



HEALTH ECONOMICS & REIMBURSEMENT

2024

**KODIERHILFE
KORONARINTERVENTIONEN – PCI**

10. AUFLAGE

UNSERE MISSION

Leben Sie nicht einfach nur länger, sondern besser

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

UNSER ANLIEGEN

Wir möchten Sie bei Ihrer täglichen Arbeit unterstützen

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



INHALT

Allgemeine Veränderung für das aG-DRG-System 2024	4
Krankenhaustransparenzgesetz und Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz	4
Qualitätskriterien der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen	6
Take Home Messages I	9
Ambulantisierung	10
Sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRGs)	12
Take Home Messages II	16
Spezielle Veränderung für die Kardiologie mit dem aG-DRG-System 2024	17
Differenzierung des ICD-Kodes I21.4 (NSTEMI)	17
Erweiterung des Textes beim OPS-Kode 3-05e	18
Einführung neuer OPS für die intrakoronare hyperoxämische Therapie	19
Abwertung bestimmte Hauptdiagnosen mit bestimmten OPS-Kodes	19
Koronarangiographie und koronare Interventionen	20
Hauptdiagnose	20
Prozeduren: Koronare Katheterdiagnostik	21
DRG-Gruppierung: Koronare Katheterdiagnostik	22
Prozeduren: perkutane Koronarintervention (med.-freisetzende Stents)	25
DRG-Gruppierung: perkutane Koronarintervention (med.-freisetzende Stents)	30
Sachkosten und Zusatzentgelt ZE101	33
Zusatzentgelt ZE2023-107 (bioresorbierbare medikamentefreisetzende Stents)	35
Fraktionelle Flussreserve	35
Optische Kohärenztomographie (OCT)	39
CTO-Rekanalisation	39
Rotablation an den Koronargefäßen – Orbitale Atherektomie (OAS)	42
Koronare Lithoplastie	43
ANHANG	
Wichtige aG-DRG-Pauschalen für die perkutane Koronarintervention	44
Glossar/ Abkürzungen	47
Quellen	49
Wir für Sie	51

ALLGEMEINE VERÄNDERUNG FÜR DAS AG-DRG-SYSTEM 2024

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

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

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

Krankenhaustransparenzgesetz und Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

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

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

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

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

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

Auch wenn für die bundesweiten Leistungsgruppen aktuell noch keine Definitionen vorliegen, ist davon auszugehen, dass eine enge Orientierung an den aus NRW bekannten Vorgaben zumindest in der Anfangsphase der Umsetzung existieren wird. Beispielhaft sollen die Anforderungen in nachfolgender Tabelle dargestellt werden¹.

Qualitätskriterien der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen

Leistungsgruppe		1. Erbringung verwandter LG				2. Vorhaltung Geräte	3. Fachärztliche Qualifikation	4. Fachärztliche Verfügbarkeit
		Standort	Kooperation					
EPU/Ablation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin komplex	LB Herzchirurgie LG Interventionelle Kardiologie LG Kardiale Devices			CT 24/7, 2-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7
	Auswahlkriterium	LB Gefäßmedizin LB Herzchirurgie LG Kardiale Devices				Kardio-MRT		
Interventionelle Kardiologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin komplex	LB Herzchirurgie LG Kardiale Devices			Katheterlabor, Röntgen, CT 24/7, 2-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	5 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7
	Auswahlkriterium	LB Gefäßmedizin LB Herzchirurgie LG EPU/Ablation LG Kardiale Devices				Kardio-MRT		
Kardiale Devices	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin komplex	LB Herzchirurgie LG EPU/Ablation LG Interventionelle Kardiologie			CT 24/7, 2-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7
	Auswahlkriterium	LB Gefäßmedizin LB Herzchirurgie LG EPU/Ablation				Kardio-MRT		
Minimalinvasive Herzklappenintervention	Mindestvoraussetzung	LB Herzchirurgie LG Allgemeine Innere Medizin hochkomplex LG Interventionelle Kardiologie	LG Allgemeine Chirurgie LG EPU/Ablation			Katheterlabor und herzchirurgischer OP oder Hybrid-OP	FA Herzchirurgie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7
	Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie						

So müssen für die Erfüllung der Kriterien der interventionellen Kardiologie immerhin fünf Vollzeitäquivalente aus dem fachärztlichen Bereich vorgehalten werden. Inwieweit diese Mindestvoraussetzungen die Krankenhauslandschaft verändern werden, bleibt abzuwarten. Neben den Mindestvoraussetzungen finden sich in Qualitätskriterien auch noch sogenannte Auswahlkriterien. Diese kommen dann zur Anwendung, wenn sich mehrere Kliniken in einem Planungsgebiet um dieselbe Leistungsgruppe beworben haben, aus planerischen Gründen aber nur ein Teil der Kliniken den Zuschlag erhalten soll.

