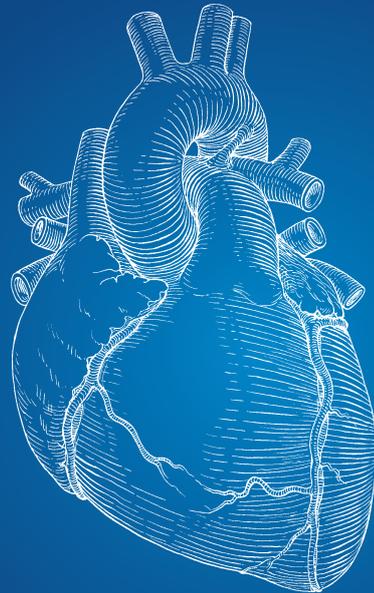


KODIERUNG UND VERGÜTUNG

IN DER
STATIONÄREN
VERSORGUNG
2019

Perkutan-transluminale
Gefäßintervention
an Koronargefäßen
und Renale Denervierung





Dr. med. Andreas Witthohn
Facharzt für Chirurgie
und Unfallchirurgie/Sozialmedizin
Senior Manager
Reimbursement & Health Economics

VORWORT

Sehr geehrte Leserin, Sehr geehrter Leser,

in der nunmehr sechsten Auflage der Reimbursement Broschüre möchten wir Sie über die Veränderungen durch die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems beim Einsatz unserer Produkte beraten. Die richtige fach- und sachgerechte Kodierung ist eine wichtige Grundlage der medizinischen Dokumentation und Abrechnung der Krankenhausbehandlung.

Dazu geben wir Ihnen in dieser Kodierbroschüre grundlegende und wichtige Hinweise zur Vergütung unserer Produkte aus dem Bereich Herz und Nieren.

Diese Broschüre soll als Hilfestellung für den täglichen Umgang im Hinblick auf eine sachgerechte Vergütung der von Ihnen eingesetzten Verfahren dienen, sowie einen Überblick über die derzeitige Vergütungssituation gewähren. In kompakter Form finden Sie hier die notwendigen Kodier- und Abbildungshinweise für die stationäre Leistungserbringung unserer Behandlungsverfahren für das Jahr 2019. Hierbei sei erwähnt, dass es sich um beispielhafte Abrechnungsmuster handelt. Bitte beachten Sie, dass die in dieser Broschüre aufgeführten Beträge mit dem Bundesbasisfallwert 2019 (Abk.: BBFW) berechnet wurden und die verschiedenen Erlöse in den einzelnen Bundesländern etwas abweichen können.

Benötigen Sie weitere Informationen zu den angesprochenen Themen, Refinanzierung, G-DRG-System, Deckungsbeitrag, Prozesskostenanalysen oder Studien?

Dann wenden Sie sich bitte an unseren Außendienst oder direkt an die Reimbursementabteilung:

**Website: www.medtronic-reimbursement.de
oder eMail: rs.dusreimbursement@medtronic.com**

Wir würden uns freuen, wenn Sie Ihre Erfahrungen und Anregungen mit uns austauschen. Auf diese Weise können wir diesen Leitfaden kontinuierlich weiterentwickeln, um Ihren Informationsbedürfnissen möglichst gerecht zu werden.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Andreas Witthohn
Senior Manager
Reimbursement & Health Economics

ABKÜRZUNGS VERZEICHNIS

| | | | |
|--------------|---|----------------------|---|
| BMS | Bare Metal Stent | KHEntgG | Krankenhausentgeltgesetz |
| DCB | Drug Coated Balloon | KHG | Krankenhausfinanzierungsgesetz |
| DES | Drug Eluting Stent | KHSG | Krankenhausstrukturgesetz |
| DRG | Diagnosis Related Group | OPS | Operationen- und Prozeduren Schlüssel |
| EBM | Einheitlicher Bewertungsmaßstab für die Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen | Partition „O“ | Operative Fallpauschalen |
| G-DRG | German Diagnosis Related Group | PTCA | Perkutane transluminale koronare Angioplastie |
| GOÄ | Gebührenordnung für Ärzte | RDN | Renale Denervierung |
| ICD | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems | UGVD | Untere Grenzverweildauer |
| | | ZE | Zusatzentgelt |

WICHTIG IN 2019

Weiterhin festbepreiste Zusatzentgelte für Drug Coated Balloons (DCB) und Drug Eluting Stents (DES), Details siehe Seite 6 und 7.

Die Kodes für das Einlegen von medikamentenfreisetzenden Koronarstents sind nach Anzahl differenziert.

Die renalen Denervierungen werden in die korrekt bewertete **DRG F19C** eingestuft. Die Therapie ist im DRG Text explizit erwähnt. Die explizite DRG F19D wurde im DRG-Katalog gestrichen.

Rechtlicher Hinweis

Wir weisen darauf hin, dass unsere Unterstützungs- und Beratungsleistungen ausschließlich in direktem Zusammenhang mit der Refinanzierung unserer Therapien erbracht werden können. Weder können wir Ihnen bei allgemeinen Fragen zur Refinanzierung behilflich sein, noch können wir Sie zur Refinanzierung von Therapien anderer Hersteller beraten. Alle Angaben in dieser Rubrik sind lediglich Empfehlungen von Medtronic und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Richtigkeit. Medtronic übernimmt daher in diesem Zusammenhang keine Haftung.

INHALTS VERZEICHNIS

| | |
|--|-----------|
| 1. Kodierung im G-DRG System 2019 | 5 |
| 1.1 Prozeduren OPS-2019 | 5 |
| 1.2 Diagnosen ICD 10-2019 | 6 |
| 2. Vergütung im G-DRG-System 2019 | 7 |
| 2.1 DRG-Zuordnung | 7 |
| 2.2 Relevante Zusatzentgelte | 8 |
| 3. Renale Denervierung | 10 |
| 3.1 Symplicity™-System zur Renalen Denervierung | 10 |
| 3.2 Kodierbeispiel | 11 |
| 3.3 Abrechnungsmuster - Privatabrechnung für den stationären Aufenthalt | 12 |
| 4. Koronare Angiografie | 13 |
| 5. Koronare Gefäßinterventionen | 14 |
| 5.1 Drug Eluting Stent (DES) | 14 |
| 5.2 Drug Coated Balloons (DCB) | 18 |
| 5.3 Bare Metal Stent (BMS) | 20 |
| 6. Wichtiges aus der Gesetzeslandschaft | 22 |
| 7. Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten bei gesetzlich versicherten Patienten | 23 |
| 7.1 Zulassungen | 23 |
| 7.2 Gesetzliche Grundlagen | 24 |
| 7.3 Sachkostenabrechnung | 29 |

1. KODIERUNG IM G-DRG SYSTEM 2019

Die Einbindung der Medizintechnologie ins G-DRG-Fallpauschalensystem

Leistungen im Zusammenhang mit Medizintechnologien sind grundsätzlich im Prozedurenschlüssel (OPS) dokumentiert. D.h. ein Medizinprodukt wird – soweit vorhanden – durch einen oder mehrere OPS-Kodes definiert.

1.1 Prozeduren OPS-2019

1-275 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung

Hinweis: Bei einer kombinierten Links- und Rechtsherz-Katheteruntersuchung ist jeweils ein Kode für die Rechtsherz-Katheteruntersuchung und ein Kode für die Linksherz-Katheteruntersuchung anzugeben

- 1-275.0 Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen
- 1-275.1 Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel
- 1-275.2 Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel
- 1-275.3 Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung
- 1-275.4 Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung
- 1-275.5 Koronarangiographie von Bypassgefäßen
- 1-275.6 Ventrikulographie mit Druckmessung im linken Ventrikel und Aortenbogendarstellung
- 1-275.x Sonstige
- 1-275.y N.n.bez.

1-276 Angiokardiographie als selbständige Maßnahme

- 1-276.0 Pulmonalisangiographie
- 1-276.1 Aortographie
- 1-276.2 Ventrikulographie
- 1-276.20 Rechter Ventrikel
- 1-276.21 Linker Ventrikel
- 1-276.22 Rechter und linker Ventrikel
- 1-276.x Sonstige
- 1-276.y N.n.bez.

8-83c.5 Ablation über die A. renalis

8-83c.52 ↔ Nicht gekühlte Radiofrequenzablation

8-837 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen

Hinweis: Die Anwendung eines Embolieprotektionssystems ist gesondert zu kodieren (8-83b.9). Ein Kode aus diesem Bereich ist auch zu verwenden, wenn eine der aufgeführten Prozeduren im Rahmen einer Hybridchirurgie eingesetzt wird. Die Anwendung der Hybridchirurgie ist gesondert zu kodieren (5-98a.0). Die Verwendung von mehr als einem Mikrokathetersystem ist gesondert zu kodieren (8-83b.7 ff.). Die Verwendung von Rekanalisationssystemen zur perkutanen Passage organisierter Verschlüsse ist gesondert zu kodieren (8-83b.a ff.).

8-837.0 Ballon-Angioplastie

- 8-837.00 Eine Koronararterie
- 8-837.01 Mehrere Koronararterien

Hinweis: Die Art und die Anzahl der verwendeten medikamentefreisetzenden Ballons sind gesondert zu kodieren (8-83b.b ff.)

8-83b.b Art der verwendeten Ballons

- 8-83b.b6 Ein medikamentenfreisetzender Ballon an Koronargefäßen
- 8-83b.b7 Zwei medikamentefreisetzende Ballons an Koronargefäßen
- 8-83b.b8 Drei medikamentefreisetzende Ballons an Koronargefäßen
- 8-83b.b9 Vier und mehr medikamentefreisetzende Ballons an Koronargefäßen

8-837.k Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents, Inkl.: Bypassgefäß

- 8-837.k0 Ein Stent in eine Koronararterie
- 8-837.k3 2 Stents in eine Koronararterie
- 8-837.k4 2 Stents in mehrere Koronararterien
- 8-837.k5 3 Stents in eine Koronararterie
- 8-837.k6 3 Stents in mehrere Koronararterien
- 8-837.k7 4 Stents in eine Koronararterie
- 8-837.k8 4 Stents in mehrere Koronararterien
- 8-837.k9 5 Stents in eine Koronararterie
- 8-837.ka 5 Stents in mehrere Koronararterien
- 8-837.kb Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie
- 8-837.kc Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien
- 8-837.kx Sonstige

8-837.m Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents, Inkl.: Bypassgefäß

- 8-837.m0 Ein Stent in eine Koronararterie
- 8-837.m1 2 Stents in eine Koronararterie
- 8-837.m2 2 Stents in mehrere Koronararterien
- 8-837.m3 3 Stents in eine Koronararterie
- 8-837.m4 3 Stents in mehrere Koronararterien
- 8-837.m5 4 Stents in eine Koronararterie
- 8-837.m6 4 Stents in mehrere Koronararterien
- 8-837.m7 5 Stents in eine Koronararterie
- 8-837.m8 5 Stents in mehrere Koronararterien
- 8-837.m9 Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie
- 8-837.ma Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien
- 8-837.mx Sonstige

Hinweis: Die Art der medikamentefreisetzenden Stents ist gesondert zu kodieren (8-83b.0 ff.)

8-83b.0 Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme

- 8-83b.00 ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer

8-837.t Thrombektomie aus Koronargefäßen

Hinweis: Die Verwendung eines hydrodynamischen Thrombektomiesystems ist gesondert zu kodieren (8-83b.4) Die Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretreiver-Systems ist gesondert zu kodieren (8-83b.8 ff.)

