



HEALTH ECONOMICS & REIMBURSEMENT



2023

**KODIERHILFE
KORONARINTERVENTIONEN – PCI**

9. 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	12
Take Home Messages	13
Spezielle Veränderung für die Kardiologie mit dem aG-DRG-System 2023	14
Aufwertung koronare Lithoplastie	14
Neuer Abbruch-OPS für PTCA	15
Aufwertung bestimmte Hauptdiagnosen mit bestimmten OPS-Kodes	16
Neuer OPS und Abwertung pulmonale Thrombektomie	17
Koronarangiographie und koronare Interventionen	19
Hauptdiagnose	19
Prozeduren: Koronare Katheterdiagnostik	20
DRG-Gruppierung: Koronare Katheterdiagnostik	21
Prozeduren: perkutane Koronarintervention (med.-freisetzende Stents)	23
DRG-Gruppierung: perkutane Koronarintervention (med.-freisetzende Stents)	27
Sachkosten und Zusatzentgelt ZE101	30
Zusatzentgelt ZE2023-107 (bioresorbierbare medikamentefreisetzende Stents)	32
Fraktionelle Flussreserve	32
Optische Kohärenztomographie (OCT)	36
CTO-Rekanalisation	36
Rotablation an den Koronargefäßen	39
Koronare Lithoplastie	40
ANHANG	
Wichtige aG-DRG-Pauschalen für die perkutane Koronarintervention	41
Glossar/ Abkürzungen	44
Wir für Sie	47

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

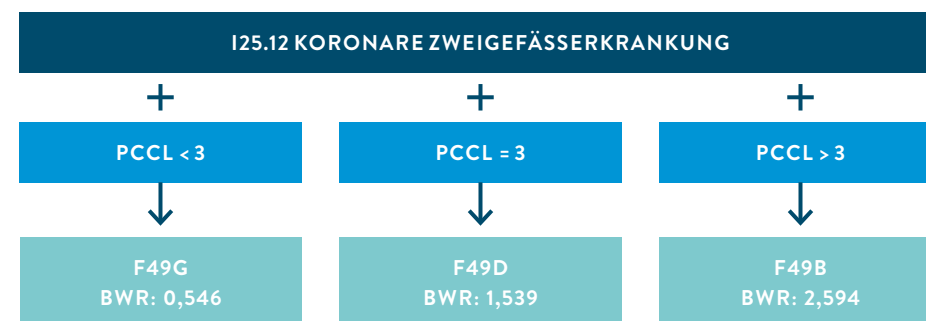
Die Bewertung von Nebendiagnosen bei der Ermittlung des Gesamtschweregrades (PCCL) eines Abrechnungsfalles erfolgt seit 2013 differenziert für die Basis-DRGs des Fallpauschalen-Kataloges.

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 Kardiologie und 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.

Während im Bereich der koronaren Interventionen die Schwelle zur Erlössteigerung regelhaft zwischen 3 und 4 liegt, ist bei der koronaren Diagnostik zusätzlich auch meist eine Erlösdifferenz zwischen den PCCL-Werten 2 und 3 zu beobachten.



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. Relevante Einschlusskriterien des AOP-Kataloges 2023 für die interventionelle Kardiologie listet die nachfolgende Tabelle auf.

OPS	OPS-TEXT	Kategorie 2022
1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	2
1-275.1	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	2
1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	2
1-275.3	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	2
1-275.4	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	2

OPS	OPS-TEXT	Kategorie 2022
1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen	2
1-275.6	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Ventrikulographie mit Druckmessung im linken Ventrikel und Aortenbogendarstellung	neu
1-276.0	Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Pulmonalisangiographie	neu
1-276.20	Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Ventrikulographie: Rechter Ventrikel	neu
1-276.21	Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Ventrikulographie: Linker Ventrikel	neu
1-276.22	Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Ventrikulographie: Rechter und linker Ventrikel	neu
1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung	neu
3-05g.1	Endosonographie des Herzens: Intrakoronare Flussmessung	neu

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 Kardiologie finden sich hier beispielhaft akute myokardiale Infarkte, wobei die instabile Angina pectoris nicht Teil der Auflistung ist. Auch entzündliche Erkrankungen des Herzens werden hier aufgeführt.

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 interventionelle Kardiologie von erheblicher Bedeutung. Während die OPS-Kodes für die PTCA und die Implantation von koronaren Stents nicht in die Liste der ambulant zu erbringenden Leistungen aufgenommen wurden, führt die Kodierung der koronaren Diagnostik (z. B. 1-275.0 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen) durch die Listung in Abschnitt 2 der Leistungen gemäß § 115 b SGB V in das ambulante Potenzial.

Da die OPS-Kodes für die Implantation von koronaren 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 Linksherzkatheteruntersuchung 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 koronaren Stents.

Das oben formal begründete ambulante Potenzial der Stentimplantation bei gleichzeitiger Linksherzkatheteruntersuchung 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 interventionellen Kardiologie 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 interventionelle Kardiologie 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 postulierte und der anderen Seite bestrittene 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

Erstmals 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 kardiologisch-interventioneller 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.

SPEZIELLE VERÄNDERUNG FÜR DIE KARDIOLOGIE MIT DEM AG-DRG-SYSTEM 2023

Aufwertung koronare Lithoplastie

OPS-Kodes für die Anwendung einer koronaren Lithoplastie finden sich seit dem Jahr 2019 im OPS-Katalog. Mit der Kalkulation des aG-DRG-Systems 2023 zeigten sich diese Fälle mit höheren Kosten behaftet, sodass jetzt eine Zuordnung zu DRGs mit höheren Bewertungsrelationen und damit auch Erlösen erfolgte.

8-83D.6 KORONARE LITHOPLASTIE

z.B. KHK

8-837.00	Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	F58B	→	F56B
8-837.m0	DES: Ein Stent in eine Koronararterie			
8-837.m4	DES: 3 Stents in mehrere Koronararterien	F56B	→	F19B

MI

8-837.00	Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	F52B	→	F19B
8-837.m0	DES: Ein Stent in eine Koronararterie			
8-837.m4	DES: 3 Stents in mehrere Koronararterien	F24B	→	

Neuer Abbruch-OPS für PTCA

Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie

Inkl.: Bypassgefäß

Hinw.: Die Art und die Anzahl der verwendeten medikamentefreisetzenden Ballons sind gesondert zu kodieren (8-83b.b6 bis 8-83b.b9)

8-837.0

Die Art der verwendeten antikörperbeschichteten Ballons ist gesondert zu kodieren (8-83b.b1)

Der Kode 8-837.00 ist auch anzuwenden, wenn bei vorzeitigem Abbruch einer Ballon-Angioplastie die Anlage eines Führungskatheters und die Sondierung des Zielgefäßes mit einem Führungsdraht erfolgt ist



Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einführung eines Führungsdrahtes vor Abbruch einer Ballon-Angioplastie

8-83d.9

Inkl.: PTCA-Draht

Hinw.: Dieser Kode ist anzuwenden, wenn bei vorzeitigem Abbruch einer Ballon-Angioplastie lediglich die Sondierung eines oder mehrerer Zielgefäße mit einem Führungsdraht erfolgt ist

Der dem OPS-Fünfsteller 8-837.0 zugeordnete Hinweis, eine nicht gelungene PTCA, welche lediglich die Einführung eines koronaren Führungsdrahtes umfasst, sei identisch zu kodieren wie die Situation der vollständigen Durchführung der Intervention wird für das Jahr 2023 gelöscht.

