

Epidurale Rückenmarkstimulation: Vergütung 2023 – was bleibt, was ist neu ?

AOP-Katalog / Tagesstationäre Behandlungen

*"Wir können den Wind nicht lenken,
aber wir können die Segel setzen"*
(Aristoteles)

26

Harald Kuhlmann



Derzeitige und zukünftige Vergütung der epiduralen Rückenmarkstimulation (SCS)

Epidurale Rückenmarkstimulation: Vergütung 2023 – was bleibt, was ist neu ?

*Fallpauschalen / AOP-Katalog / Tagesstationäre Behandlungen /
Veränderungen 2023*

26. April 2023

Webinar-Serie der medhochzwei-Verlag GmbH

Agende

- Zeitplan, Rechtsgrundlage und Überblick
- § 115b AOP
- § 115e Tagesstationäre Behandlung

Agende

- Zeitplan, Rechtsgrundlage und Überblick
- § 115b AOP
- § 115e Tagesstationäre Behandlung

Zeitleiste §115b SGB V + §115e SGB V

MDK-Reformgesetz

Wesentliche Erweiterung des Katalogs der ambulant erbringbaren Leistungen nach §115b SGB V ("AOP-Katalog") beschlossen

IGES-Bericht nach §115b

Abs. 1a SGB V veröffentlicht. 1a SGB V veröffentlicht

Identifizierung von ca. 2.500 potenziellen zusätzlichen ambulanten Operationsleistungen

§115b - Erhöhter AOP-Katalog

Start der Erweiterung des Katalogs für ambulantes Operieren mit 208 neu hinzugekommenen Prozeduren

§115f - Sektorenübergreifende Vergütung

Vereinbarung über die gleiche Vergütung im Sektor

Jan 01, 2020

Dez 08, 2021

Apr 01, 2022

22. September 2022

Jan 01, 2023

1. Februar 2023

31. März 2023

Beginn der neuen Regierung
In ihrem Koalitionsvertrag plant die neue Regierung, "die sektorale Vergütung geeigneter Leistungen durch sogenannte Hybrid-DRGs zügig umzusetzen".
→ Damit soll die ambulante Pflege gefördert werden.

Veröffentlichung Zweite Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung
alle bisher stationär durchgeführten Behandlungen im Einvernehmen mit den Patienten als Tagesbehandlungen über einen oder mehrere Tage durchzuführen, soweit dies medizinisch vertretbar ist.

§115e - Inkrafttreten
Tagesbehandlung als Vorstufe von Hybrid-DRGs ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich

