



HEALTH ECONOMICS & REIMBURSEMENT



2023

**KODIERHILFE
GEFÄSSINTERVENTIONEN – PTA**

7. AUFLAGE

UNSERE MISSION

Leben Sie nicht einfach nur länger, sondern besser

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

UNSER ANLIEGEN

Wir möchten Sie bei Ihrer täglichen Arbeit unterstützen

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



INHALT

Allgemeine Veränderung für das aG-DRG-System 2023	4
Besonderheiten der aG-DRG-Kalkulation 2023	5
PCCL-Systematik	6
Bundesbasisfallwert	7
Ambulantisierung bisher stationärer Leistungen	8
Perspektiven der stationären Finanzierung	11
Take Home Messages	12
Kodierung peripherer Gefäßinterventionen bei peripherer arterieller Verschluss-krankheit	13
Hauptdiagnosekodierung	13
Nebendiagnosekodierung	14
Prozedurenkodierung	15
DRG-Gruppierung peripherer Interventionen (PTA und Stentimplantation)	19
Medikamentenfreisetzende Ballons	23
Großlumiger Gefäßverschlusskörper	24
aG-DRG-Gruppierung sonstiger interventioneller Verfahren	30
Athrektomie unter Embolieprotektion	33
Hydrodynamisches Thrombektomiesystem	34
ANHANG	
Wichtige aG-DRG-Pauschalen 2023 für Gefäßinterventionen bei pAVK	35
Glossar / Abkürzungen	40
Das könnte Sie auch interessieren	42
Wir für Sie	43

ALLGEMEINE VERÄNDERUNG FÜR DAS AG-DRG-SYSTEM 2023

Die Regeln für die Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen sind jährlichen Änderungen unterworfen. Auch für das Jahr 2023 finden sich wieder Anpassungen der Klassifikationssysteme ICD und OPS sowie Überarbeitungen der DRG-Systematik.

Zusätzlich zu den spezifischen Änderungen in den Klassifikationssystemen und den Veränderungen in den DRG-Algorithmen kommen für das Jahr 2023 noch vielfältige zusätzliche Herausforderungen für die Krankenhäuser zum Tragen. Weiterhin gilt die vom MDK-Reformgesetz geregelte Dynamisierung von Prüfquoten und ggf. resultierenden Strafzahlungen, welche zusätzlich Druck auf die Kodierung und die Leistungserbringung aufbauen, zum anderen kommen aber auch neue politische Herausforderungen wie die in voller Fahrt befindlichen Ambulantisierungsbestrebungen sowie die Tagespauschalen und die in Änderung befindliche stationäre Leistungsvergütung unter dem Stichwort „Große Krankenhausreform“ zum Tragen.

Nachdem mittlerweile das Gutachten des IGES zur Ausgestaltung der Ambulantisierung von Leistungen des bisher stationären Rahmens vorliegt, bleibt abzuwarten, wann und in welcher Form die Umsetzung durch die Selbstverwaltung erfolgen wird. Es ist zu erwarten, dass noch im Jahr 2023 zu den bisher im System der stationären Krankenhausfinanzierung bereits bekannten Herausforderungen zahlreiche und auch weitreichende Änderungen hinzukommen werden.

Im Rahmen dieser Kodierhilfe können nicht alle dieser hochkomplexen Aspekte ausführlich beschrieben werden, die wichtigsten allgemeinen Änderungen für das kommende Jahr haben wir jedoch kurz für Sie zusammengefasst.

Besonderheiten der aG-DRG-Kalkulation 2023

Das aG-DRG-System des jeweils kommenden Jahres beruhte bisher regelhaft auf der Auswertung der Kosten- und Leistungsdaten des jeweils vorletzten Jahres. Aufgrund der Besonderheiten des ersten Corona-Jahres 2020 hatten sich für die Vorjahreskalkulation erhebliche Veränderungen in der bundesdeutschen Leistungserbringung ergeben. Diese hatten dazu geführt, dass die Kosten- und Leistungsdaten dieses Jahres für die Kalkulation nicht geeignet waren. Das InEK hatte daher für das DRG-System 2022 eine zweistufige Kalkulation durchgeführt, bei der die bereits für das Jahr 2022 herangezogenen Daten der Kalkulationskrankenhäuser des Leistungsjahres 2019 im Sinne einer „Nachlese“ bisher nicht bearbeiteter Themenfelder noch einmal neu bearbeitet wurden.

Für das Jahr 2023 war ein vergleichbares Verfahren aus unterschiedlichen Gründen nicht sinnvoll durchführbar. Zum einen wäre eine erneute Kalkulation auf der Basis der mittlerweile sicher vollständig durchgearbeiteten Daten des Jahres 2019 nicht hilfreich gewesen, zum anderen besteht bereits aktuell für neue OPS-Kodes mit Einführung nach 2019 ein Umsetzungsstau, da die an diese OPS-Kodes gekoppelten Kosten der Kliniken aufgrund der fehlenden Berücksichtigung in der Kalkulation auf alten Daten vom InEK nicht erkannt werden konnten.

Insofern hat das InEK die Kalkulation des aG-DRG-Systems 2023 wieder in bewährter Form auf den Kosten- und Leistungsdaten des Leistungsjahres 2021 durchgeführt. Auch dieses Jahr war in den Kliniken nicht unerheblich von den vielfältigen Aspekten des zweiten Coronajahres geprägt. Dieses hatte erhebliche Verschiebungen in den Fallzahlen von DRGs zur Folge, wobei die Entwicklung der Kosten in den DRGs mit größeren Fallzahlveränderungen nach Aussagen des InEK zumeist besonders ausgeprägt war. Um diese Problematik ohne große Verwerfungen in der bekannten DRG-Systematik lösen zu können, hat das InEK eine komplexe Dämpfungsmethodik entwickelt, bei welcher die aus veränderten Sachkosten und klassifikatorischen Umsetzungen resultieren Kostenveränderungen direkt in die neuen DRGs umgesetzt wurden, die zum Teil überproportional sich entwickelten Restkosten in ihrer Auswirkung auf die Bewertungsrelationen in Stufen gedämpft wurden.

