



# KODIERUNG UND VERGÜTUNG IN DER STATIONÄREN UND AMBULANTEN VERSORGUNG 2022

Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

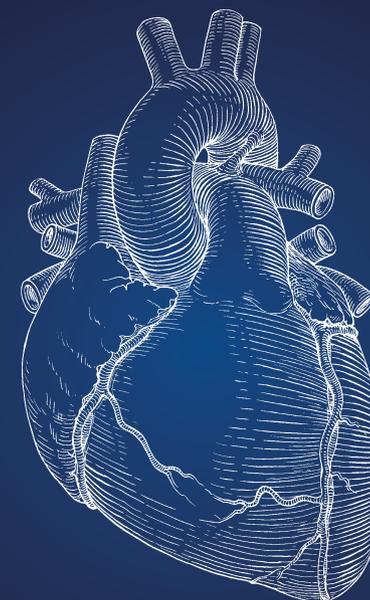
Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Koronargefäßen und Renale Denervierung

Temporäre Änderungen durch COVID-19-Gesetzgebungsverfahren finden in dieser Broschüre keine Berücksichtigung.





Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## VORWORT



**Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,**

in der nunmehr neunten Auflage der Reimbursement Broschüre möchten wir Sie über die Veränderungen durch die Weiterentwicklung des aG-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.

Durch die Ausgliederung der Pflege am Bett hat das InEK auch für das Jahr 2022 wieder tiefgreifende Veränderungen im aG-DRG-System durchführen müssen.

Nachdem im Jahr 2020 mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen ein Systemwandel sehr schnell umgesetzt werden musste, waren neben den jährlichen Anpassungen des Fallpauschalenkatalogs nachlaufende Präzisierungen bei der Abgrenzung der Pflegepersonalkosten zu klären.

Im Ergebnis führte diese auch im Jahr 2021 für den Fallpauschalenkatalog 2022 anhaltende Lernkurve bei der Ausgliederung und Zuordnung der Pflegekosten am Bett zu einem wieder mit dem Vorjahr nicht ohne weiteres vergleichbaren Entgeltkatalog.

- Erneuter Anstieg (ca. 10 %) des Gesamtbetrages der Pflegekosten am Bett um ca. 1,8 Milliarden Euro
  - Der GKV-Spitzenverband war der Ansicht, dass der erneute Anstieg der Pflegekosten am Bett eine absenkende Normierung von 700 Mio. Euro für 2022 und 200 Mio Euro rückwirkend aus 2021 (=900 Mio. Euro) im aG-DRG-Katalog 2022 verlangen würde.
  - Die Deutsche Krankenhausgesellschaft erklärte hingegen, dass hier keine absenkende Normierung des Fallpauschalenkataloges notwendig ist.
  - Da sich die Partner der Selbstverwaltung nicht einigen konnten, hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) den Katalog per Verordnung in Kraft gesetzt. Hierzu hat es das InEK beauftragt, den Fallpauschalenkatalog neu zu ermitteln und die Vergütung der Krankenhäuser über die Fallpauschalen um lediglich 175 Millionen Euro abzusenken.
  - Weiterführende Informationen: Vortrag Dr. Frank Heimig und Dr. Roland Laufer, 44. Krankenhaustag (Vorträge Mo 15.11.2021 - Info-Veranstaltung: Das G-DRG-System 2022): <https://www.deutscher-krankenhaustag.de/portfolio-items/der-44-deutsche-krankenhaustag/>





Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

Darüber hinaus wird in dieser Broschüre die Behandlungen von Patienten, die von dem schweren Leiden eines Aortenaneurysmas betroffen sind, aufgezeigt. Unter medizinisch determinierten Indikationsbedingungen gibt es die Möglichkeit einer minimal-invasiven Behandlung durch einen Stentgraft (eine synthetische Schlauchprothese, die durch ein Metallgerüst verstärkt ist). Die Prothese wird über kleine Einschnitte in beiden Leisten innerhalb des erkrankten Gefäßes (in dem sich das Aneurysma befindet) platziert, ohne eine chirurgische Öffnung des umliegenden Gewebes erforderlich zu machen.

Innovative Behandlungen können für die Krankenversicherungen einen besonderen Beitrag in der Versorgung leisten. Durch den Einsatz dieser Verfahren können aufwendige chirurgische Maßnahmen vermieden werden und somit den notwendigen Krankenhausaufenthalt des Patienten verkürzen und den Aufenthalt auf der Intensivstation ggf. nicht erforderlich machen.

Diese Broschüre soll eine Hilfestellung für den täglichen Umgang im Hinblick auf eine sachgerechte Vergütung der von Ihnen eingesetzten Verfahren sein. In kompakter Form finden Sie hier die notwendigen Kodier- und Abbildungshinweise für die stationäre Leistungserbringung unserer aortalen Behandlungsverfahren. Hierbei sei erwähnt, dass es sich um beispielhafte Abrechnungsmuster handelt.

**Die Berechnung der Erlöse in dieser Unterlage erfolgt mittels fiktivem Bundesbasisfallwert in Höhe von 3.830,00 €.** Gemäß der ab dem 1.1.2022 geltenden Fassung des § 10 KHEntgG wird der Bundesbasisfallwert erst bis zum 31. März eines jeden Jahres veröffentlicht und stand daher zu dem Zeitpunkt der Erstellung dieser Unterlage nicht zur Verfügung (<https://www.bvmed.de/de/versorgung/krankenhaus/bundesbasisfallwert>). Die krankenhausindividuellen Erlöskalkulationen sollten davon unabhängig mit dem jeweils geltenden Landesbasisfallwert erfolgen.

Der Leitfaden erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und ist nach aktueller Datenlage erstellt worden. Viele dieser Daten sind mit der Hilfe von Institutionen und Krankenhäusern entstanden, bei denen wir uns hiermit für die Mitarbeit bedanken möchten.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß und Erfolg bei der Anwendung unserer Informationen und würden uns über konstruktives Feedback freuen.

Mit freundlichen Grüßen

**Andreas Gereke**

Manager Reimbursement & Health Economics



Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

# INHALTS VERZEICHNIS

## **1. Worauf es in diesem Jahr ankommt**

[1.1 Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz \(PpSG\)](#)

## **2. Unser Reimbursement Leistungsangebot**

## **3. Kodierung und Vergütung im aG-DRG-System 2022**

[3.1 Diagnosen ICD 10-2022](#)

[3.2 Prozeduren OPS 2022](#)

[3.3 Relevante DRG-Positionen](#)

[3.2 Verweildauer](#)

[3.5 Zusatzentgelte](#)

## **4. Renale Denervierung**

[4.1 Symplicity Spyral™-System zur Renalen Denervierung](#)

[4.2 Kodierbeispiel](#)

[4.3 Abrechnungsmuster - Stationäre wahlärztliche Krankenhausleistungen](#)

## **5. Koronare Interventionen**

[5.1 Koronare Angiografie](#)

[5.2 Koronare Gefäßinterventionen](#)





Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungs-  
möglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## [6. Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten bei gesetzlich und privat versicherten Patienten](#)

[6.1 Zulassungen ambulanter Leistungserbringer](#)

[6.2 Gesetzliche Grundlagen](#)

[6.3 Sachkostenabrechnung](#)

## [7. Wichtige Links](#)

## [8. Abkürzungen](#)

### **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.



Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## 1. WORAUF ES IN DIESEM JAHR ANKOMMT

### Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)

#### Sachkostenfinanzierung im G-DRG-System 2022

Die jährliche Anpassung des G-DRG-Systems und das damit einhergehende Studium der Änderungen wurde ab dem Jahr 2020 erheblich komplexer. Neben den in der Vergangenheit durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) eingeführten und weiterhin gültigen Maßnahmen zur Mengensteuerung im Krankenhaus müssen wir uns mit einem vollkommen neuen aG-DRG-System auseinandersetzen.

Der Leitfaden „Sachkostenfinanzierung im aG-DRG-System“ vom Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) befasst sich mit den Fragen zu den Auswirkungen des Pflegepersonalstärkungsgesetzes (PpSG 2019) und des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG 2016) auf die Vergütung der Medizinprodukte im aG-DRG-System. Die nachfolgend zitierten Hinweise des BVMed finden Ihre Anwendung zum Teil ebenso auf die von uns vertriebenen Verfahren.

#### Auszüge aus der BVMed Information zzgl. notwendiger Aktualisierungen:

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) wurde die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten am Bett im Krankenhaus erstmals für 2020 umgesetzt. Mehr als 20 Prozent der Leistungen werden aus den Fallpauschalen herausgelöst und in das Pflegebudget überführt. Die Finanzierung der Leistungen wird zweigeteilt: in die leistungsbezogenen Fallpauschalen des neuen aG-DRG-Systems zzgl. möglicher individueller Entgeltbestandteile (z.B. Zusatzentgelte) und in die selbstkostendeckenden krankenhausesindividuellen und tagesbezogenen Pflegeentgelte.

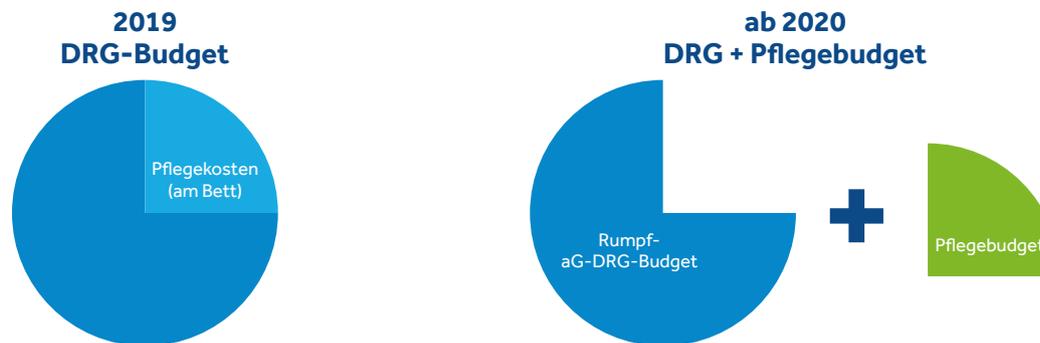


Abbildung 1: Die Zusammensetzung des Krankenhausbudgets ab 2020



Vorwort

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Kodierung und Vergütung im aG-DRG-System 2022

