



HEALTH ECONOMICS & REIMBURSEMENT

2024

KODIERHILFE
GEFÄSSINTERVENTIONEN – PTA

8. AUFLAGE

UNSERE MISSION

Leben Sie nicht einfach nur länger, sondern besser

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

UNSER ANLIEGEN

Wir möchten Sie bei Ihrer täglichen Arbeit unterstützen

„Die Abteilung Health Economics und Reimbursement (HE&R) arbeitet jeden Tag daran, den Zugang der Patient:innen zu lebensverbessernden Abbott-Technologien zu gewährleisten und als Teil eines weltweit führenden Unternehmens den Mehrwert für die Patient:innen zu erhöhen und eine Kostenerstattung zu erreichen.“



INHALT

Allgemeine Veränderung für das aG-DRG-System 2024	5
Krankenhaustransparenzgesetz und Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz	5
Take Home Messages I	8
Ambulantisierung	8
Sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRGs)	11
Take Home Messages II	15
Spezielle Änderungen für die periphere Gefäßmedizin	16
Kodierung peripherer Gefäßinterventionen bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit	18
Hauptdiagnosekodierung	18
Nebendiagnosekodierung	19
Prozedurenkodierung	20
DRG-Gruppierung peripherer Interventionen (PTA und Stentimplantation)	24
Medikamentenfreisetzende Ballons	28
Großlumiger Gefäßverschlusskörper	29
aG-DRG-Gruppierung sonstiger interventioneller Verfahren	35
Atherektomie unter Embolieprotektion	38
Hydrodynamisches Thrombektomiesystem	39
Venous Stenting	40
ANHANG	
Wichtige aG-DRG-Pauschalen 2024 für Gefäßinterventionen bei pAVK	43
Glossar / Abkürzungen	47
Quellen	49
Das könnte Sie auch interessieren	50
Wir für Sie	51

ALLGEMEINE VERÄNDERUNG FÜR DAS AG-DRG-SYSTEM 2024

Die Regeln für die Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen sind jährlichen Änderungen unterworfen. Auch für das Jahr 2024 finden sich wieder Anpassungen der Klassifikationssysteme ICD und OPS sowie Überarbeitungen der DRG-Systematik.

Zusätzlich zu den spezifischen Änderungen in den Klassifikationssystemen und den Veränderungen in den DRG-Algorithmen kommen für das Jahr 2024 noch vielfältige zusätzliche Herausforderungen für die Krankenhäuser zum Tragen. Weiterhin gilt die vom MDK-Reformgesetz geregelte Dynamisierung von Prüfquoten und ggf. resultierenden Strafzahlungen, welche zusätzlich Druck auf die Kodierung und die Leistungserbringung aufbauen. Zudem werfen das Krankenhaustransparenzgesetz sowie das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz ihre Schatten voraus.

Alle zu erwartenden Änderungen darzustellen, würde den Rahmen dieser Zusammenstellung sprengen, sodass im Folgenden nur eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte erfolgen soll. Insbesondere ist zu beachten, dass die gesetzlichen Grundlagen zum Jahreswechsel 2023/24 noch nicht oder nur unvollständig Rechtskraft erlangt haben und sich im Wesentlichen noch in unterschiedlichen Phasen von Entwurf und Beratung befinden.

Krankenhaustransparenzgesetz und Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

Derzeit liegt ein erster Entwurf des Bundesgesundheitsministeriums für ein Gesetz zur Krankenhausreform „Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz“ (KHVVG) vor. Der Entwurf skizziert die möglichen Änderungen im Rahmen der Krankenhausreform.

Die Reformpläne sehen bundeseinheitliche Mindestanforderungen vor, die Krankenhäuser erfüllen müssen, um einen Versorgungsauftrag zu erhalten. Die Vergütung soll sich nach Leistungsgruppen richten, die von den Planungsbehörden der Länder zugewiesen werden. Diese Gruppen ersetzen die bisherige Fachabteilungsstruktur und sollen eine präzisere Krankenhausplanung ermöglichen. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) legt die Leistungsgruppen und Qualitätskriterien in vier Bereichen fest:

1. Erbringung verwandter LG (am Standort oder in Kooperation), 2. Vorhaltung Geräte, 3. Fachärztliche Qualifikation, 4. Fachärztliche Verfügbarkeit.

Medizinische Dienste sollen die Einhaltung der Qualitätskriterien prüfen und die Zertifizierung durch den Medizinischen Dienst gilt in der Regel zwei Jahre.

Dabei ist zu beachten, dass insbesondere die personellen Anforderungen an die Zuteilung von Leistungsgruppen nicht unerheblich und von vielen Kliniken, welche seit langen Jahren an der Leistungserbringung im entsprechenden Fach beteiligt sind, nicht oder doch zumindest nicht konstant erfüllt werden können. Damit wären diese Kliniken zukünftig von der Leistungserbringung ausgeschlossen.

Auch wenn für die bundesweiten Leistungsgruppen aktuell noch keine Definitionen vorliegen, so ist davon auszugehen, dass eine enge Orientierung an den aus NRW bekannten Vorgaben zumindest in der Anfangsphase der Umsetzung existieren wird. Für die interventionellen Verfahren an den peripheren Gefäßen existieren derzeit keine NRW-Leistungsgruppen. Lediglich Interventionen an der Carotis sind über OPS-Kodes auch aus dem Kapitel 8 definiert, die Leistungsgruppe „Komplexe periphere arterielle Gefäße“ beinhaltet ausschließlich offen chirurgische Eingriffe. Überall dort, wo angiologische Eingriffe an den Fachabteilungen „Kardiologie“ oder „Gefäßchirurgie“ angesiedelt sind, werden aber auch Kollateraleffekte zu erwarten sein, wenn die für diese Fächer auch außerhalb der reinen Angiologie Kriterien der jeweiligen Leistungsgruppen nicht erfüllt werden und Leistungen nicht mehr angeboten werden können.

Eine weitere Säule der Krankenhausreform stellt die sogenannte Vorhaltevergütung dar. Die Vorhaltevergütung, eine neue Finanzierungssäule, wird ab 2027 allmählich im Rahmen einer Konvergenzphase budgetwirksam und soll bis zu 60 Prozent der Vergütung ausmachen. Dabei liegt der Planung der Gedanke zugrunde, dass eine reine Vergütung nach der behandelten Fallzahl einen Fehlanreiz zur Leistungssteigerung im Krankenhaus setze, in Kliniken demzufolge also Patienten ohne medizinischen Grund oder doch zumindest mit fraglicher Indikation stationären Behandlungen zugeführt würden. Inwieweit dieser Vorwurf einer Prüfung tatsächlicher Vorgehensweisen von Krankenhäusern standhielte, bleibt dabei offen.

Diesem Gedanken folgend sollen nun zukünftig erhebliche Anteile der Vergütung nicht mehr anhand behandelter Fälle im Rahmen der DRG-Systematik und -Abrech-

nung realisiert, sondern anhand der an der Klinik vorgehaltenen Leistungsgruppen zugewiesen werden. Der exakte Mechanismus ist komplex und derzeit auch noch nicht abschließend definiert. Die Kalkulation der Vorhaltekosten obliegt einmal mehr dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Die auszugliedernden Vorhaltekosten sind nach aktuellem Stand vorab um die variablen Sachkosten zu vermindern, wobei hier insbesondere Sachkosten-lastige Leistungen betroffen sein werden. Die Änderungen sollen erstmals bei der Fallpauschalenvereinbarung für das Jahr 2025 berücksichtigt werden, sodass auch dann erstmalig Vorhaltebewertungsrelationen im Entgeltkatalog für das Jahr 2025 auszuweisen sind.

Die Änderungen sollen erstmals bei der Fallpauschalenvereinbarung für das Jahr 2025 berücksichtigt werden, sodass auch dann erstmalig Vorhaltebewertungsrelationen im Entgeltkatalog für das Jahr 2025 auszuweisen sind.

Explizit ist darauf hinzuweisen, dass die nicht über die Vorhaltevergütung finanzierten ca. 40 % der Erlöse weiterhin über die bekannten Algorithmen und Regelungen des DRG-Systems vergütet werden. Damit bleiben Dokumentation, Kodierung und stationäre Fallabrechnung auch künftig von hoher Bedeutung für den Klinik-Erlös. Es ist davon auszugehen, dass die geplanten Änderungen den bisher bekannten Herausforderungen der stationären Abrechnung neue und zusätzliche Anforderungen zur Seite stellen werden, ohne dass aus der bisherigen Diskussion mit Krankenkassen und MDs um die korrekte Abrechnung von Leistungen Druck entweichen wird. Insofern bleiben die nachfolgend dargestellten Aspekte der Kodierung unvermindert für das Jahr 2024, letztlich aber auch darüber hinaus, von erheblicher Bedeutung.

TAKE HOME MESSAGES I

ZUR KOMMENDEN KRANKENHAUSREFORM

Aktuell befinden sich die gesetzlichen Grundlagen der Krankenhausreform noch in unterschiedlichen Stadien von Entwurf bzw. Beratung, sodass abschließende Aussagen noch nicht möglich sind. Als sicher anzusehen ist die Einführung von Klinik-Levels zu Transparenzzwecken, Leistungsgruppen und der neuen Vorhaltefinanzierung von Krankenhausleistungen. Leistungsgruppen werden zu erheblichen und dann auch prüfungsrelevanten Herausforderungen personeller Natur führen. Dadurch kann es zu Verschiebungen in der Leistungsstruktur und der Krankenhauslandschaft kommen. Die Qualitätsprüfungen der Mindestvoraussetzungen werden erheblich Personal im administrativen Bereich binden bzw. zusätzliches Personal im Gesundheitswesen erfordern. Die Vorhaltefinanzierung wird einen Teil der stationären Finanzierung von der behandelten Fallzahl entkoppeln. Dabei bleiben Dokumentation und Kodierung auch weiterhin wichtige Säulen der Abrechnung. Vor 2025 ist nicht damit zu rechnen, dass eine Umsetzung der gesetzlichen Vorhaben stattfindet.