Das BMG strebt dabei durch einheitliche Qualitätskriterien eine Entbürokratisierung an, indem komplexe Einzeldokumentationen durch Strukturprüfungen ersetzt werden sollen. Wie die Umsetzung in der Praxis ausschauen wird, muss sich dabei noch zeigen. Bei den OPS-Strukturprüfungen nach § 275d SGB V ist der administrative Aufwand der MD-Prüfungen zum Beispiel erheblich und bindet zusätzliches Personal außerhalb der Patientenversorgung.

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

Diesem Gedanken folgend sollen nun zukünftig erhebliche Anteile der Vergütung nicht mehr anhand behandelter Fälle im Rahmen der DRG-Systematik und -Abrechnung realisiert, sondern anhand der an der Klinik vorgehaltenen Leistungsgruppen zugewiesen werden. Der exakte Mechanismus ist komplex und derzeit auch noch nicht abschließend definiert. Die Kalkulation der Vorhaltekosten obliegt einmal mehr dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Die auszugliedernden Vorhaltekosten sind nach aktuellem Stand vorab um die variablen Sachkosten zu vermindern, wobei hier insbesondere Sachkosten-lastige Leistungen betroffen sein werden. Die Änderungen sollen erstmals bei der Fallpauschalenvereinbarung für das Jahr 2025

berücksichtigt werden, sodass auch dann erstmalig Vorhaltebewertungsrelationen im Entgeltkatalog für das Jahr 2025 auszuweisen sind.

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

TAKE HOME MESSAGES I

ZUR KOMMENDEN KRANKENHAUSREFORM

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

Ambulantisierung

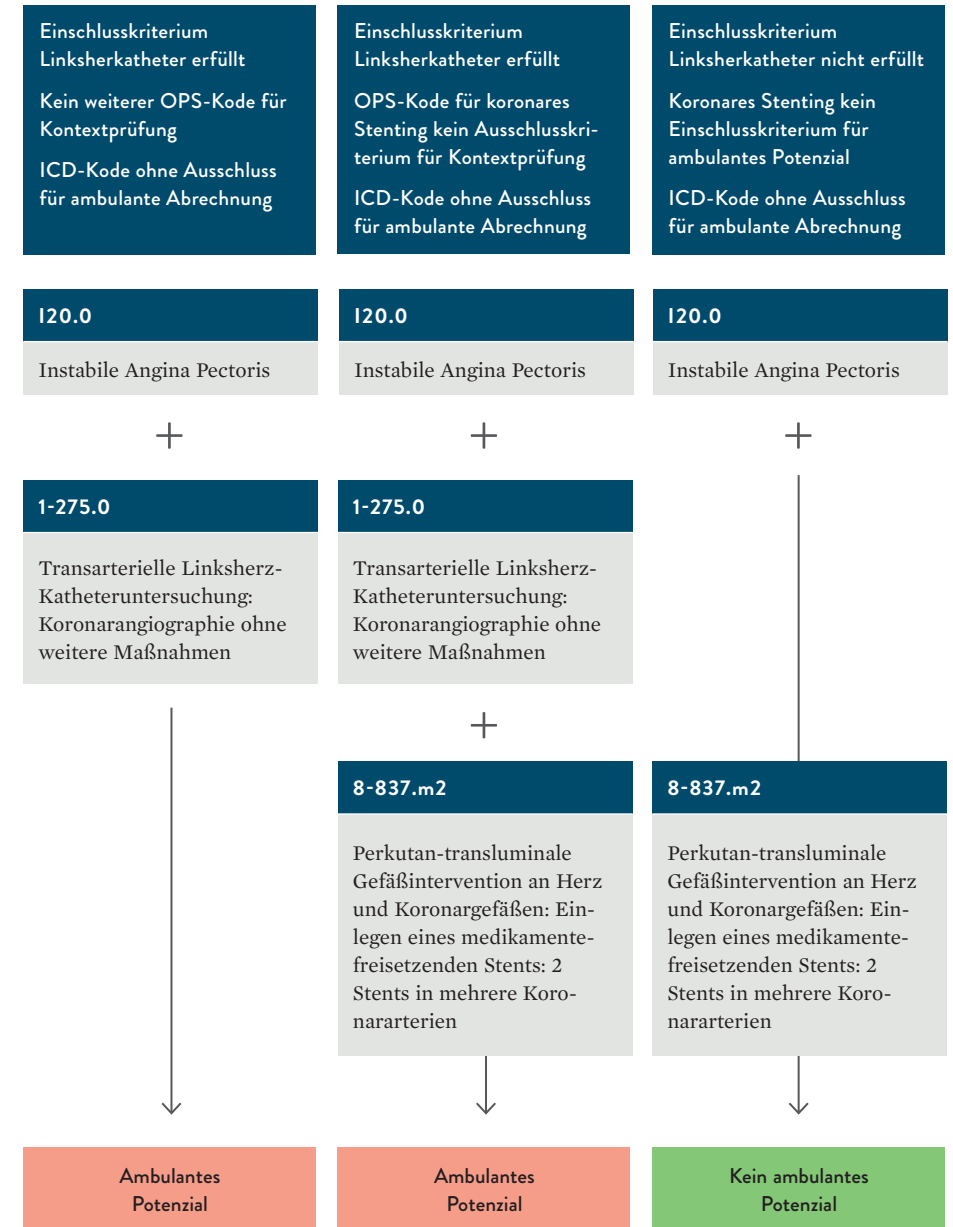
Die Ambulantisierung von stationären Krankenhausleistungen hat weiter Fahrt aufgenommen. Mit der Verabschiedung des AOP-Kataloges 2023² und den Regularien der Kontextprüfung hat sich die Selbstverwaltung bereits Ende Dezember 2022 an die Umsetzung des viel beachteten IGES-Gutachtens gemacht. Im Jahr 2024 sind nun zusätzlich noch die folgenden drei relevanten Codes in den Anhang 1 des AOP Kataloges aufgenommen worden. Diese Leistungen werden formal in 2024 somit nur noch stationär abgerechnet werden können, wenn Kontextfaktoren geltend gemacht werden können.