Renale Denervierung

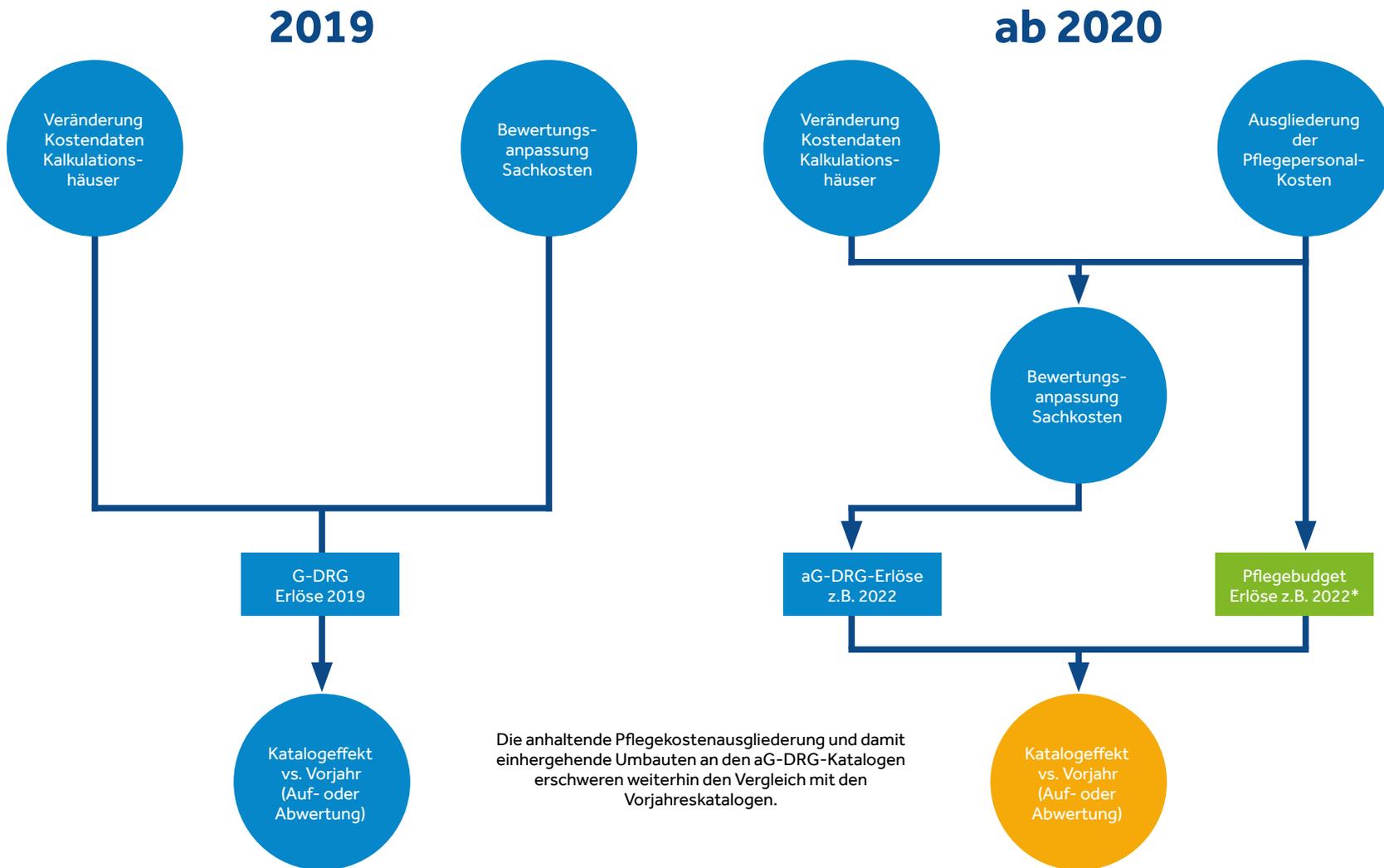
Koronare Interventionen

Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

Hierbei wurde nicht einfach nur die Pflege am Bett herausgerechnet. Es ist ein vollkommen neues und nicht mehr mit den Vorjahren vergleichbares aG-DRG-System entstanden.



\* Akzeptiertes Testat des KH-Betriebsprüfers zum Pflegebudget wird am Ende des KH-Geschäftsjahres mit Jahreserlössumme abgeglichen. Danach Ausgleich Pflegebudget zu 100% gemäß Selbstkostendeckungsprinzip

Abbildung 2: Vergleich Katalogeffekt





Vorwort

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Kodierung und Vergütung im aG-DRG-System 2022

Renale Denervierung

Koronare Interventionen

Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

Die Finanzierung der Pflege wird von der Zahl der Fälle und deren Erlösen abgekoppelt und als Jahresbudget ausgezahlt. Abgerechnet werden die Pflegekostenanteile nicht separat, sondern mit einem DRG-Bezug. Ein hoher Pflegeaufwand in einer Leistung wird höher vergütet (Pflegebewertungsrelation). Formal bleibt der DRG-Katalog erhalten, bekommt aber neben dem bekannten Relativgewicht je Fall nun auch ein Relativgewicht für den Pflegetagessatz („Spaltenlösung“).

## DRG-Katalog 2019

DRG	Partition	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beleghebamme	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungsfallpauschale	Ausnahme von Wiederaufnahme
					Erster Tag mit Abschlag	Bewertungsrelation /Tag	Erster Tag zus. Entgelt	Bewertungsrelation /Tag			
1	2	3	4	6	7	8	9	10	11	12	13

## aG-DRG-Katalog ab 2020

„Spaltenlösung“ →



DRG	Partition	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beleghebamme	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungsfallpauschale	Ausnahme von Wiederaufnahme	Pflegerlös Bewertungsrelation/Tag
					Erster Tag mit Abschlag	Bewertungsrelation /Tag	Erster Tag zus. Entgelt	Bewertungsrelation /Tag				
1	2	3	4	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Abbildung 3: DRG-Kataloge aus 2019 und 2020 waren nicht vergleichbar. Notwendige Umbauten in 2021 erschweren weiterhin die Vergleichbarkeit mit dem Vorjahreskatalog.

Die Verhandlung des neuen ausgegliederten Pflegebudgets erfolgt auf der Ortsebene zwischen Krankenhaus und Kostenträger im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlung. Das Krankenhaus erstellt hierzu eine Darstellung der in der neuen Pflegevergütung umfassten Pflegekräfte und deren Kosten. Die Abgrenzung dieser Kosten entspricht hierbei der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene.

Auf Basis der Ist-Situation, wird dann ein prospektives Pflegekostenbudget verhandelt. Aus dem verhandelten Pflegekostenbudget wird ein Zahlbetrag/Tag für die Abrechnung der Pflegetage gebildet. Diese werden im Laufe des Jahres mit jeder einzelnen abgerechneten DRG als vorläufiges Pflegeentgelt tagesbezogen ausgezahlt. Erst zum Jahresabschluss testiert dann ein Wirtschaftsprüfer die tatsächlich angefallenen Pflegepersonalkosten (nach Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung) und danach werden diese dann mit der unterjährig ausgezahlten Summe der Pflegeentgelte verglichen. Die beiden Beträge werden dann unter der Vorgabe des Selbstkostendeckungsprinzips in beide Richtungen zu 100 % ausgeglichen.



Vorwort

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Kodierung und Vergütung im aG-DRG-System 2022

Renale Denervierung

Koronare Interventionen

Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

Die Pflegeerlösabrechnung über tagesbezogene vorläufige Pflegeentgelte stellt somit nur eine Abschlagszahlung auf das Pflegebudget dar. Der bisher im G-DRG-System verankerte Anreiz Kosten und Verweildauern medizinisch vertretbar zu senken, bleibt auch im neuen aG-DRG-System bestehen.

