



Abbott



2021

KODIERLEITFADEN
GEFÄSSINTERVENTIONEN – PTA

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

Allgemeine Veränderung für das aG-DRG-System 2021	4
Kodierung peripherer Gefäßinterventionen bei PAVK	11
Hauptdiagnosekodierung	11
Nebendiagnosekodierung	12
Prozedurenkodierung	13
PTA und Stentimplantation 2021	17
Entwicklung der Bewertungsrelationen	18
Veränderung der unteren Grenzverweildauern	19
Gruppierungsschema PTA und Stentimplantationen 2021	21
Exemplarische Änderungen für PTA und Stent gestützte Verfahren	23
aG-DRG-Gruppierung sonstiger interventioneller Verfahren	29
Atherekтомie unter Embolieprotektion	31
Medikamentefreisetzende Ballons	33
Großlumiger Gefäßverschlusskörper	34

ANHANG

Wichtige aG-DRG-Pauschalen für Gefäßinterventionen bei PAVK	40
ZE-Liste	41
Glossar / Abkürzungen	43
Wir für Sie	45

ALLGEMEINE VERÄNDERUNG FÜR DAS AG-DRG-SYSTEM 2021

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

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

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

Pflegepersonalkostenausgliederung

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

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

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

PCCL-Systematik

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

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

Die Ermittlung der Einzelschweregrade der ICD-Kodes für Nebendiagnosen erfolgt jährlich durch das InEK im Rahmen der Kalkulation des neuen DRG-Systems. Für das Jahr 2021 wurden fast 2.000 ICD-Kodes erneut einer Prüfung hinsichtlich der Schweregrade unterzogen. In den allermeisten Fällen kam es infolge dieser Prüfung zu einer Abwertung von Schweregraden. Diese führen oftmals dazu, dass Fälle, welche aufgrund der kodierten Nebendiagnosen im Jahr 2020 noch eine durch einen höheren Schweregrad ausgelöste DRG erreichten, im Jahr 2021 aufgrund des abgesunkenen PCCL-Wertes in einer geringer bewertete Pauschale eingruppiert werden. Das nachfolgende Beispiel zeigt die Auswirkung der Abwertung der Abwertung aller drei Nebendiagnosen in der Basis-DRG F59 mit nachfolgender Abwertung des Behandlungsfalles zum Jahr 2021.

ICD	TEXT	CCL 2020	CCL 2021
170.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	4	3
N17.92	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2	3	2
B96.5!	Pseudomonas und andere Nonfermenter als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind	2	1
165.2	Verschluss und Stenose der A. carotis		
8-840.0s	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medika- mente-freisetzenden Stents: Ein Stent: Arterien Oberschenkel		
		PCCL = 4	PCCL = 3

RG 20	BWR	DRG 2021	BWR
F59A	2,697	F59E	0,927
9.924 €		3.5137 €	
1. Tag Abschlag	5	1. Tag Abschlag	1
Abschlag/Tag	0,316 (1163 €)	Abschlag/Tag	0,225 (828 €)
3.5137 €			

F59A	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC
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

Die Ursache der Abwertung vieler Nebendiagnosen ist multifaktoriell. Die hohe Anzahl an Veränderungen zum kommenden Jahr 2021 beruht aber im Wesentlichen auf der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus der DRG-Kalkulation. Da viele Nebendiagnosen in der Vergangenheit nur deshalb eine Aufwertung ermöglichten, weil die anhand dieser Nebendiagnosen in der Kalkulation identifizierten Mehrkosten überwiegend oder ausschließlich Pflegekosten waren, können dieselben Nebendiagnosen ohne Berücksichtigung der Pflegekosten im DRG-System 2021 nicht mehr als Kostentrenner identifiziert werden. Eine derartige Umsetzung wäre grundsätzlich auch bereits im Vorjahr möglich gewesen, aus Gründen des erheblichen Umfangs der Systemüberarbeitung konnten aber nicht alle derartigen Aspekte für das Jahr 2020 vom InEK berücksichtigt werden.

Gerade in der Angiologie sind Nebendiagnosen sehr häufig relevant für die Erlösfindung, wobei die Schwelle zur Erlössteigerung regelhaft zwischen 3 und 4 liegt.

Bundesbasisfallwert

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

Aus diesem Grunde liegt zum Jahreswechsel 2020/21 noch kein aktueller Bundesbasisfallwert vor. Für die Gruppierungsbeispiele dieser Zusammenstellung werden Fälle des Jahres 2020 immer mit dem in diesem Jahr gültigen Bundesbasisfallwert bewertet. Dieser beläuft sich auf 3.679,62 €. Für das Jahr 2021 erfolgt behelfsweise eine Berechnung mit einem Basisfallwert, welcher durch eine Erhöhung des alten Wertes um die

2,53% des Veränderungswertes 2021¹ ermittelt wurde und somit bei 3.772,71 € liegt. Es ist davon auszugehen, dass der endgültige Wert hiervon abweichen wird, da mit der Umstellung der Berechnung die automatische Anwendung des Veränderungswertes auf den Bundesbasisfallwert aufgehoben wird. Insofern dienen die hier dargestellten Erlöse letztlich einer Verdeutlichung der aus den fixierten und endgültigen Bewertungsrelationen der DRGs resultierenden pekuniären Ergebnisse.

Normative Eingriffe in die operative Systementwicklung

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

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

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

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

Erste Ansätze zur Abbildung von COVID-19 Fällen

Eine Kalkulation von durch die COVID-19-Pandemie sich ergebenden Auswirkungen auf die stationäre Leistungserbringung sowie die dahinter zu kalkulierenden Kostenstrukturen durch das InEK ist aktuell noch nicht möglich. Aufgrund des immer zweijährigen Verzugs zwischen Leistungserbringung und daraus resultierendem DRG-System liegen die relevanten Daten dem InEK frühestens für die Kalkulation des DRG-Systems 2022 vor. Trotzdem hat das InEK bereits einige Mechanismen im DRG-System 2021 etabliert, welche die Abbildung dieser Fälle verbessern sollen. Dabei erfolgte bereits ohne konkrete Kalkulationsdaten eine Bewertung von COVID-ICD-Kodes im Schweregradsystem. COVID-Fälle können dadurch im Rahmen einer PCCL-Aufwertung im Folgejahr teilweise höher bewertete DRGs erreichen.

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

Das MDK-Reformgesetz

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

Prüfquoten und Strafzahlungen

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

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

Für die hier nicht weiter quantifizierbaren Strafzahlungen, also die auf die Rückzahlungssumme an die Klinik aufzuschlagenden Zuschläge gilt ebenfalls

der Zusammenhang zwischen sinkendem Anteil nicht beanstandeter Rechnungen und der Erhöhung des Strafaufschlags.