OPS	OPS-TEXT	NEU 2024
8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	X
8-837.k0	Ballon-Angioplastie	X
8-837.m0	Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzungsfähigen Stents	X
	Einlegen eines medikamentenfreisetzungsfähigen Stents	X

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

Weiterhin finden sich Konstellationen, bei welchen mehr oder weniger begleitende OPS-Kodes zu einer Aufnahme ins ambulante Potenzial führen, die als Ausdruck komplexer Eingriffe im Datensatz kodierte OPS-Kodes dann aber durch das Fehlen in den Ausschlusskriterien (Kontextfaktoren) eine Rückführung dieser Fälle in das stationäre Kontingent formal nicht ermöglichen.

Das nachfolgende Beispiel soll dies verdeutlichen. Hier führt die Linksherzkatheteruntersuchung ins ambulante Potenzial. Die Kodierung eines koronaren Stentings alleine würde im Gegensatz dazu den Fall formal im stationären Setting halten. Bei Kodierung von Linksherzkatheteruntersuchung und Stenting, was nach den Deutschen Kodierrichtlinien korrekt ist, führt dann zu der beachtenswerten Situation, dass die Linksherzkatheteruntersuchung den Fall ins ambulante Potenzial führt, das Stenting durch fehlende Aufnahme in die Kontextfaktoren dann aber keine Auswirkung im Sinne einer stationären Indikation hat.



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

Sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRGs)

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

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

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

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

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

Diese Leistungsaufstellung enthält einen erheblichen Anteil an kardiologischen DRGs.