Ambulantisierung

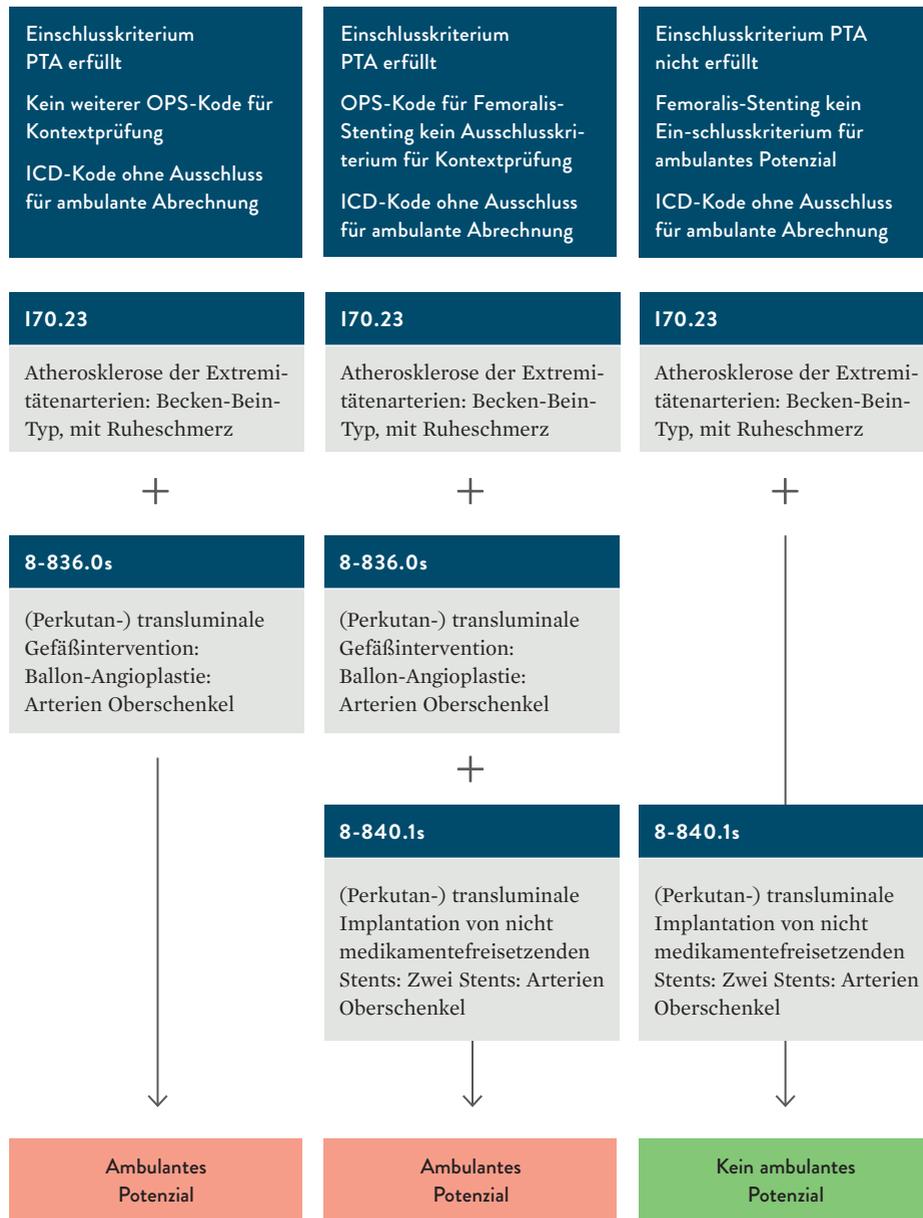
Die Ambulantisierung von stationären Krankenhausleistungen hat weiter Fahrt aufgenommen. Mit der Verabschiedung des AOP-Kataloges 2023¹ und den Regularien der Kontextprüfung hat sich die Selbstverwaltung bereits Ende Dezember 2022 an die Umsetzung des viel beachteten IGES-Gutachtens gemacht.

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

Die Liste der OPS-Kodes, welche eine stationäre Behandlung begründen können, ist lang. Fast 5.700 OPS-Kodes werden in der entsprechenden Tabelle gelistet. Es finden sich allerdings ausschließlich OPS-Kodes des Kapitels 5 des OPS-Katalogs in dieser Liste berücksichtigt. Dieser Umstand ist für die Angiologie von erheblicher Bedeutung. Während die OPS-Kodes für die PTA und die Implantation geringerer Anzahlen von

Stents im Gegensatz zur ursprünglichen IGES-Logik von der Selbstverwaltung nicht in die Liste der ambulant zu erbringenden Leistungen aufgenommen wurden, führt die Kodierung der PTA durch die Listung in Abschnitt 2 der Leistungen gemäß § 115 b SGB V primär auch für diese Fälle in das ambulante Potenzial.

Da die OPS-Kodes für die Implantation von Stents nicht in die ausschließenden Kontextfaktoren der Selbstverwaltung Einzug gefunden haben, erfolgt im nächsten Schritt kein Ausschluss dieser Fälle aus der primär per Einschluss der PTA erfolgten Klassifikation als ambulante Leistung. Jetzt können nur noch die übrigen, zumeist in der Praxis aber nicht zum Tragen kommenden Ausschlusskriterien zu einer Vermeidung der Beurteilung als potenziell ambulant erbringbare Fälle führen. Hier erscheint die zwar lange Liste der stationär begründenden OPS-Kodes doch noch zu eingeschränkt zu sein, da in der Praxis nicht einschließende OPS-Kodes, welche aufgrund der resultierenden Fallschwere dort sicher mit Bedacht nicht inkludiert waren, dann auf der Seite der ausschließenden Aspekte der Fallprüfung nicht aufgeführt werden.



Formal können damit diese Fälle von den Krankenkassen als ambulantes Potenzial klassifiziert werden, sodass seitens der Klinik eine medizinische Begründung des Falles hinsichtlich der stationären Notwendigkeit (MBeg) fällig wird, welche spätestens zum Abrechnungszeitpunkt an die Kassen übermittelt werden muss.

Sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRGs)

Mit der Einführung des § 115f SGB V ist der Startschuss für die sogenannte sektorengleiche Vergütung gefallen. Das SGB V enthält hierzu wenig Konkretes, sondern verweist auf die Zuständigkeit der Selbstverwaltung und die Möglichkeit zur Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit. Da innerhalb der Selbstverwaltung keine Einigung zu erzielen war, tritt nunmehr das BMG in die Pflicht, wobei aktuell (im Dezember 2023) nur ein Referentenentwurf zur Rechtsverordnung vorliegt.

Die sektorengleiche Vergütung erfolgt über die Hybrid-DRGs. Diese sollen nach dem Willen des BMG für definierte Leistungen eines sogenannten Startkataloges, welchen das BMG dem InEK für die Kalkulation des DRG-Systems 2024 vorgegeben hat, zur Abrechnung kommen. Dabei ist es ohne Belang, ob diese Leistungen primär stationär, klinisch ambulant oder durch einen KV-Arzt/Ärztin erbracht wurden.

Das InEK hat diese Leistungen zwecks Durchführung einer sehr komplexen Kalkulation der Erlöse im Rahmen der Definitionshandbücher zum DRG-System 2024 definiert. Dabei werden ausschließlich Fälle ohne Erfüllung der AOP-Kontextfaktoren mit einer Verweildauer von einem Belegungstag und einem Gesamtschweregrad (PCCL) von maximal 2 in die bis jetzt 12 definierten Hybrid-DRGs aufgenommen.

Für das Jahr 2024 finden sich keine kardiologischen Leistungen in diesen Hybrid-DRGs. Aktuell werden Leistungen der Hernienchirurgie, der urologischen Steintherapie, Eingriffe am Ovar, Eingriffe bei Sinus pilonidalis und chirurgische Eingriffe an den Zehen beim Vorliegen der entsprechenden Kriterien in die Hybrid-DRGs überführt. Die Erlöse für diese Hybrid-DRGs sind auf der Basis von Euro-Beträgen fixiert worden und unterliegen nicht der Logik von Bewertungsrelationen, welche dann Bundesland individuell anhand von Landesbasisfallwerten in einen Erlös führen. Damit sind die Hybrid-Erlöse nicht nur sektorengleich, sondern sie sind auch für alle Bundesländer gleich.

Gleichzeitig mit diesen Regelungen hat das BMG einen Katalog von Leistungen vorgegeben, welche unterjährig noch im Jahr 2024 mit Hybrid-DRGs vergütet werden sollten. Da eine unterjährige Kalkulation durch das InEK und insbesondere auch eine unterjährige Herausnahme der entsprechenden Kosten aus dem bereits veröffentlichten DRG-System 2024 schon rein technisch nicht machbar erscheint, ist davon auszugehen, dass diese Erweiterungen dann erst für das Jahr 2025 greifen werden.

Diese Leistungsaufstellung enthält einen erheblichen Anteil an angiologischen DRGs.

DRG	DRG-TEXT
F59D	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit bestimmtem Eingriff oder anderem Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag oder mit pAVK mit Gangrän, mehr als ein Belegungstag
F59E	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwend. Gefäßinterv., mit best. anderen Eingriff oder best. Mehrfacheingriff oder PTA, mehr als ein Belegungstag, ohne aufwendigen oder bestimmten Eingr., Alter > 15 Jahre oder 1 BT
F59F	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, ohne aufwendigen, bestimmten oder bestimmten anderen Eingriff, ohne Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag

Mit der Basis-DRG F59 kommen typische DRGs für die angiologische Therapie ins Spiel, welche bisher auch im AOP-Katalog lediglich allenfalls als Kollateralschaden der Kontextprüfung den Status als ambulantes Potenzial erreicht hat. Dabei ist die Art des Verfahrens der Revaskularisierung ebenso unbedeutend wie z. B. die Anzahl applizierter Stents. Es bleibt abzuwarten, inwieweit das InEK möglicherweise selbstständig die Definitionen der Hybrid-DRGs modifizieren wird.

Auf jeden Fall ist davon auszugehen, dass ein erheblicher Teil dieser nicht seltenen Fälle des Alltagsgeschäfts einer Angiologie künftig nicht mehr im Rahmen der DRG-Vergütung abgerechnet werden können. Es ist weiterhin davon auszugehen, dass die Hybrid-Vergütung auch bei diesen Fällen deutlich unterhalb der Tagesfall-Vergütung im DRG-System zu liegen kommen wird, sodass in der Folge insbesondere auch die Prozesse der Leistungserbringung in den Kliniken erheblichen Veränderungen zugeführt werden müssen.