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

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

Rechnungskorrekturen

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

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

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

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

MDK-Reformgesetz

- Voraussichtlich endgültiger Wegfall von nachträglichen Rechnungskorrekturen
- Prüfquoten und Strafzahlungen in Abhängigkeit des Anteils unbeanstandeter Rechnungen
- OPS-Strukturprüfungen für Komplexkodes
(z. B. intensivmedizinische Komplexbehandlung)

Erste Ansätze zur Abbildung von COVID-19 Fällen

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

PCCL-Systematik

Erneut Abwertung vieler Nebendiagnosen für die Berechnung des PCCL mit Abwertung vieler typischer kardiologischer Konstellationen in der angiologischen Diagnostik und Therapie peripherer Läsionen.

Pflegepersonalkostenausgliederung

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

KODIERUNG PERIPHERER GEFÄSSINTERVENTIONEN BEI PERIPHERER ARTERIELLER VERSCHLUSSKRANKHEIT

Die korrekte Vergütung stationärer Behandlungsfälle im aG-DRG-System 2021 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 2021 kodiert?

Hauptdiagnosekodierung

Folgende Hauptdiagnosen kommen im Zusammenhang mit der PAVK im Katalog der ICD-10-GM 2021² infrage:

Tab. 1: Diagnosecodes der ICD-10-GM 2021 für die Kodierung der PAVK

ICD	ATHEROSKLEROSE DER EXTREMITÄTENARTERIEN	FONTAINE STADIUM
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 1014³)

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 der Krankenversicherung (MDK) 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.

Prozedurenkodierung⁴

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.

**Tab. 2: OPS-Kodierung perkutan-transluminaler Gefäßinterventionen
(Auswahl ohne Embolisation)**

PERKUTAN-TRANSLUMINALE GEFÄSSINTERVENTION	UNTER- SCHENKEL	BYPASS	ABDOMINAL / PELVIN	OBER- SCHENKEL
Ballon-Angioplastie	8-836.0c	8-836.0e	8-836.0r	8-836.0s
Blade-Angioplastie	8-836.1c	8-836.1e	8-836.1j	8-836.1k
Laser-Angioplastie	8-836.2c	8-836.2e	8-836.2j	8-836.2k
Atherektomie	8-836.3c	8-836.3e	8-836.3j	8-836.3k
Fremdkörperentfernung	8-836.6c	8-836.6e	8-836.6j	8-836.6k
Selektive Thrombolyse	8-836.7c	8-836.7e	8-836.7j	8-836.7k
Thrombektomie	8-836.8c	8-836.8e	8-836.8j	8-836.8k
Rotationsthrombektomie	8-836.pc	8-836.pe	8-836.pj	8-836.pk
Kryoplastie	8-836.rc	8-836.re	8-836.rj	8-836.rk
Rotationsatherektomie	8-83c.fc	8-83c.fe	8-83c.f9	8-83c.fb

Tab. 3: OPS-Kodierung perkutan-transluminaler Stent-Implantationen ohne spezifische Lokalisation

OPS	PERKUTAN-TRANSLUMINALE IMPLANTATION
8-840 ff.	Nicht medikamentefreisetzende Stents
8-841 ff.	Medikamentefreisetzende Stents
8-842 ff.	Nicht medikamentefreisetzende gecoverte Stents (Stent-Graft)
8-843 ff.	Bioresorbierbare Stents
8-844 ff.	Selbstexpandierende Mikrostents
8-845 ff.	Ungecoverte Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]
8-846 ff.	Gecoverte Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]
8-847 ff.	Wachstumsstents
8-848 ff.	Medikamentefreisetzende 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™)

Tab. 4: Endstellige OPS-Kodierung perkutan-transluminaler Implantationen von Bare Metal Stents

(PERKUTAN-) TRANSLUMINALE IMPLANTATION VON NICHT MEDIKAMENTEFREISETZENDEN 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.

Tab. 5: Auswahl wichtiger Zusatzkodes

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 Stentretriever-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung
8-83b.c ff.	Verwendung eines Gefäßverschlussystems

Tab. 6: 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	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 2021 nicht, allerdings besteht die Möglichkeit, dass für diese OPS-Kodes Ende Januar 2021 ein positiver NUB-Bescheid ergeht.

PTA UND STENTIMPLANTATION 2021

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 2021 im Wesentlichen in die Basis-DRGs F59 und F14. An den grundsätzlichen, oben genannten Gruppierungskriterien ändert sich für das aG-DRG-Jahr 2021 primär nichts, jedoch ändern sich die Gruppierungsziele für viele Konstellationen durch eine Veränderung der DRG-Logik.

Für das Jahr 2021 wurden die Bewertungsrelationen der sechs weiterhin bestehenden aG-DRG-Splits in der Basis-DRG F59 im Rahmen der Kalkulation angepasst. Dabei ergibt sich für Fälle, welche auch weiterhin den hohen PCCL-Wert von vier erreichen in typischer Weise eine deutliche Aufwertung in den Fallpauschalen F14A und F59A, während in den übrigen DRGs Auf- und Abwertungen zu beobachten sind. Angesichts der für das Jahr 2021 deutlich veränderten Zuordnungslogik für Fälle mit angiologischer Therapie zu den einzelnen DRGs der Basis-DRG F14 und F59 kann aus der reinen Gegenüberstellung der Veränderungen der Bewertungsrelationen noch nicht auf eine Erlösentwicklung in der jeweiligen Klinik geschlossen werden.

Tab. 7: Entwicklung der Bewertungsrelationen⁵ und Erlöse 2020 - 2021

aG-DRG	F14A	F14B	F59A	F59B	F59C	F59D	F59E	F59F
BWR 2020	3,305	2,159	2,697	1,842	1,693	1,138	0,936	0,734
Erlös 2020	12.161 €	7.944 €	9.924 €	6.778 €	6.230 €	4.187 €	3.444 €	2.701 €
	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
BWR 2021	3,900	2,241	2,908	1,843	1,606	1,171	0,927	0,714
Erlös 2021	14.714 €	8.455 €	10.971 €	6.953 €	6.059 €	4.418 €	3.497 €	2.694 €
Δ BWR	0,595	0,082	0,211	0,001	-0,087	0,033	-0,009	-0,020
Δ Erlös	2.552 €	510 €	1.047 €	175 €	-171 €	230 €	53 €	-7 €
Δ Erlös %	21,0%	6,4%	10,6%	2,6%	-2,7%	5,5%	1,5%	-0,3%