Dieses unvollständige Verfahren ist nach der Einschätzung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie mit niedrigeren Kosten verbunden, sodass eine Identifikation jetzt mittels eines eigenen OPS-Kodes (8-83d.9) realisiert wurde. Inwieweit hier die kommenden Kalkulationsrunden des InEK eine Abwertung ergeben werden, bleibt abzuwarten.

Aufwertung bestimmte Hauptdiagnosen mit bestimmten OPS-Kodes

Für viele ICD-Kodes kardialer Erkrankungen wurde auch bisher bereits eine Eingruppierung in die aG-DRG F49F realisiert, während z. B. die KHK oder die Angina pectoris regelhaft ohne das Vorhandensein weiterer Aspekte (z. B. PCCL > 2, zusätzliche Durchführung OCT, FFRmyo u. a.) in die aG-DRG F49G eingruppiert wurde.

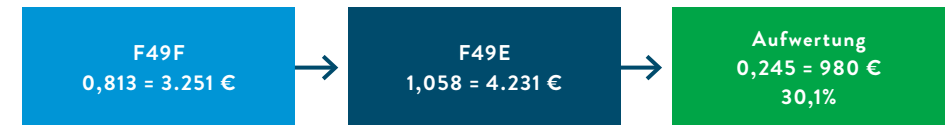
Mit dem Jahr 2023 werden diese Hauptdiagnosen beim Vorliegen von speziellen Prozeduren dann in die F49E aufgewertet. Dies führt dazu, dass u. a. Fälle mit einer höhergradigen Herzinsuffizienz z. B. in Verbindung mit der Durchführung einer Druckdrahtmessung künftig in die F49E eingruppiert werden.

I27.0	Primäre pulmonale Hypertonie	I50.13	Linksherzinsuff. mit Beschw. bei leichterer Belast
I31.1	Chronische konstriktive Perikarditis	I50.14	Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe
I42.3	Eosinophile endomyokardiale KH	Q21.0	Ventrikelseptumdefekt
I42.4	Endokardfibroelastose	Q21.1	Vorhofseptumdefekt
I42.5	Sonstige restriktive Kardiomyopathie	Q21.9	Angeborene Fehlbildung Herzseptum, nnbez
I42.6	Alkoholische Kardiomyopathie	Q23.0	Angeborene Aortenklappenstenose
I42.7	Kardiomyopathie d AM od sonst exog Subst	Q23.1	Angeborene Aortenklappeninsuffizienz
I42.80	Arrhythmogene rechtsventr Kardiomyopathie	Q23.8	Sonst angeb.Fehlbildung Aorten-u Mitralklappe
I42.88	Sonstige Kardiomyopathien	Q23.9	Angeb. Fehlbildung Aorten-u Mitralklappe, nnbez
I46.0	Herzstillstand m erfolgreicher Wiederbelebung	Q24.5	Fehlbildung Koronargefäße
I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	Q24.8	Sonst nbeangeborene Fehlbildungen Herz
I49.0	Kammerflattern u Kammerflimmern	Q24.9	Angeborene Fehlbildung Herz, nnbez
I50.00	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	Z01.80	Abkl. Dispos. für maligne Herzrhythmusstörungen
I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	Z01.81	Abklärung Disposition für Kardiomyopathien



I-265*	KathGestEPU Herz	3-704.0	RNV Herz in Ruhe
I-268*	Kardiales Mapping	3-704.1	RNV Herz unter physischer Belastung
I-274.3	Transsept Li-Herzkath, Sond VHSeptum	3-704.2	RNV Herz unter pharmak Belastung
I-274.4	Transsept Li-Herzkath, Sond VentSept	3-704.x	RNV Herz, sonstige
I-279.a	Koro Bestim intrakor Druckverh d DruckdrMess	3-721.0*	MyokSzint Ruhe
I-497.0	Transven/transarterielle Biopsie: Endokard	3-721.1*	MyoSzint unt phys Bel
3-05e*	Intravask Endosono	3-721.2*	MyoSzint pharm Bel
3-05g.0	Intravask Ultraschall Koronargef [IVUS]	3-721.x	SPECT-CT Herz: Sonstige
3-05g.1	Intrakoronare Flussmessung	3-731	SPECT-CT Herz
3-05g.2	Intrakardiale Echokardiographie [ICE]	8-640.0	Ext elektrDefiHerzrh, synchron (Kardiovers)
3-300.1	OCT: Koronargefäße		

Aufwertung komplexe kardiologische Diagnostik (z.B. FFRmyo, IVUS, Myokardszintigraphie, etc.) oder Kardioversion in Verbindung mit einer Hauptdiagnose für z.B. schwere Linksherzinsuffizienz oder ventrikuläre Tachykardie:



Neuer OPS und Abwertung pulmonale Thrombektomie

Für Disc-Retriever-Systeme zur pulmonalen Thrombektomie wird für das Jahr 2023 eine neue OPS-Kode-Gruppe etabliert.

Instrument zur Thrombekt/Fremdkörperentf.	Anzahl: 1	Anzahl: 2	Anzahl: 3
Disc-Retriever	8-83b.8g	8-83b.8h	8-83b.8j

Gleichzeitig wird die pulmonale Thrombektomie für das aG-DRG-System 2023 aus der bisher erreichten DRG E05B (Andere große Eingriffe am Thorax ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre oder bestimmter Eingriff an der Pulmonalarterie oder Perikarddrainage mit äuß. schw. CC) in die E02A (Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit aufwendigem Eingriff oder schwersten CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte oder Alter < 10 Jahre) abgewertet.

KODES	TEXT
I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale
8-838.n0	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes: Thrombektomie: Pulmonalarterie

DRG 2022	BWR	DRG 2023	BWR
E05B	2,883	E02A	2,494
11.528 €		9.973 €	
1. Tag Abschlag	2	1. Tag Abschlag	5
Abschlag/Tag	0,415 (1.659 €)	Abschlag/Tag	0,313 (1.252 €)
-1.555 € (-13,5%)			

E05B	Andere große Eingriffe am Thorax ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre oder bestimmter Eingriff an der Pulmonalarterie oder Perikarddrainage mit auß. schw. CC
E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit aufwendigem Eingriff oder schwersten CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte oder Alter < 10 Jahre

KORONARANGIOGRAPHIE UND KORONARE INTERVENTIONEN

Hauptdiagnose

Die Kodierung der dem Behandlungsfall zugrunde liegenden Diagnosen erfolgt gemäß der International Classification of Diseases (ICD-10 GM 2023). Hier sind im für die hier angesprochenen Konstellationen im Wesentlichen die Diagnosegruppen „Koronare Herzkrankheit“, „Angina pectoris“ und „akuter Myokardinfarkt“ von Bedeutung. Die nachfolgenden Tabellen zeigen eine Auswahl der wichtigsten ICD-Kodes der aktuellen Version 2023³⁾.

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

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

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

Die Hauptdiagnosen kommen sowohl für die nachfolgend dargestellten Prozeduren für die koronare Diagnostik als auch für die der koronaren Interventionen infrage.

