B68B	M	0,821	4,9	1	0,570	12	0,163	0,136	3.448,20 €			3.448,20 €	1,1991
	G35.20			> 15	B68D	M	0,547	6,6	1	0,391	16	0,060	0,074	2.297,40 €			2.297,40 €	0,6637
	M62.40	G80.0			I71A	M	0,630	7,2	1	0,293	15	0,065	0,061	2.646,00 €			2.646,00 €	0,9445
	S06.20				B78B	M	0,669	5,1	1	0,386	13	0,090	0,105	2.809,80 €			2.809,80 €	1,1514
Austestung subkutanen Reservoir	G82.42	G82.63!	5-038.3		B18B	O	2,114	9,1	2	0,353	21	0,070	0,096	8.878,80 €			8.878,80 €	0,8892
				<18	B17C	O	1,581	9,6	2	0,360	20	0,108	0,112	6.640,20 €			6.640,20 €	0,9340
	G35.20			>18	B17D	O	0,990	4,2	1	0,327	11	0,071	0,082	4.158,00 €			4.158,00 €	0,7693
	M62.40	G80.0			I10B	O	2,284	11,4	3	0,266	25	0,064	0,089	9.592,80 €			9.592,80 €	0,8031
	S06.20				B17D	O	0,990	4,2	1	0,327	11	0,071	0,082	4.158,00 €			4.158,00 €	0,7693
Implantation	G82.42	G82.63!	5-038.41		B18B	O	2,114	9,1	2	0,353	21	0,070	0,096	8.878,80 €			17.613,73 €	0,8892
				< 18	B17C	O	1,581	9,6	2	0,360	20	0,108	0,112	6.640,20 €			15.375,13 €	0,9340
	G35.20			> 18	B17D	O	0,990	4,2	1	0,327	11	0,071	0,082	4.158,00 €	ZE09	8.734,93 €	12.892,93 €	0,7693
	M62.40	G80.0			I10C	O	1,559	6,0	1	0,268	13	0,061	0,071	6.547,80 €			15.282,73 €	0,7319
	S06.20				B17D	O	0,990	4,2	1	0,327	11	0,071	0,082	4.158,00 €			12.892,93 €	0,7693
Wechsel*/**	G82.42	G82.63!	5-038.41		B18B	O	2,114	9,1	2	0,353	21	0,070	0,096	8.878,80 €			17.613,73 €	0,8892
				< 18	B17C	O	1,581	9,6	2	0,360	20	0,108	0,112	6.640,20 €			15.375,13 €	0,9340
	G35.20			> 18	B17D	O	0,990	4,2	1	0,327	11	0,071	0,082	4.158,00 €	ZE09	8.734,93 €	12.892,93 €	0,7693
	M62.40	G80.0			I10C	O	1,559	6,0	1	0,268	13	0,061	0,071	6.547,80 €			15.282,73 €	0,7319
	S06.20				B17D	O	0,990	4,2	1	0,327	11	0,071	0,082	4.158,00 €			12.892,93 €	0,7693
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

! Weitere Infos siehe hier



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

Muster-KH Hauptabteil.	ICD-OPS				Neuromodulation im aG-DRG-System-2024 in Hauptabteilungen												BBFW fiktiv (weitere Infos): 4.200,00 €		Pflegerlös Bewertungs- relation/Tag
Behand- lungsschritt	ICD-HD	ICD-ND	OPS-1	OPS-2	DRG	Partit.	BR	mVD	1. Tag m. Abschl.	Abschl./ Tag	1. Tag m. Zuschl.	Zuschl./ Tag	EV Abschl. / Tag	DRG-Erlös	ZE	ZE-Erlös	DRG-Erlös ohne Pflegerlöse		
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
Nachsorge	G82.42	G82.63!	8-011.32		B60A	M	0,926	8,7	2	0,303	20	0,074	0,094	3.889,20 €			3.889,20 €	0,9094	
				< 16	B68B	M	0,821	4,9	1	0,570	12	0,163	0,136	3.448,20 €			3.448,20 €	1,1991	
	G35.20			> 15	B68D	M	0,547	6,6	1	0,391	16	0,060	0,074	2.297,40 €			2.297,40 €	0,6637	
	M62.40	G80.0			I71A	M	0,630	7,2	1	0,293	15	0,065	0,061	2.646,00 €			2.646,00 €	0,9445	
	S06.20				B78B	M	0,669	5,1	1	0,386	13	0,090	0,105	2.809,80 €			2.809,80 €	1,1514	
Revision**	T85.1	G35.20 M62.40	5-038.6 5-038.7		B18D	O	1,464	5,8	1	0,266	14	0,064	0,079	6.148,80 €			6.148,80 €	0,9538	
		G82.42 S06.20	5-038.8		B18C	O	1,571	5,3	1	0,320	12	0,078	0,108	6.598,20 €			6.598,20 €	1,1242	
Explan- tation**	G82.42		5-038.b		B60A	M	0,926	8,7	2	0,303	20	0,074	0,094	3.889,20 €			3.889,20 €	0,9094	
			5-038.c		B18B	O	2,114	9,1	2	0,353	21	0,070	0,096	8.878,80 €			8.878,80 €	0,8892	
			5-038.d		B18D	O	1,464	5,8	1	0,266	14	0,064	0,079	6.148,80 €			6.148,80 €	0,9538	
	G35.20		5-038.b	< 16	B68B	M	0,821	4,9	1	0,570	12	0,163	0,136	3.448,20 €			3.448,20 €	1,1991	
				> 15	B68D	M	0,547	6,6	1	0,391	16	0,060	0,074	2.297,40 €			2.297,40 €	0,6637	
			5-038.c		B18D	O	1,464	5,8	1	0,266	14	0,064	0,079	6.148,80 €			6.148,80 €	0,9538	
		5-038.d																	
	M62.40		5-038.b		I71A	M	0,630	7,2	1	0,293	15	0,065	0,061	2.646,00 €			2.646,00 €	0,9445	
			5-038.c		I10E	O	0,996	5,1	1	0,330	11	0,058	0,069	4.183,20 €			4.183,20 €	0,6568	
			5-038.d		I10F	O	0,817	4,8	1	0,221	10	0,058	0,067	3.431,40 €			3.431,40 €	0,6697	
	S06.20		5-038.b		B78B	M	0,669	5,1	1	0,386	13	0,090	0,105	2.809,80 €			2.809,80 €	1,1514	
			5-038.c																
5-038.d				B18D	O	1,464	5,8	1	0,266	14	0,064	0,079	6.148,80 €			6.148,80 €	0,9538		

Zur besseren Übersicht wurden in den Tabellen nur gegenüber dem Vorjahr relevante DRG-Gruppierungsveränderungen gesondert markiert. Änderungen im Bereich der Verweildauern gegenüber Vorjahr wurden in diesen Tabellen zur besseren Lesbarkeit der Tabellen nicht durchgängig markiert.

\* z. B. nach Batterieerschöpfung im zu erwartenden Zeitfenster, Hinweis: Hierbei handelt es sich nicht um eine Komplikation.

\*\* Beispielhafte Kodierung - beachten Sie bitte folgende Hinweise bei Ihrer Kodierung: a) Unter T82.0 aufgeführte Zustände durch elektronischen Nervenstimulator (Elektrode): Fehllage, Leckage, Obstruktion (mechanisch), Perforation, Protrusion, Verlagerung, Versagen (mechanisch), Hinweis: Die Diagnose T85.1 ist als Hauptdiagnose zu kodieren, die Diagnose T82.0 spezifiziert lediglich die Komplikation und wird nicht mitkodiert, b) Liegt keine unter T82.0 aufgeführte oder sonstige für den Aufenthalt ursächliche Komplikation, sondern ein z.B. dokumentierter Wirkverlust vor, so ist die Grunderkrankung und nicht die T85.1 zu kodieren.

! Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

## 3.3 Pumpengestützte intrathekale Analgetika-Gabe bei schweren, chronischen Schmerzen, z.B. mit SynchroMed™ III

Gruppierungssimulation und Erlöskalkulation, Stand 01/2024

Muster-KH Hauptabteil.	ICD-OPS				Neuromodulation im aG-DRG-System-2024 in Hauptabteilungen												BBFW fiktiv (weitere Infos): 4.200,00 €		Pflegerlös Bewertungs- relation/Tag
Behandlungs- schritt	ICD-HD	ICD-ND	OPS-1	OPS-2	DRG	Partit.	BR	mVD	1. Tag mit Ab- schlag	Abschl./ Tag	1. Tag mit Zuschlag	Zuschlag / Tag	EV Abschlag / Tag	DRG-Erlös	ZE	ZE-Erlös	DRG-Erlös ohne Pflegerlöse		
Austestung permanenter Katheter	G54.6	T87.3	5-038.21		B71D	M	0,503	4,4	1	0,288	10	0,080	0,117	2.112,60 €			2.112,60 €	0,6598	
	M79.63	M89.03			I71B	M	0,431	4,4	1	0,235	10	0,067	0,077	1.810,20 €			1.810,20 €	0,7096	
	M54.5	M96.1			I68E	M	0,432	4,7	1	0,220	11	0,066	0,071	1.814,40 €			1.814,40 €	0,6146	
Austestung subkutanen Reservoir	G54.6	T87.3	5-038.3	< 18	B17C	O	1,581	9,6	2	0,360	20	0,108	0,112	6.640,20 €			6.640,20 €	0,9340	
	M79.63	M89.03		> 18	B17D	O	0,990	4,2	1	0,327	11	0,071	0,082	4.158,00 €			4.158,00 €	0,7693	
	M54.5	M96.1			I10B	O	2,284	11,4	3	0,266	25	0,064	0,089	9.592,80 €			9.592,80 €	0,8031	
Implantation	G54.6	T87.3	5-038.41	< 18	B17C	O	1,581	9,6	2	0,360	20	0,108	0,112	6.640,20 €	ZE09	8.734,93 €	15.375,13 €	0,9340	
	M79.63	M89.03		> 18	B17D	O	0,990	4,2	1	0,327	11	0,071	0,082	4.158,00 €			12.892,93 €	0,7693	
	M54.5	M96.1			I10C	O	1,559	6,0	1	0,268	13	0,061	0,071	6.547,80 €			15.282,73 €	0,7319	
Wechsel*/**	G54.6	T87.3	5-038.41	< 18	B17C	O	1,581	9,6	2	0,360	20	0,108	0,112	6.640,20 €	ZE09	8.734,93 €	15.375,13 €	0,9340	
	M79.63	M89.03		> 18	B17D	O	0,990	4,2	1	0,327	11	0,071	0,082	4.158,00 €			12.892,93 €	0,7693	
	M54.5	M96.1			I10C	O	1,559	6,0	1	0,268	13	0,061	0,071	6.547,80 €			15.282,73 €	0,7319	
Nachsorge	G54.6	T87.3	8-011.32		B71D	M	0,503	4,4	1	0,288	10	0,080	0,117	2.112,60 €			2.112,60 €	0,6598	
	M79.63	M89.03			I71B	M	0,431	4,4	1	0,235	10	0,067	0,077	1.810,20 €			1.810,20 €	0,7096	
	M54.5	M96.1			I68E	M	0,432	4,7	1	0,220	11	0,066	0,071	1.814,40 €			1.814,40 €	0,6146	
Revision**	T85.1	G54.6 M79.63 M54.5	5-038.6 5-038.7 5-038.8		B18D	O	1,464	5,8	1	0,266	14	0,064	0,079	6.148,80 €			6.148,80 €	0,9538	
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	