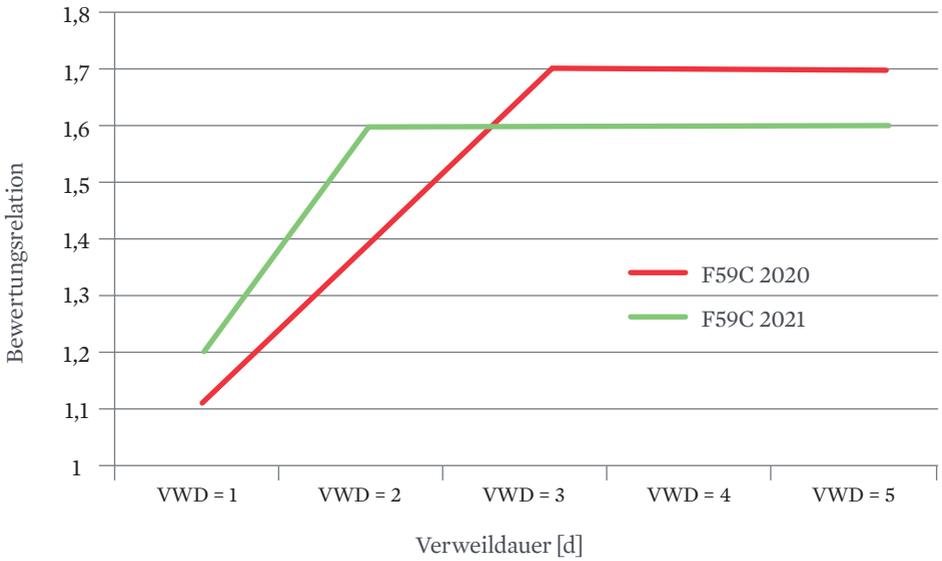
Speziell ist gerade bei Behandlungsfällen mit peripherer Gefäßintervention immer die Situation der Kurzlieger mit Entlassung unterhalb der unteren Grenzerweildauer der jeweiligen DRG zu betrachten. Im Spannungsgefüge zwischen den zum Teil relativ hohen unteren Grenzerweildauern und der im individuellen 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 Grenzerweildauer erfolgen muss.

Auch hier haben sich Änderungen vom Jahr 2020 zum 2021 ergeben. Die DRGs F14A und F59C zeigen jeweils abweichende Kurzliegervergütungen durch Absenken (F59C) bzw. Anheben (F14A) der unteren Grenzerweildauer und modifizierte Abschläge. Die nachfolgende Abbildung zeigt diese Sachverhalte tabellarisch und graphisch auf.

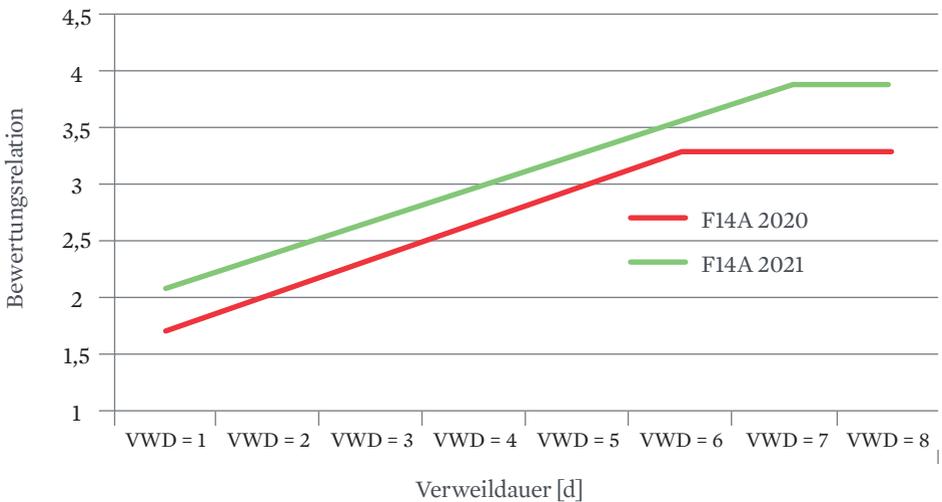
Abb. 1: Veränderung der unteren Grenzverweildauern und Kurzliegerbewertungen 2020 - 2021

aG-DRG	BEZEICHNUNG	Tag 1 mit Abschl. uGVD 2020	Tag 1 mit Abschl. uGVD 2021	Abschl./ Tag 2020	Abschl./ Tag 2021
F14A	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit äußerst schweren CC	5	6	0,316	0,300
F14B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe, ohne äußerst schwere CC	3	3	0,254	0,263
F59A	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC	5	5	0,316	0,337
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit aufwendiger Gefäßintervention, ohne äußerst schwere CC	1	1	0,601	0,543
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	2	1	0,288	0,404
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	1	0,271	0,274
F59E	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit bestimmtem anderen Eingriff oder bestimmtem Mehrfacheingriff oder PTA, mehr als ein Belegungstag, ohne aufwendigen oder bestimmten Eingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag	1	1	0,257	0,225
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	1	1	0,170	0,176

KURZLIEGERBEWERTUNG F59C | 2020 - 2021



KURZLIEGERBEWERTUNG F14A | 2020 - 2021



Gruppierungsschema PTA und Stentimplantation 2021

Das Eingruppierungsschema für Stent gestützte periphere Interventionen folgt den auf Seite 17 dargestellten Mechanismen. Alle Kriterien des Vorjahres bleiben hierbei grundsätzlich unverändert erhalten. Das aktuelle Gruppierungsschema zeigt die nachfolgende Abbildung.

Abb. 2: Gruppierungsschema häufiger peripherer Gefäßinterventionen in den Basis-DRGs F59 und F14

PCCL > 3	F59A 2,908 (10.971 €)						F59A 2,908 (10.971€)
			↑	↑	↑	↑	↑
170.20-23	F59F 0,714 (2.694€)	F59E 0,927 (3.497 €)	F59D 1,171 (4.418 €)		F59C 1,606 (6.059 €)		F59B 1,843 (6.953 €)
Aa.abd/pelv Aa. OS Gef-US Kü Gef.	PTA/1BMS PTA	2 St (1 DES) 1/2 St 1 St PTA	3/4 St	3/4 St 2 St	> 2 St 1 St	> 4 St > 4 St > 1 St	> 1 Stentgr.
	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
170.24	F59F 0,714 (2.694 €)	F59E 0,927 (3.497 €)	F14B 2,241 (8.455 €)	F59D 1,171 (4.418 €)	F59C 1,606 (6.059 €)	F14B 2,241 (8.455 €)	F59B 1,843 (6.953 €)
	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
170.25	F59D 1,171 (4.418 €)	F59D 1,171 (4.418 €)	F14B 2,241 (8.455 €)	F59D 1,171 (4.418 €)	F59C 1,606 (6.059 €)	F14B 2,241 (8.455 €)	F59B 1,843 (6.953 €)



AUCH IN DER aG-DRG F59B	
8-836.p. ff.	Rotationsthrombektomie
8-83b.4	Verw. hydrodyn. Thrombektomiesyst.
8-83b.8 ff.	Verw. Mikrodrahtretriever-System
8-842.*a	Stent-Graft (BMS): > 1 Stent: viszeral
8-848.*a	Stent-Graft (DES): > 1 Stent: viszeral
8-846.1a / q	> 1 gecov. CP-St.: visz. + abd / pelv.
8-84a.1a / q	> 1 gecov. großl. Stents visz + abd / perlv.

(BMS: Bare Metal Stent, DES: Drug Eluting Stent, ST: Stent. Unabhängig von der Freisetzung von Medikamenten, Stentgr.: Stentgraft)

Bei Implantation eines Stents am Oberschenkel wird unabhängig von der Art des Stents primär die aG-DRG F59E erreicht. In Analogie zum Vorjahr wird ein pelviner BMS abweichend in die aG-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 aG-DRG F59A. Bei einem niedrigeren PCCL-Wert wird beim Vorliegen einer Haupt- oder Nebendiagnose einer PAVK mit Gangrän die aG-DRG F59D erzielt.

