



Abbott

2019

KODIERLEITFADEN
KORONARINTERVENTIONEN - PCI

UNSERE MISSION

Leben Sie nicht einfach nur länger, sondern besser

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

UNSER ANLIEGEN

Wir möchten Sie bei Ihrer täglichen Arbeit unterstützen

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



INHALT

Die wichtigsten Diagnosenkodes (ICD-10)	4
Relevante Prozedurenkodes (OPS)	5
Gruppierungsalgorithmus (DRG) für PCI	7
DRGs für FFR	10
DRGs für OCT	11
DRGs für CTO	12
DRGs für renale Denervation	14

ANHANG

DRG-Liste	16
Glossar/Abkürzungen	20
Wir für Sie	23

PERKUTANE KORONARINTERVENTION: MEDIKAMENTENFREISETZENDE STENTS

Hauptdiagnose

Die Kodierung der dem Behandlungsfall zugrunde liegenden Diagnosen erfolgt gemäß der International Classification of Diseases (ICD-10 GM 2019). Hier sind im Wesentlichen die Diagnosegruppen „Koronare Herzkrankheit“, „Angina pectoris“ und „akuter Myokardinfarkt“ von Bedeutung. Die nachfolgenden Tabellen zeigen eine Auswahl der wichtigsten ICD-Kodes der aktuellen Version 2019.

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

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

ICD	ICD-TEXT
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand
I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand
I21.2	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen
I21.3	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation
I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt
I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet

Prozeduren

Medikamentenfreisetzende Stents werden im Klassifikationssystem des OPS mit Schlüsselnummern aus dem Kapitel 8-837.m ff. (Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen; Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents) kodiert.

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

8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	8-837.m	Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents	- 0	Ein Stent in eine Koronararterie
				- 1	2 Stents in eine Koronararterie
				- 2	2 Stents in mehrere Koronararterien
				- 3	3 Stents in eine Koronararterie
				- 4	3 Stents in mehrere Koronararterien
				- 5	4 Stents in eine Koronararterie
				- 6	4 Stents in mehrere Koronararterien
				- 7	5 Stents in eine Koronararterie
				- 8	5 Stents in mehrere Koronararterien
				- 9	Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie
				- a	Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien
				- x	Sonstige

Dabei ist es nicht relevant, dass die zu kodierenden Stents tatsächlich im Patienten verblieben sind, sondern entscheidend ist die Tatsache, dass der zur Kodierung kommende Stent in die Gefäßbahn des Patienten eingebracht wurde. Ein misslungener Versuch der Stentimplantation kann demnach auch im Konsens mit den Kodierungsempfehlungen der SEG 4 (Sozialmedizinische Expertengruppe 4, Empfehlung 354)¹ kodiert werden.

Gemäß den Hinweisen im OPS-Katalog ist die Art der medikamentenfreisetzenden Stents gesondert zu kodieren. Hierfür stehen im OPS-System 2019 folgende Codes ohne Gruppierungsrelevanz zur Verfügung:

¹ <https://www.mdk.de/Leistungserbringer/Kodierungsempfehlungen>

OPS	ZUSATZINFORMATIONEN ZU MATERIALIEN: ART DER MEDIKAMENTEFREISETZENDEN STENTS ODER OPD-SYSTEME
8-83b.00	ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer
8-83b.01	Biolimus-A9-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer
8-83b.03	Paclitaxel-freisetzende Stents oder OPD-Systeme ohne Polymer
8-83b.05	Paclitaxel-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit biologisch abbaubarer Polymerbeschichtung
8-83b.06	Paclitaxel-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer
8-83b.07	Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme ohne Polymer
8-83b.08	Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer
8-83b.09	Tacrolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme
8-83b.0a	Pimecrolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit biologisch abbaubarer Polymerbeschichtung
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
8-83b.0d	Novolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit biologisch abbaubarer Polymerbeschichtung
8-83b.0e	Novolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer
8-83b.0f	Biolimus-A9-freisetzende Stents oder OPD-Systeme ohne Polymer
8-83b.0x	Sonstige

