



2023

KODIERHILFE  
NEUROSTIMULATION

13. AUFLAGE

## UNSERE MISSION

### **Leben Sie nicht einfach nur länger, sondern besser**

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

## UNSER ANLIEGEN

### **Wir möchten Sie bei Ihrer täglichen Arbeit unterstützen**

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



# INHALT

<b>Allgemeine Veränderung für das AG-DRG-System 2023</b> .....	<b>4 – 8</b>
Besonderheiten der aG-DRG-Kalkulation 2023 .....	4
Bundesbasisfallwert .....	5
Ambulantisierung bisher stationärer Leistungen .....	6
Perspektiven der stationären Finanzierung .....	8
Take Home Messages .....	8
<b>Diagnoseschlüssel (ICD)</b> .....	<b>9 – 11</b>
SCS .....	9 – 10
DRG .....	10
THS .....	11
<b>Prozedurenschlüssel (OPS)</b> .....	<b>12 – 15</b>
SCS .....	12 – 13
DRG .....	13
THS .....	14
Zugänge .....	15
Nachkontrolle .....	15
<b>aG-DRGs</b> .....	<b>16 – 17</b>
SCS / DRG .....	16
THS .....	17
<b>Zusatzentgelte (ZE)</b> .....	<b>18</b>
<b>aG-DRG Gruppierungsbeispiele</b> .....	<b>19 – 30</b>
SCS .....	19 – 23
DRG .....	24 – 27
THS .....	28 – 30
<b>Minimalinvasive Schmerztherapie</b> .....	<b>31 – 34</b>
Radiofrequenzablation: Diagnoseschlüssel (ICD) .....	31
Radiofrequenzablation: Prozedurenschlüssel (OPS) .....	31
Radiofrequenzablation: aG-DRGS .....	31
Radiofrequenzablation: aG-DRG Gruppierungsbeispiele .....	32 – 33
Radiofrequenzablation: EBM Abrechnungsbeispiel .....	34
<b>Fallzusammenführung</b> .....	<b>35 – 37</b>
Beispiel 1: Wiederaufnahme innerhalb der oberen Grenzerweildauer .....	36
Beispiel 2: Wiederaufnahme bei gleicher Basis-DRG .....	37
<b>Ambulante Versorgung mit Neurostimulatoren</b> .....	<b>38 – 41</b>
Ambulant im Krankenhaus nach § 115b SGB V .....	38
Ambulant beim Vertragsarzt .....	39 – 40
Abrechnungshinweise für PKV-Patienten gemäß GOÄ .....	41
<b>Glossar</b> .....	<b>42</b>
<b>Quellen</b> .....	<b>43</b>
<b>Das könnte Sie auch interessieren</b> .....	<b>44</b>
<b>Wir für Sie</b> .....	<b>45</b>

# ALLGEMEINE VERÄNDERUNG FÜR DAS AG-DRG-SYSTEM 2023

Die Regeln für die Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen sind jährlichen Änderungen unterworfen. Auch für das Jahr 2023 finden sich wieder Anpassungen der Klassifikationssysteme ICD und OPS sowie Überarbeitungen der DRG-Systematik.

Zusätzlich zu den spezifischen Änderungen in den Klassifikationssystemen und den Veränderungen in den DRG-Algorithmen kommen für das Jahr 2023 noch vielfältige zusätzliche Herausforderungen für die Krankenhäuser zum Tragen. Weiterhin gilt die vom MDK-Reformgesetz geregelte Dynamisierung von Prüfquoten und ggf. resultierenden Strafzahlungen, welche zusätzlich Druck auf die Kodierung und die Leistungserbringung aufbauen, zum anderen kommen aber auch neue politische Herausforderungen wie die in voller Fahrt befindlichen Ambulantisierungsbestrebungen sowie die Tagespauschalen und die in Änderung befindliche stationäre Leistungsvergütung unter dem Stichwort „Große Krankenhausreform“ zum Tragen.

Nachdem mittlerweile das Gutachten des IGES zur Ausgestaltung der Ambulantisierung von Leistungen des bisher stationären Rahmens vorliegt, bleibt abzuwarten, wann und in welcher Form die Umsetzung durch die Selbstverwaltung erfolgen wird. Es ist zu erwarten, dass noch im Jahr 2023 zu den bisher im System der stationären Krankenhausfinanzierung bereits bekannten Herausforderungen zahlreiche und auch weitreichende Änderungen hinzukommen werden.

Im Rahmen dieser Kodierhilfe können nicht alle dieser hochkomplexen Aspekte ausführlich beschrieben werden, die wichtigsten allgemeinen Änderungen für das kommende Jahr haben wir jedoch kurz für Sie zusammengefasst.

## **Besonderheiten der aG-DRG-Kalkulation 2023**

Das aG-DRG-System des jeweils kommenden Jahres beruhte bisher regelhaft auf der Auswertung der Kosten- und Leistungsdaten des jeweils vorletzten Jahres. Aufgrund der Besonderheiten des ersten Corona-Jahres 2020 hatten sich für die Vorjahreskalkulation erhebliche Veränderungen in der bundesdeutschen Leistungserbringung ergeben. Diese hatten dazu geführt, dass die Kosten- und Leistungsdaten dieses Jahres für die Kalkulation nicht geeignet waren. Das InEK hatte daher für das DRG-System 2022 eine zweistufige Kalkulation durchgeführt, bei der die bereits für das Jahr 2021 herangezogenen Daten der Kalkulationskrankenhäuser des Leistungsjahres 2019 im Sinne einer „Nachlese“ bisher nicht bearbeiteter Themenfelder noch einmal neu bearbeitet wurden.

Für das Jahr 2023 war ein vergleichbares Verfahren aus unterschiedlichen Gründen nicht sinnvoll durchführbar. Zum einen wäre eine erneute Kalkulation auf der Basis der mittlerweile sicher vollständig durchgearbeiteten Daten des Jahres 2019 nicht hilfreich gewesen, zum anderen besteht

bereits aktuell für neue OPS-Kodes mit Einführung nach 2019 ein Umsetzungsstau, da die an diese OPS-Kodes gekoppelten Kosten der Kliniken aufgrund der fehlenden Berücksichtigung in der Kalkulation auf alten Daten vom InEK nicht erkannt werden konnten.

Insofern hat das InEK die Kalkulation des aG-DRG-Systems 2023 wieder in bewährter Form auf den Kosten- und Leistungsdaten des Leistungsjahres 2021 durchgeführt. Auch dieses Jahr war in den Kliniken nicht unerheblich von den vielfältigen Aspekten des zweiten Coronajahres geprägt. Dieses hatte erhebliche Verschiebungen in den Fallzahlen von DRGs zur Folge, wobei die Entwicklung der Kosten in den DRGs mit größeren Fallzahlveränderungen nach Aussagen des InEK zumeist besonders ausgeprägt war. Um diese Problematik ohne große Verwerfungen in der bekannten DRG-Systematik lösen zu können, hat das InEK eine komplexe Dämpfungsmethodik entwickelt, bei welcher die aus veränderten Sachkosten und klassifikatorischen Umsetzungen resultierenden Kostenveränderungen direkt in die neuen DRGs umgesetzt wurden, die zum Teil überproportional sich entwickelten Restkosten in ihrer Auswirkung auf die Bewertungsrelationen in Stufen gedämpft wurden.

Die Folge ist ein DRG-System mit wenigen Auswirkungen auf Fallmigrationen zwischen unterschiedlichen DRGs. Das heißt, dass der weitaus größte Teil der Behandlungsfälle sowohl in 2022 als auch in 2023 in dieselben DRGs gruppiert werden. Das bedeutet nicht, dass die ökonomischen Auswirkungen des Systems 2023 ohne Relevanz bleiben. Vielmehr ist es so, dass viele Bestands-DRGs bei unverändertem DRG-Algorithmus deutlich abgewertet werden und nun der Zugewinn oder vielfach eher der Verlust an Erlösen individuell aus den Klinikdaten ermittelt werden muss.

### **Bundesbasisfallwert**

Der DRG-Fallpauschalkatalog<sup>A)</sup> weist für jede bewertete DRG immer eine Bewertungsrelation aus. Damit ein Fall gegenüber den Kostenträgern abrechenbar wird, muss diese Bewertungsrelation mit dem für das jeweilige Bundesland zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme des Falles gültigen Landesbasisfallwert ausmultipliziert werden. Die Höhe der Landesbasisfallwerte ist dabei das Ergebnis von Verhandlungen der jeweiligen Organisationen auf Landesebene. Der Bundesbasisfallwert stellt keine Abrechnungsgrundlage per se dar, sondern dient der Definition eines Korridors um den rechnerischen Bundesbasisfallwert, in welchem die Landesbasisfallwerte liegen sollen. Seit dem Jahr 2021 besteht eine grundsätzliche Änderung für die Ermittlung des Bundesbasisfallwertes.

Aus diesem Grunde liegt zum Jahreswechsel 2022/23 noch kein aktueller Bundesbasisfallwert vor. Für die Gruppierungsbeispiele dieser Kodierhilfe werden Fälle des Jahres 2022 immer mit dem in diesem Jahr gültigen Bundesbasisfallwert bewertet. Dieser beläuft sich auf 3.833,07 €. Für das Jahr 2023 erfolgt behelfsweise eine Berechnung mit einem Basisfallwert, welcher durch eine Erhöhung des Wertes aus 2022 um die 4,32% des Veränderungswertes 2023<sup>B)</sup> ermittelt wurde und somit bei 3.998,66 € liegt. Es ist davon auszugehen, dass der endgültige Wert hiervon

abweichen wird, da mit der Umstellung der Berechnung die automatische Anwendung des Veränderungswertes auf den Bundesbasisfallwert aufgehoben wurde. Insofern dienen die hier dargestellten Erlöse als Orientierung sollten aber nicht als garantierte Vergütung verstanden werden.

### **Ambulantisierung bisher stationärer Leistungen**

Mit dem MDK-Reformgesetz wurden die Partner der Selbstverwaltung aufgefordert, zur Optimierung der Verlagerung bisher stationär erbrachter Leistungen in den ambulanten Sektor, ein externes Gutachten zu vergeben. Den Zuschlag erhielt in der weiteren Folge das IGES, welches seine Ergebnisse mittlerweile veröffentlicht hat.