Wird hingegen ein Stent in ein Bypassgefäß implantiert, so erreicht diese Konstellation unmittelbar die aG-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 aG-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.

Tab. 13: Inhalte der aG-DRG F59B im Jahr 2021

OPS	INHALT
8-836.p ff., 8-83c.f ff.	Rotationsthrombektomie, 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

EXEMPLARISCHE ÄNDERUNGEN FÜR PTA UND STENT GESTÜTZTE VERFAHREN

Mit dem aG-DRG-System 2021 ergeben sich gerade für den Bereich der interventionellen Angiologie viele Änderungen, wobei die Praxis zeigt, dass es sich hierbei in der Regel um Abwertungen angiologischer Leistungen handelt. Diese finden sich überwiegend in diesen Bereichen:

1. Abwertung von Implantationen eines oder mehrerer Stents an einer Lokalisation bzw. einem Applikationsdatum
2. Abwertung von Implantationen mehrerer Stents in Kombination unterschiedlicher Lokalisationen bzw. an unterschiedlichen Applikationsdaten

Abwertung von Implantationen eines oder mehrerer Stents an einer Lokalisation bzw. einem Applikationsdatum

Die meisten in der Praxis eingesetzten Stents sind auch weiterhin nicht medikamentenfreisetzende Modelle. Hierbei erfolgt die Eingruppierung in Abhängigkeit der Anzahl, der Lokalisation und des PAVK-Stadiums. Die nachfolgende Tabelle fasst die wesentlichen Änderungen für das System 2021 zusammen, wobei hier deutlich wird, dass selbst die Versorgung langstreckiger und/oder komplexer Stenosen Gegenstand der Abwertung sind.

Tab. 8: Migrationen Stentapplikation Übersicht

OPS	OPS-TEXT	2020	→	2021
8-840.0c	BMS: Ein Stent: Gefäße US (außer I70.25)	F59D	→	F59E
8-840.1q/s	BMS: Zwei Stents: Andere Aa. abd./Pelvin/OS (außer I70.25)	[1,138]	→	[0,927]
8-840.2c	BMS: Drei Stents: Gefäße US (I70.24, I70.25)	F14B	→	F59C
8-840.3c	BMS: Vier Stents: Gefäße US (I70.24, I70.25)	[2,159]	→	[1,606]
8-840.1c	BMS: Zwei Stents: Gefäße US (I70.24, I70.25)	F14B		F59D
		[2,159]		[1,171]

In der differenzierteren Sicht auf die beiden relevanten Basis-DRGs zeigt die nächste Tabelle die Kombination aus applizierter Anzahl und Applikationsort, welche in der Basis-DRG F59 zur Wanderung von Fällen aus der alten F59D in die neue F59E führen. Dabei gilt die Abwertung immer nur für die Kombination mit einer PAVK mit und ohne Ulcus, allerdings nicht für eine PAVK mit Gangrän (ICD I70.25). Diese führt auch für die nachfolgend benannten OPS-Kodes weiterhin zu einer Eingruppierung in die bisher gültige aG-DRG F59D.

Tab. 9: Abwertung geringerer Stentanzahlen F59D – F59E

	1 Stent		2 Stents		
	US	VV abd./pelv.	Aa abd./pelv.	Aa Os	Sonst.
BMS	8-840.0c	8-840.0r	8-840.1q	8-840.1s	8-840.1x
DES	8-841.0c	8-841.0r	8-841.1q	8-841.1s	8-841.1x
Biores. St.	8-843.0c	8-843.0r	8-843.1q	8-843.1s	8-843.1x
Flowdiverter	8-84b.0c	8-84b.0r	8-84b.2q	8-84b.2s	8-84b.2x
Aus Einzdr. verw. Nitinolstents	8-84d.0c	8-84d.1q	8-84d.1s	8-84d.1x	

Die Erweiterung der Ausschlusstabelle für die Basis-DRG F14 führt zur Abwertung der nachfolgend dargestellten OPS-Kodes.

Tab. 10: Abwertung komplexer Fälle aus der Basis-DRG F14

	Künstl. Gefäße	Gefäße US			Aa. OS		Sonst.	
	1 Stent	2 Stents	3 Stents	4 Stents	3 Stents	4 Stents	3 Stents	4 Stents
DES	8-841.0e	8-841.1c	8-841.2c	8-841.3c	8-841.2s	8-841.3s	8-841.2x	8-841.3x
BMS		8-840.1c	8-840.2c	8-840.3c	8-840.2s	8-840.3s	8-840.2x	8-840.3x
Biores. St.	8-843.0e	8-843.1c	8-843.2c	8-843.3c	8-843.2s	8-843.3s	8-843.2x	8-843.3x
Flowdiverter	8-84b.0e	8-84b.2c	8-84b.3c	8-84b.4c	8-84b.3s	8-84b.4s	8-84b.3x	8-84b.4x
Aus Einzdr. verw. Nitinolstents		8-84d.1c	8-84d.2c	8-84d.3c	8-84d.2s	8-84d.3s	8-84d.2x	8-84d.3x

Fälle mit einer PAVK mit Ulcus bzw. Gangrän und einem OPS-Kode der vorstehenden Tabelle werden im Jahr 2021 nicht mehr in die Basis-DRG F14 eingruppiert. Die Ziel-DRG hängt dabei wieder von Anzahl und Lokalisation der Applikation ab.

Abwertung von Implantationen mehrerer Stents in Kombination unterschiedlicher Lokalisationen bzw. an unterschiedlichen Applikationsdaten

Deutlich komplexer werden die Zusammenhänge, wenn mehrere Stents entweder an unterschiedlichen Lokalisationen (ein- oder beidseitig an gleichem oder anderem Gefäßabschnitt) und/oder an unterschiedlichen Tagen eines stationären Aufenthaltes (mehrzzeitig) eingebracht werden.

Diese Situationen sind nicht vollständig und erschöpfend darstellbar, da hier jedwede Anzahl an Stents mit jeglichen Lokalisationen miteinander kombinierbar ist. Die nachfolgenden Darstellungen zeigen eine Zusammenfassung der wichtigsten und klinisch häufigsten Kombinationen im Überblick.

Die erste Abbildung zeigt die Ausgangs- (2020) und Ziel-DRGs (2021) der Kombination von jeweils einem Stent einer Lokalisation mit einem weiteren Stent an gleicher oder anderer Lokalisation. Dabei zeigt sich, dass beim Vorliegen einer PAVK ohne Gangrän lediglich die Kombination eines Unterschenkelstents mit einem weiteren Unterschenkelstent (beidseitig bzw. an unterschiedlichen Tagen) in der bisherigen aG-DRG F59D verbleibt. Alle anderen Situationen führen in 2021 zu einer Abwertung und damit einer Reduktion des Erlöses. Beim Vorliegen einer Gangrän verbleiben die Fälle weitgehend in derselben aG-DRG. Lediglich bei der Kombination eines Stents im Unterschenkel mit einem Stent an andere Lokalisation kommt es wiederum zur Abwertung.