! Weitere Infos siehe hier

## Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

Muster-KH Hauptabteil.	ICD-OPS				Neuromodulation im aG-DRG-System-2024 in Hauptabteilungen											BBFW fiktiv (weitere Infos): 4.200,00 €		Pflegeerlös Bewertungs- relation/Tag
Behandlungs- schritt	ICD-HD	ICD-ND	OPS-1	OPS-2	DRG	Partit.	BR	mVD	1. Tag mit Ab- schlag	Abschl./ Tag	1. Tag mit Zuschlag	Zuschlag / Tag	EV Abschlag / Tag	DRG-Erlös	ZE	ZE-Erlös	DRG-Erlös ohne Pflegerlöse	
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Explantation**	G54.6	T87.3	5-038.b		B71D	M	0,503	4,4	1	0,288	10	0,080	0,117	2.112,60 €			2.112,60 €	0,6598
			5-038.c		B18D	O	1,464	5,8	1	0,266	14	0,064	0,079	6.148,80 €			6.148,80 €	0,9538
			5-038.d															
	M79.63	M89.03	5-038.b		I71B	M	0,431	4,4	1	0,235	10	0,067	0,077	1.810,20 €			1.810,20 €	0,7096
			5-038.c		I10E	O	0,996	5,1	1	0,330	11	0,058	0,069	3.431,40 €			4.183,20 €	0,6568
			5-038.d		I10F	O	0,817	4,8	1	0,221	10	0,058	0,067	2.717,40 €			3.431,40 €	0,6697
	M54.5	M96.1	5-038.b		I68E	M	0,432	4,7	1	0,220	11	0,066	0,071	1.814,40 €			1.814,40 €	0,6146
			5-038.c		I10E	O	0,996	5,1	1	0,330	11	0,058	0,069	3.431,40 €			4.183,20 €	0,6568
			5-038.d		I10F	O	0,817	4,8	1	0,221	10	0,058	0,067	2.717,40 €			3.431,40 €	0,6697

Zur besseren Übersicht wurden in den Tabellen nur gegenüber dem Vorjahr relevante DRG-Gruppierungsveränderungen gesondert markiert. Änderungen im Bereich der Verweildauern gegenüber Vorjahr wurden in diesen Tabellen zur besseren Lesbarkeit der Tabellen nicht durchgängig markiert.

\* z. B. nach Batterieerschöpfung im zu erwartenden Zeitfenster, Hinweis: Hierbei handelt es sich nicht um eine Komplikation.

\*\* Beispielhafte Kodierung - beachten Sie bitte folgende Hinweise bei Ihrer Kodierung: a) Unter T82.0 aufgeführte Zustände durch elektronischen Nervenstimulator (Elektrode): Fehllage, Leckage, Obstruktion (mechanisch), Perforation, Protrusion, Verlagerung, Versagen (mechanisch), Hinweis: Die Diagnose T85.1 ist als Hauptdiagnose zu kodieren, die Diagnose T82.0 spezifiziert lediglich die Komplikation und wird nicht mitkodiert, b) Liegt keine unter T82.0 aufgeführte oder sonstige für den Aufenthalt ursächliche Komplikation, sondern ein z.B. dokumentierter Wirkverlust vor, so ist die Grunderkrankung und nicht die T85.1 zu kodieren.

! Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

## 3.4 Periphere Nervenstimulation bei Harninkontinenz und Stuhlinkontinenz, z.B. mit InterStim™ X, InterStim™ Micro

Gruppierungssimulation und Erlöskalkulation, Stand 01/2024

Muster-KH Hauptabteil.	ICD-OPS				Neuromodulation im aG-DRG-System-2024 in Hauptabteilungen												BBFW fiktiv (weitere Infos): 4.200,00 €		Pflegerlös Bewertungs- relation/Tag
Behandlungsschritt	ICD-HD	ICD-ND	OPS	OPS-2	DRG	Partit.	BR	mVD	1. Tag mit Abschlag	Abschl./ Tag	1. Tag mit Zuschlag	Zuschlag / Tag	EV Abschlag / Tag	DRG-Erlös	ZE	ZE-Erlös	DRG-Erlös ohne Pfleger- löse		
Testung mit temporären Elek- troden (PNE Test)	N39.42		5-059.80 oder 5-059.81		L16C	O	0,658	2,4	1	0,127	5	0,081	0,079	2.763,60 €			2.763,60 €	0,6927	
	R15		5-059.80 oder 5-059.81		G11B	O	0,662	4,1	1	0,262	10	0,059	0,068	2.780,40 €			2.780,40 €	0,7830	
Testung mit perma- nenten Elektroden (Tined Lead Test)	N39.42		5-059.82 oder 5-059.83		L16B	O	1,522	2,9	1	0,135	6	0,068	0,072	6.392,40 €			6.392,40 €	0,7058	
	R15		5-059.82 oder 5-059.83		G13B	O	1,331	2,3	1	0,117	4	0,072	0,075	5.590,20 €			5.590,20 €	0,7839	
Implantation <sup>1</sup> nach PNE Test mit Implantation permanenter Elektroden	N39.42		5-059.c0	5-059.82 oder 5-059.83	L16A	O	1,187	3,0	1	0,134	7	0,063	0,067	4.985,40 €	ZE138	7.873,47 €	12.858,87 €	0,7997	
	R15		5-059.c0		G13A	O	1,022	2,3	1	0,113	4	0,075	0,080	4.292,40 €			12.165,87 €	0,8381	
	N39.42		5-059.ce	5-059.82 oder 5-059.83	L16B	O	1,522	2,9	1	0,135	6	0,068	0,072	6.392,40 €	NUB***	KIE****	?	0,7058	
	R15				G13B	O	1,331	2,3	1	0,117	4	0,072	0,075	5.590,20 €				0,7839	
Implantation <sup>2</sup> nach Tined Lead Test	N39.42		5-059.g0		L16A	O	1,187	3,0	1	0,134	7	0,063	0,067	4.985,40 €	ZE139	5.408,53 €	10.393,93 €	0,7997	
	R15		5-059.g0		G13A	O	1,022	2,3	1	0,113	4	0,075	0,080	4.292,40 €			9.700,93 €	0,8381	
	N39.42		5-059.g5		802C	O	1,641	12,5	3	0,293	26	0,067	0,083	6.892,20 €	NUB***	KIE****	?	0,7946	
	R15																		
Wechsel*/**	N39.42		5-059.d0		L16A	O	1,187	3,0	1	0,134	7	0,063	0,067	4.985,40 €	ZE139	5.408,53 €	10.393,93 €	0,7997	
	R15		5-059.d0		G13A	O	1,022	2,3	1	0,113	4	0,075	0,080	4.292,40 €			9.700,93 €	0,8381	
	N39.42		5-059.de		802C	O	1,641	12,5	3	0,293	26	0,067	0,083	6.892,20 €	NUB***	KIE****	?	0,7946	
	R15																		
Nachsorge	N39.42		8-631.20 8-631.21		L68B	M	0,391	4,5	1	0,188	11	0,065	0,061	1.642,20 €			1.642,20 €	0,7825	
	R15		8-631.20 8-631.21		G67C	M	0,377	3,4	1	0,185	8	0,068	0,076	1.583,40 €			1.583,40 €	0,8325	
...	...	...	...		...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	

! Weitere Infos siehe hier



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

Muster-KH Hauptabteil.	ICD-OPS				Neuromodulation im aG-DRG-System-2024 in Hauptabteilungen											BBFW fiktiv (weitere Infos): 4.200,00 €		Pflegerlös Bewertungs- relation/Tag
Behandlungsschritt	ICD-HD	ICD- ND	OPS	OPS-2	DRG	Partit.	BR	mVD	1. Tag mit Abschlag	Abschl./ Tag	1. Tag mit Zuschlag	Zuschlag / Tag	EV Abschlag / Tag	DRG-Erlös	ZE	ZE-Erlös	DRG-Erlös ohne Pfleger- löse	
...	...	...	...		...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Revision**	T85.1	N31.9	5-059.90		B19C	O	0,834	3,0	1	0,342	6	0,063	0,066	3.502,80 €			3.502,80 €	0,8305
			5-059.91															
			5-059.1															
		R15	5-059.90															
			5-059.91															
Explantation**	N39.42		5-059.a0		L09E	O	0,779	3,6	1	0,191	10	0,063	0,071	3.271,80 €			3.271,80 €	0,7776
			5-059.a1															
			5-059.2															
	R15		5-059.a0		G11B	O	0,662	4,1	1	0,262	10	0,059	0,068	2.780,40 €			2.780,40 €	0,7830
			5-059.a1															
			5-059.2															

Zur besseren Übersicht wurden in den Tabellen nur gegenüber dem Vorjahr relevante DRG-Gruppierungsveränderungen gesondert markiert. Änderungen im Bereich der Verweildauern gegenüber dem Vorjahr wurden in diesen Tabellen zur besseren Lesbarkeit der Tabellen nicht durchgängig markiert.