Ende Dezember 2022 erfolgte die Umsetzung des Gutachtens durch die Selbstverwaltung. Dabei sind die bisher bekannten Kategorien 1 und 2 weggefallen und wurden durch die im Weiteren noch kurz skizzierte Kontextprüfung ersetzt. Viele der im IGES Gutachten benannten ambulant erbringbaren Leistungen fanden in der Umsetzung des Gutachtens für das Jahr 2023 keinen Einzug in den Katalog. Es bleibt für die Auflistung von ambulant erbringbaren Leistungen weiterhin bei einer reinen OPS-Selektion, welche für 2023 in die bekannten Abschnitte 1 bis 3 gegliedert ist.

Im Bereich der Rhythmologie fand ein erheblicher Umbau statt und viele neue OPS-Kodes wurden neu in den AOP-Katalog aufgenommen. Insbesondere davon betroffen sind beispielsweise Aggregatentfernungen und -wechsel. Die vollständige Auflistung können Sie der Anlage 1 des AOP-Vertrages entnehmen.

Grundsätzlich entfallen bei der neuen Form des AOP-Kataloges<sup>C)</sup> die Kategorien 1 und 2 und die G-AEP-Kriterien. Diese dienten bisher dazu, nicht in der Kodierung erfassbare Begleitumstände zu beschreiben, welche einer ambulanten Leistungserbringung im Wege standen und werden durch die später dargestellten Kontextfaktoren ersetzt. Die vollständige Auflistung der Kontextfaktoren können Sie der Anlage 2 des AOP-Vertrages entnehmen.

Die neue Kontextprüfung verläuft vereinfacht dargestellt so, dass zunächst auf der Ebene von OPS-Kodes<sup>D)</sup> Fälle identifiziert werden, welche zum ambulanten Potenzial gerechnet werden. In weiteren Schritten wird dann geprüft, ob OPS-Kodes oder andere Kriterien, wie auch Nebendiagnosen im Fall kodiert worden sind, welche dann in den Ausschlusskriterien aufzufinden sind. Dabei führt die Selbstverwaltung in einigen Bereichen z. B. höhere Pflegegrade und Funktionseinschränkungen als stationäre Begründungen an. Aktuell enthalten die Kontextfaktoren folgende thematische Bereiche:

### **Stationäre Begründung durch ICD-Kodes<sup>E)</sup> (Haupt- oder Nebendiagnose)**

Mehr als 1.400 ICD-Kodes werden hier gelistet.

## Stationäre Begründung durch OPS-Kodes

In der Liste der OPS-Kodes, welche eine stationäre Behandlung begründen können, finden sich ausschließlich OPS-Kodes des Kapitels 5 des OPS-Katalogs.

## Funktionseinschränkungen

Für die stationär begründenden Funktionseinschränkungen wurden die nachfolgenden ICD-Kodes definiert.

ICD-KODE	OPS-TEXT
U50.40	Schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 20–35 Punkte
U50.41	Schwere motorische Funktionseinschränkung: Motorischer FIM: 31–42 Punkte
U50.50	Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 0–15 Punkte
U50.51	Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung: Motorischer FIM: 13–30 Punkte
U51.20	Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Erweiterter Barthel-Index: 0–15 Punkte
U51.21	Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Kognitiver FIM: 5–10 Punkte
U51.22	Schwere kognitive Funktionseinschränkung: MMSE: 0–16 Punkte

In der Neurologie und Neurochirurgie werden diese Kriterien nur in wenigen Fällen relevant sein, um die Notwendigkeit der stationären Leistungserbringung begründen zu können.

## Pflegegrad

Bei den Pflegegraden finden lediglich die Grade 4 und 5 in der Auflistung der Selbstverwaltung Niederschlag.

ICD-KODE	OPS-TEXT
9-984.9	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4
9-984.a	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5

## Beatmung

Beatmete Fälle werden automatisch aus der Bewertung als ambulant erbringbare Konstellationen ausgeschlossen.

## Untere Altersgrenze

Die untere Altersgrenze wird von der Selbstverwaltung sehr niedrig angesetzt: „Bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres kann eine stationäre Durchführung einer Leistung begründet sein.“ Hier findet sich für die interventionelle Kardiologie sicher keine Relevanz.

## Perspektiven der stationären Finanzierung

Auch wenn hier aufgrund der höchst volatilen Situation keine abschließenden Aussagen getroffen werden können, so ist doch davon auszugehen, dass die sogenannte „Große Krankenhausreform“ in der einen oder anderen Form Realität werden wird.

Die Diskussion um die aus der DRG-Vergütung auszukoppelnden Vorhaltekosten wird dabei vermutlich ebenso in weiteren Herausforderungen münden wie auch die geplanten Hybrid- und Tages-DRGs. Bereits die vergangenen DRG-Überarbeitungen seit Aussteuerung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System waren geprägt vom Streit um eine von der einen Seite postulierten und der anderen Seite bestrittenen Doppelfinanzierung von mehr oder weniger großen Anteilen der Pflegepersonalkosten. Insofern bleibt es spannend, wie diese neuen Herausforderungen von der Politik angenommen und gelöst oder den Akteuren vor Ort zur Klärung überlassen werden.

## TAKE HOME MESSAGES

### ZU DEN ALLGEMEINEN ÄNDERUNGEN DES AG-DRG-SYSTEMS 2023

#### Besonderheiten der aG-DRG-Kalkulation 2023

Erstmalig wieder erfolgt die Kalkulation des aG-DRG-Systems auf den zwei Jahre alten Kosten- und Leistungsdaten der Kliniken. Zur Abmilderung der sich aus den Daten des zweiten Corona-Jahres ergebenden Verwerfungen in der Kostenstruktur insbesondere hinsichtlich der Fallzahlen deutlich verschobener DRGs hat das InEK eine neue Dämpfungsmethodik entwickelt. Inwieweit diese Dämpfung dafür verantwortlich ist, dass in vielen Leistungsbereichen mit zumindest gefühlt deutlich höheren Kosten im Jahr 2021 nun doch eher Abwertungen stattfinden, kann nur mit den Daten des InEK beurteilt werden.

#### Ambulantisierung bisher stationärer Leistungen

Auch wenn die Selbstverwaltung bei der Aufnahme neurochirurgischer OPS-Kodes in den AOP-Katalog dem Gutachten des IGES gefolgt ist, so führt die Kontextprüfung möglicherweise zu Problemen in der Durchsetzung dieser Leistungen im gewohnt stationären Rahmen.

#### Perspektiven der stationären Finanzierung

Aktuell ist die politische Entwicklung außerordentlich dynamisch und die zum Teil derzeit noch vorläufigen Ergebnisse fügen sich in die bisher gültigen Rahmenbedingungen nicht immer ein. Es bleibt abzuwarten, inwieweit die neuen Konstrukte der Vorhaltefinanzierung, Hybrid- und Tages-DRGs die Vergütungsrealität verändern werden.



# DIAGNOSESCHLÜSSEL

## Folgende Diagnosen (ICD-10-GM Version 2023) können eine Indikation zur Neuromodulation darstellen.

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

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

## SPINAL CORD STIMULATION (SCS)

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

# DIAGNOSESCHLÜSSEL

## SPINAL CORD STIMULATION (SCS)

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

## DORSAL ROOT GANGLION (DRG)

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

# DIAGNOSESCHLÜSSEL

## TIEFE HIRNSTIMULATION (THS)

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

# PROZEDURENSCHLÜSSEL

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

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

## SCS

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

# PROZEDURENSCHLÜSSEL

## SCS

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

## DRG

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

# PROZEDURENSCHLÜSSEL

## THS

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

# PROZEDURENSCHLÜSSEL

## ZUGÄNGE

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

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

## NACHKONTROLLE

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

## aG-DRGs

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

### SCS / DRG

aG-DRG	Partition	Beschreibung	RG	UGVD <sup>1)</sup>	OGVD <sup>2)</sup>	Entgelt 2023 bei einem BBFW von 3.998,66 € <sup>3)</sup>
B19A	O	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators	1,338	1	8	5.350,21 €
B19B	O	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines permanenten oder temporären Elektrodensystems	1,437	1	8	5.746,07 €
B19C	O	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Implantation oder Wechsel von Neurostimulatoren und Elektrodensystemen	0,784	1	7	3.134,95 €
F21C	O	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, mit mäßig komplexem Eingriff oder anderer komplizierender Konstellation oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte	1,993	5	34	7.969,33 €
F21E	O	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff	0,876	2	20	3.502,83 €
I19A	O	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems	1,219	1	9	4.874,37 €
I19B	O	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems	1,494	1	7	5.974,00 €

<sup>1)</sup> erster Tag mit Abschlag

<sup>2)</sup> erster Tag mit Zuschlag

<sup>3)</sup> Für das Jahr 2023 erfolgt behelfsweise eine Berechnung mit einem Basisfallwert, welcher durch eine Erhöhung des alten Wertes um die 4,32% des Veränderungswertes 2023 ermittelt wurde und somit bei 3.998,66 € liegt.



## aG-DRGs

## THS

aG-DRG	Partition	Beschreibung	RG	UGVD <sup>1)</sup>	OGVD <sup>2)</sup>	Entgelt 2023 bei einem BFW von 3.998,66 € <sup>3)</sup>
B20A	O	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 18 Jahre oder mit komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre	2,673	2	15	10.688,42 €
B20B	O	Kraniotomie oder große WS-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 17 Jahre oder ohne bestimmte komplexe Prozedur, mit komplizierenden Faktoren, Alter > 15 Jahre	2,776	2	19	11.100,28 €
B20C	O	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation, Alter < 3 J. oder intervent. Eingriff oder Alter < 18 J. mit großem intrakraniellen Eingriff oder mit kompl. Diagnose oder best. Eingriffe bei Trigeminusneuralgie, Alter < 16 J. od. bei bösartiger Neubildung	2,11	1	15	8.437,17 €
B20D	O	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur oder ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie oder mit bestimmter Prozedur oder bei bösartiger Neubildung	1,941	1	16	7.761,40 €
B20E	O	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigeminusneuralgie, ohne bestimmte Prozedur, außer bei bösartiger Neubildung	1,513	1	16	6.049,97 €
B21A	O	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation	8,135	3	20	32.529,10 €
B21B	O	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation	3,742	1	7	14.962,99 €
Z01A	O	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation	2,124	3	24	8.493,15 €
801D	O	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter OR-Prozedur oder mit intensivmediz. Komplexbeh. > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit neurolog. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	2,459	5	32	9.832,70 €

<sup>1)</sup> erster Tag mit Abschlag

<sup>2)</sup> erster Tag mit Zuschlag

<sup>3)</sup> Für das Jahr 2023 erfolgt behelfsweise eine Berechnung mit einem Basisfallwert, welcher durch eine Erhöhung des alten Wertes um die 4,32% des Veränderungswertes 2023 ermittelt wurde und somit bei 3.998,66 € liegt.