Tab. 11: Abbildungsänderung komplexer Stent-Kombinationen I

Dargestellt werden die Gruppierungsergebnisse für die Kombinationen von jeweils einem BMS an einer der relevanten Lokalisationen mit einem weiteren BMS im Jahresvergleich 2020/21.

170.20-23 Alle Kombinationen 1 + 1 bis auf US + US F59D → F59E

170.24	Alle Kombinationen 1 + 1 bis auf US-Beteiligung	F59D → F59E
	Kombinationen mit US-Beteiligung bis auf US + US	F14B → F59E

170.25 Aa. OS oder pelvin kombiniert mit US F14B → F59D

Kombi 1 BMS/2 BMS	170.20-23	Aa. abdominal/pelvin	Aa. Oberschenkel	Aa. Unterschenkel
Aa. abdominal/pelvin	2020	F59D (1,138)	F59D (1,138)	F59D (1,138)
	2021	F59E (0,927)	F59E (0,927)	F59E (0,927)
Aa. Oberschenkel	2020		F59D (1,138)	F59D (1,138)
	2021		F59E (0,927)	F59E (0,927)
Aa. Unterschenkel	2020			F59D (1,138)
	2021			F59D (1,171)

Kombi 1 BMS/2 BMS	170.24	Aa. abdominal/pelvin	Aa. Oberschenkel	Aa. Unterschenkel
Aa. abdominal/pelvin	2020	F59D (1,138)	F59D (1,138)	F14B (2,159)
	2021	F59E (0,927)	F59E (0,927)	F59E (0,927)
Aa. Oberschenkel	2020		F59D (1,138)	F14B (2,159)
	2021		F59E (0,927)	F59E (0,927)
Aa. Unterschenkel	2020			F14B (2,159)
	2021			F14B (2,241)

Kombi 1 BMS/2 BMS	170.25	Aa. abdominal/ pelvin	Aa. Oberschenkel	Aa. Unterschenkel
Aa. abdominal/pelvin	2020	F59D (1,138)	F59D (1,138)	F14B (2,159)
	2021	F59D (1,171)	F59D (1,171)	F59D (1,171)
Aa. Oberschenkel	2020		F59D (1,138)	F14B (2,159)
	2021		F59D (1,171)	F59D (1,171)
Aa. Unterschenkel	2020			F14B (2,159)
	2021			F14B (2,241)

Die nächste Abbildung zeigt die Änderung der Gruppierung bei der Kombination von einem Stent einer Lokalisation mit zwei Stents an gleicher oder anderer Lokalisation. Auch hierbei kann die kombinierte Leistungserbringung ein- bzw. mehrzeitig erfolgen.

Tab. 12: Abbildungsänderung komplexer Stent-Kombinationen II

Dargestellt werden die Gruppierungsergebnisse für die Kombinationen von jeweils einem BMS an einer der relevanten Lokalisationen mit zwei weiteren BMS im Jahresvergleich 2020/21.

170.20-23 Alle Kombinationen 1 + 2 bis auf Beteiligung 2 BMS US F59D → F59E

170.24	Alle Kombinationen 1 + 2 bis auf 1 US + 2 abd/pelv. oder OS oder Beteiligung 2 US	F14B → F59E
	Kombinationen mit Beteiligung 2 BMS US	F14B → F59D

170.25 Alle Kombinationen 1 + 2 bis auf 1 US + 2 abd/pelv. F14B → F59D

		1 BMS			
Kombi 1 BMS/2 BMS		170.20-23	Aa. abdominal/ pelvin	Aa. Oberschenkel	Aa. Unterschenkel
2 BMS	Aa. abdominal/pelvin	2020	F59D (1,138)	F59D (1,138)	F59D (1,138)
		2021	F59E (0,927)	F59E (0,927)	F59E (0,927)
	Aa. Oberschenkel	2020	F59D (1,138)	F59D (1,138)	F59D (1,138)
		2021	F59E (0,927)	F59E (0,927)	F59E (0,927)
	Aa. Unterschenkel	2020	F59D (1,138)	F59D (1,138)	F59D (1,138)
		2021	F59D (1,171)	F59D (1,171)	F59D (1,171)

		1 BMS			
Kombi 1 BMS/2 BMS		170.24	Aa. abdominal/ pelvin	Aa. Oberschenkel	Aa. Unterschenkel
2 BMS	Aa. abdominal /pelvin	2020	F14B (2,159)	F14B (2,159)	F14B (2,159)
		2021	F59E (0,927)	F59E (0,927)	F14B (2,241)
	Aa. Oberschenkel	2020	F14B (2,159)	F14B (2,159)	F14B (2,159)
		2021	F59E (0,927)	F59E (0,927)	F14B (2,241)
	Aa. Unterschenkel	2020	F14B (2,159)	F14B (2,159)	F14B (2,159)
		2021	F59D (1,171)	F59D (1,171)	F59D (1,171)

		1 BMS			
Kombi 1 BMS/2 BMS		170.25	Aa. abdominal/ pelvin	Aa. Oberschenkel	Aa. Unterschenkel
2 BMS	Aa. abdominal /pelvin	2020	F14B (2,159)	F14B (2,159)	F14B (2,159)
		2021	F59D (1,171)	F59D (1,171)	F14B (2,241)
	Aa. Oberschenkel	2020	F14B (2,159)	F14B (2,159)	F14B (2,159)
		2021	F59D (1,171)	F59D (1,171)	F14B (2,241)
	Aa. Unterschenkel	2020	F14B (2,159)	F14B (2,159)	F14B (2,159)
		2021	F59D (1,171)	F59D (1,171)	F59D (1,171)

Bei beiden Darstellungen erfolgt immer die Zugrundelegung eines PCCL-Wertes geringer als vier. Alle Konstellationen in der Basis-DRG F59 werden weiterhin beim Vorliegen eines PCCL-Wertes von mehr als drei in die F59A eingruppiert.

AG-DRG-GRUPPIERUNG SONSTIGER INTERVENTIONELLER VERFAHREN

In Tabelle 2 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.