## Erlösbetrachtung im aG-DRG System 2022

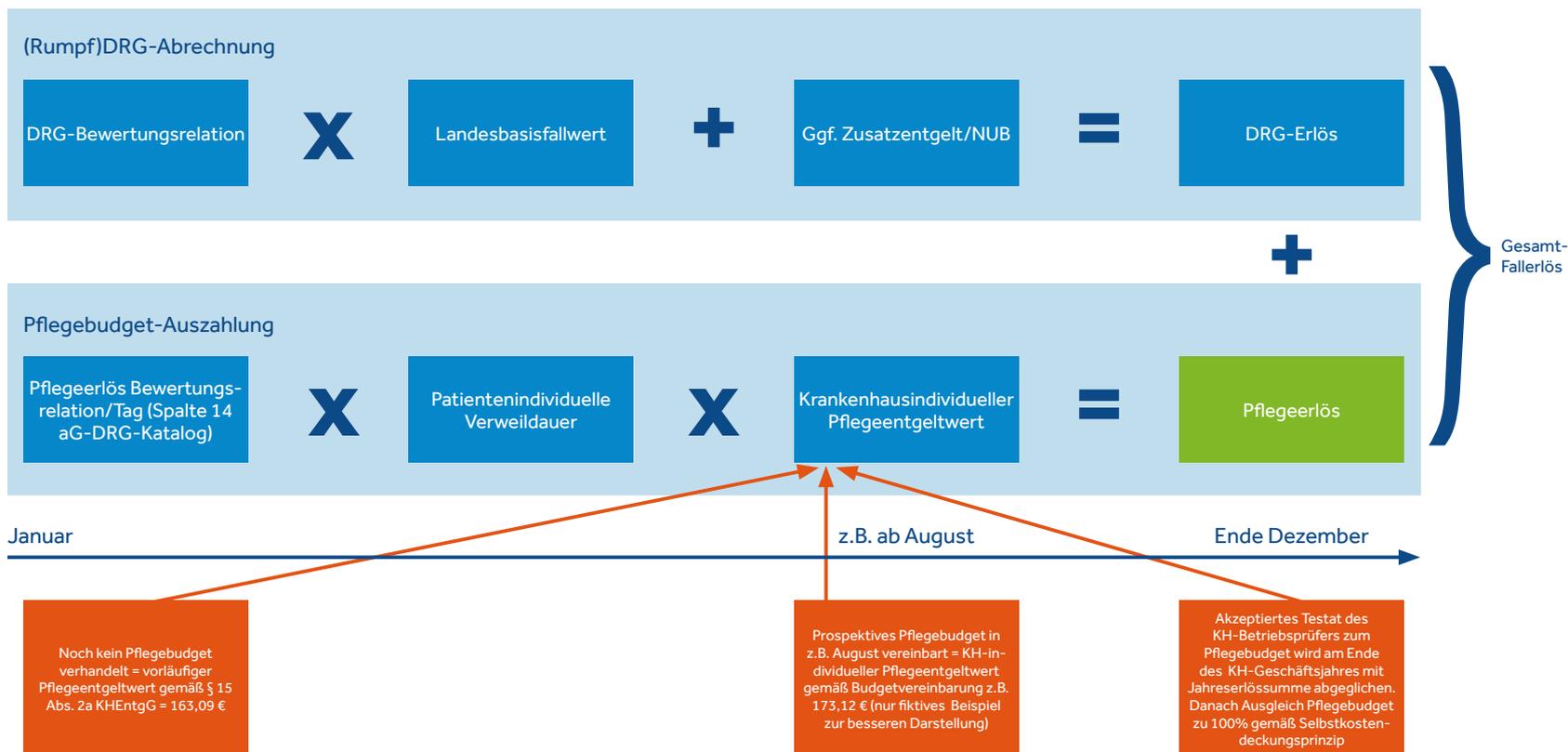


Abbildung 4: Erlösbetrachtung im aG-DRG System 2022





Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

In der Praxis kann es zur Berücksichtigung unterschiedlicher Verweildauern kommen. Zur Abrechnung einer DRG wird die ggf. durch eine Einzelfallprüfung des MD(K) gekürzte Verweildauer berücksichtigt und kann zu einer Erlöskürzung führen. Die Berechnung des Pflegeerlöses erfolgt hiervon unabhängig mit der ungekürzten Verweildauer (Ausnahme primäre Fehlbelegung § 275c Absatz 6 Nummer 1 SGB V). Die tagesbezogenen Pflegeentgelte sollen nach dem Willen des Gesetzgebers nicht zu vermehrten Fehlbelegungsprüfungen der Kassen führen. Aufgrund der Kürze der für den Systemumbau zur Verfügung stehenden Zeit, ist anzunehmen, dass die systematischen Auswirkungen des Umbaus vom InEK umfangreich aber teilweise nur unvollständig untersucht und berücksichtigt werden konnten. Mitunter beinhalten DRGs im Vergleich zum Vorjahr ganz andere Fälle und es bedurfte daher einer umfangreichen Neu-Sortierung der DRGs. Ob die Herausnahme der Pflegeentgelte sachgerecht (je DRG zu viel oder zu wenig) erfolgte, lässt sich heute nicht klar beantworten.

- Die Weiterentwicklung und Beseitigung dieser Unsicherheiten im neuen aG-DRG-System wird erneut einige Jahre in Anspruch nehmen.
- Die DRG oder z.B. DRG + Zusatzentgelt beschreiben nach wie vor nur einen Durchschnittspreis innerhalb kalkulatorischer Grenzen und stellen keine Kostenrechnung für einzelne Behandlungsleistungen oder Medizinprodukte dar. Sie beschreiben nach wie vor primär das Verhältnis der Leistungen untereinander und dienen der Abrechnung des Krankenhausbudgets.
- Insbesondere bei Misch-DRGs besteht daher die Gefahr der Fehlinterpretation, wenn die dargestellten durchschnittlichen Kosten einer DRG oder z. B. DRG + Zusatzentgelt, die nicht die reale einzelne Behandlung widerspiegeln, eine ggf. überhaupt nicht existierende Unterdeckung vermuten lassen. Dies hätte zur Folge, dass eine Versorgung, statt bedarfsgerecht mit qualitativ hochwertigen Medizinprodukten, in ggf. verminderter Qualität oder im schlimmsten Fall überhaupt nicht mehr angeboten wird. Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten ist nur ein Element der DRG-Kalkulation des In-EKs. Nach wie vor wirken sich primär Kostenveränderungen auf Basis von Ist-Kosten der Kalkulationshäuser auf die jeweiligen Personal- oder Sachkostenbestandteile einer DRG oder ggf. eines Zusatzentgeltes aus und sind immer im direkten Zusammenhang zu betrachten.
- Die bisherigen G-DRG-Report-Browser und auch die neuen aG-DRG-Report-Browser weisen weiterhin keinen sachgerechten Wert für das einzelne Medizinprodukt aus. Dies ist insbesondere bei Misch-DRGs zu berücksichtigen. Erlösvergleiche mit dem Vorjahr sind nur anhand krankenhausindividueller Kostenträgerrechnungen oder Prozesskostenanalysen unter gleichen Voraussetzungen realistisch. Die fallbezogene Erfassung und Aufschlüsselung der Kostendaten wird in den Krankenhäusern immer wichtiger.





Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## Wesentliche Änderungen in Kurzform:

- Ausgliederung der Pflegepersonalkosten (Pflege am Bett) aus den DRGs und ZEs.
- Es wurde nicht einfach nur die Pflege am Bett herausgerechnet. Es ist ein vollkommen neues und nicht mehr mit den Vorjahren vergleichbares aG-DRG-System entstanden.
- Das Krankenhausbudget wurde ab 2020 differenziert in ein „Rumpf“-aG-DRG-Budget und ein Pflegekostenbudget (Ist-Pflegepersonalkosten).
- Unterschied DRG-Fallkollektive
- Für die Pflegepersonalkosten gilt das Selbstkostendeckungsprinzip (Die Ist-Kosten werden in der nachgewiesenen Höhe bezahlt).
- Das Pflegekostenbudget wird über Pflegeentgelte ausgezahlt; Produkt aus „Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag“ (neue Spalte 14 im aG-DRG-Fallpauschalen-Katalog), patientenindividueller tatsächlicher Verweildauer und krankenhausindividuellem Pflegeentgeltwert.
- Bis zur Einigung auf einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert in den jeweiligen Budgetverhandlungen, erfolgt die Vergütung über einen, auf Bundesebene vereinbarten, pauschalen Pflegeentgeltwert in Höhe von 163,09 €.
- Am Ende des Kalenderjahres werden die tatsächlich nachgewiesenen Pflegepersonalkosten durch einen Betriebsprüfer testiert, mit den abgerechneten vorläufigen Pflegeerlösen des gleichen Zeitraums verglichen und angefallene Mehr- oder Mindererlöse dann zu 100 % ausgeglichen.
- DRG und Pflegebudget sind eine Pauschalvergütung. Sie sind nicht geeignet, einzelne Behandlungen oder Medizinprodukte sachgerecht abzubilden.
- Der bisherige G-DRG-Report-Browser und auch der neue aG-DRG-Browser weisen weiterhin keinen sachgerechten Wert für das einzelne Medizinprodukt aus.

Hier erhalten Sie weiterführende Hinweise zum Thema: <https://www.bvmed.de/de/bvmed/publikationen/broschueren-gesundheitsversorgung/sachkostenfinanzierung-ag-drg-system-2020>. Bitte beachten Sie hierbei, dass die Broschüre des BVMed im Kalenderjahr 2020 erstellt wurde und daher nicht mehr in jedem Punkt aktuell ist. Die wesentlichen Aussagen zur Sachkostenfinanzierung und zur eingeschränkten Anwendbarkeit des aG-DRG-Browser haben jedoch weiterhin Bestand.

Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## 2. UNSER REIMBURSEMENT LEISTUNGSANGEBOT

### Was bedeutet Reimbursement für uns?

Unter Reimbursement verstehen wir nicht nur eine adäquate Refinanzierung unserer Therapien, sondern auch Leistungen oder Informationen, die unseren Kunden eine solche Refinanzierung ermöglichen.

#### Zu diesen Leistungen gehören zum Beispiel:



EBM, GOÄ und  
DRG Hinweise  
zu unseren Pro-  
dukten/Services



Informationen  
zu Abrechnung  
und Kodierung



Hinweise zu  
Änderungs- und  
Weiterentwick-  
lungsanträgen



Informationen  
zu Fragen des  
MDK und der  
Kassen



Hinweise bei  
Strategie &  
Leistungs-  
portfolio



Informationen  
zu NUB-Verfah-  
ren inkl. §137h  
SGB V



Hinweise zu  
gesundheits-  
politischen  
Entwicklungen

### Unser Reimbursement-Service im Überblick



#### Kostenbetrachtungen, Erlösbetrachtungen

Wir unterstützen Sie mit Erlös- und Kostenanalysen bei der Planung, Anpassung und Weiterentwicklung Ihres Leistungsangebots. Diese Konzepte entwickeln wir in Zusammenarbeit mit medizinischem Fachpersonal und Klinikverwaltungen. DRG Kodierhilfen, Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen oder Prozesskostenanalysen sind einige Beispiele.



#### Training und Beratung

Unsere Weiterbildungs- und Trainingsprogramme vermitteln die Grundlagen der stationären (DRG) und ambulanten (EBM, GOÄ, AOP) Abrechnung, sowie den aktuellen Stand der Kodierung und Kostenerstattung. Dabei steht die Kodierung und Refinanzierung unserer Therapien im Mittelpunkt.



### 3. KODIERUNG UND VERGÜTUNG IM aG-DRG-SYSTEM 2022



Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen



Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## 3.1 Diagnosen ICD 10-2022

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
		I21.3	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation
I11.0-	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt
I11.9-	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz	I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet
I12.0-	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz	I25.0	Atherosklerotische Herz-Kreislauf-Krankheit, so beschrieb.
I12.9-	Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz	I25.1-	Atherosklerotische Herzkrankheit
		I25.10	Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen
I13.0-	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz	I25.11	Ein-Gefäß-Erkrankung
I13.1-	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz	I25.12	Zwei-Gefäß-Erkrankung
I13.2-	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz	I25.13	Drei-Gefäß-Erkrankung
I13.9-	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet	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		



Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## Die Einbindung der Medizintechnologie ins aG-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.

### 3.2 Prozeduren OPS-2022

#### 1-275 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung

**Hinw.:** 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.

#### 8-837 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen

**Hinw.:** 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 Inkl.: Bypassgefäß

- 8-837.00 Eine Koronararterie
  - 8-837.01 Mehrere Koronararterien
- Hinw.:** Die Art und die Anzahl der verwendeten medikamentefreisetzenden Ballons sind gesondert zu kodieren (8-83b.b6 bis 8-83b.b9). Die Art der verwendeten antikörperbeschichteten Ballons ist gesondert zu kodieren (8-83b.b1).  
Der Kode 8-837.00 ist auch anzuwenden, wenn bei vorzeitigem Abbruch einer Ballon-Angioplastie die Anlage eines Führungskatheters und die Sondierung des Zielgefäßes mit einem Führungsdraht erfolgt ist

#### 8-83b Zusatzinformationen zu Materialien

##### 8-83b.b Art der verwendeten Ballons

**Hinw.:** Diese Zusatzinformation ist für jeden implantierten Stent oder für jedes implantierte OPD-System anzugeben

- 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





Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

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  
**Hinw.:** 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**  
**Hinw.:** 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**

**Hinw.:** 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  
**Hinw.:** Es sind zwei arterielle Zugänge erforderlich.  
8-839.91 Mit kontralateraler Koronardarstellung u. Doppeldrahttechnik  
**Hinw.:** Es sind zwei arterielle Zugänge erforderlich. Es werden mindestens zwei Koronardrähte simultan eingesetzt  
8-839.92 Mit retrograder Sondierung über die Kollateralgefäße, ohne Externalisation  
8-839.93 Mit retrograder Sondierung über die Kollateralgefäße, mit Externalisation  
**Hinw.:** 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

**8-83c.5 Renale Denervation über die A. renalis  
8-83c.52↔ Durch nicht gekühlte Radiofrequenzablation**



Vorwort

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Kodierung und Vergütung im aG-DRG-System 2022

Renale Denervierung

Koronare Interventionen

Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## 3.3 Relevante G-DRG-Positionen

### aG-DRG System 2022

Ausgliederung der Pflegepersonalkosten (Pflege am Bett) aus den DRGs und ZEs. Das Krankenhausbudget wird ab 2020 differenziert in ein „Rumpf“-aG-DRG-Budget und dem Pflegekostenbudget (Ist-Pflegepersonalkosten).

