



Abbott



2021

KODIERLEITFADEN

KORONARINTERVENTIONEN – PCI

## UNSERE MISSION

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

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

## UNSER ANLIEGEN

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

„Die Abteilung Health Economics und Reimbursement (HE&R) arbeitet jeden Tag daran, den Zugang der Patienten zu lebensverbessernden Abbott-Technologien zu gewährleisten und als weltweit führendes Unternehmen den Mehrwert für die Patienten zu erhöhen und eine Kostenerstattung zu erreichen.“



# INHALT

<b>Allgemeine Veränderung für das aG-DRG-System 2021</b> .....	<b>4</b>
Pflegepersonalkostenausgliederung .....	4
PCCL-Systematik .....	5
Bundesbasisfallwert .....	7
Normative Eingriffe in die operative Systementwicklung .....	8
Erste Ansätze zur Abbildung von COVID-19 Fällen .....	9
Das MDK-Reformgesetz .....	9
Take Home Messages .....	11
<b>Koronarangiographie und koronare Interventionen</b> .....	<b>12</b>
Hauptdiagnose .....	12
Prozeduren: Koronare Katheterdiagnostik .....	13
DRG-Gruppierung: Koronare Katheterdiagnostik .....	14
Prozeduren: Perkutane Koronarintervention (med.freisetz. Stents) .....	15
DRG-Gruppierung: Perkutane Koronarintervention (med.freis. Stents) .....	19
Sachkosten und Zusatzentgelt ZE101 .....	22
Zusatzentgelt ZE2021-107 (Bioresorbierbare med.freisetz. Stents) .....	24
<b>Fraktionelle Flussreserve (FFR)</b> .....	<b>24</b>
<b>Optische Kohärenztomographie (OCT)</b> .....	<b>28</b>
<b>CTO-Rekanalisation</b> .....	<b>28</b>
<b>Rotablation an den Koronargefäßen</b> .....	<b>30</b>
<b>Koronare Lithoplastie</b> .....	<b>31</b>

## ANHANG

<b>Wichtige aG-DRG-Fallpauschalen für PCI</b> .....	<b>32</b>
<b>Glossar/Abkürzungen</b> .....	<b>35</b>
<b>Wir für Sie</b> .....	<b>39</b>

## ALLGEMEINE VERÄNDERUNG FÜR DAS AG-DRG-SYSTEM 2021

Die Regeln für die Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen sind jährlichen Änderungen unterworfen. Auch für das Jahr 2021 finden sich wieder zahlreiche Anpassungen der Klassifikationssysteme ICD und OPS sowie Überarbeitungen der DRG-Systematik.

Auch vor dem Hintergrund der speziellen Situation der COVID-19 Pandemie treffen diese alljährlichen Änderungen zusätzlich auf die sich nahezu ständig ändernden Regelungen der gesetzlichen Reaktionen auf die aktuelle Infektsituation.

Im Übersichtsteil dieser Darstellung werden die wichtigsten allgemeinen Änderungen für das kommende Jahr kurz zusammengefasst, ohne dass hier eine erschöpfende Analyse der zum Teil hochkomplexen Zusammenhänge möglich und angestrebt ist.

### **Pflegepersonalkostenausgliederung**

Mit dem DRG-Jahr 2020 erfolgte die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus der DRG-Kalkulation. Das bedeutet, dass die Kosten der Pflege weitestgehend nicht über DRGs, sondern über das gesondert im Rahmen der jährlichen Entgeltverhandlungen zu vereinbarendes Pflegebudget finanziert werden. Diese Änderung führt dazu, dass die Refinanzierung von Pflegekosten auf der Grundlage real entstandener bzw. auf der Grundlage realistischer Erwartungen im Folgejahr entstehender Kosten erfolgt. Eine Quersubventionierung anderer Kostenbereiche, wie z. B. Sachkosten, aus dem Kostenbereich „Pflegedienst“ der InEK-Matrix ist somit nicht mehr möglich.

Als weitere Folge der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten fallen die Zusatzentgelte für den Pflege-Komplexmaßnahmen-Score (PKMS) für das DRG-Jahr 2021 endgültig weg. Die diese Zusatzentgelte auslösenden OPS-Kodes aus der Gruppe 9-200 finden sich auch nicht mehr im OPS-Katalog 2021. Diese OPS-Kodes haben neben diversen anderen Codes bisher zusätzlich das DRG-Modul „Aufwändige Behandlung“ getriggert. Auch dieser Mechanismus einer Aufwertung von Fällen anhand eines höheren pflegerischen Aufwands entfällt für das kommende Jahr.

Auch wenn diese Kosten letztlich im Rahmen des Pflegebudgets individuell vergütet werden sollen, besteht aufgrund der nur sehr zögerlichen Aufnahme von Entgeltverhandlungen 2020 weiterhin in vielen Kliniken eine erhebliche Unsicherheit hinsichtlich der ökonomischen Situation.

### **PCCL-Systematik**

Die Bewertung von Nebendiagnosen bei der Ermittlung des Gesamtschweregrades (PCCL) eines Abrechnungsfalles erfolgt seit 2014 differenziert für die Basis-DRGs des Fallpauschalenkataloges.

Das führt dazu, dass eine Nebendiagnose, welche in einer DRG der koronaren Diagnostik eine Bewertung für den Schweregrad aufweist, in einer anderen DRG für eine koronare Intervention nicht gleichermaßen bewertet sein muss.

Die Ermittlung der Einzelschweregrade der ICD-Kodes für Nebendiagnosen erfolgt jährlich durch das InEK im Rahmen der Kalkulation des neuen DRG-Systems.

Für das Jahr 2021 wurden fast 2.000 ICD-Kodes erneut einer Prüfung hinsichtlich der Schweregrade unterzogen. In den allermeisten Fällen kam es infolge dieser Prüfung zu einer Abwertung von Schweregraden. Diese führen oftmals dazu, dass Fälle, welche aufgrund der kodierten Nebendiagnosen im Jahr 2020 noch eine durch einen höheren Schweregrad ausgelöste DRG erreichten, im Jahr 2021 aufgrund des abgesunkenen PCCL-Wertes in einer geringer bewertete Pauschale eingruppiert werden.

Das nachfolgende Beispiel zeigt die Auswirkung der Abwertung zweier Nebendiagnosen (J96.10, I65.2) in der Basis-DRG F49 mit nachfolgender Abwertung des Behandlungsfalles zum Jahr 2021.

## 6 Kodierleitfaden 2021 | Koronarinterventionen – PCI

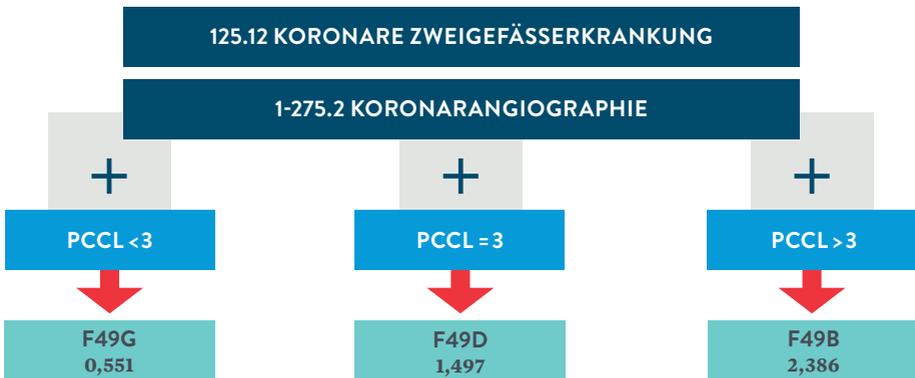
KODES	TEXT	CCL 2020	CCL 2021
125.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung		
J44.00	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 < 35 % des Sollwertes	1	1
J96.10	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	2	1
I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	2	1
1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheter- untersuchung: Koronangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	↓	↓
		<b>PCCL = 3</b>	<b>PCCL = 2</b>

	2020	2021
DRG	F49D	F49G
BWR	1,389	0,551
	5.111 €	2.079 €
1. Tag Abschlag	3	1
Abschlag / Tag	0,272 (1.001 €)	0,207 (762 €)
<b>-3.032 € (-60,3 %)</b>		

Die Ursache der Abwertung vieler Nebendiagnosen ist multifaktoriell. Die hohe Anzahl an Veränderungen zum kommenden Jahr 2021 beruht aber im Wesentlichen auf der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus der DRG-Kalkulation. Da viele Nebendiagnosen in der Vergangenheit nur deshalb eine Aufwertung ermöglichten, weil die anhand dieser Nebendiagnosen in der Kalkulation identifizierten Mehrkosten überwiegend oder ausschließlich Pflegekosten waren, können dieselben Nebendiagnosen ohne Berücksichtigung

der Pflegekosten im DRG-System 2021 nicht mehr als Kostentrenner identifiziert werden. Eine derartige Umsetzung wäre grundsätzlich bereits im Vorjahr möglich gewesen, aus Gründen des erheblichen Umfangs der Systemüberarbeitung konnten aber nicht alle derartigen Aspekte für das Jahr 2020 vom InEK berücksichtigt werden.