170.20 -170.23	GEF. SCHU /OA	GEF. UA	AND GEF. THO.	GEF. VIS- ZE- RAL	GEF. US	KÜ- GEF	AA. ABD/ PELV	VV. ABD/ PELV	AA. OS	VV. OS
Ballon- Angioplastie	F59F	F59E	F59F	F59E		F59F		F59E	F59F	F59E
Blade- Angioplastie	F59D									
Laser- Angioplastie	F59D									
Atherektomie	F59C								F59D	
Selektive Thrombolyse	F59C	F59D	F59C			F59E	F59C			
Thrombektomie	F59E				F59C	F59E	F59F	F59E	F59F	F59E
Rotations- thrombektomie	F59B									
Kryoplastie	F56B									

170.24	GEF. SCHU /OA	GEF. UA	AND GEF. THO.	GEF. VIS-ZE-RAL	GEF. US	KÜ-GEF	AA. ABD/PELV	VV. ABD/PELV	AA. OS	VV. OS
Ballon-Angioplastie	F59F	F59E	F59F	F59E		F59F	F59E	F59F	F59E	
Blade-Angioplastie	F59D	F59D	F59D	F59D	F59D	F59D	F59D	F59D	F59D	F59D
Laser-Angioplastie	F59D					F14B	F59D			
Atherektomie	F14B			F59C	F14B	F59C	F59D			
Selektive Thrombolyse	F59C	F59D	F14B	F59C	F59E	F59C				
Thrombektomie	F59E					F59C	F59E	F59F	F59E	
Rotations-thrombektomie	F59B					F14B	F59B			
Kryoplastie	F56B									

170.25	GEF. SCHU /OA	GEF. UA	AND GEF. THO.	GEF. VIS-ZE-RAL	GEF. US	KÜ-GEF	AA. ABD/PELV	VV. ABD/PELV	AA. OS	VV. OS
Ballon-Angioplastie	F59D									
Blade-Angioplastie	F59D									
Laser-Angioplastie	F59D					F14B	F59D			
Atherektomie	F14B			F59C	F14B	F59C	F59D			
Selektive Thrombolyse	F59C	F59D	F14B	F59C	F59D	F59C				
Thrombektomie	F59D					F59C	F59D			
Rotations-thrombektomie	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

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

Seit dem Jahr 2020 führt der Zusatzkode 8-83b.9 für den Einsatz eines Embolieprotektionssystems in höher bewertete aG-DRGs. Auch im Jahr 2021 führt der zusätzliche Gebrauch eines solchen Systems im Vergleich einer Atherekтомie ohne Embolischutz in höher bewertete aG-DRGs.

Der Einsatz eines Embolieprotektionssystems führt dabei in allen Situationen zu einer deutlichen Aufwertung der Atherekтомien.

Tab. 9: Aufwertung Atherektomie unter Embolieprotektion II

ICD	OPS	OPS ATHEREKTOMIE TEXT	2020 - 2021 ohne Embolie- protektion	2020 - 2021 mit Embolie- protektion
I70.23	8-836.3k	Atherektomie: Arterien Oberschenkel	F59D 1,171 (4.418 €)	F59C 1,606 (6.059 €)
	8-836.3m	Atherektomie: Venen Oberschenkel		
	8-836.3x	Atherektomie: Sonstige		
I70.24	8-836.3c	Atherektomie: Gefäße Unterschenkel	F59C 1,606 (6.059 €)	F14B 2,241 (8.455 €)
	8-836.3k	Atherektomie: Arterien Oberschenkel	F59D 1,171 (4.418 €)	F14B 2,241 (8.455 €)
	8-836.3m	Atherektomie: Venen Oberschenkel		
	8-836.3x	Atherektomie: Sonstige		
I70.25	8-836.3c	Atherektomie: Gefäße Unterschenkel	F59C 1,606 (6.059 €)	F14B 2,241 (8.455 €)
	8-836.3k	Atherektomie: Arterien Oberschenkel	F59D 1,171 (4.418 €)	F14B 2,241 (8.455 €)
	8-836.3m	Atherektomie: Venen Oberschenkel		
	8-836.3x	Atherektomie: Sonstige		

MEDIKAMENTEFREISETZENDE BALLONS

Die Verwendung von medikamentenbeschichteten Ballons (Drug Coated Ballons, 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	ZUSATZINFORMATIONEN ZU MATERIALIEN: ART DER VERWENDETEN BALLONS
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 2021 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	148,68 €
PTA: Künstliche Gefäße	8-83b.bb	2 DCB an and. Gefäßen	→ ZE137.02	527,16 €
PTA: Andere Arterien abd/pelvin	8-83b.bc	3 DCB an and. Gefäßen	→ ZE137.03	905,64 €
PTA: Arterien Oberschenkel	8-83b.bd	> 3 DCB an and. Gefäßen	→ ZE137.04	1.284,12 €

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, 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 Spannbreite 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 Zusatzcode 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: SELEKTIVE EMBOLISATION MIT METALLSPIRALEN			
6. Stelle	Lokal.	6. Stelle	Lokal.
- 0:	Gef. Intrakran.	- c:	Gef. US
- 1:	Gef. Kopf extrakran./Hals	- d:	Gefäßmalform.
- 2:	Gef. Schulter/OA	- e:	Künstl. Gef.
- 3:	Gef. UA	- f:	Gef. spinal
- 4:	Aorta	- g:	V. portae
- 5:	Aortenisthm.	- h:	And. Aa. abd./pelvin
- 6:	Ductus art. Ap.	- j:	And. Vv. abd./pelvin
- 7:	V. cava	- k:	Aa. OS
- 8:	And. Gef. thorak.	- m:	Vv. OS
- a:	Gef. viszeral	- 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]

PROZEDURENKOMPONENTE 3: KODIERUNG DER ANZAHL VON METALLSPIRALEN/VASCULAR PLUGS

8-836.N - (PERKUTAN-)TRANSLUMINALE GEFÄSSINTERVENTION: ANZAHL DER METALLSPIRALEN					
6. Stelle	Anz.	6. Stelle	Anz.	6. Stelle	Anz.
- 1:	1	- b:	11	- p:	21
- 2:	2	- c:	12	- q:	22
- 3:	3	- d:	13	- r:	23
- 4:	4	- e:	14	- s:	24
- 5:	5	- f:	15	- t:	25
- 6:	6	- g:	16	- u:	26
- 7:	7	- h:	17	- v:	27
- 8:	8	- j:	18	- w:	> 27
- 9:	9	- k:	19		
- a:	10	- m:	20		

