



HEALTH ECONOMICS & REIMBURSEMENT

2024

**KODIERHILFE
AMBULANTE ABRECHNUNG
NEUROSTIMULATION**

2. 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

Vorwort	5
AMBULANTE VERSORGUNG MIT NEUROSTIMULATOREN – AOP	
Der AOP-Katalog	7
Simulation AOP vs. IGES	7
Boni & Skonti	8
Übersicht der AOP-Prozeduren 2024	8
Abrechnungsbeispiele zur ambulanten Versorgung mit Neurostimulatoren	10
AMBULANTE VERSORGUNG MIT NEUROSTIMULATOREN – EBM	
Rückenmarkstimulation (SCS)	11
Dorsal Root Ganglion (DRG)	12
Tiefe Hirnstimulation (DBS)	12
AMBULANTE VERSORGUNG: BESONDERE ABRECHNUNGSMÖGLICHKEITEN	
Schmerztherapeutische Leistungen für die eine besondere Qualifikation erforderlich ist	13
AMBULANTE VERORGUNG MIT NEUROSTIMULATOREN – GOÄ	
Abrechnungshinweise für PKV-Patient:innen gemäß GOÄ	15
KONTEXTFAKTOREN	
Erläuterung der Kontextfaktoren	18
Übersicht über die Kontextfaktoren aus dem AOP-Katalog	18
Anwendung Kontextfaktoren Neuromodulation	20
Q & A	22
Glossar	23
Quellen	25
Das könnte Sie auch interessieren	26
Wir für Sie	27

VORWORT

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

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

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

Im Rahmen dieser Übersicht können nicht alle dieser hochkomplexen Aspekte ausführlich beschrieben werden, die wichtigsten allgemeinen Änderungen für das Jahr 2024 haben wir jedoch kurz für Sie zusammengefasst.

Ambulantisierung bisher stationärer Leistungen

Grundsätzlich entfallen im AOP-Katalog die G-AEP-Kriterien. Diese dienten bisher dazu, Begleitumstände zu beschreiben, welche einer ambulanten Leistungserbringung im Wege standen. Die G-AEP-Kriterien wurden bereits 2023 durch Kontextfaktoren ersetzt.

AMBULANTE VERSORGUNG MIT NEUROSTIMULATOREN – AOP

Der AOP-Katalog

Im internationalen Vergleich gilt die Ambulantisierung der Medizin im deutschen Gesundheitssystem als unzureichend. Als Konsequenz soll die Möglichkeit für ambulante Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe (AOP) in Krankenhäusern substanziell ausgeweitet werden. Der AOP-Katalog soll dazu beitragen, unnötige und kostenintensive Krankenhausbehandlungen zu reduzieren.

Der AOP-Katalog wird jährlich zwischen dem GKV-Spitzenverband (GKV SpiBu), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) neu verhandelt, um Grundsätze der ambulanten Abrechnung zu regeln. Die Krankenhäuser sind dazu verpflichtet, ihre Teilnahme am ambulanten Operieren gegenüber der Krankenkasse jährlich zu melden. Dieses Meldeformular gemäß § 1 Absatz 2 AOP-Vertrag lässt sich bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. abrufen. Das Erbringen von Leistungen nach §115b ist demnach lediglich meldepflichtig, nicht aber genehmigungspflichtig.

Simulation AOP vs. IGES

Ein Gutachten des IGES-Instituts hat 2500 medizinische Leistungen vorgeschlagen, die zusätzlich in den Katalog für ambulantes Operieren künftig stufenweise mit aufgenommen werden könnten. Damit würde sich die Anzahl der derzeit möglichen ambulanten Leistungen von Kliniken in den nächsten Jahren nahezu verdoppeln. Die hohe Zahl von Leistungen, die Krankenhäuser gemäß den Empfehlungen zukünftig auch ambulant erbringen können, resultiert aus einem sogenannten potenzialorientierten Ansatz der Gutachter:innen. Maßgeblich war, dass Möglichkeiten für eine ambulante Durchführung bestehen. Dies folgerten sie aus übergeordneten medizinischen Kriterien, aus Empfehlungen von Fachgesellschaften sowie aus AOP-Erfahrungen im Ausland.

Gemäß AOP-Definition würden nach aktuellem Stand ca. 90% der Neuromodulation (NMD)-Fälle nicht mehr stationär, sondern zukünftig ambulant erbracht werden. Das bedeutet, dass fast alle bisher **stationär** erbrachten NMD-Fälle, außer Deep Brain Surgery (DBS, tiefe Hirnstimulation), künftig **ambulant** erbracht werden sollten.

Jedoch gibt es mittlerweile verschiedene Analysen, die zeigen, dass die Verschiebung von stationären zu ambulanten Fällen andere Tendenzen aufzeigen. Dies lässt sich dadurch begründen, dass in Anbetracht bestehender Komorbiditäten einige Fälle weiterhin stationär erbracht werden würden. Zusammengefasst bedeutet das, dass die DRG-Fälle, die zu AOP übergehen, stark vom Schweregrad der einzelnen Patient:innen abhängt. Dies wird über die sogenannten Kontextfaktoren begründet, die in dieser Kodierhilfe ausführlich beschrieben werden.