Die Folge ist ein DRG-System mit wenigen Auswirkungen auf Fallmigrationen zwischen unterschiedlichen DRGs. Das heißt, dass der weitaus größte Teil der Behandlungsfälle sowohl in 2022 als auch in 2023 in dieselben DRGs gruppiert werden. Das bedeutet nicht, dass die ökonomischen Auswirkungen des Systems 2023 ohne Relevanz bleiben. Vielmehr ist es so, dass viele Bestands-DRGs bei unverändertem DRG-Algorithmus deutlich abgewertet werden und nun der Zugewinn oder vielfach eher der Verlust an Erlösen individuell aus den Klinikdaten ermittelt werden muss.

PCCL-Systematik

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

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 2023 wurden abweichend zum Vorjahr wieder mehr als 1.200 ICD-Kodes einer Prüfung hinsichtlich der Schweregrade unterzogen.

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

Gerade in der Gefäßmedizin sind Nebendiagnosen sehr häufig relevant für die Erlösfindung. Dabei liegt die Schwelle zur Erlössteigerung, von Ausnahmen abgesehen, in der Regel zwischen 3 und 4.

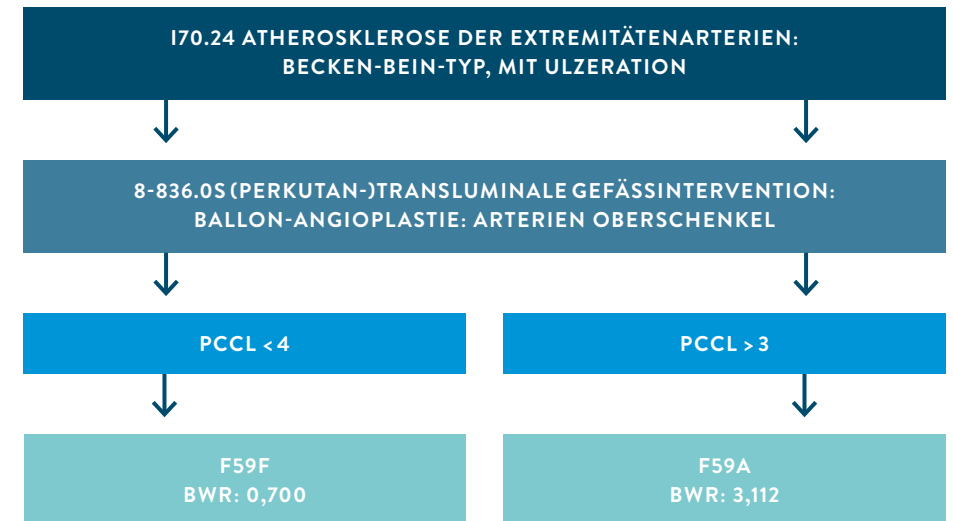


Abbildung 1: PCCL-Bedeutung am Beispiel der Basis-DRG F59

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. Seit dem Jahr 2021 besteht eine grundsätzliche Änderung für die Ermittlung des Bundesbasisfallwertes.

Aus diesem Grunde liegt zum Jahreswechsel 2022/23 noch kein aktueller Bundesbasisfallwert vor. Für die Gruppierungsbeispiele dieser Kodierhilfe werden Fälle des Jahres 2022 immer mit dem in diesem Jahr gültigen Bundesbasisfallwert bewertet. Dieser beläuft sich auf 3.833.07 €. Für das Jahr 2023 erfolgt behelfsweise eine Berechnung mit einem Basisfallwert, welcher durch eine Erhöhung des Wertes aus 2022 um die 4,32%

des Veränderungswertes 2023¹⁾ ermittelt wurde und somit bei 3.998,66 € 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 wurde. Insofern dienen die hier dargestellten Erlöse als Orientierung sollten aber nicht als garantierte Vergütung verstanden werden.

Ambulantisierung bisher stationärer Leistungen

Mit dem MDK-Reformgesetz wurden die Partner der Selbstverwaltung aufgefordert, zur Optimierung der Verlagerung bisher stationär erbrachter Leistungen in den ambulanten Sektor, ein externes Gutachten zu vergeben. Den Zuschlag erhielt in der weiteren Folge das IGES, welches seine Ergebnisse mittlerweile veröffentlicht hat.

Ende Dezember 2022 erfolgte die Umsetzung des Gutachtens durch die Selbstverwaltung²⁾. Dabei sind die bisher bekannten Kategorien 1 und 2 weggefallen und wurden durch die im Weiteren noch kurz skizzierte Kontextprüfung ersetzt. Viele der im IGES Gutachten benannten ambulant erbringbaren Leistungen fanden in der Umsetzung des Gutachtens für das Jahr 2023 keinen Einzug in den Katalog. Es bleibt für die Auflistung von ambulant erbringbaren Leistungen weiterhin bei einer reinen OPS-Selektion, welche für 2023 in die bekannten Abschnitte 1 bis 3 gegliedert ist.

Grundsätzlich entfallen bei der neuen Form des AOP-Kataloges die Kategorien 1 und 2 und die G-AEP-Kriterien. Diese dienten bisher dazu, nicht in der Kodierung erfassbare Begleitumstände zu beschreiben, welche einer ambulanten Leistungserbringung im Wege standen und werden durch die später dargestellten Kontextfaktoren ersetzt.

Für die Angiologie gab es keine Erweiterung der bisher bereits in den Abschnitten 1 und 2 gelisteten OPS-Kodes für das ambulante Potenzial, allerdings ist zu beachten, dass die bisher in der Kategorie 2 aufgeführten Leistungen nunmehr nur noch bei positiven Ausschlusskriterien in der Kontextprüfung als stationäre Leistungen erkannt werden können.