Gerade in der Kardiologie sind Nebendiagnosen sehr häufig relevant für die Erlösfindung. Während im Bereich der koronaren Interventionen die Schwelle zur Erlössteigerung regelhaft zwischen 3 und 4 liegt, ist bei der koronaren Diagnostik zusätzlich eine Erlösdifferenz zwischen den PCCL-Werten 2 und 3 zu beobachten.



### Bundesbasisfallwert

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

Aus diesem Grunde liegt zum Jahreswechsel 2020/21 noch kein aktueller Bundesbasisfallwert vor. Für die Gruppierungsbeispiele dieser Zusammenstellung werden Fälle des

Jahres 2020 immer mit dem in diesem Jahr gültigen Bundesbasisfallwert bewertet. Dieser beläuft sich auf 3.679,62 €. Für das Jahr 2021 erfolgt behelfsweise eine Berechnung mit einem Basisfallwert, welcher durch eine Erhöhung des alten Wertes um die 2,53% des Veränderungswertes 2021<sup>1</sup> ermittelt wurde und somit bei 3.772,71 € liegt. Es ist davon auszugehen, dass der endgültige Wert hiervon abweichen wird, da mit der Umstellung der Berechnung die automatische Anwendung des Veränderungswertes auf den Bundesbasisfallwert aufgehoben wird. Insofern dienen die hier dargestellten Erlöse letztlich einer Verdeutlichung der aus den fixierten und endgültigen Bewertungsrelationen der DRGs resultierenden pekuniären Ergebnisse.

### **Normative Eingriffe in die operative Systementwicklung**

Regelhaft erfolgt die Einführung neuer ICD- und vor allem OPS-Kodes im Rahmen des Vorschlagsverfahrens des DIMDI bzw. nach der Eingliederung des DIMDI durch das BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte). Dabei werden durch Fachgesellschaften und vergleichbare Institutionen bis zum Ende des Monats Februar eines Jahres Vorschläge für Änderungen oder die Etablierung neuer Kodes in einem formalisierten Verfahren eingereicht.

Die DRG-Systementwicklung kennt ebenfalls ein Anpassungsverfahren, bei dem Vorschläge von den Akteuren im Gesundheitssystem jeweils bis zum Ende des Monats März ebenfalls streng formalisiert dem InEK übergeben werden. Diese Vorschläge gehen dann in die DRG-Systemanpassung der für das darauf folgende Jahr gültigen Kalkulation ein.

Mit dem Jahr 2020 hat das BMG erstmalig in der Geschichte des DRG-Systems einen erheblichen und Richtung weisenden Eingriff in diesen operativen Bereich der Systemgestaltung getätigt. Mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz wurde die Einführung eines Zusatzentgeltes für die längerfristige Beatmungsentwöhnung und die Einführung eines OPS-Kodes für die Feststellung des Beatmungsstatus von Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten festgelegt. Hierbei wurden die bisher üblichen Mechanismen der Systementwicklung übergangen und letztlich auch am bestehenden Bedarf vorbei Vergütungsmöglichkeiten eingesetzt.

Auf die Kardiologie haben diese Eingriffe bisher keinerlei größere Auswirkungen, allerdings ist davon auszugehen, dass derartige systemfremde Eingriffe auch weiterhin Unruhe in ein ohnedies bereits hochkomplexes System der Abrechnung stationärer Behandlungsleistungen bringen wird.

## Erste Ansätze zur Abbildung von COVID-19 Fällen

Eine Kalkulation von durch die COVID-19-Pandemie sich ergebenden Auswirkungen auf die stationäre Leistungserbringung sowie die dahinter zu kalkulierenden Kostenstrukturen durch das InEK ist aktuell noch nicht möglich. Aufgrund des immer zweijährigen Verzugs zwischen Leistungserbringung und daraus resultierendem DRG-System liegen die relevanten Daten dem InEK frühestens für die Kalkulation des DRG-Systems 2022 vor.

Trotzdem hat das InEK bereits einige Mechanismen im DRG-System 2021 etabliert, welche die Abbildung dieser Fälle verbessern sollen. Dabei erfolgte bereits ohne konkrete Kalkulationsdaten eine Bewertung von COVID-ICD-Kodes im Schweregradsystem. COVID-Fälle können dadurch im Rahmen einer PCCL-Aufwertung im Folgejahr teilweise höher bewertete DRGs erreichen.

Zusätzlich erfolgte eine Aufwertung von Fällen mit einer Komplexbehandlung isolationspflichtiger nicht multiresistenter Keime. Hierbei werden neben COVID-Fällen auch Fälle mit anderen Keimen aufgewertet, welche im Rahmen der strukturellen Vorgaben des OPS-Kataloges behandelt wurden.

## Das MDK-Reformgesetz

Das MDK-Reformgesetz wird nach der Verschiebung vieler Aspekte im Rahmen der COVID-Gesetzgebung voraussichtlich im Verlauf des Jahres 2021 volle Bedeutung entfalten. Hierbei sind unterschiedliche Aspekte von Bedeutung, wobei im Zusammenhang mit dieser Darstellung nur kurz auf die wichtigsten Punkte eingegangen werden kann.

## Prüfquoten und Strafzahlungen

Während für das Jahr 2020 die vorgesehene Prüfquote von 12,5% je Krankenkasse und Krankenhaus aufgrund der Infektionslage auf 5% abgesenkt wurde, wird die Festschreibung auf 12,5% nach aktueller Lage für das Jahr 2021 Relevanz erhalten.

Aus den Ergebnissen der dann erfolgenden MD-Prüfungen wird dann je Klinik der Anteil der unbeanstandeten Rechnungen ermittelt, welcher dann Auswirkung auf die Prüfquoten des Folgejahres haben wird. In 2022 werden dann immer quartalsweise die Ergebnisse des vorherigen Quartals in die neuen Prüfquoten Eingang finden. Je höher der Anteil beanstandeter Rechnungen, desto höher fällt auch die Prüfquote aus.

Für die hier nicht weiter quantifizierbaren Strafzahlungen, also die auf die Rückzahlungssumme an die Klinik aufzuschlagenden Zuschläge gilt ebenfalls der Zusammenhang zwischen sinkendem Anteil nicht beanstandeter Rechnungen und der Erhöhung des Strafaufschlags.

Dabei wird es den Kostenträger obliegen, durch eine Steuerung der Prüfgründe das Ausmaß der künftigen Prüfquoten und Strafzahlungen zumindest nicht unerheblich zu steuern. Bei einer Konzentrierung auf die gerade in der Kardiologie nicht seltenen Kurzlieger (z. B. Koronardiagnostik, Ablationen) resultiert ein erhebliches Risiko für die Kliniken. Bei Leistungserbringung über zwei Belegungstage erfolgt bereits aktuell die Prüfung auf Kürzung des Falles unter die untere Grenzverweildauer, bei Erbringung der Leistung an einem Belegungstag erfolgt die Prüfung auf ambulantes Potenzial. Lediglich der dann mit einem vollständigen Ausfall der Erlöse einhergehende Verzicht auf all diese Fälle im stationären Setting wäre in der Lage, dieses Dilemma auszuhebeln, wobei dies weder strategisch sinnvoll noch medizinisch vertretbar sein dürfte.

Dieser Aspekt des MDK-Reformgesetzes wird die Kliniken in den kommenden Jahren erheblich beschäftigen und auch ökonomisch belasten, wobei eine strategische Bewältigung dieser Herausforderung wesentlich auch von einer Kooperation von Kostenträgern und dem Medizinischen Dienst abhängen wird.