- 1    Zweizeitiger Eingriff innerhalb eines Aufenthaltes am Beispiel mit PNE-Test und Implantation von Permanenter Elektrode und IPG nach PNE-Test. In diesem Fall ist laut Hinweistext des OPS 2024 der Kode 5-059.c0 oder 5-059.ce (wiederaufladbar) zu kodieren.
- 2    Zweizeitiger Eingriff mit zwei stationären Aufenthalten: Beispielhaft Austestung mit Tined Lead und Systemvervollständigung mit IPG. In diesem Fall ist laut Hinweistext des OPS 2024 der Kode 5-059.g0 oder 5-059.g5 (wiederaufladbar) zu kodieren.
- \*    z. B. nach Batterieerschöpfung im zu erwartenden Zeitfenster, Hinweis: Hierbei handelt es sich nicht um eine Komplikation.
- \*\*    Beispielhafte Kodierung - beachten Sie bitte folgende Hinweise bei Ihrer Kodierung: a) Unter T82.0 aufgeführte Zustände durch elektronischen Nervenstimulator (Elektrode): Fehllage, Leckage, Obstruktion (mechanisch), Perforation, Protrusion, Verlagerung, Versagen (mechanisch), Hinweis: Die Diagnose T85.1 ist als Hauptdiagnose zu kodieren, die Diagnose T82.0 spezifiziert lediglich die Komplikation und wird nicht mitkodiert, b) Liegt keine unter T82.0 aufgeführte oder sonstige für den Aufenthalt ursächliche Komplikation, sondern ein z.B. dokumentierter Wirkverlust vor, so ist die Grunderkrankung und nicht die T85.1 zu kodieren.
- \*\*\*    Zusätzlich zur DRG kann ein NUB lfd. Nummer 264 aus 2023 verhandelt und abgerechnet werden. Die Informationen nach § 6 Abs. 2 KHEntG für das neue Jahr 2024 (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) stellt das InEK i.d.R. Ende Januar zur Verfügung. Nähere Informationen finden Sie in der Broschüre InterStim™ Micro.
- \*\*\*\*    KIE = Krankenhausindividuelles Zusatzentgelt

! Weitere Infos siehe hier



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

### 3.5 Periphere Nervenstimulation bei schweren, chronischen Schmerzen, z.B. auch Stimulation der Occipital-Nerven (ONS) bei Cluster-Kopfschmerz, z.B. mit Vanta™ mit AdaptiveStim™ SureScan™ MRI, Intellis™ mit AdaptiveStim™ SureScan™ MRI

Gruppierungssimulation und Erlöskalkulation, Stand 01/2024

Muster-KH Hauptabteil.	ICD-OPS			Neuromodulation im aG-DRG-System-2024 in Hauptabteilungen											BBFW fiktiv (weitere Infos): 4.200,00 €		Pflegerlös Bewertungs- relation/Tag
Behandlungs- schritt	ICD-HD	ICD-ND	OPS	DRG	Partit.	BR	mVD	1. Tag mit Abschlag	Abschl./ Tag	1. Tag mit Zuschlag	Zuschlag / Tag	EV Abschlag / Tag	DRG-Erlös	ZE	ZE-Erlös	DRG-Erlös ohne Pflegerlöse	
Testung mit permanenten Elektroden	M54.5		5-059.82	I19B	O	1,438	3,0	1	0,104	7	0,057	0,094	6.039,60 €			6.039,60 €	0,7385
			5-059.83														
Implantation <sup>1</sup>	M54.5		5-059.c1	I19A	O	1,257	3,1	1	0,446	7	0,060	0,086	5.279,40 €	ZE140	12.245,45 €	17.524,85 €	0,6969
			5-059.g1											ZE141	9.976,34 €	15.255,74 €	
			5-059.cc											ZE2024-61	KIE***	?	
			5-059.g3											ZE2024-61	KIE***	?	
Wechsel*/**	M54.5		5-059.d1	I19A	O	1,257	3,1	1	0,446	7	0,060	0,086	5.279,40 €	ZE141	9.976,34 €	15.255,74 €	0,6969
			5-059.dc											ZE2024-61	KIE***	?	
Nachsorge	M54.5		8-631.21	I68E	M	0,432	4,7	1	0,220	11	0,066	0,071	1.814,40 €			1.814,40 €	0,6146
			5-059.90														
Revision**	T85.1	M54.5	5-059.91	B19C	O	0,834	3,0	1	0,342	6	0,063	0,066	3.502,80 €			3.502,80 €	0,8305
			5-059.1														
Explantation**	M54.5		5-059.a0	I10H	O	0,534	2,6	1	0,147	5	0,049	0,071	2.242,80 €			2.242,80 €	0,8643
			5-059.a1														
			5-059.2	I10G	O	0,630	5,4	1	0,182	14	0,064	0,072	2.646,00 €			2.646,00 €	0,6797

Bis zur Wirksamkeit der neuen Budgetvereinbarung werden bisherige individuelle Zusatzentgelte weiter erhoben, für noch nicht vorher vereinbarte individuelle Zusatzentgelte sind für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen. (§ 5 Abs. 2 FPV-2024). Die Nachberechnung bis zur Höhe des Verhandlungsergebnis des ZE2024-61 erfolgt nach abgeschlossener Pflegesatzverhandlung.

Zur besseren Übersicht wurden in den Tabellen nur gegenüber dem Vorjahr relevante DRG-Gruppierungsveränderungen gesondert markiert.

Änderungen im Bereich der Verweildauern gegenüber Vorjahr wurden in diesen Tabellen zur besseren Lesbarkeit der Tabellen nicht durchgängig markiert.

<sup>1</sup> Zweizeitiger Eingriff innerhalb eines! stationären Aufenthaltes: Beispielhaft Austestung mit permanenter Elektrode und Systemvervollständigung mit IPG. In diesem Fall ist laut Hinweistext des OPS 2024 der Kode 5-059.c0 zu kodieren. Hiervon abweichend ist bei einem zweizeitigen Eingriff mit zwei stationären Aufenthalten die 5-059.g0 zu verwenden.

\* z. B. nach Batterieerschöpfung im zu erwartenden Zeitfenster, Hinweis: Hierbei handelt es sich nicht um eine Komplikation.

\*\* Beispielhafte Kodierung - beachten Sie bitte folgende Hinweise bei Ihrer Kodierung: a) Unter T82.0 aufgeführte Zustände durch elektronischen Nervenstimulator (Elektrode): Fehllage, Leckage, Obstruktion (mechanisch), Perforation, Protrusion, Verlagerung, Versagen (mechanisch), Hinweis: Die Diagnose T85.1 ist als Hauptdiagnose zu kodieren, die Diagnose T82.0 spezifiziert lediglich die Komplikation und wird nicht mitkodiert, b) Liegt keine unter T82.0 aufgeführte oder sonstige für den Aufenthalt ursächliche Komplikation, sondern ein z.B. dokumentierter Wirkverlust vor, so ist die Grunderkrankung und nicht die T85.1 zu kodieren.

\*\*\* KIE = Krankenhausindividuelles Zusatzentgelt.

! Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

## 3.6 Rückenmarkstimulation bei schweren, chronischen Schmerzen, z.B. mit Inceptiv™ mit closed-loop Technologie, Vanta™ mit AdaptiveStim™ SureScan™ MRI

Gruppierungssimulation und Erlöskalkulation, Stand 01/2024

Muster-KH Hauptabteil.	ICD-OPS-Patientenalter				Neuromodulation im aG-DRG-System-2024 in Hauptabteilungen											BBFW fiktiv (weitere Infos): 4.200,00 €		Pflegerlös Bewertungs- relation/Tag
Behand- lungsschritt	ICD-HD	ICD-ND	OPS-I	OPS-II	DRG	Partit.	BR	mVD	1. Tag mit Abschlag	Abs- chl./ Tag	1. Tag mit Zuschlag	Zuschlag / Tag	EV Abschlag / Tag	DRG-Erlös	ZE	ZE-Erlös	DRG-Erlös ohne Pflegerlöse	
Testung mit temporären Elektroden	M54.5	M96.1	5-039.32		I10F	O	0,817	4,8	1	0,221	10	0,058	0,067	3.431,40 €			3.431,40 €	0,6697
			5-039.33		I10G	O	0,630	5,4	1	0,182	14	0,064	0,072	2.646,00 €			2.646,00 €	0,6797
	M79.66		5-039.32		I10F	O	0,817	4,8	1	0,221	10	0,058	0,067	3.431,40 €			3.431,40 €	0,6697
			5-039.33		I10G	O	0,630	5,4	1	0,182	14	0,064	0,072	2.646,00 €			2.646,00 €	0,6797
	I73.9		5-039.32		F21C	O	2,027	17,3	5	0,223	34	0,050	0,078	8.513,40 €			8.513,40 €	0,7496
Testung mit permanenten Elektroden	M54.5	M96.1	5-039.34		I19B	O	1,438	3,0	1	0,104	7	0,057	0,094	6.039,60 €			6.039,60 €	0,7385
			5-039.35		I19B	O	1,438	3,0	1	0,104	7	0,057	0,094	6.039,60 €			6.039,60 €	0,7385
	M79.66		5-039.34		I19B	O	1,438	3,0	1	0,104	7	0,057	0,094	6.039,60 €			6.039,60 €	0,7385
			5-039.35		I19B	O	1,438	3,0	1	0,104	7	0,057	0,094	6.039,60 €			6.039,60 €	0,7385
	I73.9		5-039.34		F21C	O	2,027	17,3	5	0,223	34	0,050	0,078	8.513,40 €			8.513,40 €	0,7496
Implantation¹	G57.8	T87.3	5-039.e1	5-039.34	B19A	O	1,419	3,5	1	0,393	9	0,060	0,067	5.959,80 €	ZE140	12.245,45 €	18.205,25 €	0,8316
			5-039.e2	5-039.35											ZE2024-61	KIE***	?	
	M54.5	M96.1	5-039.e1	5-039.34	I19A	O	1,257	3,1	1	0,446	7	0,060	0,086	5.279,40 €	ZE140	12.245,45 €	17.524,85 €	0,6969
			5-039.e2	5-039.35											ZE2024-61	KIE***	?	
	M79.66		5-039.e1	5-039.34	I19A	O	1,257	3,1	1	0,446	7	0,060	0,086	5.279,40 €	ZE140	12.245,45 €	17.524,85 €	0,6969
			5-039.e2	5-039.35											ZE2024-61	KIE***	?	
Implantation¹	I73.9		5-039.e2	5-039.34	F21C	O	2,027	17,3	5	0,223	34	0,050	0,078	8.513,40 €	ZE2024-61	KIE***	?	0,7496