PCCL-Systematik

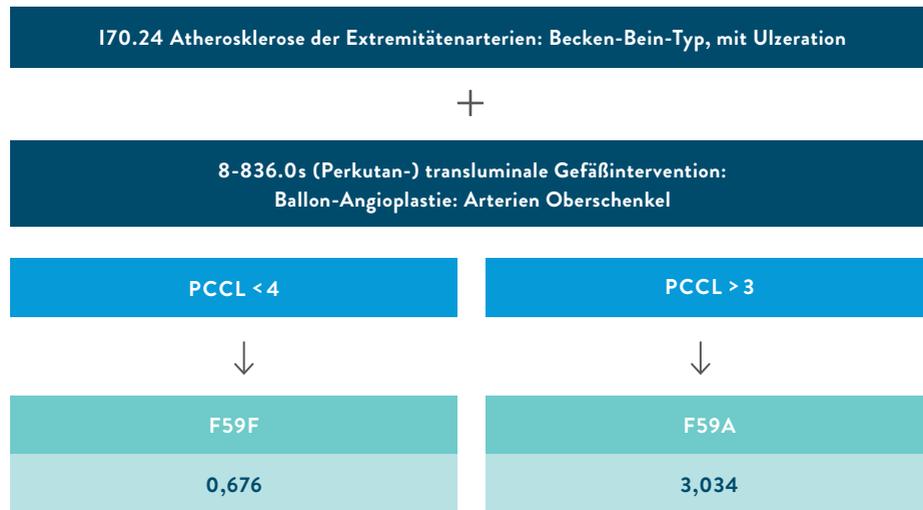
Die Bewertung von Nebendiagnosen bei der Ermittlung des Gesamtschweregrades (PCCL) eines Abrechnungsfalles erfolgt seit 2013 differenziert für die Basis-DRGs des Fallpauschalkataloges.

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

Die Ermittlung der Einzelschweregrade der ICD-Kodes für Nebendiagnosen erfolgt jährlich durch das InEK im Rahmen der Kalkulation des neuen DRG-Systems. Für das Jahr 2024 wurde erneut eine große Anzahl ICD-Kodes einer Prüfung hinsichtlich der Schweregrade unterzogen.

Dabei erfährt der weitaus größte Anteil dieser Nebendiagnosen wieder eine Abwertung, welche in mehr oder weniger großen Anteilen der Basis-DRGs zum Tragen kommt. Neu in die CCL-Matrix aufgenommene oder aufgewertete ICD-Kodes sind in der Praxis eher selten und entfalten daher keine so weitgehende Wirkung, dass die Abwertungen und die damit verbundenen Erlösrückgänge aufgefangen werden könnten. Trotzdem finden sich in nahezu jeder Klinik entsprechende Fälle und es darf keinesfalls die Schlussfolgerung gezogen werden, dass der Kodierung von Nebendiagnosen und der Dokumentation zugrunde liegender Sachverhalte keine oder reduzierte Beachtung geschenkt werden dürfte. Gerade in der Gefäßmedizin findet sich eine erhebliche Bedeutung des PCCL-Wertes für die Erlösfindung, sodass hier auch weiterhin akribisch sichergestellt werden muss, dass keine kodierbare Nebendiagnose verloren wird.

Dabei liegt die Schwelle zur Erlössteigerung, von Ausnahmen abgesehen, in der Regel zwischen 3 und 4.



Bundesbasisfallwert

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

Zum Jahreswechsel 2023/24 liegt noch kein aktueller Bundesbasisfallwert vor. Für die Gruppierungsbeispiele dieser Kodierhilfe werden Fälle des Jahres 2023 immer mit dem in diesem Jahr gültigen Bundesbasisfallwert bewertet. Dieser beläuft sich auf 4.000,71 €. Für das Jahr 2024 erfolgt behelfsweise eine Berechnung mit einem Basisfallwert, welcher durch eine Erhöhung des Wertes aus 2023 um die 5,13% des verhandelten Veränderungswertes 2024² ermittelt wurde und somit bei 4.205,95 € liegt. Es ist davon auszugehen, dass der endgültige Wert hiervon leicht abweichen wird, da mit der Umstellung der Berechnung die automatische Anwendung des Veränderungswertes auf den Bundesbasisfallwert aufgehoben wurde.

TAKE HOME MESSAGES II

ZU DEN ALLGEMEINEN ÄNDERUNGEN DES AG-DRG-SYSTEMS 2024

HYBRID-DRGs

Ab dem 01.01.2024 ist die Angiologie zunächst nicht von den Hybrid-DRGs betroffen. Die derzeit definierten Hybrid-DRGs stammen alle aus den Fächern Viszeralchirurgie, Gynäkologie, Urologie und Fußchirurgie. Eine bereits veröffentlichte Liste weiterer durch Hybrid-DRGs abzubildenden Leistungen des BMG enthält viele und vor allem häufige angiologische Leistungen aus Katheterdiagnostik, PTA und Stentimplantationen. Hier sollten krankenhausintern Prozesse bereits proaktiv geprüft und ggf. modifiziert werden, da davon ausgegangen werden muss, dass die Vergütung eines erheblichen Anteils dieser Fälle künftig nicht mehr im Rahmen der DRG-Abrechnung stationär erfolgen wird.

PCCL-SYSTEMATIK

Das InEK hat wieder eine Vielzahl von Nebendiagnosen einer Bewertung der Relevanz für die Berechnung des PCCL-Wertes unterzogen. Insbesondere in der Angiologie führt dies zu vielen Abwertungen und Fallmigrationen zwischen DRGs 2023 und 2024 mit zum Teil erheblichen Erlösverlusten.

AMBULANTISIERUNG BISHER STATIONÄRER LEISTUNGEN

Die Verlagerung bisher stationärer Leistungen in das ambulante Setting wird auch vor Angiologie nicht Halt machen. Auch wenn die Selbstverwaltung nicht vollumfänglich der Aufnahme angiologischer OPS-Kodes in den AOP-Katalog gefolgt ist, so führt die Kontextprüfung voraussichtlich zu Problemen in der Durchsetzung dieser Leistungen im gewohnt stationären Rahmen.

SPEZIELLE ÄNDERUNGEN FÜR DIE PERIPHERE GEFÄSSMEDIZIN

Erweiterung der Definition des OPS-Kodes 3-05e (Intravaskuläre Endosonographie der Blutgefäße)

In einer Analyse hat die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie festgestellt, dass die Anzahl der IVUS-Anwenderkrankenhäuser und ihrer jährlichen IVUS-Fälle in Deutschland nicht kongruent mit den ausgewiesenen hohen Fallzahlen der Qualitätsberichte sei.

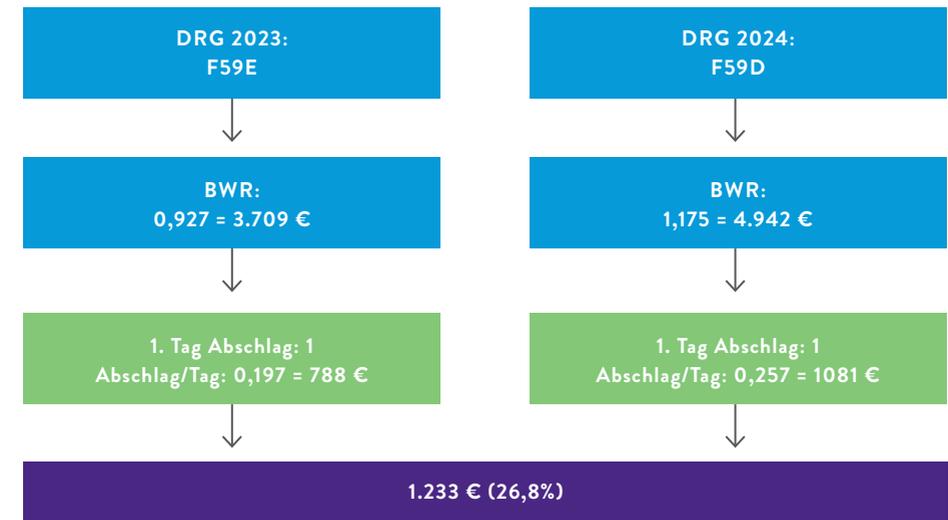
Daraufhin wurde der Text des OPS-Kodes 5-05e erweitert:
3-05e Intravaskuläre Endosonographie der Blutgefäße [IVUS]

Aufwertung der peripheren Lithoplastie

Fälle mit der Kodierung einer Lithoplastie an peripheren bzw. viszeralen Gefäßen werden im aG-DRG-System 2024 aufgewertet. Das betrifft die folgenden OPS-Kodes:

OPS	LITHOPLASTIE:
8-83c.b2	Gefäße Schulter und Oberarm
8-83c.b3	Gefäße Unterarm
8-83c.b8	Andere Gefäße thorakal
8-83c.b9	Andere Gefäße abdominal und pelvin
8-83c.ba	Gefäße viszeral
8-83c.bb	Gefäße Oberschenkel
8-83c.bc	Gefäße Unterschenkel
8-83c.be	Künstliche Gefäße
8-83c.bx	Sonstige

Fälle mit der Kodierung einer entsprechenden Lithoplastie werden abweichend vom Jahr 2023 jetzt nicht mehr in die aG-DRG F59E, sondern in die F59D eingruppiert.



Die zusätzliche Applikation von Stents kann hier erst dann den Erlös positiv beeinflussen, wenn die Art, die Lokalisation und die Anzahl von Stents allein dazu in der Lage ist, mindestens die aG-DRG F95C auszulösen.

KODIERUNG PERIPHERER GEFÄSS-INTERVENTIONEN BEI PERIPHERER ARTERIELLER VERSCHLUSSKRANKHEIT

Die korrekte Vergütung stationärer Behandlungsfälle im aG-DRG-System 2024 ist an die vollständige und sachgerechte Kodierung aller relevanten Diagnosen und Prozeduren unter Berücksichtigung der Deutschen Kodierrichtlinien gebunden. Hier müssen insbesondere folgende Fragen korrekt beantwortet werden:

- Welches ist die zutreffende Hauptdiagnose des Falles?
- Welche Nebendiagnosen dürfen vor dem Hintergrund der klinischen Dokumentation kodiert werden?
- Wie werden die erbrachten Leistungen vollständig und zutreffend im Klassifikationssystem des OPS 2024 kodiert?