Prozeduren: Koronare Katheterdiagnostik

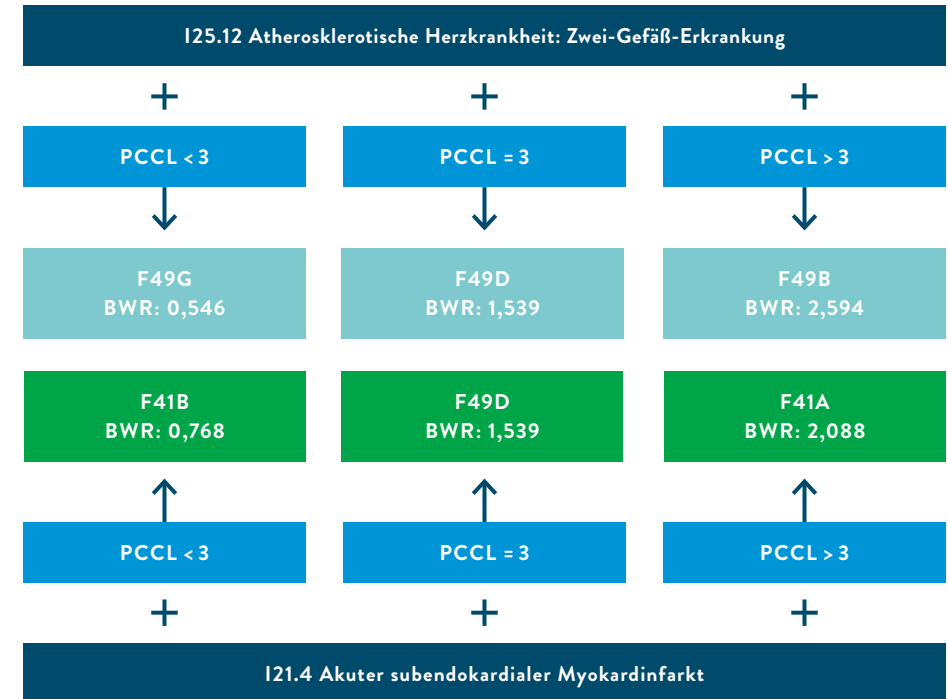
Die koronare Katheterdiagnostik wird im Klassifikationssystem des OPS⁴⁾ mit Schlüsselnummern aus dem Kapitel 1-275 ff. (Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung) kodiert.

Die Untergliederung der endstelligen OPS-Kodierung erfolgt dabei nach dem Umfang zusätzlicher diagnostischer Maßnahmen, bzw. im Falle des endstelligen OPS-Kodes 1-275.5 in Abhängigkeit der Durchführung einer Diagnostik an Bypassgefäßen. Ggf. können auch mehrere OPS-Kodes miteinander kombiniert werden, wobei keine zusätzliche Gruppierungsauswirkung resultiert.

1-275 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	0	Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen
	-1	Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel
	-2	Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel
	-3	Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung
	-4	Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung
	-5	Koronarangiographie von Bypassgefäßen
	-6	Ventrikulographie mit Druckmessung im linken Ventrikel und Aortenbogendarstellung
	-x	Sonstige
	-y	N.n.bez.

DRG-Gruppierung: Koronare Katheterdiagnostik⁵⁾

Die Eingruppierung koronardiagnostischer Fälle ist in hohem Umfang abhängig von der Wahl der korrekten Hauptdiagnose und dem PCCL-Wert. Im Gegensatz zu vielen anderen Konstellationen findet sich hier neben der PCCL-Schwelle im Übergang von PCCL = 3 zu PCCL = 4 auch eine weitere Grenze zwischen den PCCL-Werten 2 und 3.



Andere Hauptdiagnosen, wie z. B. angeborene Fehlbildungen der Herz-Kreislaufsystems oder auch bestimmte Kardiomyopathien, Rechtsherzinsuffizienzen und Linksherzinsuffizienzen ab Stadium III führen im Zusammenhang mit einer Linksherzkatheterdiagnostik ohne weitere Maßnahmen primär in die aG-DRG F49F (Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne best. kompl. Diagnose, mit best. Ingr.).

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Veränderung der Bewertungsrelationen und Erlöse für die typischen aG-DRGs der koronaren Diagnostik.

		F41A	F41B	F49A	F49B	F49C	F49D	F49E	F49F	F49G
2022	BWR aG-DRG 2022	2,195	0,779	2,863	2,45	1,013	1,49	0,977	0,821	0,548
	Erlös aG-DRG 2022	8.414 €	2.986 €	10.974 €	9.391 €	3.883 €	5.711 €	3.745 €	3.147 €	2.101 €
2023	BWR aG-DRG 2023	2,088	0,768	2,783	2,594	1,008	1,539	1,058	0,813	0,546
	Erlös aG-DRG 2023	8.349 €	3.071 €	11.128 €	10.373 €	4.031 €	6.154 €	4.231 €	3.251 €	2.183 €
Δ 2023 - 2022	Δ BWR aG-DRG 2023 - 2022	-0,107	-0,011	-0,08	0,144	-0,005	0,049	0,081	-0,008	-0,002
	Δ Erlös aG-DRG 2023 - 2022	-64 €	85 €	154 €	981 €	148 €	443 €	486 €	104 €	83 €
	Δ %	-0,77%	2,85%	1,41%	10,45%	3,81%	7,75%	12,97%	3,30%	3,94%

In vielen Fällen erfolgt die Linksherzkatheteruntersuchung bereits im Rahmen des ambulanten Operierens gemäß § 115b SGB V im nicht stationären Rahmen oder, deutlich häufiger, als Tagesfall mit nur einer Übernachtung. Dazu kommen Fälle, welche zwar primär mit einer längeren Verweildauer erbracht wurden, im Rahmen der Kostenträgerdiskussion (z. B. Falldialog) oder aufgrund eines negativen MD-Gutachtens auf einen Belegungstag gekürzt werden mussten.

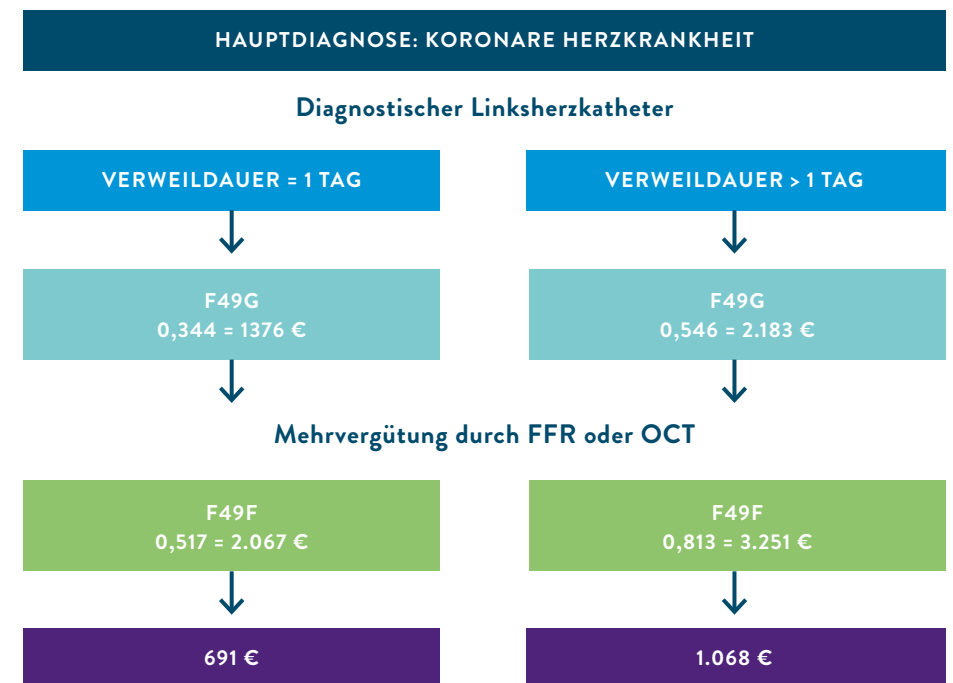
Hier reduzieren sich die Bewertungsrelation der DRG und damit natürlich auch der DRG-Erlös erheblich. Grundsätzlich gilt das natürlich auch für die übrigen typischen Ziel-DRGs, wobei beim Erreichen eines für die Gruppierung relevanten PCCL-Wertes bzw. beim Vorliegen eines Myokardinfarktes die Leistungserbringung unterhalb der unteren Grenzverweildauer unwahrscheinlich ist. Die Erlössituation zeigt die nachfolgende Darstellung.