8-839.9 Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken

Hinweis: Ein Kode aus diesem Bereich kann zusätzlich zu einem Kode aus dem Bereich 8-837 angegeben werden. Die Anwendung eines Schraubenkatheters zur Rekanalisation eines Koronargefäßes ist gesondert zu kodieren (8-83b.g)

- 8-839.90 Mit kontralateraler Koronardarstellung

Hinweis: Es sind zwei arterielle Zugänge erforderlich

- 8-839.91 Mit kontralateraler Koronardarstellung u. Doppeldrahttechnik

Hinweis: Es sind zwei arterielle Zugänge erforderlich. Es werden mindestens zwei Koronardränge simultan eingesetzt

- 8-839.92 Mit retrograder Sondierung über die Kollateralgefäße, ohne Externalisation
 8-839.93 Mit retrograder Sondierung über die Kollateralgefäße, mit Externalisation

Hinweis: Mit diesem Kode ist die Externalisation (Herausführen auf der kontralateralen Seite) eines retrograden Drahtes bei Zugang über die Kollateralgefäße zu kodieren

8-83b.a Verwendung von Rekanalisationssystemen zur perkutanen Passage organisierter Verschlüsse

- 8-83b.a0 System zur Mikro-Dissektion
 8-83b.a1 Spezielles Nadelsystem zur subintimalen Rekanalisation
 8-83b.a2 Mechanisches Radiofrequenz-System
 8-83b.ax Sonstige

1.2 Diagnosen ICD 10-2019

Maßgeblich für die korrekte Kodierung ist die Hauptdiagnose. Die Hauptdiagnose wird definiert als:

„Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.“

Die folgenden fünften Stellen sind bei den Kategorien I10-I15 zu benutzen, um das Vorliegen einer hypertensiven Krise anzuzeigen:

| | | | |
|--------|--|--------|---|
| 0 | Ohne Angabe einer hypertensiven Krise | I20.0 | Instabile Angina pectoris |
| 1 | Mit Angabe einer hypertensiven Krise | I20.1 | Angina pectoris mit nachgewiesenem Koronarspasmus |
| | | I20.8 | Sonstige Formen der Angina pectoris |
| | | I20.9 | Angina pectoris, nicht näher bezeichnet |
| I10.0- | Benigne essentielle Hypertonie | I21.0 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand |
| I10.1- | Maligne essentielle Hypertonie | I21.1 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand |
| I10.9- | Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet | I21.2 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonst. Lokalisationen |
| I11.0- | Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz | I21.3 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation |
| I11.9- | Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz | I21.4 | Akuter subendokardialer Myokardinfarkt |
| I12.0- | Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz | I21.9 | Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet |
| I12.9- | Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz | | |
| I13.0- | Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz | I25.0 | Atherosklerotische Herz-Kreislauf-Krankheit, so beschrieb. |
| I13.1- | Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz | I25.1- | Atherosklerotische Herzkrankheit |
| I13.2- | Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz | I25.10 | Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen |
| I13.9- | Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet | I25.11 | Ein-Gefäß-Erkrankung |
| | | I25.12 | Zwei-Gefäß-Erkrankung |
| | | I25.13 | Drei-Gefäß-Erkrankung |
| | | I25.14 | Stenose des linken Hauptstammes |
| | | I25.15 | Mit stenosierten Bypass-Gefäßen |
| I15.0- | Renovaskuläre Hypertonie | I25.16 | Mit stenosierten Stents |
| I15.1- | Hypertonie als Folge von sonstigen Nierenkrankheiten | I25.19 | Nicht näher bezeichnet |
| I15.2- | Hypertonie als Folge von endokrinen Krankheiten | | |
| I15.8- | Sonstige sekundäre Hypertonie | | |
| I15.9- | Sekundäre Hypertonie, nicht näher bezeichnet | | |

2. VERGÜTUNG IM G-DRG-SYSTEM 2019

DRG-Entgeltkatalog

https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2019/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2019

Die Leistungen der Krankenhäuser wie z.B. Operationen, Krankenpflege, der Einsatz von Sachmitteln wie Medizinprodukten, Arzneimitteln und Hotelleistungen werden nach G-DRGs (German Diagnosis Related Groups) abgerechnet. G-DRG ist ein durchgängig leistungsorientiertes und pauschaliertes Vergütungssystem. DRGs sind Fallpauschalen für eine bestimmte Behandlung, die u.a. aufgrund der Diagnose-Kodierung nach ICD und evtl. erbrachter Prozedur nach OPS definiert werden. Die DRGs werden in einem Fallpauschalenkatalog gelistet und jährlich aktualisiert. Da nicht alle Behandlungen im DRG Katalog abbildbar sind, gibt es für besonders kostenintensive Leistungen – hier insbesondere kostenintensive Medizinprodukte bzw. kostenintensive Arzneimittel – sog. ZE (Zusatzentgelte).

2.1 DRG-Zuordnung

| DRG | Parti-tion | Bezeichnung | Bew.rel. Haupt-abteilung | Mittlere Verweil-dauer | Untere Grenzverweildauer | | Obere Grenzverweildauer | | Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bew.rel.) | Erlös bei Bundesbasisfallwert 3.544,97 € |
|------|------------|---|--------------------------|------------------------|--------------------------|---------------|-------------------------|---------------|---|--|
| | | | | | 1. Tag m. Abschlag | Bew.rel. /Tag | 1. Tag zus. Entgelt | Bew.rel. /Tag | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| F19B | O | Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter < 18 Jahre | 1,826 | 2,6 | 1 | 0,247 | 5 | 0,233 | 0,169 | 6.473,12 € |
| F19C | O | Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter > 17 Jahre | 1,934 | 4,7 | 1 | 0,563 | 11 | 0,106 | 0,125 | 6.855,97 € |
| F24A | O | Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC | 3,310 | 14,2 | 4 | 0,469 | 27 | 0,116 | 0,155 | 11.733,85 € |
| F24B | O | Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC | 1,751 | 6,1 | 1 | 0,775 | 12 | 0,105 | 0,129 | 6.207,24 € |
| F52B | O | Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention | 1,336 | 5,5 | 1 | 0,535 | 11 | 0,104 | 0,125 | 4.736,08 € |
| F56B | O | Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie | 1,206 | 3,8 | 1 | 0,384 | 9 | 0,089 | 0,101 | 4.275,23 € |
| F58A | O | Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC | 2,006 | 9,9 | 2 | 0,464 | 21 | 0,099 | 0,128 | 7.111,21 € |
| F58B | O | Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC | 0,924 | 3,5 | 1 | 0,296 | 8 | 0,088 | 0,098 | 3.275,55 € |

Im Fallpauschalenkatalog wird für jede DRG der erste Belegungstag angegeben, ab dem ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen ist (siehe DRG-Zuordnung Spalte 7). Bei Unterschreiten der UGVD wird für jeden nicht erbrachten Belegungstag ein Abschlag vorgenommen. Nachfolgend sind für die verschiedenen DRGs die verbleibenden Erlöse nach Abschlägen aufgezeigt.

| G-DRG | Verbleibender Erlös bei: | | | | | |
|-------|--------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|---------------------|
| | 1 Belegungstag* in € | 2 Belegtage in € | 3 Belegtage in € | 4 Belegtage in € | 5 Belegtage in € | ...n Belegtage in € |
| F19B | 5.597,51 € | 6.473,12 € | 6.473,12 € | 6.473,12 € | 6.473,12 € | 6.473,12 € |
| F19C | 4.860,15 € | 6.855,97 € | 6.855,97 € | 6.855,97 € | 6.855,97 € | 6.855,97 € |
| F24A | 5.083,49 € | 6.746,08 € | 8.408,67 € | 10.071,26 € | 11.733,85 € | 11.733,85 € |
| F24B | 3.459,89 € | 6.207,24 € | 6.207,24 € | 6.207,24 € | 6.207,24 € | 6.207,24 € |
| F52B | 2.839,52 € | 4.736,08 € | 4.736,08 € | 4.736,08 € | 4.736,08 € | 4.736,08 € |
| F56B | 2.913,96 € | 4.275,23 € | 4.275,23 € | 4.275,23 € | 4.275,23 € | 4.275,23 € |
| F58A | 3.821,47 € | 5.466,34 € | 7.111,21 € | 7.111,21 € | 7.111,21 € | 7.111,21 € |
| F58B | 2.226,24 € | 3.275,55 € | 3.275,55 € | 3.275,55 € | 3.275,55 € | 3.275,55 € |

*Aufnahme- und Entlassungstag = 1 Belegungstag

2.2 Relevante Zusatzentgelte

Auszug aus den Deutschen Kodierrichtlinien 2019

P003d Hinweise und formale Vereinbarungen für die Benutzung des OPS

Mehrfachkodierung

In einigen Bereichen ist eine Kodierung von Operationen mit **mehreren Codes** vorgesehen. Dies ist insbesondere für die Abbildung komplexer Eingriffe erforderlich. In diesen Fällen wurden im OPS Hinweise formuliert, die auf eine gesonderte Kodierung der einzeln durchgeführten Eingriffe verweisen. Die Art der verwendeten medikamente-freisetzenden Stents 8-83b.0* und die Art der verwendeten medikamente-freisetzenden Ballons 8-83b.b* sind gesondert zu kodieren.

| | | |
|---------------|----------|---|
| Haupteingriff | 8-837 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen |
| Ballon | 8-837.0* | Ballon-Angioplastie |
| Stent | 8-837.m* | Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents |

Eine sorgfältige Kodierung ist entscheidend für die nachfolgende Gruppierung. Dies gilt insbesondere bei zusatzentgelt-relevanten OPS-Schlüsseln. Für Medizintechnologien, die nicht adäquat in Fallpauschalen abgebildet werden können, sind ZE in den Anlagen 2 und 5 bzw. 4 und 6 des Fallpauschalenkataloges 2019 definiert worden. Ein ZE wird zusätzlich zu einer DRG berechnet und ist Bestandteil des Erlösbudgets. Die Anlagen 2 bzw. 5 des Fallpauschalenkataloges 2019 enthalten bundeseinheitlich kalkulierte ZE, d.h. bundesweit erhält jedes Krankenhaus für ein bestimmtes ZE das gleiche Entgelt; diese bundeseinheitlichen ZE unterliegen dem KHEntgG. Für die medikamente-freisetzenden Koronarstents sowie die medikamente-freisetzenden Ballons an Koronargefäßen sind die bundeseinheitlichen ZE wie folgt aufgeschlüsselt:

| ZE | Bezeichnung | ZE | OPS-Version 2019 | | Betrag |
|----------|--|----------|------------------|--|------------|
| | | | OPS-Kode | OPS-Text | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ZE101 | Medikamente-freisetzende Koronarstents | ZE101.01 | 8-837.m0 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie | 62,06 € |
| | | ZE101.02 | 8-837.m1 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie | 124,12 € |
| | | | 8-837.m2 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 2 Stents in mehrere Koronararterien | |
| | | ZE101.03 | 8-837.m3 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 3 Stents in eine Koronararterie | 186,18 € |
| | | | 8-837.m4 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 3 Stents in mehrere Koronararterien | |
| | | ZE101.04 | 8-837.m5 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 4 Stents in eine Koronararterie | 248,24 € |
| | | | 8-837.m6 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 4 Stents in mehrere Koronararterien | |
| | | ZE101.05 | 8-837.m7 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 5 Stents in eine Koronararterie | 310,30 € |
| | | | 8-837.m8 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 5 Stents in mehrere Koronararterien | |
| | | ZE101.06 | 8-837.m9 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie | 372,36 € |
| 8-837.ma | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien | | | | |
| ZE136 | Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen | | 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie | |
| | | | 8-837.01 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Mehrere Koronararterien | |
| | | ZE136.01 | 8-83b.b6 | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamente-freisetzender Ballon an Koronargefäßen | 258,96 € |
| | | ZE136.02 | 8-83b.b7 | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen | 736,80 € |
| | | ZE136.03 | 8-83b.b8 | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Drei medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen | 1.214,67 € |
| | | ZE136.04 | 8-83b.b9 | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Vier und mehr medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen | 1.692,54 € |