Kostenerstattung für Krankenhäuser

Status Quo 2022

Stationär
§ 17b KHG

aG DRG

Pflege

ZE

N
U
B

Ambulant
§115b SGB V

AOP

Kostenerstattung für Krankenhäuser

§115b: AOP-Katalog erhöhen – Januar 2023

→ 208 zusätzliche Verfahren

Stationär
§ 17b KHG

aG DRG

Pflege

ZE

N
U
B

Ambulant
§115b SGB V

← AOP →

Kostenerstattung für Krankenhäuser

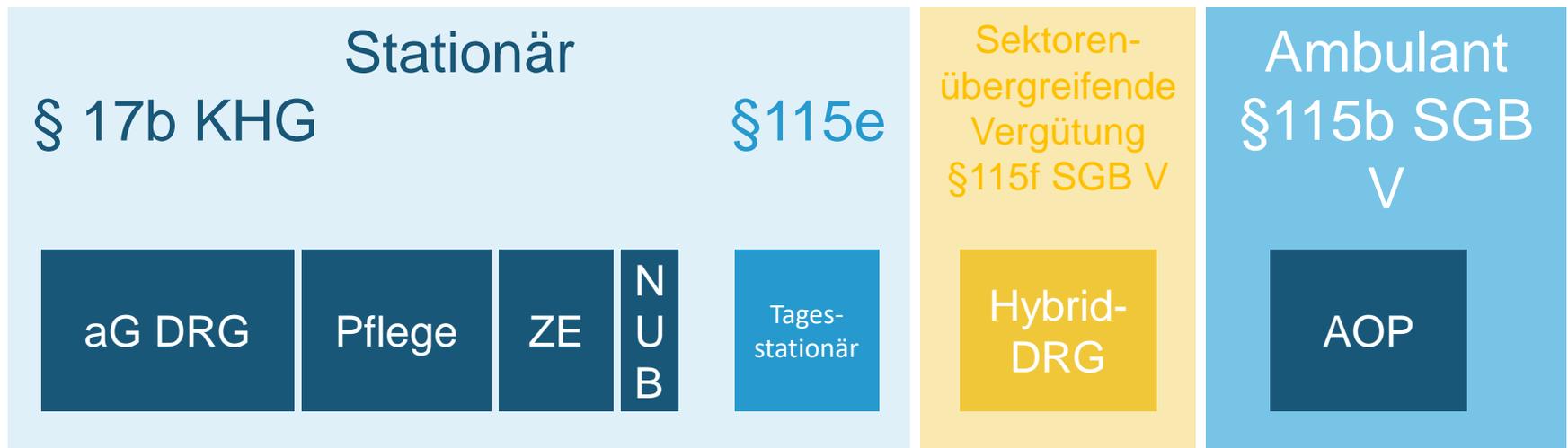
§115e: Tagespflege im Krankenhaus - 1.2.2023

→ keine ausgewählten DRGs, theoretisch möglich mit allen DRGs



Kostenerstattung für Krankenhäuser

§115f: Sektorenübergreifende Vergütung - 31.3.2023



Zeitleiste Krankenhausreform

Das Ziel:

Bund und Länder bereiten ein
Gesetzgebungs-

Eine Koordination
Länder-Gruppen

Das Bundesgesundheitsministerium will bis Ende April einen neuen Vorschlag zur Krankenhausreform vorlegen. Auf der Grundlage sollen konkrete Auswirkungen der Reform modelliert werden können. Das kündigte Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach am 23. März 2023 nach der Sitzung der „Bund-Länder-Gruppe für die Krankenhausreform“ an.



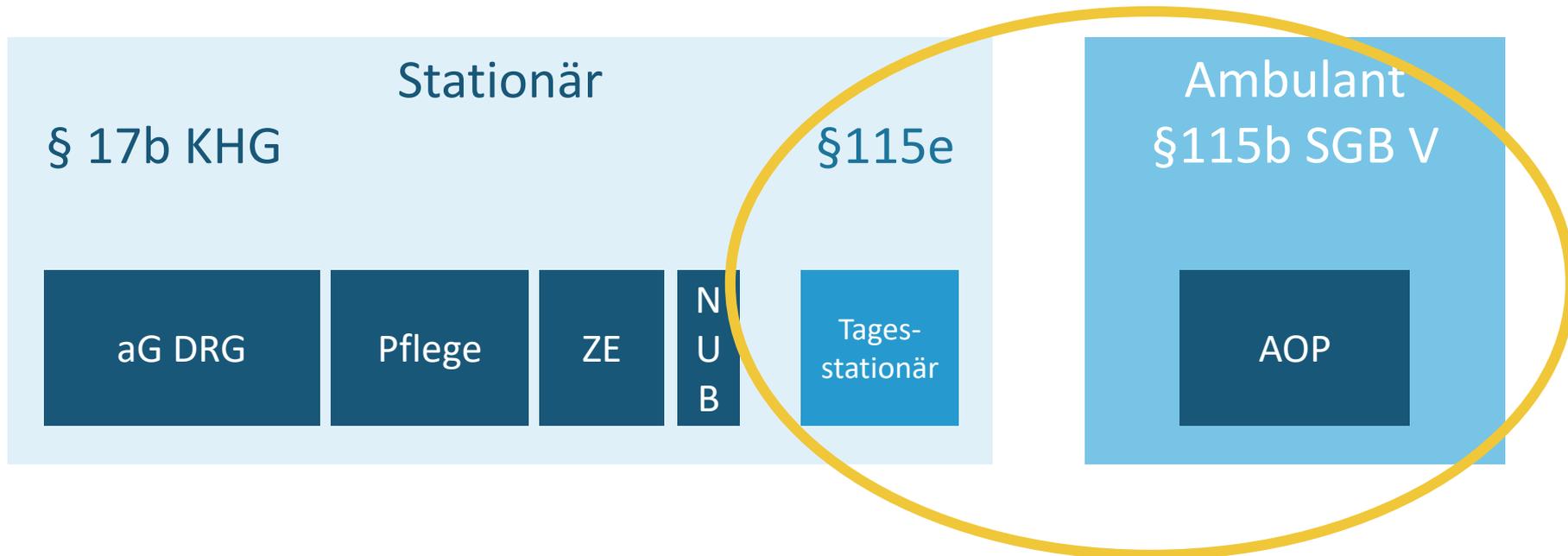
Übermittlung der wichtigsten Punkte an das Ministerium für Gesundheit