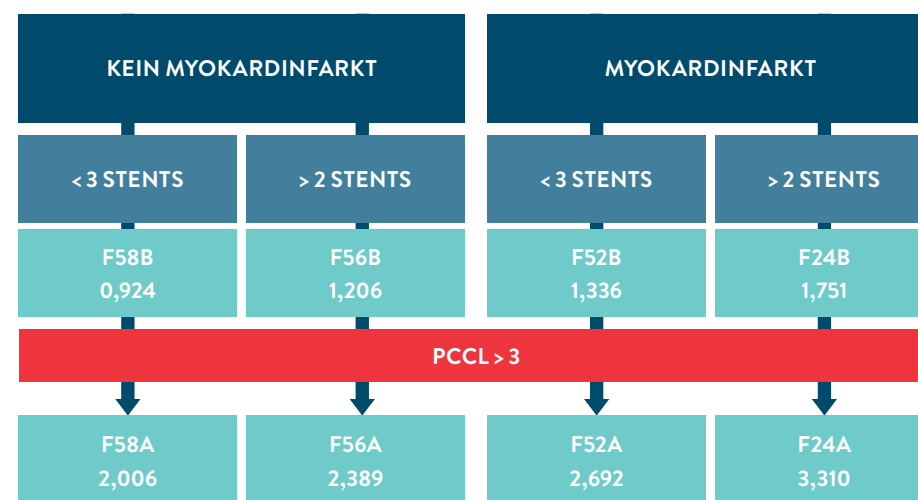
Alternativ existieren auch noch weitere OPS-Gruppen für medikamentenfrei-setzende Stents, welche in der letzten OPS-Stelle ebenfalls nach demselben Schema wie die OPS-Kodes aus 8-837.m ff. differenziert werden.

OPS	OPS-TEXT 2019
8-83d.0 ff.	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronar-gefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden bioresorbierbaren Stents
8-83d.2 ff.	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronar-gefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden selbstexpandierenden Stents

Die G-DRG-Gruppierung erfolgt auch im Jahr 2019 im Wesentlichen anhand der Kriterien der Hauptdiagnosen, des patientenbezogenen Gesamtschweregrades (PCCL) und anhand der Anzahl der kodierten Stents. Dabei werden bare metal stents und drug eluting stents identisch eingruppiert.

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

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



DRG-GRUPPIERUNG

Mit dem G-DRG-System 2019 haben sich bei inhaltlich unveränderter Struktur und Inhalten der relevanten G-DRG-Pauschalen als Folge der aktuellen Kalkulationsrunde die Bewertungsrelationen erneut verändert. Die nachfolgende Tabelle zeigt Bewertungsrelationen und Erlöse neben den unteren Grenzverweildauern (1. Tag mit Abschlag) und den unteren Grenzverweildauer-Abschlägen für die beiden G-DRG-Systeme 2018 und 2019.

Während im Vorjahr trotz der Abwertungstendenz sachkostenlastiger Leistungen beim InEK eine zum Teil deutliche Aufwertung der PCI-DRGs stattgefunden hatte, finden sich für alle relevanten G-DRGs für die PCI für das Jahr 2019 eine moderate

Abwertung von ca. zwei Prozent. Die vergleichende Situation zeigt die nachfolgende Tabelle unter Berücksichtigung der jeweiligen Basisfallwerte des Abrechnungsjahres.