## ZUSATZENTGELTE (ZE)

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

Der Art nach unterscheidet man folgende Zusatzentgelte:

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

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

ZE	Beschreibung	Entgelt
ZE2023-61 <sup>1)</sup>	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar	Das Entgelt ist krankenhausesindividuell nach § 6 (1) KHEntgG zu vereinbaren
ZE140 <sup>2)</sup>	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation	11.969,24 €
ZE141 <sup>2)</sup>	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation	9.568,35 €

<sup>1)</sup> Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2023 ist für diese Zusatzentgelte die bisher krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben.

<sup>2)</sup> Abbott Medical bietet nur Mehrkanal-Neurostimulatoren an.

# aG-DRG GRUPPIERUNGSBEISPIELE

## SPINAL CORD STIMULATION (SCS)

### Beispiel 1: Therapiefraktärer Rückenschmerz und Beinschmerz

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

		Fall 1: Implantation permanente Elektroden	Fall 2: Implantation Neurostimulator ohne Elektroden	Fall 3: Implantation oder Wechsel Neurostimulator mit Elektroden	Fall 4: Wechsel Neurostimulator ohne Wechsel Elektroden	Fall 5: Revision der Sonde mit Elektrodenwechsel	Fall 6: Revision des Neurostimulators ohne Neuanlage
Kodierung <sup>1)</sup>	ICD	M79.25	M79.25	M79.25	M79.25	T85.1	T85.1
	OPS	5-039.35	5-039.n1 5-039.n2	5-039.e1 + 5-039.35 5-039.e2 + 5-039.35	5-039.f1 5-039.f2	5-039.c1 + 5-039.35	5-039.b
aG-DRG		I19B	I19A	I19A	I19A	B19B	B19C
Relativgewicht		1,494	1,219	1,219	1,219	1,437	0,784
Partition		0	0	0	0	0	0
untere GVD <sup>2)</sup>		1	1	1	1	1	1
Abschlag pro Tag (max Abschlag pro Fall)		315,89 €	835,72 €	835,72 €	835,72 €	463,84 €	951,68 €
obere GVD <sup>3)</sup>		7	9	9	9	8	7
aG-DRG-Basisbetrag <sup>4)</sup>		5.974,00 €	4.874,37 €	4.874,37 €	4.874,37 €	5.746,07 €	3.134,95 €
Zusatzentgelt <sup>5)</sup>		-	ZE141 ZE2023-61	ZE140 ZE2023-61	ZE141 ZE2023-61	-	-
Erlös für Zusatzentgelt		-	9.568,35 € individuell zu vereinbaren	11.969,24 € individuell zu vereinbaren	9.568,35 € individuell zu vereinbaren	-	-
Basisbetrag + Zusatzentgelt/ Fall <sup>6)</sup>		5.974,00 €	14.442,72 € 4.874,37 € zzgl. ZE2023-61	16.843,61 € 4.874,37 € zzgl. ZE2023-61	14.442,72 € 4.874,37 € zzgl. ZE2023-61	5.746,07 €	3.134,95 €

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

2) Untere Grenzverweildauer: erster Tag mit Abschlag

3) Obere Grenzverweildauer: erster Tag mit Zuschlag

4) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2023 von 3.998,66 €

5) ZE2023-61 ist ein krankhausindividuelles Entgelt nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG

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

■ Nicht wiederaufladbar  
■ Wiederaufladbar

#### Verwendete Codes:

<b>M79.25</b>	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert, Neuralgie und Neuritis nicht näher bezeichnet, Beckenregion und Oberschenkel	
<b>T85.1</b>	Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems	
<b>5-039.35</b>	Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan	<b>5-039.b</b>
<b>5-039.n1</b>	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	<b>5-039.c1</b>
<b>5-039.n2</b>	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	<b>I19A</b>
<b>5-039.e1</b>	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	<b>I19B</b>
<b>5-039.e2</b>	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	<b>B19C</b>
<b>5-039.f1</b>	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	<b>ZE140</b>
<b>5-039.f2</b>	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation	<b>ZE141</b>
		<b>ZE2023-61</b>

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

# aG-DRG GRUPPIERUNGSBEISPIELE

## SPINAL CORD STIMULATION (SCS)

### Beispiel 2: PAVK (Periphere Arterielle Verschlusskrankheit)

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

		Fall 1: Implantation permanente Elektroden	Fall 2: Implantation Neurostimulator ohne Elektroden	Fall 3: Implantation oder Wechsel Neurostimulator mit Elektroden	Fall 4: Wechsel Neurostimulator ohne Wechsel Elektroden	Fall 5: Revision der Sonde mit Elektrodenwechsel	Fall 6: Revision des Neurostimulators ohne Neuanlage
Kodierung <sup>1)</sup>	ICD	I70.22	I70.22	I70.22	I70.22	T85.1	T85.1
	OPS	5-039.35	5-039.n1 5-039.n2	5-039.e1 + 5-039.35 5-039.e2 + 5-039.35	5-039.f1 5-039.f2	5-039.c1 + 5-039.35	5-039.b
aG-DRG		F21C	F21E	F21C	F21E	B19B	B19C
Relativgewicht		1,993	0,876	1,993	0,876	1,437	0,784
Partition		0	0	0	0	0	0
untere GVD <sup>2)</sup>		5	2	5	2	1	1
Abschlag pro Tag (max. Abschlag pro Fall)		891,70 €	995,67 €	891,70 €	995,67 €	463,84 €	951,68 €
obere GVD <sup>3)</sup>		34	20	34	20	8	7
aG-DRG-Basisbetrag <sup>4)</sup>		7.969,33 €	3.502,83 €	7.969,33 €	3.502,83 €	5.746,07 €	3.134,95 €
Zusatzentgelt <sup>5)</sup>		-	ZE141 ZE2023-61	ZE140 ZE2023-61	ZE141 ZE2023-61	-	-
Erlös für Zusatzentgelt		-	9.568,35 € individuell zu vereinbaren	11.969,24 € individuell zu vereinbaren	9.568,35 € individuell zu vereinbaren	-	-
Basisbetrag + Zusatzentgelt/ Fall <sup>6)</sup>		7.969,33 €	13.071,18 € 3.502,83 € zzgl. ZE2023-61	19.938,57 € 7.969,33 € zzgl. ZE2023-61	13.071,18 € 3.502,83 € zzgl. ZE2023-61	5.746,07 €	3.134,95 €

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

2) Untere Grenzverweildauer: erster Tag mit Abschlag

3) Obere Grenzverweildauer: erster Tag mit Zuschlag

4) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2023 von 3.998,66 €

5) ZE2023-61 ist ein krankenhausesindividuelles Entgelt nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG

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

■ Nicht wiederaufladbar  
■ Wiederaufladbar

#### Verwendete Codes:

I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	5-039.b	Revision von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation und zur Vorderwurzelstimulation
T85.1	Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems	5-039.c1 B19B	Revision von Elektroden: mehrere epidurale Stabelektrode Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines permanenten oder temporären Elektrodensystems
5-039.35	Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan	B19C	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Implantation oder Wechsel von Neurostimulatoren und Elektrodensystemen
5-039.n1	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	F21C	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, mit mäßig komplexem Eingriff oder anderer komplizierender Konstellation oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte
5-039.n2	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	F21E	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff
5-039.e1	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wieder aufladbar	ZE140	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation
5-039.e2	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	ZE141	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation
5-039.f1	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	ZE2023-61	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wieder-auf-ladbar
5-039.f2	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator		

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

# aG-DRG GRUPPIERUNGSBEISPIELE

## SPINAL CORD STIMULATION (SCS)

### Beispiel 3: FBSS (Failed Back Surgery Syndrome)

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

		Fall 1: Implantation permanente Elektroden	Fall 2: Implantation Neurostimulator ohne Elektroden	Fall 3: Implantation oder Wechsel Neurostimulator mit Elektroden	Fall 4: Wechsel Neurostimulator ohne Elektroden	Fall 5: Revision der Sonde mit Elektrodenwechsel	Fall 6: Revision des Neurostimulators ohne Neuanlage
Kodierung <sup>1)</sup>	ICD	M96.1	M96.1	M96.1	M96.1	T85.1	T85.1
	OPS	5-039.35	5-039.n1 5-039.n2	5-039.e1 + 5-039.35 5-039.e2 + 5-039.35	5-039.f1 5-039.f2	5-039.c1 + 5-039.35	5-039.b
aG-DRG		I19B	I19A	I19A	I19A	B19B	B19C
Relativgewicht		1,494	1,219	1,219	1,219	1,437	0,784
Partition		0	0	0	0	0	0
untere GVD <sup>2)</sup>		1	1	1	1	1	1
Abschlag pro Tag (max. Abschlag pro Fall)		315,89 €	835,72 €	835,72 €	835,72 €	463,84 €	951,68 €
obere GVD <sup>3)</sup>		7	9	9	9	8	7
aG-DRG-Basisbetrag <sup>4)</sup>		5.974,00 €	4.874,37 €	4.874,37 €	4.874,37 €	5.746,07 €	3.134,95 €
Zusatzentgelt <sup>5)</sup>		-	ZE141 ZE2023-61	ZE140 ZE2023-61	ZE141 ZE2023-61	-	-
	Erlös für Zusatzentgelt	-	9.568,35 € individuell zu vereinbaren	11.969,24 € individuell zu vereinbaren	9.568,35 € individuell zu vereinbaren	-	-
Basisbetrag + Zusatzentgelt/ Fall <sup>6)</sup>		5.974,00 €	14.442,72 € 4.874,37 € zzgl. ZE2023-61	16.843,61 € 4.874,37 € zzgl. ZE2023-61	14.442,72 € 4.874,37 € zzgl. ZE2023-61	5.746,07 €	3.134,95 €

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

2) Untere Grenzverweildauer: erster Tag mit Abschlag

3) Obere Grenzverweildauer: erster Tag mit Zuschlag

4) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2023 von 3.998,66 €

5) ZE2023-61 ist ein krankenhaushausindividuelles Entgelt nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG

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

Nicht wiederaufladbar  
Wiederaufladbar

#### Verwendete Codes:

<b>M96.1</b>	Postlaminektomie-Syndrom, anderenorts nicht klassifiziert (FBSS)	<b>5-039.c1</b>	Revision von Elektroden: mehrere epidurale Stabelektrode
<b>T85.1</b>	Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronische Stimulator des Nervensystems	<b>I10E</b>	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff und mehr als ein Belegungstag
<b>5-039.35</b>	Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan	<b>I19A</b>	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems
<b>5-039.n1</b>	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	<b>I19B</b>	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems
<b>5-039.n2</b>	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	<b>B19B</b>	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines permanenten oder temporären Elektrodensystems
<b>5-039.e1</b>	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	<b>B19C</b>	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexem Eingriff
<b>5-039.e2</b>	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	<b>ZE140</b>	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation
<b>5-039.f1</b>	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	<b>ZE141</b>	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation
<b>5-039.f2</b>	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	<b>ZE2023-61</b>	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar
<b>5-039.b</b>	Revision von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation und zur Vorderwurzelstimulation		

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

# aG-DRG GRUPPIERUNGSBEISPIELE

## SPINAL CORD STIMULATION (SCS)

### Beispiel 4: CRPS (Complex Regional Pain Syndrome)

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

	Fall 1: Implantation permanente Elektroden	Fall 2: Implantation Neurostimulator ohne Elektroden	Fall 3: Implantation oder Wechsel Neurostimulator mit Elektroden	Fall 4: Wechsel Neurostimulator ohne Wechsel Elektroden	Fall 5: Revision der Sonde mit Elektrodenwechsel	Fall 6: Revision des Neurostimulators ohne Neuanlage
Kodierung <sup>1)</sup>	ICD	G90.51	G90.51	G90.51	T85.1	T85.1
	OPS	5-039.35	5-039.n1 5-039.n2	5-039.e1 + 5-039.35 5-039.e2 + 5-039.35	5-039.fl 5-039.f2	5-039.c1 + 5-039.35 5-039.b
aG-DRG	B19B	B19A	B19A	B19A	B19B	B19C
Relativgewicht	1,437	1,338	1,338	1,338	1,437	0,784
Partition	0	0	0	0	0	0
untere GVD <sup>2)</sup>	1	1	1	1	1	1
Abschlag pro Tag (max. Abschlag pro Fall)	463,84 €	1.355,55 €	1.355,55 €	1.355,55 €	463,84 €	951,68 €
obere GVD <sup>3)</sup>	8	8	8	8	8	7
aG-DRG-Basisbetrag <sup>4)</sup>	5.746,07 €	5.350,21 €	5.350,21 €	5.350,21 €	5.746,07 €	3.134,95 €
Zusatzentgelt <sup>5)</sup>	-	ZE141 ZE2023-61	ZE140 ZE2023-61	ZE141 ZE2023-61	-	-
Erlös für Zusatzentgelt	-	9.568,35 € individuell zu vereinbaren	11.969,24 € individuell zu vereinbaren	9.568,35 € individuell zu vereinbaren	-	-
Basisbetrag + Zusatzentgelt/ Fall 6)	5.746,07 €	14.918,56 € 5.350,21 € zzgl. ZE2023-61	17.319,45 € 5.350,21 € zzgl. ZE2023-61	14.918,56 € 5.350,21 € zzgl. ZE2023-61	5.746,07 €	3.134,95 €

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

2) Untere Grenzverweildauer: erster Tag mit Abschlag

3) Obere Grenzverweildauer: erster Tag mit Zuschlag

4) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2023 von 3.998,66 €

5) ZE2023-61 ist ein krankenhaushausindividuelles Entgelt nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG

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

■ Nicht wiederaufladbar  
■ Wiederaufladbar

#### Verwendete Codes:

<b>G90.51</b>	Komplexes regionales Schmerzsyndrom der unteren Extremität, Typ I					
<b>T85.1</b>	Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems					
<b>5-039.35</b>	Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan	<b>5-039.b</b>	ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator			
<b>5-039.n1</b>	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	<b>5-039.c1</b>	Revision von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation oder zur Vorderwurzelstimulation			
<b>5-039.n2</b>	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	<b>B19A</b>	Revision von Elektroden: mehrere epidurale Stabelektrode Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators			
<b>5-039.e1</b>	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulations elektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	<b>B19A</b>	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators			
<b>5-039.e2</b>	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulations elektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	<b>B19B</b>	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines permanenten oder temporären Elektroden systems			
<b>5-039.fl</b>	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	<b>ZE140</b>	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation			
<b>5-039.f2</b>	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation	<b>ZE141</b>	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation			
		<b>ZE2023-61</b>	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar			

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

# aG-DRG GRUPPIERUNGSBEISPIELE

## SPINAL CORD STIMULATION (SCS)

### Beispiel 5: Angina Pectoris Schmerz

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

		Fall 1: Implantation permanente Elektroden	Fall 2: Implantation Neurostimulator ohne Elektroden	Fall 3: Implantation oder Wechsel Neurostimulator mit Elektroden	Fall 4: Wechsel Neurostimulator ohne Wechsel Elektroden	Fall 5: Revision der Sonde mit Elektrodenwechsel	Fall 6: Revision des Neurostimulators ohne Neuanlage
Kodierung <sup>1)</sup>	ICD	I20.9	I20.9	I20.9	I20.9	T85.1	T85.1
	OPS	5-039.35	5-039.n1 5-039.n2	5-039.e1 + 5-039.35 5-039.e2 + 5-039.35	5-039.fl 5-039.f2	5-039.c1 + 5-039.35	5-039.b
aG-DRG		F21C	F21E	F21C	F21E	B19B	B19C
Relativgewicht		1,993	0,876	1,993	0,876	1,437	0,784
Partition		0	0	0	0	0	0
untere GVD <sup>2)</sup>		5	2	5	2	1	1
Abschlag pro Tag (max. Abschlag pro Fall)		891,70 €	995,67 €	891,70 €	995,67 €	463,84 €	951,68 €
obere GVD <sup>3)</sup>		34	20	34	20	8	7
aG-DRG-Basisbetrag <sup>4)</sup>		7.969,33 €	3.502,83 €	7.969,33 €	3.502,83 €	5.746,07 €	3.134,95 €
Zusatzentgelt <sup>5)</sup>		-	ZE141 ZE2023-61	ZE140 ZE2023-61	ZE141 ZE2023-61	-	-
Erlös für Zusatzentgelt		-	9.568,35 € individuell zu vereinbaren	11.969,24 € individuell zu vereinbaren	9.568,35 € individuell zu vereinbaren	-	-
Basisbetrag + Zusatzentgelt/ Fall <sup>6)</sup>		7.969,33 €	13.071,18 € 3.502,83 € zzgl. ZE2023-61	19.938,57 € 7.969,33 € zzgl. ZE2023-61	13.071,18 € 3.502,83 € zzgl. ZE2023-61	5.746,07 €	3.134,95 €

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

2) Untere Grenzverweildauer: erster Tag mit Abschlag

3) Obere Grenzverweildauer: erster Tag mit Zuschlag

4) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2023 von 3.998,66 €

5) ZE2023-61 ist ein krankenhausespezifisches Entgelt nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntg

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

■ Nicht wiederaufladbar  
■ Wiederaufladbar

#### Verwendete Codes:

I20.9	Angina pectoris, nicht näher bezeichnet	5-039.b	Revision von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation oder zur Vorderwurzelstimulation
T85.1	Mechanische Komplikation durch einen implantierten elektronischen Stimulator des Nervensystems	5-039.c1	Revision von Elektroden: mehrere epidurale Stabelektrode
5-039.35	Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan	B19B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
5-039.n1	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	B19C	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Implantation oder Wechsel von Neurostimulatoren und Elektrodensystemen
5-039.n2	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	F21C	Andere OR-Prozeduren bei Kreislaufkrankungen ohne komplexen Eingriff, mit mäßig komplexem Eingriff oder anderer komplizierter der Konstellation oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte
5-039.e1	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	F21E	Andere OR-Prozeduren bei Kreislaufkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff
5-039.e2	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	ZE140	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation
5-039.fl	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	ZE141	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation
5-039.f2	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	ZE2023-61	Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, wiederaufladbar

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

# aG-DRG GRUPPIERUNGSBEISPIELE

## DORSAL ROOT GANGLION (DRG)

### Beispiel 6: Knieschmerz

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

		Fall 1: Implantation permanente Elektroden	Fall 2: Implantation Neurostimulator ohne Elektroden	Fall 3: Implantation oder Wechsel Neurostimulator mit Elektroden	Fall 4: Wechsel Neurostimulator nicht wiederaufladbar ohne Elektroden	Fall 5: Revision der Sonde mit Elektrodenwechsel	Fall 6: Revision des Neurostimulators ohne Neuanlage
Kodierung <sup>1)</sup>	ICD	M79.66	M79.66	M79.66	M79.66	T85.1	T85.1
	OPS	5-039.j1	5-039.q1	5-039.k1 + 5-039.j1	5-039.m1	5-039.c7 + 5-039.j1	5-039.b
aG-DRG		I19B	I19A	I19A	I19A	B19B	B19C
Relativgewicht		1,494	1,219	1,219	1,219	1,437	0,784
Partition		0	0	0	0	0	0
untere GVD <sup>2)</sup>		1	1	1	1	1	1
Abschlag pro Tag (max. Abschlag pro Fall)		315,89 €	835,72 €	835,72 €	835,72 €	463,84 €	951,68 €
obere GVD <sup>3)</sup>		7	9	9	9	8	7
aG-DRG-Basisbetrag <sup>4)</sup>		5.974,00 €	4.874,37 €	4.874,37 €	4.874,37 €	5.746,07 €	3.134,95 €
Zusatzentgelt		-	ZE141	ZE140	ZE141	-	-
Erlös für Zusatzentgelt		-	9.568,35 €	11.969,24 €	9.568,35 €	-	-
Basisbetrag + Zusatzentgelt/Fall <sup>5)</sup>		5.974,00 €	14.442,72 €	16.843,61 €	14.442,72 €	5.746,07 €	3.134,95 €

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

2) Untere Grenzerweildauer: erster Tag mit Abschlag

3) Obere Grenzerweildauer: erster Tag mit Zuschlag

4) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2023 von 3.998,66 €

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

#### Verwendete Codes:

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

Beachten Sie auch das Kapitel zur Fallzusammenlegung in diesem Leitfaden.