Das Ausmaß, inwiefern sich das AOP-DRG Verhältnis entwickeln wird, lässt sich zu diesem Zeitpunkt noch nicht abschließend einschätzen. Letztlich lässt sich festhalten, dass die Anzahl der Fälle, die tatsächlich von stationär zu ambulant übergehen werden, noch unklar abzuschätzen ist.

Boni & Skonti

Im Hinblick auf Abrechnungen nach AOP gibt es einen Punkt (Boni & Skonti), der zu beachten gilt. Das Krankenhaus ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen und nach Maßgabe der Krankenkasse nachzuweisen. Gegebenenfalls vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten, sind weiterzugeben. Ein Barzahlungsrabatt (Preisnachlass bei fristgerechter Zahlung) ist weiterzugeben, soweit dieser 3 % übersteigt. Werden die Materialien bei mehreren Patient:innen verbraucht, so ist ein durchschnittlicher Preis je Patient:in zu ermitteln und nach Maßgabe der Krankenkasse nachzuweisen.

Übersicht der AOP-Prozeduren 2024

Für das Jahr 2024 sind keine weiteren Änderungen hinzugekommen. Im Bereich der Neuromodulation wurde der AOP-Katalog bereits im Jahr 2023 um einige OPS-Kodes erweitert. Insbesondere davon betroffen sind beispielsweise Entfernungen von Elektroden, oder der Wechsel²⁾ von Neurostimulatoren. Sowohl die Testung als auch die Implantation von Neurostimulatoren kann nun ambulant durchgeführt werden.

Die folgenden Tabellen bieten eine Übersicht der erbringbaren und abrechenbaren Leistungen.

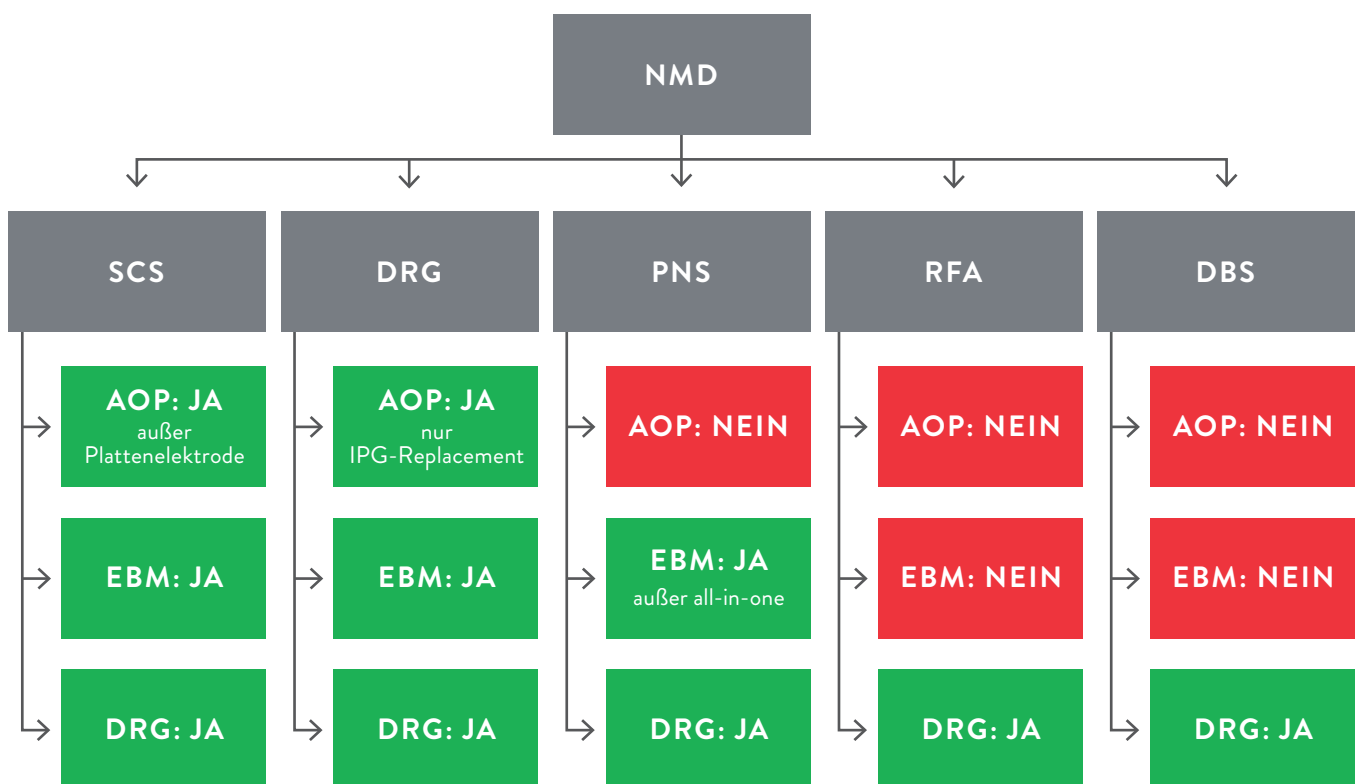


Abbildung: Prozeduren nach Leistungssektor; SCS=Spinal Cord Stimulation; DRG= Dorsal Root Ganglion; PNS = Peripheral Nerve Stimulation, RFA= Radio Frequency Ablation; DBS= Deep Brain Surgery