## **Rechnungskorrekturen**

Auch wenn aktuell noch nicht alle abschließenden Entscheidungen getroffen wurden, ist davon auszugehen, dass Kliniken künftig Korrekturen ihrer Abschlussrechnung nur noch zum Zweck der Umsetzung eines MD-Ergebnisses vornehmen können. Streng formal ist dies auch bereits im Jahr 2020 außerhalb von MD-Prüfungen nicht mehr zulässig, wobei hier Einigungen vor Ort diese Regelung nicht selten ausgehebelt haben.

Kodierrevisionen mit systematischer Neuabrechnung tatsächlich oder mutmaßlich unterkodierter Fälle werden damit erheblich erschwert oder voraussichtlich sogar unmöglich gemacht werden.

Dies bedeutet, dass zum Zeitpunkt des Fallabschlusses alle relevanten Informationen und Unterlagen vorliegen müssen und nachträgliche Änderungen bzw. Ergänzungen nicht mehr umgesetzt werden können. Hier sind unter Umständen fallbegleitende Kodierung und Dokumentation der Schlüssel zum Erfolg.

## TAKE HOME MESSAGES ZU DEN ALLGEMEINEN ÄNDERUNGEN DES AG-DRG-SYSTEMS 2021

### **MDK-Reformgesetz**

Voraussichtlich endgültiger Wegfall von nachträglichen Rechnungskorrekturen Prüfquoten und Strafzahlungen in Abhängigkeit des Anteils unbeanstandeter Rechnungen

OPS-Strukturprüfungen für Komplexkodes (z. B. intensivmedizinische Komplexbehandlung)

### **Erste Ansätze zur Abbildung von COVID-19 Fällen**

Aufwertung von COVID-Diagnosen in der PCCL-Systematik und Aufwertung der Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern

### **PCCL-Systematik**

Erneut Abwertung vieler Nebendiagnosen für die Berechnung des PCCL mit Abwertung vieler typischer kardiologischer Konstellationen in koronarer Diagnostik und Intervention

### **Pflegepersonalkostenausgliederung**

Weitere zusätzliche Auswirkungen durch Nebendiagnosenabwertung pflegerelevanter ICD-Kodes, Wegfall des PKMS-Zusatzentgeltes und Reduktion der Kriterien der aufwändigen Behandlung.

# KORONARANGIOGRAPHIE UND KORONARE INTERVENTIONEN

## Hauptdiagnose

Die Kodierung der dem Behandlungsfall zugrunde liegenden Diagnosen erfolgt gemäß der International Classification of Diseases (ICD-10 GM 2021). Hier sind für die hier angesprochenen Konstellationen im Wesentlichen die Diagnosegruppen „Koronare Herzkrankheit“, „Angina pectoris“ und „akuter Myokardinfarkt“ von Bedeutung. Die nachfolgenden Tabellen zeigen eine Auswahl der wichtigsten ICD-Kodes der aktuellen Version 2021<sup>2</sup>.

ICD	ICD-TEXT
I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen
I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung
I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung
I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung
I25.14	Atherosklerotische Herzkrankheit: Stenose des linken Hauptstammes
I25.15	Atherosklerotische Herzkrankheit: Mit stenosierten Bypass-Gefäßen
I25.16	Atherosklerotische Herzkrankheit: Mit stenosierten Stents
I25.19	Atherosklerotische Herzkrankheit: Nicht näher bezeichnet

ICD	ICD-TEXT
I20.0	Instabile Angina pectoris
I20.1	Angina pectoris mit nachgewiesenem Koronarspasmus
I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris
I20.9	Angina pectoris, nicht näher bezeichnet

ICD	ICD-TEXT
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand
I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand
I21.2	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen

I21.3	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation
I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt
I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet

Die Hauptdiagnosen kommen sowohl für die nachfolgend dargestellten Prozeduren für die koronare Diagnostik als auch für die der koronaren Interventionen infrage.

### Prozeduren: Koronare Katheterdiagnostik

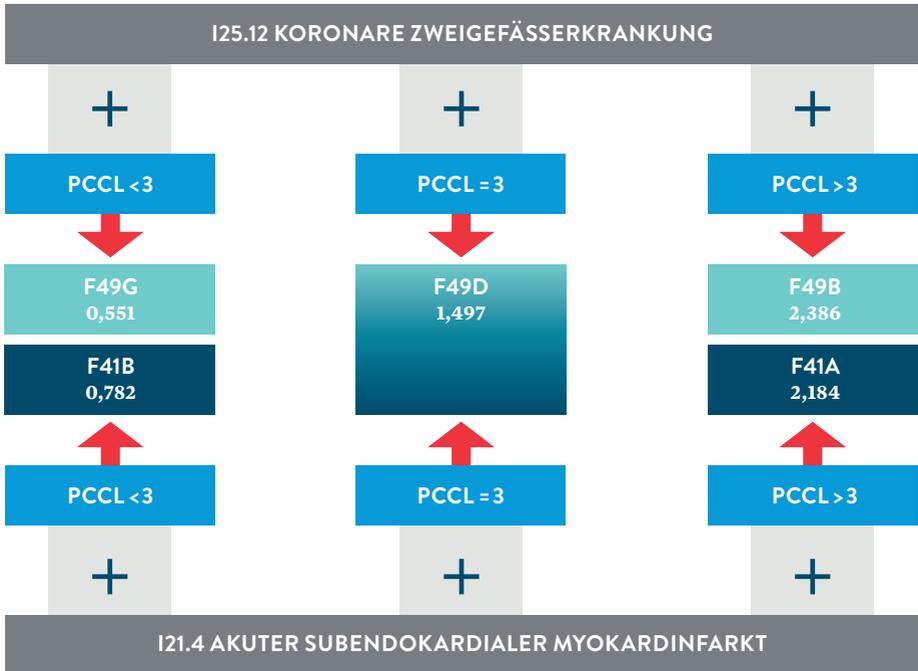
Die koronare Katheterdiagnostik wird im Klassifikationssystem des OPS<sup>3</sup> mit Schlüsselnummern aus dem Kapitel 1-275 ff. (Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung) kodiert.

Die Untergliederung der endstelligen OPS-Kodierung erfolgt dabei nach dem Umfang zusätzlicher diagnostischer Maßnahmen, bzw. im Falle des endstelligen OPS-Kodes 1-275.5 in Abhängigkeit der Durchführung einer Diagnostik an Bypassgefäßen. Ggf. können auch mehrere OPS-Kodes miteinander kombiniert werden, wobei keine zusätzliche Gruppierungsauswirkung resultiert.

1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	- 0	Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen
		- 1	Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel
		- 2	Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel
		- 3	Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung
		- 4	Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung
		- 5	Koronarangiographie von Bypassgefäßen
		- 6	Ventrikulographie mit Druckmessung im linken Ventrikel und Aortenbogendarstellung
		- x	Sonstige
		- y	N.n.bez.

### DRG-Gruppierung<sup>4</sup>: Koronare Katheterdiagnostik

Die Eingruppierung koronaragnostischer Fälle ist in hohem Umfang abhängig von der Wahl der korrekten Hauptdiagnose und dem PCCL-Wert. Im Gegensatz zu vielen anderen Konstellationen findet sich hier neben der PCCL-Schwelle im Übergang von PCCL = 3 zu PCCL = 4 auch eine weitere Grenze zwischen den PCCL-Werten 2 und 3.



Andere Hauptdiagnosen, wie z. B. angeborene Fehlbildungen der Herz-Kreislaufsystems oder auch bestimmte Kardiomyopathien, Rechtsherzinsuffizienzen und Linksherzinsuffizienzen ab Stadium III führen im Zusammenhang mit einer Linksherzkatheterdiagnostik ohne weitere Maßnahmen primär in die aG-DRG F49F (Invasive kardiologische 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.).

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Veränderung der Bewertungsrelationen und Erlöse für die typischen aG-DRGs der koronaren Diagnostik.

		F41A	F41B	F49A	F49B	F49C	F49D	F49E	F49F	F49G
2020	BWR aG-DRG 2020	1,964	0,777	2,804	2,321	1,09	1,389	1,021	0,838	0,568
	Erlös aG-DRG 2020	7.227 €	2.859 €	10.318 €	8.540 €	4.011 €	5.111 €	3.757 €	3.084 €	2.090 €
2021	BWR aG-DRG 2021	2,184	0,782	2,817	2,386	1,015	1,497	0,983	0,826	0,551
	Erlös aG-DRG 2021	8.277 €	2.963 €	10.675 €	9.042 €	3.846 €	5.673 €	3.725 €	3.130 €	2.088 €
Δ 2021 - 2020	Δ BWR aG-DRG 2021 - 2020	0,22	0,005	0,013	0,065	-0,075	0,108	-0,038	-0,012	-0,017
	Δ Erlös aG-DRG 2021 - 2020	1.050 €	104 €	358 €	502 €	-164 €	562 €	-32 €	47 €	-2 €
	Δ %	14,53%	3,65%	3,47%	5,87%	-4,10%	11,00%	-0,84%	1,52%	-0,09%

### Prozeduren: perkutane Koronarintervention (medikamentenfreisetzende Stents)

Die Applikation medikamentenfreisetzender Stents wird im Klassifikationssystem des OPS mit Schlüsselnummern aus dem Kapitel 8-837.m ff. (Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents) kodiert.