! Weitere Infos siehe hier

## Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

Muster-KH Hauptabteil.	ICD-OPS-Patientenalter				Neuromodulation im aG-DRG-System-2024 in Hauptabteilungen											BBFW fiktiv (weitere Infos): 4.200,00 €		Pflegerlös Bewertungs- relation/Tag
Behand- lungsschritt	ICD-HD	ICD-ND	OPS-I	OPS-II	DRG	Partit.	BR	mVD	1. Tag mit Abschlag	Ab- schl./ Tag	1. Tag mit Zuschlag	Zuschlag / Tag	EV Abschlag / Tag	DRG-Erlös	ZE	ZE-Erlös	DRG-Erlös ohne Pflegerlöse	
Wechsel*/**	G57.8	T87.3	5-039.f1		B19A	O	1,419	3,5	1	0,393	9	0,060	0,067	5.959,80 €	ZE141	9.976,34 €	15.936,14 €	0,8316
			5-039.f2												ZE2024-61	KIE***	?	
	M54.5	M96.1	5-039.f1		I19A	O	1,257	3,1	1	0,446	7	0,060	0,086	5.279,40 €	ZE141	9.976,34 €	15.255,74 €	0,6969
			5-039.f2												ZE2024-61	KIE***	?	
	M79.66		5-039.f1		I19A	O	1,257	3,1	1	0,446	7	0,060	0,086	5.279,40 €	ZE141	9.976,34 €	15.255,74 €	0,6969
I73.9		5-039.f2		F21E	O	0,869	9,9	2	0,249	21	0,055	0,068	3.649,80 €	ZE2024-61	KIE***	?	0,6996	
Nachsorge	M54.5	M96.1			I68E	M	0,432	4,7	1	0,220	11	0,066	0,071	1.814,40 €			1.814,40 €	0,6146
	M79.66		8-631.11		I71B	M	0,431	4,4	1	0,235	10	0,067	0,077	1.810,20 €			1.810,20 €	0,7096
	I73.9				F65B	M	0,535	5,8	1	0,268	14	0,062	0,075	2.247,00 €			2.247,00 €	0,7628
Revision**	T85.1	M54.5 M79.66 I73.9 I20.0	5-039.c0															
			5-039.c1															
			5-039.c2		B19C	O	0,834	3,0	1	0,342	6	0,063	0,066	3.502,80 €			3.502,80 €	0,8305
			5-039.c3															
Explantation **	M79.66 M54.5		5-039.a2															
			5-039.a3															
			5-039.a4		I23B	O	0,691	2,7	1	0,147	6	0,065	0,067	2.902,20 €			2.902,20 €	0,8769
			5-039.a5															
	I73.9		5-039.d															
			5-039.a3		802C	O	1,641	12,5	3	0,293	26	0,067	0,083	6.892,20 €			6.892,20 €	0,7946
			5-039.a2		802D	O	1,001	7,2	1	0,565	19	0,063	0,079	4.204,20 €			4.204,20 €	0,8312
			5-039.d															
			5-039.a4															
			5-039.a5		801E	O	1,891	15,6	4	0,265	29	0,062	0,081	7.942,20 €			7.942,20 €	0,8277

Bis zur Wirksamkeit der neuen Budgetvereinbarung werden bisherige individuelle Zusatzentgelte weiter erhoben, für noch nicht vorher vereinbarte individuelle Zusatzentgelte sind für jedes Zusatzentgelt 600,00 € abzurechnen. (§ 5 Abs. 2 FPV-2024). Die Nachberechnung bis zur Höhe des Verhandlungsergebnis des ZE2024-61 erfolgt nach abgeschlossener Pflegesatzverhandlung. Zur besseren Übersicht wurden in den Tabellen nur gegenüber dem Vorjahr relevante DRG-Gruppierungsveränderungen gesondert markiert. Änderungen im Bereich der Verweildauern gegenüber Vorjahr wurden in diesen Tabellen zur besseren Lesbarkeit der Tabellen nicht durchgängig markiert.

1 Zweizeitiger Eingriff innerhalb eines! stationären Aufenthaltes: Beispielhaft Austestung mit permanenter Elektrode u. Systemvervollständigung mit IPG. In diesem Fall ist laut Hinweistext des OPS 2024 der Kode 5-039.e0 - e2 zu wählen. Hiervon abweichend ist bei einem zweizeitigen Eingriff mit zwei stationären Aufenthalten die 5-039. n0-2 zu verwenden.

\* z. B. nach Batterieerschöpfung im zu erwartenden Zeitfenster, Hinweis: Hierbei handelt es sich nicht um eine Komplikation.

\*\* Beispielhafte Kodierung - beachten Sie bitte folgende Hinweise bei Ihrer Kodierung: a) Unter T82.0 aufgeführte Zustände durch elektronischen Nervenstimulator (Elektrode): Fehllage, Leckage, Obstruktion (mechanisch), Perforation, Protrusion, Verlagerung, Versagen (mechanisch), Hinweis: Die Diagnose T85.1 ist als Hauptdiagnose zu kodieren, die Diagnose T82.0 spezifiziert lediglich die Komplikation und wird nicht mitkodiert, b) Liegt keine unter T82.0 aufgeführte oder sonstige für den Aufenthalt ursächliche Komplikation, sondern ein z.B. dokumentierter Wirkverlust vor, so ist die Grunderkrankung und nicht die T85.1 zu kodieren.

\*\*\* KIE = Krankenhausindividuelles Zusatzentgelt.

! Weitere Infos siehe hier

### FORMEL ZUR BERECHNUNG DER PFLEGEERLÖSE IN 2024

**Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag x patientenindividueller Verweildauer x Pflegeentgeltwert\*\***

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

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

### BEISPIELHAFTE ERLÖSBERECHNUNG TIEFE HIRNSTIMULATION-ERSTIMPLANTATION DRG B21A

Patientenindividuelle Verweildauer = 4<sup>1</sup>

DRG-Erlös:	30.546,60 €	(Bew.Rel 7,273 x 4.200,00 € *)
<b>+ Pflegeerlös:</b>	<b>806,38 €</b>	(Bew.Rel Pflege 0,8765 x 230,00 € ** x 4 Belegungstage/Verweildauer)
Erlös:	31.352,98 €	

<sup>1</sup> Aufnahme- und Entlassungstag = 1 Belegungstag

\* Bundesbasisfallwert 2024

\*\* vorläufiger tagesbezogener Pflegeentgeltwert 230,00 € (ggfs. unterjährige Anpassung gem. Krankenhaustransparenzgesetz)

## 3.7 Legende zur Gruppierungssimulation

### DIAGNOSEN

#### Krankheiten des Nervensystems

G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom: Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung (Stadien 3 bis 4 nach Hoehn u. Yahr): Mit Wirkungsfluktuation
G24.1	Dystonie: Idiopathische familiäre Dystonie
G25.0	Sonstige extrapyramidale Krankheiten u. Bewegungsstörungen: Essentieller Tremor
G35.20	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]: Multiple Sklerose mit primär chronischem Verlauf ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partieller) idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen
G54.0	Läsionen des Plexus brachialis
G54.1	Läsionen des Plexus lumbosacralis
G54.6	Phantomschmerz
G57.8	Sonstige Mononeuropathien der unteren Extremität
G64	Sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems
G80.0	Infantile Zerebralparese: Spastische tetraplegische Zerebralparese
G82.42	Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie: Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittslähmung
G82.63!	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: T1-T6
G95.83	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Rückenmarkes: Spinale Spastik d. quergestreiften Muskulatur

#### Krankheiten des Kreislaufsystems

I20.0	Instabile Angina pectoris
I73.9	Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet (Arterielle Verschlusskrankheit [AVK], Arterienkrampf, Claudicatio intermittens)

#### Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

M54.5	Kreuzschmerz
M62.40	Muskelkontraktur, mehrere Lokalisationen
M79.63	Schmerzen Unterarm
M79.66	Schmerzen Unterschenkel
M89.03	Neurodystrophie [Algodystrophie], Unterarm (Schulter-Hand-Syndrom, Sudeck-Knochenatrophie, Sympathische Reflex-Dystrophie)
M96.1	Postlaminektomie-Syndrom, anderenorts nicht klassifiziert

#### Krankheiten des Urogenitalsystems

N30.1	Interstitielle Zystitis (chronisch)
N31.1	Neurogene Reflexblase, anderenorts nicht klassifiziert
N31.2	Schlaffe neurogene Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert
N31.81	Hypo- und Akontraktilität des Blasenmuskels ohne neurologisches Substrat
N31.82	Instabile Blase ohne neurologisches Substrat
N31.88	Sonstige neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase
N31.9	Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, nicht näher bezeichnet
N39.40	Reflexinkontinenz

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

N39.41 Überlaufinkontinenz  
N39.42 Dranginkontinenz  
N39.47! Rezidivinkontinenz

## Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind

R07.2 Hals- und Brustschmerzen: Präkordiale Schmerzen  
R15 Stuhlinkontinenz  
R32 Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz  
R33 Harnverhaltung  
R39.1 Sonstige Miktionsstörungen

## Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

S06.20 Intrakranielle Verletzung: Diffuse Hirn- und Kleinhirnverletzung, nicht näher bezeichne  
T82.0 Mechanische Komplikation durch eine Herzklappenprothese  
*Inkl.:* Fehllage, Leckage, Obstruktion, mechanisch, Perforation, Protrusion, Verlagerung, Versagen (mechanisch)  
T85.1 Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems  
*Inkl.:* Unter T82.0 aufgeführte Zustände durch elektronischen Nervenstimulator (Elektrode): Gehirn, periphere Nerven, Rückenmark  
T85.72 Infektion und entzündliche Reaktion durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im Nervensystem  
T87.3 Neurom des Amputationsstumpfes

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

## PROZEDUREN

### Diagnostische Maßnahmen

1-20a.20 Untersuchung der Pharmakosensitivität mit quantitativer Testung

### Operationen

5-014.90 Implantation von temporären Mikroelektroden zur monolokulären Ableitung und Stimulation  
5-014.92 Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode zur Dauerstimulation  
5-014.93 Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur Dauerstimulation  
5-014.94 Implantation von temporären Mikroelektroden zur multilokulären Ableitung und Stimulation, 1 bis 5 Elektroden  
5-014.95 Implantation von temporären Mikroelektroden zur multilokulären Ableitung und Stimulation, 6 bis 10 Elektroden  
5-014.96 Implantation von temporären Mikroelektroden zur multilokulären Ableitung und Stimulation, 11 oder mehr Elektroden  
5-014.a Implantation oder Wechsel von intrazerebralen Kathetern zur intraventrikulären Infusion  
5-014.b0 Stereotaktische Revision einer permanenten, intrazerebralen Elektrode zur Dauerstimulation  
5-014.b1 Stereotaktische Revision mehrerer permanenter intrazerebraler Elektroden zur Dauerstimulation  
5-028.3 Revision eines Neurostimulators zur Hirnstimulation  
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 Neurostimulationselektrode  
5-028.91 Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar, z.B. mit Percept™ PC  
5-028.92 Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator, z.B. Percept™ RC