Resolute Onyx™ - medikamentenfreisetzender Stent (DES)



IN.PACT Falcon™ - medikamentenfreisetzender Ballon (DCB)



3. RENALE DENERVIERUNG

3.1 Symplicity™-System zur Renalen Denervierung

Renale Denervierung ist eine anerkannte Behandlungsmethode

Die Behandlung von Patienten mit therapierefraktärer Hypertonie mittels der Renalen Denervierung wird seit 2010 in Deutschland angewandt und stellt ein anerkanntes Verfahren dar. Nach §137c SGB-V ist diese Therapie mit Verbotsvorbehalt zur Durchführung im stationären Sektor (Krankenhaus) uneingeschränkt zugelassen. Die Ausführungen der Ergänzung zur AWMF-Leitlinie „Leitlinien zur Behandlung der arteriellen Hypertonie“ belegen, dass eine Intervention der therapierefraktären Hypertonie durch renale Sympathikus-Denervierung möglich ist und in Krankenhäusern Anwendung findet.

| 2018 |
|---------------------|
| DRG F19D |
| Rel.gew.: 1,787 |
| Erlös: 6.196,07 € * |

* Bundesbasisfallwert 2018: 3.467,30 €

| 2019 |
|----------------------|
| DRG F19C |
| Rel.gew.: 1,934 |
| Erlös: 6.855,97 € ** |

** Bundesbasisfallwert 2019: 3.544,97 €

| 2018 |
|-----------------------------|
| DRG F19B - Alter < 16 Jahre |
| Rel.gew.: 1,738 |
| Erlös: 6.026,17 € * |

| 2019 |
|-----------------------------|
| DRG F19B - Alter < 18 Jahre |
| Rel.gew.: 1,826 |
| Erlös: 6.473,12 € ** |

Symplicity G3™ GENERATOR



3.2 Kodierbeispiel

RDN Standard

| Kode | Text | |
|-------------------|---|----------------|
| Diagnose | | |
| I10.90 | Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise | |
| Prozeduren | | |
| 8-83c.52 | Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention: Ablation über die A. renalis: Nicht gekühlte Radiofrequenzablation | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F19C | Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter > 17 Jahre | 1,934 |
| Erlös* | 6.855,97 € | |

KHSG gültig seit 2017

Nähere Informationen finden Sie unter:

<https://www.bvmed.de/de/bvmed/publikationen/broschueren-gesundheitsversorgung/sachkostenfinanzierung-drq-system-2017>

Erlös bei einer Verweildauer von:

1 Belegungstag 4.860,15 €
2 Belegungstagen 6.855,97 €

Bewertung bei Belegabteilung:

Rel.gew. 1,665 ergibt 5.902,38 € bei einem Bundesbasisfallwert von 3.544,97 €. Der Belegarzt rechnet seine ärztliche Leistung nach dem EBM mit der KV ab.

Aufnahme- und Entlasstag = 1 Belegungstag

* Berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2019 von 3.544,97 €.

Symlicity™ Spyral - Multielektrodenkatheter für die Renale Denervierung



3.3 Abrechnungsmuster - Privatabrechnung für den stationären Aufenthalt

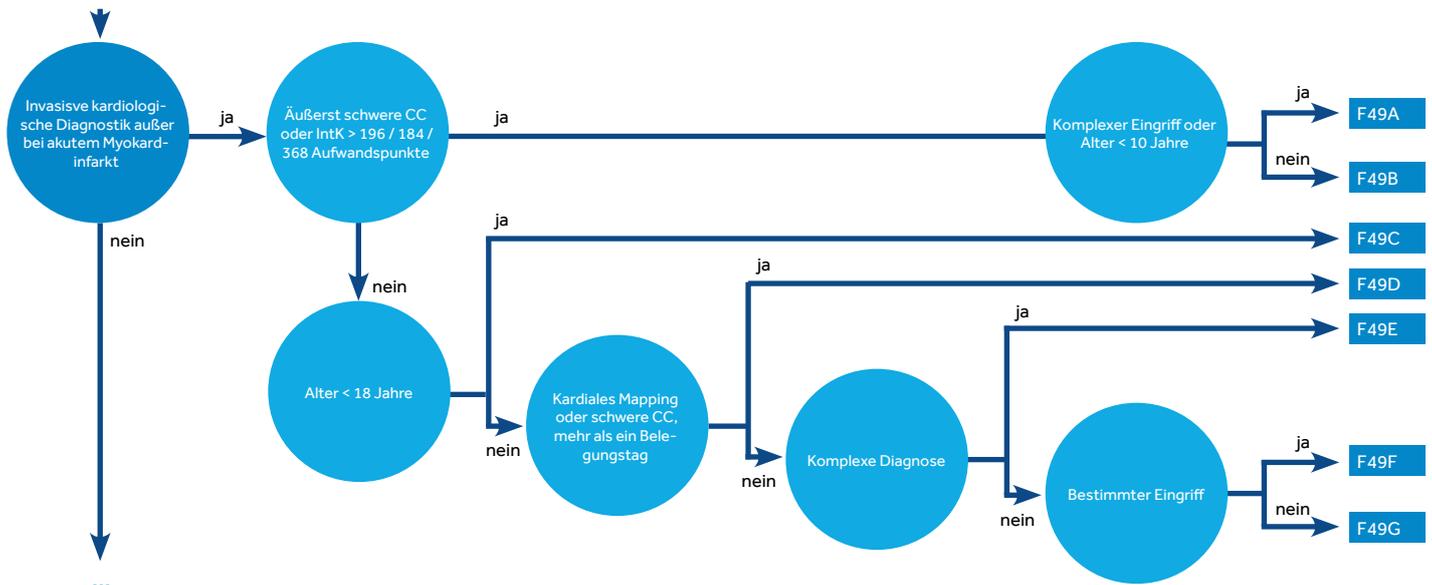
| Diagnose: Therapieresistente art. Hypertonie Therapie: Renale Denervation (Symplicity) | | | | | | |
|---|-------|-------------------------------|---|-------------|---------|---|
| | GOÄ | Anzahl | Leistungsbezeichnung | Einfachsatz | STF | Betrag |
| Aufnahme 13.01.2019 | 34 | 1 | Ausführliche Beratung über Therapie | 17,49 | 2,3 | 40,23 € |
| | 8 | 1 | Statuserhebung | 15,15 | 2,3 | 34,85 € |
| | 250 | 1 | Blutentnahme* | 2,33 | 1,8 | 4,19 € |
| | 651 | 1 | EKG | 14,75 | 1,8 | 26,55 € |
| Ablation 14.01.2019 | 45 | 1 | Visite | 4,08 | 2,3 | 9,38 € |
| | 260 | 1 | Legen eines Arterien-/Venenkatheters | 11,66 | 2,3 | 26,82 € |
| | 261 | 4 | Einbringung von Arzneimittel in Katheter | 1,75 | 2,3 | 16,10 € |
| | 274 | 1 | Dauertropfinfusion | 18,65 | 2,3 | 42,90 € |
| | 491 | 1 | Infiltration großer Bezirk | 7,05 | 2,3 | 16,22 €** |
| | 452 | 1 | i.V. Kurznarkose mehrmalige Verabreichung | 11,07 | 2,3 | 25,46 € |
| | 2800 | 1 | Punktion Arteria femoralis | 16,03 | 2,3 | 36,87 € |
| | 5300 | 1 | Angiographie (analog) | 116,57 | 1,8 | 209,83 € |
| | A3091 | 1 | Ablation - Nierenarterienablation re sehr zeitaufwendig durch anatomische Verhältnisse | 262,29 | 3,5 | 918,02 € |
| | A3091 | 1 | Ablation - Nierenarterienablation li | | | |
| | 5301 | | weitere Serien | 262,29 | 2,3 | 603,27 € |
| 204 | 1 | Druckverband /Verschlussystem | 23,31 | 1,8 | 41,96 € | |
| | | | 5,54 | 2,3 | 12,74 € | |
| nächster Tag 15.01.2019 | 45 | 1 | Visite | 4,08 | 2,3 | 9,38 € |
| | 410 | 1 | Sonographie re Leiste | 11,66 | 2,3 | 26,82 € |
| | 401 | 1 | Farbduplex | 23,31 | 2,3 | 53,61 € |
| Entlassung 16.01.2019 | 3 | 1 | ausführliche Beratung | 8,74 | 2,3 | 20,10 € |
| | 7 | 1 | körperliche Untersuchung | 9,33 | 2,3 | 21,46 € |
| | 75 | 1 | Bericht | 7,58 | 2,3 | 17,43 € |
| | | | abzgl. 25% gem. § 6a Rechnungssumme | | | 2.214,18 € 553,54 € 1.660,63 € |

* die Laboruntersuchungen müssen vom entsprechenden liquidationsberechtigten Arzt abgerechnet werden

** Anzahl je Medikamentengabe

Bei dieser Rechnung handelt es sich um fiktive Leistungen. Es können nur Leistungen abgerechnet werden, die medizinisch notwendig erbracht wurden.

4. KORONARE ANGIOGRAFIE



Koronarangiographie bei Linksherzinsuffizienz

| Kode | Text | |
|-------------------|---|----------------|
| Diagnose | | |
| I50.13 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung | |
| Prozeduren | | |
| 1-275.2 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F49F | Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr. | 1,013 |
| Erlös* | | |

Ventrikulographie bei Linksherzinsuffizienz

| Kode | Text | |
|-------------------|---|----------------|
| Diagnose | | |
| I50.14 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe | |
| Prozeduren | | |
| 1-276.21 | Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Ventrikulographie: Linker Ventrikel | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F49F | Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr. | 1,013 |
| Erlös* | 3.591,05 € | |

Rechtsherzkatheteruntersuchung bei angeborenem Ventrikelseptumdefekt, Alter unter 18 Jahre

| Kode | Text | |
|-------------------|---|----------------|
| Diagnose | | |
| Q21.0 | Ventrikelseptumdefekt | |
| Prozeduren | | |
| 1-273.1 | Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F49C | Invasive kardiolog. Diagnostik außer b. akutem Myokardinfarkt, ohne äuß. schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre | 1,290 |
| Erlös* | 4.573,01 € | |

* Berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2019 von 3.544,97 €.

5. KORONARE GEFÄSSINTERVENTIONEN

5.1 Drug Eluting Stent (DES)

PTCA bei Angina Pectoris oder Atherosklerotischer Herzkrankheit

Anmerkung: BMS werden mit den gleichen DRGs vergütet, jedoch ohne Zusatzentgelt.