Die neue Kontextprüfung verläuft vereinfacht dargestellt so, dass zunächst auf der Ebene von OPS-Kodes Fälle identifiziert werden, welche zum ambulanten Potenzial gerechnet werden. In weiteren Schritten wird dann geprüft, ob OPS-Kodes oder andere Kriterien, wie auch Nebendiagnosen im Fall kodiert worden sind, welche dann in den Ausschlusskriterien aufzufinden sind. Dabei führt die Selbstverwaltung in einigen Bereichen z. B. höhere Pflegegrade und Funktionseinschränkungen als stationäre Begründungen an. Aktuell enthalten die Kontextfaktoren folgende thematische Bereiche:

Stationäre Begründung durch ICD-Kodes (Haupt- oder Nebendiagnose)

Mehr als 1.400 ICD-Kodes werden hier gelistet. Für das Fach der Angiologie finden sich hier beispielhaft akute Ischämien. Viele der hier aufgelisteten ICD-Kodes lassen aber erwarten, dass eine praktische Umsetzung durch die Kostenträger voraussichtlich nicht erfolgen wird. So finden sich beispielsweise u. a. auch ICD-Kodes für das Lungenemphysem in der stationär begründenden Liste, welche letztlich dazu führen würden, dass bei Patienten mit einer solchen Begleiterkrankung grundsätzlich alle medizinischen Maßnahmen stationär durchführbar wären. Dies ist für die Praxis nicht zu erwarten.

Stationäre Begründung durch OPS-Kodes

In der Liste der OPS-Kodes, welche eine stationäre Behandlung begründen können, finden sich ausschließlich OPS-Kodes des Kapitels 5 des OPS-Katalogs. Dieser Umstand ist für die Angiologie von erheblicher Bedeutung. Während die OPS-Kodes für die PTA und die Implantation geringerer Anzahlen von Stents im Gegensatz zur ursprünglichen IGES-Logik von der Selbstverwaltung nicht in die Liste der ambulant zu erbringenden Leistungen aufgenommen wurden, führt die Kodierung der PTA durch die Leistung in Abschnitt 2 der Leistungen gemäß § 115 b SGB V primär auch für diese Fälle in das ambulante Potenzial.

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

Das oben formal begründete ambulante Potenzial der Stentimplantation bei gleichzeitiger PTA kann aber auch wieder relativiert werden, da die Stentimplantationen eben nicht in die Positivliste des AOP Katalogs aufgenommen wurden, und folglich für das Jahr 2023 auch nicht direkt ambulantes Potenzial zuerkannt bekommen. Darüber hinaus können nach §2 Abs. 2 des AOP Vertrags auch Leistungen des Anhang 1 stationär erbracht werden, sofern sie im Einzelfall medizinisch sinnvoll sind bzw. eine pflegerische oder

ärztliche Nachbetreuung zu Hause nicht erfolgen kann. Sie müssen patientenindividuell dokumentiert werden. Wie hoch der Anteil an ambulanten Stentimplantation im Krankenhaus 2023 sein wird, muss letztlich die Praxis zeigen.

Funktionseinschränkungen

Für die stationär begründenden Funktionseinschränkungen wurden die nachfolgenden ICD-Kodes definiert.

ICD-KODE	OPS-TEXT
U50.40	Schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 20–35 Punkte
U50.41	Schwere motorische Funktionseinschränkung: Motorischer FIM: 31–42 Punkte
U50.50	Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 0–15 Punkte
U50.51	Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung: Motorischer FIM: 13–30 Punkte
U51.20	Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Erweiterter Barthel-Index: 0–15 Punkte
U51.21	Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Kognitiver FIM: 5–10 Punkte
U51.22	Schwere kognitive Funktionseinschränkung: MMSE: 0–16 Punkte

In der peripheren Gefäßmedizin werden diese Kriterien nur in wenigen Fällen relevant sein, um die Notwendigkeit der stationären Leistungserbringung begründen zu können.

Pflegegrad

Bei den Pflegegraden finden lediglich die Grade 4 und 5 in der Auflistung der Selbstverwaltung Niederschlag.

ICD-KODE	OPS-TEXT
9-984.9	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4
9-984.a	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5

Beatmung

Beatmete Fälle werden automatisch aus der Bewertung als ambulant erbringbare Konstellationen ausgeschlossen.

Untere Altersgrenze

Die untere Altersgrenze wird von der Selbstverwaltung sehr niedrig angesetzt: „Bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres kann eine stationäre Durchführung einer Leistung begründet sein.“ Hier findet sich für die periphere Gefäßmedizin sicher keine Relevanz.

Perspektiven der stationären Finanzierung

Auch wenn hier aufgrund der höchst volatilen Situation keine abschließenden Aussagen getroffen werden können, so ist doch davon auszugehen, dass die sogenannte „Große Krankenhausreform“ in der einen oder anderen Form Realität werden wird.

Die Diskussion um die aus der DRG-Vergütung auszukoppelnden Vorhaltekosten wird dabei vermutlich ebenso in weiteren Herausforderungen münden wie auch die geplanten Hybrid- und Tages-DRGs. Bereits die vergangenen DRG-Überarbeitungen seit Aussteuerung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System waren geprägt vom Streit um eine von der einen Seite postulierten und der anderen Seite bestrittenen Doppelfinanzierung von mehr oder weniger großen Anteilen der Pflegepersonalkosten. Insofern bleibt es spannend, wie diese neuen Herausforderungen von der Politik angenommen und gelöst oder den Akteuren vor Ort zur Klärung überlassen werden.

TAKE HOME MESSAGES

ZU DEN ALLGEMEINEN ÄNDERUNGEN DES AG-DRG-SYSTEMS 2023

Besonderheiten der aG-DRG-Kalkulation 2023

Erstmalig wieder erfolgt die Kalkulation des aG-DRG-Systems auf den zwei Jahre alten Kosten- und Leistungsdaten der Kliniken. Zur Abmilderung der sich aus den Daten des zweiten Corona-Jahres ergebenden Verwerfungen in der Kostenstruktur insbesondere hinsichtlich der Fallzahlen deutlich verschobener DRGs hat das InEK eine neue Dämpfungsmethodik entwickelt. Inwieweit diese Dämpfung dafür verantwortlich ist, dass in vielen Leistungsbereichen mit zumindest gefühlt deutlich höheren Kosten im Jahr 2021 nun doch eher Abwertungen stattfinden, kann nur mit den Daten des InEK beurteilt werden.

PCCL-Systematik

Das InEK hat wieder eine Vielzahl von Nebendiagnosen einer Bewertung der Relevanz für die Berechnung des PCCL-Wertes unterzogen. Dabei sind ca. 1.200 Nebendiagnosen verändert und nahezu ausnahmslos abgewertet worden. Insbesondere in der Kardiologie führt dies zu vielen Abwertungen und Fallmigrationen zwischen DRGs 2022 und 2023 mit zum Teil erheblichen Erlösverlusten.