Quelle: [BMG - Arbeits- und Zeitplan Krankenhausreform](#) / [BMG - Zeitstrahl Krankenhausreform](#)

Kostenerstattung für Krankenhäuser

§115e: Tagespflege im Krankenhaus - 1.2.2023

→ keine ausgewählten DRGs, theoretisch möglich mit allen DRGs



Agende

- Zeitplan, Rechtsgrundlage und Überblick
- § 115b AOP
- § 115e Tagesstationäre Behandlung

Struktur

Abschnitt 1

Listet Verfahren nach
§ 115b SGB V,
die
**in der Anlage 2 des
EBM enthalten sind.**

Abschnitt 2

Listet Verfahren nach
§ 115b SGB V,
die
**NICHT in der Anlage 2
des EBM enthalten
sind.**

Abschnitt 3

Listet Verfahren nach
§ 115b SGB V,
die
**ohne OPS-Zuweisung,
nur EBM-Verfahren.**

Struktur

Ab-schnitt	OPS-Code	Zuteilung OPS - EBM	Gültigkeit	Gesamt #Codes 2022		Gesamt #Codes 2023
1	Ja, Anhang 2 EBM	Ja, identische Verwendung	OPS-Code Beschreibung	2.709	+ 119 →	2.828
2	Ja, <u>nicht in</u> Anhang 2 EBM	Nein, aber entsprechende EBM-Leistungen („analog“)	OPS-Code Beschreibung	247	+ 89 →	336
3	Nein	Nein	EBM-Beschreibung	19		19

Quelle: AOP Vertrag 2023 § 115b

Abrechnung Implantation Neuromodulation

Verfahren	DRG	EBM / BA	AOP	IGES
DBS	✓	⊗	⊗	⊗
SCS	✓	✓	✓ Außer Plattenelektrode & IPG Mikrowelle	⊗
DRG Stim	✓	✓	Nur ohne Elektrode	⊗
RF	✓	⊗	⊗	peripher
PNS	✓	✓ (nicht all in one)	⊗	✓ (nicht all in one)
PNS spezifisch	✓	⊗	⊗	⊗

Materialkostenrechnung AOP

Die zum AOP angemeldeten Krankenhäuser rechnen die Kosten für die in §11(5) des AOP-Vertrags aufgeführten Sachmittel ab (Positivliste).

- Dies kann zum Beispiel geschehen für
 - Im Körper verbleibende Implantate
 - Diagnostische und interventionelle Katheter, einschließlich Führungsdrähte, in Verbindung mit bestimmten Dienstleistungen
 - Röntgenkontrastmittel,
- wenn sie einen Betrag von 6,25 Euro pro Artikel in einem Behandlungsfall überschreiten.
- Der Leistungserbringer rechnet die gesonderten Kosten für Sachmittel (zusammen mit der AOP-Leistung) direkt mit der jeweiligen Krankenkasse ab.
- Es gilt der Grundsatz der wirtschaftlichen Effizienz.
- Es werden nur die tatsächlich entstandenen Kosten in Rechnung gestellt.
- Nach Abschluss des Falles muss innerhalb von vier Wochen eine Rechnung an die zuständige Krankenkasse geschickt werden. Die Krankenkassen müssen die Rechnung innerhalb von vier Wochen nach Erhalt der Rechnung begleichen.