Nachfolgend ein Auszug mit den für diesen Leitfaden relevanten Prozeduren.

OPS 2024	Beschreibung OPS 2024	Neu im AOP?
5-039.a2	Entfernung von Elektroden: Eine epidurale Stabelektrode	Neu seit 2023
5-039.a3	Entfernung von Elektroden: mehrere epidurale Stabelektroden	Neu seit 2023
5-039.a5	Entfernung von Elektroden: Mehrere epidurale Plattenelektroden	
5-039.d	Entfernung von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation oder zur Vorderwurzelstimulation	
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, nicht wiederaufladbar	
5-039.f2	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	
5-039.m0	Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	Neu seit 2023
5-039.m1	Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	Neu seit 2023
5-039.n0	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	
5-039.n1	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	
5-039.n2	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	
5-039.p	Implantation eines Neurostimulators zur Vorderwurzelstimulation ohne Implantation einer subduralen Elektrode	Neu seit 2023
5-039.q0	Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	Neu seit 2023
5-039.q1	Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	Neu seit 2023
5-039.33	Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: 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 einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan	

Abrechnungsbeispiele zur ambulanten Versorgung mit Neurostimulatoren

Im Folgenden finden Sie einige Abrechnungsbeispiele zur Abrechnung von Neurostimulatoren im ambulanten Bereich. Bitte beachten Sie, dass die aufgeführten Ziffern lediglich Beispiele darstellen und nur Leistungen abgerechnet werden dürfen, die tatsächlich erbracht wurden. Es handelt sich um die Vergütung der ärztlichen Leistung ohne Implantatekosten.



SCS-Aggregat mit Elektroden oder nur Elektroden: AOP

	GOP	Beschreibung	Summe
Vorbereitung	32125	Präoperative Labordiagnostik	1,45 €
	16211	Grundpauschale 6.-59. Lebensjahr (Neuro)	21,96 €
Operation	31256	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P6	793,01 €
	31826*	Anästhesie oder Narkose 6	393,82 €
	31258	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31251 bis 31257	90,70 €
Nachsorge	31506	Postoperative Überwachung 6	165,64 €
	31676	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/4b	36,16 €
	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	0,86 €
	01602	Mehrfertigung (z.B.) Kopie eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt:in	1,43 €
			1.505,03 €
Sachkostenpauschale 7%			105,35 €
Gesamtbetrag (ohne Implantate)			1.610,38 €

*optional

SCS-Aggregat ohne Elektroden (z.B. 5-039.n1): AOP

	GOP	Beschreibung	Summe
Vorbereitung	16211	Grundpauschale 6.-59. Lebensjahr (Neuro)	21,96 €
	32125	Präoperative Labordiagnostik	1,45 €
Operation	31252	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P2	245,48 €
	31822	Anästhesie oder Narkose 2*	160,63 €
	31258	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31251 bis 31257	90,70 €
Nachsorge	31504	Postoperative Überwachung 4	82,82 €
	31670	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/1b	10,14 €
	40110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	0,86 €
	01602	Mehrfertigung (z.B.) Kopie eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt:in	1,43 €
			615,47 €
Sachkostenpauschale 7%			43,08 €
Gesamtbetrag (ohne Implantate)			658,55 €

AMBULANTE VERSORGUNG MIT NEUROSTIMULATOREN – EBM

Im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) sind ebenfalls bestimmte Leistungen aus dem Bereich der Neuromodulation abgebildet. Alle Prozeduren entstammen mit einer Ausnahme dem Bereich der epiduralen Rückenmarkstimulation³⁾. Einzig die Entfernung eines Neurostimulators zur Hirnstimulation kann ebenfalls vom Vertragsarzt / von der Vertragsärztin durchgeführt werden. Die nachfolgende Tabelle fasst die Leistungen zusammen, die im Jahr 2024 nach EBM erbracht und abgerechnet werden können.