Ambulantisierung bisher stationärer Leistungen

Auch wenn die Selbstverwaltung nur teilweise bei der Aufnahme gefäßmedizinisch relevanter OPS-Kodes in den AOP-Katalog dem Gutachten des IGES gefolgt ist, so führt die Kontextprüfung möglicherweise zu Problemen in der Durchsetzung dieser Leistungen im gewohnt stationären Rahmen.

Perspektiven der stationären Finanzierung

Aktuell ist die politische Entwicklung außerordentlich dynamisch und die zum Teil derzeit noch vorläufigen Ergebnisse fügen sich in die bisher gültigen Rahmenbedingungen nicht immer ein. Es bleibt abzuwarten, inwieweit die neuen Konstrukte der Vorhaltefinanzierung, Hybrid- und Tages-DRGs die Vergütungsrealität verändern werden.

KODIERUNG PERIPHERER GEFÄSS- INTERVENTIONEN BEI PERIPHERER ARTERIELLER VERSCHLUSSKRANKHEIT

Die korrekte Vergütung stationärer Behandlungsfälle im aG-DRG-System 2023 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 2023 kodiert?

Hauptdiagnosekodierung

Folgende Hauptdiagnosen kommen im Zusammenhang mit der pAVK im Katalog der ICD-10-GM 2023³⁾ infrage:

Tab. 1: Diagnosecodes der ICD-10-GM 2023 für die Kodierung der pAVK

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

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

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

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

Nebendiagnosekodierung

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

Alle diese Diagnosen dürfen nur beim Vorliegen eines entsprechenden Ressourcenverbrauchs einschließlich der für den Nachweis erforderlichen Dokumentation in der Patientenakte kodiert werden, da ansonsten im Rahmen einer nicht seltenen Fallüberprüfung durch den Medizinischen Dienst 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.

Prozedurenkodierung⁵⁾

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

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

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

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

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

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

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

Viele Leistungen in der Gefäßmedizin werden regelhaft über mehr als einen OPS-Kode abgebildet. Auch bei der Implantation von peripheren Stents existieren derartige Zusatzcodes. Die nachfolgende Tabelle zeigt OPS-Zusatzcodes 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 Zusatzcodes bzw. Codegruppen

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

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

Eine primäre Gruppierungsrelevanz dieser OPS-Kodes besteht für das aG-DRG-System 2023 nicht.

DRG-GRUPPIERUNG PERIPHERER INTERVENTIONEN (PTA UND STENTIMPLANTATION)

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

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

Die Eingruppierung von Fällen mit peripherer Stent-Implantation erfolgt auch im Jahr 2023 im Wesentlichen in die Basis-DRGs F59 und F14. An den grundsätzlichen, oben genannten Gruppierungskriterien ändert sich für das aG-DRG-Jahr 2023 primär nichts, jedoch ändern sich die Gruppierungsziele für viele Konstellationen durch eine Veränderung der DRG-Logik.

Für das Jahr 2023 wurden die Bewertungsrelationen der sechs weiterhin bestehenden aG-DRG-Splits in der Basis-DRG F59 im Rahmen der Kalkulation angepasst. Dabei ergibt sich zwar auch für Fälle, welche den hohen PCCL-Wert von vier erreichen in typischer Weise eine deutliche Aufwertung in den Fallpauschalen F14A und F59A, die größte Aufwertung zeigt aber die aG-DRG F59B. Diese wurde auch inhaltlich modifiziert, sodass hier vermutlich die Ursache der Aufwertung in der Ausgliederung von Fällen mit eher geringeren Kosten zu suchen sein wird.

Tab. 10: Entwicklung der Bewertungsrelationen⁶⁾ und Erlöse 2022 - 2023

	F14A	F14B	F59A	F59B	F59C	F59D	F59E	F59F	
2022	BWR aG-DRG 2022	3,853	2,228	2,896	1,960	1,598	1,164	0,928	0,710
	Erlös aG-DRG 2022	14.769 €	8.540 €	11.101 €	7.513 €	6.125 €	4.462 €	3.557 €	2.721 €
2023	BWR aG-DRG 2023	4,104	2,272	3,112	1,915	1,573	1,178	0,927	0,700
	Erlös aG-DRG 2023	16.411 €	9.085 €	12.444 €	7.657 €	6.290 €	4.710 €	3.707 €	2.799 €
Δ 2023 - 2022	Δ BWR aG-DRG 2023 - 2022	0,251	0,044	0,216	-0,045	-0,025	0,014	-0,001	-0,010
	Δ Erlös aG-DRG 2023 - 2022	1.642 €	545 €	1.343 €	144 €	165 €	248 €	150 €	78 €
	Δ %	11,12%	6,38%	12,10%	1,92%	2,69%	5,56%	4,22%	2,87%

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

DRG-Gruppierungsschema für PTA und Stentimplantation

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

Gruppierung periphere Stents an ausgesuchten Lokalisationen im aG-DRG-System 2023:

PCCL > 3	F59A 3,112 (12444 €)					
	↑	↑	↑	↑	↑	↑
170.20-23	F59F 0,700 (2799 €)	F59E 0,927 (3707 €)	F59D 1,178 (4710 €)	F59C 1,573 (6290 €)	F59B 1,915 (7657 €)	
Aa.abd/pelv Aa. OS Gef-US Kü Gef.	PTA/1 BMS PTA	2 St (1 DES) 1/2 St. PTA/1 St. PTA	3/4 St. 1 Stentgraft 3/4 St. 2 St.	> 4 St. > 4 St. > 2 St. 1 St.	> 1 Stentgraft > 1 St.	
	↓	↓	↓	↓	↓	↓
170.24	F59F 0,700 (2799 €)	F59E 0,927 (3707 €)	F14B 2,272 (9085 €)	F59D 1,178 (4710 €)	F59C 1,573 (6290 €)	F14B 2,272 (9085 €)
	↓	↓	↓	↓	↓	↓
170.25	F59D 1,178 (4710 €)	F59D 1,178 (4710 €)	F14B 2,272 (9085 €)	F59D 1,178 (4710 €)	F59C 1,573 (6290 €)	F14B 2,272 (9085 €)

AUCH IN DER aG-DRG F59B

8-836.p ff.	Rotationsthorbektomie
8-83b.4	Zus. Inf.: Verw. hydrodyn. Thrombektomiesyst.
8-83b.8 ff.	Verwendung. Mikrodrahtretriever-System
8-842.*a	Stent-Graft (BMS): > 1 Stent: viszeral
8-848.*a	Stent-Graft (DES): > 1 Stent: viszeral
8-846.1a / q	Impl. > 1 gecov. CP-St.: visz. + abd/pelv.
8-84a.1a / q	Impl. > 1 gecov. großl. Stents visz + abd/perlv.