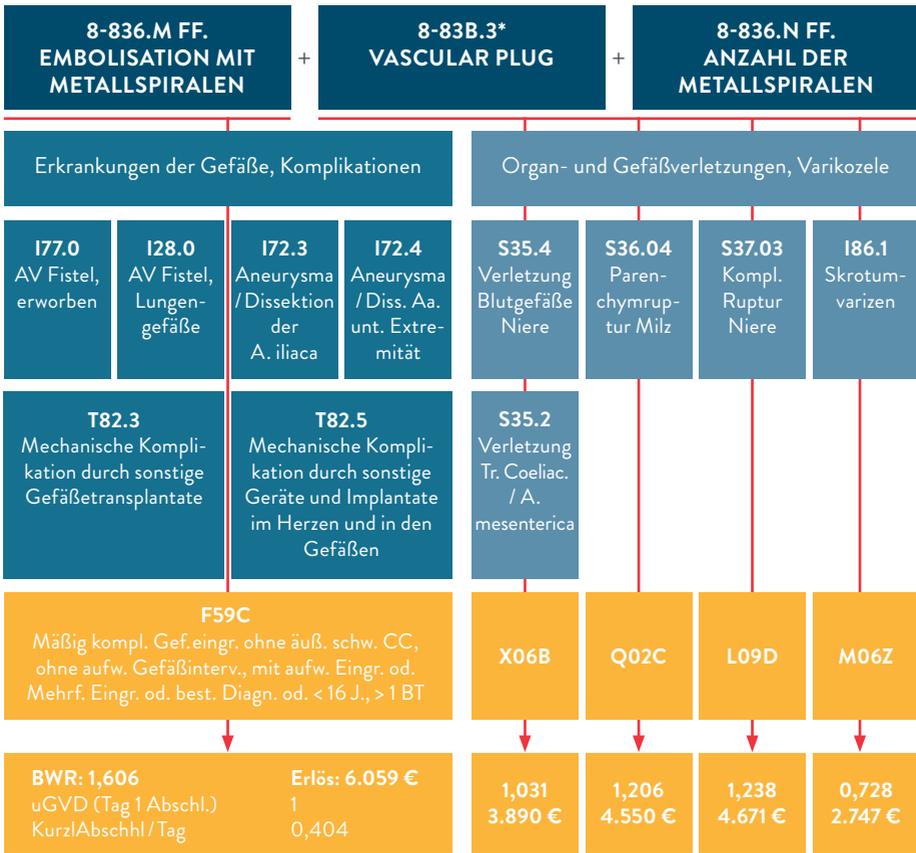
Der Basis-Code 8-836.n ff. wird in der letzten Stelle nach der Anzahl der zur Anwendung gebrachten Plugs verschlüsselt, wobei eine spezifische Kodierung bis hin zu 27 Plugs möglich ist. Die sehr große und für die Klinik in der Regel sicher nicht relevante Anzahl kodierbarer Plugs rührt daher, dass dieselben OPS-Kodes in identischer Staffellung auch für das Coiling mit üblichen Metallspiralen angewandt wird, wobei regelhaft höhere Anzahlen applizierter Metallspiralen zu finden sind.

DRG-Gruppierung

Der primäre OPS-Code für die Embolisation (8-836.m ff.) führt dazu, dass Fälle mit Implantation eines Vascular Plug nicht in die jeweiligen konservativen DRGs der betreffenden Hauptdiagnosekategorien eingruppiert werden. Der OPS-Code für die Embolisation mit einem großlumigen Gefäßverschlusskörper hat im aG-DRG-System 2021 weiterhin keine Gruppierungsrelevanz. Entgegen den OPS-Kodes für das Coiling mit üblichen Metallspiralen (8-836.m ff.) wird die erreichte aG-DRG somit nicht beeinflusst. Ebenso hat der OPS-Code für die Anzahl der verwendeten Metallspiralen bzw. Vascular Plugs keine Gruppierungsrelevanz.

Die nachfolgend dargestellten Gruppierungen resultieren im Wesentlichen aus der Wahl der Hauptdiagnose und der Kodierung der Embolisation. Hierbei werden breit gestreut aG-DRGs unterschiedlichster Hauptdiagnosekategorien erreicht, wobei zusätzlich immer noch das im Weiteren noch dargestellte Zusatzentgelt unabhängig von der aG-DRG abgerechnet werden wird.

Abb. 3: Gruppierungsschema Embolisation 2021

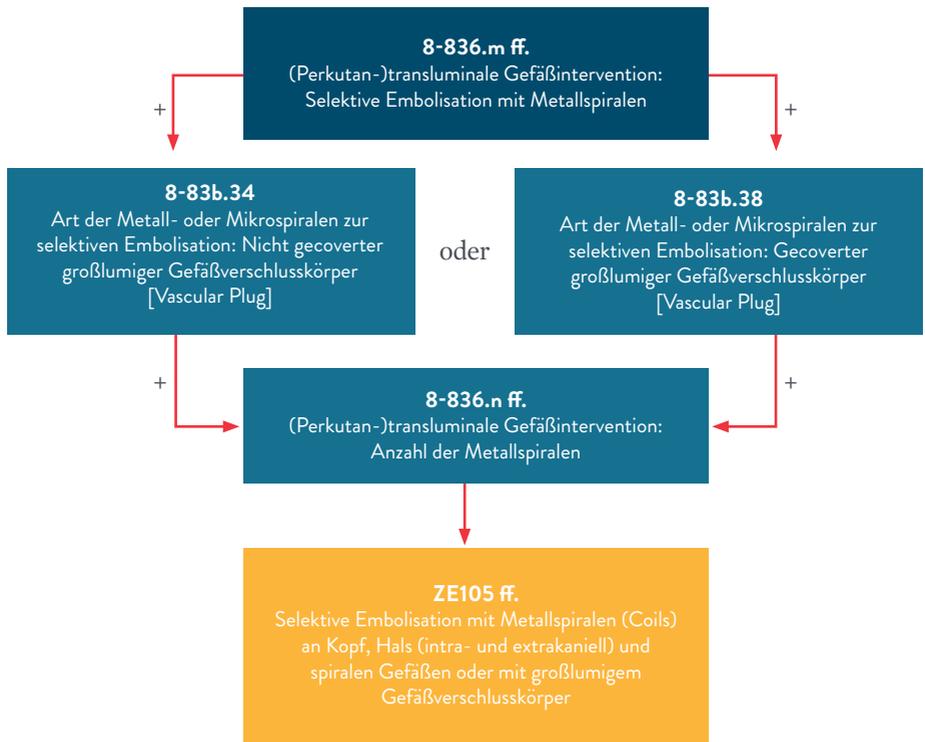


- X06B Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder Alter > 65 Jahre mit bestimmtem Eingriff oder mit schweren CC
- Q02C Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre und ohne bestimmte Exzisionen und Resektionen, Mediastinum oder Thymus
- L09D Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz oder bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne Schilddrüsenresektion, mit bestimmtem anderen Eingriff oder Alter < 18 Jahre
- M06Z Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen oder Stanzbiopsie an der Prostata, ein Belegungstag

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 226,83 € pro Stück. Coils an allen anderen Lokalisationen erlösen das niedrigere ZE 106 (55,84 € 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..

Abb. 4: Logik des Zusatzentgeltes 105



Das Zusatzentgelt ist dabei in Analogie zum quantitativen OPS-Kode gestaffelt, wobei pro implantiertem Plug 226,83 € erlöst werden. Ab dem 28. 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.

ANHANG

Wichtige aG-DRG-Pauschalen für Gefäßinterventionen bei PAVK

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT-BWR	Tag Abschl.	Abschl. / Tag	Tag 1 Zuschl.	Zuschl. / Tag
F14A	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit äußerst schweren CC	3,9	6	0,3	40	0,067
F14B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe, ohne äußerst schwere CC	2,241	3	0,263	24	0,062
F59A	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC	2,908	5	0,337	35	0,078
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit aufwendiger Gefäßintervention, ohne äußerst schwere CC	1,843	1	0,543	11	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	1,606	1	0,404	15	0,085
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	1,171	1	0,274	14	0,084
F59E	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwend. Gefäßinterv., mit bestimmtem anderen Eingriff oder PTA, mehr als ein Belegungstag, ohne aufwendigen oder bestimmten Eingr., ohne Mehrfacheingr., Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag	0,927	1	0,225	10	0,104
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	0,714	1	0,176	7	0,119