Die Untergliederung der endstelligen OPS-Kodierung erfolgt dabei nach der Anzahl der implantierten Stents und der Anzahl der kodierten Koronargefäße.

8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	8-837.m	Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents	- 0	Ein Stent in eine Koronararterie
				- 1	2 Stents in eine Koronararterie
				- 2	2 Stents in mehrere Koronararterien
				- 3	3 Stents in eine Koronararterie
				- 4	3 Stents in mehrere Koronararterien
				- 5	4 Stents in eine Koronararterie
				- 6	4 Stents in mehrere Koronararterien

<b>8-837</b>	<b>Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen</b>	<b>8-837.m</b>	<b>Einlegen eines medikamente- freisetzenden Stents</b>	- 7	5 Stents in eine Koronararterie
				- 8	5 Stents in mehrere Koronararterien
				- 9	Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie
				- a	Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien
				- x	Sonstige

Dabei ist es für die Kodierung nicht relevant, ob die applizierten Stents tatsächlich im Patienten verblieben sind, entscheidend ist allein die Tatsache, dass der zu kodierende Stent nachweisbar dokumentiert in die Gefäßbahn des Patienten eingebracht wurde. Ein misslungener Versuch der Stentimplantation kann regelhaft auch im Konsens mit dem Medizinischen Dienst kodiert und abgerechnet werden, wenn diese Entscheidung 2020 auch an den Schlichtungsausschuss überwiesen wurde.<sup>5</sup>

Gemäß den Hinweisen im OPS-Katalog ist die Art der medikamentenfreisetzenden Stents gesondert zu kodieren. Diesen Zusatzcodes kommt auch im aG-DRG-System 2021 keine Gruppierungsrelevanz zu, trotzdem ist die Kodierung obligatorisch vorzunehmen. Für die Kodierung stehen im OPS-System 2020 folgende Schlüsselnummern zur Verfügung:

<b>OPS</b>	<b>ZUSATZINFORMATIONEN ZU MATERIALIEN: ART DER MEDIKAMENTEFREISETZENDEN STENTS ODER OPD-SYSTEME</b>
<b>8-83b.00</b>	ABT-578-(Zotarolimus-) freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer
<b>8-83b.01</b>	Biolimus-A9-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer
<b>8-83b.03</b>	Paclitaxel-freisetzende Stents oder OPD-Systeme ohne Polymer
<b>8-83b.05</b>	Paclitaxel-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit biologisch abbaubarer Polymerbeschichtung
<b>8-83b.06</b>	Paclitaxel-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer
<b>8-83b.07</b>	Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme ohne Polymer
<b>8-83b.08</b>	Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer
<b>8-83b.09</b>	Tacrolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme

<b>8-83b.0a</b>	Pimecrolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit biologisch abbaubarer Polymerbeschichtung
<b>8-83b.0b</b>	Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit biologisch abbaubarer Polymerbeschichtung
<b>8-83b.0c</b>	Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer
<b>8-83b.0d</b>	Novolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit biologisch abbaubarer Polymerbeschichtung
<b>8-83b.0e</b>	Novolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer
<b>8-83b.0f</b>	Biolimus-A9-freisetzende Stents oder OPD-Systeme ohne Polymer
<b>8-83b.0x</b>	Sonstige

Für die XIENCE™ Stentfamilie ist der farblich markierte Zusatzkode 8-83b.0c (Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer) zu verwenden.

Alternativ existieren auch noch weitere OPS-Gruppen für medikamentenfreisetzende Stents, welche in der letzten OPS-Stelle ebenfalls nach demselben Schema wie die OPS-Kodes aus 8-837.m ff. differenziert werden.

<b>OPS</b>	<b>OPS-TEXT 2021</b>
<b>8-83d.0 ff.</b>	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden bioresorbierbaren Stents
<b>8-83d.2 ff.</b>	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden selbstexpandierenden Stents

Für die Implantation eines medikamentefreisetzenden bioresorbierbaren Stents kommen wiederum Zusatzkodes zum Tragen. Diese sind dazu geeignet, Polymer-basierte von z. B. auf einer Magnesiumgrundlage aufgebauten bioresorbierbaren Stents zu unterscheiden. Die nachfolgende Tabelle zeigt die entsprechenden OPS-Kodes.

OPS	ZUSATZINFORMATIONEN ZU MATERIALIEN: ART DER VERWENDETEN BIORESORBIERBAREN STENTS
8-83b.m0	Polymer-basiert
8-83b.m1	Metallisch
8-83b.mx	Sonstige

Für das Jahr 2021 sind neue Zusatz-OPS-Kodes für den Einsatz von Ballons zur adventitiellen Mikroinjektion vom DIMDI etabliert worden. Diese sind sowohl zu den primären OPS-Kodes der PTCA (8-837 ff.) als auch zu denen der PTA an anderen Gefäßen (8-836 ff.) kodierbar.

OPS	ZUSATZINFORMATIONEN ZU MATERIALIEN: ART DER VERWENDETEN BALLONS
8-83b.be	Ein Ballon zur adventitiellen Mikroinjektion
8-83b.bf	Zwei Ballons zur adventitiellen Mikroinjektion
8-83b.bg	Drei Ballons zur adventitiellen Mikroinjektion
8-83b.bh	Vier oder mehr Ballons zur adventitiellen Mikroinjektion

Eine Gruppierungsrelevanz kommt diesen neuen OPS-Schlüsselnummern im aG-DRG-System 2021 erwartungsgemäß nicht zu.

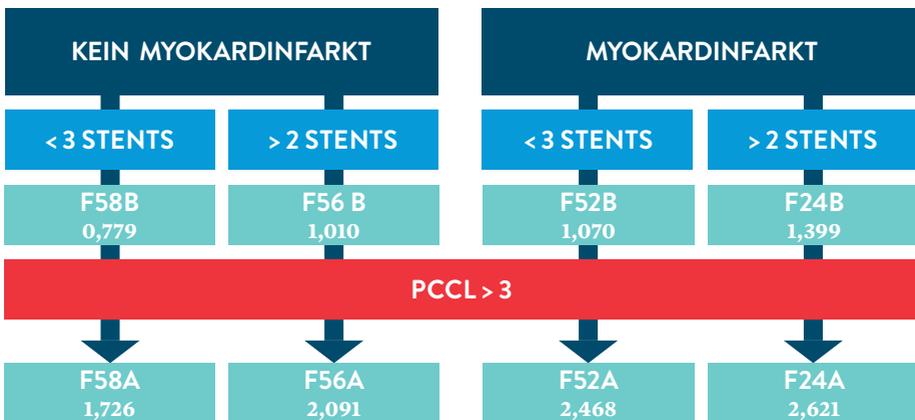
## DRG-Gruppierung: Perkutane Koronarintervention (medikamentenfreisetzende Stents)

### Gruppierung im aG-DRG-System 2021

Auch im Jahr 2021 erfolgt die aG-DRG-Gruppierung von Fällen mit koronarer Intervention im Jahr 2021 weiterhin im Wesentlichen anhand der Kriterien der Hauptdiagnose, des patientenbezogenen Gesamtschweregrades (PCCL) und anhand der Anzahl der kodierten Stents. Dabei werden bare metal stents und drug eluting stents identisch eingruppiert.

Bei der Kodierung eines Myokardinfarktes (ICD I21 ff. [Akuter Myokardinfarkt], I22 ff. [Rezidivierender Myokardinfarkt]) als Hauptdiagnose werden die Basis-DRGs F24 (> 2 Stents) und F52 (< 3 Stents) erreicht, wobei ein Fall mit einem PCCL-Wert von mindestens 4 jeweils in den A-Split gruppiert wird, wohingegen bei einem geringeren PCCL-Wert eine Eingruppierung in die aG-DRGs F24B bzw. F52B erfolgt.