# aG-DRG GRUPPIERUNGSBEISPIELE

## DORSAL ROOT GANGLION (DRG)

### Beispiel 7: Leistenschmerz

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

		Fall 1: Implantation permanente Elektroden	Fall 2: Implantation Neurostimulator ohne Elektroden	Fall 3: Implantation oder Wechsel Neurostimulator mit Elektroden	Fall 4: Wechsel Neurostimulator nicht wiederaufladbar ohne Elektroden	Fall 5: Revision der Sonde mit Elektrodenwechsel	Fall 6: Revision des Neurostimulators ohne Neuanlage
Kodierung <sup>1)</sup>	ICD	M79.65	M79.65	M79.65	M79.65	T85.1 (HD) M79.65	T85.1 (HD) M79.65
	OPS	5-039.j1	5-039.q1	5-039.k1 + 5-039.j1	5-039.m1	5-039.c7 + 5-039.j1	5-039.b
aG-DRG		I19B	I19A	I19A	I19A	B19B	B19C
Relativgewicht		1,494	1,219	1,219	1,219	1,437	0,784
Partition		0	0	0	0	0	0
untere GVD <sup>2)</sup>		1	1	1	1	1	1
Abschlag pro Tag (max. Abschlag pro Fall)		315,89 €	835,72 €	835,72 €	835,72 €	463,84 €	951,68 €
obere GVD <sup>3)</sup>		7	9	9	9	8	7
aG-DRG-Basisbetrag <sup>4)</sup>		5.974,00 €	4.874,37 €	4.874,37 €	4.874,37 €	5.746,07 €	3.134,95 €
Zusatzentgelt		-	ZE141	ZE140	ZE141	-	-
Erlös für Zusatzentgelt		-	9.568,35 €	11.969,24 €	9.568,35 €	-	-
Basisbetrag + Zusatzentgelt/Fall <sup>5)</sup>		<b>5.974,00 €</b>	<b>14.442,72 €</b>	<b>16.843,61 €</b>	<b>14.442,72 €</b>	<b>5.746,07 €</b>	<b>3.134,95 €</b>

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

2) Untere Grenzverweildauer: erster Tag mit Abschlag

3) Obere Grenzverweildauer: erster Tag mit Zuschlag

4) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2023 von 3.998,66 €

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

#### Verwendete Codes:

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

Beachten Sie auch das Kapitel zur Fallzusammenlegung in diesem Leitfaden.

# aG-DRG GRUPPIERUNGSBEISPIELE

## DORSAL ROOT GANGLION (DRG)

### Beispiel 8: Fußschmerz

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

		Fall 1: Implantation permanente Elektroden	Fall 2: Implantation Neurostimulator ohne Elektroden	Fall 3: Implantation oder Wechsel Neurostimulator nicht wiederaufladbar mit Elektroden	Fall 4: Wechsel Neurostimulator nicht wiederaufladbar ohne Elektroden	Fall 5: Revision der Sonde mit Elektrodenwechsel	Fall 6: Revision des Neurostimulators ohne Neuanlage
Kodierung <sup>1)</sup>	ICD	M79.67	M79.67	M79.67	M79.67	T85.1	T85.1
	OPS	5-039.j1	5-039.q1	5-039.k1 + 5-039.j1	5-039.m1	5-039.c7 + 5-039.j1	5-039.b
aG-DRG		I19B	I19A	I19A	I19A	B19B	B19C
Relativgewicht		1,494	1,219	1,219	1,219	1,437	0,784
Partition		0	0	0	0	0	0
untere GVD <sup>2)</sup>		1	1	1	1	1	1
Abschlag pro Tag (max. Abschlag pro Fall)		315,89 €	835,72 €	835,72 €	835,72 €	463,84 €	951,68 €
obere GVD <sup>3)</sup>		7	9	9	9	8	7
aG-DRG-Basisbetrag <sup>4)</sup>		5.974,00 €	4.874,37 €	4.874,37 €	4.874,37 €	5.746,07 €	3.134,95 €
Zusatzentgelt		-	ZE141	ZE140	ZE141	-	-
Erlös für Zusatzentgelt		-	9.568,35 €	11.969,24 €	9.568,35 €	-	-
Basisbetrag + Zusatzentgelt/Fall <sup>5)</sup>		5.974,00 €	14.442,72 €	16.843,61 €	14.442,72 €	5.746,07 €	3.134,95 €

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

2) Untere Grenzverweildauer: erster Tag mit Abschlag

3) Obere Grenzverweildauer: erster Tag mit Zuschlag

4) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2023 von 3.998,66 €

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

#### Verwendete Codes:

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

Beachten Sie auch das Kapitel zur Fallzusammenlegung in diesem Leitfaden.

# aG-DRG GRUPPIERUNGSBEISPIELE

## DORSAL ROOT GANGLION (DRG)

### Beispiel 9: CRPS (Complex Regional Pain Syndrome)

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

		Fall 1: Implantation permanente Elektroden	Fall 2: Implantation Neurostimulator ohne Elektroden	Fall 3: Implantation oder Wechsel Neurostimulator nicht wiederaufladbar mit Elektroden	Fall 4: Wechsel Neurostimulator nicht wiederaufladbar ohne Elektroden	Fall 5: Revision der Sonde mit Elektrodenwechsel	Fall 6: Revision des Neurostimulators ohne Neuanlage
Kodierung <sup>1)</sup>	ICD	G90.51	G90.51	G90.51	G90.51	T85.1	T85.1
	OPS	5-039.j1	5-039.q1	5-039.k1 + 5-039.j1	5-039.m1	5-039.c7 + 5-039.j1	5-039.b
aG-DRG		B19B	B19A	B19A	B19A	B19B	B19C
Relativgewicht		1,437	1,338	1,338	1,338	1,437	0,784
Partition		0	0	0	0	0	0
untere GVD <sup>2)</sup>		1	1	1	1	1	1
Abschlag pro Tag (max. Abschlag pro Fall)		463,84 €	1.355,55 €	1.355,55 €	1.355,55 €	463,84 €	951,68 €
obere GVD <sup>3)</sup>		8	8	8	8	8	7
aG-DRG-Basisbetrag <sup>4)</sup>		5.746,07 €	5.350,21 €	5.350,21 €	5.350,21 €	5.746,07 €	3.134,95 €
Zusatzentgelt		-	ZE141	ZE140	ZE141	-	-
Erlös für Zusatzentgelt		-	9.568,35 €	11.969,24 €	9.568,35 €	-	-
Basisbetrag + Zusatzentgelt/Fall <sup>5)</sup>		5.746,07 €	14.918,56 €	17.319,45 €	14.918,56 €	5.746,07 €	3.134,95 €

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

2) Untere Grenzverweildauer: erster Tag mit Abschlag

3) Obere Grenzverweildauer: erster Tag mit Zuschlag

4) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2023 von 3.998,66 €

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

#### Verwendete Codes:

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

Beachten Sie auch das Kapitel zur Fallzusammenlegung in diesem Leitfaden.

# aG-DRG GRUPPIERUNGSBEISPIELE

## TIEFE HIRNSTIMULATION (THS)

### Beispiel 10: Parkinsonsyndrom

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

		Fall 1: Implantation von Knochenankern zur Vorbereitung auf die stereotaktische Einführung von Stimulationselektroden (Microtargeting)	Fall 2: Implantation oder Wechsel Neurostimulator mit Implantation oder Wechsel von Elektroden	Fall 3: Wechsel Neurostimulator ohne Wechsel von Elektroden	Fall 4: Revision der Sonde mit Elektrodenwechsel	Fall 5: Revision des Neurostimulators ohne Neuanlage
Kodierung	ICD	G20.10	G20.10	G20.10	T85.1	T85.1
	OPS	5-029.f	5-028.91 5-014.93	5-028.a1	5-014.b1 5-014.93	5-028.3
aG-DRG		B20B	B21A	B21B	B20D	B20E
Relativgewicht		2,776	8,135	3,742	1,941	1,513
Partition		0	0	0	0	0
untere GVD <sup>1)</sup>		2	3	1	1	1
Abschlag pro Tag		1.815,39 €	1.107,63 €	179,94 €	2.647,11 €	1.435,52 €
obere GVD <sup>2)</sup>		19	20	7	16	16
aG-DRG-Basisbetrag <sup>3)</sup>		11.100,28 €	32.529,10 €	14.962,99 €	7.761,40 €	6.049,97 €

1) Untere Grenzverweildauer: erster Tag ohne Abschlag

2) Obere Grenzverweildauer: letzter Tag ohne Zuschlag

3) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2023 von 3.998,66 €

#### Verwendete Codes:

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

Beachten Sie auch das Kapitel zur Fallzusammenlegung in diesem Leitfaden.

# aG-DRG GRUPPIERUNGSBEISPIELE

## TIEFE HIRNSTIMULATION (THS)

### Beispiel 11: Essentieller Tremor

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

		Fall 1: Implantation von Knochenankern zur Vorbereitung auf die stereotaktische Einführung von Stimulationselektroden (Microtargeting)	Fall 2: Implantation oder Wechsel Neurostimulator mit Implantation oder Wechsel von Elektroden	Fall 3: Wechsel Neurostimulator ohne Wechsel von Elektroden	Fall 4: Revision der Sonde mit Elektrodenwechsel	Fall 5: Revision des Neurostimulators ohne Neuanlage
Kodierung	ICD	G25.0	G25.0	G25.0	T85.1	T85.1
	OPS	5-029.f	5-028.91 5-014.93	5-028.a1	5-014.b1 5-014.93	5-028.3
aG-DRG		B20B	B21A	B21B	B20D	B20E
Relativgewicht		2,776	8,135	3,742	1,941	1,513
Partition		0	0	0	0	0
untere GVD <sup>1)</sup>		2	3	1	1	1
Abschlag pro Tag (max. Abschlag pro Fall)		1.815,39 €	1.107,63 €	179,94 €	2.647,11 €	1.435,52 €
obere GVD <sup>2)</sup>		19	20	7	16	16
aG-DRG-Basisbetrag <sup>3)</sup>		11.100,28 €	32.529,10 €	14.962,99 €	7.761,40 €	6.049,97 €

1) Untere Grenzverweildauer: erster Tag ohne Abschlag

2) Obere Grenzverweildauer: letzter Tag ohne Zuschlag

3) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2023 von 3.998,66 €

#### Verwendete Codes:

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

Beachten Sie auch das Kapitel zur Fallzusammenlegung in diesem Leitfaden.