DRG	DRG-TEXT
F12F	Impl. HSM, Zweikammersys., oh. äuß. schwere CC, oh. isol. offen chir. Sondenimpl., oh. aufw. Sondenentf., oh. mäßig kompl. PTCA od. Impl. HSM, Einkammersys. od. Impl. Ereignisrekorder, oh. invasive kardiolog. Diagnostik bei best. Eingriffen, Alter > 15 J.
F49F	Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, mit best. Eingriff
F49G	Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, ohne best. Eingriff
F50A	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen oder Implantation eines Ereignisrekorders oder Alter < 16 Jahre oder best. angeb. Herzfehler oder mit kompl. Ablation, Alter < 18 Jahre
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkompl. Interv., oh. best. hochkomplexe Interv. od. oh. auß. schw. CC od. Kryoplastie od. koronare Lithoplastie
F58B	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder 1 BT, Alter > 9 Jahre und Alter < 16 Jahre, oh. schw. CC od. Alter > 15

Mit den Basis-DRGs F49, F56 und F58 kommen hier die typischen DRGs für die Herzkatheterdiagnostik und die PCI bei Patienten ohne Myokardinfarkt ins Spiel. Dabei ist die Anzahl applizierter Stents grundsätzlich aus dieser Definition erst einmal ohne

Relevanz. Hier bleibt abzuwarten, inwieweit das InEK möglicherweise selbständig die Definitionen der Hybrid-DRGs modifizieren wird.

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

PCCL-Systematik

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

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

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

Dabei erfährt der weitaus größte Anteil dieser Nebendiagnosen wieder eine Abwertung, welche in mehr oder weniger großen Anteilen der Basis-DRGs zum Tragen kommt. Neu in die CCL-Matrix aufgenommene oder aufgewertete ICD-Kodes sind in der Praxis eher selten und entfalten daher keine so weitgehende Wirkung, dass die Abwertungen und die damit verbundenen Erlösrückgänge aufgefangen werden könnten. Trotzdem finden sich in nahezu jeder Klinik entsprechende Fälle und es darf keinesfalls die Schlussfolgerung gezogen werden, dass der Kodierung von Nebendiagnosen und der Dokumentation zugrunde liegender Sachverhalte keine oder reduzierte Beachtung geschenkt werden dürfte. Gerade in 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.

125.12 Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung		
+	+	+
PCCL < 3	PCCL = 3	PCCL > 3
↓	↓	↓
F49G	F49D	F49B
Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P, Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Dg, ohne best. Eingr.	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	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, ohne komplexen Eingriff, Alter > 9 Jahre
0,545 2.292 €	1,538 6.469 €	2,547 10.713 €

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 je-

weiligen Organisationen auf Landesebene. Der Bundesbasisfallwert stellt keine Abrechnungsgrundlage per se dar, sondern dient der Definition eines Korridors um den rechnerischen Bundesbasisfallwert, in welchem die Landesbasisfallwerte liegen sollen.

Zum Jahreswechsel 2023/24 liegt noch kein aktueller Bundesbasisfallwert vor. Für die Gruppierungsbeispiele dieser Kodierhilfe werden Fälle des Jahres 2023 immer mit dem in diesem Jahr gültigen Bundesbasisfallwert bewertet. Dieser beläuft sich auf 4.000,71 €. Für das Jahr 2024 erfolgt behelfsweise eine Berechnung mit einem Basisfallwert, welcher durch eine Erhöhung des Wertes aus 2023 um die 5,13% des verhandelten Veränderungswertes 2024³ ermittelt wurde und somit bei 4.205,95 € liegt. Es ist davon auszugehen, dass der endgültige Wert hiervon leicht abweichen wird, da mit der Umstellung der Berechnung die automatische Anwendung des Veränderungswertes auf den Bundesbasisfallwert aufgehoben wurde.

TAKE HOME MESSAGES II

ZU DEN ALLGEMEINEN ÄNDERUNGEN DES AG-DRG-SYSTEMS 2024

HYBRID-DRGs

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

PCCL-SYSTEMATIK

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

AMBULANTISIERUNG BISHER STATIONÄRER LEISTUNGEN

Die Verlagerung bisher stationärer Leistungen in das ambulante Setting hat vor der interventionellen Kardiologie nicht Halt gemacht. Auch wenn die Selbstverwaltung nicht vollumfänglich der Aufnahme kardiologisch-interventioneller OPS-Kodes in den AOP-Katalog gefolgt ist, so führt die Kontextprüfung aktuell zu Problemen in der Durchsetzung dieser Leistungen im gewohnt stationären Rahmen. Insbesondere ist die Belastung der Kliniken hinsichtlich der medizinischen Begründungen (MBeg) von Leistungen im abgelaufenen Jahr 2023 erheblich angestiegen.