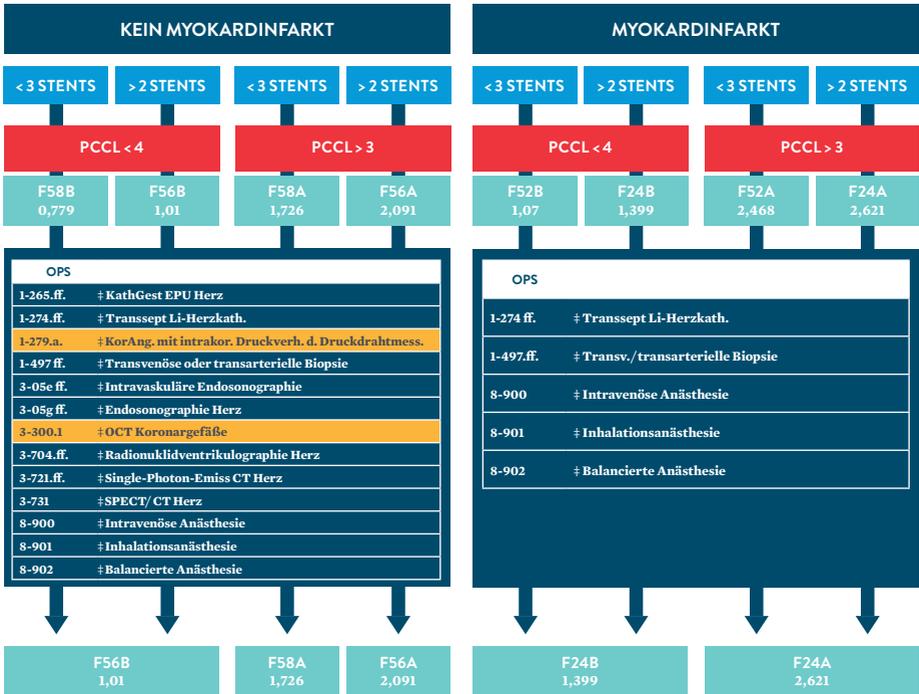
Bei einer Hauptdiagnose aus den typischen Bereichen „Koronare Herzkrankheit“ (ICD I25.1 ff. [Atherosklerotische Herzkrankheit] oder Angina pectoris (ICD I20 ff. [Angina pectoris]) werden in den Basis-DRGs F56 (> 2 Stents) und F58 (< 3 Stents) wieder anhand des PCCL-Wertes die A- bzw. B-Splits erreicht.



Mit dem aG-DRG-System 2021 haben sich bei inhaltlich unveränderter Struktur und Inhalten der relevanten aG-DRG-Pauschalen die Bewertungsrelationen als Folge der aktuellen Kalkulationsrunde erneut verändert. Die nachfolgende Tabelle zeigt Bewertungsrelationen und Erlöse für die beiden relevanten Systeme auf. Dabei ist zu beachten, dass die bis 2019 in den Bewertungsrelationen noch enthaltenen Pflegekosten seit 2020 nicht mehr Bestandteil der aG-DRG-Bewertungsrelationen sind.

		F19A	F19B	F24A	F24B	F52A	F52B	F56A	F56B	F58A	F58B
2020	BWR aG-DRG 2020	3,189	1,622	2,435	1,438	2,08	1,094	1,976	1,053	1,57	0,798
	Erlös aG-DRG 2020	11.734 €	5.968 €	8.960 €	5.291 €	7.654 €	4.026 €	7.271 €	3.875 €	5.777 €	2.936 €
2021	BWR aG-DRG 2021	3,174	1,595	2,621	1,399	2,468	1,07	2,091	1,01	1,726	0,779
	Erlös aG-DRG 2021	11.975 €	6.017 €	9.888 €	5.278 €	9.311 €	4.037 €	7.889 €	3.810 €	6.512 €	2.939 €
Δ 2021 - 2020	Δ BWR aG-DRG 2021 - 2020	-0,015	-0,027	0,186	-0,039	0,388	-0,024	0,115	-0,043	0,156	-0,019
	Δ Erlös aG-DRG 2021 - 2020	240 €	49 €	928 €	-13 €	1.657 €	11 €	618 €	-64 €	735 €	3 €
	Δ %	2,05%	0,82%	10,36%	-0,25%	21,66%	0,28%	8,50%	-1,66%	12,72%	0,09%

Zusätzlich zu den bereits genannten Kriterien für die Eingruppierung von PCI-Fällen, wie Hauptdiagnose, PCCL und Anzahl implantierter Stents kommen alternativ noch einige andere, im Vergleich zu den Vorjahren unveränderte, gruppierungsrelevante Prozeduren zum Tragen. Die relevanten Parameter zeigt die folgende Abbildung, wobei das im Weiteren noch dargestellte Zusatzentgelt ZE101 je nach Anzahl der implantierten medikamenten-freisetzenden Stents zum Erlös hinzuzurechnen ist.



Im Zusammenhang mit Fällen ohne Hauptdiagnose „Myokardinfarkt“ sind insbesondere die Prozeduren der Messung der fraktionellen Flussreserve und der Durchführung der optischen Kohärenztomographie aufwertend auf Fälle mit koronarer Stentimplantation zu nennen, während das Kriterium der transseptalen Punktion im Zusammenhang mit Fällen mit Myokardinfarkt eher als Seltenheiten zu beurteilen sind.

Gerade bei Fällen mit weniger komplexen koronaren Interventionen und/oder geringeren Komorbiditäten drängen die Kostenträger in den vergangenen Jahren zunehmend auf eine Leistungserbringung unterhalb der abschlagsfreien Verweildauer. Die Anpassung der unteren Grenzverweildauern (1. Tag mit Abschlag) und der unteren Grenzverweildauer-Abschläge für die drei DRG-Systeme zeigt die nachfolgende Tabelle.

	F24A	F24B	F52A	F52B	F56A	F56B	F58A	F58B
<b>uGVD (erster Tag mit Abschlag)</b>								
aG-DRG 2020	3	1	3	1	2	1	2	1
aG-DRG 2021	4	1	4	1	3	1	3	1
<b>Abschlag pro Tag bei uGVD-Unterschreitung</b>								
aG-DRG 2020	0,375	0,486	0,368	0,313	0,357	0,306	0,321	0,226
aG-DRG 2021	0,34	0,557	0,365	0,35	0,298	0,289	0,282	0,229

- F24A:** Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
- F24B:** Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
- F52A:** Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC
- F52B:** Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention
- F56A:** Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC
- F56B:** Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie
- F58A:** Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC
- F58B:** Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC

**Insgesamt findet sich für das Jahr 2021 Aufwertung der meisten relevanten DRG-Pauschalen für die perkutane Koronarinterventio bei einem PCCL-Wert von 4 (A-DRGs). Dem gegenüber stehen die aG-DRG-Pauschalen mit einem geringem PCCL-Werte, welche zum einem in der Praxis die deutlich häufigeren Ziel-DRGs sind und zum Jahr 2021 in unterschiedlicher Höhe abgewertet wurden.**

### Sachkosten und Zusatzentgelt ZE101

Sachkosten werden traditionell überwiegend innerhalb der erzielten DRG-Fallpauschalen vergütet. Für die Kalkulation des InEK stehen unterschiedliche Kostenarten für Medikalprodukte, medizinischen Sachbedarf und Implantate zur Verfügung, welche Eingang in die Kostenmatrix des InEK finden. Die aktuelle Kostenmatrix für das aG-DRG-System 2021 ist bereits vom InEK veröffentlicht worden, die kalkulierten Kosten für Implantate des DRG-Systemjahres 2021 liegen, je nach Ziel-DRG zwischen 93,34 € und 344,12 €,

welche, zusätzlich zum Zusatzentgelt-Erlös, Fall bezogen zur Finanzierung z. B. von Stents zur Verfügung stehen.