Hauptdiagnosekodierung

Folgende Hauptdiagnosen kommen im Zusammenhang mit der pAVK im Katalog der ICD-10-GM 2024³ infrage:

Diagnosekodes der ICD-10-GM 2024 für die Kodierung der pAVK

ICD	ATHEROSKLEROSE DER EXTREMITÄTENARTERIEN:	STAD. FONTAINE
I70.20	Becken-Bein-Typ, ohne Beschwerden	I
I70.21	Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr	IIa
I70.22	Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	IIb
I70.23	Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	III
I70.24	Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	IV
I70.25	Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	IV

Hierbei entspricht die Differenzierung des Basis-ICD-Kodes I70.2 den Fontaine-Stadien, wobei allerdings das Stadium IV für die Kodierung in die beiden Bereiche „mit Ulzeration“ und „mit Gangrän“ untergliedert werden. Diese Aufteilung ist von besonderer Bedeutung, da in vielen Fällen eine differenzierte Gruppierungsrelevanz zwischen diesen beiden Gruppen besteht. Für die Differenzierung von Ulkus und Gangrän findet sich beim BfArM ein Hinweis (FAQ Nr. GM 1014⁴)

Ulzeration (I70.23): Hierbei handelt es sich um einen auf Haut (Kutis) und Unterhaut (Subkutis) begrenzten Substanzdefekt.

Gangrän (I70.24): Hierbei handelt es sich um eine Nekrose mit Autolyse und Verfärbung des Gewebes. Es werden zwei Formen der Gangrän unterschieden:

Nebendiagnosekodierung

Gerade bei der DRG-Gruppierung von Fällen mit peripherer Gefäßintervention spielt der PCCL-Wert eine erhebliche Rolle. Hierbei ist insbesondere auch auf fachfremde Diagnosen und auch Komplikationen im Aufenthalt zu achten. Herzerkrankungen, Nierenfunktionseinschränkungen oder auch neurologische Komorbiditäten sind hier genauso zu beachten wie Wundheilungsstörungen, Gerinnungsstörungen und andere Ereignisse.

Alle diese Diagnosen dürfen nur beim Vorliegen eines entsprechenden Ressourcenverbrauchs einschließlich der für den Nachweis erforderlichen Dokumentation in der Patientenakte kodiert werden, da ansonsten im Rahmen einer nicht seltenen Fallüberprüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) die nachträgliche Streichung dieser ICD-Kodes mit dem damit verbundenen Erlösverlust folgt.

Insofern ist eine lückenlose Aufzeichnung aller begleitenden Probleme außerordentlich wichtig für die Durchsetzung von finanziellen Ansprüchen der Klinik gegenüber den Kostenträgern.

Auch wenn Nebendiagnosen hinsichtlich ihrer Bewertung für die Ermittlung des Gesamtschweregrades von DRG-System zu DRG-System überwiegend regelmäßigen Abwertungen unterliegen, so führt ein hoher PCCL-Wert regelmäßig beim Erreichen eines entsprechenden Schweregrades zu deutlich höher bewerteten aG-DRG-Pauschalen.

Dies sollte immer beachtet werden, insbesondere auch vor dem Hintergrund einer ausreichenden Dokumentation in der Patientenakte. Hier kann durch unvollständige Dokumentation ein hohes Erlösrisiko resultieren.

Prozedurenkodierung⁵

Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der vollständigen Kodierung von Behandlungsfällen mit pAVK ist die Erfassung aller durchgeführten Leistungen und Prozeduren. Hierbei wird bei den Gefäßinterventionen zwischen den Interventionen und der Implantation von Stents in die peripheren Gefäße unterschieden. Die Kodegruppe 8-836 ff. beschreibt allgemeine Interventionen, während die Kodegruppe 8-84 ff. Leistungen der Stent-Implantation repräsentiert. Die letzte Stelle der OPS-Kodierung transportiert dabei die Information der Lokalisation der Intervention bzw. der Stent-Implantation. Für die nachfolgenden Tabellen sind die relevanten Lokalisationscodes an der unteren Extremität ausgewählt worden.

OPS-Kodierung perkutan-transluminale Gefäßinterventionen (Auswahl ohne Embolisation)

PERKUTAN-TRANSLUMINALE GEFÄSSINTERVENTION	UNTERSCHENKEL	BYPASS	ABDOMINAL / PELVIN	OBERSCHENKEL
Ballon-Angioplastie	8-836.0c	8-836.0e	8-836.0q	8-836.0s
Blade-Angioplastie	8-836.1c	8-836.1e	8-836.1h	8-836.1k
Laser-Angioplastie	8-836.2c	8-836.2e	8-836.2h	8-836.2k
Atherektomie	8-836.3c	8-836.3e	8-836.3h	8-836.3k
Fremdkörperentfernung	8-836.6c	8-836.6e	8-836.6h	8-836.6k
Selektive Thrombolyse	8-836.7c	8-836.7e	8-836.7h	8-836.7k
Thrombektomie	8-836.8c	8-836.8e	8-836.8h	8-836.8k
Rotationsthrombektomie	8-836.pc	8-836.pe	8-836.ph	8-836.pk
Rotationsatherektomie	8-83c.fc	8-83c.fe	8-83c.f9	8-83c.fb
Kryoplastie	8-836.rc	8-836.re	8-836.rh	8-836.rk

OPS-Kodierung perkutan-transluminale Stent-Implantationen ohne spezifische Lokalisation

OPS	ICD-TEXT
8-840 ff.	Nicht medikamentenfreisetzende Stents
8-841 ff.	Medikamentenfreisetzende Stents
8-842 ff.	Nicht medikamentenfreisetzende gecoverte Stents (Stent-Graft)
8-843 ff.	Bioresorbierbare Stents
8-844 ff.	Selbstexpandierenden Mikrosten
8-845 ff.	Ungecoverte Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]
8-846 ff.	Gecoverte Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]
8-848 ff.	Medikamentenfreisetzende gecoverte Stents (Stent-Graft)
8-849 ff.	Sonstige ungecoverte großlumige Stents
8-84a ff.	Sonstige gecoverte großlumige Stents
8-84b ff.	Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen
8-84c ff.	Selbstexpandierende Bifurkationsstents, intrakraniell
8-84d ff.	Aus Einzeldrähten verwobene Nitinolstents (seit 2018 z. B. Supera™)

Endstellige OPS-Kodierung perkutan-transluminale Implantationen von Bare Metal Stents

(PERKUTAN-) TRANSLUMINALE IMPLANTATION VON NICHT MEDIKAMENTENFREISETZENDEN STENTS	UNTERSCHENKEL	BYPASS	ABDOMINAL / PELVIN	OBERSCHENKEL
Ein Stent	8-840.0c	8-840.0e	8-840.0q	8-840.0s
Zwei Stents	8-840.1c	8-840.1e	8-840.1q	8-840.1s
Drei Stents	8-840.2c	8-840.2e	8-840.2q	8-840.2s
Vier Stents	8-840.3c	8-840.3e	8-840.3q	8-840.3s
Fünf Stents	8-840.4c	8-840.4e	8-840.4q	8-840.4s
Sechs oder mehr Stents	8-840.5c	8-840.5e	8-840.5q	8-840.5s

Viele Leistungen in der Gefäßmedizin werden regelhaft über mehr als einen OPS-Kode abgebildet. Auch bei der Implantation von peripheren Stents existieren derartige Zusatzkodes. Die nachfolgende Tabelle zeigt OPS-Zusatzkodes zur primären Kodierung der Stent-Implantation, die Angaben über die Länge des jeweiligen implantierten Stents machen. Diese OPS-Kodes sind auch weiterhin nicht relevant für den Erlös, können aber wichtige Informationen für die Kalkulation kommender DRG-Systeme beinhalten.

Auswahl wichtiger Zusatzkodes bzw. Kodegruppen

OPS	ZUSATZINFORMATIONEN ZU MATERIALIEN
8-83b.0 ff.	Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme
8-83b.4	Verwendung eines hydrodynamischen Thrombektomiesystems
8-83b.9	Einsatz eines Embolieprotektionssystems
8-83b.5 ff.	Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons
8-83b.6 ff.	Verwendung eines ablösbaren Ballons
8-83b.8 ff.	Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretreiver-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung
8-83b.c ff.	Verwendung eines Gefäßverschlussystems

Zusatzinformationen zu Materialien: Auswahl 6-stelliger Codes

OPS	TAB 6A. ART DER MEDIKAMENTEFREISETZENDEN STENTS ODER OPD-SYSTEME
8-83b.0b	Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit biologisch abbaubarer Polymerbeschichtung
8-83b.0c	Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer

OPS	TAB 6B. VERWENDUNG EINES GEFÄSSVERSCHLUSSSYSTEMS
8-83b.c2	Nahtsystem
8-83b.c3	Clipsystem
8-83b.c4	Polymerdichtung mit äußerer Sperrscheibe
8-83b.c5	Resorbierbare Plugs ohne Anker
8-83b.c6	Resorbierbare Plugs mit Anker

OPS	TAB 6C. ZUSATZINFORMATIONEN ZU MATERIALIEN: LÄNGE PERIPHERER STENTS:
8-83b.f1	100 mm bis unter 150 mm
8-83b.f2	150 mm bis unter 200 mm
8-83b.f3	200 mm bis unter 250 mm
8-83b.f4	250 mm oder mehr

OPS	TAB 6D. ZUSATZINFORMATIONEN ZU MATERIALIEN: ART DER VERWENDETEN BALLONS
8-83b.be	Ein Ballon zur adventitiellen Mikroinjektion
8-83b.bf	Zwei Ballons zur adventitiellen Mikroinjektion
8-83b.bg	Drei Ballons zur adventitiellen Mikroinjektion
8-83b.bh	Vier oder mehr Ballons zur adventitiellen Mikroinjektion

Eine primäre Gruppierungsrelevanz dieser OPS-Kodes besteht für das aG-DRG-System 2024 nicht.

DRG-GRUPPIERUNG PERIPHERER INTERVENTIONEN (PTA UND STENTIMPLANTATION)

Die DRG-Gruppierung von Fällen mit PTA bzw. Stent-Implantation [(8-840 ff. nicht medikamentenfreisetzende Stents, 8-841 ff. (medikamentenfreisetzende Stents)] ist von mehreren Faktoren abhängig:

- Haupt- oder Nebendiagnose pAVK mit Ulcus bzw. Gangrän
- Nebendiagnosen (PCCL < 4 oder PCCL > 3)
- Art der Intervention (PTA, Stent)
- Lokalisation der Intervention
- Anzahl und teilweise Art der Stents

Die Eingruppierung von Fällen mit peripherer Stent-Implantation erfolgt auch im Jahr 2024 im Wesentlichen in die Basis-DRGs F59 und F14. An den grundsätzlichen, oben genannten Gruppierungskriterien ändert sich für das G-DRG-Jahr 2024 primär nichts, jedoch ändern sich die Gruppierungsziele für viele Konstellationen durch eine Veränderung der DRG-Logik.