Rückenmarkstimulation (SCS)

Die folgende Tabelle zeigt einen Überblick der SCS-Prozeduren im EBM-Katalog:

OPS 2024	Bezeichnung OPS 2024 Ambulante Operation	EBM-Ziffer	Summe
5-039.32	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation einer temporären Elektrode zur epiduralen Teststimulation	31255	592,28 €
5-039.33	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation mehrerer temporärer Elektroden zur epiduralen Teststimulation	31256	793,01€
5-039.34	Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan	31255	592,28 €
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	793,01 €
5-039.e1	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	31256	793,01 €
5-039.e2	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	31256	793,01 €
5-039.f1	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	31252	245,48 €
5-039.f2	Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	31252	245,48 €
5-039.n1	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	31252	245,48 €
5-039.n2	Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	31252	245,48 €

Dorsal Root Ganglion (DRG)

Die folgende Tabelle zeigt einen Überblick der DRG-Prozeduren im EBM-Katalog:

OPS 2024	Bezeichnung OPS 2024 Ambulante Operation	EBM-Ziffer	Summe
5-039.c7	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Revision von Elektroden: Spinalganglion, mehrere Elektroden	31253	328,66 €
5-039.j0	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation von Spinalganglien: Eine Elektrode zur Ganglienstimulation	31252	245,48 €
5-039.j1	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimula- tion von Spinalganglien: Mehrere Elektroden zur Ganglienstimulation	31253	328,66 €
5-039.k1	Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulations- elektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	31251	180,44 €
5-0.39.m1	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	31251	180,44 €
5-0.39.q1	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	31252	245,48 €

Tiefe Hirnstimulation (DBS)

Die Erstimplantation und der Generator-Austausch zur Tiefen Hirnstimulation erfolgen stationär. Eine Abbildung in den ambulanten Leistungskatalogen ist daher nicht vorhanden. Derzeit gibt es keine explizite EBM-Ziffer für die Generatorprogrammierung zur tiefen Hirnstimulation.

AMBULANTE VERSORGUNG: BESONDERE ABRECHNUNGSMÖGLICHKEITEN

Schmerztherapeutische Leistungen für die eine besondere Qualifikation erforderlich ist

Symptomatische Schmerzen und Schmerzen im Frühstadium einer Chronifizierung können durch die bestehende medizinische Fachkompetenz der Vertragsärzte / -ärztinnen bereits in der Regelversorgung adäquat behandelt werden. Es gibt jedoch Patientengruppen, für die eine besondere schmerztherapeutische Versorgung erforderlich ist. Diese kann qualitätsgesichert und wirtschaftlich nur von solchen Ärzten / Ärztinnen gewährleistet werden, die über eine besondere Qualifikation verfügen und bestimmte organisatorische Vorgaben erfüllen.

Als schmerztherapeutische Einrichtung gem. § 4 Abs. 3 Nr.1 gelten Schmerzkliniken, Schmerzabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Schmerzambulanzen und Schmerzpraxen niedergelassener Vertragsärzte oder -ärztinnen, welche die Anforderungen der Vereinbarung erfüllen und die ausschließlich bzw. weit überwiegend Schmerzpatient:innen behandeln.

Dazu bedarf es einer fachlichen Befähigung für die Ausführung und Abrechnung⁴⁾ von Leistungen zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patient:innen. Diese Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V lässt sich unter der Kassenärztlichen Bundes Vereinigung (KBV) abrufen. Die Anerkennung wird auf Antrag von der KBV widerruflich erteilt. Zuständig ist jeweils die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bereich die Einrichtung gelegen ist.

In der nachfolgenden Tabelle finden Sie einige Beispiele zur Abrechnung für schmerztherapeutische Einrichtungen gem. § 4 Abs. 3 Nr.1 im ambulanten Bereich:

EBM-Ziffer	Bezeichnung	Summe
30700*	Grundpauschale für im Rahmen der Versorgung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patient:in (mindestens ein Arzt/Ärztin-Patient:in-Kontakt und/oder Arzt/Ärztin-Patient:in-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde). Diese Ziffer kann nicht neben anderen Grundpauschalen abgerechnet werden.	47,02 €
30702	Zusatzpauschale für die schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patient:innen	59,43 €
30706	Teilnahme an einer multidisziplinären schmerztherapeutischen Fallkonferenz	10,26 €
30708	Beratung und Erörterung im Rahmen der Schmerztherapie, mindestens 10 Minuten, je 10 Minuten	20,17 €

**Diese Leistung kann 1-mal pro Quartal abgerechnet werden*

Die Voraussetzung für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 30700 und 30702 ist eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patient:innen und der Nachweis der regelmäßigen Teilnahme an interdisziplinären Schmerzkonferenzen.