Abbildung 2. Gruppierungsschema häufiger peripherer Gefäßinterventionen in den Basis-DRGs F59 und F14 (BMS: Bare Metal Stent, des: Drug Eluting Stent, PTA: Perkutane Angioplastie; St: Stent unabhängig von der Freisetzung von Medikamenten)

Bei Implantation eines Stents am Oberschenkel wird unabhängig von der Art des Stents primär die 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 Verjahrsjahr 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. 11 Inhalte der aG-DRG F59B im Jahr 2023

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

MEDIKAMENTENFREISETZENDE BALLONS

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

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

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

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

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

ERFORDERLICHE KODIERUNG FÜR PTA	KODIERUNG DCB NACH ANZAHL		ZUSATZ-ENTGELT	ERLÖS
PTA: Gefäße Unterschenkel	8-83b.ba	1 DCB an and. Gefäßen →	ZE137.01	99,09 €
PTA: Künstliche Gefäße	8-83b.bb	2 DCB an and. Gefäßen →	ZE137.02	528,12 €
PTA: Andere Arterien abd/pelvin	8-83b.bc	3 DCB an and. Gefäßen →	ZE137.03	957,15 €
PTA: Arterien Oberschenkel	8-83b.bd	> 3 DCB an and. Gefäßen →	ZE137.04	1.386,18 €

Bemerkenswert hierbei ist die ungewöhnliche Kalkulation des Zusatzentgeltes. Während der erste Ballon vom InEK aus den Differenzkosten von Fällen mit und ohne Ballonanwendung berechnet wird und für das Jahr 2023 deutlich im Preis nach unten verändert wurde, werden die ZE-Erlöse ab dem 2. Stent einschließlich aus den von den Kalkulationshäusern des InEK gelieferten Kostendaten ermittelt. Dies führt dazu, dass der erste Ballon in der Regel nicht oder nur unvollständig finanziert ist, ab der Verwendung des zweiten Ballons aber beide ein ausreichendes Reimbursement erzielen.

GROSSLUMIGER GEFÄSSVERSCHLUSSKÖRPER

Diagnosen:

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

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

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

Prozeduren:

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

Prozedurenkomponente 1: Implantation von Metallspiralen Differenziert nach Lokalisation

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

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

Prozedurenkomponente 2: Implantation eines Vascular Plug

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

Prozedurenkomponente 3: Kodierung der Anzahl von Metallspiralen/Vascular Plugs

8-836.N - (PERKUTAN-)TRANSLUMINALE GEFÄSSINTERVENTION: ANZAHL DER METALLSPIRALEN	
Kode + Zusatz	Anzahl
8-836.n1 – n9	1 – 9 Metallspiralen
8-836.na – nv	10 – 27 Metallspiralen
8-83c.j0 – j9	28 – 65 Metallspiralen
8-83c.ja – je	66 – 150 Metallspiralen
8-83c.jf	151 oder mehr Metallspiralen

Der Basis-Kode 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 151 und mehr 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. Eine detaillierte Aufschlüsselung der OPS Codes findet sich im Anhang.

DRG-Gruppierung

Der primäre OPS-Kode 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-Kode für die Embolisation mit einem großlumigen Gefäßverschlusskörper hat im aG-DRG-System 2023 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-Kode 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 dargestellte Zusatzentgelt unabhängig von der aG-DRG abgerechnet wird.

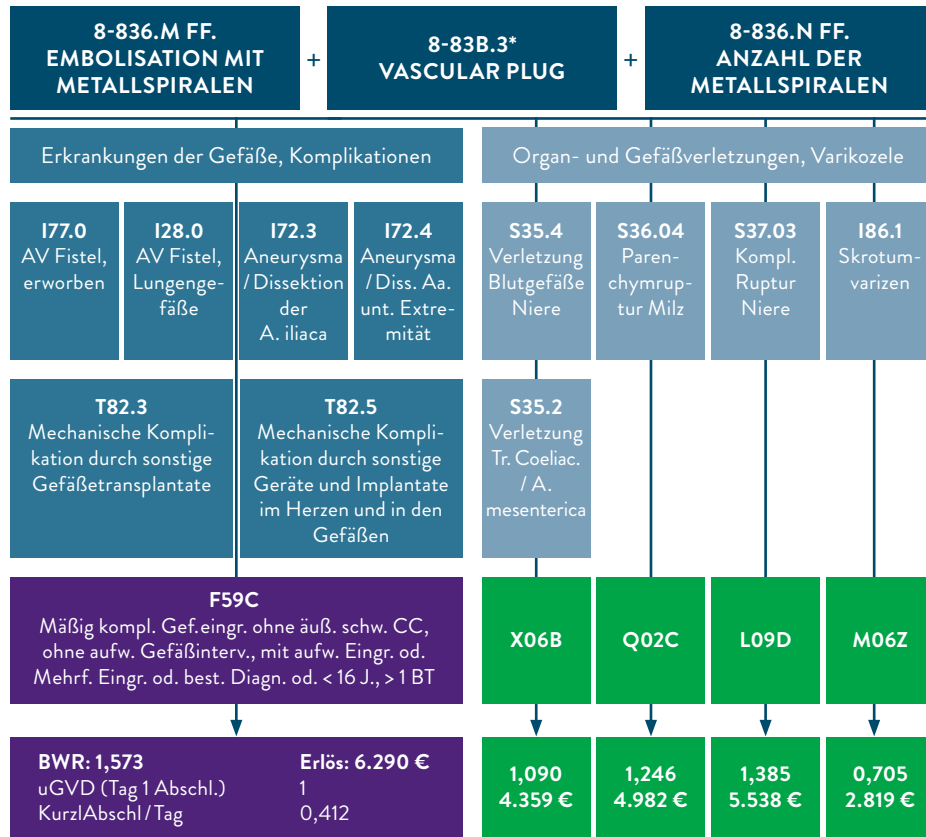


Abbildung 3. Gruppierungsschema Embolisation 2023

- 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 Dialysehunts bei akuter Niereninsuffizienz oder bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphyllaxie, ohne Schilddrüsenresektion, mit bestimmtem anderen Eingriff oder Alter < 18 Jahre
- M06Z** Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen oder Stanzbiopsie an der Prostata, ein Belegtag