F49G	VWD > 1 TAG	BWR: 0,546	→	Erlös: 2.183 €
		VWD = 1 TAG	BWR: 0,344	→

Zusätzlich ist für das Jahr 2023 zu beachten, dass abweichend zu den bisherigen Gruppierungsalgorithmen die im Einleitungsteil bereits dargestellte Kombination von bestimmten Hauptdiagnosen zusammen mit speziell definierten Prozedurenkodes zu einer Aufwertung von Fällen führt.

Hier werden die oben bereits demonstrierten Kombinationen abweichend zum Jahr 2022 nicht mehr in die aG-DRG F49F, sondern in die F49E eingruppiert.

Eine Aufwertung erfahren Fälle häufig durch die Anwendung der intrakoronaren Druckmessung (FFR myo) und der Optischen Kohärenztomografie (OCT). Die nachfolgende Tabelle zeigt die typische Aufwertung von Fällen mit diagnostischem Herzkatheter bei einer Verweildauer von einem Tag (unterhalb der unteren Grenzverweildauer) und bei vollem DRG-Erlös ab 2 Tagen VWD bis zum Erreichen der oberen Grenzverweildauer.



Prozeduren: perkutane Koronarintervention (medikamentenfreisetzende Stents)

Die Applikation medikamentenfreisetzender Stents wird im Klassifikationssystem des OPS mit Schlüsselnummern aus dem Kapitel 8-837.m ff. (Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents) kodiert.

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

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

Dabei ist es für die Kodierung nicht relevant, ob die applizierten Stents tatsächlich im Patienten verblieben sind, entscheidend ist allein die Tatsache, dass der zu kodierende Stent nachweisbar dokumentiert in die Gefäßbahn des Patienten eingebracht wurde. Ein misslungener Versuch der Stentimplantation kann regelhaft auch im Konsens mit dem Medizinischen Dienst kodiert und abgerechnet werden⁶⁾.

Gemäß den Hinweisen im OPS-Katalog ist die Art der medikamentenfreisetzenden Stents gesondert zu kodieren. Diesen Zusatzkodes kommt auch im aG-DRG-System 2023 keinerlei Gruppierungsrelevanz zu, trotzdem ist die Kodierung obligatorisch vorzunehmen. Für die Kodierung stehen im OPS-System 2023 folgende Schlüsselnummern zur Verfügung:

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

Für den XIENCE™-Stent ist der farblich markierte Zusatzcode 8-83b.0c (Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer) zu verwenden.

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

OPS	OPS-TEXT 2023
8-83d.0 ff.	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden bioresorbierbaren Stents
8-83d.2 ff.	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden selbstexpandierenden Stents

Für die Implantation eines medikamentefreisetzenden bioresorbierbaren Stents kommen wiederum Zusatzcodes zum Tragen. Diese sind dazu geeignet, Polymer-basierte von z. B. auf einer Magnesiumgrundlage aufgebauten bioresorbierbaren Stents zu unterscheiden. Die nachfolgende Tabelle zeigt die entsprechenden OPS-Kodes.

OPS	ZUSATZINFORMATIONEN ZU MATERIALIEN: ART DER VERWENDETEN BIORESORBIERBAREN STENTS
8-83b.m0	Polymer-basiert
8-83b.m1	Metallisch
8-83b.mx	Sonstige

Bereits seit dem Jahr 2021 sind neue Zusatz-OPS-Kodes für den Einsatz von Ballons zur adventitiellen Mikroinjektion vom DIMDI etabliert worden. Diese sind sowohl zu den primären OPS-Kodes der PTCA (8-837 ff.) als auch zu denen der PTA an anderen Gefäßen (8-836 ff.) kodierbar.

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 Gruppierungsrelevanz kommt diesen neuen OPS-Schlüsselnummern auch im aG-DRG-System 2023 erwartungsgemäß nicht zu.

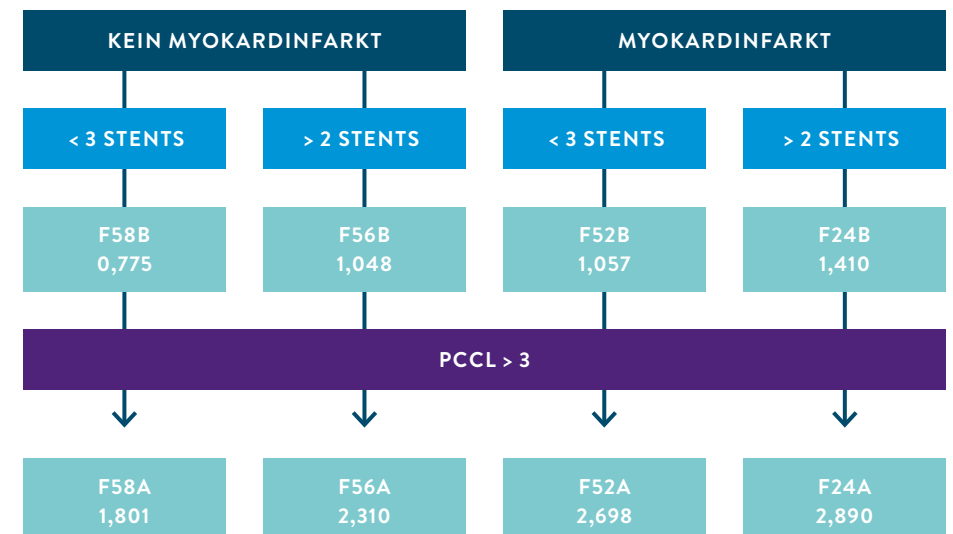
DRG-Gruppierung: perkutane Koronarintervention (medikamentenfreisetzende Stents)

Gruppierung im aG-DRG-System 2023

Auch im Jahr 2023 erfolgt die aG-DRG-Gruppierung von Fällen mit koronarer Intervention weiterhin im Wesentlichen anhand der Kriterien der Hauptdiagnose, des patientenbezogenen Gesamtschweregrades (PCCL) und anhand der Anzahl der kodierten Stents. Dabei werden bare metal stents und drug eluting stents identisch eingruppiert.

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

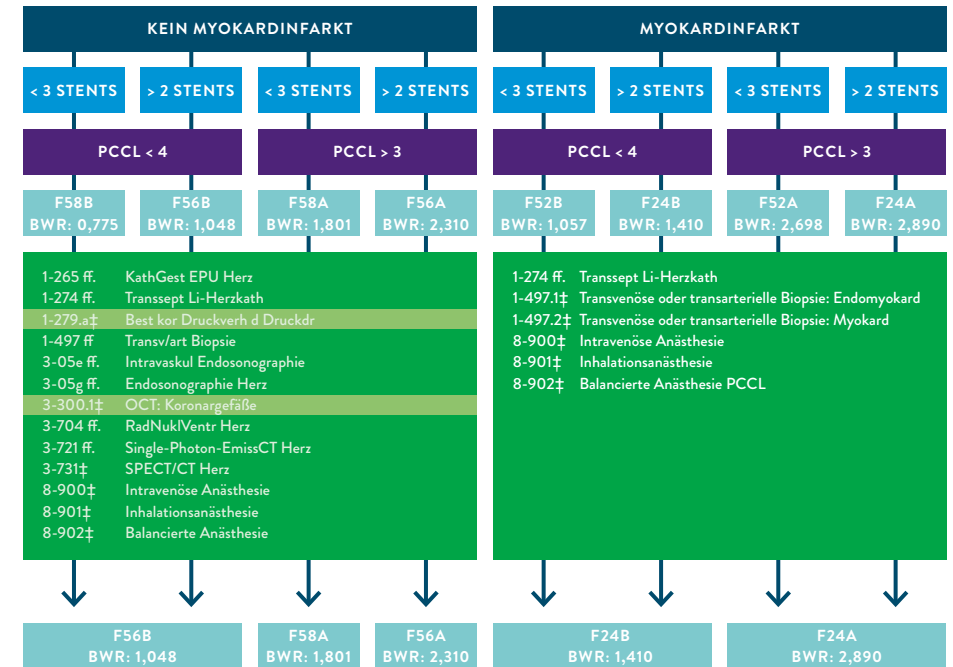
Bei einer Hauptdiagnose aus den typischen Bereichen „Koronare Herzkrankheit“ (ICD I25.1 ff. [Atherosklerotische Herzkrankheit] oder ICD I20 ff. [Angina pectoris]) werden in den Basis-DRGs F56 (> 2 Stents) und F58 (< 3 Stents) wieder anhand des PCCL-Wertes die A- bzw. B-Splits erreicht.