GDRG	F24A	F24B	F52A	F52B	F56A	F56B	F58A	F58B
BWR 2018	3,217	1,729	2,688	1,371	2,552	1,238	2,012	0,954
Erlös 2018	11.154 €	5.995 €	9.320 €	4.754 €	8.849 €	4.293 €	6.976 €	3.308 €
uGVD 2018*	4	1	3	1	3	1	2	1
Abschlag 2018	0,45	0,723	0,512	0,486	0,399	0,379	0,46	0,308
BWR 2019	3,31	1,751	2,692	1,336	2,389	1,206	2,006	0,924
Erlös 2019	11.734 €	6.207 €	9.543 €	4.736 €	8.469 €	4.275 €	7.111 €	3.276 €
uGVD 2019*	4	1	3	1	2	1	2	1
Abschlag 2019	0,469	0,775	0,517	0,535	0,489	0,384	0,464	0,296
Diff. Erlös	586 €	212 €	230 €	-18 €	-376 €	-17 €	138 €	-32 €
Diff. Erlös %	5,26 %	3,54 %	2,47 %	-0,37 %	-4,25 %	-0,40 %	1,99 %	-0,98 %

*Erster Tag mit Abschlag

Erlösberechnung 2018 mit Bundesbasisfallwert 2018: 3.467,30 €

Erlösberechnung 2019 mit Bundesbasisfallwert 2019: 3.544,97 €

F24A	PT Kor.angiopl. mit kompl. Diagn. u. hochkompl. Interv. oder mit Angiopl. Alter > 15 J., mit auß. schw. CC
F24B	PT Kor.angiopl. mit kompl. Diagn. u. hochkompl. Interv. oder mit Angiopl., Alter > 15 J., ohne auß. schw. CC
F52A	PT Kor.angiopl. mit kompl. Diagn., mit auß. schw. CC
F52B	PT Kor.angiopl. mit kompl. Diagn., ohne auß. schw. CC oder mit intrak. Brachyth., best. Interv.
F56A	PT Kor.angiopl. mit best. hochkompl. Interv., mit auß. schw. CC
F56B	PT Kor.angiopl. mit hochkompl. Interv., ohne best. hochkompl. Inter., ohne auß. schw. CC, oder Kryoplastie
F58A	PT Kor.angiopl. mit auß. schw. CC
F58B	PT Kor.angiopl. ohne auß. schw. CC

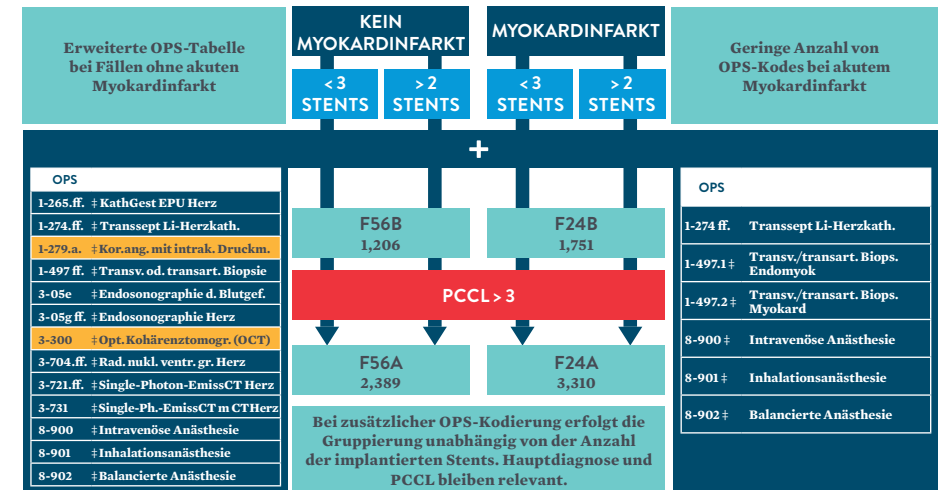
ZUSATZENTGELT ZE101

Das bundeseinheitlich bewertete Zusatzentgelt ZE101 ist nach der Anzahl der implantierten Koronarstents differenziert. Dabei werden die in der Kalkulation der entsprechenden G-DRGs nicht ausreichend berücksichtigten Kosten aufgefangen. Das Zusatzentgelt kann und soll dabei nicht die vollständigen Sach- und Personalkosten des Verfahrens abbilden, sondern stellt nur eine Ergänzung der in den jeweiligen G-DRGs bereits berücksichtigten Kosten dar.