5-028.a Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode  
5-028.a1 Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar, z.B. mit Percept™ PC  
5-028.a2 Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator, z.B. Percept™ RC  
5-028.c Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode  
5-028.c1 Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar, z.B. mit Percept™ PC  
5-028.c2 Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator, z.B. Percept™ RC  
5-029.g Entfernung von Knochenankern zur Vorbereitung auf die stereotaktische Einführung von Stimulationselektroden  
5-038.2 Implantation oder Wechsel eines Katheters zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion  
5-038.20 Temporärer Katheter zur Testinfusion  
5-038.21 Permanenter Katheter zur Dauerinfusion  
5-038.3 Anlegen eines subkutanen Reservoirs  
5-038.41 Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion: Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit programmierbarem variablen Tagesprofil z.B. Synchromed® III  
5-038.6 Revision eines Katheters zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion  
5-038.7 Revision eines subkutanen Reservoirs  
5-038.8 Revision einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion  
5-038.b Entfernung eines Katheters zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion  
5-038.c Entfernung eines subkutanen Reservoirs  
5-038.d Entfernung einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion  
5-039.3 Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation



### Vorwort

### Unser Reimbursement Leistungsangebot

### Worauf es in diesem Jahr ankommt

### Abbildung im aG-DRG-System 2024

### Ergänzende Hinweise zur Kodierung

### Krankenhausindividuell zu verhandelnde Zusatzentgelte ZE2024-61

### Abschläge bei Verlegung vgl. §3 FPV

### Kontextfaktoren

### Abkürzungen und wichtige Links

5-039.32	Implantation einer temporären Elektrode zur epiduralen Teststimulation	Vanta™ mit AdaptiveStim™
5-039.33	Implantation mehrerer temporärer Elektroden zur epiduralen Teststimulation	5-039.f2 Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator, z.B. Inceptiv™ mit closed-loop Technologie
5-039.34	Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan	5-039.n Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode <i>Hinw.:</i> Ein Kode aus diesem Bereich ist zu verwenden bei zweizeitiger Implantation einer Neurostimulationselektrode und eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation für die Implantation d. Neurostimulators während des zweiten stationären Aufenthaltes
5-039.35	Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan	5-039.n1 Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar, z.B. Vanta™ mit AdaptiveStim™
5-039.36	Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode (Plattenelektrode) zur epiduralen Dauerstimulation, offen chirurgisch	5-039.n2 Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator, z.B. Inceptiv™ mit closed-loop Technologie
5-039.37	Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden (Plattenelektroden) zur epiduralen Dauerstimulation, offen chirurgisch	5-059.1 Revision eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems
5-039.a	Entfernung von Elektroden	5-059.2 Entfernung eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems
5-039.a2	Eine epidurale Stabelektrode	5-059.8 Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems
5-039.a3	Mehrere epidurale Stabelektroden	5-059.80 Implantation einer temporären Elektrode zur Teststimulation
5-039.a4	Eine epidurale Plattenelektrode	5-059.81 Implantation mehrerer temporärer Elektroden zur Teststimulation
5-039.a5	Mehrere epidurale Plattenelektroden	5-059.82 Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode
5-039.b	Revision von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation oder zur Vorderwurzelstimulation	5-059.83 Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden
5-039.c	Revision von Elektroden	5-059.9 Revision von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems
5-039.c0	Eine epidurale Stabelektrode	5-059.90 Eine Elektrode
5-039.c1	Mehrere epidurale Stabelektroden	5-059.91 Mehrere Elektroden
5-039.c2	Eine epidurale Plattenelektrode	5-059.a Entfernung von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems
5-039.c3	Mehrere epidurale Plattenelektroden	5-059.a0 Eine Elektrode
5-039.d	Entfernung von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation und/oder zur Vorderwurzelstimulation	5-059.a1 Mehrere Elektroden
5-039.e	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.	5-059.c Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode, <i>Hinweis:</i> Ein Kode aus diesem Bereich ist auch zu verwenden bei zweizeitiger Implantation einer Neurostimulationselektrode und eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems während desselben stationären Aufenthaltes
5-039.e1	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar, z.B. Vanta™ mit AdaptiveStim™	5-059.c0 Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar, z.B. InterStim™ X
5-039.e2	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator, z.B. Inceptiv™ mit closed-loop Technologie	
5-039.f	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode	
5-039.f1	Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar, z.B.	

## Vorwort

## Unser Reimbursement Leistungsangebot

## Worauf es in diesem Jahr ankommt

## Abbildung im aG-DRG-System 2024

## Ergänzende Hinweise zur Kodierung

## Krankenhausindividuell zu verhandelnde Zusatzentgelte ZE2024-61

## Abschläge bei Verlegung vgl. §3 FPV

## Kontextfaktoren

## Abkürzungen und wichtige Links

- 5-059.c1 Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar, z.B. Vanta™ mit AdaptiveStim™
- 5-059.cc Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator  
*Exkl.:* Implantation oder Wechsel spezieller Neurostimulationssysteme 5-059.c4 bis 5-059.cb, z.B. Intellis™ mit Adaptive Stim™
- 5-059.ce Einkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator, z.B. InterStim™ Micro
- 5-059.d Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode
- 5-059.d0 Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar, z.B. InterStim™ X
- 5-059.d1 Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar, z.B. Vanta™ mit AdaptiveStim™
- 5-059.dc Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator  
*Exkl.:* Wechsel spezieller Neurostimulationssysteme 5-059.d4 bis 5-059.db, z.B. Intellis™ mit Adaptive Stim™
- 5-059.de Einkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator, z.B. InterStim™ Micro
- 5-059.g Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode,  
*Hinw.:* Ein Kode aus diesem Bereich ist zu verwenden bei zweizeitiger Implantation einer Neurostimulationselektrode und eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems für die Implantation des Neurostimulators während des zweiten stationären Aufenthaltes
- 5-059.g0 Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar, z.B. InterStim™ X
- 5-059.g1 Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar, z.B. Vanta™ mit AdaptiveStim™
- 5-059.g3 Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator, z.B. Intellis™ mit Adaptive Stim™
- 5-059.g5 Einkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator, z.B. InterStim™ Micro
- 5-934.3 Neurostimulator, Ganzkörper-MRT-fähig\*
- 5-934.4 Permanentes Elektrodensystem zur epiduralen Dauerstimulation, Ganzkörper-MRT-fähig\*

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

## Nicht-operative therapeutische Maßnahmen

- 8-011.1 Wiederbefüllung einer implantierten Medikamentenpumpe mit konstanter Flußrate
- 8-011.32 Postoperative intrathekale und intraventrikuläre Medikamentendosis-Anpassung nach Anlage der Medikamentenpumpe: Bei einer implantierten programmierbaren Medikamentenpumpe mit kontinuierlicher Abgabe bei variablem Tagesprofil
- 8-631.0 Nachprogrammierung eines implantierten Neurostimulators zur Hirnstimulation
- 8-631.11 Neurostimulation: Nachprogrammierung eines implantierten Neurostimulators zur Rückenmarkstimulation: Mit pharmakologischer Anpassung
- 8-631.2 Nachprogrammierung eines implantierten Neurostimulators zur peripheren Nervenstimulation
- 8-631.20 Ohne pharmakologische Anpassung
- 8-631.21 Mit pharmakologischer Anpassung

**Hinweis:** Ausführliche Informationen zu den relevanten OPS finden Sie in unseren OPS-Guides je Therapie.

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

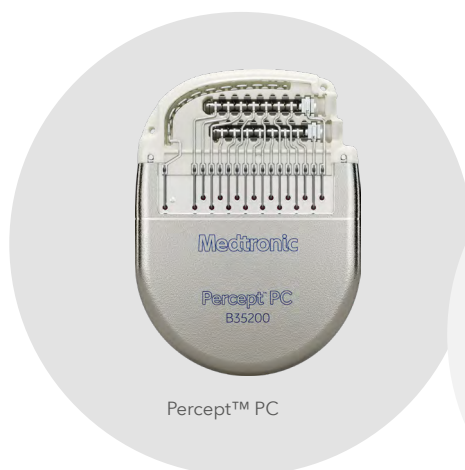
## 4. Ergänzende Hinweise zur Kodierung

Ganzkörper-MRT-kompatible Systeme  
zur epiduralen Rückenmarksstimulation  
und zur tiefen Hirnstimulation

Kodierung der Implantation  
mit zwei Einkanalstimulationssystemen  
InterStim™

MDK Kodierempfehlungen zu Austausch  
Neurostimulator- und Medikamenten-  
pumpenwechsel

Auszug aus den relevanten DRGs und ZE (Zusatzentgelten)  
bei zweizeitigen Eingriffen in zwei Aufenthalten für 2024



Percept™ PC



Percept™ RC



InterStim® X

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

## 4.1 Ganzkörper-MRT-kompatible Systeme\* zur epiduralen Rückenmarksstimulation, zur tiefen Hirnstimulation, zur sakralen Neuromodulation

### ANWENDUNG ZUSATZKODES FÜR GANZKÖRPER-MRT-FÄHIGE SYSTEME\*

**Beispiel:** Elektrodenimplantation, z.B. Medtronic Elektrodenimplantation

Elektrode(n) OPS	Zusatzkode Ganzkörper-MRT-fähig* OPS
<b>5-039.34</b> - Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan oder <b>5-039.35</b> - Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan	<b>5-934.4</b> - Eine oder mehrere permanente Elektroden zur Neurostimulation, Ganzkörper-MRT-fähig

**Beispiel:** Systemimplantation, z.B. Medtronic Systemimplantation

Stimulator OPS	Zusatzkode Stimulator OPS	Elektrode(n) OPS	Zusatzkode Elektroden OPS
<b>Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarksstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode</b>  <b>5-039.e1</b> - Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar, z.B. Vanta™ mit AdaptiveStim™ oder <b>5-039.e2</b> - Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator, z.B. Inceptiv™ mit closed-loop Technologie	<b>5-934.3</b> - Neurostimulator, Ganzkörper-MRT-fähig	<b>5-039.34</b> - Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan oder <b>5-039.35</b> - Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan	<b>5-934.4</b> - Eine oder mehrere permanente Elektroden zur Neurostimulation, Ganzkörper-MRT-fähig