Mit dem aG-DRG-System 2023 haben sich bei inhaltlich unveränderter Struktur und Inhalten der relevanten aG-DRG-Pauschalen die Bewertungsrelationen als Folge der aktuellen Kalkulationsrunde erneut verändert. Die nachfolgende Tabelle zeigt Bewertungsrelationen und Erlöse für die beiden relevanten Systeme auf. Dabei ist zu beachten, dass die bis 2019 in den Bewertungsrelationen noch enthaltenen Pflegekosten seit 2021 nicht mehr Bestandteil der aG-DRG-Bewertungsrelationen sind.

		F19A	F19B	F24A	F24B	F52A	F52B	F56A	F56B	F58A	F58B
2022	BWR aG-DRG 2022	3,156	1,587	2,598	1,392	2,469	1,064	2,083	1,004	1,718	0,774
	Erlös aG-DRG 2022	12.097 €	6.083 €	9.958 €	5.336 €	9.464 €	4.078 €	7.984 €	3.848 €	6.585 €	2.967 €
2023	BWR aG-DRG 2023	3,187	1,538	2,89	1,41	2,698	1,057	2,31	1,048	1,801	0,775
	Erlös aG-DRG 2023	12.744 €	6.150 €	11.556 €	5.638 €	10.788 €	4.227 €	9.237 €	4.191 €	7.202 €	3.099 €
Δ 2023 - 2022	Δ BWR aG-DRG 2023 - 2022	0,031	-0,049	0,292	0,018	0,229	-0,007	0,227	0,044	0,083	0,001
	Δ Erlös aG-DRG 2023 - 2022	647 €	67 €	1598 €	302 €	1325 €	148 €	1253 €	342 €	616 €	132 €
	Δ %	5,34%	1,10%	16,04%	5,67%	14,00%	3,63%	15,69%	8,89%	9,36%	4,45%

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



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

Gerade bei Fällen mit weniger komplexen koronaren Interventionen und/oder geringeren Komorbiditäten drängen die Kostenträger in den vergangenen Jahren zunehmend auf eine Leistungserbringung unterhalb der abschlagsfreien Verweildauer. Die Anpassung der unteren Grenzverweildauern (1. Tag mit Abschlag) und der unteren Grenzverweildauer-Abschläge zeigt die nachfolgende Tabelle.

	F24A	F24B	F52A	F52B	F56A	F56B	F58A	F58B
uGVD (erster Tag mit Abschlag)								
aG-DRG 2022	4	1	4	1	3	1	3	1
aG-DRG 2023	4	1	5	1	3	1	3	1
Abschlag pro Tag bei uGVD-Unterschreitung								
aG-DRG 2022	0,338	0,554	0,365	0,348	0,296	0,287	0,28	0,228
aG-DRG 2023	0,379	0,541	0,333	0,343	0,333	0,334	0,295	0,233

- F24A** Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
- F24B** Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
- F52A** Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC
- F52B** Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention
- F56A** Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC
- F56B** Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie oder koronare Lithoplastie
- F58A** Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC
- F58B** Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC

Insgesamt findet sich für das Jahr 2023 eine Steigerung des Erlöses bei den meisten relevanten DRG-Pauschalen für die perkutane Koronarintervention.

Sachkosten und Zusatzentgelt ZE101

Sachkosten werden traditionell überwiegend innerhalb der erzielten DRG-Fallpauschalen vergütet. Für die Kalkulation des InEK stehen unterschiedliche Kostenarten für Medikalprodukte, medizinischen Sachbedarf und Implantate zur Verfügung, welche Eingang in die Kostenmatrix des InEK finden. Im aG-DRG-System 2023 liegen die kalkulierten Kosten für Implantate je nach Ziel-DRG zwischen 96 € und 398 €, welche, zusätzlich zum Zusatzentgelterlös, Fall bezogen zur Finanzierung z. B. von Stents zur Verfügung stehen.

aG-DRG 2023	KALKULIERTE KOSTEN FÜR IMPLANTATE
F24A	398,10 €
F24B	277,63 €
F52A	200,03 €
F52B	111,65 €
F56A	340,23 €
F56B	205,95 €
F58A	166,00 €
F58B	96,21 €

Aufgrund der Tatsache, dass die im Kostenbrowser ausgewiesenen Euro-Beträge auf der Basis der InEK-Bezugsgröße⁷⁾ beruhen, welche systembedingt immer geringer als die Landesbasisfallwerte ausfällt, stehen je nach Bundesland in der Praxis immer noch höhere Beträge zur Implantate-Finanzierung aus den DRG-Erlösen zur Verfügung.

Zusätzlich zur G-DRG-Vergütung existiert für die Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents weiterhin das bundeseinheitlich bewertete Zusatzentgelt ZE101. Dieses soll die für medikamentenfreisetzende Stents gegenüber den bare metal stents anfallenden Kosten auffangen. Da der Marktanteil der bare metal stents mittlerweile eher gering ist, geht auch die Bewertung des für die Differenzfinanzierung der in der Kalkulation sonst nicht berücksichtigten Mehrkosten für drug eluting stents jährlich zurück. Gegenüber den in der jeweiligen DRG bereits beinhalteten Sachkosten über den Implantate-Anteil hat das ZE mittlerweile einen nachrangigen Stellenwert, wobei allerdings bei der Implantation mehrerer Stents aufgrund der quantitativen Staffelung des ZE doch noch ein relevanter Zusatzbetrag resultieren kann. Das Zusatzentgelt ZE101 in der aktuellen Bewertung und Staffelung zeigt die nachfolgende Tabelle.

ZUSATZENTGELT	OPS-KODE	ZE-TEXT	BEWERTUNG
ZE101.01	8-837.m0	Ein Stent in eine Koronararterie	42,17 €
ZE101.02	8-837.m1 / m2	2 Stents in eine / mehrere Koronararterie	84,34 €
ZE101.03	8-837.m3 / m4	3 Stents in eine / mehrere Koronararterie	126,51 €
ZE101.04	8-837.m5 / m6	4 Stents in eine / mehrere Koronararterie	168,68 €
ZE101.05	8-837.m7 / m8	5 Stents in eine / mehrere Koronararterie	210,85 €
ZE101.06	8-837.m9 / ma	> 5 Stents in eine / mehrere Koronararterie	253,02 €

Zusatzentgelt ZE2023-107 (bioresorbierbare medikamentefreisetzende Stents)

Weiterhin existiert ein nicht bundeseinheitlich bewertetes Zusatzentgelt für die Einlage medikamentenfreisetzender bioresorbierbarer Stents. Bei der Kalkulation und auch der Verhandlung dieses Zusatzentgeltes ist darauf zu achten, dass aktuell in der Praxis im Wesentlichen nur über den Zusatz-OPS-Kode für metallisch basierte Stents eine Vereinbarung möglich sein wird.