Aufgrund der Tatsache, dass die im Kostenbrowser ausgewiesenen Euro-Beträge<sup>6</sup> auf der Basis der InEK-Bezugsgröße beruhen, welche systembedingt immer geringer als die Landesbasisfallwerte ausfällt, stehen je nach Bundesland in der Praxis immer noch höhere Beträge zur Implantate-Finanzierung aus den DRG-Erlösen zur Verfügung.

aG-DRG 2021	KALKULIERTE KOSTEN FÜR IMPLANTATE
F24A	344,12 €
F24B	260,13 €
F52A	163,27 €
F52B	101,84 €
F56A	337,50 €
F56B	185,10 €
F58A	125,62 €
F58B	93,34 €

Zusätzlich zur aG-DRG-Vergütung existiert für die Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents weiterhin das bundeseinheitlich bewertete Zusatzentgelt ZE101. Dieses soll die für medikamentenfreisetzende Stents gegenüber den bare metal stents anfallenden Kosten auffangen. Da der Marktanteil der bare metal stents mittlerweile eher gering ist, geht auch die Bewertung des für die Differenzfinanzierung der in der Kalkulation sonst nicht berücksichtigten Mehrkosten für drug eluting stents jährlich zurück. Gegenüber den in der jeweiligen DRG bereits beinhalteten Sachkosten über den Implantate-Anteil hat das ZE mittlerweile einen nachrangigen Stellenwert, wobei allerdings bei der Implantation mehrerer Stents aufgrund der quantitativen Staffelung des ZE doch noch ein relevanter Zusatzbetrag resultieren kann. Das Zusatzentgelt ZE101 in der aktuellen Bewertung und Staffelung zeigt die nachfolgende Tabelle.

ZUSATZENTGELT	OPS-KODE	ZE-TEXT	BEWERTUNG
ZE101.01	8-837.m0	Ein Stent in eine / mehrere Koronararterie(n)	46,68 €
ZE101.02	8-837.m1 / m2	2 Stents in eine / mehrere Koronararterie(n)	93,36 €

<b>ZE101.03</b>	8-837.m3 / m4	3 Stents in eine / mehrere Koronararterie(n)	140,04 €
<b>ZE101.04</b>	8-837.m5 / m6	4 Stents in eine / mehrere Koronararterie(n)	186,72 €
<b>ZE101.05</b>	8-837.m7 / m8	5 Stents in eine / mehrere Koronararterie(n)	233,40 €
<b>ZE101.06</b>	8-837.m9 / ma	> 5 Stents in eine / mehrere Koronararterie(n)	280,08 €

### Zusatzentgelt ZE2021-107 (Bioresorbierbare medikamentefreisetzende Stents)

Weiterhin existiert ein nicht bundeseinheitlich bewertetes Zusatzentgelt für die Einlage medikamentenfreisetzender bioresorbierbarer Stents. Bei der Kalkulation und auch der Verhandlung dieses Zusatzentgeltes ist darauf zu achten, dass aktuell in der Praxis im Wesentlichen nur über den Zusatz-OPS-Kode für metallisch basierte Stents eine Vereinbarung möglich sein wird.

Wichtig für die Kodierung dieser Leistungen ist die Differenzierung zwischen medikamentefreisetzenden Stents mit voller Bioresorbierbarkeit von medikamentefreisetzenden Stents mit bioresorbierbarem Polymer. Während sich erstere vollständig im menschlichen Körper auflösen, verbleibt bei letzteren das Metallgerüst des Stents im Koronargefäß, nachdem das medikamententragende Polymer resorbiert wurde. Das Zusatzentgelt wird nur bei vollständig resorbierbaren Stents abrechenbar.

ZUSATZ-ENTGELT	OPS-KODE	ZE-TEXT
<b>ZE2021-107</b>	<b>8-83d.0*</b>	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden bioresorbierbaren Stents

## FRAKTIONELLE FLUSSRESERVE (FFR)

Die OPS-Kodierung der Bestimmung der FFRmyo erfolgt auch im Jahr 2021 weiterhin mit dem OPS-Kode 1-279.a.

Der OPS-Text, welcher bis zum Jahr 2019 „Koronarangiographie mit intrakoronarer Druckmessung“ lautete, wurde zum OPS-Katalog 2020 modifiziert:

OPS	OPS-TEXT 2021
1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung Inkl.: Bestimmung der fraktionellen myokardialen Flussreserve (FFRmyo) Bestimmung von Druckindizes ohne Vasodilatation

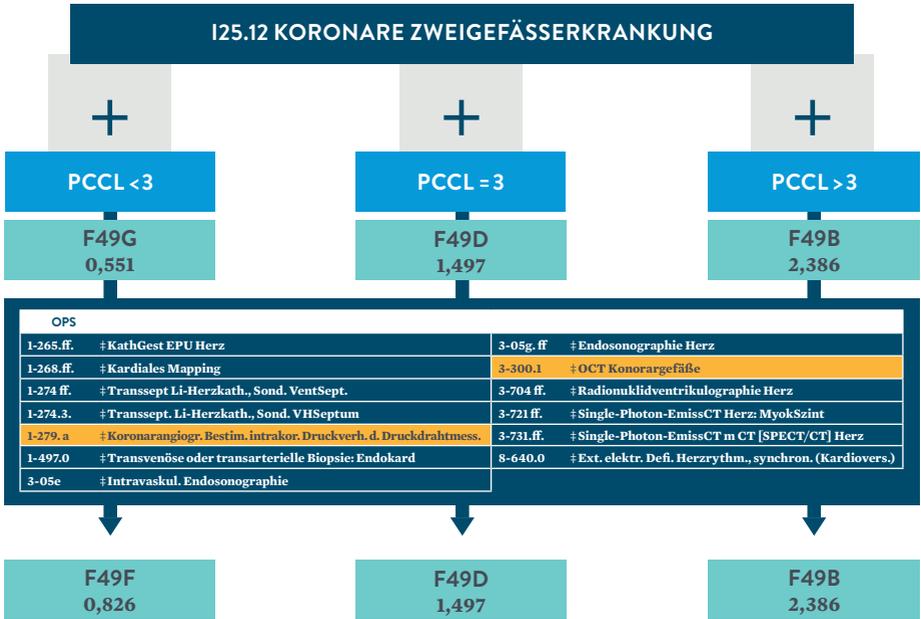
Mit dieser Modifikation wurde eine unstrittige Erweiterung des OPS-Kodes auf alle relevanten modernen diagnostischen Verfahren erreicht:

- **FFR** Fraktionelle Flussreserve
- **RFR** Resting Full-Cycle Ratio
- **IFR** instantaneous wave-free ratio, instant wave-free ratio, instant flow reserve

Eine Gruppierungsrelevanz für den OPS-Kode 1-279.a besteht in mehreren aG-DRG-Pauschalen des Jahres 2021.

Bedeutsam ist die Aufwertung eines Behandlungsfalles mit interventioneller Koronar-diagnostik in der Basis-DRG F49 (Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt) durch den OPS-Kode 1-279.a. Hier erfolgt bei Durchführung der Katheterdiagnostik und Messung der fraktionellen myokardialen Flussreserve eine Aufwertung des Falles.

Neben dem OPS-Kode 1-279.a führen auch die weiteren Prozedurenkodes der nachfolgenden Ablaufdarstellung zu einer höheren Bewertung von Fällen, welche aufgrund ihrer Hauptdiagnose in die aG-DRG F49G eingruppiert werden. Diese gelangen aufgrund z. B. einer zusätzlichen Kodierung einer Druckdrahtmessung unmittelbar in die aG-DRG F49F. Ab einem PCCL-Wert von 3 erfolgt keine höhere Bewertung durch diese Maßnahmen.



Zusätzlich zur Berücksichtigung in der Basis-DRG für koronare Katheterdiagnostik erfolgt die bereits dargestellte Anhebung der Bewertungsrelation und damit des Erlöses auch in der Koronarintervention bei Fällen mit weniger als drei implantierten Stents und ohne Hauptdiagnose Myokardinfarkt. Dort werden alle Behandlungsfälle unabhängig von der Stent-Anzahl durch die zusätzliche Kodierung des OPS-Kodes 1-279.a in die Basis-DRG F56 eingruppiert.

HAUPTDIAGNOSE: KORONARE HERZKRANKHEIT			
Diagnostischer Linksherzkatheter		Stent-PTCA (< 3 Stents)	
Verweildauer = 1 Tag	Verweildauer > 1 Tag	Verweildauer = 1 Tag	Verweildauer > 1 Tag
F49G		F58B	
0,344	0,551	0,55	0,779
1.298 €	2.079 €	2.075 €	2.939 €

Mehrvergütung durch FFR oder OCT

F49F		F56B	
0,527	0,826	0,721	1,01
1.988 €	3.116 €	2.720 €	3.810 €
↓	↓	↓	↓
690 €	1.037 €	645 €	871 €

**Bei den genannten Fallkonstellationen führt die Durchführung der intrakoronaren Druckdrahtmessung ebenso wie die OCT zu Aufwertungen, welche die Finanzierung des Verfahrens zum Teil sogar überschreiten.**

## OPTISCHE KOHÄRENZTOMOGRAPHIE (OCT)

Die OPS-Kodierung der Bestimmung der FFR<sub>myo</sub> erfolgt auch im Jahr 2021 weiterhin mit dem OPS-Kode 3-300.1.