SPEZIELLE VERÄNDERUNG FÜR DIE KARDIOLOGIE MIT DEM AG-DRG-SYSTEM 2024

Differenzierung des ICD-Kodes I21.4 (NSTEMI)

Auf Anregung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) sollte das Problem des Typ 2 Infarktes klassifikatorisch angegangen werden. Bisher das Krankheitsbild mit dem ICD-Kode I24.8 (Sonstige Formen der akuten ischämischen Herzkrankheit) kodiert. Beim Typ 2 Infarkt handelt es sich um eine Myokardischämie ohne tatsächlichen Myokardinfarkt. Vor dem Hintergrund geringeren Aufwandes im Vergleich mit der Infarktdiagnostik und -therapie sollte ein eigenständiger ICD-Kode etabliert werden, um eine klare Abgrenzung zu schaffen. Dieser sollte explizit nicht unter der ICD-Gruppe I21.-, sondern unter I24.- eingefügt werden.

Das BfArM ist dieser fachlich begründeten Forderung zwar insofern gefolgt, als nunmehr ein eigenständiger ICD-Kode geschaffen, dieser aber eben doch unter dem ICD-Dreisteller des NSTEMI etabliert wurde.

ICD 2023	ICD-TEXT 2023
I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt
↓	
ICD 2024	ICD-TEXT 2024
I21.40	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-1-Infarkt
I21.41	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-2-Infarkt

Das InEK leitet beide neuen ICD-Kodes erwartungsgemäß auf den bisherigen ICD I21.4 über, sodass die DRG-Gruppierung sowohl des Typ 1, als auch des Typ 2 Infarktes weiterhin identisch zu allen anderen Infarkttypen und -lokalisationen erfolgt.

Erweiterung des Textes beim OPS-Kode 3-05e

Der OPS-Kode für die intravaskuläre Endosonographie der Blutgefäße (3-05e) findet sich seit langer Zeit im OPS-Katalog des BfArM. Statistische Betrachtungen der Deutschen Gesellschaft für Angiologie haben dazu geführt, dass Leistungen im Sinne des OPS 3-05e auch von Kliniken kodiert werden, welche die dafür erforderliche Technik faktisch nicht vorhalten. Die Schlussfolgerung lag damit nahe, dass mehrere, unterschiedliche Verfahren unter diesem Code kodiert werden, was eine Klarstellung des OPS-Textes erforderlich gemacht hat. Mit dem Jahr 2024 wird der Begriff „IVUS“ in eckigen Klammern dem OPS-Text des vierstelligen Basiskodes hinzugefügt.

Auch wenn es sich bei diesen OPS-Kodes nicht um die intrakoronare Anwendung des IVUS handelt, so führen die endstelligen OPS-Kodes z. B. in DRGs für die PCI zu Aufwertungen, sodass diese Veränderung hier Erwähnung finden soll.

3-05e-	Intravaskuläre Endosonographie der Blutgefäße
↓	
3-05e-	Intravaskuläre Endosonographie der Blutgefäße [IVUS]

Einführung neuer OPS für die intrakoronare hyperoxämische Therapie

Auf Betreiben der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie wurde mit dem Jahr 2024 der OPS-Kode für die Intrakoronare hyperoxämische Therapie etabliert:

OPS	OPS-TEXT 2024
8-83d.a	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Intrakoronare hyperoxämische Therapie

Abwertung bestimmte Hauptdiagnosen mit bestimmten OPS-Kodes

Mit dem Jahr 2023 wurden eine Reihe von Hauptdiagnosen beim Vorliegen von speziellen Prozeduren in die F49E aufgewertet. Dies sollte die Situation korrigieren, dass bis zum Jahr 2023 diese Hauptdiagnosen ebenso wie eine Reihe von Prozeduren zwar zu einer Aufwertung von Fällen aus der DRG F49G in die F49F führten, die Kombination von höherwertigen Diagnosen mit ebensolchen Prozeduren dann bis dahin aber keine weitere Erlössteigerung zur Folge hatten.

Mit dem Jahr 2024 werden zehn dieser ICD-Kodes wieder abgewertet und wie im Jahr 2022 wieder in die DRG F49F führen.