Wichtig für die Kodierung dieser Leistungen ist die Differenzierung zwischen medikamentefreisetzenden Stents mit voller Bioresorbierbarkeit von medikamentefreisetzenden Stents mit bioresorbierbarem Polymer. Während sich erstere vollständig im menschlichen Körper auflösen, verbleibt bei letzteren das Metallgerüst des Stents im Koronargefäß, nachdem das medikamententragende Polymer resorbiert wurde. Das Zusatzentgelt wird nur bei vollständig resorbierbaren Stents abrechenbar.

ZUSATZENTGELT	OPS-KODE	ZE-TEXT
ZE2023-107	8-83d.0*	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden bioresorbierbaren Stents

FRAKTIONELLE FLUSSRESERVE

Die OPS-Kodierung der Bestimmung der FFRmyo erfolgt auch im Jahr 2023 weiterhin mit dem OPS-Kode 1-279.a.

Der OPS-Text, welcher bis zum Jahr 2019 „Koronarangiographie mit intrakoronarer Druckmessung“ lautete, wurde zum OPS-Katalog 2020 modifiziert:

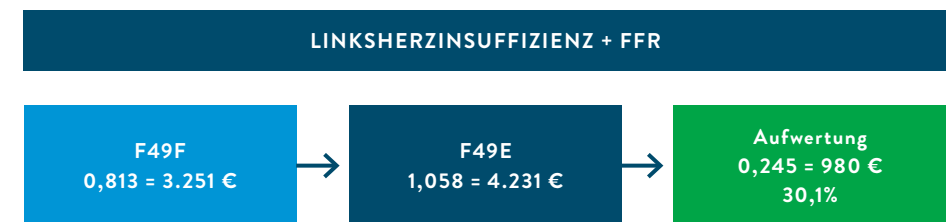
OPS	OPS-TEXT 2022
1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung Inkl.: Bestimmung der fraktionellen myokardialen Flussreserve (FFRmyo) Bestimmung von Druckindizes ohne Vasodilatation

Mit dieser Modifikation wurde eine unstrittige Erweiterung des OPS-Kodes auf alle relevanten modernen diagnostischen Verfahren erreicht:

- **FFR** Fraktionelle Flussreserve
- **RFR** Resting Full-Cycle Ratio
- **IFR** instantaneous wave-free ratio, instant wave-free ratio, instant flow reserve

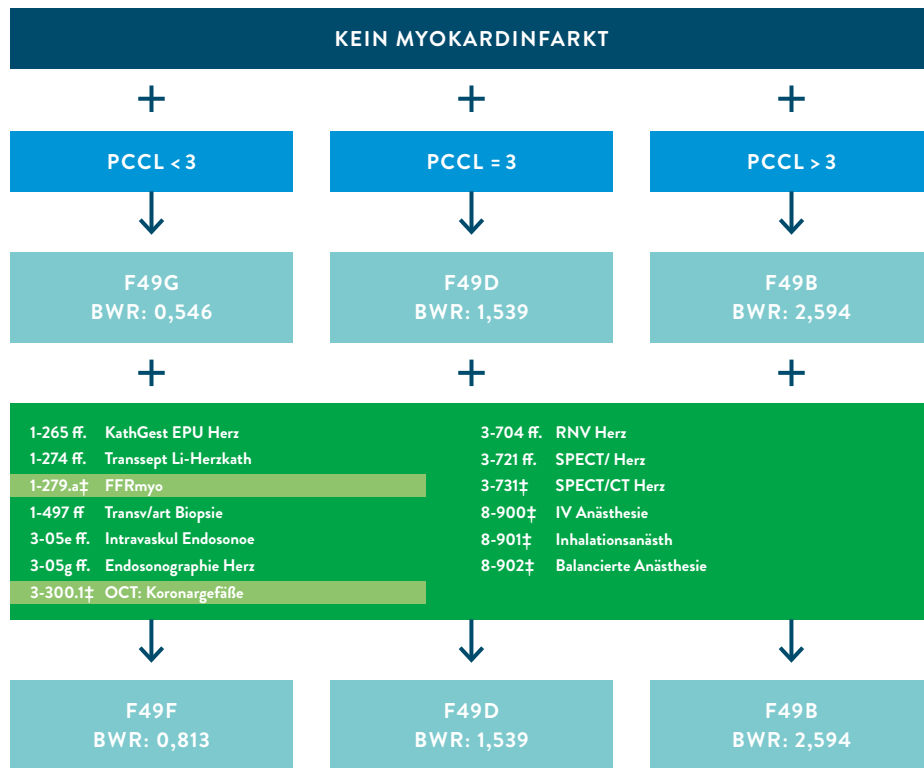
Eine Gruppierungsrelevanz für den OPS-Kode 1-279.a besteht in mehreren aG-DRG-Pauschalen des Jahres 2023.

Erstmals im Jahr 2023 erfolgt hierbei die Neubewertung der interventionellen Koronar-diagnostik bei bestimmten komplexen Diagnosen zusammen mit Druckdrahtmessung von der F49F in die F49E, wie schon weiter vorne ausführlich dargestellt.

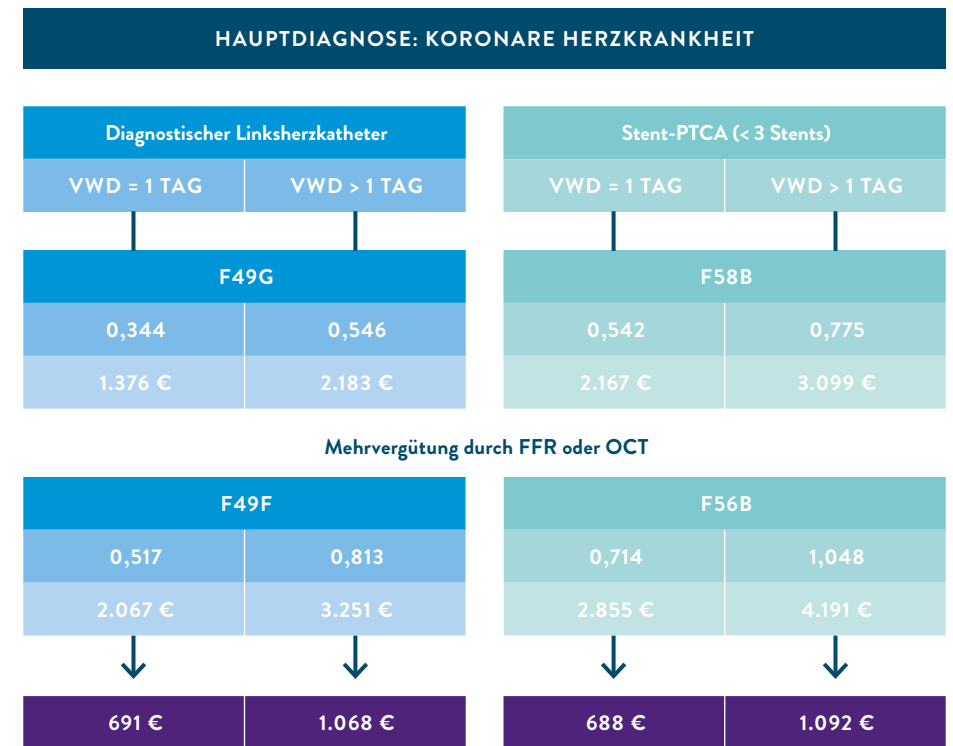


Bedeutsam ist auch die Aufwertung eines Behandlungsfalles mit interventioneller Koronar-diagnostik in der Basis-DRG F49 (Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt ohne komplexe Diagnosen) durch den OPS-Kode 1-279.a. Hier erfolgt bei Durchführung der Katheterdiagnostik und Messung der fraktionellen myokardialen Flussreserve eine Aufwertung des Falles.