# aG-DRG GRUPPIERUNGSBEISPIELE

## TIEFE HIRNSTIMULATION (THS)

### Beispiel 12: Dystonie

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

		Fall 1: Implantation von Knochenankern zur Vorbereitung auf die stereotaktische Einführung von Stimulationselektroden (Microtargeting)	Fall 2: Implantation oder Wechsel Neurostimulator mit Implantation oder Wechsel von Elektroden	Fall 3: Wechsel Neurostimulator ohne Wechsel von Elektroden	Fall 4: Revision der Sonde mit Elektrodenwechsel	Fall 5: Revision des Neurostimulators ohne Neuanlage
Kodierung	ICD	G24.2	G24.2	G24.2	T85.1	T85.1
	OPS	5-029.f	5-028.91 5-014.93	5-028.a1	5-014.b1 5-014.93	5-028.3
aG-DRG		B20B	B21A	B21B	B20D	B20E
Relativgewicht		2,776	8,135	3,742	1,941	1,513
Partition		0	0	0	0	0
untere GVD <sup>1)</sup>		2	3	1	1	1
Abschlag pro Tag		1.815,39 €	1.107,63 €	179,94 €	2.647,11 €	1.435,52 €
obere GVD <sup>2)</sup>		19	20	7	16	16
aG-DRG-Basisbetrag <sup>3)</sup>		11.100,28 €	32.529,10 €	14.962,99 €	7.761,40 €	6.049,97 €

1) Untere Grenzverweildauer: erster Tag ohne Abschlag

2) Obere Grenzverweildauer: letzter Tag ohne Zuschlag

3) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2023 von 3.998,66 €

#### Verwendete Codes:

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

Beachten Sie auch das Kapitel zur Fallzusammenlegung in diesem Leitfaden.

# MINIMALINVASIVE SCHMERZTHERAPIE

## RADIOFREQUENZABLATION: DIAGNOSESCHLÜSSEL (ICD)

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

## RADIOFREQUENZABLATION: PROZEDURENSCHLÜSSEL (OPS)

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

## RADIOFREQUENZABLATION: AG-DRGs

DRG	Parti-tion	Beschreibung	RG	uGVD <sup>1)</sup>	oGVD <sup>2)</sup>	Entgelt 2023 bei einem BBFW von 3.998,66 € <sup>3)</sup>
110G	O	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne wenig komplexen Eingriff oder ein Belegungstag, mit anderem kleinen Eingriff	0,629	1	12	2.515,16 €
110H	O	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne anderen kleinen Eingriff	0,551	1	5	2.203,26 €
124B	O	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre	0,533	1	5	2.131,29 €
168E	M	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur	0,428	1	11	1.711,43 €
168F	M	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, ein Belegungstag oder Prellung am Oberschenkel.	0,196	-	-	783,74 €

<sup>1)</sup> erster Tag mit Abschlag

<sup>2)</sup> erster Tag mit Zuschlag

<sup>3)</sup> Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2023 von 3998,66 €

# MINIMALINVASIVE SCHMERZTHERAPIE

## GRUPPIERUNGSBEISPIELE

### Beispiel 1: Perkutane Facettendenerivation

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

		Fall 1: Rückenschmerz im Bereich der Brustwirbelsäule mit perkutaner Facettendenerivation an einem Segment	Fall 2: Kreuzschmerz mit perkutaner Facettendenerivation an zwei Segmenten	Fall 3: Lumboischialgie mit perkutaner Facettendenerivation an mehr als drei Segmenten
Kodierung	ICD	M54.6	M54.5	M54.4
	OPS	5-83a.00	5-83a.01	5-83a.02
aG-DRG		I68F	I68E	I68E
Relativgewicht		0,196	0,428	0,428
Partition		M	M	M
untere GVD <sup>1)</sup>		-	1	1
Abschlag pro Tag (max. Abschlag pro Fall)		-	895,70 €	895,70 €
obere GVD <sup>2)</sup>		-	11	11
aG-DRG-Basisbetrag <sup>3) 4)</sup>		783,74 €	1.711,43 €	1.711,43 €

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

3) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2023 von 3.998,66 €

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

#### Verwendete Codes:

<b>M54.4</b>	Lumboischialgie		3 oder mehr Segmente
<b>M54.5</b>	Kreuzschmerz	<b>I68E</b>	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., oh. Wirbelsäulenfraktur
<b>M54.6</b>	Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule		
<b>5-83a.00</b>	Facetten-Thermokoagulation oder Facetten-Kryodenerivation, 1 Segment	<b>I68F</b>	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag oder Prellung am Oberschenkel
<b>5-83a.01</b>	Facetten-Thermokoagulation oder Facetten-Kryodenerivation, 2 Segmente		
<b>5-83a.02</b>	Facetten-Thermokoagulation oder Facetten-Kryodenerivation, 3 oder mehr Segmente		

### Beispiel 2: Denervation des Ileosakralgelenkes (ISG)

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

		Fall 1: Lumboischialgie mit perkutaner Denervation am ISG	Fall 2: Lumboischialgie mit offen chirurgischer ISG Denervation	Fall 3: ISG-Syndrom mit offen chirurgischer Denervation
Kodierung	ICD	M54.4	M54.4	M54.17
	OPS	5-83a.2	5-859.37	5-859.37
aG-DRG		I68E	I24B	I24B
Relativgewicht		0,428	0,533	0,533
Partition		M	O	O
untere GVD <sup>1)</sup>		1	1	1
Abschlag pro Tag (max. Abschlag pro Fall)		895,70 €	355,88 €	355,88 €
obere GVD <sup>2)</sup>		11	5	5
aG-DRG-Basisbetrag <sup>3) 4)</sup>		1.711,43 €	2.131,29 €	2.131,29 €

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

3) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2023 von 3.998,66 €

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

#### Verwendete Codes:

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



# MINIMALINVASIVE SCHMERZTHERAPIE

## GRUPPIERUNGSBEISPIELE

### Beispiel 3: Kreuzschmerz mit unterschiedlichen Methoden der Thermokoagulation

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

		Fall 1: Kreuzschmerz mit perkutaner Facettendenerivation an einem Segment	Fall 2: Kreuzschmerz mit endoskopischer Thermo-koagulation der Nerven	Fall 3: Kreuzschmerz mit offen-chirurgischer Denervation
Kodierung	ICD	M54.5	M54.5	M54.5
	OPS	5-83a.00	5-830.2	5-859.37
aG-DRG		I68E	I10H	I24B
Relativgewicht		0,428	0,551	0,533
Partition		M	O	O
untere GVD <sup>1)</sup>		1	1	1
Abschlag pro Tag (max. Abschlag pro Fall)		895,70 €	591,80 €	355,88 €
obere GVD <sup>2)</sup>		10	7	5
aG-DRG-Basisbetrag <sup>3) 4)</sup>		1.711,43 €	2.203,26 €	2.131,29 €

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

3) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2023 von 3.998,66 €

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

#### Verwendete Codes:

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

### Beispiel 4: Gepulste Radiofrequenzablation

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

		Fall 1: Arthritis, nicht näher bezeichnet (Coccygitis / Coccygodynie) mit gepulster Radiofrequenzbehandlung an Ganglien durch eine Radiofrequenzkanüle	Fall 2: ISG-Syndrom mit gepulster Radiofrequenzbehandlung an Ganglien durch Multifunktions-elektrode	Fall 3: Lumboischialgie mit gepulster Radiofrequenzbehandlung an Ganglien
Kodierung	ICD	M13.98	M54.17	M54.4
	OPS	5-059.f0	5-059.f1	5-059.f1
aG-DRG		I10H	I10H	I10H
Relativgewicht		0,551	0,551	0,551
Partition		O	O	O
untere GVD <sup>1)</sup>		1	1	1
Abschlag pro Tag (max. Abschlag pro Fall)		591,80 €	591,80 €	591,80 €
obere GVD <sup>2)</sup>		5	5	5
aG-DRG-Basisbetrag <sup>3) 4)</sup>		2.203,26 €	2.203,26 €	2.203,26 €

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

3) Basisbetrag bei einem Bundes-Basisfallwert (BBFW) bzw. Veränderungswert 2023 von 3.998,66 €

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

#### Verwendete Codes:

<b>M13.98</b>	Arthritis, nicht näher bezeichnet, sonstige	<b>I10G</b>	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne wenig komplexen Eingriff oder ein Belegungstag, mit anderem kleinen Eingriff
<b>M54.17</b>	Radikulopathie, Lumbosakralbereich	<b>I10H</b>	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne anderen kleinen Eingriff
<b>M54.4</b>	Lumboischialgie		
<b>5-059.f0</b>	Gepulste Radiofrequenzbehandlung an Ganglien, durch Radiofrequenzkanüle		
<b>5-059.f1</b>	Gepulste Radiofrequenzbehandlung an Ganglien, durch Multifunktions-elektrode		

# MINIMALINVASIVE SCHMERZTHERAPIE

## RADIOFREQUENZABLATION: EBM ABRECHNUNGSBEISPIEL

EBM	Name	Beschreibung	Inhalt	Punkte	Euro	Anmerkung
16220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	Neurologisches Gespräch, neurologische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung, je vollendete 10 Minuten	Dauer mindestens 10 Minuten, Als Einzelbehandlung, Erhebung neuropsychologischer/verhaltensneurologischer Befunde, Vertiefte Exploration und differentialdiagnostische Einordnung, Syndrombezogene therapeutische Intervention, Anleitung von Bezugspersonen,	154	17,70 €	
30700	Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient	Grundpauschale für einen Patienten im Rahmen der Versorgung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V	Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen, Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600, individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601, in Anhang 1 aufgeführte Leistungen,	394	45,28 €	
30702	Zusatzpauschale Schmerztherapie	Zusatzpauschale für die schmerztherapeutische Versorgung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V	Basisabklärung und umfassende schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2, einschließlich Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich Auswertung von Fremdbefunden, Durchführung einer Schmerzanalyse, Differentialdiagnostische Abklärung der Schmerzkrankheit, Eingehende Beratung des Patienten einschließlich Festlegung der Therapieziele, Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften Therapieplans unter Berücksichtigung des ermittelten Chronifizierungsstadiums, Vermittlung von biopsychosozialen Zusammenhängen und von Schmerzbewältigungsstrategien, Gewährleistung der Einleitung und Koordination der flankierenden therapeutischen Maßnahmen und/oder Fortführung einer umfassenden schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2, einschließlich Zwischenanamnese einschließlich Auswertung von Fremdbefunden, Eingehende Beratung des Patienten und ggf. Überprüfung der Therapieziele und des Therapieplans, Weitere Koordination und ggf. Überprüfung der flankierenden therapeutischen Maßnahmen, Standardisierte Dokumentation(en), Bericht an den Hausarzt über den Behandlungsverlauf, Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,	498	57,23 €	Die Zusatzpauschale 30702 ist in demselben Arztfall nur neben der Grundpauschale 30700, nicht neben einer anderen Versichertenpauschale, Grundpauschale bzw. Konsiliarpauschale berechnungsfähig.
34503	Bildwandlergestützte Intervention Wirbelsäule	Bildwandlergestützte Intervention(en) an der Wirbelsäule	Bildwandlergestützte Intervention in bzw. an Nerven, Ganglien, Gelenkkörper(n) und/oder Gelenkfacette(n) der Wirbelsäule, Überwachung über mindestens 30 Minuten, Dokumentation, Fakultativer Leistungsinhalt: Kontrolle mittels Bildwandler, Infusion(en) (Nr. 02100), Punktion(en) I (Nr. 02340), Punktion(en) II (Nr. 02341),	667	76,65 €	Abrechnungsausschluss in der selben Sitzung: 02100, 02340, 02341