Kontextfaktoren I

**"Die Kontextfaktoren werden genutzt, um die stationäre Erbringung von Leistungen zu rechtfertigen, die in der Regel ambulant erbracht werden können."
(§8 Abs. 1 AOP Vertrag 2023)**

- Sie umfassen:
 - eine Liste von ICD- und OPS-Codes
 - soziale Begleitumstände
 - OPS-bezogene Sonderregelungen in Form von Übergangsregelungen
- Die Kontextfaktoren **müssen** vom Krankenhaus **dokumentiert** und im Rahmen der Abrechnung eines vollstationären Krankenhauses übermittelt werden

Sie ersetzen die **G-AEP-Kriterien** zur Beurteilung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung. Die bisher im AOP-Katalog hinterlegten **Kategorisierungen entfallen** (1 = kann in der Regel ambulant erbracht werden; 2 = kann sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden)

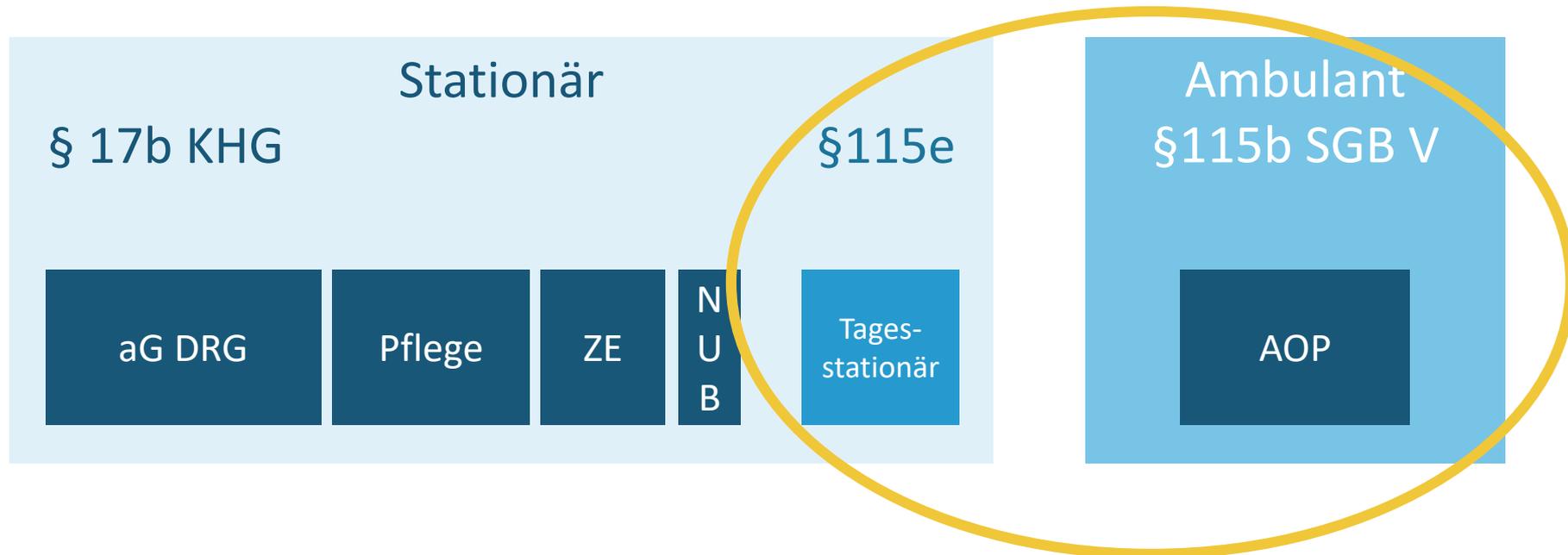
Agende

- Zeitplan, Rechtsgrundlage und Überblick
- § 115b AOP
- § 115e Tagesstationäre Behandlung

Kostenerstattung für Krankenhäuser

§115e: Tagespflege im Krankenhaus - 1.2.2023

→ keine ausgewählten DRGs, theoretisch möglich mit allen DRGs



Definition Tagesbehandlung

§115e SGB V:

Grundlage für einen tagesklinischen Pflegesatz ist ein täglicher, **mindestens sechsstündiger** Aufenthalt im Krankenhaus, bei dem **"überwiegend" medizinische und pflegerische Leistungen** erbracht werden sollen und das Einverständnis des Patienten.