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 206,69 € pro Stück. Coils an allen anderen Lokalisationen erlösen das niedrigere ZE 106 (50,11 € pro Stück). Um das entsprechende Zusatzentgelt auszulösen, muss neben einem OPS-Kode für das Coiling aus 8-836.m ff. ein weiterer OPS-Kode aus dem Bereich der Zusatzcodes für die Art der Metall- oder Mikrospiralen (8-83b.3 ff.) und ein OPS-Kode für die Anzahl der implantierten Metallspiralen bzw. Plugs verschlüsselt werden. In beiden Zusatzentgelten wurde die maximale spezifisch kodierbare Anzahl von Coils von 27 bzw. 28 und mehr auf 151 und mehr erweitert. Diese Erweiterung wird in der Angiologie nur geringe Praxisrelevanz entfalten, bietet jetzt aber in teuren Einzelfällen doch eine Verbesserung der Vergütung.

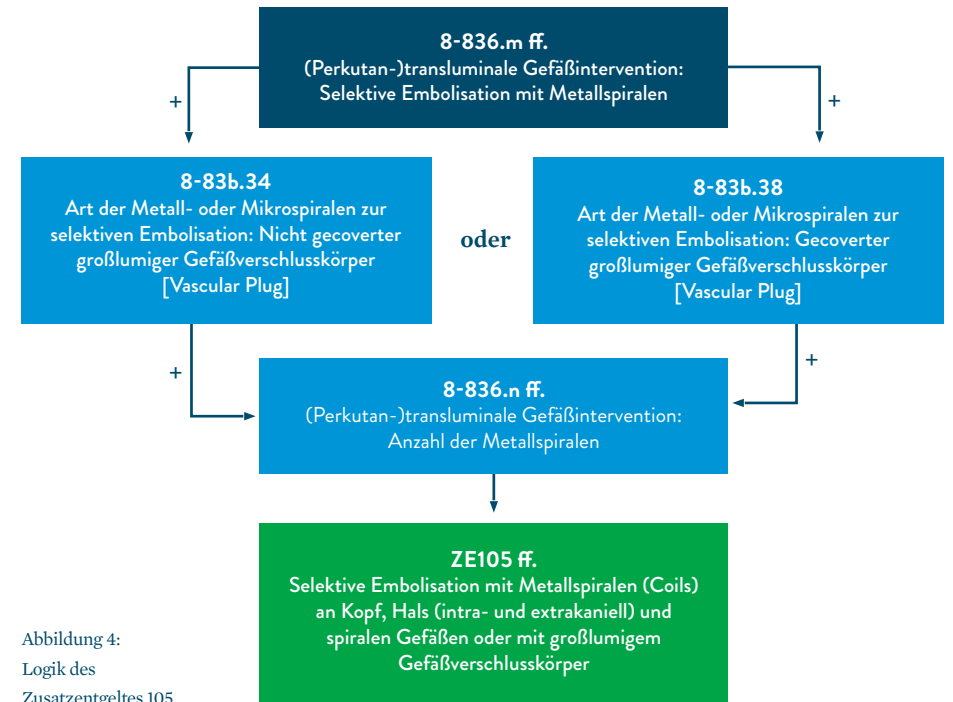


Abbildung 4: Logik des Zusatzentgeltes 105

Das Zusatzentgelt ist dabei in Analogie zum quantitativen OPS-Kode gestaffelt, wobei pro implantiertem Plug 206,69 € erlös 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 G-DRG-Erlös unter Berücksichtigung der Zu- bzw. Abschläge und dem Erlös aus dem Zusatzentgelt zusammen.

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.

Tab. 12: aG-DRG-Gruppierung von Fällen ausgewählter Gefäßinterventionen in Abhängigkeit vom PAVK-Stadium

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	F59F	F59E
Blade-Angioplastie	F59D									
Laser-Angioplastie	F59D									
Atherektomie	F59C						F59D			
Fremdkörperentfernung	F59E				F59C	F59E				
Selektive Thrombolyse	F59C	F59D	F59C		F59E	F59C				
Thrombektomie	F59E				F59C	F59E	F59F	F59E		
Rotations-thrombektomie	F59B					F59C	F59B	F59C	F59B	
Rotationsatherektomie	F59B					F14B	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	F59F	F59E
Blade-Angioplastie	F59D									
Laser-Angioplastie	F59D					F14B	F59D			
Atherektomie	F14B			F59C	F14B	F59C	F59D			
Fremdkörperentfernung	F59E					F14B	F59E			
Selektive Thrombolyse	F59C	F59D	F14B	F59C	F59E	F59C				
Thrombektomie	F59E					F59C	F59E	F59F	F59E	
Rotations-thrombektomie	F59B					F14B	F59C	F59B	F59C	F59B
Rotationsatherektomie	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					
Fremdkörperentfernung	F59D				F14B	F59D					
Selektive Thrombolyse	F59C	F59D	F14B	F59C	F59D	F59C					
Thrombektomie	F59D				F59C	F59D					
Rotations-thrombektomie	F59B				F14B	F59C	F59B	F59C	F59B		
Rotationsatherektomie	F59B				F14B	F59B					
Kryoplastie	F59D				F14B	F59D					

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

ATHEREKTOMIE UNTER EMBOLIEPROTEKTION

Seit dem Jahr 2020 führt der Zusatzkode 8-83b.9 für den Einsatz eines Embolieprotektionssystems in höher bewertete aG-DRGs. Auch im Jahr 2023 führt der zusätzliche Gebrauch eines solchen Systems im Vergleich einer Atherektomie ohne Embolieschutz in höher bewertete aG-DRGs. Der Einsatz eines Embolieprotektionssystems führt dabei in allen Situationen zu einer deutlichen Aufwertung der Atherektomien.