# FALLZUSAMMENFÜHRUNG

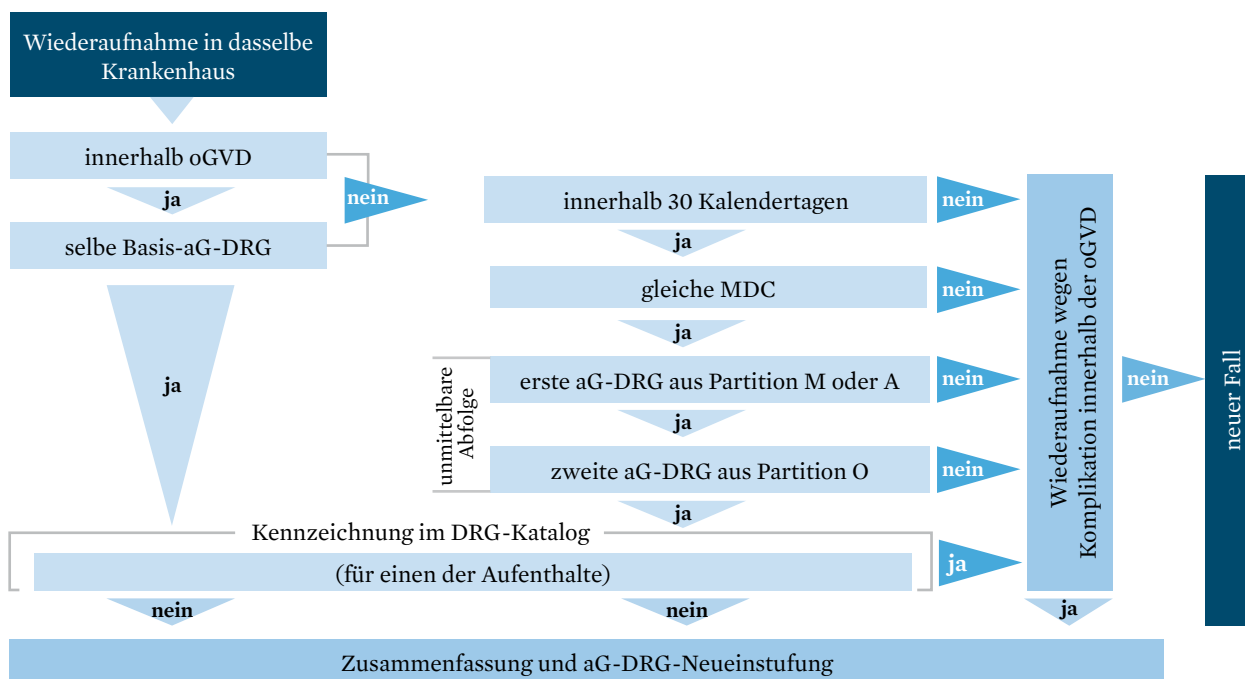
Gemäß §2 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2023 (FPV 2023) ist unter bestimmten Voraussetzungen eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen.

Folgende Kriterien sind dabei zu prüfen:

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

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

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



# FALLZUSAMMENFÜHRUNG

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

## Beispiel 1: Wiederaufnahme innerhalb der oberen Grenzverweildauer

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

### Krankenhausaufenthalt 1:

ICD	M96.1	FBSS
OPS	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie

aG-DRG	I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., oh. Wirbelsäulenfraktur	Partition M	oGVD = 10 erster Tag mit Zuschlag
--------	------	---	-------------	-----------------------------------

### Krankenhausaufenthalt 2:

ICD	M96.1	FBSS
OPS	5-039.32	Implantation eines temporären Einzelektrodensystems zur epiduralen Teststimulation

aG-DRG	I10F	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff und mehr als ein Belegungstag	Partition O	oGVD = 11 erster Tag mit Zuschlag
--------	------	--	-------------	-----------------------------------

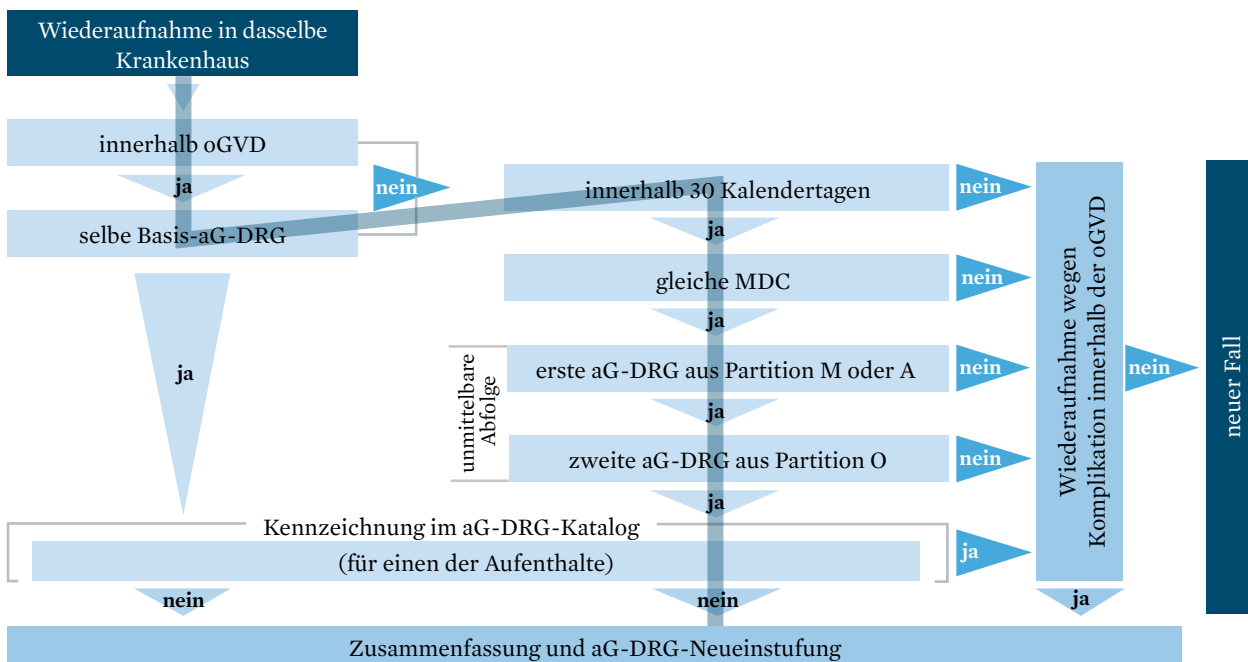
Prüfkriterien:

- oGVD (Fall 1) = 10
- Basis-DRG (Fall 1) = I68  
Basis-DRG (Fall 2) = I10
- MDC (Fall 1) = 8  
MDC (Fall 2) = 8
- Partition (Fall 1) = M  
Partition (Fall 2) = O
- Kennzeichnung (Fall 1): nein  
Kennzeichnung (Fall 2): nein

Ergebnis der Prüfung:

**Die beiden Fälle werden zu einem Fall zusammengefasst.**

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



# FALLZUSAMMENFÜHRUNG

## Beispiel 2: Wiederaufnahme bei gleicher Basis-aG-DRG

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

### Krankenhausaufenthalt 1:

ICD	M96.1	FBSS		
ICD	T91.1	Folgen einer Fraktur der Wirbelsäule		
OPS	5-039.33	Implantation eines temporären Mehrelektrodensystems zur epiduralen Teststimulation		
aG-DRG	I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff an der Wirbelsäule ohne komplexen Eingriff an der Wirbelsäule ohne Diszitis, ohne Bandscheibeninfektion	Partition O	oGVD = 12 erster Tag mit Zuschlag

### Krankenhausaufenthalt 2:

ICD	M96.1	FBSS		
ICD	T91.1	Folgen einer Fraktur der Wirbelsäule		
OPS	5-039.e1	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalsystem, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar		
aG-DRG	I19A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems	Partition O	oGVD = 10 erster Tag mit Zuschlag