1 DES

| Kode | Text | |
|-------------------|--|----------------|
| Diagnose | | |
| I20.0 | Instabile Angina pectoris | |
| Prozeduren | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie : Eine Koronararterie | |
| 8-837.m0 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzungsfähigen Stents: Ein Stent in eine Koronararterie | |
| 8-83b.00 | ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzungsfähige Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. Resolute Onyx | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F58B | Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC | 0,924 |
| Erlös | 3.275,55 € | |
| ZE 101.01 | 62,06 € | |
| Erlös* | 3.337,61 € | |

2 DES

| Kode | Text | |
|-------------------|---|----------------|
| Diagnose | | |
| I20.0 | Instabile Angina pectoris | |
| Prozeduren | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie : Eine Koronararterie | |
| 8-837.m1 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzungsfähigen Stents: 2 Stents in eine Koronararterie | |
| 8-83b.00 | ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzungsfähige Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. Resolute Onyx | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F58B | Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC | 0,924 |
| Erlös | 3.275,55 € | |
| ZE 101.02 | 124,12 € | |
| Erlös* | 3.399,67 € | |

3 DES

| Kode | Text | |
|-------------------|---|----------------|
| Diagnose | | |
| I20.0 | Instabile Angina pectoris | |
| Prozeduren | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie : Eine Koronararterie | |
| 8-837.m3 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzungsfähigen Stents: 3 Stents in eine Koronararterie | |
| 8-83b.00 | ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzungsfähige Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. Resolute Onyx | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F56B | Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie | 1,206 |
| Erlös | 4.275,23 € | |
| ZE 101.03 | 186,18 € | |
| Erlös* | 4.461,41 € | |

3 DES und Nebendiagnosen

| Kode | Text | |
|-----------------------|---|----------------|
| Diagnose | | |
| I20.0 | Instabile Angina pectoris | |
| Nebendiagnosen | | |
| I50.14 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch] | |
| J96.00 | Akute Blutungsanämie | |
| D62 | Hypokaliämie | |
| E87.6 | | |
| Prozeduren | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie : Eine Koronararterie | |
| 8-837.m3 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzungsfähigen Stents: 3 Stents in eine Koronararterie | |
| 8-83b.00 | ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzungsfähige Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. Resolute Onyx | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F58A | Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC | 2,006 |
| Erlös | 7.111,21 € | |
| ZE 101.03 | 186,18 € | |
| Erlös* | 7.297,39 € | |

* Berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2019 von 3.544,97 €.

1 DES und Thrombektomie

| Kode | Text | |
|-------------------|--|-----------------------|
| Diagnose | | |
| I20.0 | Instabile Angina pectoris | |
| Prozeduren | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie : Eine Koronararterie | |
| 8-837.m0 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ein Stent in eine Koronararterie | |
| 8-83b.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzungsfähigen Stents: Ein Stent in eine Koronararterie | |
| 8-837.t | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Thrombektomie aus Koronargefäßen | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F52B | Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention | 1,336 |
| Erlös | 4.736,08 € | |
| ZE 101.01 | 62,06 € | |
| Erlös* | 4.798,14 € | |

2 DES und Thrombektomie

| Kode | Text | |
|-------------------|---|-----------------------|
| Diagnose | | |
| I20.0 | Instabile Angina pectoris | |
| Prozeduren | | |
| 8-837.01 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie : Mehrere Koronararterien | |
| 8-837.m2 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzungsfähigen Stents: 2 Stents in mehrere Koronararterien | |
| 8-83b.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzungsfähigen Stents: 2 Stents in mehrere Koronararterien | |
| 8-837.t | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Thrombektomie aus Koronargefäßen, z.B. Export Aspirationskatheter | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F52B | Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention | 1,336 |
| Erlös | 4.736,08 € | |
| ZE 101.02 | 124,12 € | |
| Erlös* | 4.860,20 € | |

2 DES und Thrombektomie und relevante Nebendiagnosen

| Kode | Text | |
|-----------------------|---|-----------------------|
| Diagnose | | |
| I20.0 | Instabile Angina pectoris | |
| Nebendiagnosen | | |
| N18.4 | Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4 | |
| J96.10 | Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch] | |
| I50.14 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe | |
| Prozeduren | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie : Eine Koronararterie | |
| 8-837.m1 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzungsfähigen Stents: 2 Stents in eine Koronararterie | |
| 8-83b.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzungsfähigen Stents: 2 Stents in eine Koronararterie | |
| 8-837.t | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Thrombektomie aus Koronargefäßen, z.B. Export Aspirationskatheter | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F58A | Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC | 2,006 |
| Erlös | 7.111,21 € | |
| ZE 101.02 | 124,12 € | |
| Erlös* | 7.235,33 € | |

* Berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2019 von 3.544,97 €.

PTCA bei Infarkt

1 DES

| Kode | Text | |
|-------------------|--|----------------|
| Diagnose | | |
| I21.0 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand | |
| Prozeduren | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz u. Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie : Eine Koronararterie | |
| 8-837.m0 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzungsfähigen Stents: Ein Stent in eine Koronararterie | |
| 8-83b.00 | ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzungsfähige Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. Resolute Onyx | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F52B | Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention | 1,336 |
| Erlös | 4.736,08 € | |
| ZE 101.01 | 62,06 € | |
| Erlös* | 4.798,14 € | |

2 DES

| Kode | Text | |
|-------------------|---|----------------|
| Diagnose | | |
| I21.0 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand | |
| Prozeduren | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz u. Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie : Eine Koronararterie | |
| 8-837.m1 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzungsfähigen Stents: 2 Stents in eine Koronararterie | |
| 8-83b.00 | ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzungsfähige Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. Resolute Onyx | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F52B | Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention | 1,336 |
| Erlös | 4.736,08 € | |
| ZE 101.02 | 124,12 € | |
| Erlös* | 4.860,20 € | |

3 DES

| Kode | Text | |
|-------------------|---|----------------|
| Diagnose | | |
| I21.0 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand | |
| Prozeduren | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie : Eine Koronararterie | |
| 8-837.m3 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzungsfähigen Stents: 3 Stents in eine Koronararterie | |
| 8-83b.00 | ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzungsfähige Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. Resolute Onyx | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F24B | Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC | 1,751 |
| Erlös | 6.207,24 € | |
| ZE 101.03 | 186,18 € | |
| Erlös* | 6.393,42 € | |

1 DES + Thrombektomie

| Kode | Text | |
|-------------------|--|----------------|
| Diagnose | | |
| I21.0 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand | |
| Prozeduren | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie : Eine Koronararterie | |
| 8-837.m0 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzungsfähigen Stents: Ein Stent in eine Koronararterie | |
| 8-83b.00 | ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzungsfähige Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. Resolute Onyx | |
| 8-837.t | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Thrombektomie aus Koronargefäßen, z.B. Export Aspirationskatheter | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F52B | Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention | 1,336 |
| Erlös | 4.736,08 € | |
| ZE 101.01 | 62,06 € | |
| Erlös* | 4.798,14 € | |

* Berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2019 von 3.544,97 €.

2 DES + Thrombektomie

| Kode | Text | |
|-------------------|---|----------------|
| Diagnose | | |
| I21.0 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand | |
| Prozeduren | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie : Eine Koronararterie | |
| 8-837.m1 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzungsfähigen Stents: 2 Stents in eine Koronararterie | |
| 8-83b.00 | ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzungsfähige Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. Resolute Onyx | |
| 8-837.t | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Thrombektomie aus Koronargefäßen, z.B. Export Aspirationskatheter | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F52B | Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention | 1,336 |
| Erlös | 4.736,08 € | |
| ZE 101.02 | 124,12 € | |
| Erlös* | 4.860,20 € | |

1 DES mit relevanten Nebendiagnosen

| Kode | Text | |
|----------------------|--|----------------|
| Diagnose | | |
| I21.0 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand | |
| Nebendiagnose | | |
| I50.14 J96.00 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe | |
| I47.2 E87.6 | Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch] Ventrikuläre Tachykardie D62 Akute Blutungsanämie Hypokaliämie | |
| Prozeduren | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie : Eine Koronararterie | |
| 8-837.m0 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzungsfähigen Stents: Ein Stent in eine Koronararterie | |
| 8-83b.00 | ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzungsfähige Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. Resolute Onyx | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F58A | Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC | 2,006 |
| Erlös | 7.111,21 € | |
| ZE 101.01 | 62,06 € | |
| Erlös* | 7.173,27 € | |

2 DES mit relevanten Nebendiagnosen

| Kode | Text | |
|----------------------|---|----------------|
| Diagnose | | |
| I21.0 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand | |
| Nebendiagnose | | |
| J96.10 | Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch] | |
| I47.2 N18.4 | Ventrikuläre Tachykardie Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4 | |
| Prozeduren | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie : Eine Koronararterie | |
| 8-837.m1 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzungsfähigen Stents: 2 Stents in eine Koronararterie | |
| 8-83b.00 | ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzungsfähige Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. Resolute Onyx | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F58A | Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC | 2,006 |
| Erlös | 7.111,21 € | |
| ZE 101.02 | 124,12 € | |
| Erlös* | 7.235,33 € | |

3 DES mit relevanten Nebendiagnosen

| Kode | Text | |
|----------------------|---|----------------|
| Diagnose | | |
| I21.0 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand | |
| Nebendiagnose | | |
| N18.4 J13 | Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4 Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae | |
| Prozeduren | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie : Eine Koronararterie | |
| 8-837.m3 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzungsfähigen Stents: 3 Stents in eine Koronararterie | |
| 8-83b.00 | ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzungsfähige Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. Resolute Onyx | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F24A | Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC | 3,310 |
| Erlös | 11.147,37 € | |
| ZE101.03 | 186,18 € | |
| Erlös* | 11.920,03 € | |

* Berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2019 von 3.544,97 €.

1 DES + Thrombektomie u. relev. Nebendiagnosen

| Kode | Text | |
|------------------------|---|----------------|
| Diagnose | | |
| I21.0 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand | |
| Nebendiagnose | | |
| N18.4 J96.00 D62 | Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4 Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch] Akute Blutungsanämie | |
| Prozeduren | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie : Eine Koronararterie | |
| 8-837.m0 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents: Ein Stent in eine Koronararterie | |
| 8-83b.00 | ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzen Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. Resolute Onyx | |
| 8-837.t | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Thrombektomie aus Koronargefäßen, z.B. Export Aspirationskatheter | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F58A | Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC | 2,006 |
| Erlös | 7.111,21 € | |
| ZE 101.01 | 62,06 € | |
| Erlös* | 7.173,27 € | |

2 DES + Thrombektomie u. relev. Nebendiagnosen

| Kode | Text | |
|------------------------|--|----------------|
| Diagnose | | |
| I21.0 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand | |
| Nebendiagnose | | |
| N18.4 D62 I50.14 | Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4 Akute Blutungsanämie Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe | |
| Prozeduren | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz u. Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie : Eine Koronararterie | |
| 8-837.m1 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents: 2 Stents in eine Koronararterie | |
| 8-83b.00 | ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzen Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. Resolute Onyx | |
| 8-837.t | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Thrombektomie aus Koronargefäßen, z.B. Export Aspirationskatheter | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F58A | Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC | 2,006 |
| Erlös | 7.111,21 € | |
| ZE 101.02 | 124,12 € | |
| Erlös* | 7.235,33 € | |

5.2 Drug Coated Balloons (DCB)

PTCA bei Angina Pectoris oder Atherosklerotischer Herzkrankheit

1 DCB

| Kode | Text | |
|-------------------|---|----------------|
| Diagnose | | |
| I20.0 | Instabile Angina pectoris | |
| Prozeduren | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie : Eine Koronararterie | |
| 8-83b.b6 | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentenfreisetzen Ballon an Koronargefäßen, z.B. IN.PACT Falcon | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F58B | Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC | 0,924 |
| Erlös | 3.275,55 € | |
| ZE 136.01 | 258,96 € | |
| Erlös* | 3.534,51 € | |

2 DCB

| Kode | Text | |
|-------------------|---|----------------|
| Diagnose | | |
| I20.0 | Instabile Angina pectoris | |
| Prozeduren | | |
| 8-837.01 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie : Mehrere Koronararterien | |
| 8-83b.b7 | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamentenfreisetzen Ballons an Koronargefäßen, z.B. IN.PACT Falcon | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F58B | Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC | 0,924 |
| Erlös | 3.275,55 € | |
| ZE 136.02 | 736,80 € | |
| Erlös* | 4.012,35 € | |

* Berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2019 von 3.544,97 €.