Die aktuelle Staffelung und die entsprechenden Erlöse des ZE101 zeigt die nachfolgende Tabelle.

ZUSATZ-ENTGELD	OPS-KODE	ZE-TEXT	BEWERTUNG
ZE101.01	8-837.m0	Ein Stent in eine / mehrere Koronararterien	62,06 €
ZE101.02	8-837.m1 / m2	2 Stents in eine / mehrere Koronararterien	124,12 €
ZE101.03	8-837.m3 / m4	3 Stents in eine / mehrere Koronararterien	186,18 €
ZE101.04	8-837.m5 / m6	4 Stents in eine / mehrere Koronararterien	248,24 €
ZE101.05	8-837.m7 / m8	5 Stents in eine / mehrere Koronararterien	310,30 €
ZE101.06	8-837.m9 / ma	> 5 Stents in eine / mehrere Koronararterien	372,36 €

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



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

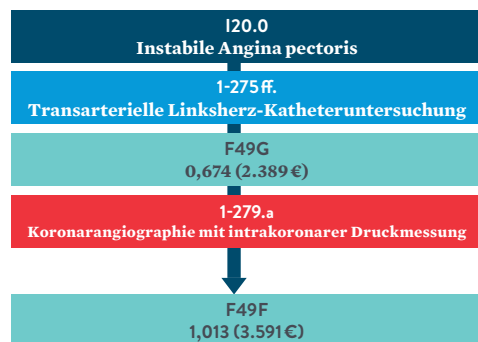
FRAKTIONELLE FLUSSRESERVE (FFR)

Die OPS-Kodierung der Bestimmung der FFR erfolgt auch im Jahr 2019 weiterhin mit dem OPS-Kode 1-279.a.

OPS	OPS-TEXT 2019
1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit intrakoronarer Druckmessung Inkl.: Bestimmung der fraktionellen myokardialen Flussreserve (FFRmyo)

Eine Gruppierungsrelevanz für den OPS-Kode 1-279.a besteht in mehreren G-DRG-Pauschalen des Jahres 2019. In den meisten Fällen ist diese Gruppierungsrelevanz jedoch theoretisch, da die gleichzeitige Kodierung der in diesem Rahmen immer durchgeführten Koronarangiographie bereits aufwertend wirkt. Die zusätzliche Durchführung und Kodierung der Messung der fraktionellen Flussreserve führt dann nicht zu weiterer Erlössteigerung.

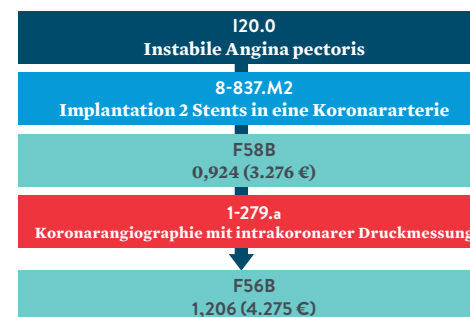
Bedeutsam ist die Aufwertung in der Basis-DRG F49 (Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt) für die interventionelle Koronar-diagnostik. Hier erfolgt bei Durchführung der Katheterdiagnostik und Messung der fraktionellen myokardialen Flussreserve eine Aufwertung des Falles.



F49F: Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne kompl. Diagnose, mit best. Eingr.

F49G: Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne kompl. Diagnose, ohne best. Eingr.

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



F58B: Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC

F56B: Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie.

Im Vergleich zum Vorjahr steigt die Aufwertung durch die Messung der fraktionellen myokardialen Flussreserve im Zusammenhang mit der Linksherzkatheter-Diagnostik dabei an. Bei einer Bewertung der G-DRGs der beiden Systeme mit dem jeweiligen Bundesbasisfallwert des entsprechenden Abrechnungsjahres ergibt sich folgendes Bild:

	Linksherzkatheter F49G		+ FFRmyo F49F	AUFWERTUNG
BWR 2018	0,707	▶	0,932	780 €
Erlös 2018	2.451 €		3.232 €	
BWR 2019	0,674	▶	1,013	1.202 €
Erlös 2019	2.389 €		3.591 €	

OPTISCHE KOHÄRENZTOMOGRAPHIE (OCT)

Die OPS-Kodierung der optischen Kohärenztomographie erfolgt auch im Jahr 2019 weiterhin mit dem OPS-Kode 3-300.1.