Ausgewählte Zusatzentgelte für Gefäßinterventionen bei PAVK

aG-DRG	BEZEICHNUNG	ZE	OPS VERSION 2021		BETRAG
			OPS-KODE	OPS TEXT	
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	148,68 €
		ZE137.02	8-83b.bb	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen	527,16 €
		ZE137.03	8-83b.bc	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Drei medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen	905,64 €
		ZE137.04	8-83b.bd	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Vier oder mehr medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen	1.284,12 €

Embolisation mit Vascular Plugs

aG-DRG	BEZEICHNUNG	ZE	OPS VERSION 2021		BETRAG	
			OPS-KODE	OPS TEXT		
ZE105	Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils) an Kopf, Hals (intra- und extrakraniell) und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlusskörper		8-836.m0	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Gefäße intrakraniell		
			8-836.m1	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Gefäße Kopf extrakraniell und Hals		
			8-836.mf	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Gefäße spinal		
			8-83b.34	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Nicht gecoverter großlumiger Gefäßverschlusskörper [Vascular Plug]		
			8-83b.35	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Großvolumige Metallspiralen [Volumencoils]		
			8-83b.38	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Gecoverter großlumiger Gefäßverschlusskörper [Vascular Plug]		
			ZE105.01	8-836.n1	1 Metallspirale	226,83 €
			ZE105.02	8-836.n2	2 Metallspiralen	453,66 €
			ZE105.03	8-836.n3	3 Metallspiralen	680,49 €
			ZE105.04	8-836.n4	4 Metallspiralen	907,32 €
			ZE105.05	8-836.n5	5 Metallspiralen	1.134,15 €
			ZE105.06	8-836.n6	6 Metallspiralen	1.360,98 €
			ZE105.07	8-836.n7	7 Metallspiralen	1.587,81 €
			ZE105.08	8-836.n8	8 Metallspiralen	1.814,64 €
			ZE105.09	8-836.n9	9 Metallspiralen	2.041,47 €
			ZE105.10	8-836.na	10 Metallspiralen	2.268,30 €
			ZE105.11	8-836.nb	11 Metallspiralen	2.495,13 €
			ZE105.12	8-836.nc	12 Metallspiralen	2.721,96 €
			ZE105.13	8-836.nd	13 Metallspiralen	2.948,79 €
			ZE105.14	8-836.ne	14 Metallspiralen	3.175,62 €
			ZE105.15	8-836.nf	15 Metallspiralen	3.402,45 €
			ZE105.16	8-836.ng	16 Metallspiralen	3.629,28 €
			ZE105.17	8-836.nh	17 Metallspiralen	3.856,11 €
			ZE105.18	8-836.nj	18 Metallspiralen	4.082,94 €
			ZE105.19	8-836.nk	19 Metallspiralen	4.309,77 €
			ZE105.20	8-836.nm	20 Metallspiralen	4.536,60 €
			ZE105.21		Siehe weitere Differenzierung ZE105.22 - ZE105.29	
			ZE105.22	8-836.np	21 Metallspiralen	4.763,43 €
			ZE105.23	8-836.nq	22 Metallspiralen	4.990,26 €
			ZE105.24	8-836.nr	23 Metallspiralen	5.217,09 €
	ZE105.25	8-836.ns	24 Metallspiralen	5.443,92 €		
	ZE105.26	8-836.nt	25 Metallspiralen	5.670,75 €		
	ZE105.27	8-836.nu	26 Metallspiralen	5.897,58 €		
	ZE105.28	8-836.nv	27 Metallspiralen	6.124,41 €		
	ZE105.29	8-836.nw	28 oder mehr Metallspiralen	6.351,24 €		

GLOSSAR / ABKÜRZUNGEN

ABSCHL. / TAG

Abschlag pro Tag bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer

BMS

Bare Metal Stent
(nicht medikamentefreisetzender Stent)

CC

Comorbidities and Complications
(Berechnungsbasis für den PCCL-Wert)

DES

Drug Eluting Stent
(medikamentefreisetzender Stent)

DIMDI

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

DRG

Diagnosis Related Group

FAQ

Frequently Asked Questions
(häufige Fragestellungen)

ICD-10-GM

International Classification of Diseases 10, German Modification

KAT-BWR

Katalog-Bewertungsrelation

MDC

Major Diagnosis Category
(Hauptdiagnosekategorie)

OPS

Operationenschlüssel
(Prozedurenklassifikationssystem)

PAVK

Periphere arterielle Verschlusskrankheit

PCCL

Patient Comorbidity and Complexity Level
(fallbezogener Gesamtschweregrad)

PTA

Perkutan-transluminale Angioplastie
(Ballon-Angioplastie)

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

DAS KÖNNTE SIE AUCH INTERESSIEREN



Kodierleitfaden
Rhythmologie



Kodierleitfaden
Neurostimulation



Kodierleitfaden
Koronarintervention – PCI



Kodierleitfaden
Structural Heart

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

Weitere Informationen und Kodierhinweise finden Sie unter:

<https://www.cardiovascular.abbott/de/de/hcp/reimbursement.html>

Rechtlicher Hinweis: Alle Angaben sind Empfehlungen von Abbott und beziehen sich ausschließlich auf von Abbott vertriebene Produkte und Therapien. Dieser Leitfaden erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Richtigkeit. Die verwendeten Kodierbeispiele lassen keine allgemein gültigen Rückschlüsse auf deren Anwendung zu. Informationen über die Anwendung bestimmter Produkte und Therapien von Abbott finden Sie in der jeweiligen Bedienungsanleitung. Abbott übernimmt in diesem Zusammenhang keine Haftung.

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

Daten: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (© InEK), Siegburg, Germany:
German Diagnosis Related Groups, Version 2020, ICD-10-GM 2020 und OPS 2020 (© DIMDI).

Quellen:

1. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/orientierungswert/2020_1L30_Vereinbarung_Veraenderungswert_2021_KHEntgG.pdf
2. <https://www.dimdi.de/dynamic/.downloads/klassifikationen/icd-10-gm/version2021/icd10gm2021syst-pdf-20201111.zip>
3. <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kodierfragen/>
4. <https://www.dimdi.de/dynamic/.downloads/klassifikationen/ops/version2021/ops2021syst-pdf.zip>
5. https://www.g-drg.de/aG-DRG-System_2021/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2021

WIR FÜR SIE



DR. CHRISTOPH RATH
Manager DACH
Health Economics & Reimbursement

Mobil: +49 170 - 33 39 519



JANNIS RADELEFF
Senior Manager Reimbursement

Telefon: +49 (0) 6196 7711-144

IHR ANSPRECHPARTNER

Abbott Medical GmbH

Schanzenfeldstrasse 2

35578 Wetzlar

Tel: +49 6441 87075 0

NOTIZEN

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

Hierin enthaltene Informationen sind ausschließlich zur Veröffentlichung in Deutschland bestimmt.

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

Abbott Medical

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

™ kennzeichnet eine Marke der Abbott Unternehmensgruppe.

www.cardiovascular.abbott

© 2021 Abbott. Alle Rechte vorbehalten. MAT-2101503 v1.0
HE&R, nur für nicht werbliche Zwecke zugelassen.