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

Tab. 13: Aufwertung Atherektomie unter Embolieprotektion

ICD	OPS	OPS ATHEREKTOMIE TEXT	2023 ohne Embolieprotektion	2023 mit Embolieprotektion
170.20-23	8-836.3k	Atherektomie: Arterien Oberschenkel	F59D	F59C
	8-836.3m	Atherektomie: Venen Oberschenkel		
	8-836.3x	Atherektomie: Sonstige		
170.24	8-836.3c	Atherektomie: Gefäße Unterschenkel	F59C	F14B
	8-836.3k	Atherektomie: Arterien Oberschenkel	F59D	F14B
	8-836.3m	Atherektomie: Venen Oberschenkel		
8-836.3x	Atherektomie: Sonstige			
170.25	8-836.3c	Atherektomie: Gefäße Unterschenkel	F59C	F14B
	8-836.3k	Atherektomie: Arterien Oberschenkel	F59D	F14B
	8-836.3m	Atherektomie: Venen Oberschenkel		
8-836.3x	Atherektomie: Sonstige			

HYDRODYNAMISCHES THROMBEKTOMIESYSTEM

Die Kodierung des Einsatzes eines hydrodynamischen Thrombektomiesystems erfolgt auch im Jahr 2023 weiterhin mit dem OPS-Kode 8-83b.4 (Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines hydrodynamischen Thrombektomiesystems). Bei diesem Kode handelt es sich um einen Zusatzkode, welcher mit dem Inklusivum „Hochdruck-Wasserjet-Katheter zur Thrombektomie“ im OPS-Katalog gelistet ist. Die Kodierung erfolgt für die peripheren Gefäßeingriffe dabei zusätzlich zu einem OPS-Kode aus 8-836.8** (Thrombektomie).

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

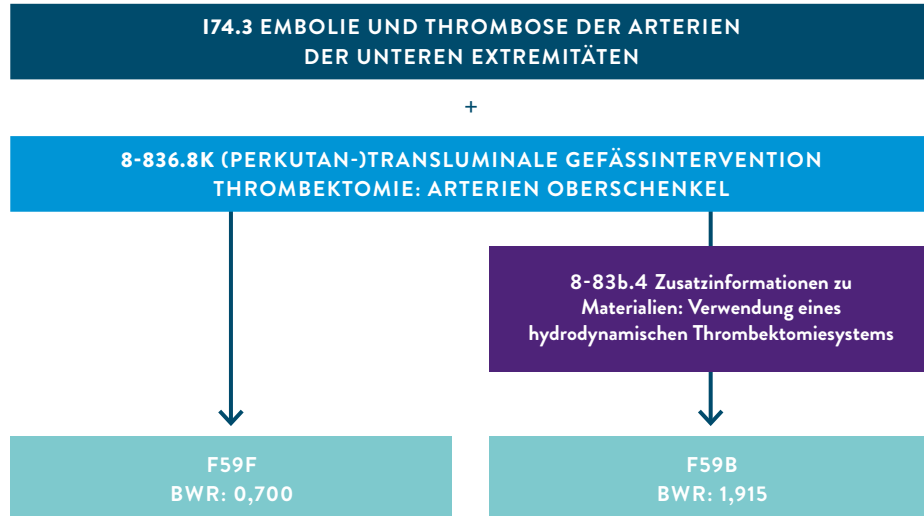


Abbildung 5: Aufwertung von Fällen mit Thrombektomie durch Hydrodynamische Systeme

ANHANG: WICHTIGE aG-DRG-PAUSCHALEN 2023 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	4,104	7	0,279	41	0,068
F14B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe, ohne äußerst schwere CC	2,272	3	0,26	23	0,065
F59A	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC	3,112	5	0,35	35	0,079
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit aufwendiger Gefäßintervention, ohne äußerst schwere CC	1,915	1	0,586	11	0,163
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	1,573	1	0,412	14	0,095
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	1,178	1	0,282	14	0,087
F59E	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwend. Gefäßinterv., mit best. anderen Eingriff oder best. Mehrfacheingriff oder PTA, mehr als ein Belegungstag, ohne aufwendigen oder bestimmten Eingr., Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag	0,927	1	0,197	10	0,1
F59F	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, ohne aufwendigen, bestimmten oder bestimmten anderen Eingriff, ohne Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag	0,7	1	0,122	7	0,119

Ausgewählte Zusatzentgelte für Gefäßinterventionen bei pAVK

OPS VERSION 2023					
ZE	BEZEICHNUNG	ZE	OPS-KODE	OPS TEXT	BETRAG
ZE137	Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen		8-836.02	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Schulter und Oberarm	
			8-836.03	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterarm	
			8-836.08	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Gefäße thorakal	
			8-836.0a	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße viszeral	
			8-836.0c	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterschenkel	
			8-836.0e	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Künstliche Gefäße	
			8-836.0q	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Arterien abdominal und pelvin	
			8-836.0r	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Venen abdominal und pelvin	
			8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	
			8-836.0t	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Venen Oberschenkel	
		ZE137.01	8-83b.ba	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentefreisetzender Ballon an anderen Gefäßen	99,09 €
		ZE137.02	8-83b.bb	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen	528,12 €
		ZE137.03	8-83b.bc	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Drei medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen	957,15 €
		ZE137.04	8-83b.bd	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Vier oder mehr medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen	1.386,18 €