OPS	OPS-TEXT 2021
3-300.1	Optische laserbasierte Verfahren: Optische Kohärenztomographie [OCT]: Koronargefäße

Auch die Kodierung der OCT wirkt in vielen Fällen Erlös steigernd. Die Wirkungsweise ist dabei identisch zu der bei der Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung in allen auch dort relevanten aG-DRG-Pauschalen. Neben der Erlössteigerung bei diagnostischen Fällen in der Basis-DRG F49 erfolgt auch auf der Basis dieser Leistung die direkte Eingruppierung von Fällen ohne Myokardinfarkt ohne weitere Relevanz der Anzahl implantierter Koronarstents in die Basis-DRG F56.

## CTO-REKANALISATION

Die CTO-Rekanalisation wird regelhaft mit OPS-Kodes aus 8-839.9 ff. verschlüsselt.

OPS	OPS-TEXT
8-839.90	Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit kontralateraler Koronardarstellung
8-839.91	Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit kontralateraler Koronardarstellung und Doppeldrahttechnik
8-839.92	Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit retrograder Sondierung über die Kollateralgefäße, ohne Externalisation
8-839.93	Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit retrograder Sondierung über die Kollateralgefäße, mit Externalisation

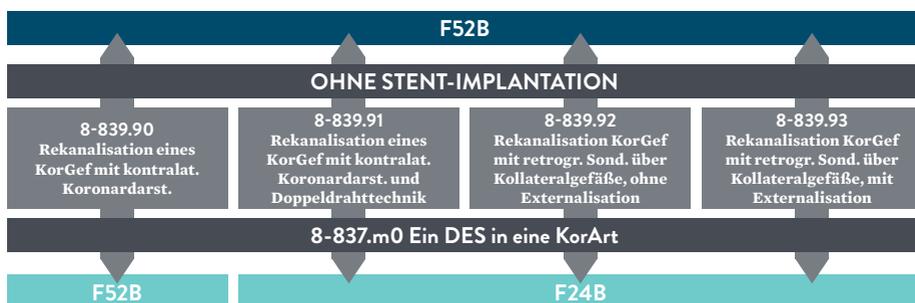
Die Rekanalisation organisierter Koronarverschlüsse wirkt auch im Jahr 2021 aufwertend im Zusammenhang mit unterschiedlichen Konstellationen der koronaren Intervention. Fälle mit Doppeldrahttechnik bzw. retrograder Sondierung über Kollateralgefäße führen seit dem DRG-Jahr 2020 in die Basis-DRG F24 und sind damit gegenüber den anderen

Konstellationen deutlich höher bewertet. Basis ist dabei immer die zusätzliche Implantation mindestens eines koronaren Stents.

Die folgende Abbildung zeigt das aufwertende Gruppierungskriterium in der Basis-DRG F24.

OPS	OPS-TEXT
8-839.91	Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit kontralateraler Koronardarstellung und Doppeldrahttechnik
8-839.92	Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit retrograder Sondierung über die Kollateralgefäße, ohne Externalisation
8-839.93	Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit retrograder Sondierung über die Kollateralgefäße, ohne Externalisation
OPS	OPS-TEXT
8-837.k*	Einlegen BMS
8-837.m*	Einlegen DES
8-837.w*	Einlegen beschichteter Stent
8-83d.0*	Einlegen bioresorbierbarer DES
8-83d.1*	Einlegen selbstexpand. Stent
8-83d.2*	Einlegen selbstexpandierender DES

Fälle ohne Koronarstent oder mit einer Leistung im Sinne des OPS-Kodes 8-839.90 (Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit kontralateraler Koronardarstellung) werden demnach auch weiterhin in die Basis-DRG F52 eingestuft. Ebenso führt die zusätzliche Dilatation mit einem DEB anstelle der Implantation eines Koronarstents nicht in die Basis-DRG F24.

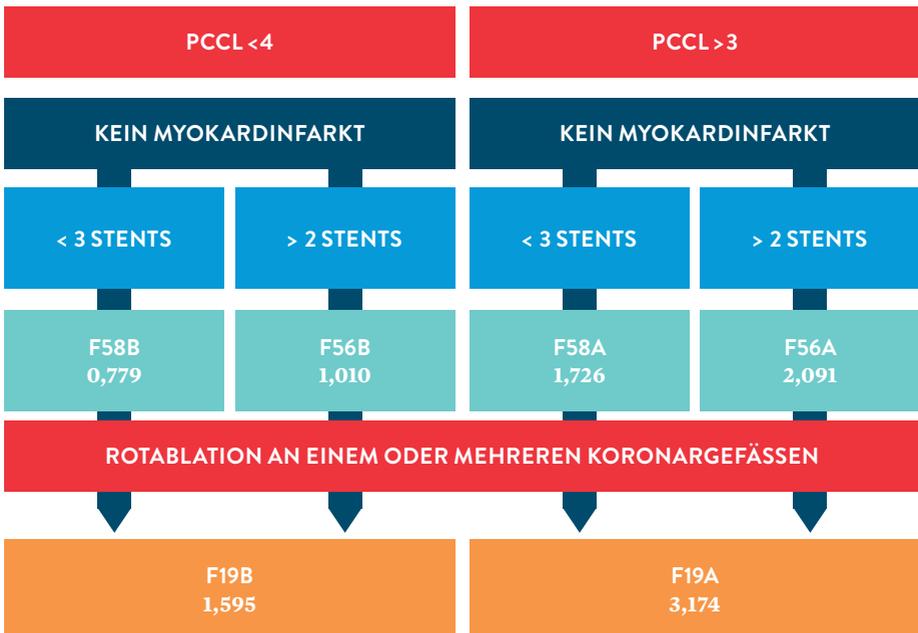


## ROTABLATION AN DEN KORONARGEFÄSSEN

Die Kodierung der Rotablationen an den Koronargefäßen erfolgt mit den OPS-Kodes der nachfolgenden Tabelle. Dabei wird quantitativ zwischen der Durchführung an einem oder an mehreren Koronargefäßen unterschieden, ohne dass die Differenzierung eine Auswirkung auf die DRG-Gruppierung nimmt.

OPS	OPS-TEXT
8-837.50	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Rotablation: Eine Koronararterie
8-837.51	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Rotablation: Mehrere Koronararterien

Fälle mit koronarer Rotablation werden auch in 2021 unabhängig von der Hauptdiagnose und unabhängig von etwaig implantierten koronaren Stents in die Basis-DRG F19 gruppiert. Die Differenzierung innerhalb dieser Basis-DRG erfolgt anhand des PCCL-Wertes, wobei Fälle mit einem PCCL-Wert von > 3 in die F19A eingruppiert werden.



## KORONARE LITHOPLASTIE

Die koronare Lithoplastie kann seit dem Katalog 2019 spezifisch durch einen OPS-Kode abgebildet werden.

OPS	OPS-TEXT
8-83d.6	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Koronare Lithoplastie

Dabei erfolgt die Lithoplastie bestimmungsgemäß bei der Hauptdiagnose einer KHK zur Vorbereitung einer PTCA bzw. eine koronaren Stentimplantation bei kalzifizierenden Stenosen. Der OPS-Kode ist im aG-DRG-System 2021 weiterhin gruppierungsrelevant für die aG-DRG F58B bzw. beim Vorliegen eines PCCL-Wertes von mindestens vier in die F58A. Damit erfolgt die Gruppierung analog zu der der OPS-Kodes für eine PTCA bzw. einer Implantation von weniger als drei koronaren Stents. Eine Aufwertung von Fällen mit PTCA bzw. Stentimplantationen besteht nicht.