Für das Jahr 2024 wurden die Bewertungsrelationen der sechs weiterhin bestehenden aG-DRG-Splits in der Basis-DRG F59 im Rahmen der Kalkulation angepasst. Dabei ergibt sich zwar auch für Fälle, welche den hohen PCCL-Wert von vier erreichen in typischer Weise eine deutliche Aufwertung in den Fallpauschalen F14A und F59A, die größte Aufwertung zeigt aber die aG-DRG F14B.

Entwicklung der Bewertungsrelationen⁶ und Erlöse 2023–2024

		F14A	F14B	F59A	F59B	F59C	F59D	F59E	F59F
2023	BWR aG-DRG 2023	4,104	2,272	3,112	1,915	1,573	1,178	0,927	0,700
	Erlös aG-DRG 2023	16.419 €	9.090 €	12.450 €	7.661 €	6.293 €	4.713 €	3.709 €	2.800 €
2024	BWR aG-DRG 2024	4,696	2,282	3,034	1,737	1,567	1,175	0,919	0,676
	Erlös aG-DRG 2024	19.751 €	9.598 €	12.761 €	7.306 €	6.591 €	4.942 €	3.865 €	2.843 €
Δ 2024 - 2023	Δ BWR aG-DRG 2024 - 2023	0,592	0,010	-0,078	-0,178	-0,006	-0,003	-0,008	-0,024
	Δ Erlös aG-DRG 2024 - 2023	3.332 €	508 €	311 €	-355 €	298 €	229 €	156 €	43 €
	Δ %	20,29%	5,59%	2,49%	-4,64%	4,73%	4,86%	4,22%	1,53%

Speziell ist gerade bei Behandlungsfällen mit peripherer Gefäßintervention immer die Situation der Kurzlieger mit Entlassung unterhalb der unteren Grenzverweildauer der jeweiligen DRG zu betrachten. Im Spannungsgefüge zwischen den zum Teil relativ hohen unteren Grenzverweildauern und der im individuellen Einzelfall oftmals nur schwer gegenüber Kostenträgern und Medizinischem Dienst argumentierbaren Notwendigkeiten einer prolongierten stationären Behandlungsdauer fallen hier entweder bereits bei der primären Leistungserbringung oder ggf. dann nach Prüfung der Fälle durch die Kostenträger ausreichend Verweildauertage für die Abrechnung weg, sodass die Abrechnung dann mit Abschlägen wegen Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer erfolgen muss.

DRG-Gruppierungsschema für PTA und Stentimplantation

Das Eingruppierungsschema für Stent gestützte periphere Interventionen des Vorjahres folgt den dargestellten Mechanismen. Alle Kriterien des Vorjahres bleiben unverändert erhalten. Die wesentlichen Ausnahmen für die Intervention bestehen dabei in den oben dargestellten Konstellationen. Das aktuelle Gruppierungsschema zeigt die nachfolgende Abbildung.

PCCL > 3	F59A 3,034 (12.761 €)						
	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
170.20-23	F59F 0,676 (2.843 €)	F59E 0,919 (3.865 €)	F59D 1,175 (4.942 €)	F59C 1,567 (6.591 €)	F59B 1,737 (7.306 €)		
Aa. abd/pelv	1 St.	2 St (1 DES)	3/4 St.		> 4 St.	> 1 Stentgr.	
Aa. OS		1/2 St.	3/4 St.		> 4 St.		
Gef-US		1 St.	2 St.	> 2 St.			
Kü Gef.				1 St.	> 1 St.		
	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
170.24	F59F 0,676 (2.843 €)	F59E 0,919 (3.865 €)	F14B 2,282 (9.598 €)	F59D 1,175 (4.942 €)	F59C 1,567 (6.591 €)	F14B 2,282 (9.598 €)	F59B 1,737 (7.306 €)
	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
170.25	F59D 1,175 (4.942 €)	F59D 1,175 (4.942 €)	F14B 2,282 (9.598 €)	F59D 1,175 (4.942 €)	F59C 1,567 (6.591 €)	F14B 2,282 (9.598 €)	F59B 1,737 (7.306 €)

Gruppierungsschema häufiger peripherer Gefäßinterventionen in den Basis-DRGs F59 und F14 (BMS: Bare Metal Stent, DES: Drug Eluting Stent, PTA: Perkutane Angioplastie; St: Stent unabhängig von der Freisetzung von Medikamenten)

Bei Implantation eines Stents am Oberschenkel wird unabhängig von der Art des Stents primär die G-DRG F59E erreicht. In Analogie zum Vorjahr wird ein pelviner BMS abweichend in die G-DRG F59F gruppiert, während ein DES an identischer Lokalisation in die F59E gelangt. Wird ein PCCL-Wert von mindestens 4 erreicht, so erfolgt die Eingruppierung beider Konstellationen in die G-DRG F59A. Bei einem niedrigeren PCCL-

Wert wird beim Vorliegen einer Haupt- oder Nebendiagnose einer pAVK mit Gangrän die G-DRG F59D erzielt.

Wird hingegen ein Stent in ein Bypassgefäß implantiert, so erreicht diese Konstellation unmittelbar die G-DRG F59C. Eine Aufwertung durch das Stadium der pAVK erfolgt nicht. Ebenfalls in die F59C werden Fälle mit mehr als einem Stent im Bypass-Gefäß eingruppiert. Diese gelangen dann jedoch beim Vorliegen einer pAVK mindestens mit Ulcus in die G-DRG F14B. Diese Gruppierung gilt ausschließlich für Fälle mit einer Verweildauer von mehr als einem Tag.

Neben den dargestellten Gruppierungskriterien gilt für die aG-DRG F59B seit dem Verfahrensjahr 2020 eine Sondersituation, bei der Fälle aufgrund inhaltlicher Kriterien unter besonderer Berücksichtigung aufwändigerer technischer Verfahren bzw. Implantate dort eingruppiert werden. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um folgende Verfahren.

Inhalte der aG-DRG F59B im Jahr 2024

OPS	INHALT
8-836.p ff., 8-83c.f ff.	Rotationsthorombektomie, Rotationsatherektomie
8-83b.4	Verwendung hydrodynamisches Thrombektomiesystems
8-83b.8 ff.	Verwendung Mikrodrahtretriever-System
8-842 ff.	Stent-Graft (BMS) (abd/pelvin > 1 Stent-Graft)
8-848 ff.	Stent-Graft (DES) (abd/pelvin > 1 Stent-Graft)
8-84a.1a/q	Sonst. gecov. großl. Stents: > 1 Stent; Gefäße viszeral/abd/pelvin

MEDIKAMENTENFREISETZENDE BALLONS

Die Verwendung von medikamentenbeschichteten Ballons (Drug Coated Balloons, DCB) in der Peripherie ist seit vielen Jahren unverändert kodierbar. Hierbei ist zunächst einmal ein OPS-Kode für die Durchführung der PTA zu kodieren:

OPS	TEXT
8-836.0c	Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterschenkel
8-836.0e	Ballon-Angioplastie: Künstliche Gefäße
8-836.0q	Ballon-Angioplastie: Andere Arterien abdominal und pelvin
8-836.0s	Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel

Die Anwendung des DCB wird zusätzlich durch einen Material-Zusatzcode aus der Gruppe 8-83b.b ff verschlüsselt:

OPS	TEXT
8-83b.ba	Ein medikamentefreisetzender Ballon an anderen Gefäßen
8-83b.bb	Zwei medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen
8-83b.bc	Drei medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen
8-83b.bd	Vier oder mehr medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen

Die Kodierung dieser OPS-Kombination führt dann auch im DRG-Jahr 2023 weiterhin in das bundeseinheitlich bewertete Zusatzentgelt ZE137, welches bis zu 4 Ballons spezifisch mit einem Erlös hinterlegt. Ab 4 DCB erfolgt keine weitere additive Finanzierung.

ERFORDERLICHE KODIERUNG FÜR PTA	KODIERUNG DCB NACH ANZAHL	ZUSATZ-ENTGELT	ERLÖS
PTA: Gefäße Unterschenkel	8-83b.ba 1 DCB an and. Gefäßen	→ ZE137.01	103,43 €
PTA: Künstliche Gefäße	8-83b.bb 2 DCB an and. Gefäßen	→ ZE137.02	518,85 €
PTA: Andere Arterien abd/pelvin	8-83b.bc 3 DCB an and. Gefäßen	→ ZE137.03	934,27 €
PTA: Arterien Oberschenkel	8-83b.bd > 3 DCB an and. Gefäßen	→ ZE137.04	1.349,69 €

Bemerkenswert hierbei ist die ungewöhnliche Kalkulation des Zusatzentgeltes. Während der erste Ballon vom InEK aus den Differenzkosten von Fällen mit und ohne Ballonanwendung berechnet wird und für das Jahr 2024 deutlich im Preis nach unten verändert wurde, werden die ZE-Erlöse ab dem 2. Stent einschließlich aus den von den Kalkulationshäusern des InEK gelieferten Kostendaten ermittelt. Dies führt dazu, dass der erste Ballon in der Regel nicht oder nur unvollständig finanziert ist, ab der Verwendung des zweiten Ballons aber beide ein ausreichendes Reimbursement erzielen.

GROSSLUMIGER GEFÄßVERSCHLUSSKÖRPER

Diagnosen:

Die möglichen Diagnosen, welche indikationsbestimmend für den Einsatz eines großlumigen Gefäßverschlusskörpers sein können, sind sowohl in der Literatur als auch in der Praxis außerordentlich vielfältig. Hier kommen insbesondere AV-Malformationen wie Fisteln und begleitende Aneurysmata infrage, wie auch Steal-Phänomene, welche allein oder auch im Gefolge medizinischer Maßnahmen beobachtet werden können. Zusätzlich können auch Gefäße im Rahmen der Traumatherapie mit Plugs verschlossen und elektive Gefäßverschlüsse z. B. im Rahmen der Varikozelenbehandlung oder im Vorfeld z. B. der SIRT-Therapie mit dieser Technik vorgenommen werden.

Die gesamte Spannweite der möglichen Diagnosen kann hier nicht erschöpfend dargestellt werden, so dass exemplarisch vor dem Hintergrund der Gruppierungsbedeutung folgende Diagnosen betrachtet werden sollen.