Embolisation mit Vascular Plugs

OPS VERSION 2023					
ZE	BEZEICHNUNG	ZE	OPS-KODE	OPS TEXT	BETRAG
ZE105	Selektive Embolisation mit Metallschrauben (Coils) an Kopf, Hals (intra- und extrakraniell) und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlusskörper		8-836.m0	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallschrauben: Gefäße intrakraniell	
			8-836.m1	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallschrauben: Gefäße Kopf extrakraniell und Hals	
			8-836.mf	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallschrauben: Gefäße spinal	
			8-83b.34	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikroschrauben zur selektiven Embolisation: Nicht gecoverter großlumiger Gefäßverschlusskörper [Vascular Plug]	
			8-83b.35	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikroschrauben zur selektiven Embolisation: Großvolumige Metallschrauben [Volumencoils]	
			8-83b.38	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikroschrauben zur selektiven Embolisation: Gecoverter großlumiger Gefäßverschlusskörper [Vascular Plug]	
		ZE105.01	8-836.n1	1 Metallschraube	206,69 €
		ZE105.02	8-836.n2	2 Metallschrauben	413,38 €
		ZE105.03	8-836.n3	3 Metallschrauben	620,07 €
		ZE105.04	8-836.n4	4 Metallschrauben	826,76 €
		ZE105.05	8-836.n5	5 Metallschrauben	1.033,45 €
		ZE105.06	8-836.n6	6 Metallschrauben	1.240,14 €
		ZE105.07	8-836.n7	7 Metallschrauben	1.446,83 €
		ZE105.08	8-836.n8	8 Metallschrauben	1.653,52 €
		ZE105.09	8-836.n9	9 Metallschrauben	1.860,21 €
		ZE105.10	8-836.na	10 Metallschrauben	2.066,90 €
		ZE105.11	8-836.nb	11 Metallschrauben	2.273,59 €
ZE105.12	8-836.nc	12 Metallschrauben	2.480,28 €		
ZE105.13	8-836.nd	13 Metallschrauben	2.686,97 €		
ZE105.14	8-836.ne	14 Metallschrauben	2.893,66 €		
ZE105.15	8-836.nf	15 Metallschrauben	3.100,35 €		
ZE105.16	8-836.ng	16 Metallschrauben	3.307,04 €		
ZE105.17	8-836.nh	17 Metallschrauben	3.513,73 €		

ZE105.18	8-836.nj	18 Metallspiralen	3.720,42 €
ZE105.19	8-836.nk	19 Metallspiralen	3.927,11 €
ZE105.20	8-836.nm	20 Metallspiralen	4.133,80 €
ZE105.21		Siehe weitere Differenzierung ZE105.22 - ZE105.29	
ZE105.22	8-836.np	21 Metallspiralen	4.340,49 €
ZE105.23	8-836.nq	22 Metallspiralen	4.547,18 €
ZE105.24	8-836.nr	23 Metallspiralen	4.753,87 €
ZE105.25	8-836.ns	24 Metallspiralen	4.960,56 €
ZE105.26	8-836.nt	25 Metallspiralen	5.167,25 €
ZE105.27	8-836.nu	26 Metallspiralen	5.373,94 €
ZE105.28	8-836.nv	27 Metallspiralen	5.580,63 €
ZE105.29	8-836.nw	Siehe weitere Differenzierung ZE105.30 - ZE105.45	
ZE105.30	8-83c.j0	28 Metallspiralen	5.787,32 €
ZE105.31	8-83c.j1	29 bis 31 Metallspiralen	6.200,70 €
ZE105.32	8-83c.j2	32 bis 34 Metallspiralen	6.820,77 €
ZE105.33	8-83c.j3	35 bis 37 Metallspiralen	7.440,84 €
ZE105.34	8-83c.j4	38 bis 40 Metallspiralen	8.060,91 €
ZE105.35	8-83c.j5	41 bis 45 Metallspiralen	8.887,67 €
ZE105.36	8-83c.j6	46 bis 50 Metallspiralen	9.921,12 €
ZE105.37	8-83c.j7	51 bis 55 Metallspiralen	10.954,57 €
ZE105.38	8-83c.j8	56 bis 60 Metallspiralen	11.988,02 €
ZE105.39	8-83c.j9	61 bis 65 Metallspiralen	13.021,47 €
ZE105.40	8-83c.ja	66 bis 70 Metallspiralen	14.054,92 €
ZE105.41	8-83c.jb	71 bis 80 Metallspiralen	15.295,06 €
ZE105.42	8-83c.jc	81 bis 90 Metallspiralen	17.361,96 €
ZE105.43	8-83c.jd	91 bis 120 Metallspiralen	20.669,00 €
ZE105.44	8-83c.je	121 bis 150 Metallspiralen	27.076,39 €
ZE105.45	8-83c.jf	151 oder mehr Metallspiralen	31.210,19 €

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

IGES

Institut für Gesundheits- und Sozialforschung

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



Kodierhilfe
Rhythmologie

Kodierhilfe
Neurostimulation

Kodierhilfe
Koronarintervention – PCI

Kodierhilfe
Structural Heart

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

Weitere Informationen und Kodierhinweise finden Sie unter:

<https://www.cardiovascular.abbott/int/en/hcp/reimbursement/europe.html>

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

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

Quellen:

- 1) **Veränderungswert:** https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/orientierungswert/2022.12.01.Vereinbarung_Veraenderungswert_2023_KHEntgG.pdf
- 2) **AOP Katalog:** https://www.kbv.de/media/sp/AOP-Vertrag_Anlage_1.pdf
- 3) **ICD 10 GM Version 2023 Systematisches Verzeichnis:** https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html
- 4) **Kodierfragen zur ICD-10-GM:** https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Kodierfragen/ICD-10-GM/_node.html
- 5) **OPS Version 2023 Systematisches Verzeichnis:** https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html
- 6) **Fallpauschalenkatalog 2023:** <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2023/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-2023>

WIR FÜR SIE



DR. CHRISTOPH RATH

Manager DACH

Health Economics & Reimbursement

Mobil: +49 170 - 33 39 519



JANNIS RADELEFF

Head of DACH

Health Economics & Reimbursement DACH

Telefon: +49 (0) 6196 7711-144

IHR ANSPRECHPARTNER

Abbott Medical GmbH

Schanzenfeldstrasse 2

35578 Wetzlar

Tel: +49 6441 87075 0

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

Hierin enthaltene Informationen sind ausschließlich zur Veröffentlichung in Deutschland bestimmt.

Archivierung der Daten 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

© 2023 Abbott. Alle Rechte vorbehalten. MAT-2300489 v1.0