3 DCB

| Kode | Text | |
|-------------------|---|----------------|
| Diagnose | | |
| I20.0 | Instabile Angina pectoris | |
| Prozeduren | | |
| 8-837.01 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie : Mehrere Koronararterien | |
| 8-83b.b8 | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Drei medikamentenfreisetzende Ballons an Koronargefäßen, z.B. IN.PACT Falcon | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F58B | Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC | 0,924 |
| Erlös | 3.275,55 € | |
| ZE 136.03 | 1.214,67 € | |
| Erlös* | 4.490,22 € | |

1 DCB mit relevanten Nebendiagnosen

| Kode | Text | |
|-----------------------|--|----------------|
| Diagnose | | |
| I20.0 | Instabile Angina pectoris | |
| Nebendiagnosen | | |
| J96.00 | Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert Typ I [hypoxisch] | |
| N18.4 | Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4 | |
| Prozeduren | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie : Eine Koronararterie | |
| 8-83b.b6 | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentenfreisetzender Ballon an Koronargefäßen, z.B. IN.PACT Falcon | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F58A | Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC | 2,006 |
| Erlös | 7.111,21 € | |
| ZE 136.01 | 258,96 € | |
| Erlös* | 7.370,17 € | |

2 DCB mit relevanten Nebendiagnosen

| Kode | Text | |
|-----------------------|---|----------------|
| Diagnose | | |
| I20.0 | Instabile Angina pectoris | |
| Nebendiagnosen | | |
| I50.14 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe | |
| I35.0 | Aortenklappenstenose | |
| E87.6 | Hypokaliämie | |
| Prozeduren | | |
| 8-837.01 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie : Mehrere Koronararterien | |
| 8-83b.b7 | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamentenfreisetzende Ballons an Koronargefäßen, z.B. IN.PACT Falcon | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F58A | Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC | 2,006 |
| Erlös | 7.111,21 € | |
| ZE 136.02 | 736,80 € | |
| Erlös* | 7.848,01 € | |

Auszug aus den Deutschen Kodierrichtlinien 2019

Die Nebendiagnose ist definiert als: „Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt.“ Für Kodierungszwecke müssen Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist:

- therapeutische Maßnahmen
- diagnostische Maßnahmen
- erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand

Somit dürfen Nebendiagnosen nur dann kodiert werden, wenn diese einen Ressourcenverbrauch während d. Krankenhausaufenthaltes veranlassen haben.

* Berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2019 von 3.544,97 €.

5.3 Bare Metal Stent (BMS)

PTCA bei Angina Pectoris oder Atherosklerotischer Herzkrankheit

BMS in einer Koronararterie*

| Kode | Text | |
|-------------------|--|-----------------------|
| Diagnose | | |
| I20.0 | Instabile Angina pectoris | |
| Prozeduren | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz u. Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie : Eine Koronararterie | |
| 8-837.k0 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie, z.B. Integrity | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F58B | Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC | 0,924 |
| Erlös* | 3.275,55 € | |

* Anzahl Koronararterien ist nicht gruppierungsrelevant

BMS + Thrombektomie in einer Koronararterie*

| Kode | Text | |
|-------------------|--|-----------------------|
| Diagnose | | |
| I20.0 | Instabile Angina pectoris | |
| Prozeduren | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz u. Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie : Eine Koronararterie | |
| 8-837.k0 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie, z.B. Integrity | |
| 8-837.t | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Thrombektomie aus Koronargefäßen, z.B. Export Aspirationskatheter | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F52B | Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention | 1,336 |
| Erlös* | 4.736,08 € | |

* Anzahl Koronararterien ist nicht gruppierungsrelevant

* Berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2019 von 3.544,97 €.

Integrity - Bare Metal Stent



PTCA bei Infarkt

BMS in einer Koronararterie*

| Kode | Text | |
|-------------------|--|-------------------|
| Diagnose | | |
| I21.0 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand | |
| Prozeduren | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie : Eine Koronararterie | |
| 8-837.k0 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie, z.B. Integrity | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F52B | Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention | 1,336 |
| Erlös* | | 4.736,08 € |

* Anzahl Koronararterien ist nicht gruppierungsrelevant

BMS in einer Koronararterie* mit relevanten Nebendiagnosen

| Kode | Text | |
|----------------------|--|-------------------|
| Diagnose | | |
| I21.0 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand | |
| Nebendiagnose | | |
| I50.14 | Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe | |
| E87.6 | Hypokaliämie | |
| N18.4 | Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4 | |
| Prozeduren | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie : Eine Koronararterie | |
| 8-837.k0 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie, z.B. Integrity | |
| DRG | Text | Relativgewicht |
| F58A | Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC | 2,006 |
| Erlös* | | 7.111,21 € |

* Anzahl Koronararterien ist nicht gruppierungsrelevant

* Berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 2019 von 3.544,97 €.

Export Advance™ - Thrombenaspirationskatheter



6. WICHTIGES AUS DER GESETZESLANDSCHAFT

Wichtige Links

Kostenfreier Online Grouper für eine individuelle Groupierungssimulation:

http://drq.uni-muenster.de/index.php?option=com_webgrouper&view=webgrouper&Itemid=112

Hinweise zum DRG-System 2019 auf der Website des InEK

https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2019

Kodierkataloge auf der Website des DIMDI

<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/>

Änderung KHSG

<https://www.bvmed.de/de/versorgung/krankenhaus/sachkostenfinanzierung>

InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

http://www.g-drg.de/cms/Neue_Untersuchungs-_und_Behandlungsmethoden_NUB/Rechtsgrundlage

Aufstellung der Entgelte und Budgetberechnung von Zusatzentgelten (AEB)

http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/verhandlungen/drg/index_06606.html

7. AMBULANTE ABRECHNUNGSMÖGLICHKEITEN BEI GESETZLICH VERSICHERTEN PATIENTEN

Welche Leistungen können sofort ambulant erbracht werden?

Grundsätzlich hat jeder Krankenhausarzt gem. § 39 SGB V vor Behandlungsbeginn zu prüfen, ob die für erforderlich gehaltenen therapeutischen Maßnahmen unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten nicht auch ambulant erbracht werden können. Da die Implantatetechnik und die OP-Technik ambulante Operationen erlauben, ist es von beabsichtigter Therapie und Gesundheitszustand des Patienten abhängig, ob diese Leistungen ambulant erbracht werden können.

7.1 Zulassungen

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

(1) Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog nach § 3 aufgeführten Eingriffe gemäß § 115 b SGB V in den Leistungsbereichen zugelassen, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlung erbringen. Hierzu bedarf es einer maschinenlesbaren Mitteilung des Krankenhauses an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss.

(2) In dieser Mitteilung sind die entsprechenden abteilungsbezogenen Leistungsbereiche und einzelnen Leistungen, die in diesem Krankenhaus ambulant durchgeführt werden sollen, auf der Grundlage des gemeinsamen Katalogs maschinenlesbar zu benennen. Die Krankenhäuser verwenden für diese Mitteilung das zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgestimmte Formular in der jeweils aktuellen Fassung.

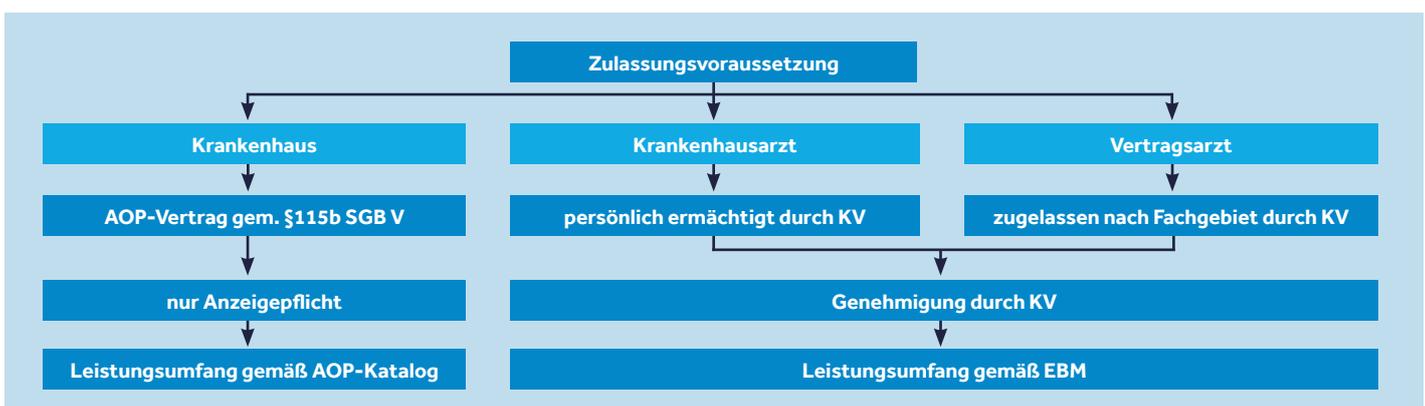
Die Formulare können abgerufen werden unter:

https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/ambulant_versorgung/index.html

Zulassung ermächtigter Krankenhausarzt

Ein im Krankenhaus angestellter Arzt kann auf seinen Antrag an den Zulassungsausschuss bei der KV persönlich ermächtigt werden, seine persönlich erbrachte Leistung gemäß EBM/E-GO abzurechnen. Dazu muss er die angestrebten Leistungen nach EBM beantragen.

Zulassung Vertragsarzt



Der Vertragsarzt muss die angestrebten Leistungen nach EBM beim Zulassungsausschuss der zuständigen KV beantragen. Der Arzt rechnet seine persönlich erbrachte Leistung nach EBM/E-GO mit seiner KV ab.

Abrechnung erfolgt gemäß EBM

- pauschale Kostenerstattung, z.B. bei Herzkatheteruntersuchungen
- 7% vom Rechnungsbetrag*
- Einzelkostenabrechnung z.B. bei DES, DEB, Rotablation

Es können nur Leistungen abgerechnet werden, zu denen der Arzt ermächtigt bzw. zugelassen ist. Weiterhin können nur Leistungen berechnet werden, die im Gebührenverzeichnis aufgenommen sind. Eine analoge Bewertung ist nicht möglich.

7.2 Gesetzliche Grundlagen

Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V

Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus – (AOP Vertrag)

Einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus. Zuletzt aktualisiert zum 08.04.2014.

Ein Vertragsarzt kann neben seiner Vertragsarztstätigkeit auch als angestellter Arzt in einem Krankenhaus arbeiten. Diese Nebenbeschäftigungen durfte bisher nach höchstinstanzlicher Verurteilung nicht mehr als dreizehn Stunden pro Woche einnehmen. Mit dem neuen Versorgungsstrukturgesetz wurde eine Flexibilisierung ermöglicht und die Stundenzahl hängt vom jeweiligen Fall ab.

Abrechnungsregeln AOP § 115b

Der Katalog ist mit Wirkung zum 01.01.2019** überarbeitet worden. Im EBM 2019 sind im Anhang 2 die Operationen/Diagnostik aufgeführt, die als ambulant durchführbare Operation definiert sind. Die Zuordnung erfolgt ausschließlich über die Definition des OPS-Kodes.

Im dreiseitigen Vertrag

- GKV Spitzenverband (Gesetzliche Krankenkassen)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Kassenärztliche Bundesvereinigung

wurde die Einigung über die Abrechnungsbestimmungen und der Qualitätssicherung festgelegt. Mit der Definition des OPS-Kodes wird die abrechenbare Leistungsposition für die Diagnostik, Vor- Nachbetreuung, Material definiert. Im „Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus“, Stand 01.01.2019, sind die Operationen aufgeführt, die vom Krankenhaus abgerechnet werden können:

<http://www.kbv.de/html/87.php>

* sog. Kleinmaterial wird durch einen 7%igen Aufschlag auf die Rechnungssumme berücksichtigt. Leistungen z.B. 34291 (Herzkatheteruntersuchungen), für die es eine Kostenpauschale gibt, sowie die Kostenpauschale z.B. 40302 müssen für die Ermittlung des 7%igen Aufschlag abgezogen werden.