OPS	OPS-TEXT 2019
3-300.1	Optische laserbasierte Verfahren: Optische Kohärenztomographie [OCT]: Koronargefäße

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

CTO-REKANALISATION

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

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

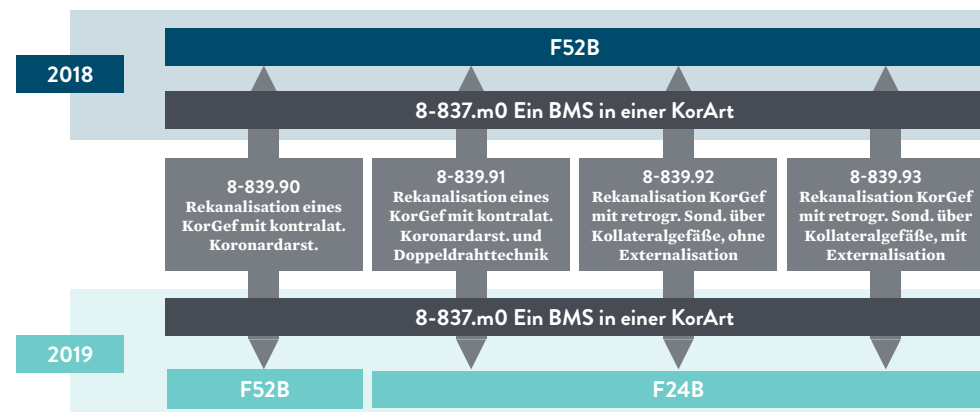
Die Rekanalisation organisierter Koronarverschlüsse wirkt auch im Jahr 2019 aufwertend im Zusammenhang mit unterschiedlichen Konstellationen der koronaren Intervention. Dabei werden Fälle mit Doppeldrahttechnik bzw. retrograder Sondierung über Kollateralgefäße durch Verschiebung in die Basis-DRG F24 noch einmal deutlich aufgewertet. Basis ist dabei immer die zusätzliche Implantation mindestens eines koronaren Stents. Die folgende Abbildung zeigt das neue Gruppierungskriterium in der Basis-DRG F24.

OPS	PR KORONARGEFÄSSREKANALISATION UNTER VERWENDUNG SPEZIELLER TECHNIKEN (II) (F24-V9)
8-839.91	Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit kontralateraler Koronardarstellung und Doppeldrahttechnik
8-839.92	Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit retrograder Sondierung über die Kollateralgefäße, ohne Externalisation
8-839.93	Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit retrograder Sondierung über die Kollateralgefäße, ohne Externalisation

+

OPS	PR KORONARGEFÄSSREKANALISATION UNTER VERWENDUNG SPEZIELLER TECHNIKEN (II) (F24-V9)
8-837.k*	Einlegen BMS
8-837.m*	Einlegen DES
8-837.w*	Einlegen beschichteter Stent
8-83d.0*	Einlegen bioresorbierbaren DES
8-83d.1*	Einlegen selbstexpand. Stent
8-83d.2*	Einlegen selbstexpandierenden DES

Fälle ohne Koronarstent oder mit einer Leistung im Sinne des OPS-Kodes 8-839.90 (Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit kontralateraler Koronardarstellung) werden demnach auch weiterhin in die Basis-DRG F52 eingestuft.



RENALE DENERVATION

Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose im Zusammenhang mit der Behandlung der arteriellen Hypertonie wird aus den ICD-Kapiteln I10 bis I15 gewählt. In der letzten Stelle des ICD-Kodes wird das Vorliegen einer hypertensiven Krise dokumentiert.