ICD	TEXT
I28.0	Arteriovenöse Fistel der Lungengefäße
I72.3	Aneurysma und Dissektion der A. iliaca
I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität
I77.0	Arteriovenöse Fistel, erworben
I86.1	Skrotumvarizen
S35.2	Verletzung des Truncus coeliacus oder der A. mesenterica
S35.4	Verletzung von Blutgefäßen der Niere
S36.04	Massive Parenchymruptur der Milz
S37.03	Komplette Ruptur des Nierenparenchyms
T82.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate
T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen

Prozeduren:

Die Kodierung der Prozedur der Implantation eines oder mehrerer großlumiger Gefäßverschlusskörper erfolgt immer durch eine vom OPS-Katalog autorisierte Mehrfachkodierung. Während ein Zusatzkodecode aus 8-83b.3 ff. die Embolisation mit dem Verschlusskörper verschlüsselt, muss die Embolisation grundsätzlich über einen OPS-Kode aus 8-836.m ff. und die Anzahl der zur Anwendung kommenden Plugs mit einem OPS-Kode aus 8-836.n ff. angegeben werden. Bei der Betrachtung des Zusatzentgeltes wird noch deutlich werden, dass die obligate Kombination hoch relevant für die Realisierung des Zusatzentgeltes ist.

Prozedurenkomponente 1: Implantation von Metallspiralen differenziert nach Lokalisation

8-836.M - (PERKUTAN-) TRANSLUMINALE GEFÄSSINTERVENTION: ANZAHL DER METALLSPIRALEN							
6. Stelle	Lokal.	6. Stelle	Lokal.	6. Stelle	Lokal.	6. Stelle	Lokal.
- 0:	Gef. Intra-kran.	- 5:	Aortenisthm.	- c:	Gef. US	- h:	And. Aa. abd./pelvin
- 1:	Gef. Kopf extrakran./Hals	- 6:	Ductus art. Ap.	- d:	Gefäßmalf.	- j:	And. Vv. abd./pelvin
- 2:	Gef. Schulter/OA	- 7:	V. cava	- e:	Künstl. Gef.	- k:	Aa. OS
- 3:	Gef. UA	- 8:	And. Gef. thorak.	- f:	Gef. spinal	- m:	Vv. OS
- 4:	Aorta	- a:	Gef. viszeral	- g:	. portae	- x:	Sonst.

Für Vascular Plugs kommt hierbei der OPS Kode 8-83b.34 zum Einsatz.

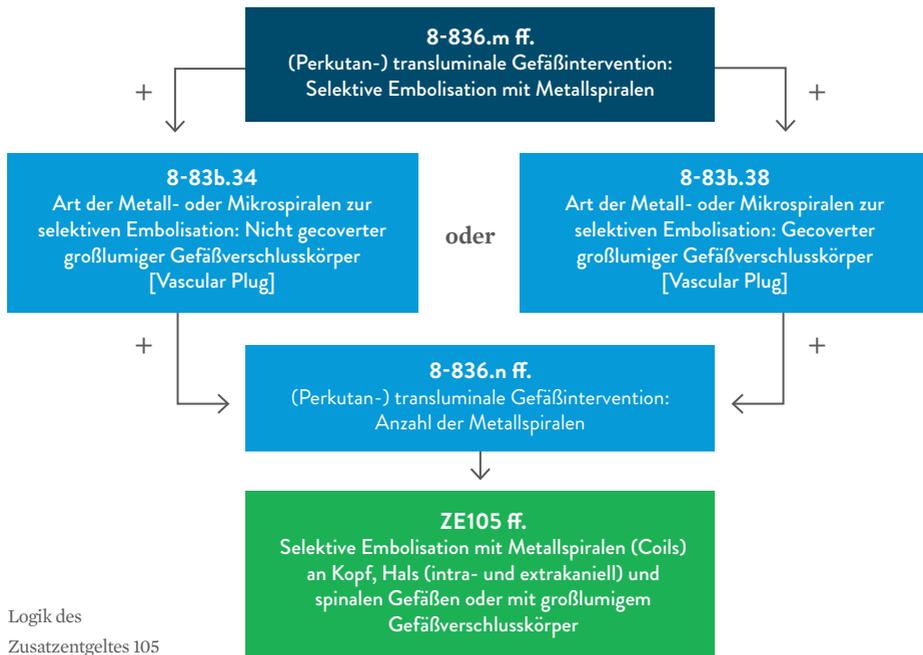
Prozedurenkomponente 2: Implantation eines Vascular Plug

OPS	TEXT
8-83b.34	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Nicht gecoverter großlumiger Gefäßverschlusskörper [Vascular Plug]
8-83b.38	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Gecoverter großlumiger Gefäßverschlusskörper [Vascular Plug]

Zusatzentgelt

Coiling und Implantation von Vascular Plugs sind Auslöser für Zusatzentgelte. Vascular Plugs führen dabei in Analogie zur intrakraniellen (auch: Hals, extrakraniell oder spinal) Coil-Implantation zur Auslösung des ZE105 in Höhe von 215,51 € pro Stück. Coils an allen anderen Lokalisationen erlösen das niedrigere ZE 106 (48,67 € pro Stück). Um das entsprechende Zusatzentgelt auszulösen, muss neben einem OPS-Kode für das Coiling aus 8-836.m ff. ein weiterer OPS-Kode aus dem Bereich der Zusatzcodes für die Art der Metall- oder Mikrospiralen (8-83b.3 ff.) und ein OPS-Kode für die Anzahl der implantierten Metallspiralen bzw. Plugs verschlüsselt werden.

In beiden Zusatzentgelten wurde die maximale spezifisch kodierbare Anzahl von Coils von 27 bzw. 28 und mehr auf 151 und mehr erweitert. Diese Erweiterung wird in der Angiologie nur geringe Praxisrelevanz entfalten, bietet jetzt aber in teuren Einzelfällen doch eine Verbesserung der Vergütung.



Logik des Zusatzentgeltes 105

Das Zusatzentgelt ist dabei in Analogie zum quantitativen OPS-Kode gestaffelt, wobei pro implantiertem Plug 215,51 € erlöset werden. Ab dem 152. Implantat erfolgt keine zusätzliche Vergütung mehr, was bei Coils eher in Ausnahmefällen, bei Vascular Plugs jedoch

nie relevant für die Praxis ist, da derartige Anzahlen von großlumigen Verschlusskörpern nicht zum Einsatz kommen.

Die Gesamtvergütung setzt sich damit letztlich immer aus dem aG-DRG-Erlös unter Berücksichtigung der Zu- bzw. Abschläge und dem Erlös aus dem Zusatzentgelt zusammen.

AG-DRG-GRUPPIERUNG SONSTIGER INTERVENTIONELLER VERFAHREN

Auf Seite 18 wurden OPS-Kodes aufwändigerer interventioneller Verfahren an den Gefäßen dargestellt. Die aG-DRG-Gruppierung dieser OPS-Kodes erfolgt in Fällen ohne weitere gruppierungsrelevante Faktoren gemäß der nachfolgenden tabellarischen Aufstellung.

aG-DRG-Gruppierung von Fällen ausgewählter Gefäßinterventionen in Abhängigkeit vom PAVK-Stadium

170.20 - 170.23	GEF. SCHU /OA	GEF. UA	GEF. THORAK.	GEF. VISZ.	GEF. US	KÜNST. GEF.	AA. ABD/ PELV	AA. OS
Ballon-Angioplastie	F59F	F59E	F59F	F59E		F59F		
Laser-Angioplastie	F59D							
Atherektomie	F59C						F59D	
Fremdkörperentfernung	F59E				F59C	F59E		
Selektive Thrombolyse	F59C	F59D	F59C			F59E	F59C	
Thrombektomie	F59E				F59C	F59E	F59F	
Rotations-thrombektomie	F59B						F59C	
Rotations-atherektomie	F59B							
Kryoplastie	F56B				F59C	F56B		

170.24	GEF. SCHU /OA	GEF. UA	GEF. THO-RAK.	GEF. VISZ.	GEF. US	KÜNST. GEF.	AA. ABD/ PELV	AA. OS
Ballon-Angioplastie	F59F	F59E	F59F	F59E		F59F		
Laser-Angioplastie	F59D					F14B	F59D	
Atherektomie	F14B		F59C	F14B	F59C	F59D		
Fremdkörperentfernung	F59E					F14B	F59E	
Selektive Thrombolyse	F59C	F59D	F14B	F59C	F59E	F59C		
Thrombektomie	F59E					F59C	F59E	F59F
Rotations-thrombektomie	F59B					F14B	F59C	
Rotations-atherektomie	F59B					F14B	F59B	
Kryoplastie	F56B					F14B	F56B	

170.25	GEF. SCHU /OA	GEF. UA	GEF. THO-RAK.	GEF. VISZ.	GEF. US	KÜNST. GEF.	AA. ABD/ PELV	AA. OS
Ballon-Angioplastie	F59D							
Laser-Angioplastie	F59D					F14B	F59D	
Atherektomie	F14B		F59C	F14B	F59C	F59D		
Fremdkörperentfernung	F59D					F14B	F59D	
Selektive Thrombolyse	F59C	F59D	F14B	F59C	F59D	F59C		
Thrombektomie	F59D					F59C	F59D	
Rotations-thrombektomie	F59B					F14B	F59C	
Rotations-atherektomie	F59B					F14B	F59B	
Kryoplastie	F59D					F14B	F59D	

Auch diese Verfahren werden regelhaft in die Basis-DRGs F14 und F59 eingruppiert. Allein die Kryoplastie wird bei einer pAVK ohne Gangrän in die Basis-DRG F56 (Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie) eingestuft.

ATHEREKTOMIE UNTER EMBOLIEPROTEKTION

Seit dem Jahr 2020 führt der Zusatzcode 8-83b.9 für den Einsatz eines Embolieprotektionssystems in höher bewertete aG-DRGs. Auch im Jahr 2024 führt der zusätzliche Gebrauch eines solchen Systems im Vergleich einer Atherektomie ohne Embolieschutz bei einigen Konstellationen in höher bewertete aG-DRGs.