In der nachfolgenden Tabelle finden Sie weitere Beispiele zur Abrechnung für schmerztherapeutische Einrichtungen gem. § 4 Abs. 3 Nr.1 im ambulanten Bereich:

EBM-Ziffer	Bezeichnung	Summe
16222*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 16220 bei Patient:innen mit schweren neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Störungen	16,23 €
16220*	Neurologisches Gespräch, neurologische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung durch eine Psychiater:in	18,38 €
16225*	Überprüfung einer Duodenal-DOPA-Pumpe bei Parkinsonpatient:innen	23,75 €
16230*	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung einer Patient:in mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems in der häuslichen und/oder familiären Umgebung (mind. 2 persönliche Arzt/Ärztin-Patient:in Kontakte)	44,99 €
16231*	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung eine Patient:in mit einer neurologischen Erkrankung in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen	25,30 €
16232*	Diagnostik und/oder Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und Erwachsenen (mind. 2 persönliche Arzt/Ärztin-Patient:in Kontakte). Die Ziffer 16232 kann nicht neben der Ziffer 16231 abgerechnet werden.	22,08 €
16233*	Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems in der häuslichen und/oder familiären Umgebung (ein persönlicher Arzt/Ärztin- Patient:in Kontakt, mindestens 15 Minuten)	40,58 €

**Diese Leistungen können 1-mal pro Quartal abgerechnet werden*

AMBULANTE VERSORGUNG MIT NEUROSTIMULATOREN – GOÄ

Abrechnungshinweise für PKV-Patient:innen gemäß GOÄ

In der Gebührenordnung für Ärzte und Ärztinnen (GOÄ) sind bestimmte Leistungen aus dem Bereich der Neuromodulation spezifisch abgebildet, andere können über Analogziffern berechnet werden. Als Beispiel wurde die Rückenmarkstimulation⁵⁾ (SCS) bei chronischem Schmerzsyndrom ausgewählt.

Bitte beachten Sie, dass die aufgeführten Ziffern ein Abrechnungsbeispiel sind und lediglich eine Orientierungshilfe darstellen. Die Erbringung und Abrechnung alternativer Ziffern ist möglich. Ebenso ist auch der verwendete Faktor als Beispiel zu verstehen und sollte je nach Schwierigkeit und Zeitaufwand angepasst werden. Es dürfen nur die Leistungen abgerechnet werden, die auch tatsächlich erbracht wurden. Verbrauchsmaterialien und Medikamente mit einem Wert von über 1,50 € dürfen nach §10 GOÄ zusätzlich abgerechnet werden.

Grundsätzlich ist in der GOÄ der Faktor je nach Schweregrad anzupassen. Dieser kann für ärztliche Leistungen zwischen 1,0 und 3,5 variieren. Ab einer Steigerung über den Faktor 2,3 ist eine Begründung notwendig. Bei technischen Leistungen kann der Faktor von 1,0 bis 2,5 variieren. Ab einer Steigerung über den Faktor 1,8 ist hier ebenfalls eine Begründung notwendig. Bitte beachten Sie, dass es sich bei den aufgeführten Abrechnungsbeispielen lediglich um Orientierungshilfen handelt und die tatsächliche Abrechnung und Höhe des Faktors davon abweichen kann.

Die nachfolgende Tabelle fasst exemplarisch Leistungen aus dem Bereich der Neuromodulation zusammen, die nach der GOÄ erbracht werden können.

Da sich dieses Abrechnungsbeispiel auch auf den stationären Sektor übertragen lässt, achten Sie bitte darauf, dass im stationären Sektor eine Liquidationsminderung zu beachten ist.

Phase	Ziffer	Anzahl	Faktor	Punkte	Euro	Erklärung/Begründung
TRIAL	452	1	2,3	190	25,47€	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	20,11€	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	24,68€	Infiltrationsanästhesie großer Bezirke – auch Parazervikalanästhesie / durch Mehrfachapplikation erhöhter ärztlicher Aufwand
	261	1	2,3	30	4,02€	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	21,45€	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	78,69€	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	123,42€	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	26,14€	Eingehende neurologische Untersuchung
	661	1	1,8	530	55,61€	Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers gegebenenfalls mit Magnettest (Teststimulation)

* alternativ zur 452 abrechnen, wenn Implantation <1h

** „Der Zuschlag nach Nummer 5298 beträgt 25 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.“
Das bedeutet in diesem Fall, dass 25% der Leistung auf den Zuschlag angewandt wird.

Fortsetzung der Tabelle auf der Folgeseite →

Phase	Ziffer	Anzahl	Faktor	Punkte	Euro	Erklärung/Begründung
IPG IMPLANTATION	452	1	2,3	190	25,47€	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	20,11€	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	4,02€	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	81,11€	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
	301	1	2,3	160	21,45€	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	78,69€	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	123,42€	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	26,14€	Eingehende neurologische Untersuchung

SUMME BRUTTO: 3.157,01€

KONTEXTFAKTOREN

Erläuterung der Kontextfaktoren

Im Bereich der Neuromodulation hat sich einiges getan im Hinblick auf die Ambulantisierungsbestrebungen. Die mit dem neuen AOP-Vertrag publizierten "Kontextfaktoren" sollen die bisherigen G-AEP-Kriterien ablösen.

Bei Vorliegen von mindestens einem Kontextfaktor, ist der Gesundheitszustand und die Funktionsfähigkeit einer Patient:in eingeschränkt. Das bedeutet, dass die Voraussetzung für die zunächst ambulant durchzuführende Leistung nicht mehr gegeben ist, und somit die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme erfüllt ist. Dann kann die Leistung stationär erbracht und abgerechnet werden.