Beim Vorliegen einer endsprechenden Endorganinsuffizienz (Herz- bzw. Niereninsuffizienz) werden die ICD-Kodes für die jeweilige Organinsuffizienz immer vor dem ICD-Kode für die hypertensive Herz- bzw. Nierenkrankheit kodiert.

I10 ff.	ESSENTIELLE (PRIMÄRE) HYPERTONIE
I10.0 -	Benigne essentielle Hypertonie
I10.1 -	Maligne essentielle Hypertonie
I10.9 -	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet
I11 ff.	HYPERTENSIVE HERZKRANKHEIT
I11.0 -	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz
I10.9 -	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz
I12 ff.	HYPERTENSIVE NIERENKRANKHEIT
I12.0 -	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz
I12.9 -	Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz
I13 ff.	HYPERTENSIVE HERZ- UND NIERENKRANKHEIT
I13.0 -	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz
I13.1 -	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz
I13.2 -	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz
I13.9 -	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet
I15 ff.	SEKUNDÄRE HYPERTONIE
I15.0 -	Renovaskuläre Hypertonie
I15.1 -	Hypertonie als Folge von sonstigen Nierenkrankheiten
I15.2 -	Hypertonie als Folge von endokrinen Krankheiten
I15.8 -	Sonstige sekundäre Hypertonie
I15.9 -	Sekundäre Hypertonie, nicht näher bezeichnet

- 0: OHNE ANGABE EINER HYPERTENSIVEN KRISE
- 1: MIT ANGABE EINER HYPERTENSIVEN KRISE

Prozedur

Für die renale Ablation steht je nach Technik ein OPS-Kode der folgenden Tabelle zur Verfügung.

OPS	OPS-TEXT
8-83c.51	Andere (perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ablation über die A. renalis: Ultraschallablation
8-83c.52	Andere (perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ablation über die A. renalis: Nicht gekühlte Radiofrequenzablation
8-83c.53	Andere (perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ablation über die A. renalis: Gekühlte Radiofrequenzablation
8-83c.5x	Andere (perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ablation über die A. renalis: Sonstige

DRG-Gruppierung

Bis zum G-DRG-Jahr 2018 existierte für die G-DRG-Gruppierung dieser Fälle eine exklusive G-DRG F19D (Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter > 17 Jahre). Dieser G-DRG-Split wird für das Jahr 2019 gelöscht, sodass Fälle mit renaler Denervation zukünftig mit einer Aufwertung in die G-DRG F19C verschoben werden:

KODES	TEXT		
I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise		
8-83c.52	Ablation über die A. renalis: Nicht gekühlte Radiofrequenzablation		
DRG	BWR	DRG	BWR
F19D	1,787	F19C	1,934
6.335 €		6.856 €	
1. Tag Abschlag	1	1. Tag Abschlag	1
Abschlag/Tag	0,577 (2.045 €)	Abschlag/Tag	0,563 (1.996 €)
521 € (8,2 %)			

ANHANG

Wichtige G-DRG-Pauschalen für die perkutane Koronarintervention

G-DRGs für aufwändige koronare Interventionen und renale Denervation

G-DRG	BEZEICHNUNG	Kat-BWR	Tag 1 Abschl.	Abschl./ Tag	Tag 1 Zuschl.	Zuschl./ Tag
F19A	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC	3,655	3	0,521	25	0,126
F19C	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre	1,934	1	0,563	11	0,106

G-DRGs für koronare Stentimplantation bei akutem Myokardinfarkt

G-DRG	BEZEICHNUNG	Kat-BWR	Tag 1 Abschl.	Abschl./ Tag	Tag 1 Zuschl.	Zuschl./ Tag
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit Angioplastie, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC	3,31	4	0,469	27	0,116
F24B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit Angioplastie, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC	1,751	1	0,775	12	0,105
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC	2,692	3	0,517	27	0,11
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention	1,336	1	0,535	11	0,104