Betroffen sind nachfolgende ICD-Kodes in Hauptdiagnoseposition:

ICD	ICD-TEXT
I47.2	Ventrikuläre Tachykardie
I49.0	Kammerflattern und Kammerflimmern
Q21.1	Vorhofseptumdefekt
Q21.2	Defekt des Vorhof- und Kammerseptums
Q21.88	Sonst angeb Fehl b der Herzsepten
Q21.9	Angeb Fehl b d Herzseptums, nnbez
Q23.3	Angeborene Mitralklappeninsuffizienz
Q23.8	Sonst angeb Fehl b Aorten- u Mitralklappe
Q23.9	Angeb Fehl b Aorten- u Mitralklappe, nnbez
Z01.80	Abkl Disposition f maligne Herzrhythmusst

KORONARANGIOGRAPHIE UND KORONARE INTERVENTIONEN

Hauptdiagnose

Die Kodierung der dem Behandlungsfall zugrunde liegenden Diagnosen erfolgt gemäß der International Classification of Diseases (ICD-10 GM 2024)⁴. 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 2024. Dabei ist zu beachten, dass die Differenzierung des NSTEMI mit dem Jahr 2024 neu etabliert wurde. Eine differenzierte Erlösrelevanz besteht aktuell noch nicht, hier ist frühestens in zwei Jahren eine Kalkulation des InEK zu erwarten.

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
I21.40	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-1-Infarkt
I21.41	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-2-Infarkt
I21.48	Sonstiger und nicht näher bezeichneter 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

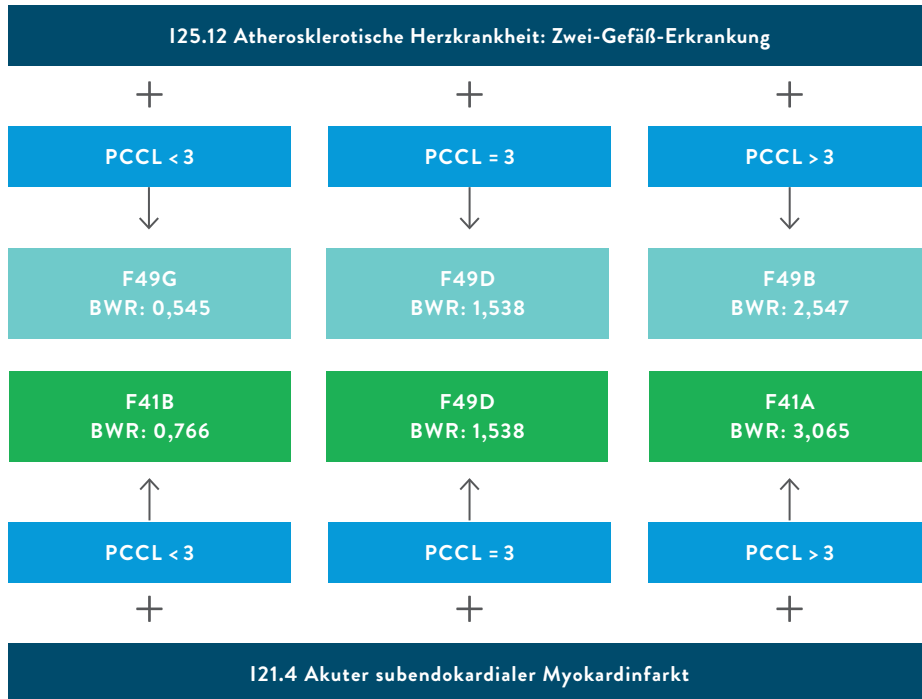
Die koronare Katheterdiagnostik wird im Klassifikationssystem des OPS⁵ mit Schlüsselnummern aus dem Kapitel 1-275 ff. (Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung) kodiert.

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 Katheterdiagnostik⁶

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 kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P, Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr.).

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
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	8.353 €	3.073 €	11.134 €	10.378 €	4.033 €	6.157 €	4.233 €	3.253 €	2.148 €
2024	BWR aG-DRG 2024	3,065	0,766	3,175	2,547	1,04	1,538	1,011	0,816	0,545
	Erlös aG-DRG 2024	12.891 €	3.222 €	13.354 €	10.713 €	4.374 €	6.469 €	4.252 €	3.432 €	2.292 €
Δ 2024-2023	Δ BWR aG-DRG 2024-2023	0,977	-0,002	0,392	-0,047	0,032	-0,001	-0,047	0,003	-0,001
	Δ Erlös aG-DRG 2024-2023	4.538 €	149 €	2.220 €	335 €	341 €	312 €	19 €	179 €	108 €
	Δ %	54,32%	4,86%	19,94%	3,23%	8,47%	5,06%	0,46%	5,52%	4,94%

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.