- Regulatorisch stationär
- Durchgeführt von allen Ressourcen des Krankenhauses
- Der Patient verbringt die Nacht nicht im Krankenhaus
- Kann an mehreren Tagen stattfinden
- Min. 6 Stunden zwischen 6:00 und 22:00h, dabei >3 Stunden medizinische und pflegerische Leistungen
- Aufenthalt < 6 Stunden = Abrechnung als ambulante Behandlung
- 1 Tag Tagesbehandlung nur mit Einweisung
- Bei Erbringung einer tagesstationären Behandlung ist
- Prüfung der Notwendigkeit von Übernachtungen nach § 275c SGB V nicht zulässig.

Quelle: [§115e SGB V](#)

Definition Tagesbehandlung

§115e ausgeschlossen:

- Ambulante Operationen (AOP) nach §115b SGB V
- Belegärztliche Leistungen nach §121 SGB V
- Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte §116 SGB V
- Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung §116a SGB V
- Geriatrische Institutsambulanzen §118 SGB V
- Sozialpädiatrische Zentren §119 SGB V
- Ambulante spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V
- Patienten, die Anspruch auf häusliche Pflege haben §37 SGB V
- eintägige Behandlungen ohne Überweisung
- Behandlungen in der Notaufnahme eines Krankenhauses

Ambulante Behandlung hat weiterhin Vorrang vor stationärer Behandlung!

Erstattung

- Die DRG für Tagesbehandlungen bleibt unverändert
 - Verringerung des relativen Gewichts um 0,04 pro ausgelassener Nacht
 - Beispiel: 4-tägige Behandlung = 3 Nächte Reduktion um 0,12 des RG ($3 \cdot 0,04$)
- Höhe des Abzugs
 - Fest und nicht DRG-abhängig
 - Begrenzung auf 30% der DRG (auch wenn die Behandlung über einen längeren Zeitraum erfolgt)
- Verweildauer
 - Maximale/Minimale Aufenthaltsdauer bleibt gleich (Tage, an denen der Patient nicht im Krankenhaus war, werden bei der Bestimmung der Aufenthaltsdauer nicht berücksichtigt)

Formel

$$[\text{Relatives Gewicht der DRG}^1 - (x \cdot 0,04)] \cdot \text{Basisfallwert} + \text{Pflegesatz}$$

¹ = je nach LOS

x = nicht im Krankenhaus verbrachte Nächte

Erstattung "1-Tages-Fall"

Definition von "1-Tages-Fall" / VWD = 1

Stationär

1-Tages-Fall (VWD = 1)

=

1 Nacht

(Mitternachtsstatistik)

Tagespflege Behandlung

1-Tages-Fall

=

min. 6 Stunden Aufenthalt
(6:00 – 22:00 mit Einweisung)

Erstattung "1-Tages-Fall"

Abzug von 0,04 vom Kostengewicht

Die wenigen expliziten eintägigen DRGs (etwa 24) werden wie bisher erstattet.

aG DRG

B19B

Relativegewicht der DRG = 1,485

Unteres LOS-Relativegewicht = 0,115

Basisfallwert = 4.000€

$$(1,485 - 0,115) * 4.000€$$

$$= 1,370 * 4.000€$$

$$= \underline{\underline{5.480€}}$$

aG DRG - Tagesbehandlung

B19B

Relatives Gewicht der DRG = 1,485

Unteres LOS-Relativegewicht = 0,115

Basisfallwert = 4.000€

$$[(1,485 - 0,115) - (1 * 0,04)] * 4.000€$$

$$= 1,330 - 0,04 * 4.000€$$

$$= \underline{\underline{5.320€}}$$

Quelle: [Zweite Stellungnahme und Empfehlung](#)



Fragen?