G-DRGs für koronare Stentimplantation außer bei akutem Myokardinfarkt

G-DRG	BEZEICHNUNG	Kat-BWR	Tag 1 Abschl.	Abschl./ Tag	Tag 1 Zuschl.	Zuschl./ Tag
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC	2,389	2	0,489	20	0,106
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie	1,206	1	0,384	9	0,089
F58A	Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC	2,006	2	0,464	21	0,099
F58B	Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC	0,924	1	0,296	8	0,088

G-DRGs für Linksherzkatheterdiagnostik

G-DRG	BEZEICHNUNG	Kat-BWR	Tag 1 Abschl.	Abschl./ Tag	Tag 1 Zuschl.	Zuschl./ Tag
F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC	2,813	4	0,491	25	0,119
F41B	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC	1,042	1	0,529	12	0,096

G-DRG	BEZEICHNUNG	Kat-BWR	Tag 1 Abschl.	Abschl./ Tag	Tag 1 Zuschl.	Zuschl./ Tag
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, mit komplexem Eingriff oder Alter < 10 Jahre	3,812	5	0,563	34	0,142
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, ohne komplexen Eingriff, Alter > 9 Jahre	3,055	4	0,55	31	0,117
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre	1,29	1	0,19	6	0,202
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, mit schweren CC, mehr als ein Belegungstag	1,862	3	0,389	25	0,086
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne schwere CC bei BT > 1, mit kardialen Mapping oder bestimmter komplexer Diagnose	1,22	1	0,522	12	0,105
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr.	1,013	1	0,408	14	0,081
F49G	Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinf., ohne auß. schw. CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Eingriff	0,674	1	0,27	9	0,085

GLOSSAR/ABKÜRZUNGEN

ABSCHL./TAG

Abschlag pro Tag bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer

BMS

Bare metal stent (nicht medikamentenfreisetzender Stent)

CC

Comorbidities and Complications (Berechnungsbasis für den PCCL-Wert)

CTO

Chronic Total Occlusion (Chronischer Totalverschluss)

DES

Drug eluting stent (medikamentenfreisetzender Stent)

DIMDI

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

DRG

Diagnosis Related Group

FFR

Fraktionale Flussreserve

ICD-10-GM

International Classification of Diseases 10, German Modification

KAT-BWR

Katalog-Bewertungsrelation

MDC

Major Diagnosis Category (Hauptdiagnosekategorie)

OCT

Optical Coherence Tomography (Optische Kohärenztomografie)

OPS

Operationenschlüssel (Prozedurenklassifikationssystem)

PCCL

Patient Comorbidity and Complexity Level (fallbezogener Gesamtschweregrad)

PCI

Percutaneous Coronary Intervention (Perkutaner Koronareingriff)

TAG 1 ABSCHL.

Erster Tag mit Abschlag bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer

TAG 1 ZUSCHL.

Erster Tag mit Zuschlag bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer

ZE

Zusatzentgelt

ZUSCHL./TAG

Zuschlag pro Tag bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer

WIR FÜR SIE



DR. CHRISTOPH RATH

Manager DACH

Health Economics & Reimbursement

Mobil: +49 170 - 33 39 519



JANNIS RADELEFF

Senior Manager DACH

Health Economics & Reimbursement

Mobil: +49 151 – 46 14 62 63

ABBOTT MEDICAL

Abbott Medical GmbH | Schanzenfeldstraße 2 | D-35578 Wetzlar

ACHTUNG: Produkte dürfen nur von einem Arzt oder unter dessen Anleitung verwendet werden. Es ist wichtig, vor der Verwendung sorgfältig die Packungsbeilage mit Gebrauchsanweisung, Warnhinweisen und den möglichen Komplikationen zu lesen, die bei der Verwendung des Produkts auftreten können. Hierin enthaltene Informationen sind ausschließlich zur Veröffentlichung in Deutschland bestimmt.

© 2019 Abbott. Alle Rechte vorbehalten. 1-GE-1-8968-02 01-2019