AOP Vertrag nach § 115b

Im EBM 2019 sind im Anhang 2 die Operationen aufgeführt, die als ambulant durchführbare Operation definiert sind. Die Zuordnung erfolgt ausschließlich über die Definition des OPS-Codes. Im Kapitel 31 finden sich die Bewertungen der ambulanten OP. Im Kapitel 36 sind die Bewertungen der belegärztlichen OP aufgelistet. Es gibt einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und stationärer Eingriffe im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus. **Wichtig:** Das Krankenhaus kann nur die Operationen über AOP abrechnen, die im AOP Vertrag im Abschnitt 1, 2 oder 3 aufgeführt sind.

Die Koronarangiographie ist in Abschnitt 2 des AOP Katalogs aufgeführt. Abschnitt 2: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationärer Eingriffe gemäß § 115 b SGB V außerhalb Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM.

| OPS 2019 | OPS-Bezeichnung 2019 | EBM Nr. | EBM Leistung | Kat.* |
|----------|---|---------|--|-------|
| 1-275.0 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen | 34291 | Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie | 2 |
| 1-275.1 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel | 34291 | Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie | 2 |
| 1-275.2 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel | 34291 | Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie | 2 |
| 1-275.3 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung | 34291 | Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie | 2 |
| 1-275.4 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung | 34291 | Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie | 2 |
| 1-275.5 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen | 34291 | Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie | 2 |

*Kategorien: Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können sind mit der Ziffer „1“ gekennzeichnet. Leistungen, bei denen sowohl eine ambulante, als auch eine stationäre Durchführung möglich ist, sind mit der Ziffer „2“ gekennzeichnet. Bei Vorliegen bzw. Erfüllung der Kriterien der allgemeinen Tatbestände gem. § 3 Abs. 3 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V kann bei Leistungen mit der Ziffer „1“ jedoch eine stationäre Durchführung dieser Eingriffe erforderlich sein. Zu einigen OPS-Kodes existiert eine z.B. nach Alter oder Diagnose differenzierte Zuordnung der Kategorie, die den entsprechenden Kategoriefeldern im Einzelnen zu entnehmen ist.

EBM Abrechnungspositionen

| 34 291 | Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie | | |
|---|--|-------------|----------------|
| Obligater Leistungsinhalt | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> – Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie, – Begleitleistungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Leistungserbringung stehen, – Kontrastmitteleinbringung(en) | | | |
| Fakultativer Leistungsinhalt | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> – Selektive Darstellung auch bei Patienten mit einem oder mehreren Bypässen und/oder bei Patienten mit Herzvitium, – Angiokardiographie (Nr. 34 290), – Gerinnungsuntersuchung(en) (z.B. aktivierte Gerinnungszeit) | | | |
| 47 Min. | | Wert | Punkte* |
| einmal im Behandlungsfall | | 349,25 € | 3227 |
| Anmerkung | | | |
| <p>Die Gebührenordnungsposition 34 291 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02 100, 02 101, 02 330, 02 331 und 34 503 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 32 berechnungsfähig.</p> <p>Die Gebührenordnungsposition 34 291 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01 530, 01 531, 02 300 bis 02 302, 02 310, 02 320 bis 02 323, 02 330, 02 331, 02 340 bis 02 343, 02 350, 02 360, 34 283 bis 34 287 und 34 290 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 2.1, 34.3 und 34.4 berechnungsfähig.</p> | | | |
| Kommentar | | | |
| <p>Neben der Gebührenordnungsposition 34 291 sind im Behandlungsfall auch die Leistungen nach den Nrn. 34 470, 34 475, 34 480, 34 485, 34 486, 34 489, 34 490 und 34 492 nicht berechnungsfähig.</p> <p>Gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur invasiven Kardiologie sind für den Erhalt der Genehmigung folgende fachliche Befähigungen nachzuweisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Kardiologie – dreijährige kontinuierliche ganztägige Tätigkeit in der invasiven Kardiologie unter Anleitung – selbstständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 1000 diagnostischen Katheterisierungen des linken Herzens, der Koronararterien und der herznahen großen Gefäße unter Anleitung innerhalb der letzten vier Jahre vor Antragstellung – selbstständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 300 therapeutischen Katheterinterventionen an Koronararterien unter Anleitung innerhalb der letzten drei Jahre vor Antragstellung. | | | |

Nur die EBM Position 34291 ist im Anhang 2 des EBM Katalogs aufgeführt und somit im Rahmen des § 115b amb. OP abrechenbar.

Als organisatorische Voraussetzung für die Durchführung von Linksherzkatheteruntersuchungen ist zu gewährleisten, dass

- Räumlichkeiten f. d. Nachbetreuung der Patienten zur Verfügung stehen,
- während der Nachbetreuung des Patienten mindestens eine medizinische Fachkraft u. ein approbierter Arzt unmittelbar z. Verfügung stehen,
- bei Komplikationen und Zwischenfällen während der Nachbetreuung ein in der invasiven Kardiologie qualifizierter Arzt innerhalb von höchstens 30 Minuten zur Verfügung stehen kann,
- der Patient in der Regel mindestens vier Stunden nachbetreut wird.

Als apparative Voraussetzungen definiert die Qualitätssicherungsvereinbarung folgende Mindestanforderungen an die Ausstattung im Herzkatheterlabor und in der Nachsorgeeinheit:

- Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel)
- Absaugvorrichtung
- Sauerstoffversorgung
- Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop
- Möglichkeit zur Ableitung eines 12-Kanal-EKGs
- EKG-Monitor und Rufanlage
- Die Röntgeneinrichtung verfügt über die Möglichkeit der Dokumentation d. Katheterisierung mittels CD-Medical im DICOM-ACC/ESC-Standard.

Eine weitere Voraussetzung für die Abrechnung von Leistungen der invasiven Kardiologie ist eine Erklärung über die Erfüllung der Anforderungen nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und stationärsersetzenden Eingriffen einschließlich der notwendigen Anästhesien gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V.

Als Auflage für die Aufrechterhaltung der Genehmigung für Linksherzkatheteruntersuchungen gilt Folgendes: Der Arzt hat in einem Abstand von jeweils 12 Monaten nachzuweisen, dass er innerhalb dieses Zeitraums mindestens 150 Linksherzkatheteruntersuchungen durchgeführt hat. Dieser Nachweis hat in geeigneter Form zu erfolgen; die Kassenärztliche Vereinigung kann dafür beispielsweise die Vorlage der Dokumentationen verlangen. Nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführte Katheterisierungen sind auf die nachzuweisende Anzahl anzurechnen.

GOÄ**: Nrn. 5315 ff., anders gegliedert.

* Der Punktwert beträgt ab 01.01.2019 10,8226 Cent

** Gebührenordnung für Ärzte; Abrechnungsgrundlage bei privat versicherten Patienten.

| 34 292 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34 291 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (z.B. PTCA, Stent) | | |
|---|----------|---------|
| 62 Min. | Wert | Punkte* |
| einmal im Behandlungsfall | 413,32 € | 3819 |
| Anmerkung | | |
| Die Gebührenordnungsposition 34 292 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02 100, 02 101, 02 330, 02 331, 34 280, 34 281 u. 34 503 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 34 292 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34 283 bis 34 287 u. 34 290 berechnungsfähig. | | |
| Kommentar | | |
| Zur Abgeltung der Kosten vgl. Kapitel 40.6 (Nrn. 40 300 ff.). | | |
| Zu den fachlichen und apparativen Voraussetzungen für die Genehmigung s. Kommentar zur Nr. 34 291. | | |
| Für die Durchführung von therapeutischen Katheterinterventionen fordert die Qualitätssicherungsvereinbarung als organisatorische Voraussetzungen, dass | | |
| <ul style="list-style-type: none"> – mindestens eine medizinische Fachkraft im Katheterraum und ein weiterer approbierter Arzt zur unmittelbaren Hilfestellung im jeweiligen Herzkatheterlabor anwesend sind, – ab dem Zeitpunkt der Feststellung des Erfordernisses eines kardiologischen Eingriffs die Patienten innerhalb von höchstens 30 Minuten in eine stationäre Abteilung zur Kardiochirurgie transportiert und dort versorgt werden können sowie – bindende schriftliche Absprachen mit der stationären Einrichtung zur Übernahme dieser Patienten bestehen, – Räumlichkeiten für die Nachbetreuung der Patienten zur Verfügung stehen, – die Betreuung der Patienten nach einer therapeutischen Katheterintervention in einer Katheterpraxis oder klinischen Einrichtung in räumlicher Nähe zu einem Katheterlabor erfolgt, um ggf. unmittelbar eine erneute Katheterintervention durchführen zu können, – während der Nachbetreuung des Patienten mindestens eine medizinische Fachkraft und ein approbierter Arzt zur unmittelbaren Hilfe zur Verfügung stehen, – bei Komplikationen und Zwischenfällen während der Nachbetreuung ein in der invasiven Kardiologie qualifizierter Arzt innerhalb von höchstens 30 Minuten zur Verfügung stehen kann, – der Patient mindestens bis zum nächsten Tag und in der Regel 24 Stunden nachbetreut wird. | | |
| Als Auflage für die Aufrechterhaltung der Genehmigung für therapeutische Katheterinterventionen gilt Folgendes: In einem Abstand von jeweils 12 Monaten hat der Arzt nachzuweisen, dass er innerhalb dieses Zeitraums mindestens 150 Katheterisierungen, davon mindestens 50 therapeutische Katheterinterventionen durchgeführt hat. Dieser Nachweis hat in geeigneter Form zu erfolgen; die Kassenärztliche Vereinigung kann dafür beispielsweise die Vorlage der Dokumentationen verlangen. Nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführte Katheterisierungen sind auf die nachzuweisende Anzahl anzurechnen. | | |
| GOÄ**: Nrn. 5315 bis 5328, anders gegliedert. | | |

* Der Punktwert beträgt ab 01.01.2019 10,8226 Cent

** Gebührenordnung für Ärzte; Abrechnungsgrundlage bei privat versicherten Patienten.

Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen

1. Die einzeitige Mehrgefäßdilatation am Herzen beinhaltet die Dilatation mehrerer verschiedener Gefäße (A. coronaria dextra, A. coronaria sinistra, Ramus interventricularis anterior und/oder Bypass) in einer Sitzung.

2. Die im Zusammenhang mit interventionellen kardiologischen Maßnahmen, wie z.B. der Rotablation, der Laseratherektomie oder der Atherektomie entstehenden Sachkosten sind nicht Bestandteil der Kostenpauschalen nach den Nrn. 40 300, 40 302 und 40 304. Die entstehenden Kosten sind entsprechend 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen gesondert berechnungsfähig. In diesem Fall sind die Nrn. 40 300, 40 302 und 40 304 nicht berechnungsfähig. In diesen Fällen sind alle verwendeten Materialien einzeln abzurechnen (s. auch Beispiel DES Seite 14).

| | | |
|--------|--|----------|
| 40 300 | Kostenpauschale für die Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34 291 | 181,50 € |
|--------|--|----------|

Die Kostenpauschale nach der Nr. 40 300 enthält alle Sachkosten, einschl. der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.

| | | |
|--------|--|------------|
| 40 302 | Kostenpauschale für die Durchführung einer PTCA an einem Gefäß, ggf. einschl. Stent entsprechend der Gebührenordnungsposition 34 292 | 1.058,40 € |
|--------|--|------------|

Die Kostenpauschale nach der Nr. 40 302 enthält alle Sachkosten, einschl. der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.

| | | |
|--------|---|----------|
| 40 304 | Kostenpauschale für die Durchführung einer PTCA an mehreren Gefäßen, ggf. einschl. Stents entsprechend der Gebührenordnungsposition 34 292, zusätzlich zur Sachkostenpauschale Nr. 40 302 | 690,20 € |
|--------|---|----------|

Die Kostenpauschale nach der Nr. 40 304 enthält alle Sachkosten, einschl. der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.