PROZEDUREN	DURCHFÜHRUNG					
Koronare Lithoplastie	x			x	x	x
PTCA		x		x		x
<3 Stents konorar			x		x	x

PCCL < 4	F58B
	0,779
	2.939 €

PCCL > 3	F58A
	1,726
	6.512 €

## ANHANG: WICHTIGE AG-DRG-FALLPAUSCHALEN FÜR DIE PERKUTANE KORONARINTERVENTION

### aG-DRGs für Rotablationen an den Koronargefäßen

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	KAT MVWD	UGVD (1. Tag Abschl)	Kurzl Abschl	OGVD (1. Tag Zuschl)	Langl Zuschl
<b>F19A</b>	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC	3,174	12,3	3	0,412	26	0,093
<b>F19B</b>	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC	1,595	4,3	1	0,381	11	0,074

### aG-DRGs für koronare Stentimplantation bei akutem Myokardinfarkt

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	KAT MVWD	UGVD (1. Tag Abschl)	Kurzl Abschl	OGVD (1. Tag Zuschl)	Langl Zuschl
<b>F24A</b>	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC	2,621	14,2	4	0,34	28	0,084
<b>F24B</b>	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC	1,399	5,8	1	0,557	12	0,076
<b>F52A</b>	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC	2,468	15,3	4	0,365	30	0,083
<b>F52B</b>	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention	1,07	5,3	1	0,35	11	0,075

## aG-DRGs für koronare Stentimplantation außer bei akutem Myokardinfarkt

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	KAT MVWD	UGVD (1. Tag Abschl)	Kurzl Abschl	OGVD (1. Tag Zuschl)	Langl Zuschl
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC	2,091	10,6	3	0,298	22	0,079
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie	1,01	3,6	1	0,289	8	0,063
F58A	Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC	1,726	11	3	0,282	22	0,072
F58B	Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC	0,779	3,4	1	0,229	8	0,065

## aG-DRGs für Linksherzkatheterdiagnostik

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	KAT MVWD	UGVD (1. Tag Abschl)	Kurzl Abschl	OGVD (1. Tag Zuschl)	Langl Zuschl
F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC	2,184	17,7	5	0,304	32	0,072
F41B	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC	0,782	5,3	1	0,328	12	0,072

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	KAT MVWD	UGVD (1. Tag Abschl)	Kurzl Abschl	OGVD (1. Tag Zuschl)	Langl Zuschl
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, mit komplexem Eingriff oder Alter < 10 Jahre	2,817	17,1	5	0,406	33	0,1

<b>F49B</b>	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, ohne komplexen Eingriff, Alter > 9 Jahre	2,386	16,8	5	0,346	32	0,087
<b>F49C</b>	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre	1,015	2,4	1	0,126	5	0,135
<b>F49D</b>	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, mit schweren CC, mehr als ein Belegungstag	1,497	13,4	3	0,297	26	0,062
<b>F49E</b>	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne schwere CC bei BT > 1, mit kardialen Mapping oder bestimmter komplexer Diagnose	0,983	4,5	1	0,364	11	0,078
<b>F49F</b>	Invasive kardiologische 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.	0,826	5,9	1	0,299	14	0,061
<b>F49G</b>	Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinf., ohne äuß. schw. CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Eingriff	0,551	3,7	1	0,207	8	0,064

**Berechnungsgrundlage Erlöse:**

2020: Bundesbasisfallwert 2020 (3.679,62 €)

2021 : Bundesbasisfallwert 2020 zzgl. Veränderungsrate von 2,53% (3.772,71 €)

## GLOSSAR / ABKÜRZUNGEN

### **ABSCHL. / TAG**

Abschlag pro Tag bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer

### **AG-DRG**

„a“ wie ausgegliedert, G-DRG siehe unten

### **BFARM**

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

### **BMS**

Bare metal stent (nicht medikamentefreisetzender Stent)

### **BWR**

Bewertungsrelation

### **CC**

Comorbidities and Complications (Berechnungsbasis für den PCCL-Wert)

### **CCL**

Clinical Complexity oder Comorbidity and Complication Level (Schweregradstufe)

### **CTO**

Chronic Total Occlusion (Chronischer Totalverschluss)

### **DES**

Drug eluting stent (medikamentefreisetzender Stent)

### **DIMDI**

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

### **DRG**

Diagnosis Related Group

**FF.**

und folgende (untergeordnete Kodes)

**FFR**

Fraktionale Flussreserve

**G-DRG**

German Diagnosis Related Groups (Fallpauschalensystem)

**ICD-10-GM**

International Classification of Diseases 10, German Modification

**IFR**

Instantaneous wave-free ration

**INEK**

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

**KAT-BWR**

Katalog-Bewertungsrelation

**MD**

Medizinischer Dienst

**MDC**

Major Diagnosis Category (Hauptdiagnosekategorie)

**MDK**

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

**OCT**

Optical Coherence Tomography (Optische Kohärenztomografie)

**OPS**

Operationenschlüssel (Prozedurenklassifikationssystem)

**PCCL**

Patient Comorbidity and Complexity Level (fallbezogener Gesamtschweregrad)

**PCI**

Percutaneous Coronary Intervention (Perkutane Koronarintervention, auch PTCA)

**PKMS**

Pflegekomplexmaßnahmen-Score

**PTCA**

Perkutane transluminale Koronarangioplastie

**RFR**

Resting Full-Cycle Ratio

**TAG 1 ABSCHL.**

Erster Tag mit Abschlag bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer

**TAG 1 ZUSCHL.**

Erster Tag mit Zuschlag bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer

**UGVD**

Untere Grenzverweildauer

**ZE**

Zusatzentgelt

**ZUSCHL. / TAG**

Zuschlag pro Tag bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer

# DAS KÖNNTE SIE AUCH INTERESSIEREN



Kodierleitfaden  
Rhythmologie



Kodierleitfaden  
Neurostimulation



Kodierleitfaden  
Gefäßintervention – PTA



Kodierleitfaden  
Structural Heart

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

**Weitere Informationen und Kodierhinweise finden Sie unter:** <https://www.de.abbott/health-economics-and-reimbursement.html>

**Rechtlicher Hinweis:** Alle Angaben sind Empfehlungen von Abbott und beziehen sich ausschließlich auf von Abbott vertriebene Produkte und Therapien. Dieser Leitfaden erhebt 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 Abbott finden Sie in der jeweiligen Bedienungsanleitung. Abbott übernimmt in diesem Zusammenhang keine Haftung.

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

**Daten:** Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (© InEK), Siegburg, Germany; German Diagnosis Related Groups, Version 2021, ICD-10-GM 2021 und OPS 2021 (© DIMDI).

## Quellen:

1. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/orientierungswert/2020\\_11\\_30\\_Vereinbarung\\_Veraenderungswert\\_2021\\_KH\\_EntgG.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/orientierungswert/2020_11_30_Vereinbarung_Veraenderungswert_2021_KH_EntgG.pdf)
2. <https://www.dimdi.de/dynamic/downloads/klassifikationen/icd-10-gm/version2021/icd10gm2021syst-pdf-20201111.zip>
3. <https://www.dimdi.de/dynamic/downloads/klassifikationen/ops/version2021/ops2021syst-pdf.zip>
4. [https://www.g-drg.de/aG-DRG-System\\_2021/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog\\_2021](https://www.g-drg.de/aG-DRG-System_2021/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2021)
5. <https://seg4-kodierempfehlungen.mds-extranet.de/detail.php?recordnr=354>
6. [https://www.g-drg.de/Datenbrowser\\_und\\_Begleitforschung/G-DRG-Report-Browser/aG-DRG-Report-Browser\\_2021](https://www.g-drg.de/Datenbrowser_und_Begleitforschung/G-DRG-Report-Browser/aG-DRG-Report-Browser_2021)

# WIR FÜR SIE



**DR. CHRISTOPH RATH**  
**Manager DACH**  
**Health Economics & Reimbursement**

Mobil: +49 170 - 33 39 519



**JANNIS RADELEFF**  
**Senior Manager Reimbursement**

Telefon: +49 (0) 6196 7711-144

## IHR ANSPRECHPARTNER

**Abbott Medical GmbH**

Schanzenfeldstrasse 2

35578 Wetzlar

Tel: +49 6441 87075 0

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

Hierin enthaltene Informationen sind ausschließlich zur Veröffentlichung in Deutschland bestimmt.

Alle Illustrationen sind künstlerische Darstellungen und sollten nicht als technische Zeichnungen oder Fotografien angesehen werden. Archivierung der Daten und Fotoaufnahmen durch Abbott Medical.

**Abbott Medical**

Abbott Medical GmbH | Schanzenfeldstr. 2 | D-35578 Wetzlar | Tel. +49 6441 87075 0

™ kennzeichnet eine Marke der Abbott Unternehmensgruppe.

[www.cardiovascular.abbott](http://www.cardiovascular.abbott)

© 2021 Abbott. Alle Rechte vorbehalten. MAT-2100745 v1.0  
HE&R, nur für nicht werbliche Zwecke zugelassen.