Neben dem OPS-Kode 1-279.a führen auch die weiteren Prozedurenkodes der nachfolgenden Ablaufdarstellung zu einer höheren Bewertung von Fällen, welche aufgrund ihrer Hauptdiagnose in die aG-DRG F49G eingruppiert werden. Diese gelangen mit z. B. einer zusätzlichen Kodierung einer Druckdrahtmessung unmittelbar in die aG-DRG F49F. Ab einem PCCL-Wert von 3 erfolgt keine höhere Bewertung durch diese Maßnahmen.



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



Bei den genannten Fallkonstellationen führt die Durchführung der intrakoronaren Druckdrahtmessung ebenso wie die OCT zu Aufwertungen, welche die Finanzierung des Verfahrens zum Teil sogar überschreiten.

OPTISCHE KOHÄRENZTOMOGRAPHIE (OCT)

Die OPS-Kodierung der Bestimmung der FFR_{myo} erfolgt auch im Jahr 2023 weiterhin mit dem OPS-Kode 3-300.1.

OPS	OPS-TEXT 2023
3-300.1	Optische laserbasierte Verfahren: Optische Kohärenztomographie [OCT]: Koronargefäße

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

CTO-REKANALISATION

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

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

Die Rekanalisation organisierter Koronarverschlüsse wirkt auch im Jahr 2023 aufwertend im Zusammenhang mit unterschiedlichen Konstellationen der koronaren Intervention. Fälle mit Doppeldrahttechnik bzw. retrograder Sondierung über Kollateralgefäße führen seit dem DRG-Jahr 2021 in die Basis-DRG F24 und sind damit gegenüber den anderen Konstellationen deutlich höher bewertet. Basis ist dabei immer die zusätzliche Implantation mindestens eines koronaren Stents.

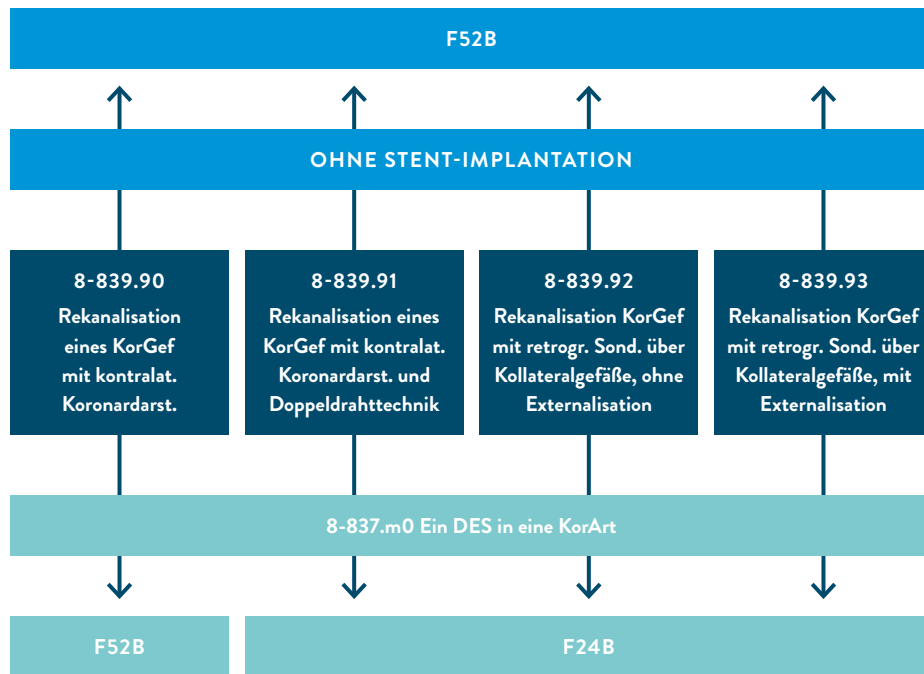
Die folgende Abbildung zeigt das aufwertende Gruppierungskriterium in der Basis-DRG F24.

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

+

OPS	OPS-TEXT
8-837.k*	Einlegen BMS
8-837.m*	Einlegen DES
8-837.w*	Einlegen beschichteter Stent
8-83d.0*	Einlegen bioresorbierbarer DES
8-83d.1*	Einlegen selbstexpandierender Stent
8-83d.2*	Einlegen selbstexpandierender DES

Fälle ohne Koronarstent oder mit einer Leistung im Sinne des OPS-Kodes 8-839.90 (Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit kontralateraler Koronardarstellung) werden demnach auch weiterhin in die Basis-DRG F52 eingestuft. Ebenso führt die zusätzliche Dilatation mit einem DEB anstelle der Implantation eines Koronarstents nicht in die Basis-DRG F24.

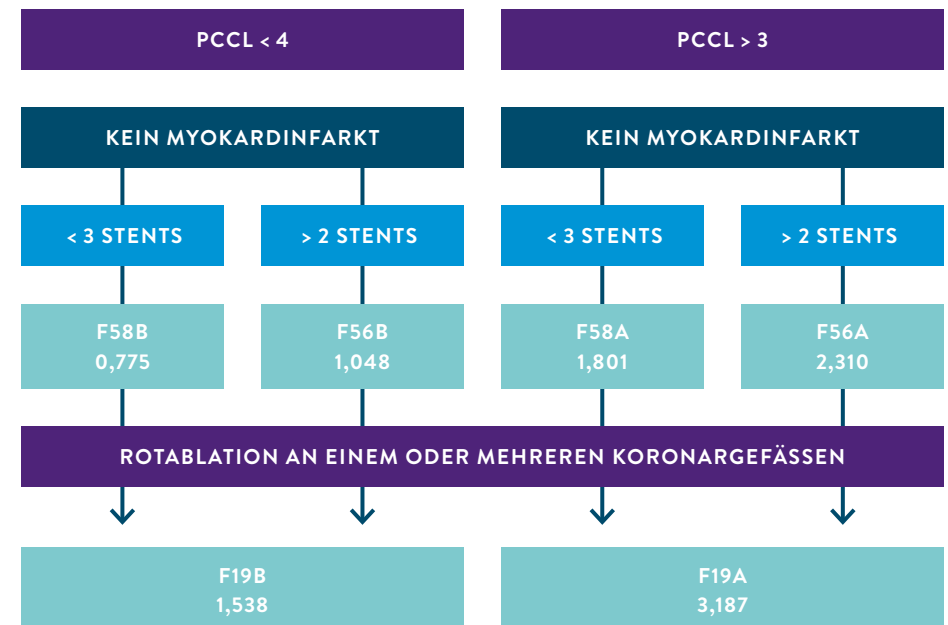


ROTABLATION AN DEN KORONARGEFÄSSEN

Die Kodierung der Rotablationen an den Koronargefäßen erfolgt mit den OPS-Kodes der nachfolgenden Tabelle. Dabei wird quantitativ zwischen der Durchführung an einem oder an mehreren Koronargefäßen unterschieden, ohne dass die Differenzierung eine Auswirkung auf die DRG-Gruppierung nimmt.

OPS	OPS-TEXT
8-837.50	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Rotablation: Eine Koronararterie
8-837.51	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Rotablation: Mehrere Koronararterien

Fälle mit koronarer Rotablation werden auch in 2023 unabhängig von der Hauptdiagnose und unabhängig von etwaig implantierten koronaren Stents in die Basis-DRG F19 gruppiert. Die Differenzierung innerhalb dieser Basis-DRG erfolgt anhand des PCCL-Wertes, wobei Fälle mit einem PCCL-Wert von > 3 in die F19A eingruppiert werden.