Kommentar

Mit den Sachkostenpauschalen nach den Nrn. 40 300 bis 40 304 sind ausdrücklich die Kosten für Kontrastmittel sowie die Kosten für alle Materialien, die ansonsten als Sprechstundenbedarf bezogen werden können, abgegolten. Ärzte, die Herzkatheteruntersuchungen ausführen, müssen ihre Sprechstundenbedarfsanforderungen folglich so bemessen, dass der Bedarf für Herzkatheteruntersuchungen nicht erfasst wird. Der Bezug der mit den Pauschalen abgegoltenen Produkte über Einzelverordnung oder als Sprechstundenbedarf ist unzulässig. Folglich muss der ausführende Arzt solche Produkte getrennt beschaffen und selbst vorfinanzieren.

Der zweite Satz der Allgemeinen Bestimmungen nach den Nrn. 40 300 bis 40 304 bekräftigt noch einmal, dass keinerlei Kosten nebenher berechnet werden können.

Die Nr. 40 302 deckt sämtliche Kosten bei einer PTCA in einer Sitzung an einem Gefäß ab. Als jeweils ein Gefäß gelten

- Arteria coronaria dextra,
- Arteria coronaria sinistra,
- Ramus interventricularis anterior,
- Bypass.

Erfolgt in einer Sitzung eine PTCA an mehreren Gefäßen, so kann zusätzlich zu der Nr. 40 302 einmal die Nr. 40 304 angesetzt werden.

Ob Stents eingesetzt werden und ggf. wie viele, spielt für die Sachkostenberechnung keine Rolle. Die Kosten hierfür sind in den Pauschalen entsprechend dem durchschnittlichen Bedarf enthalten. Nicht berücksichtigt sind hingegen die Aufwendungen für medikamentös beschichtete Stents. Werden solche Stents verwendet, gelten die hier getroffenen Regelungen nicht. Die Kosten sind vielmehr insgesamt gesondert in Rechnung zu stellen. Daneben können dann selbstverständlich die Pauschalen nach den Nrn. 40 302 und 40 304 nicht berechnet werden.

Werden in einem Quartal (Behandlungsfall) in zeitlichen Abständen mehrere Herzkatheteruntersuchungen erforderlich und durchgeführt, so können die Nrn. 34 291 und 34 292 als Quartalspauschalen nur einmal berechnet werden. Die Sachkostenpauschalen nach den Nrn. 40 300 bis 40 304 hingegen können für jede zeitlich getrennte Untersuchung angesetzt werden.

Werden in einem Quartal (Behandlungsfall) in zeitlichen Abständen mehrere Herzkatheteruntersuchungen erforderlich und durchgeführt, so können die Nrn. 34 291 und 34 292 als Quartalspauschalen nur einmal berechnet werden. Die Sachkostenpauschalen nach den Nrn. 40 300 bis 40 304 hingegen können für jede zeitlich getrennte Untersuchung angesetzt werden.

Leistungsbezogene Zusatzpauschalen bei Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen

| | | |
|--|--|----------------|
| 01 520 | Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken, entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen | |
| Obligater Leistungsinhalt | | |
| - Im unmittelbaren Anschluss an eine diagnostische Herzkatheteruntersuchung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34 291 - Dauer mehr als 4 Stunden | | |
| | Wert | Punkte* |
| einmal im Behandlungsfall | 104,11 € | 962 |
| Anmerkung | | |
| Die Gebührenordnungsposition 01 520 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01 510 bis 01 512, 01 521, 01 530, 01 531, 01 857, 01 910, 01 911, 02 100, 02 101, 04 564 bis 04 566, 04 572, 04 573, 13 610 bis 13 612, 13 620 bis 13 622, 30 708, 32 247, 34 503 bis 34 505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 01 520 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13 310 und 13 311 berechnungsfähig. | | |
| Kommentar | | |
| Die Gebührenordnungspositionen 01 520 und 01 521 sind nur für die Beobachtung und Betreuung eines Patienten im unmittelbaren Anschluss an eine diagnostische Herzkatheteruntersuchung nach der Gebührenordnungsposition 34 291 bzw. interventionelle Maßnahme nach der Gebührenordnungsposition 34 292 berechnungsfähig, wenn diese sich über einen Zeitraum von mehr als 4 bzw. 12 Stunden erstreckt hat. Auch bei einer interventionellen Katheterisierung, die unter der Gebührenordnungsposition 34 292 als Zuschlag zur Herzkatheteruntersuchung nach der Gebührenordnungsposition 34 291 abzurechnen ist, kann die Gebührenordnungsposition 01 520 abgerechnet werden, wenn die Betreuung länger als vier Stunden, jedoch nicht mehr als zwölf Stunden gedauert hat. Für die Beobachtung und Betreuung im Anschluss an eine rein diagnostische Herzkatheteruntersuchung nach der Gebührenordnungsposition 34 291 kann ausschließlich die Gebührenordnungsposition 01 520 abgerechnet werden, und zwar auch dann, wenn sich diese über einen Zeitraum von mehr als zwölf Stunden erstreckt hat. Die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01 520 und 01 521 sind an demselben Behandlungstag nicht neben anderen Leistungen, die eine Vergütung für die Beobachtung und Betreuung des Patienten beinhalten, berechnungsfähig. | | |

* Der Punktwert beträgt ab 01.01.2019 10,8226 Cent

| | | |
|--|--|----------------|
| 01 521 | Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken, entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen | |
| Obligater Leistungsinhalt | | |
| - Im unmittelbaren Anschluss an eine therapeutische Herzkatheteruntersuchung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34 292 - Dauer mehr als 12 Stunden | | |
| | Wert | Punkte* |
| einmal im Behandlungsfall | 180,41 € | 1667 |
| Anmerkung | | |
| Die Gebührenordnungsposition 01 521 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01 510 bis 01 512, 01 520, 01 530, 01 531, 01 857, 01 910, 01 911, 02 100, 02 101, 04 564 bis 04 566, 04 572, 04 573, 13 610 bis 13 612, 13 620 bis 13 622, 30 708, 32 247, 34 503 bis 34 505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 01 521 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13 310 und 13 311 berechnungsfähig. | | |
| Kommentar | | |
| S. Kommentar zur Nr. 01 520 | | |

* Der Punktwert beträgt ab 01.01.2019 10,8226 Cent

Sonstige Abrechnungspositionen für Beratungs- und Untersuchungsleistungen

| Grundpauschale für den Vertragsarzt Innere Medizin | | Wert | Punkte* |
|--|---|---------|---------|
| 13 540 | für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr | 15,48 € | 143 |
| 13 541 | für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr | 22,40 € | 207 |
| 13 542 | für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres | 23,16 € | 214 |
| Grundpauschale für den Krankenhausarzt | | Wert | Punkte |
| 01 321 | Grundpauschale für Ärzte, Institute und Krankenhäuser | 17,21 € | 159 |
| Bei Auftragsleistung (handelt es sich bei dem durchgeführten Eingriff um eine „Auftragsleistung“ kann der Krankenhausarzt keine Grundpauschale, sondern nur die Konsultationspauschale abrechnen. Zusätzlich kann dann ein Befundbericht nach Ziffer 01600 abgerechnet werden.) | | | |
| 01436 | Konsultationspauschale | 1,95 € | 18 |
| 01 600 | Ärztlicher Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung | 4,22 € | 39 |

* Der Punktwert beträgt ab 01.01.2019 10,8226 Cent

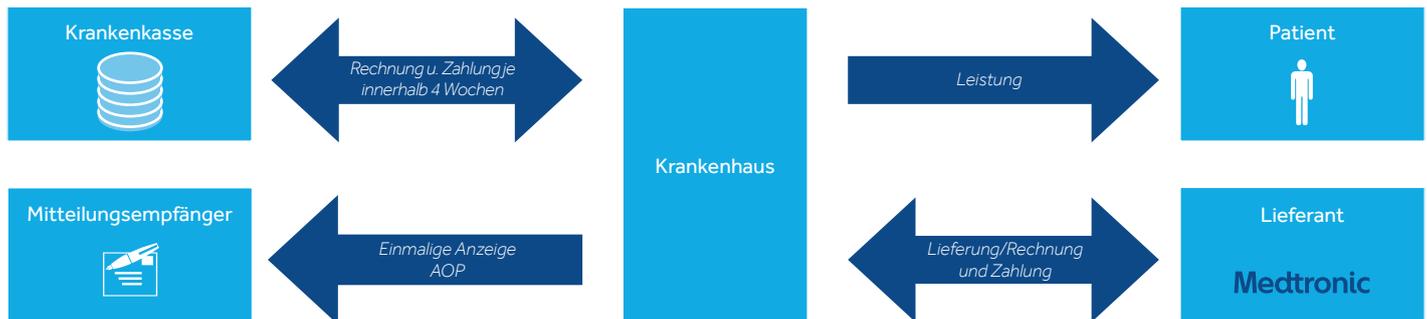
7.3 Sachkostenabrechnung

Amb. Operieren §115b SGB V

Wichtiger Hinweis: Gilt nur für GKV-Patienten, nicht für PKV- und BG Patienten!

Die Abrechnung der Sachkosten bei der ambulanten Leistungserbringung durch das zugelassene Krankenhaus erfolgt gem. §9 AOP Vertrag vom Medizinproduktehersteller an das Krankenhaus, welches die Rechnung unter Abzug des Selbstbehaltes von 12,50 € an die betreffende Krankenkasse berechnet.

Ambulantes Operieren im zugelassenen Krankenhaus - Beziehungsverhältnisse



Auszug AOP-Vertrag

§ 9 Vergütung von Sachkosten (Verbrauchsmaterialien, Verbandmittel, Arzneimittel, Hilfsmittel)

(1) Die für die Durchführung der Eingriffe gemäß § 3 und die Leistungen nach den §§ 4 bis 6 benötigten Verbrauchsmaterialien, Verbandmittel, Arzneimittel und Hilfsmittel werden vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt. Die Abrechnung der Sachkosten und Arzneimittel erfolgt zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen gemäß § 18. Der Krankenhausarzt ist nicht berechtigt, die in diesem Absatz aufgeführten Mittel auf Kassenrezept zu verordnen.

(2) Sachmittel nach Absatz 1, deren Kosten gemäß Nr. 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM (Praxisbedarf) mit der Gebühr für die ärztliche Leistung abgegolten sind oder Sachmittel, die explizit Leistungsinhalt der Leistungen des EBM sind, sind nicht gesondert berechnungsfähig.

(3) Arznei- und Sachmittel, die weder nach Absatz 2 Bestandteil der berechnungsfähigen ärztlichen Leistungen des EBM sind, noch gemäß der Absätze 4 bis 7 gesondert abgerechnet werden können, werden durch einen pauschalen Zuschlag auf die gesamte Honorarsumme in Höhe von 7,0 % vergütet. Sofern eine Kostenpauschale nach Absatz 4 in Rechnung gestellt wird, ist die entsprechende ärztliche Leistung des EBM für die Berechnung der Zuschlagshöhe aus der Honorarsumme auszuklammern.

(4) Die im Kapitel 40 des EBM ausgewiesenen Kostenpauschalen nach BMÄ und E-GO sind berechnungsfähig.