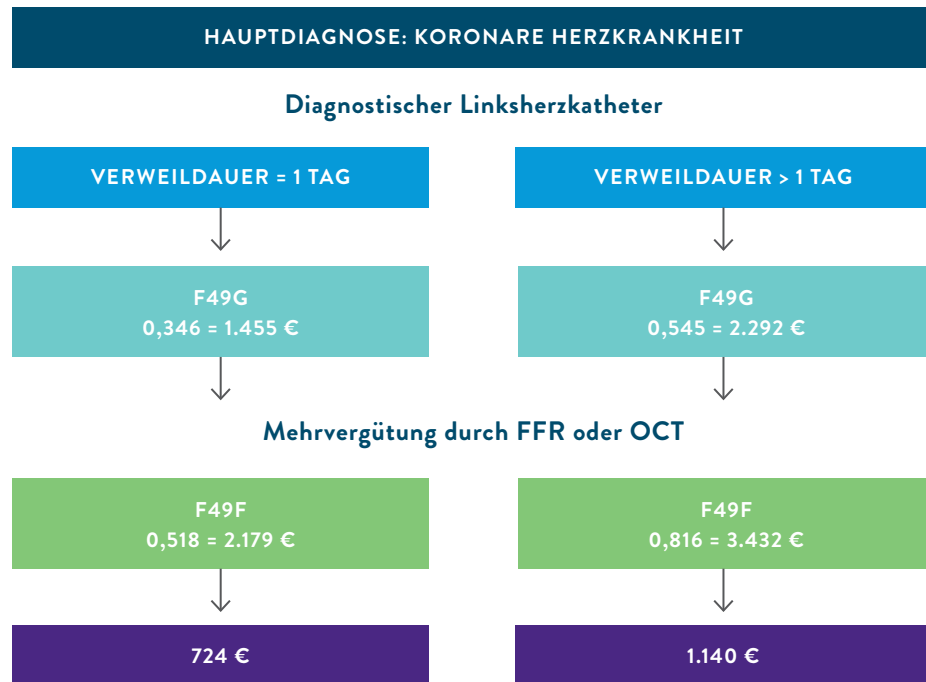
F49G	VWD > 1 TAG	BWR: 0,545	→	Erlös: 2.292 €
	VWD = 1 TAG	BWR: 0,346	→	Erlös: 1.455 €

Bereits im Einleitungsteil wurde dargestellt, dass ein Teil der erst zu 2023 aufgewerteten Diagnosecodes im Zusammenhang mit einer bestimmten Prozedurenkombination zum Jahr 2024 wieder abgewertet wurde. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um angeborene Fehlbildungen, die ventrikuläre Tachykardie und das Kammerflattern und

Kammerflimmern. Hier erfolgt die Gruppierung nicht mehr in die F49E, sondern wieder in die geringer bewertete F49F.

Bedeutung zusätzlicher Prozeduren für die Gruppierung katheterdiagnostischer Fälle

Eine Aufwertung erfahren auch Fälle mit Katheterdiagnostik ohne nachfolgende PCI 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



Damit ist in der Regel davon auszugehen, dass sich die Mehrkosten des Verfahrens aktuell im DRG-System bei diesen Fällen mehrheitlich sehr gut abbilden.

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 medikamentenfreisetzenden Stents) kodiert.

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

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

Dabei ist es 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 werden⁷.

Gemäß den Hinweisen im OPS-Katalog ist die Art der medikamentenfreisetzenden Stents gesondert zu kodieren. Diesen Zusatzcodes kommt auch im aG-DRG-System 2024 keinerlei Gruppierungsrelevanz zu, trotzdem ist die Kodierung obligatorisch vorzunehmen. Für die Kodierung stehen im OPS-System 2024 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 die medikamenten-freisetzenden Stents der XIENCE™ Familie 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 2024
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

Zusätzlich existieren Zusatzcodes 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 2024 nicht zu.

OPS-Kodes für die Anwendung einer koronaren Lithoplastie finden sich seit dem Jahr 2019 im OPS-Katalog.

OPS	OPS-TEXT 2024
8-83d.6	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Koronare Lithoplastie

Wie bereits unter der Rubrik der Neuerungen 2024 dargestellt, findet sich mit dem Jahr 2024 erstmalig der OPS-Kode für die intrakoronare hyperoxämische Therapie im Katalog.