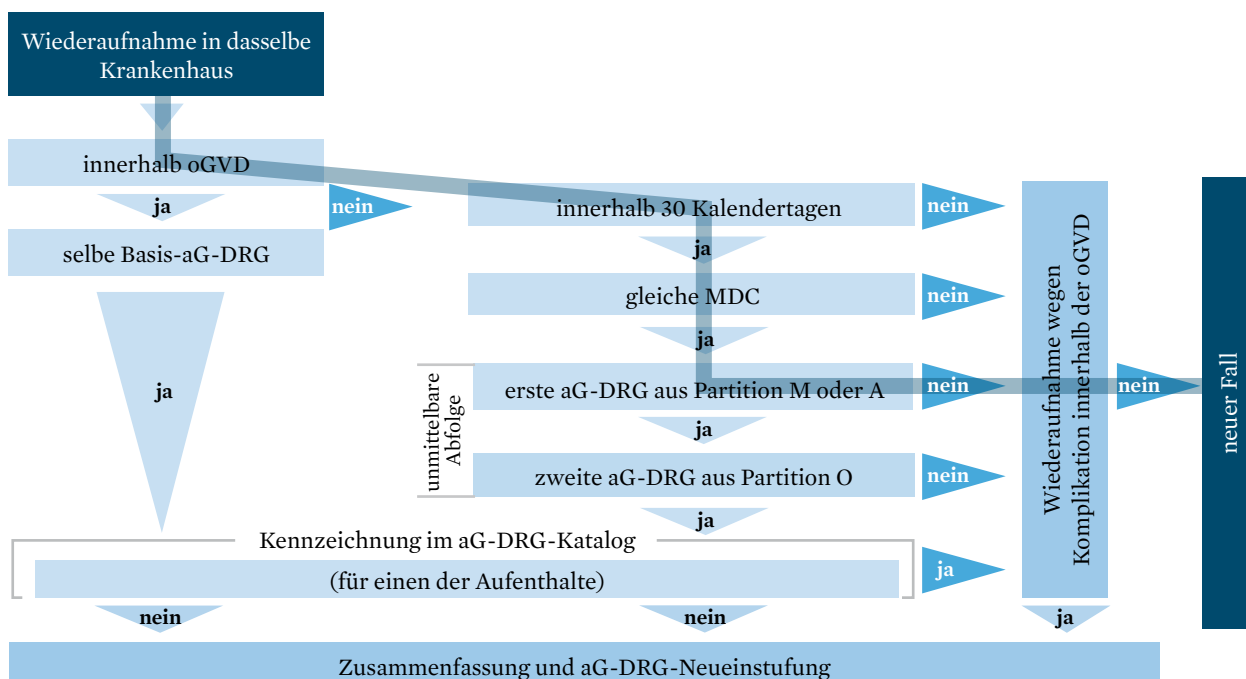
### Prüfkriterien:

- oGVD (Fall 1) = 12
- Basis-aG-DRG (Fall 1) = I10  
Basis-aG-DRG (Fall 2) = I19
- MDC (Fall 1) = 8  
MDC (Fall 2) = 8
- Partition (Fall 1) = O  
Partition (Fall 2) = O

### Ergebnis der Prüfung:

**Die beiden Fälle werden einzeln abgerechnet.**

In diesem Fall ist es wichtig, dass mit der zweiten Intervention mindestens 13 Tage (oGVD) gewartet wird. Eine frühere Intervention hätte wegen der Regel zur oGVD eine Fallzusammenlegung zur Folge. Alternativ hätte die Testung ambulant nach §115b durchgeführt werden können.



# AMBULANTE VERSORGUNG MIT NEUROSTIMULATOREN

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

## Ambulant im Krankenhaus nach § 115b SGB V

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

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

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

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

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

Nachfolgend ein Auszug mit den für diesen Leitfaden relevanten Prozeduren.

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

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

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

# AMBULANTE VERSORGUNG MIT NEUROSTIMULATOREN

## Ambulant beim Vertragsarzt

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

## SCS

OPS 2023	Bezeichnung OPS 2023	Ambulante Operation / EBM Ziffer
5-039.32	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation einer temporären Elektrode zur epiduralen Teststimulation	31255
5-039.33	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation mehrerer temporärer Elektroden zur epiduralen Teststimulation	31256
5-039.34	Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan	31255
5-039.35	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan	31256
5-039.e1	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	31256
5-039.e2	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	31256
5-039.f1	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	31252
5-039.f2	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	31252
5-039.n1	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	31252
5-039.n2	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	31252

# AMBULANTE VERSORGUNG MIT NEUROSTIMULATOREN

## DRG

OPS 2023	Bezeichnung OPS 2023	Ambulante Operation / EBM Ziffer
5-039.c7	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Revision von Elektroden: Spinalganglion, mehrere Elektroden	31253
5-039.j0	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation von Spinalganglien: Eine Elektrode zur Ganglienstimulation	31252
5-039.j1	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation von Spinalganglien: Mehrere Elektroden zur Ganglienstimulation	31253
5-039.k1	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulations- elektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	31251
5-039.m1	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, voll- implantierbar, nicht wiederaufladbar	31251
5-039.q1	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	31252



# AMBULANTE VERSORGUNG MIT NEUROSTIMULATOREN

## Abrechnungshinweise für PKV-Patienten gemäß GOÄ

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

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

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

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

# GLOSSAR

**aG-DRG**

ausgegliederte German - Diagnosis Related Groups

**BBFW**

Bundesbasisfallwert

**CRPS**

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

**DRG**

Diagnosis Related Groups = Diagnosebezogene Fallgruppen

**DRG**

dorsal root ganglion = Spinalganglion

**EBM**

Einheitlicher Bewertungsmaßstab

**FBSS**

Failed Back Surgery Syndrome = Postnukleotomiesyndrom

**GOÄ**

Die Gebührenordnung für Ärzte

**ICD**

International Classification of Diseases = Internationale Diagnosegruppen

**MDC**

Major Diagnostic Category = Hauptdiagnosekategorie

**OGVD**

obere Grenzverweildauer

**OPS**

Operationen und Prozeduren-Schlüssel

**PAVK**

periphere arterielle Verschlusskrankheit

**PNS**

Periphere Nervenstimulation

**RG**

Relativgewicht, auch Bewertungsrelation

**SCS**

Spinal Cord Stimulation = epidurale Rückenmarkstimulation

**SNS**

Sakrale Nervenstimulation

# GLOSSAR

## THS

Tiefe Hirnstimulation

## UGVD

untere Grenzverweildauer

## VWD

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

## ZE

Zusatzentgelt

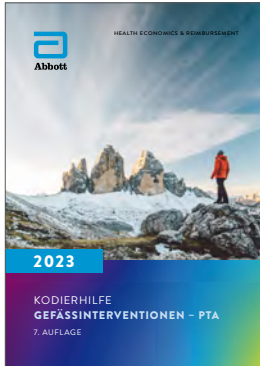
## Z.N.

Zustand nach

# QUELLEN

- A) **InEK, Fallpauschalenkatalog 2023:**  
<https://www.g-drug.de/ag-drg-system-2023/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-20232>
- B) **GKV-Spitzenverband, Veränderungswert 2023:**  
[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/orientierungswert/2022\\_12\\_01\\_Vereinbarung\\_Veraenderungswert\\_2023\\_KHEntgG.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/orientierungswert/2022_12_01_Vereinbarung_Veraenderungswert_2023_KHEntgG.pdf)
- C) **Verband der Privaten Krankenversicherung, Gebührenordnung für Ärzte:**  
<https://www.derprivatpatient.de/sites/default/files/gebuehrenordnung-fuer-aerzte.pdf>
- D) **BfArM, OPS Version 2023:**  
[https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html)
- E) **BfArM, ICD-10 GM Version 2023:**  
[https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html)
- F) **Kassenärztliche Bundesvereinigung, Einheitlicher Bewertungsmaßstab 2023:**  
[https://www.kbv.de/media/sp/EBM\\_Gesamt\\_-\\_Stand\\_1.\\_Quartal\\_2023.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/EBM_Gesamt_-_Stand_1._Quartal_2023.pdf)
- G) **Kassenärztliche Bundesvereinigung, Katalog Ambulantes Operieren 2023:**  
[https://www.kbv.de/media/sp/AOP-Vertrag\\_Anlage\\_1.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/AOP-Vertrag_Anlage_1.pdf)

# DAS KÖNNTE SIE AUCH INTERESSIEREN



Kodierhilfe  
Gefäßinterventionen –  
PTA



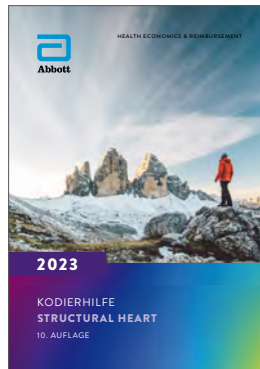
Kodierhilfe  
Koronarinterventionen –  
PCI



Kodierhilfe  
Rhythmologie



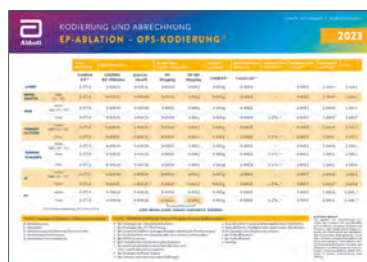
Kodierhilfe  
Heart Failure



Kodierhilfe  
Structural Heart



Ereignis-Rekorder



EP-Ablation



Katheterbasierte  
Mitralklappentherapie



Mitralklappen  
Transkatheter Ersatz

**WEITERE INFORMATIONEN UND KODIERHINWEISE FINDEN SIE UNTER**

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

# WIR FÜR SIE



## PEGAH ARABI

**Associate Manager  
Health Economics & Reimbursement**

Telefon: +49 (0) 151-215 67 327



## JANNIS RADELEFF

**Head of Health Economics &  
Reimbursement DACH**

Telefon: +49 (0) 6196 7711-144

## IHR ANSPRECHPARTNER

### Abbott Medical GmbH

Helfmann-Park 7

65760 Eschborn

Tel: +49 6196 771111-0

Fax: +49 6169 7711-117

Bei Fragen und Anregungen: [reimbursement-germany@abbott.com](mailto:reimbursement-germany@abbott.com)

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

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

**Daten:** Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (© InEK), Siegburg, Germany: German Diagnosis Related Groups, Version 2023, ICD-10-GM 2023 und OPS 2023 (© BfArM).

ACHTUNG: Produkte dürfen nur von einem Arzt oder unter dessen Anleitung verwendet werden. Es ist wichtig, vor der Verwendung sorgfältig die Packungsbeilage in der Produktverpackung (falls vorhanden) oder auf [eifu.abbottvascular.com](http://eifu.abbottvascular.com) und [medical.abbott/manuals](http://medical.abbott/manuals) mit Gebrauchsanweisung, Warnhinweisen und den möglichen Komplikationen zu lesen, die bei der Verwendung dieses Produkts auftreten können.

Archivierung der Daten und Fotoaufnahmen durch Abbott Medical.

Hierin enthaltene Informationen sind ausschließlich zur Veröffentlichung in Deutschland bestimmt.

**ABBOTT MEDICAL GMBH**

Helfmann-Park 7 | 65760 Eschborn

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

™ kennzeichnet eine Marke der Abbott Unternehmensgruppe.

© 2023 Abbott. Alle Rechte vorbehalten.

MAT-2302100 v1.0 | Artikel nur zur Verwendung in Deutschland zugelassen.