(5) Nachfolgende Sachmittel werden zusätzlich zu der Vergütung nach Abs. 3 und 4 nach Aufwand erstattet, soweit sie je nachfolgend aufgeführter Sachmittelposition (je Spiegelstrich) einen Betrag von 12,50 Euro im Behandlungsfall überschreiten:

- im Körper verbleibende Implantate in Summe,
- Röntgenkontrastmittel,
- Nahtmaterial,
- Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, Gefäßschleuse, Einführungsbesteck und Verschlussysteme im Zusammenhang mit angiologisch-diagnostischen und therapeutischen, gefäßchirurgischen und phlebologischen Leistungen,

- Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, im Zusammenhang mit gastrokopischen Leistungen (inkl. Leistungen an den Gallenwegen),
- Trokare, Endoclips und Einmalapplikatoren für Clips, im Zusammenhang m. laparoskopischen Leistungen,
- Narkosegase, Sauerstoff,
- Diagnostische und interventionelle Katheter (ausgenommen Transferkatheter) einschl. Führungsdraht im Zusammenhang mit Leistungen zur In-Vitro-Fertilisation abzüglich des Patienteneigenanteils,
- Iris-Retraktoren, Kapselspannringe, Injektionshalterungen bei ophthalmochirurgischen Leistungen,
- Ophthalmica (Viskoelastika, Perfluordecaline, Silikonöl, C3F8-Gas) bei ophthalmochirurgischen Leistungen,
- Schienen, Kompressionsstrümpfe
- (nicht Anti-Thrombosestrümpfe)

(6) Das Krankenhaus wählt die gesondert berechnungsfähigen Materialien nach Absatz 5 unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus. Es hat die rechnungsbegründenden Unterlagen in Form der Originalrechnungen für die Dauer von fünf Jahren aufzubewahren und vorzuhalten. Aus den Originalrechnungen muss der Name des Herstellers bzw. des Lieferanten, die Artikelbezeichnung sowie die vom Hersteller bzw. Lieferanten festgelegte Artikelnummer hervorgehen. Das Krankenhaus ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen und nach Maßgabe der Krankenkasse nachzuweisen. Gegebenenfalls vom Hersteller beziehungsweise 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 Patienten verbraucht, so ist ein durchschnittlicher Preis je Patient zu ermitteln und nach Maßgabe der Krankenkasse nachzuweisen.

(7) Übersteigt der Preis eines Arzneimittels, das nicht Bestandteil der Vergütungen gemäß der Absätze 2 bis 5 ist, einen Betrag von 40,00 Euro, erfolgt eine Vergütung auf der Grundlage des in der Großen Deutschen Spezialitätentaxe (Lauertaxe) ausgewiesenen Apotheken-Einkaufspreises mit einem Abschlag in Höhe von 25 % zuzüglich Mehrwertsteuer. Der Preis ergibt sich aus den tatsächlich für den Behandlungsfall verbrauchten Einheiten des jeweiligen Arzneimittels und dem Preis einer Einzeldosis der größten, in der Lauertaxe angegebenen Packungseinheit.

(8) Abweichend von Absatz 7 erfolgt für Photosensibilisatoren (z. B. Verteporfin) bei der Photodynamischen Therapie und Hormonpräparate bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung eine Vergütung auf der Grundlage des in der Großen Deutschen Spezialitätentaxe (Lauertaxe) ausgewiesenen Apotheken-Einkaufspreises mit einem Abschlag in Höhe von 20 % zuzüglich Mehrwertsteuer. Der Preis ergibt sich aus den tatsächlich für den Behandlungsfall verbrauchten Einheiten des jeweiligen Arzneimittels und dem Preis einer Einzeldosis der größten, in der Lauertaxe angegebenen Packungseinheit. Der Rechnungsbetrag für Hormonpräparate zur In-vitro-Fertilisation ist um den Eigenanteil der Patienten zu reduzieren. Der Betrag nach Absatz 7 Satz 1 (40,00 Euro) gilt für Photosensibilisatoren (z. B. Verteporfin) bei der Photodynamischen Therapie und Hormonpräparate bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nicht.

Anlage 1: Übersicht wichtige Prozedurenkodes 2019

Koronare Diagnostik und Intervention:

Die Prozedurenkodes im koronaren Bereich setzen sich zusammen aus einem 5-stelligen Kode für die Bezeichnung der Prozedur, ggf. ergänzt um eine Ziffer oder einem Buchstaben für das behandelte Gefäß (eine/mehrere Koronararterien).

| Diagnostische Prozeduren | |
|----------------------------------|--|
| 1-27 | Diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Kreislauf |
| 1-273.* | Rechtsherz-Katheteruntersuchung (*=1, 2, 5, 6, x, y) |
| 1-274.* | Transseptale Linksherzkatheteruntersuchung (*=0, 1,2,3,4, x, y) |
| 1-275.* | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung (*= 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, x, y) |
| 1-276.* | Angiokardiographie als selbständige Maßnahme (*=0,1,20, 21, 22, x, y) |
| 1-277.* | Herzkatheteruntersuchung bei funktionell/morphologisch univentrikulärem Herzen |
| 1-279.* | Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen (*=0, 1, 2, 3, 4, 50, 51, 5x, 6, 7, 8, 9, a, x, y) |
| Interventionen | |
| 8-837.0* | Angioplastie Ballon (incl. Bypassgefäß), *=0: eine Koronararterie, *=1: mehrere Koronararterien |
| 8-837.0* + Zusatzkodes DEB | medikamentenfreisetzende Ballons (DEB) |
| | Zusatzkodes für medikamentenfreisetzende Ballons (DEB) |
| 8-837.0* + 8-83b.b6 | ein medikamentenfreisetzender Ballon an Koronargefäßen |
| 8-837.0* + 8-83b.b7 | zwei medikamentenfreisetzende Ballons an Koronargefäßen |
| 8-837.0* + 8-83b.b8 | drei medikamentenfreisetzende Ballons an Koronargefäßen |
| 8-837.0* + 8-83b.b9 | vier und mehr medikamentenfreisetzende Ballons an Koronargefäßen |
| | |
| 8-837.k* | Einlegen eines nicht-medikamentenfreisetzenden Stents (BMS) |
| 8-837.k0 | Ein Stent in eine Koronararterie |
| 8-837.k1 | Mindestens zwei Stents in eine Koronararterie |
| 8-837.k2 | Mindestens zwei Stents in mehrere Koronararterien |
| 8-837.kx | Sonstige |
| | |
| 8-837.m* + Zusatzkode DES | Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents (DES) mit Zotarolimus + Polymer (Kode 8-83b.00) |
| 8-837.m0 + 8-83b.00 | Ein Stent in eine Koronararterie |
| 8-837.m1 + 8-83b.00 | 2 Stents in eine Koronararterie |
| 8-837.m2 + 8-83b.00 | 2 Stents in mehrere Koronararterien |
| 8-837.m3 + 8-83b.00 | 3 Stents in eine Koronararterie |
| 8-837.m4 + 8-83b.00 | 3 Stents in mehrere Koronararterien |
| 8-837.m5 + 8-83b.00 | 4 Stents in eine Koronararterie |
| 8-837.m6 + 8-83b.00 | 4 Stents in mehrere Koronararterien |
| 8-837.m7 + 8-83b.00 | 5 Stents in eine Koronararterie |
| 8-837.m8 + 8-83b.00 | 5 Stents in mehrere Koronararterien |
| 8-837.m9 + 8-83b.00 | 6 Stents in eine Koronararterie |
| 8-837.ma + 8-83b.00 | 6 Stents in mehrere Koronararterien |
| 8-837.mx + 8-83b.00 | Sonstige |
| | |
| 8-837.t | Thrombektomie aus Koronargefäßen |

Anlage 2: Abrechnungsbeispiele Koronarangiographie bei gesetzlich versicherten Patienten im Krankenhaus

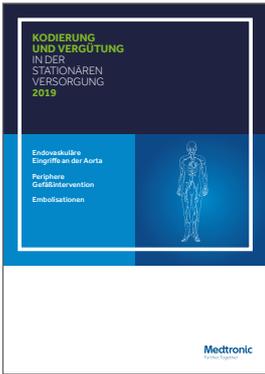
| Koronarangiographie mit Stent (DES/BMS) | | | |
|---|--|------------|-------------------|
| | | Alternativ | |
| 01321 | Grundpauschale - Ermächtigter Arzt | | 17,21 € |
| 34291 | Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie | | 349,25 € |
| 34292 | Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34 291 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (z.B. PTCA, Stent) | | 413,32 € |
| 40300 | Kostenpauschale für die Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34 291 | | 181,50 € |
| 40302* | Kostenpauschale für die Durchführung einer PTCA an einem Gefäß, ggf. einschl. Stent entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292 | | 1.058,40 € |
| 01520 | Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken, entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen Dauer mehr als 4 Stunden | | 104,11 € |
| 01521 | mehr als 12 Stunden | 180,41 € | |
| | Summe | | 2.123,79 € |
| | 7% Sachkostenpauschale (auf 118,69 €, Ziffer 01321 und 01520) | | 8,49 € |
| | Summe | | 2.132,28 € |

Sofern eine leistungsbezogene Kostenpauschale nach Abs. 4 des AOP Vertrages § 9 in Rechnung gestellt wird, ist die entsprechende ärztliche Leistung des EBM für die Berechnung der Zuschlagshöhe aus der Honorarsumme auszuklammern.

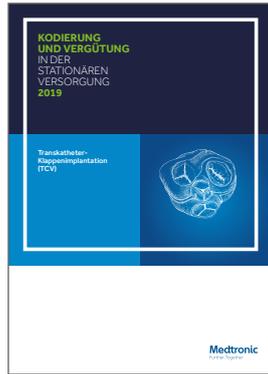
Evtl. Kosten für Kopien oder Porto können mit den Kostenpauschalen 40120 ff. berechnet werden.

| | | |
|--------|--|--------|
| 40 120 | Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 20 g (z.B. im Postdienst Standardbrief) oder für die Übermittlung eines Telefax | 0,55 € |
| 40 144 | Kostenpauschale für fotokopierte oder EDV-technisch reproduzierte Befundmitteilungen, Berichte, Arztbriefe und andere patientenbezogene Unterlagen ausschließlich für den mit- oder weiterbehandelnden oder konsiliarisch tätigen Arzt oder den Arzt des Krankenhauses, je Seite | 0,13 € |

Weitere Informationsbroschüren



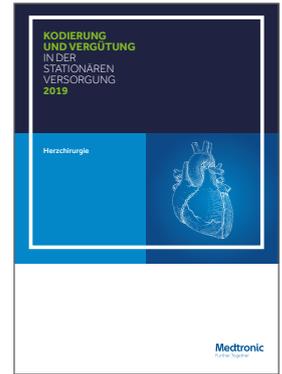
Endovaskuläre Eingriffe an der Aorta, Periphere Gefäßintervention, Embolisierungen



Transkatheter-Klappenimplantation (TCV)



Transkatheter-Klappenimplantation (TCV) Melody®



Herzchirurgie



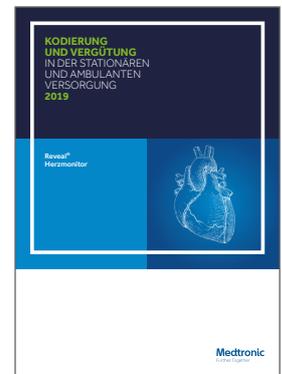
Ablationen



Herzstimulation
Kodierung und Vergütung in der ambulanten Versorgung



Kodierhilfen



Reveal® Herzmonitor

Diese und weitere Broschüren können Sie direkt bei Medtronic bestellen. Senden Sie hierzu bitte einfach eine E-Mail an: rs.dusreimbursement@medtronic.com

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

Medtronic

Medtronic GmbH
Earl-Bakken-Platz 1
40670 Meerbusch

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

UC201909936 DE © Medtronic, Inc.
2019. All Rights Reserved.
Printed in Germany. 02/2019

www.medtronic-reimbursement.de

Rechtlicher Hinweis

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