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

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

**Beispiel:** Stimulatorwechsel, z.B. Medtronic Stimulatorwechsel

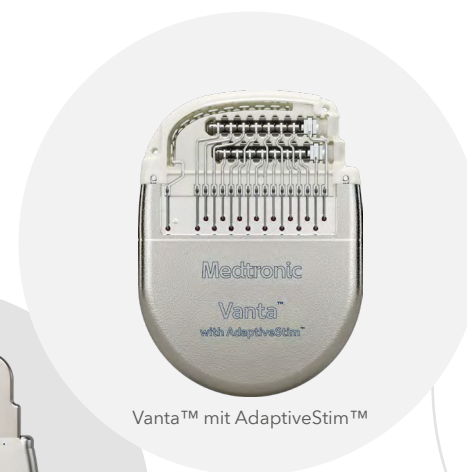
Stimulator OPS	Zusatzkode Stimulator OPS
<p><b>Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode</b></p> <p>5-039.f1 - Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar, z.B. Vanta™ mit AdaptiveStim™ oder 5-039.f2 - Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator, z.B. Inceptiv™ mit closed-loop Technologie</p>	<p><b>5-934.3 - Neurostimulator, Ganzkörper-MRT-fähig</b></p>



SynchroMed® III



Inceptiv™ mit  
closed-loop Technologie



Vanta™ mit AdaptiveStim™



Intellis™ System

## 4.2 Kodierung der Implantation mit zwei Einkanalstimulationsystemen InterStim™

Hinweise zur bilateralen Stimulation mit zwei Einkanalstimulationsystemen InterStim. Deutschen Kodierrichtlinie 2023.

- P005u Multiple Prozeduren/Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl/Bilaterale Prozeduren
- Multiple Prozeduren/Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl - Die Prozedurenkodierung soll, wo es möglich ist, den Aufwand widerspiegeln, und daher sind allgemein multiple Prozeduren so oft zu kodieren, wie sie während der Behandlungsphase durchgeführt wurden.
- Die in der Tabelle 1 „Prozeduren, die jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt zu kodieren sind“ aufgeführte Position „Elektrostimulation, Elektrotherapie und Dauer der Behandlung durch fokussierten Ultraschall (8-63 bis 8-66, außer 8-630.3)“ steht in keinem Zusammenhang mit der Kodierung der Neurostimulatoren (5-059.-)

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

## 4.3 MDK Kodierempfehlungen zu Austausch z.B. Medtronic Neurostimulator- und Medikamentenpumpenwechsel

### SEG 4 Kodierempfehlung 503

Schlagworte	Medikamentenpumpe, Wechsel, Batterieerschöpfung
Erstellt	17.10.2013
Aktualisiert	01.01.2022
Problem/Erläuterung	Ein Patient wird zum Wechsel einer Medikamentenpumpe gefüllt mit Morphin bei Batterieerschöpfung aufgenommen. Er leidet an chronischen Kreuzschmerzen. Was ist die Hauptdiagnose?
Kodierempfehlung	Mit der Medikamentenpumpe wird der Kreuzschmerz behandelt. Nach DKR 1806 ist somit M54.4 Rückenschmerzen, Kreuzschmerz die Hauptdiagnose.

### SEG 4 Kodierempfehlung 521

Schlagworte	Neurostimulator, Aggregatwechsel
Erstellt	12.06.2014
Aktualisiert	01.01.2022
Problem/Erläuterung	Aufnahme des Patienten zum Aggregatwechsel eines Neurostimulators wegen Batterieerschöpfung im zu erwartenden Zeitfenster. Die Indikation des Neurostimulators ist ein chronisches neuropathisches Schmerzsyndrom der linken Hand. Was ist als Hauptdiagnose zu kodieren?
Kodierempfehlung	Das Schmerzsyndrom, hier M79.64 Schmerzen in den Extremitäten, Hand (Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen) ist als Hauptdiagnose zuzuweisen. Die Implantation des Neurostimulators erfolgte in Zielrichtung der Schmerzbehandlung. Die Verwendung eines Z-Kodes analog der DKR 0911 ist nicht zulässig. Eine Batterieerschöpfung im zu erwartenden Zeitfenster ist keine Komplikation im medizinischen Sinne. Siehe auch Kodierempfehlung 503.

Kodierempfehlung SEG4 - MDK Baden-Württemberg - Neue Empfehlung vom 9.10.2014

## 4.4 Kodierempfehlung Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren - Akuter Schmerz

### KODIERRICHTLINIE 1806u SCHMERZDIAGNOSEN UND SCHMERZBEHANDLUNGSVERFAHREN

#### Akuter Schmerz

Wenn ein Patient wegen postoperativer Schmerzen oder wegen Schmerzen im Zusammenhang mit einer anderen Erkrankung behandelt wird, sind nur die durchgeführte Operation oder die schmerzverursachende Erkrankung zu kodieren.

#### R52.0 Akuter Schmerz

wird nur dann zugeordnet, wenn Lokalisation und Ursache des akuten Schmerzes nicht bekannt sind.

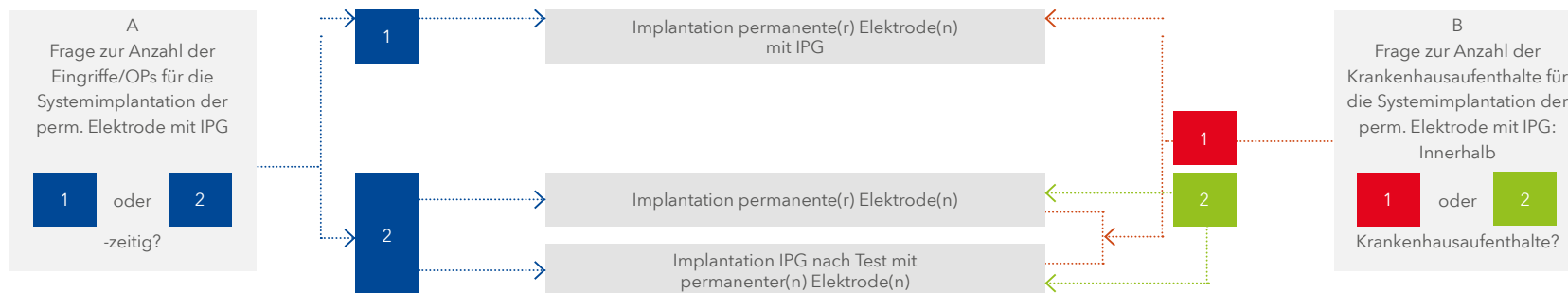
*Entscheidung des Schlichtungsausschusses zu der KDE 168, veröffentlicht am 15.10.2020*

**Frage:** Es wird ein Patient mit in das Bein ausstrahlenden heftigsten Rückenschmerzen im Sinne einer Lumboischialgie aufgenommen. Radiologisch findet sich eine Osteochondrose im LWS-Bereich. Es werden eine intensive Physiotherapie durchgeführt sowie Analgetika verabreicht. Ferner kommen Infiltrationen zur Anwendung. Was ist Hauptdiagnose?

**Entscheidung:** In dem beschriebenen Fall (KDE-168), bei dem der Patient mit in das Bein ausstrahlenden heftigen Rückenschmerzen im Sinne einer Lumboischialgie aufgenommen wird und sich radiologisch eine leicht ausgeprägte Osteochondrose im LWS-Bereich findet, worauf der Patient insgesamt mit einer intensiven Physiotherapie, Analgetika und Infiltrationen behandelt wird, ist die Lumboischialgie als Hauptdiagnose zu kodieren.

Auszug: Deutsche Kodierrichtlinien 2024

## 4.5 Berücksichtigung des Behandlungspfades



### KODIERLOGIK

**A) Abklärung der Anzahl der Eingriffe/Operationen für die Systemimplantation bestehend aus permanente(r/n) Elektrode(n) mit Neurostimulator(en) (IPG\*)**

#### 1. Einzeitiger Eingriff/Operation

Erfolgt der Eingriff zur permanenten Elektrodenimplantation (Lead) mit Neurostimulator (IPG\*) in einer einzigen Operation/Sitzung?

#### 2. Zweizeitiger Eingriff/Operation

Erfolgt der Eingriff zur permanenten Elektrodenimplantation (Lead) mit Neurostimulator (IPG\*) in zwei Operationen/ Sitzungen (1. OP: Lead, 2. OP: IPG)?

\* Impulsgenerator/Neurostimulator



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

### B) Abklärung zur Anzahl der Krankenhausaufenthalte für die Implantation von permanente(r/n) Elektrode(n) mit Neurostimulator (IPG\*)

#### Zu 1. Einzeitiger Eingriff/Operation

Erfolgt der Eingriff innerhalb eines Krankenhausaufenthaltes, da entsprechend der medizinischen Notwendigkeit nur eine intraoperative Testphase benötigt wird (Kodierung für IPG\*\*: 5-028.9 ff., 5-039.e ff., 5-059.c ff.)?

#### Zu 2. Zweizeitiger Eingriff/Operation

2.1 Erfolgen hier zwei Eingriffe innerhalb eines Krankenhausaufenthaltes, da zwischen den Operationen entsprechend der medizinischen Notwendigkeit nur ein kurzer Zeitraum für eine stationäre Testphase benötigt wird? Keine Entlassung des Patienten zur Testung oder Fallzusammenführung (Kodierung für IPG\*\*: 5-028.9 ff., 5-039.e ff., 5-059.c ff.)?

2.2 Erfolgen hier zwei Eingriffe in zwei Krankenhausaufenthalten, da zwischen den Operationen entsprechend der medizinischen Notwendigkeit ein längerer Zeitraum für eine häusliche Testphase benötigt wird (Kodierung für IPG\*\*: 5-028.c ff., 5-039.n ff., 5-059.g ff.)?  
Hinweis: Fallzusammenführung führt zu 2.1.