Im Rahmen der Erweiterung des AOP-Katalogs mit Wirkung bereits zum 01.01.2023 wurden **die G-AEP-Kriterien⁶⁾ durch Kontextfaktoren ersetzt**. In diesem Zusammenhang wurden die bisherigen Kategorien 1 und 2 aufgelöst. Bisher bestehende OPS-bezogene Regelungen der Kategorie Zuordnung wurden weitestgehend in die Kontextfaktoren integriert. Ein Teil der AOP-Kontextfaktoren entstammen aus dem Gutachten des IGES-Instituts (§ 115b Abs. 1a SGB V). Die Krankenhäuser sind verpflichtet, Kontextfaktoren gemäß der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) zu dokumentieren und bei der Abrechnung der Patient:in zu übermitteln.

Übersicht über die Kontextfaktoren aus dem AOP-Katalog

Die neue Kontextprüfung verläuft vereinfacht dargestellt so, dass zunächst auf der Ebene von OPS-Kodes 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:

Im Zuge der Veröffentlichung des AOP-Kataloges wurde eine Übersichtsdatei mit allen relevanten Kontextfaktoren mitveröffentlicht. Darin werden die folgenden Bereiche aufgelistet, bei denen das Vorliegen einer der Faktoren die Leistung stationär erbracht und abgerechnet werden kann:

- **Stationäre Erbringung durch ICD-10 Kodes (Haupt- oder Nebendiagnose)**

Bei Vorliegen einer oder mehrerer Diagnosen der Auflistung von 1.451 Diagnosen. Hier werden beispielsweise Embolie, Streptokokken, etc.) aufgeführt.

- **Stationäre Erbringung durch OPS-Kodes**

In der Auflistung von 5.493 Maßnahmen, welche eine stationäre Behandlung begründen können, finden sich ausschließlich OPS-Kodes des Kapitels 5 des OPS-Katalogs.

- **Funktionseinschränkung**

Für die stationär begründenden Funktionseinschränkungen wurden die nachfolgenden sieben ICD-Kodes aus dem Bereich schweren motorischen sowie kognitiven Einschränkung 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

Abbildung: OPD-Kodes von Funktionseinschränkungen

- **Pflegegrad**

Bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 oder 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 Neuromodulation sicher keine Relevanz.

Anwendung Kontextfaktoren Neuromodulation

Um die Kontextfaktoren für den Bereich der Neuromodulation zu verdeutlichen, werden im Folgenden Praxis Beispiele illustriert.

In der folgenden grafischen Darstellung wird exemplarisch ein Behandlungspfad dargestellt:

AOP-KONTEXTFAKTOREN FALLBEISPIEL

FALLBEISPIEL 1



FALLBEISPIEL 2



KURZ ZUSAMMENGEFASST: KONTEXTFAKTOREN

Grundsätzlich entfallen beim AOP-Katalog die Kategorien 1 und 2 und die G-AEP-Kriterien. Diese dienen bisher dazu, nicht in der Kodierung erfassbare Begleitumstände zu beschreiben, welche einer ambulanten Leistungserbringung im Wege standen und **werden durch die dargestellten Kontextfaktoren ersetzt.**

Q & A

An dieser Stelle haben wir für Sie einige der häufigsten Fragen und Antworten rund um das Thema ambulante Operationen im Bereich der Neuromodulation für Sie zusammengefasst.

1. Was bedeutet AOP?

A: AOP bedeutet ambulantes Operieren. Es gibt den AOP-Vertrag selbst, den Anhang 1 (definiert, was ambulant erbracht werden muss) und den Anhang 2 (Kontextfaktoren).

2. Für wen gilt der AOP-Vertrag?

A: Krankenhausärztinnen und Ärzte können ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe durchführen.

3. Welche NMD-Prozeduren sind NEU im AOP-Katalog seit 2023?

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 eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: 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	Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar

4. Wie viele Kontextfaktoren (AOP-Katalog) müssen vorliegen, damit eine Leistung stationär erbracht werden kann?

A: Mindestens ein Kontextfaktor.

5. Was muss ich tun um Leistungen nach §115b (AOP) erbringen zu dürfen?

A: Dazu bedarf es einer förmlichen (jährlichen) Anmeldung der geplanten Prozeduren mittels Excel-Tabelle, in der die geplanten Eingriffe oder Untersuchungen ausgewählt werden:

<https://www.dkgev.de/themen/finanzierung-leistungskataloge/ambulante-verguetung/ambulantes-operieren-115b-sgb-v/>

6. Kann ich mich nach dem 01. Januar des laufenden Jahres noch für das/den/die Leistungserbringung nach AOP anmelden?

A: Ja, eine Anmeldung ist jederzeit möglich.

7. Wie werden die AOP-Leistungen abgerechnet?

A: Grundsätzlich werden Leistungen, die im AOP-Katalog definiert sind, ambulant abgerechnet. Einige Abrechnungsbeispiele finden Sie in dieser Kodierhilfe.