OPS	OPS-TEXT
8-836.3k	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Atherektomie: Arterien Oberschenkel
8-836.3m	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Atherektomie: Venen Oberschenkel
8-836.3x	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Atherektomie: Sonstige
+	
8-83b.9	Zusatzinformationen zu Materialien: Einsatz eines Embolieprotektionssystems

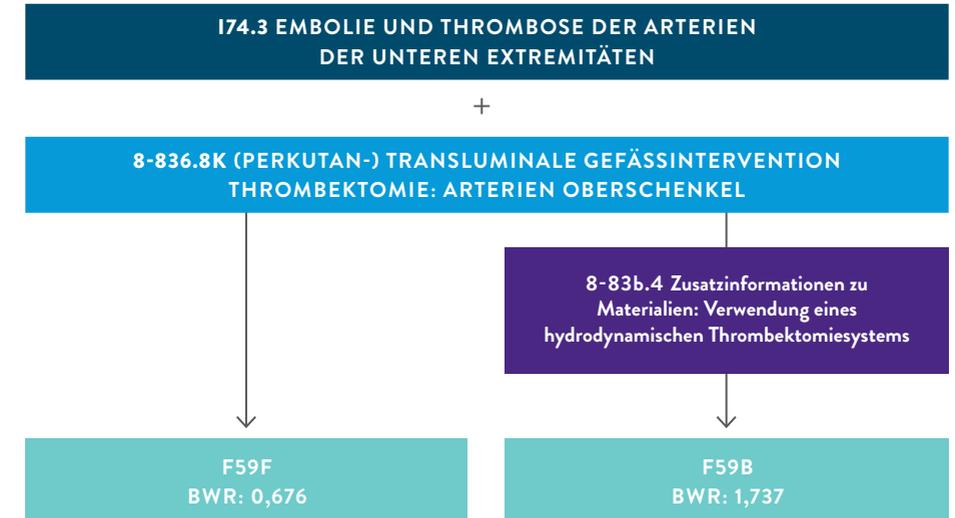
Aufwertung Atherektomie unter Embolieprotektion

ICD	OPS	OPS ATHEREKTOMIE TEXT	Ohne Embolieprotektion	Mit Embolieprotektion
I70.20-23	8-836.3k	Atherektomie: Arterien Oberschenkel	F59D	F59C
	8-836.3m	Atherektomie: Venen Oberschenkel		
	8-836.3x	Atherektomie: Sonstige		
I70.24	8-836.3c	Atherektomie: Gefäße Unterschenkel	F59C	F14B
	8-836.3k	Atherektomie: Arterien Oberschenkel	F59D	F14B
	8-836.3m	Atherektomie: Venen Oberschenkel		
	8-836.3x	Atherektomie: Sonstige		
I70.25	8-836.3c	Atherektomie: Gefäße Unterschenkel	F59C	F14B
	8-836.3k	Atherektomie: Arterien Oberschenkel	F59D	F14B
	8-836.3m	Atherektomie: Venen Oberschenkel		
	8-836.3x	Atherektomie: Sonstige		

HYDRODYNAMISCHES THROMBEKTOMIESYSTEM

Die Kodierung des Einsatzes eines hydrodynamischen Thrombektomiesystems erfolgt auch im Jahr 2024 weiterhin mit dem OPS-Kode 8-83b.4 (Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines hydrodynamischen Thrombektomiesystems). Bei diesem Kode handelt es sich um einen Zusatzcode, welcher mit dem Inklusivum „Hochdruck-Wasserjet-Katheter zur Thrombektomie“ im OPS-Katalog gelistet ist. Die Kodierung erfolgt für die peripheren Gefäßeingriffe dabei zusätzlich zu einem OPS-Kode aus 8-836.8* (Thrombektomie).

Eine Erlösrelevanz dieses OPS-Kodes besteht für die Eingruppierung von Behandlungsfällen in die aG-DRG F59B, wobei Fälle mit alleiniger Thrombektomie ohne die Anwendung eines hydrodynamischen Thrombektomiesystems in die deutlich geringer vergütete aG-DRG F59F eingestuft werden.



Aufwertung von Fällen mit Thrombektomie durch Hydrodynamische Systeme

VENOUS STENTING

Auch die Applikation von Stents oder Stentgrafts in das venöse Gefäßsystem ist im DRG-System kodierbar. Dabei finden sich unterschiedliche Hauptdiagnosecodes im ICD-Katalog:

ICD	THROMBOSE, PHLEBITIS UND THROMBOPHLEBITIS
180.1	V. femoralis
180.20	Beckenvenen
180.28	Sonst. tiefe Gefäße der unteren Extremitäten
180.3	Untere Extremitäten, nnbez.

ICD	TEXT
187.00	Postthrombotisches Syndrom ohne Ulzeration
187.01	Postthrombotisches Syndrom mit Ulzeration

ICD	TEXT
187.1	Venenkompression

Für das May-Turner-Syndrom existiert kein spezifischer ICD-Kode, sodass hier lediglich der unspezifische ICD-Kode für die Venenkompression zur Anwendung kommen kann.

Interventionen an den peripheren venösen Gefäßen werden letztlich in derselben Logik verschlüsselt wie die Eingriffe an den peripheren Arterien. Nachfolgend die OPS-Kodes für die nicht Stent gestützten Verfahren.

(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention	And. Venen abd/pelvin	Venen Oberschenkel
Ballon-Angioplastie	8-836.0r	8-836.0t
Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon)	8-836.1j	8-836.1m
Laser-Angioplastie	8-836.2j	8-836.2m
Atherektomie	8-836.3j	8-836.3m
Fremdkörperentfernung	8-836.6j	8-836.6m
Selektive Thrombolys	8-836.7j	8-836.7m
Thrombektomie	8-836.8j	8-836.8m
Rotationsthrombektomie	8-836.pj	8-836.pm
Kryoplastie	8-836.rj	8-836.rm

Die Eingruppierung dieser Fälle erfolgt unabhängig von einer der benannten Hauptdiagnosen in Abhängigkeit von der Lokalisation in DRGs der Basis-DRG F59.

(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention	And. Venen abd/pelvin	Venen Oberschenkel
Ballon-Angioplastie	F59E	F59E
Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon)	F59D	F59D
Laser-Angioplastie	F59D	F59D
Atherektomie	F59C	F59D
Fremdkörperentfernung	F59E	F59E
Selektive Thrombolys	F59C	F59C
Thrombektomie	F59E	F59E
Rotationsthrombektomie	F59B	F59B
Kryoplastie	F56B	F56B

Die Kodierung von typischen Stents bzw. Stentgrafts erfolgt nach dem folgenden Schema:

Art des Stents	OPS Viersteller	+	Anzahl Stents	OPS 5. Stelle	+	Anzahl Stents	OPS 6. Stelle
BMS	8-840-		1 Stent	-0-		And. Vv. abd/pelvin	-r
DES	8-841-		2 Stent	-1-		Vv. Oberschenkel	-t
Stent-Graft	8-842-		3 Stent	-2-			
Ungecov. großl. Stent	8-849-		4 Stent	-3-			
Gecov. großl. Stent	8-84a-		5 Stent	-4-			
			> 5 Stents	-5-			

Auch hier erfolgt die Eingruppierung in die unterschiedlichen DRG-Splits C und D:

OPS	Art der Stents	Anzahl	And. Venen abd/pelvin	Venen Oberschenkel
8-840-	BMS	1 - 4	F59D	F59D
	BMS	> 4	F59C	F59C
8-841-	DES	1 - 4	F59D	F59D
	DES	> 4	F59C	F59C
8-842-	Stent-Graft	1	F59D	F59D
	Stent-Graft	> 1	F59C	F59C
8-849-	Ungecov. großl. Stent	> 0	F59D	F59D
8-84a-	Gecov. großl. Stent	1	F59D	F59D
	Gecov. großl. Stent	> 1	F59C	F59C

Die zum Teil nicht unerheblichen Kosten des venösen Stentings werden dabei nur unvollständig finanziert.

ANHANG: WICHTIGE aG-DRG-PAUSCHALEN 2024 FÜR GEFÄSSINTERVENTIONEN BEI PAVK

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	UGVD (1. Tag Absch)	Kurzl Absch	OGVD (1. Tag Zusch)	Langl Zuschl
F14A	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit äußerst schweren CC	4,696	7	0,325	43	0,074
F14B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe, ohne äußerst schwere CC	2,282	3	0,263	25	0,062
F59A	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC	3,034	5	0,344	36	0,077
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit aufwendiger Gefäßintervention, ohne äußerst schwere CC	1,737	1	0,567	10	0,172
F59C	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit aufwendigem Eingriff oder Mehrfacheingriff oder bestimmter Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag	1,567	1	0,401	14	0,091
F59D	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit bestimmtem Eingriff oder anderem Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag oder mit pAVK mit Gangrän, mehr als ein Belegungstag	1,175	1	0,257	14	0,085
F59E	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwend. Gefäßinterv., mit best. anderen Eingriff oder best. Mehrfacheingriff oder PTA, mehr als ein Belegungstag, ohne aufwendigen oder bestimmten Eingr., Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag	0,919	1	0,233	10	0,1
F59F	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, ohne aufwendigen, bestimmten oder bestimmten anderen Eingriff, ohne Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag	0,676	1	0,131	6	0,111

Berechnungsgrundlage Erlöse:

2023: Bundesbasisfallwert 2023 (4.000,71 €)

2024: Bundesbasisfallwert 2023 zzgl. Veränderungsrate von 5,13% (4.205,95 €)

Ausgewählte Zusatzentgelte für Gefäßinterventionen bei pAVK

OPS VERSION 2024					
ZE	BEZEICHNUNG	ZE	OPS-KODE	OPS TEXT	BETRAG
ZE137	Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen		8-836.02	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Schulter und Oberarm	
			8-836.03	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterarm	
			8-836.08	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Gefäße thorakal	
			8-836.0a	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße viszeral	
			8-836.0c	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterschenkel	
			8-836.0e	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Künstliche Gefäße	
			8-836.0q	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Arterien abdominal und pelvin	
			8-836.0r	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Venen abdominal und pelvin	
			8-836.0s	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	
			8-836.0t	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Venen Oberschenkel	
		ZE137.01	8-83b.ba	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentefreisetzender Ballon an anderen Gefäßen	103,43 €
		ZE137.02	8-83b.bb	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen	518,85 €
		ZE137.03	8-83b.bc	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Drei medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen	934,27 €
		ZE137.04	8-83b.bd	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Vier oder mehr medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen	1.349,69 €