\* Impulsgenerator/Neurostimulator

\*\* Hinweis: Die Implantation oder der Wechsel der Neurostimulationselektrode(n) ist/sind gesondert zu kodieren

## 4.6 Auszug aus den relevanten DRGs und ZE (Zusatzentgelte) für 2024

### RÜCKENMARKSTIMULATION BEI SCHWEREN, CHRONISCHEN SCHMERZEN, ZWEIFELTIGER EINGRIFF MIT TEST-STIMULATION MITTELS PERMANENTER/N ELEKTRODE(N) AM BEISPIEL ICD M54.5

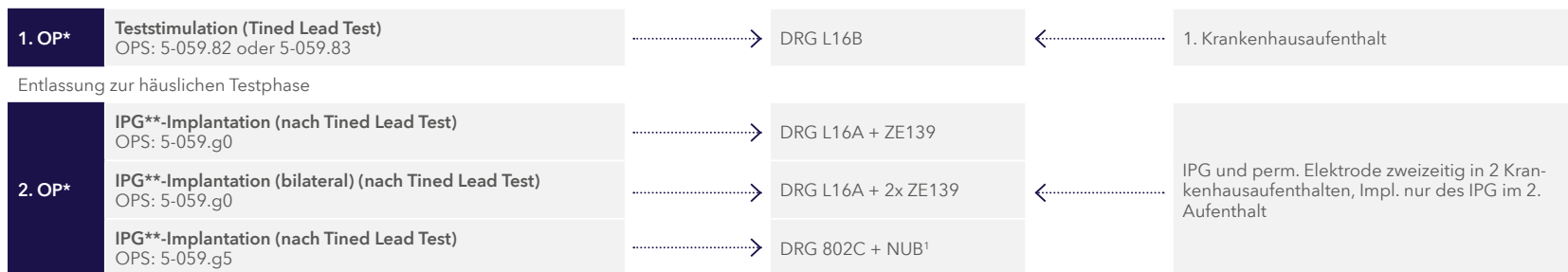
1. OP*	Teststimulation (Tined Lead Test) OPS: 5-039.34 oder 5-039.35	.....>	DRG I19B
2. OP*	Implantation (nach Tined Lead Test) OPS: 5-039.n1 (IPG** m. 2 Elektrdoden)	.....>	DRG I19A + ZE 141
	Implantation (nach Tined Lead Test) OPS: 5-039.n2 (IPG** m. 2 Elektrdoden)	.....>	DRG I19A + ZE2024-61

### PERIPHERE NERVENSTIMULATION BEI SCHWEREN, CHRONISCHEN SCHMERZEN, ZWEIFELTIGER EINGRIFF MIT TESTSTIMULATION MITTELS PERMANENTER/N ELEKTRODE(N) AM BEISPIEL ICD M54.5

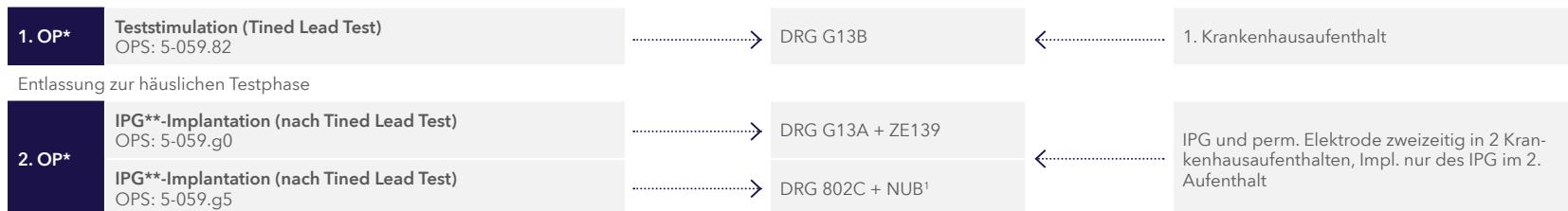
1. OP*	Teststimulation (Tined Lead Test) OPS: 5-059.82	.....>	DRG I19B
2. OP*	Teststimulation (Tined Lead Test) OPS: 5-059.83	.....>	DRG I19B
	Implantation (nach Tined Lead Test) OPS: 5-059.g1 (IPG** m. 2 Elektrdoden)	.....>	DRG I19A + ZE 141
	Implantation (nach Tined Lead Test) OPS: 5-059.g3 (IPG** m. 2 Elektrdoden)	.....>	DRG I19A + ZE2024-61

\* OP = Eingriff (zweiter Eingriff erfolgt innerhalb eines zweiten Aufenthaltes nach häuslicher Testphase),  
\*\* IPG = Impulsgenerator (Neurostimulator)

## PERIPHERE NERVENSTIMULATION BEI HARNINKONTINENZ, ZWENZEITIGER EINGRIFF MIT TESTSTIMULATION MITTELS PERMANENTER/N ELEKTRODE(N) AM BEISPIEL ICD N31.9



## PERIPHERE NERVENSTIMULATION BEI STUHLINKONTINENZ, ZWENZEITIGER EINGRIFF MIT TESTSTIMULATION MITTELS PERMANENTER/N ELEKTRODE(N) AM BEISPIEL ICD R15



Weiterführende Informationen zu InterStim finden Sie in unseren Broschüren „Sakrale Neuromodulation zur Behandlung von Stuhlinkontinenz“ sowie „Sakrale Neuromodulation zur Behandlung von Harninkontinenz und Retention“.

Bitte beachten Sie ebenfalls unsere OPS-Guides zu den Themen „Periphere Nervenstimulation“, „Tiefe Hirnstimulation“ sowie „Rückenmarkstimulation / Implantierbare Medikamentenpumpen“.

\* OP = Eingriff (zweiter Eingriff erfolgt innerhalb eines zweiten Aufenthaltes nach häuslicher Testphase),  
\*\* IPG = Impulsgenerator (Neurostimulator)

## 5. Krankenhausindividuell zu verhandelnde Zusatzentgelte ZE2024-61

### Hinweise zur Kalkulation der individuellen Zusatzentgelte

Bitte beachten Sie, die neuen OPS-Kodes bei Ihrer Budgetvereinbarung mit den Kostenträgern sowohl bei den bepreisten als auch bei den individuellen Zusatzentgelten vollumfänglich zu berücksichtigen. Bitte berücksichtigen Sie Ihre hausindividuellen Produktkonfigurationen und dazugehörige Bezugspreise.

Einzeitig oder Zweizeitig in einem Aufenthalt

Zweizeitig in zwei Aufenthalten

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

## 5.1 Einzeitig oder Zweizeitig in einem Aufenthalt

### RÜCKENMARKSTIMULATION, Z.B. Inceptiv™ mit closed-loop Technologie

#### ZE2024-61\_5-039.e2¹\_5-934.3\_5-934.4

Implantation eines Neurostimulators zur Rückenmarkstimulation, **mit** Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode, **mit wiederaufladbarem Akkumulator**

**Zusatzcode 5-934.3** Neurostimulator, Ganzkörper-MRT-fähig

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

Materialkosten	Kosten netto	Anzahl	MwSt. 7*/19%	Summe
Implantatkosten (Inceptiv™ mit closed-loop Technologie)		1		
Programmer		1		
Ladegerät		1		
Elektrode		1		
Temporäre Verlängerung		1		
<b>GESAMTKOSTEN JE LEISTUNG</b>				

1 Beispiel: Implantation zweizeitig innerhalb eines Aufenthaltes

#### ZE2024-61\_5-039.f2\_5-934.3

Wechsel eines Neurostimulators zur Rückenmarkstimulation, **ohne** Wechsel einer Neurostimulationselektrode, **mit wiederaufladbarem Akkumulator**

**Zusatzcode 5-934.3** Neurostimulator, Ganzkörper-MRT-fähig

Materialkosten am Beispiel eines Wechsels	Kosten netto	Anzahl	MwSt. 7*/19%	Summe
Implantatkosten (Inceptiv™ mit closed-loop Technologie)		1		
Ladegerät		1		
Handprogrammer		1		
<b>GESAMTKOSTEN JE LEISTUNG</b>				

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

### TIEFE HIRNSTIMULATION, Z.B. Percept™ RC

#### ZE2024-61\_5-028.92¹

Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation **mit** Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode, Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, **mit wiederaufladbarem Akkumulator**

#### Zusatzcode 5-934.3 Neurostimulator, Ganzkörper-MRT-fähig

Materialkosten	Kosten netto	Anzahl	MwSt. 7*/19%	Summe
Implantatkosten (Percept™ RC)		1		
Programmer		1		
Ladegerät		1		
Elektroden - Beispiel		2		
Verlängerung		2		
Tunnelierstab		1		
Bohrlochkappe		2		

abzgl. Implantatkosten in B21A (INEK-Report-Browser, Stand 2024, ggf. auf aktuellen LBFW umzurechnen)

- 14.087,97 €

#### GESAMTKOSTEN JE LEISTUNG

1 Beispiel: Implantation ein- oder zweizeitig innerhalb eines Aufenthaltes

**ZE2024-61\_5-028.a2** Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation **ohne** Wechsel einer Neurostimulationselektrode Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, **mit wiederaufladbarem Akkumulator**

#### Zusatzcode 5-934.3 Neurostimulator, Ganzkörper-MRT-fähig

Materialkosten am Beispiel eines Wechsels	Kosten netto	Anzahl	MwSt. 7*/19%	Summe
Implantatkosten (Percept™ RC)		1		
Ladegerät		1		
Handprogrammer		1		

abzgl. Implantatkosten in B21B (INEK-Report-Browser, Stand 2024, ggf. auf aktuellen LBFW umzurechnen)

- 11.599,02 €

#### GESAMTKOSTEN JE LEISTUNG

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

## 5.2 Zweizeitig in zwei Aufenthalten

### RÜCKENMARKSTIMULATION, Z.B. Inceptiv™ mit closed-loop Technologie

#### ZE2024-61\_5-039.n2<sup>2</sup>\_5-934.3

Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation **ohne** Implantation einer Neurostimulationselektrode, **mit wiederaufladbarem Akkumulator**

**Zusatzcode 5-934.3** Neurostimulator, Ganzkörper-MRT-fähig

Materialkosten am Beispiel eines Wechsels	Kosten netto	Anzahl	MwSt. 7*/19%	Summe
Implantatkosten (Inceptiv™ mit closed-loop Technologie)		1		
Programmer		1		
Ladegerät		1		
Elektrode		1		
Temporäre Verlängerung		1		
<b>GESAMTKOSTEN JE LEISTUNG</b>				

<sup>2</sup> Beispiel: Implantation ein- oder zweizeitig innerhalb zweier Aufenthalte

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

## TIEFE HIRNSTIMULATION, Z.B. Percept™ RC

### ZE2024-61\_5-028.c<sup>2</sup>

Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation **ohne** Implantation einer Neurostimulationselektrode Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, **mit wiederaufladbarem Akkumulator**