GLOSSAR

AOP

Ambulantes **O**perieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V). Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationsersetzender Eingriffe.

ASA-KLASSIFIKATION

Grading of patients for surgical procedures von der **A**merican **S**ociety of **A**nesthesiologists. Die Klassifikation dient zur Einteilung von Patient:innen bezüglich ihres körperlichen Zustandes. Dabei werden präoperative Patient:innen von „normale:r, gesunde:r Patient:in“ bis „hirntote:r Patient:in“ eingestuft.

CRPS

Complex **R**egional **P**ain **S**yndrome. Das komplexe regionale Schmerzsyndrom ist ein chronischer neuropathischer Schmerz.

DBS

Deep **B**rain **S**urgery. Bei der Tiefenhirnstimulation (THS) werden Elektroden in bestimmte Bereiche des Gehirns implantiert. Diese Elektroden erzeugen elektrische Impulse. DBS kann zur Behandlung einer Reihe von Erkrankungen angewandt werden, wie beispielsweise Bewegungsstörungen (Parkinson/Tourette/Tremor uvm.) oder psychiatrische Erkrankungen (Depression, Zwangsstörungen, uvm.).

DKG

Deutsche **K**rankenhausgesellschaft. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist der Zusammenschluss von Spitzen- und Landesverbänden der Krankenhausträger. Sie vertritt die Krankenhäuser bei allen gesundheitspolitischen Entscheidungen. Sie ist Partner für Politik, Institutionen, Verbände und Wissenschaft.

DKR

Deutsche **K**odierrichtlinien. Die DKR legen fest, wie Diagnosen und Operationen (auch diagnostische Prozeduren) im deutschen Gesundheitssystem bei stationär behandelten Patient:innen verschlüsselt zu erfassen sind.

DRG

Dorsal **R**oot **G**anglion. Die Spinalganglienstimulation ist ein ähnliches Verfahren, wie die Rückenmarkstimulation. Dabei wird der Epiduralraum außerhalb der Rückenmarkshaut punktiert. Anschließend wird eine spezielle, dünne Elektrode eingebracht und seitlich ins Austrittsloch der Nervenwurzel geführt, wo sie an der hinteren Seite des Spinalganglions zu liegen kommt.

EBM

Einheitlicher **B**ewertungsmaßstab. Der EBM bildet die Grundlage für die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen (haus-, fachärztliche und gemeinsam abrechenbare Leistungen) und ist bundesweit gültig. Er wird vom Bewertungsausschuss, bestehend aus Vertreter:innen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes, erstellt.

FIM

Functional **I**ndependence **M**easure. Das FIM ist ein Beurteilungsinstrument, das darauf abzielt, den Funktionsstatus von Patient:innen während des gesamten Rehabilitationsprozesses nach einem Schlaganfall, einer traumatischen Hirnverletzung, einer Rückenmarksverletzung, einer Krebserkrankung usw. zu bewerten.

G-AEP-KRITERIEN

German **A**ppropriateness **E**valuation **P**rotocol. Die G-AEP-Kriterien dienen zur Überprüfung der Angemessenheit stationärer Krankenhausbehandlungen.

GKV SPIBU

Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gemäß Gesundheitsreform 2007 wurden zum Abbau unnötiger Bürokratie die sieben Krankenkassenverbände zu einem gemeinsamen Spitzenverband Bund zusammengefasst. Er wird die Belange der GKV auf Bundesebene vertreten sowie die Krankenkassen und ihre Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen unterstützen.

IGES

Institut für Gesundheits- und Sozialforschung. Das IGES ist ein unabhängiges Forschungs- und Beratungsinstitut für Infrastruktur- und Gesundheitsfragen.

KBV

Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist die Dachorganisation der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie organisiert die flächendeckende wohnortnahe ambulante Gesundheitsversorgung und vertritt die Interessen der Vertragsärztinnen- und Ärzte und Vertragspsychotherapeut:innen auf Bundesebene.

MD

Medizinischer Dienst. Im gesetzlichen Auftrag unterstützt der Medizinische Dienst die Kranken- und Pflegekassen in medizinischen und pflegerischen Fragen.

MMSE/M

Mini Mental Status/Examination Test. Der MMST dient zur diagnostischen Abklärung von psychischen Leistungsstörungen, sowie zu deren Verlaufsbeobachtungen. Erniedrigte Scores sieht man bei Vorliegen einer Demenz oder einer Depression. Er ermöglicht jedoch keine Diagnosestellung der verschiedenen Demenz-Formen.

NMD

Neuromodulation.

PNS

Periphere Nerven Stimulation. Bei der peripheren Nervenstimulation werden entweder Nerven direkt stimuliert oder Elektroden in die Nähe oder das umliegende Unterhautgewebe eingebracht. Diese interventionelle Maßnahme wird insbesondere bei der Therapie chronischer Schmerzen angewandt.