[https://www.g-drg.de/aG-DRG-System\\_2022/Fallpauschalen-Katalog](https://www.g-drg.de/aG-DRG-System_2022/Fallpauschalen-Katalog)

Die Leistungen der Krankenhäuser wie z.B. Operationen, der Einsatz von Sachmitteln wie Medizinprodukten, Arzneimitteln und Hotelleistungen werden nach DRGs (German Diagnosis Related Groups) abgerechnet. aG-DRG ist ein durchgängig leistungsorientiertes und pauschaliertes Vergütungssystem. DRGs sind Fallpauschalen für bestimmte Behandlungen, 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).

### DRG-Zuordnung

DRG	Partition	Bezeichnung	Bew.rel. Hauptabteilung	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bew.rel.)	DRG-Erlös*	Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag 
					1. Tag mit Abschlag	Bew.rel./Tag	1. Tag zus. Entgelt	Bew.rel./Tag			
1	2	3	4	6	7	8	9	10	11		14
F19B	O	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC	1,587	4,3	1	0,379	11	0,074	0,086	6.078,21 €	1,0544
F24A	O	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC	2,598	13,8	4	0,338	27	0,086	0,114	9.950,34 €	1,3970
F24B	O	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC	1,392	5,8	1	0,554	12	0,076	0,091	5.331,36 €	1,0466
F49C	A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre	1,013	2,5	1	0,093	6	0,136	0,097	3.879,79 €	1,7682
F49G	A	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 komplexe Diagnose, ohne best. Eingriff	0,548	3,7	1	0,206	8	0,064	0,072	2.098,84 €	0,7232

 Weitere Infos siehe [Seite 6 ff.](#) 



Vorwort

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Kodierung und Vergütung im aG-DRG-System 2022

Renale Denervierung

Koronare Interventionen

Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

DRG	Partition	Bezeichnung	Bew.rel. Hauptabteilung	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzwelldauer		Obere Grenzwelldauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bew.rel.)	DRG-Erlös*	Pflegerlös Bewertungsrelation/Tag
					1. Tag mit Abschlag	Bew.rel./Tag	1. Tag zus. Entgelt	Bew.rel./Tag			
1	2	3	4	6	7	8	9	10	11		14
F52B	O	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention	1,064	5,3	1	0,348	11	0,075	0,089	4.075,12 €	1,0171
F56A	O	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC	2,083	10,7	3	0,296	22	0,078	0,101	7.977,89 €	1,1816
F56B	O	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie	1,004	3,6	1	0,287	8	0,063	0,070	3.845,32 €	0,8319
F58A	O	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC	1,718	11,0	3	0,280	22	0,072	0,093	6.579,94 €	1,0677
F58B	O	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC	0,774	3,4	1	0,228	8	0,065	0,072	2.964,42 €	0,8283
F62C	M	Herzinsuffizienz und Schock ohne äuß. schw. CC od. ohne Dialyse, ohne kompliz. Diagnose, ohne kompliz. Konst., ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 Belegungstag, ohne best. akut. Nierenvers. od. ohne äuß. schw. CC. ohne Komplexbeh. des akut. Schlaganf.	0,653	8,1	2	0,211	17	0,055	0,070	2.500,99 €	0,7691

\* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €. (weitere Infos)

## Formel zur Berechnung der Pflegerlöse in 2022



### WICHTIG!

#### FORMEL:

$Pflegerlös\ Bewertungsrelation/Tag \times \text{patientenindividuelle Verweildauer} \times \text{Pflegeentgeltwert}$  (hier Beispielhaft 163,09 €).

Da vor der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 KHEntgG noch nicht berechnet werden kann, ist bis dahin nach Satz 1 ersatzweise ein Betrag in Höhe von 163,09 € abzurechnen. Dies ist nur der vorläufige tagesbezogene Pflegeentgeltwert bis zur Pflegebudgetvereinbarung. Nach akzeptiertem Testat des KH-Betriebsprüfers zum Pflegebudget wird dann am Ende des KH-Geschäftsjahres mit der Jahrespflegerlössumme abgeglichen. Danach erfolgt ein Ausgleich des Pflegebudgets zu 100% gemäß Selbstkostendeckungsprinzip.

Bitte geben Sie den Begriff „Sachkostenfinanzierung ag drg“ in das Suchfeld der Internetseite des Bundesverbandes Medizinprodukte e.V. ein und erhalten Sie weiterführende Hinweise zum Thema: <https://www.bvmed.de/de/startseite>



Weitere Infos siehe [Seite 6 ff.](#)



Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungs-  
möglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## Beispiel-Erlösberechnung PTCA bei Infarkt mit 2 DES DRG F52B

Patientenindividuelle Verweildauer = 4<sup>1</sup>

<b>DRG-Erlös:</b>	<b>4.075,12 €</b>	(Bew.Rel 1,064 x 3.830,00 €*)
<b>+ Pflegeerlös:</b>	<b>663,52 €</b>	(Bew.Rel Pflege 1,0171 x 163,09 €** x 4 Belegungstage/Verweildauer)
<b>Erlös:</b>	<b>4.738,64 €</b>	
<b>zzgl. ZE 101.02:</b>	<b>86,80 €</b>	
<b>Gesamtfallerlös:</b>	<b>4.825,44 €</b>	

### 3.4 Verweildauer

#### Beispielhafte Erlösberechnung nach effektiven Belegungstagen

Im Fallpauschalenkatalog wird für jede DRG der erste Belegungstag angegeben, an 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.

DRG	Verbleibender Erlös bei:				
	1 Belegtag*	2 Belegtage	3 Belegtage	4 Belegtage	5 Belegtage
<b>F19B</b>	4.626,64 €	6.078,21 €	6.078,21 €	6.078,21 €	6.078,21 €
<b>F24A</b>	4.772,18 €	6.066,72 €	7.361,26 €	8.655,80 €	9.950,34 €
<b>F24B</b>	3.209,54 €	5.331,36 €	5.331,36 €	5.331,36 €	5.331,36 €
<b>F49C</b>	3.523,60 €	3.879,79 €	3.879,79 €	3.879,79 €	3.879,79 €
<b>F49G</b>	1.309,86 €	2.098,84 €	2.098,84 €	2.098,84 €	2.098,84 €
<b>F52B</b>	2.742,28 €	4.075,12 €	4.075,12 €	4.075,12 €	4.075,12 €
<b>F56A</b>	4.576,85 €	5.710,53 €	6.844,21 €	7.977,89 €	7.977,89 €
<b>F56B</b>	2.746,11 €	3.845,32 €	3.845,32 €	3.845,32 €	3.845,32 €
<b>F58A</b>	3.362,74 €	4.435,14 €	5.507,54 €	6.579,94 €	6.579,94 €
<b>F58B</b>	2.091,18 €	2.964,42 €	2.964,42 €	2.964,42 €	2.964,42 €
<b>F62C</b>	F49G	1.692,86 €	2.500,99 €	2.500,99 €	2.500,99 €

<sup>1</sup> Aufnahme- und Entlassungstag = 1 Belegungstag.

\* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €. ([weitere Infos](#)) \*\* vorläufiger tagesbez. Pflegeentgeltwert 163,09 €





Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## 3.5 Zusatzentgelte

### Auszug aus den Deutschen Kodierrichtlinien 2022

P003s Hinweise und formale Vereinbarungen für die Benutzung des OPS

#### Zusatzkodes

Der Operationen- und Prozedurenschlüssel sieht vor, weitere ergänzende Angaben zu einer Operation oder Maßnahme zusätzlich zu kodieren. Diese Zusatzkodes sind ergänzend zu verwenden, sofern die Information nicht schon im Kode selbst enthalten ist. Zusatzkodes sind sekundäre Codes und dürfen nicht selbständig, sondern nur zusätzlich zu einem primären Kode benutzt werden. Sie sind also nur in Kombination mit dem durchgeführten, inhaltlich leitenden Eingriff zulässig. Dabei kann der Primärkode auch durch zwei oder mehr Zusatzkodes ergänzt werden. Zusatzkodes sind durch die Verwendung von Begriffen wie „Zusatzkode“, „Zusatzkodierung“, „Zusatzinformation“ o.Ä. im Klassentitel oder im Hinweis zu erkennen.

#### Zusatzinformationen

Zusatzkodes können außer als Einzelkodes in Form von speziellen Bereichen (z.B. am Ende des Kapitels 5: Zusatzinformationen zu Operationen (5-93 bis 5-99)) vorhanden sein.