**Zusatzcode 5-934.3** Neurostimulator, Ganzkörper-MRT-fähig

Materialkosten	Kosten netto	Anzahl	MwSt. 7*/19%	Summe
Implantatkosten (Percept™ RC)		1		
Programmer		1		
Ladegerät		1		
Verlängerung		2		
Tunnelierstab		1		
Bohrlochkappe		2		

abzgl. Implantatkosten in B21B (INEK-Report-Browser, Stand 2024, ggf. auf aktuellen LBFW umzurechnen)

- 11.599,02 €

### GESAMTKOSTEN JE LEISTUNG

<sup>2</sup> Beispiel: Implantation ein- oder zweizeitig innerhalb zweier Aufenthalte

## 6. Abschläge bei Verlegung vgl. §3 FPV

### Abrechnungsbeispiel: Pumpenimplantation nach Verlegung aus einer Reha-Akut-Klinik

Im Falle der Verlegung in ein anderes Krankenhaus rechnet jedes beteiligte Krankenhaus eine DRG Fallpauschale ab. Eine Verlegung liegt vor, wenn zwischen der Entlassung aus einem Krankenhaus und der Aufnahme in einem anderen Krankenhaus nicht mehr als 24 Stunden vergangen sind. Von dem verlegenden Krankenhaus ist ein Abschlag von der Bewertungsrelation zur effektiven Bewertungsrelation vorzunehmen, wenn die im Fallpauschalenkatalog ausgewiesene mittlere Verweildauer unterschritten wird. Das aufnehmende Krankenhaus hat auch dementsprechend auch einen Abschlag vorzunehmen. Ein Verlegungsabschlag darf nur einmal pro Krankenhausaufenthalt ermittelt werden. Ein Krankenhaus, welches einen verlegten Patienten aufnimmt und weiterverlegt, muss maximal einen Verlegungsabschlag verrechnen.

### Anmerkung zu dem Begriff der Verweildauer

Die Verweildauer entspricht der Zahl der Belegungstage. Dies sind Aufnahmetag und jeder weitere Tag ohne den Entlassungs- oder Verlegungstag. Wird ein Patient oder eine Patientin am gleichen Tag aufgenommen und entlassen ist dieser Tag Aufnahmetag, die Verweildauer beträgt dann einen Belegungstag. Von der Berechnung der Verweildauer werden alle Urlaubstage des Patienten ausgeschlossen (§1 Abs. 7 FPV 2024). Im Fallpauschalenkatalog ist für jede G-DRG eine durchschnittliche Verweildauer, sowie der 1. Tag mit Abschlag und der 1. Tag mit Zuschlag genannt. Wichtig hierbei ist die Unterscheidung der Begriffe UGVD (Untere Grenzverweildauer) und OGVD (Obere Grenzverweildauer), welche den Rahmen beschreiben innerhalb dessen eine DRG noch über die Pauschale vergütet wird und den Angaben zum 1. Tag mit Zu- oder Abschlag, an denen bereits ein Kürzung oder Mehrvergütung des Erlöses erfolgt.

### ABSCHLAGSERMITTLUNG BEI VERLEGUNGEN (BEISPIEL FÜR SynchroMed® III)

#### Berechnungsweg:

Mittlere VWD (kaufm. gerundet)  $\cdot$  Belegungstage des Patienten = Zahl der Tage, für die ein Abschlag vorzunehmen ist  
Bewertungsrelation „Verlegung“ (lt.FP Katalog Spalte 11) je Tag x Basisfallwert x Zahl der Tage, für die ein Abschlag vorzunehmen ist = Verlegungsge-  
samtabschlag

Patient aus **Akut-Krankenhaus A** wird für eine Implantation einer Medikamentenpumpe bei Spastik ins **Krankenhaus B** verlegt.  
Die Rückverlegung erfolgt am nächsten Tag.

<b>DRG B18B</b>	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösar- tiger Neubildung oder Revision eines Ventrikelschuntes oder operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie
<b>ICD G82.42</b>	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittslähmung
<b>OPS 5-038.41</b>	Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion: Vollimplantierba- re Medikamentenpumpe mit programmierbarem variablen Tagesprofil

<b>Aufnahme durch Verlegung:</b>	21.01.2024
<b>Rückverlegung:</b>	22.01.2024
<b>Mittlere Verweildauer</b>	9,1

Verlegung erfolgt nach 2 Belegungstagen, das entspricht einer Verweildauer von 1 Tag; mittlere Verweildauer = 9,1 Tage.  
Somit muss für 9 Tage ein Abschlag vorgenommen werden.

#### BERECHNUNG

<b>DRG FP =</b>	8.878,80 €	2,114 (Bewertungsrelation) x 4.200,00 € (fiktiver Bundes-Basisfallwert)
	- 3.628,80 €	Gesamtabschlag 0,096 (Bew.relation) x 9 Tage x 4.200,00 € (fiktiver Bundes-Basisfallwert)
	5.250,00 €	Erlös
<b>Gesamterlös</b>	<b>14.189,45 €</b>	Erlös + ZE09 8.734,93 € + Pflegeerlös 204,52 € (0,8892 BW Pflege x 1 Tag x 230,00 € Pflegentgeltwert)

! Vergleiche auch: [Gruppierungssimulation und Erlöskalkulation!](#)

### Vorwort

### Unser Reimbursement Leistungsangebot

### Worauf es in diesem Jahr ankommt

### Abbildung im aG-DRG-System 2024

### Ergänzende Hinweise zur Kodierung

### Krankenhausindividuell zu verhandelnde Zusatzentgelte ZE2024-61

### Abschläge bei Verlegung vgl. §3 FPV

### Kontextfaktoren

### Abkürzungen und wichtige Links

## Krankenhaus A

### Rückverlegung aus einer anderen Klinik

Im Falle einer Rückverlegung in dasselbe Krankenhaus, die innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Entlassungsdatum eines ersten Krankenhausaufenthaltes vorgenommen wird, hat das wiederaufnehmende Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten aller innerhalb der 30-Tage Frist liegenden Fälle und eine Neueinstufung durchzuführen.

#### Beispiel Krankenhaus A:

<b>DRG B60A</b>	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag
<b>ICD G82.42</b>	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittslähmung

<b>Aufnahme:</b>	08.01.2024
<b>Verlegung:</b>	21.01.2024
<b>Wiederaufnahme:</b>	22.01.2024
<b>Entlassung:</b>	31.01.2024
<b>Mittlere Verweildauer:</b>	8,7
<b>Obere Grenzwelldauer:</b>	19 Tage
<b>1. Tag mit Zuschlag:</b>	20. Tag

Verlegung erfolgt nach 14 Belegungstagen, das entspricht einer Verweildauer von 13 Tagen; mittlere Verweildauer = 8,7 Tage. Somit muss für 3 Tage ein Zuschlag vorgenommen werden.

#### Berechnung:

<b>DRG FP =</b>	3.889,20 €	0,926 (Bewertungsrelation) x 4.200,00 € (fiktiver Bundes-Basisfallwert)
	+ 932,40 €	Gesamtzuschlag 0,074 (Bew.relation) x 3 Tage x 4.200,00 € (fiktiver Bundes-Basisfallwert)
	4.821,60 €	Erlös
<b>Gesamterlös</b>	<b>9.423,16 €</b>	Erlös + Pflegeerlös 4.601,56 € (0,9094 BW Pflege x 22 Tage x 230,00 € Pflegentgeltwert)

! Ein Verlegungsabschlag kommt für das Krankenhaus A nur in Betracht, wenn die Verweildauer vor und nach Verlegung unterhalb der mittleren Verweildauer der entsprechenden DRG liegt. Bei Patienten aus einer Reha-Klinik (Reha Bereich) oder Pflegeeinrichtung ist keine Verlegung möglich. Hier bedarf es einer Einweisung.

! Vergleiche auch: [Gruppierungssimulation und Erlöskalkulation!](#)

## 7. Kontextfaktoren

### Präambel

Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben sich auf einen gemeinsamen Katalog von Kontextfaktoren verständigt. **Die Kontextfaktoren dienen der Begründung einer stationären Durchführung von explizit Leistungen nach § 3 des AOP-Vertrages die regelhaft ambulant erbracht werden können.** Das Vorliegen eines Kontextfaktors nach Satz 1 ist hierbei ausreichend für die Begründung einer stationären Durchführung einer Leistung nach § 3 des AOP-Vertrages. Dennoch kann jede dieser Leistungen auch bei Vorliegen einer oder mehrere Kontextfaktoren weiterhin ambulant erbracht werden, sofern dies aus medizinischen Gründen vertretbar ist.

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

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

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

- Liste von stationär durchführbaren OPS-Kodes
- Beatmungspflichtige Patienten, operationalisiert über Beatmungsstunden 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.

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

## 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.

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

## 8. Abkürzungsverzeichnis

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



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

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

## 9. Wichtige Links

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

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

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

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

**Kostenfreier Online Grouper für eine individuelle Groupierungssimulation:**

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

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

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

**Kodierkataloge auf der Website des BfArM**

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

**Weiterführende Hinweise zur Hybrid-DRG-Verordnung**

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

Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

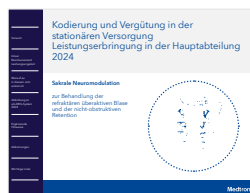
Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

## Weitere Informationsbroschüren



Kodierung und Vergütung in der ambulanten Versorgung



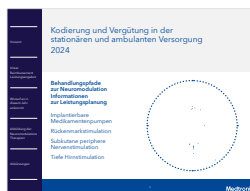
Sakrale Neuromodulation zur Behandlung von Harninkontinenz



Sakrale Neuromodulation zur Behandlung von Stuhlinkontinenz



Sakrale Neuromodulation mit InterStim™ Micro



Behandlungspfade zur Neuromodulation Informationen zur Leistungsplanung



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](http://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](mailto:rs.dusreimbursement@medtronic.com)



Vorwort

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Worauf es  
in diesem Jahr  
ankommt

Abbildung im  
aG-DRG-System  
2024

Ergänzende  
Hinweise zur  
Kodierung

Krankenhausindividuell  
zu verhandelnde  
Zusatzentgelte  
ZE2024-61

Abschläge bei  
Verlegung  
vgl. §3 FPV

Kontextfaktoren

Abkürzungen  
und wichtige Links

## Medtronic

Medtronic GmbH  
Earl-Bakken-Platz 1  
40670 Meerbusch

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

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

de-12366134-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](http://medtronic.de).

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