KORONARE LITHOPLASTIE

Die koronare Lithoplastie kann seit dem Katalog 2019 spezifisch durch einen OPS-Kode abgebildet werden.

OPS	OPS-TEXT
8-83d.6	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Koronare Lithoplastie

Dabei erfolgt die Lithoplastie bestimmungsgemäß bei der Hauptdiagnose einer KHK zur Vorbereitung einer PTCA bzw. eine koronaren Stentimplantation bei kalzifizierenden Stenosen. Der OPS-Kode war bereits im aG-DRG-System 2022 gruppierungsrelevant für die aG-DRG F58B bzw. beim Vorliegen eines PCCL-Wertes von mindestens vier in die F58A. Mit dem DRG-System 2023 erfolgt, wie am Anfang bereits dargestellt, eine Aufwertung dieser Fälle.

8-83D.6 KORONARE LITHOPLASTIE

z.B. KHK

8-837.00	Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	F58B	→	F56B
8-837.m0	DES: Ein Stent in eine Koronararterie	F56B	→	F19B
8-837.m4	DES: 3 Stents in mehrere Koronararterien	F56B	→	F19B

Myokardinfarkt

8-837.00	Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	F52B	→	F19B
8-837.m0	DES: Ein Stent in eine Koronararterie	F24B	→	F19B
8-837.m4	DES: 3 Stents in mehrere Koronararterien	F24B	→	F19B

ANHANG: WICHTIGE AG-DRG-PAUSCHALEN FÜR DIE PERKUTANE KORONARINTERVENTION

aG-DRGs für Rotablationen an den Koronargefäßen

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	KAT MVWD	UGVD (1. Tag Abschl)	Kurzl Abschl	OGVD (1. Tag Zuschl)	Langl Zuschl
F19A	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC	3,187	12,9	3	0,401	27	0,087
F19B	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Radiofrequenzablation über A. renalis oder komplexe koronare Lithoplastie	1,538	3,9	1	0,359	9	0,075

aG-DRGs für koronare Stentimplantation bei akutem Myokardinfarkt

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	KAT MVWD	UGVD (1. Tag Abschl)	Kurzl Abschl	OGVD (1. Tag Zuschl)	Langl Zuschl
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC	2,89	14,6	4	0,379	28	0,089
F24B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC	1,41	5,6	1	0,541	12	0,075
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC	2,698	16,6	5	0,333	32	0,08
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention	1,057	5	1	0,343	10	0,075

aG-DRGs für koronare Stentimplantation außer bei akutem Myokardinfarkt

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	KAT MVWD	UGVD (1. Tag Absch)	Kurzl Absch	OGVD (1. Tag Zusch)	Langl Zusch
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC	2,31	11,7	3	0,333	24	0,078
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie oder koronare Lithoplastie	1,048	3,6	1	0,334	8	0,066
F58A	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC	1,801	10,8	3	0,295	21	0,071
F58B	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC	0,775	3,4	1	0,233	8	0,065

aG-DRGs für Linksherzkatheterdiagnostik

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	KAT MVWD	UGVD (1. Tag Absch)	Kurzl Absch	OGVD (1. Tag Zusch)	Langl Zusch
F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC	2,088	13,2	3	0,436	24	0,078
F41B	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC	0,768	5	1	0,316	11	0,075

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	KAT MVWD	UGVD (1. Tag Absch)	Kurzl Absch	OGVD (1. Tag Zusch)	Langl Zusch
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, mit komplexem Eingriff oder Alter < 10 Jahre	2,783	18	5	0,398	36	0,099
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, ohne komplexen Eingriff, Alter > 9 Jahre	2,594	18,8	5	0,376	36	0,083
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre	1,008	2,5	1	0,073	6	0,143
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, mit schweren CC, mehr als ein Belegungstag	1,539	12,9	3	0,311	26	0,067
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne schwere CC bei BT > 1, mit kardialen Mapping oder best. andere kardiologische Diagnostik oder bestimmter komplexer Diagnose	1,058	7	1	0,438	16	0,067
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., ohne kardiales Mapping, ohne best. andere kardiologische Diagnostik, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne best. kompl. Diagnose, mit best. Eingriff	0,813	5,5	1	0,296	13	0,065
F49G	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., ohne kardiales Mapping, ohne best. andere kardiologische Diagnostik, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne best. kompl. Diagnose, ohne best. Eingriff	0,546	3,5	1	0,202	8	0,064

Berechnungsgrundlage Erlöse:

2022: Bundesbasisfallwert 2022 (3.833,07 €)

2023: Bundesbasisfallwert 2022 zzgl. Veränderungsrate von 4,32% (3.998,66 €)

GLOSSAR / ABKÜRZUNGEN

ABSCHL. / TAG

Abschlag pro Tag bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer

aG-DRG

„a“ wie ausgegliedert, G-DRG siehe unten

BfArM

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

BMS

Bare metal stent (nicht medikamentefreisetzender Stent)

BWR

Bewertungsrelation

CC

Comorbidities and Complications (Berechnungsbasis für den PCCL-Wert)

CCL

Clinical Complexity oder Comorbidity and Complication Level (Schweregradstufe)

CTO

Chronic Total Occlusion (Chronischer Totalverschluss)

DES

Drug eluting stent (medikamentefreisetzender Stent)

DIMDI

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

FF.

und folgende (untergeordnete Codes)

FFR

Fraktionale Flussreserve

G-DRG

German Diagnosis Related Groups (Fallpauschalensystem)

ICD-10-GM

International Classification of Diseases 10, German Modification

IFR

Instantaneous wave-free ration

IGES

Institut für Gesundheits- und Sozialforschung

InEK

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

Kat-BWR

Katalog-Bewertungsrelation

MD

Medizinischer Dienst

MDC

Major Diagnosis Category (Hauptdiagnosekategorie)

MDK

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

OCT

Optical Coherence Tomography (Optische Kohärenztomografie)

OPS

Operationenschlüssel (Prozedurenklassifikationssystem)

PCCL

Patient Comorbidity and Complexity Level (fallbezogener Gesamtschweregrad)

PCI

Percutaneous Coronary Intervention (Perkutane Koronarintervention, auch PTCA)

PKMS

Pflegekomplexmaßnahmen-Score

PTCA

Perkutane transluminale Koronarangioplastie

RFR

Resting Full-Cycle Ratio

Tag 1 Abschl.

Erster Tag mit Abschlag bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer

Tag 1 Zuschl.

Erster Tag mit Zuschlag bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer

uGVD

Untere Grenzverweildauer

ZE

Zusatzentgelt

Zuschl. / Tag

Zuschlag pro Tag bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer

DAS KÖNNTE SIE AUCH INTERESSIEREN



Kodierhilfe
Rhythmologie

Kodierhilfe
Neurostimulation

Kodierhilfe
Gefäßintervention – PTA

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 Kostenerstattungspezialist 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) **OPS Version 2023 Systematisches Verzeichnis:** https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html
- 5) **Fallpauschalenkatalog 2023:** <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2023/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-2023>
- 6) **Kodierempfehlung:** <https://www.medizinischerdienst.de/leistungserbringer/kodierempfehlungen/>
- 7) **Abschlussbericht aG-DRG System 2023:** <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2023/abschlussbericht-zur-weiterentwicklung-des-g-drg-systems-und-report-browser/abschlussbericht-zur-weiterentwicklung-des-ag-drg-systems-fuer-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-2300523 v1.0