<b>Haupteingriff</b>	<b>8-837</b>	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
Ballon	<b>8-837.0*</b>	Ballon-Angioplastie
Stent	<b>8-837.m*</b>	Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents (Anzahl der Stents)
Stent	<b>8-83b.0*</b>	Art der verwendeten medikamente-freisetzenden Stents
Ballon	<b>8-83b.b*</b>	Art der verwendeten medikamente-freisetzenden Ballons

Prevail™ DCB Catheter



Vorwort

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Kodierung und Vergütung im aG-DRG-System 2022

Renale Denervierung

Koronare Interventionen

Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

Eine sorgfältige Kodierung ist entscheidend für die nachfolgende Gruppierung. Dies gilt insbesondere bei zusatzentgeltrelevanten 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 2022 definiert worden. Ein ZE wird zusätzlich zu einer DRG berechnet und ist Bestandteil des Erlösbudgets. Die Anlagen 2 bzw. 5 des Fallpauschalenkataloges 2022 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 2022			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		43,40 €
			8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie		86,80 €
		ZE101.02	8-837.m2	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 2 Stents in mehrere Koronararterien		
			8-837.m3	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 3 Stents in eine Koronararterie		130,20 €
		ZE101.03	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	
		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		217,00 €
			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		260,40 €
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		198,22 €
		ZE136.02	8-83b.b7	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen		585,62 €
		ZE136.03	8-83b.b8	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Drei medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen		973,02 €
		ZE136.04	8-83b.b9	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Vier und mehr medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen		1.360,42 €



Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## 4. RENALE DENERVIERUNG

### 4.1 Symplicity Spyrat™-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.

#### Umsetzung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) 2022 Vergütungsregelungen für Medizintechnologien im Krankenhaus

Nähere Informationen finden Sie unter:

<https://www.bvmed.de/>

Symplicity G3™ Generator



Vorwort

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Kodierung und Vergütung im aG-DRG-System 2022

Renale Denervierung

Koronare Interventionen

Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## 4.2 Kodierbeispiel

### RDN Standard

Kode	Text	
<b>Diagnose</b>		
I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	
<b>Prozeduren</b>		
8-83c.52	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention: <b>Renale Denervation</b> über die A. renalis: Durch nicht gekühlte Radiofrequenzablation	
DRG	Text	Relativgewicht
F19B	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC	1,587
<b>Erlös*</b>	<b>6.078,21 €</b>	
	<b>Pflege-Relativgewicht: 1,0544</b>	

<b>DRG-Erlös bei einer Verweildauer von:</b> 1 Belegungstag: 4.626,64 € , 2 Belegungstagen: 6.078,21 €
<b>Bewertung bei Belegabteilung:</b> Rel.gew. 1,309 ergibt 5.013,47 € bei einem fiktiven Bundesbasisfallwert von 3.830,00 €*. Der Belegarzt rechnet seine ärztliche Leistung nach dem EBM mit der KV ab.

### **Beispiel-Erlösberechnung RDN Standard DRG F19B**

Patientenindividuelle Verweildauer = 2<sup>1</sup>

**DRG-Erlös:** 6.078,21 € (Bew.Rel 1,587 x 3.830,00 €\*)  
**+ Pflegeerlös:** 343,92 € (Bew.Rel Pflege 1,0544 x 163,09 €\*\* x 2 Belegtage/Verweildauer)  
**Gesamtfallerlös:** 6.422,13 €

<sup>1</sup>Aufnahme- und Entlassungstag = 1 Belegungstag.  
 \*Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €.  
 (weitere Infos) \*\*vorläufiger tagesbez. Pflegeentgeltwert 163,09 €

 Weitere Infos siehe [Seite 6 ff.](#)

Symlicity Spyral™-System  
Multielektrodenkatheter für die Renale Denervierung



## 4.3 Abrechnungsmuster - Stationäre wahlärztliche Krankenhausleistungen

Nachfolgend werden mögliche Abrechnungspositionen beispielhaft skizziert.

Diagnose: Therapieresistente art. Hypertonie, Therapie: Renale Denervation (Syplicity)						
	GOÄ	Anzahl	Leistungsbezeichnung	Einfachsatz	STF	Betrag
Beratung, Untersuchungen, Berichte	1	1	Beratung	7,05 €	2,30	10,72 €
	3	1	Ausführliche Beratung	8,74 €	2,30	20,10 €
	5	1	Symptombez. Untersuchung	4,66 €	2,30	10,72 €
	7	1	Untersuchung	9,33 €	2,30	21,46 €
	8	1	Statuserhebung	15,15 €	2,30	34,85 €
	34	1	Ausführliche Beratung über Therapie	17,49 €	2,30	40,23 €
	45	1	Visite	4,08 €	2,30	9,38 €
	70A	1	OP-Bericht	2,33 €	2,30	5,36 €
	75	1	Bericht	7,58 €	2,30	17,43 €
Ablation	2800	1	Punktion Arteria femoralis	16,03 €	2,30	36,87 €
	5300	1	Angiographie (analog)	116,57 €	1,80	209,83 €
	A3091	1	Ablation - Nierenarterienablation re, sehr zeitaufwendig durch anatomische Verhältnisse	262,29 €	3,50	918,02 €
	A3091	1	Ablation - Nierenarterienablation li	262,29 €	2,30	603,27 €
	5301	1	weitere Serien	23,31 €	1,8	41,96 €
Zusatzleistungen	204	1	Kompressionsverband	5,54 €	2,30	12,74 €
	250	1	Blutentnahme*	2,33 €	1,80	4,19 €
	260	1	Legen eines Arterien-/Venenkatheters	11,66 €	2,30	26,82 €
	261	4	Einbringung von Arzneimittel in Katheter	1,75 €	2,30	16,10 €**
	270	1	Infusion mind. 30 min.	6,99 €	2,30	16,08 €
	274	1	Dauertropfinfusion	18,65 €	2,30	42,90 €
	401	1	Farbduplex	23,31 €	2,30	53,61 €
	410	1	Sonographie re Leiste	11,66 €	2,30	26,82 €
	452	1	i.V. Kurznarkose mehrmalige Verabreichung	11,07 €	2,30	25,46 €
	491	1	Lokalanästhesie	7,05 €	2,30	16,22 €
	602	1	Oxymetrische Untersuchung	8,86 €	1,80	15,95 €

\* die Laboruntersuchungen müssen vom entsprechenden liquidationsberechtigten Arzt abgerechnet werden

\*\* Anzahl je Medikamentengabe

**Anmerkung:** Bei den Abrechnungspositionen handelt es sich um ein Muster. Es können nur die Leistungen abgerechnet werden, die tatsächlich erbracht worden sind. Der jeweilige Steigerungsfaktor ist gemäß Aufwand zu wählen.



## 5. KORONARE INTERVENTIONEN

**KORONARE  
ANGIOGRAFIE**

**PTCA  
MIT DES**

**PTCA  
BEI INFARKT**

**PTCA  
MIT DCB**

**PTCA  
MIT BMS**

Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen



Vorwort

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Kodierung und Vergütung im aG-DRG-System 2022

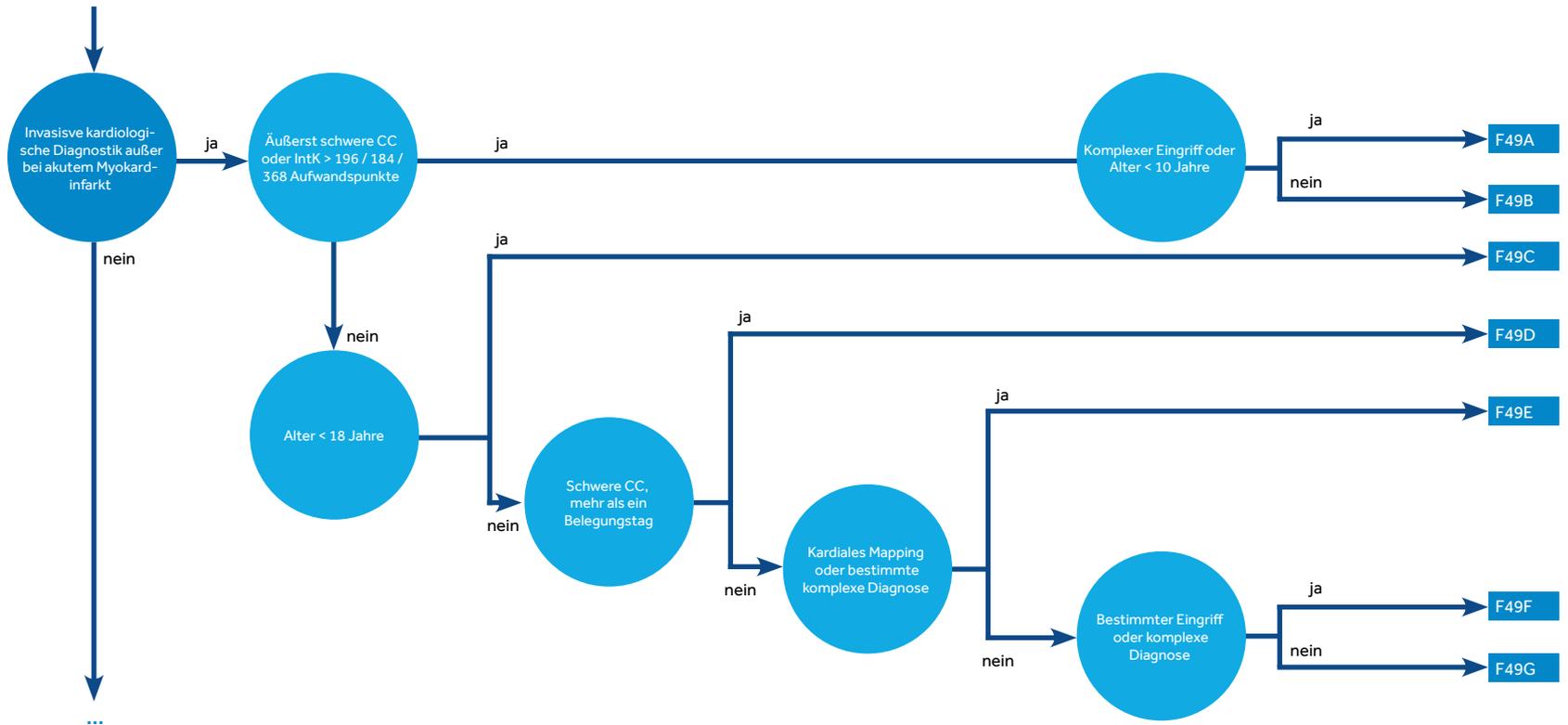
Renale Denervierung

Koronare Interventionen

Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an das Definitionshandbuch 2022 Band 1, © InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus | 2007-2022





Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

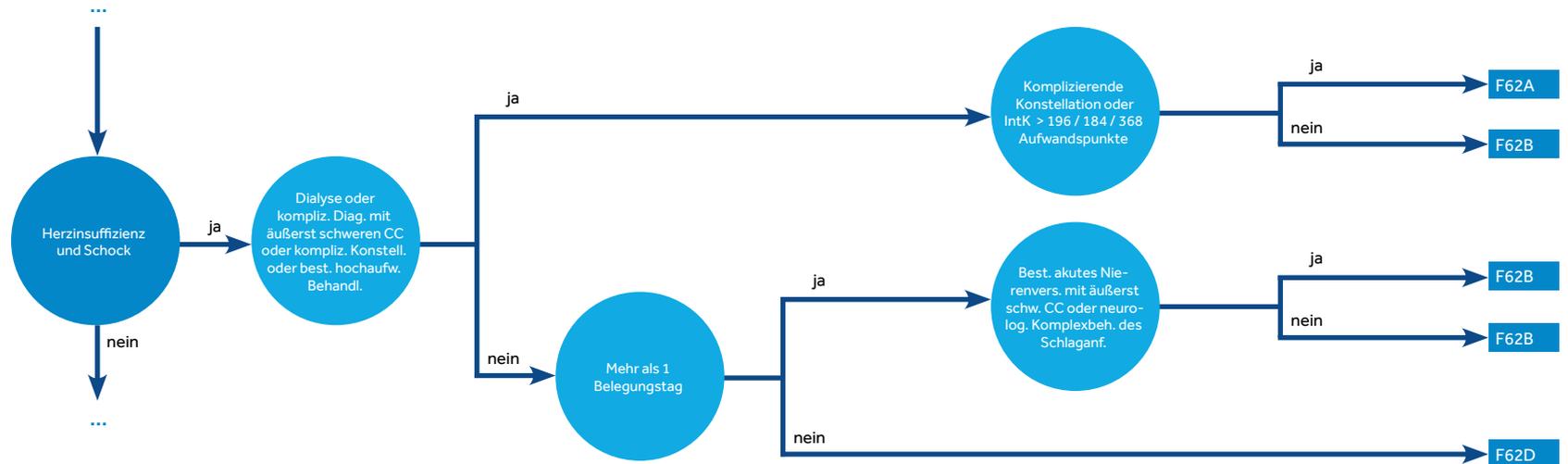
Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an das Definitionshandbuch 2022 Band 1, © InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus | 2007-2022



Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## 5.1 Koronare Angiografie

### Koronarangiographie bei Angina pectoris

Kode	Text	
<b>Diagnose</b>		
I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	
<b>Prozeduren</b>		
1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	
DRG	Text	Relativgewicht
F49G	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 komplexe Diagnose, ohne best. Eingriff	0,548
<b>Erlös*</b>	<b>2.098,84 €</b>	
 <b>Pflege-Relativgewicht: 0,7232</b>		

### Ventrikulographie bei Linksherzinsuffizienz

Kode	Text	
<b>Diagnose</b>		
I50.11	Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden	
<b>Prozeduren</b>		
1-276.21	Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Ventrikulographie: Linker Ventrikel	
DRG	Text	Relativgewicht
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äuß. schw. CC od. ohne Dialyse, ohne kompliz. Diagnose, ohne kompliz. Konst., ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 Belegungstag, ohne best. akut. Nierenvers. od. ohne äuß. schw. CC. ohne Komplexbeh. des akut. Schlaganf.	0,653
<b>Erlös*</b>	<b>2.500,99 €</b>	
 <b>Pflege-Relativgewicht: 0,7691</b>		

\* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €. ([weitere Infos](#))

 Weitere Infos siehe [Seite 6 ff.](#) 



Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## Rechtsherzkatheteruntersuchung bei angeborenem Ventrikelseptumdefekt, Alter unter 18 Jahre

Kode	Text	
<b>Diagnose</b>		
Q21.0	Ventrikelseptumdefekt	
<b>Prozeduren</b>		
1-273.1	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie	
DRG	Text	Relativgewicht
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre	1,013
<b>Erlös*</b>		<b>3.879,79 €</b>
 <b>Pflege-Relativgewicht: 1,7682</b>		

\* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €. ([weitere Infos](#))



Weitere Infos siehe [Seite 6 ff.](#)



Vorwort

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Kodierung und Vergütung im aG-DRG-System 2022

Renale Denervierung

Koronare Interventionen

Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## 5.2 Koronare Gefäßinterventionen

### 5.2.1 Drug Eluting Stent (DES)

#### PTCA bei Angina Pectoris oder Atherosklerotischer Herzkrankheit

##### 1 DES

Kode	Text	
<b>Diagnose</b>		
I20.0	Instabile Angina pectoris	
<b>Prozeduren</b>		
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 medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	
8-83b.00	ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. Resolute Onyx	
DRG	Text	Relativgewicht
F58B	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC	0,774
DRG-Erlös*		2.964,42 €
ZE 101.01		43,40 €
<b>Erlös</b>		<b>3.007,82 €</b>
<b>Pflege-Relativgewicht: 0,8283</b>		

Bei einem PCCL >3 erfolgt die Groupierung in die DRG F58A.

##### 2 DES

Kode	Text	
<b>Diagnose</b>		
I20.0	Instabile Angina pectoris	
<b>Prozeduren</b>		
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 medikamentenfreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	
8-83b.00	ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. Resolute Onyx	
DRG	Text	Relativgewicht
F58B	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC	0,774
DRG-Erlös*		2.964,42 €
ZE 101.02		86,80 €
<b>Erlös</b>		<b>3.051,22 €</b>
<b>Pflege-Relativgewicht: 0,8283</b>		

Bei einem PCCL >3 erfolgt die Groupierung in die DRG F58A.

\* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €. (weitere Infos)



Weitere Infos siehe [Seite 6 ff.](#)



Vorwort

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Kodierung und Vergütung im aG-DRG-System 2022

Renale Denervierung

Koronare Interventionen

Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## 3 DES

Kode	Text	
<b>Diagnose</b>		
I20.0	Instabile Angina pectoris	
<b>Prozeduren</b>		
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	1,004
DRG-Erlös*		3.845,32 €
ZE 101.03		130,20 €
<b>Erlös</b>		<b>3.975,52 €</b>
 <b>Pflege-Relativgewicht: 0,8319</b>		

Bei einem PCCL >3 erfolgt die Groupierung in die DRG F56A.

## 1 DES und Thrombektomie

Kode	Text	
<b>Diagnose</b>		
I20.0	Instabile Angina pectoris	
<b>Prozeduren</b>		
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	
DRG	Text	Relativgewicht
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention	1,064
DRG-Erlös*		4.075,12 €
ZE 101.01		43,40 €
<b>Erlös</b>		<b>4.118,52 €</b>
 <b>Pflege-Relativgewicht: 1,0171</b>		

Bei einem PCCL >3 erfolgt die Groupierung in die DRG F58A.

\* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €. ([weitere Infos](#))

 Weitere Infos siehe [Seite 6 ff.](#) 



Vorwort

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Kodierung und Vergütung im aG-DRG-System 2022

Renale Denervierung

Koronare Interventionen

Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## 2 DES und Thrombektomie

Kode	Text	
<b>Diagnose</b>		
I20.0	Instabile Angina pectoris	
<b>Prozeduren</b>		
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	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	1,064
DRG-Erlös*		4.075,12 €
ZE 101.02		86,80 €
<b>Erlös</b>		<b>4.161,92 €</b>
<b>! Pflege-Relativgewicht: 1,0171</b>		

Bei einem PCCL >3 erfolgt die Groupierung in die DRG F58A.

\* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €. (weitere Infos)



Weitere Infos siehe [Seite 6 ff.](#)

Resolute Onyx™ - medikamentenfreisetzungsfähiger Stent (DES)



Vorwort

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Kodierung und Vergütung im aG-DRG-System 2022

Renale Denervierung

Koronare Interventionen

Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## PTCA bei Infarkt

### 1 DES

Kode	Text	
<b>Diagnose</b>		
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	
<b>Prozeduren</b>		
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 medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	
8-83b.00	ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende 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	1,064
DRG-Erlös*		4.075,12 €
ZE 101.01		43,40 €
<b>Erlös</b>		<b>4.118,52 €</b>
 <b>Pflege-Relativgewicht: 1,0171</b>		

Bei einem PCCL >3 erfolgt die Groupierung in die DRG F58A RG.

### 2 DES

Kode	Text	
<b>Diagnose</b>		
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	
<b>Prozeduren</b>		
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 medikamentenfreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	
8-83b.00	ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende 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	1,064
DRG-Erlös*		4.075,12 €
ZE 101.02		86,80 €
<b>Erlös</b>		<b>4.161,92 €</b>
 <b>Pflege-Relativgewicht: 1,0171</b>		

Bei einem PCCL >3 erfolgt die Groupierung in die DRG F58A.

\* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €. ([weitere Infos](#))

 Weitere Infos siehe [Seite 6 ff.](#) 



Vorwort

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Kodierung und Vergütung im aG-DRG-System 2022

Renale Denervierung

Koronare Interventionen

Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## 3 DES

Kode	Text	
<b>Diagnose</b>		
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	
<b>Prozeduren</b>		
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 medikamentenfreisetzenden Stents: 3 Stents in eine Koronararterie	
8-83b.00	ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende 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	1,392
DRG-Erlös*		5.331,36 €
ZE 101.03		130,20 €
<b>Erlös</b>		<b>5.461,56 €</b>
<b>! Pflege-Relativgewicht: 1,0466</b>		

Bei einem PCCL >3 erfolgt die Groupierung in die DRG F58A oder F24A.

## 1 DES + Thrombektomie

Kode	Text	
<b>Diagnose</b>		
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	
<b>Prozeduren</b>		
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 medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	
8-83b.00	ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende 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	1,064
DRG-Erlös*		4.075,12 €
ZE 101.01		43,40 €
<b>Erlös</b>		<b>4.118,52 €</b>
<b>! Pflege-Relativgewicht: 1,0171</b>		

Bei einem PCCL >3 erfolgt die Groupierung in die DRG F58A.

\* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €. (weitere Infos)



Weitere Infos siehe [Seite 6 ff.](#)





Vorwort

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Kodierung und Vergütung im aG-DRG-System 2022

Renale Denervierung

Koronare Interventionen

Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## 2 DES + Thrombektomie

Kode	Text	
<b>Diagnose</b>		
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	
<b>Prozeduren</b>		
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 medikamentenfreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	
8-83b.00	ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende 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	1,064
DRG-Erlös*		4.075,12 €
ZE 101.02		86,80 €
<b>Erlös</b>		<b>4.161,92 €</b>
<b>! Pflege-Relativgewicht: 1,0171</b>		

Bei einem PCCL >3 erfolgt die Groupierung in die DRG F58A.

\* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €. (weitere Infos)



Weitere Infos siehe [Seite 6 ff.](#)

Export Advance™ - Thrombenaspirationskatheter



Vorwort

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Kodierung und Vergütung im aG-DRG-System 2022

Renale Denervierung

Koronare Interventionen

Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## 5.2.2 Drug Coated Balloons (DCB)

### PTCA bei Angina Pectoris oder Atherosklerotischer Herzkrankheit

#### 1 DCB

Kode	Text	
<b>Diagnose</b>		
I20.0	Instabile Angina pectoris	
<b>Prozeduren</b>		
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
F58B	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC	0,774
DRG-Erlös*		2.964,42 €
ZE 136.01		198,22 €
<b>Erlös</b>		<b>3.162,64 €</b>
 <b>Pflege-Relativgewicht: 0,8283</b>		

#### 2 DCB

Kode	Text	
<b>Diagnose</b>		
I20.0	Instabile Angina pectoris	
<b>Prozeduren</b>		
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
F58B	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC	0,774
DRG-Erlös*		2.964,42 €
ZE 136.02		585,62 €
<b>Erlös</b>		<b>3.550,04 €</b>
 <b>Pflege-Relativgewicht: 0,8283</b>		

\* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €. (weitere Infos)

 Weitere Infos siehe [Seite 6 ff.](#) 



Vorwort

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Kodierung und Vergütung im aG-DRG-System 2022

Renale Denervierung

Koronare Interventionen

Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## 3 DCB

Kode	Text	
<b>Diagnose</b>		
I20.0	Instabile Angina pectoris	
<b>Prozeduren</b>		
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 oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC	0,774
DRG-Erlös*		2.964,42 €
ZE 136.03		973,02 €
<b>Erlös</b>		<b>3.937,44 €</b>
<b>! Pflege-Relativgewicht: 0,8283</b>		

Prevail™ DCB Catheter



\* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €. ([weitere Infos](#))



Vorwort

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Kodierung und Vergütung im aG-DRG-System 2022

Renale Denervierung

Koronare Interventionen

Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## 5.2.3 Bare Metal Stent (BMS)

### PTCA bei Angina Pectoris oder Atherosklerotischer Herzkrankheit

#### BMS + Thrombektomie in einer Koronararterie\*

Kode	Text	
<b>Diagnose</b>		
I20.0	Instabile Angina pectoris	
<b>Prozeduren</b>		
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	1,064
<b>Erlös*</b>		<b>4.075,12 €</b>
 <b>Pflege-Relativgewicht: 1,0171</b>		

\* Anzahl Koronararterien ist nicht gruppierungsrelevant

\* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €. (weitere Infos)

 Weitere Infos siehe [Seite 6 ff.](#)

Integrity - Bare Metal Stent





Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## PTCA bei Infarkt

### BMS in einer Koronararterie\*

Kode	Text	Relativgewicht
<b>Diagnose</b>		
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	
<b>Prozeduren</b>		
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	
<b>DRG</b>	<b>Text</b>	<b>Relativgewicht</b>
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention	1,064
<b>Erlös*</b>		<b>4.075,12 €</b>
<b>! Pflege-Relativgewicht: 1,0171</b>		

\* Anzahl Koronararterien ist nicht gruppierungsrelevant

\* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2022 von 3.830,00 €. (weitere Infos)



Weitere Infos siehe [Seite 6 ff.](#)



## 6. AMBULANTE ABRECHNUNGSMÖGLICHKEITEN BEI GESETZLICH UND PRIVAT VERSICHERTEN PATIENTEN

**ZULASSUNGEN**  
AMBULANTER  
LEISTUNGS  
ERBRINGER

**GESETZLICHE  
GRUNDLAGEN**  
UND ABRECHENBARE  
EINGRIFFE IN DER  
GKV

**SACHKOSTEN**  
ABRECHNUNG

**ABRECHNUNGS  
BEISPIELE**  
GKV

**ABRECHNUNGS  
BEISPIELE**  
GOÄ

Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen



Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## 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.

## 6.1 Zulassungen ambulanter Leistungserbringer

### 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](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.





Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

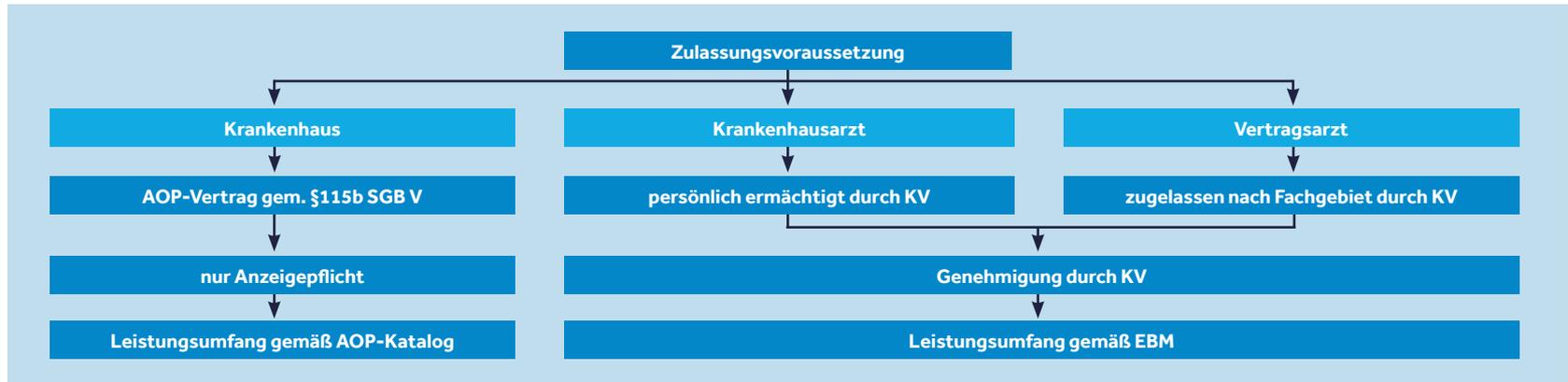
Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## 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.

\* 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.





Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## 6.2 Gesetzliche Grundlagen

### Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V

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

Einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und stationsersetzender 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 01.01.2022\*\* überarbeitet worden. Im EBM 2022 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 stationsersetzender Eingriffe gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus“, Stand 01.01.2022, sind die Operationen aufgeführt, die vom Krankenhaus abgerechnet werden können:

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



Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungs-  
möglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## AOP Vertrag nach § 115b

Im EBM 2022 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 stationersetzender 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 stationersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V außerhalb Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM.

OPS 2022	OPS-Bezeichnung 2022	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.





Vorwort

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Kodierung und Vergütung im aG-DRG-System 2022

Renale Denervierung

Koronare Interventionen

Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## EBM Abrechnungspositionen

<b>34 291</b>	<b>Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie</b>	<div style="border: 1px solid orange; padding: 5px;">                     Nur die EBM Position 34291 ist im Anhang 2 des EBM Katalogs aufgeführt und somit im Rahmen des § 115b amb. OP abrechenbar.                 </div>	
<b>Obligater Leistungsinhalt</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie,</li> <li>– Begleitleistungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Leistungserbringung stehen,</li> <li>– Kontrastmitteleinbringung(en)</li> </ul>			
<b>Fakultativer Leistungsinhalt</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Selektive Darstellung auch bei Patienten mit einem oder mehreren Bypässen und/oder bei Patienten mit Herzvitium,</li> <li>– Angiokardiographie (Nr. 34 290),</li> <li>– Gerinnungsuntersuchung(en) (z.B. aktivierte Gerinnungszeit)</li> <li>– Qualitätssicherung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) für das Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie,</li> <li>– Aufklärungsgespräch gemäß DeQS-RL,</li> </ul>			
<b>47 Min.</b>		<b>Wert</b>	<b>Punkte*</b>
einmal im Behandlungsfall		357,70 €	3175
<b>Anmerkung</b>			
<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>			
<b>Kommentar</b>			
<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"> <li>– Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Kardiologie</li> <li>– dreijährige kontinuierliche ganztägige Tätigkeit in der invasiven Kardiologie unter Anleitung</li> <li>– 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</li> <li>– selbstständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 300 therapeutischen Katheterinterventionen an Koronararterien unter Anleitung innerhalb der letzten drei Jahre vor Antragstellung.</li> </ul>			





Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

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 01.01.2022 11,2662 Cent

\*\* Gebührenordnung für Ärzte: Abrechnungsgrundlage bei privat versicherten Patienten.





Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

34 292	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34 291 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (z.B. PTCA, Stent)	
62 Min.	Wert	Punkte*
einmal im Behandlungsfall	428,00 €	3799
<b>Anmerkung</b>		
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.		
<b>Kommentar</b>		
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"> <li>– mindestens eine medizinische Fachkraft im Katheterraum und ein weiterer approbierter Arzt zur unmittelbaren Hilfestellung im jeweiligen Herzkatheterlabor anwesend sind,</li> <li>– 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</li> <li>– bindende schriftliche Absprachen mit der stationären Einrichtung zur Übernahme dieser Patienten bestehen,</li> <li>– Räumlichkeiten für die Nachbetreuung der Patienten zur Verfügung stehen,</li> <li>– 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,</li> <li>– während der Nachbetreuung des Patienten mindestens eine medizinische Fachkraft und ein approbierter Arzt zur unmittelbaren Hilfe zur Verfügung stehen,</li> <li>– bei Komplikationen und Zwischenfällen während der Nachbetreuung ein in der invasiven Kardiologie qualifizierter Arzt innerhalb von höchstens 30 Minuten zur Verfügung stehen kann,</li> <li>– der Patient mindestens bis zum nächsten Tag und in der Regel 24 Stunden nachbetreut wird.</li> </ul>		
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 01.01.2022 11,2662 Cent

\*\* Gebührenordnung für Ärzte: Abrechnungsgrundlage bei privat versicherten Patienten.





Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## 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).

<b>40 300</b>	<b>Kostenpauschale für die Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34 291</b>	<b>181,50 €</b>
---------------	---	-----------------

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.

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

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.

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

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.





Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

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.





Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## Leistungsbezogene Zusatzpauschalen bei Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen

<b>01 520</b>	<b>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</b>	
<b>Obligater Leistungsinhalt</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Im unmittelbaren Anschluss an eine diagnostische Herzkatheteruntersuchung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34 291</li> <li>- Dauer mehr als 4 Stunden</li> </ul>		
	<b>Wert</b>	<b>Punkte*</b>
einmal im Behandlungsfall	98,92 €	878
<b>Anmerkung</b>		
<p>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.</p> <p>Die Gebührenordnungsposition 01 520 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13 310 und 13 311 berechnungsfähig.</p>		
<b>Kommentar</b>		
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>		

\* Der Punktwert beträgt ab 01.01.2022 11,2662 Cent





Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungs-  
möglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

<b>01 521</b>	<b>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</b>		
<b>Obligater Leistungsinhalt</b>			
- Im unmittelbaren Anschluss an eine therapeutische Herzkatheteruntersuchung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34 292 - Dauer mehr als 12 Stunden			
		<b>Wert</b>	<b>Punkte*</b>
einmal im Behandlungsfall		171,36 €	1521
<b>Anmerkung</b>			
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.			
<b>Kommentar</b>			
S. Kommentar zur Nr. 01 520			

\* Der Punktwert beträgt ab 01.01.2022 11,2662 Cent

## Sonstige Abrechnungspositionen für Beratungs- und Untersuchungsleistungen

<b>Grundpauschale für den Vertragsarzt Innere Medizin</b>		<b>Wert</b>	<b>Punkte*</b>
13 540	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	17,35 €	154
13 541	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	24,22 €	215
13 542	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	25,12 €	223
<b>Grundpauschale für den Krankenhausarzt</b>		<b>Wert</b>	<b>Punkte</b>
01 321	Grundpauschale für Ärzte, Institute und Krankenhäuser	17,91 €	159
<b>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.)</b>			
01436	Konsultationspauschale	2,03 €	18
01 600	Ärztlicher Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung	6,20 €	55

\* Der Punktwert beträgt ab 01.01.2022 11,2662 Cent





Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

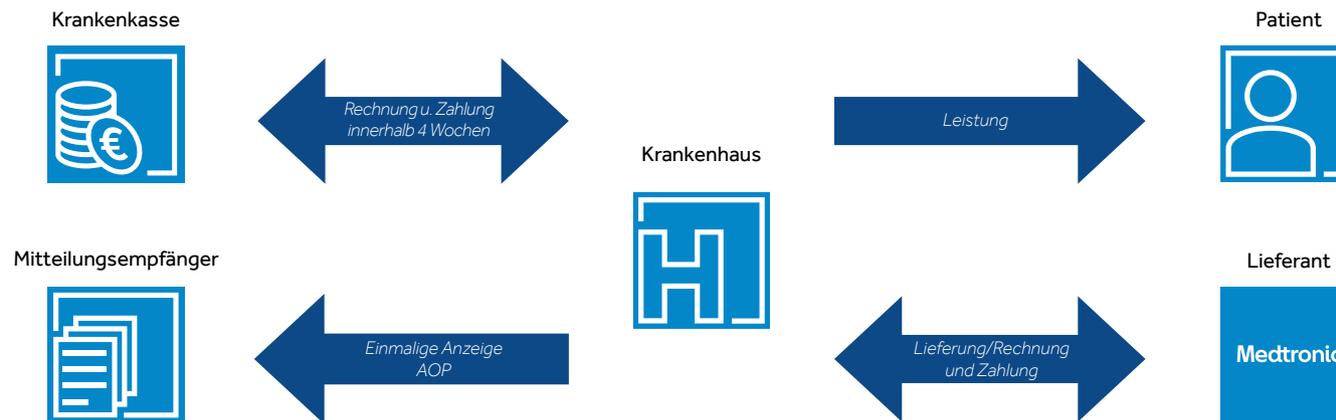
## 6.3 Sachkostenabrechnung

### 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





Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungs-  
möglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## Auszug AOP-Vetrag

### § 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,





Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

- 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.



Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungs-  
möglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## Anlage 1: Übersicht wichtige Prozedurenkodes 2022

### 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	<b>medikamentenfreisetzende Ballons (DEB)</b>
	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*	<b>Einlegen eines nicht-medikamentenfreisetzenden Stents (BMS)</b>
8-837.k0	Ein Stent in eine Koronararterie





Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

8-837.k1	Mindestens zwei Stents in eine Koronararterie
8-837.k2	Mindestens zwei Stents in mehrere Koronararterien
8-837.kx	Sonstige
<b>8-837.m* + Zusatzkode DES</b>	<b>Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents (DES) mit Zotarolimus + Polymer (Kode 8-83b.00)</b>
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
<b>8-837.t</b>	<b>Thrombektomie aus Koronargefäßen</b>





Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## Anlage 2: Abrechnungsbeispiele Koronarangiographie bei gesetzlich versicherten Patienten im Krankenhaus

Koronarangiographie mit Stent (DES/BMS)			
EBM Ziffer	Bezeichnung	Alternativ	
01321	Grundpauschale - Ermächtigter Arzt		17,91 €
34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie		357,70 €
34292	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34 291 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (z.B. PTCA, Stent)		428,00 €
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		98,92 €
01521	mehr als 12 Stunden	171,36 €	
	<b>Summe</b>		<b>2.142,43 €</b>
	7% Sachkostenpauschale (auf 116,83 €, Ziffer 01321 und 01520)		8,18 €
	<b>Summe</b>		<b>2.150,61 €</b>

*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 40110 ff. berechnet werden.

40 110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen	0,81 €
--------	---	--------



Vorwort

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Kodierung und Vergütung im aG-DRG-System 2022

Renale Denervierung

Koronare Interventionen

Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## Anlage 3: Abrechnungsbeispiele Koronarangiographie bei privat versicherten Patienten

Bei ambulanter Durchführung sind Materialien, wie z.B. der Ballon Katheter, Stents, sowie alle Verbrauchsmaterialien über € 1,50 gemäß §10 GOÄ zusätzlich berechenbar. Nachfolgend werden mögliche Abrechnungspositionen beispielhaft skizziert.

Diagnose: Therapieresistente art. Hypertonie, Therapie: Renale Denervierung (Simplicity)						
	GOÄ	Anzahl	Leistungsbezeichnung	Einfachsatz	STF	Betrag
Beratung, Untersuchungen, Berichte	1	1	Beratung	7,05 €	2,30	10,72 €
	3	1	Ausführliche Beratung	8,74 €	2,30	20,10 €
	5	1	Symptombez. Untersuchung	4,66 €	2,30	10,72 €
	7	1	Untersuchung	9,33 €	2,30	21,46 €
	8	1	Statuserhebung	15,15 €	2,30	34,85 €
	34	1	Ausführliche Beratung über Therapie	17,49 €	2,30	40,23 €
	45	1	Visite	4,08 €	2,30	9,38 €
	70A	1	OP-Bericht	2,33 €	2,30	5,36 €
	75	1	Bericht	7,58 €	2,30	17,43 €
Koronarangiographie	2800	1	Punktion Arteria femoralis	16,03 €	2,30	36,87 €
	5348	1	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Koronararterien – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –	221,49 €	1,80	398,69 €
	5349	1	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5348 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als einer Koronararterie, insgesamt	58,29 €	1,80	104,92 €
	5356	1	Einbringung von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden (Athektomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminalen Dilatation einer Koronararterie – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –	145,72 €	1,80	262,29 €
Zusatzleistungen	204	1	Kompressionsverband	5,54 €	2,30	12,74 €
	250	1	Blutentnahme*	2,33 €	1,80	4,19 €
	260	1	Legen eines Arterien-/Venenkatheters	11,66 €	2,30	26,82 €
	261	4	Einbringung von Arzneimittel in Katheter	1,75 €	2,30	16,10 €**
	270	1	Infusion mind. 30 min.	6,99 €	2,30	16,08 €
	274	1	Dauertropfinfusion	18,65 €	2,30	42,90 €
	401	1	Farbduplex	23,31 €	2,30	53,61 €
	410	1	Sonographie re Leiste	11,66 €	2,30	26,82 €
	452	1	i.V. Kurznarkose mehrmalige Verabreichung	11,07 €	2,30	25,46 €
	491	1	Lokalanästhesie	7,05 €	2,30	16,22 €
	602	1	Oxymetrische Untersuchung	8,86 €	1,80	15,95 €

\* die Laboruntersuchungen müssen vom entsprechenden liquidationsberechtigten Arzt abgerechnet werden

\*\* Anzahl je Medikamentengabe

**Anmerkung:** Bei den Abrechnungspositionen handelt es sich um ein Muster. Es können nur die Leistungen abgerechnet werden, die tatsächlich erbracht worden sind. Der jeweilige Steigerungsfaktor ist gemäß Aufwand zu wählen.



Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## 7. WICHTIGE LINKS

### **Kostenfreier Online Grouper für eine individuelle Gruppierungssimulation:**

[https://www.drg-research-group.de/index.php?option=com\\_webgrouper&view=webgrouper&Itemid=112](https://www.drg-research-group.de/index.php?option=com_webgrouper&view=webgrouper&Itemid=112)

### **Hinweise zum DRG-System 2022 auf der Website des InEK**

[https://www.g-drg.de/aG-DRG-System\\_2022](https://www.g-drg.de/aG-DRG-System_2022)

### **Kodierkataloge auf der Website des BfArM**

[https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/_node.html)

### **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](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](http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/verhandlungen/drg/index_06606.html)



Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## 8. ABKÜRZUNGEN

<b>aG-DRG</b>	German Diagnosis Related Groups (nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)
<b>Bew.rel.</b>	Bewertungsrelation
<b>BfArM</b>	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
<b>BMS</b>	Bare Metal Stent
<b>CC</b>	Komplikationen und/oder Komorbiditäten
<b>DCB</b>	Drug Coated Balloon
<b>DRG</b>	Diagnosis Related Group
<b>EBM</b>	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
<b>FDA</b>	Fixkostendegressionsabschlag
<b>G-DRG</b>	German Diagnosis Related Group
<b>GOÄ</b>	Gebührenordnung für Ärzte
<b>HLM</b>	Herz-Lungen-Maschine
<b>ICD</b>	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
<b>InEK</b>	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
<b>KHEntgG</b>	Krankenhausentgeltgesetz





Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungsmöglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

<b>KHG</b>	Krankenhausfinanzierungsgesetz
<b>KHSG</b>	Krankenhausstrukturgesetz
<b>n. n. bez.</b>	nicht näher bezeichnet
<b>NUB</b>	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
<b>OGVD</b>	obere Grenzverweildauer
<b>OPS</b>	Operationen- und Prozeduren Schlüssel
<b>Partition „O“</b>	operative Fallpauschalen
<b>pAVK</b>	periphere arterielle Verschlusskrankheit
<b>PTA</b>	Perkutane transluminale Angioplastie
<b>STF</b>	Steigerungsfaktor
<b>UGVD</b>	untere Grenzverweildauer
<b>ZE</b>	Zusatzentgelt



Vorwort

Worauf es in  
diesem Jahr  
ankommt

Unser  
Reimbursement  
Leistungsangebot

Kodierung und  
Vergütung im  
aG-DRG-System  
2022

Renale  
Denervierung

Koronare  
Interventionen

Ambulante  
Abrechnungs-  
möglichkeiten

Wichtige Links

Abkürzungen

## 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](mailto:rs.dusreimbursement@medtronic.com)

[www.medtronic-reimbursement.de](http://www.medtronic-reimbursement.de)

UC202214991 DE © Medtronic GmbH  
All Rights Reserved.  
Printed in Germany. 03/2022

### 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.