Embolisation mit Vascular Plugs

OPS VERSION 2024						
ZE	BEZEICHNUNG	ZE	OPS-KODE	OPS TEXT	BETRAG	
ZE105	Embolisation mit Metallschrauben (Coils) an Kopf, Hals (intra- und extrakraniell) und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlusskörper		8-836.m0	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallschrauben: Gefäße intrakraniell		
			8-836.m1	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallschrauben: Gefäße Kopf extrakraniell und Hals		
			8-836.mf	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallschrauben: Gefäße spinal		
			8-83b.34	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikroschrauben zur selektiven Embolisation: Nicht gecoverter großlumiger Gefäßverschlusskörper [Vascular Plug]		
			8-83b.35	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikroschrauben zur selektiven Embolisation: Großvolumige Metallschrauben [Volumencoils]		
			8-83b.38	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikroschrauben zur selektiven Embolisation: Gecoverter großlumiger Gefäßverschlusskörper [Vascular Plug]		
			ZE105.01	8-836.n1	1 Metallschraube	215,51 €
			ZE105.02	8-836.n2	2 Metallschrauben	431,02 €
			ZE105.03	8-836.n3	3 Metallschrauben	646,53 €
			ZE105.04	8-836.n4	4 Metallschrauben	862,04 €
			ZE105.05	8-836.n5	5 Metallschrauben	1.077,55 €
			ZE105.06	8-836.n6	6 Metallschrauben	1.293,06 €
			ZE105.07	8-836.n7	7 Metallschrauben	1.508,57 €
			ZE105.08	8-836.n8	8 Metallschrauben	1.724,08 €
			ZE105.09	8-836.n9	9 Metallschrauben	1.939,59 €
			ZE105.10	8-836.na	10 Metallschrauben	2.155,10 €
			ZE105.11	8-836.nb	11 Metallschrauben	2.370,61 €
	ZE105.12	8-836.nc	12 Metallschrauben	2.586,12 €		
	ZE105.13	8-836.nd	13 Metallschrauben	2.801,63 €		
	ZE105.14	8-836.ne	14 Metallschrauben	3.017,14 €		
	ZE105.15	8-836.nf	15 Metallschrauben	3.232,65 €		
	ZE105.16	8-836.ng	16 Metallschrauben	3.448,16 €		
	ZE105.17	8-836.nh	17 Metallschrauben	3.663,67 €		

ZE105

Selektive Embolisation mit Metallschrauben (Coils) an Kopf, Hals (intra- und extrakraniell) und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlusskörper

ZE105.18	8-836.nj	18 Metallschrauben	3.879,18 €
ZE105.19	8-836.nk	19 Metallschrauben	4.094,69 €
ZE105.20	8-836.nm	20 Metallschrauben	4.310,20 €
ZE105.21		Siehe weitere Differenzierung ZE105.22 - ZE105.29	
ZE105.22	8-836.np	21 Metallschrauben	4.525,71 €
ZE105.23	8-836.nq	22 Metallschrauben	4.741,22 €
ZE105.24	8-836.nr	23 Metallschrauben	4.956,73 €
ZE105.25	8-836.ns	24 Metallschrauben	5.172,24 €
ZE105.26	8-836.nt	25 Metallschrauben	5.387,75 €
ZE105.27	8-836.nu	26 Metallschrauben	5.603,26 €
ZE105.28	8-836.nv	27 Metallschrauben	5.818,77 €
ZE105.29	8-836.nw	Siehe weitere Differenzierung ZE105.30 - ZE105.45	
ZE105.30	8-83c.j0	28 Metallschrauben	6.034,28 €
ZE105.31	8-83c.j1	29 bis 31 Metallschrauben	6.465,30 €
ZE105.32	8-83c.j2	32 bis 34 Metallschrauben	7.111,83 €
ZE105.33	8-83c.j3	35 bis 37 Metallschrauben	7.758,36 €
ZE105.34	8-83c.j4	38 bis 40 Metallschrauben	8.404,89 €
ZE105.35	8-83c.j5	41 bis 45 Metallschrauben	9.266,93 €
ZE105.36	8-83c.j6	46 bis 50 Metallschrauben	10.344,48 €
ZE105.37	8-83c.j7	51 bis 55 Metallschrauben	11.422,03 €
ZE105.38	8-83c.j8	56 bis 60 Metallschrauben	12.499,58 €
ZE105.39	8-83c.j9	61 bis 65 Metallschrauben	13.577,13 €
ZE105.40	8-83c.ja	66 bis 70 Metallschrauben	14.654,68 €
ZE105.41	8-83c.jb	71 bis 80 Metallschrauben	15.947,74 €
ZE105.42	8-83c.jc	81 bis 90 Metallschrauben	18.102,84 €
ZE105.43	8-83c.jd	91 bis 120 Metallschrauben	21.551,00 €
ZE105.44	8-83c.je	121 bis 150 Metallschrauben	28.231,81 €
ZE105.45	8-83c.jf	151 oder mehr Metallschrauben	32.542,01 €

GLOSSAR / ABKÜRZUNGEN

1. Tag Abschl: Erster Tag mit Abschlag bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer

1. Tag Zuschl: Erster Tag mit Zuschlag bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer

aG-DRG: „a“ wie ausgliedert, G-DRG siehe unten

BfArM: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

BMG: Bundesministerium für Gesundheit

BMS: Bare metal stent (nicht medikamentefreisetzender Stent)

BWR: Bewertungsrelation

CC: Comorbidities and Complications (Berechnungsbasis für den PCCL-Wert)

CCL: Clinical Complexity oder Comorbidity and Complication Level (Schweregradstufe)

DES: Drug eluting stent (medikamentefreisetzender Stent)

DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

FÄ: Fachärzte

FF.: und folgende (untergeordnete Codes)

(G)-DRG: (German) Diagnosis Related Groups (Fallpauschalensystem)

ICD-10-GM: International Classification of Diseases 10, German Modification

IGES: Institut für Gesundheits- und Sozialforschung

InEK: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

Kat-BWR: Katalog-Bewertungsrelation

KHVVG: Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

Kurzl Abschl: Abschlag pro Tag bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer

KV: Kassenärztliche Vereinigung

Langl Zuschl: Zuschlag pro Tag bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer

LG: Leistungsgruppe

MDC: Major Diagnosis Category (Hauptdiagnosekategorie)

MVWD: Mittlere Verweildauer

OGVD: Obere Grenzverweildauer

OPS: Operationenschlüssel (Prozedurenklassifikationssystem)

PAVK: Periphere arterielle Verschlusskrankheit

PCCL: Patient Comorbidity and Complexity Level (fallbezogener Gesamtschweregrad)

PTA: Perkutan-transluminale Angioplastie (Ballon-Angioplastie)

RFR: Resting Full-Cycle Ratio

UGVD: Untere Grenzverweildauer

ZE: Zusatzentgelt

QUELLEN

1. **AOP Katalog:** https://www.kbv.de/media/sp/AOP-Vertrag_Anlage_1.pdf

2. **Veränderungswert:** <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/orientierungswert/orientierungswert.jsp>

3. **ICD 10 GM Version 2024 Systematisches Verzeichnis:** BfArM - Downloads - Zustimmung zum Download: ICD-10-GM 2024 Systematik PDF - Referenzfassung

4. **Kodierfragen zur ICD-10-GM:** https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Kodierfragen/ICD-10-GM/_node.html

5. **OPS Version 2024 Systematisches Verzeichnis:** https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html#anker-ops-downloads

6. **Fallpauschalenkatalog 2024:** <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2024/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-20242>

DAS KÖNNTE SIE AUCH INTERESSIEREN



Kodierhilfe
Rhythmologie



Kodierhilfe
Neurostimulation



Kodierhilfe
Koronarinterventionen – PCI



Kodierhilfe
Structural Heart

WIR FÜR SIE



DR. CHRISTOPH RATH

Manager DACH
Health Economics & Reimbursement

Mobil: +49 170 - 33 39 519



JANNIS RADELEFF

Head of Health Economics &
Reimbursement DACH

Telefon: +49 (0) 6196 7711-144

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

Weitere Informationen und Kodierhinweise finden Sie unter:

www.cardiovascular.abbott/int/en/hcp/reimbursement/europe.html

Rechtlicher Hinweis: Dieses Material und die darin enthaltenen Informationen dienen nur allgemeinen Informationszwecken und sind nicht als Rechts-, Vergütungs-, Geschäfts-, klinische oder sonstige Beratung gedacht und stellen keine dar. Darüber hinaus ist weder eine Zusicherung oder Garantie für eine Vergütung, Zahlung oder Belastung beabsichtigt oder garantiert, noch dass eine Rückerstattung oder andere Zahlung erfolgen wird. Es ist nicht beabsichtigt, die Vergütung durch einen Kostenträger zu erhöhen oder zu maximieren. Ebenso sollte nichts in diesem Dokument als Anleitung zur Auswahl eines bestimmten Kodes angesehen werden, und Abbott befürwortet oder garantiert nicht die Korrektheit der Verwendung eines bestimmten Kodes. Die letztendliche Verantwortung für die Kodierung und den Erhalt der Vergütung verbleibt beim Kunden. Dies schließt die Verantwortung für die Genauigkeit und Richtigkeit aller Kodierungen und Ansprüche ein, die an Drittzahler übermittelt werden. Darüber hinaus sollte der Kunde beachten, dass Gesetze, Vorschriften und Vergütungsrichtlinien komplex sind und häufig aktualisiert werden, und der Kunde sollte sich daher häufig bei seinen örtlichen Kostenträgern erkundigen und sich an einen Rechtsbeistand oder einen Finanz-, Kodierungs- oder Kostenerstattungsspezialist für alle Fragen im Zusammenhang mit Kodierung, Abrechnung, Kostenerstattung oder damit zusammenhängenden Problemen wenden. Dieses Material reproduziert Informationen nur zu Referenzzwecken. Es wird nicht für Marketingzwecke bereitgestellt oder autorisiert.

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

IHR ANSPRECHPARTNER

Abbott Medical GmbH

Schanzenfeldstrasse 2

35578 Wetzlar

Tel: +49 6441 87075 0

ACHTUNG: Produkte dürfen nur von einem Arzt oder unter dessen Anleitung verwendet werden. Es ist wichtig, vor der Verwendung sorgfältig die Packungsbeilage in der Produktverpackung (falls vorhanden) oder auf vascular.eifu.abbott oder medical.abbott/manuals zu lesen für detaillierte Informationen über Indikationen, Kontraindikationen, Warnungen, Vorsichtsmaßnahmen und mögliche Komplikationen, die bei der Verwendung dieses Produkts auftreten können. Dieses Material ist nur für die Nutzung von medizinischem Fachpersonal gedacht.

Hierin enthaltene Informationen sind ausschließlich zur Veröffentlichung in Deutschland bestimmt.

Archivierung der Daten und Fotoaufnahmen durch Abbott Medical.

Abbott Medical

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

™ kennzeichnet eine Marke der Abbott Unternehmensgruppe.

www.cardiovascular.abbott

© 2024 Abbott. Alle Rechte vorbehalten. MAT-2314806 v1.0