RFA

Radiofrequenzablation. Bei der Radiofrequenzablation wird im Rahmen des Eingriffes über eine feine Nadel eine Radiofrequenzelektrode in den Wirbelkörper vorgeschoben. Die Sonde wird dann anschließend in das Gewebe geführt, sodass eine Erhitzung des Gewebes erfolgen kann.

SCS

Spinal Cord Stimulation. Bei der epiduralen Rückenmarkstimulation werden die hinteren Abschnitte des Rückenmarks stimuliert, indem eine oder mehrere Elektroden auf die Rückenmarkshaut eingebacht wird.

SGB V

Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch- Gesetzliche Krankenversicherung. Im Fünften Buch Sozialgesetzbuch sind fast alle Bestimmungen zur gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland zusammengefasst.

QUELLEN

1) GKV-Spitzenverband, ambulantes Operieren (v2.0):

https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant_stationaere_versorgung/ambulantes_operieren_115_b/ambulantes_operieren_115_b.jsp

2) Katalog ambulantes Operieren, 2024 (v2.0):

<https://www.kbv.de/media/sp/AOP-Vertrag.pdf>

3) Einheitlicher Bewertungsmaßstab 2024 (EBM) (v2.0):

https://www.kbv.de/media/sp/EBM_Gesamt_-_Stand_1._Quartal_2024.pdf

4) Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie (v2.0):

https://www.kbv.de/media/sp/EBM_Gesamt_-_Stand_2._Quartal_2023.pdf

5) 2024 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) (v2.0):

https://www.privat-patienten.de/fileadmin/Dateien/2_Beim_Arzt/PDF/GOÄ_Gebührenordnung_für_Ärzte.pdf

6) Unabhängiges Forschungs- und Beratungsinstitut für Infrastruktur (v2.0):

<https://www.kbv.de/media/sp/Schmerztherapie.pdf>

DAS KÖNNTE SIE AUCH INTERESSIEREN



Kodierhilfe
Gefäßinterventionen – PTA



Kodierhilfe
Koronarinterventionen – PCI



Kodierhilfe
Neurostimulation



Kodierhilfe
Rhythmologie



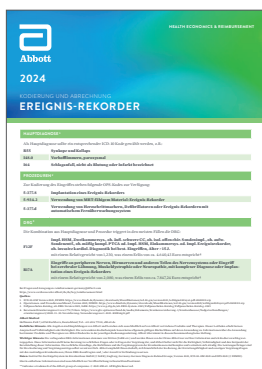
Kodierhilfe
Structural Heart



Kodierhilfe
Heart Failure



Kodierhilfe
Ambulante Abrechnung
Cardiac Rhythm Management



Ereignis-Rekorder

EP-Ablation



Katheterbasierte
Mitralklappentherapie



Mitralklappen
Transkatheter Ersatz

WEITERE INFORMATIONEN UND KODIERHINWEISE FINDEN SIE UNTER

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

WIR FÜR SIE



CAROLIN HARDER

**Associate Manager
Health Economics &
Reimbursement**

Telefon: +49 (0) 6196 7711-172



PEGAH ARABI

**Associate Manager
Health Economics &
Reimbursement**

Telefon: +49 (0) 151-1526 2797



JANNIS RADELEFF

**Head of Health
Economics &
Reimbursement DACH**

Telefon: +49 (0) 6196 7711-144

IHR ANSPRECHPARTNER

Abbott Medical GmbH

Helfmann-Park 7

65760 Eschborn

Tel: +49 6196 771111-0

Fax: +49 6169 7711-117

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

Haftungsausschluss: Dieses Material und die darin enthaltenen Informationen dienen nur allgemeinen Informationszwecken und sind nicht als Rechts-, Vergütungs-, Geschäfts-, klinische oder sonstige Beratung gedacht und stellen keine dar. Darüber hinaus ist weder eine Zusicherung oder Garantie für eine Vergütung, Zahlung oder Belastung beabsichtigt oder garantiert, noch dass eine Rückerstattung oder andere Zahlung erfolgen wird. Es ist nicht beabsichtigt, die Vergütung durch einen Kostenträger zu erhöhen oder zu maximieren. Ebenso sollte nichts in diesem Dokument als Anleitung zur Auswahl eines bestimmten Kodes angesehen werden, und Abbott befürwortet oder garantiert nicht die Korrektheit der Verwendung eines bestimmten Kodes. 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 2024, ICD-10-GM 2024 und OPS 2024 (© BfArM).

ACHTUNG: Produkte dürfen nur von einem Arzt oder unter dessen Anleitung verwendet werden. Es ist wichtig, vor der Verwendung sorgfältig die Packungsbeilage in der Produktverpackung (falls vorhanden) oder auf vascular.eifu.abbott und manuals.eifu.abbott 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

TM kennzeichnet eine Marke der Abbott Unternehmensgruppe.

© 2024 Abbott. Alle Rechte vorbehalten.

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