OPS	OPS-TEXT 2024
8-83d.a	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Intrakoronare hyperoxämische Therapie

Nicht vollständig erbrachte Leistung

Grundsätzlich regelt die DKR P004 die nicht vollendete Prozedur⁸. Reduziert man die Inhalte dieser Kodierrichtlinie auf die in dieser Thematik relevanten Aspekte, so ist wie folgt zu verfahren:

- Gibt es einen spezifischen Kode für eine misslungene Prozedur, so ist dieser zu verwenden. In diesen Fall ist der Zusatzkode 5-995 Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt) nicht anzugeben.
- Lässt sich die bisher erbrachte Teilleistung mit dem OPS kodieren, so wird nur die Teilleistung kodiert.
- Wird eine Prozedur nahezu vollständig erbracht, so wird sie ohne Zusatzkode 5-995 kodiert.
- In allen anderen Fällen ist die geplante, aber nicht komplett durchgeführte Prozedur zu kodieren; bei Operationen ist zusätzlich der OPS-Kode 5-995 anzugeben.

Seit dem Jahr 2023 existiert ein neuer OPS-Kode, welcher für die unvollständige Erbringung einer PTCA mit erfolgreicher Einführung des Führungsdrahtes in das Zielgefäß bzw. die Zielgefäße steht.

OPS	OPS-TEXT 2024
8-83d.9	Einführung eines Führungsdrahtes vor Abbruch einer Ballon-Angioplastie 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

Damit gilt:

Fallkonstellation	Kodierrichtlinie	Beurteilung	OPS	DRG
Stenting bei aus dem MR bekannter KHK mit höhergradiger RIVA-Stenose geplant. Nach der Koronarangiographie erscheint die Maßnahme nicht aussichtsreich und der Patient wird in die Herzchirurgie extern verlegt.	Lässt sich die bisher erbrachte Teilleistung mit dem OPS kodieren, so wird nur die Teilleistung kodiert.	Hier ist die Teilleistung kodierbar	1-275.2	F49G
Zusätzlich zum vorherigen Fall wird der Versuch unternommen, einen DES im RIVA zu platzieren. Dabei wird der Führungsdraht bis ins Zielgefäß vorgeschoben, eine Fortführung der Maßnahme ist nicht möglich.	Gibt es einen spezifischen Kode für eine misslungene Prozedur, so ist dieser zu verwenden.	Ein solcher OPS-Kode existiert seit 2023	1-275.2 8-83d.9	F58B
Zusätzlich zum vorherigen Fall wird der Führungsdraht bis ins Zielgefäß vorgeschoben, der Ballon kann eingeführt am Ort der Stenose aber nicht erfolgreich expandiert werden.	Wird eine Prozedur nahezu vollständig erbracht, so wird sie ohne Zusatzkode 5-995 kodiert. In allen anderen Fällen ist die geplante, aber nicht komplett durchgeführte Prozedur zu kodieren.	Hier geht die Leistung über die 8-83d.9 hinaus, die Teilleistung ist kodierbar.	1-275.2 8-837.00	F58B
Zusätzlich zum vorherigen Fall kann die PTCA erfolgreich durchgeführt werden, ein bis zur Engstelle vorgeschobener Stent kann jedoch nicht abgesetzt werden und wird wieder aus der Blutbahn entfernt.	Wird eine Prozedur nahezu vollständig erbracht, so wird sie ohne Zusatzkode 5-995 kodiert. In allen anderen Fällen ist die geplante, aber nicht komplett durchgeführte Prozedur zu kodieren.	Hier wurde der Versuch der Stentimplantation soweit vorgenommen, dass der Stent bereits in der Blutbahn war. Damit ist er kodierbar	1-275.2 8-837.m0	F58B
	Wird eine Prozedur nahezu vollständig erbracht, so wird sie ohne Zusatzkode 5-995 kodiert. In allen anderen Fällen ist die geplante, aber nicht komplett durchgeführte Prozedur zu kodieren; bei Operationen ist zusätzlich der OPS-Kode 5-995 anzugeben.	Der Abbruchkode darf nur bei Leistungen aus dem Kapitel 5 angegeben werden. Formal ist hier aber immer von einer nahezu vollständigen Leistung auszugehen, sodass der Abbruchkode kaum jemals zur Anwendung kommt (nie bei OPS aus Kapitel 8!).		

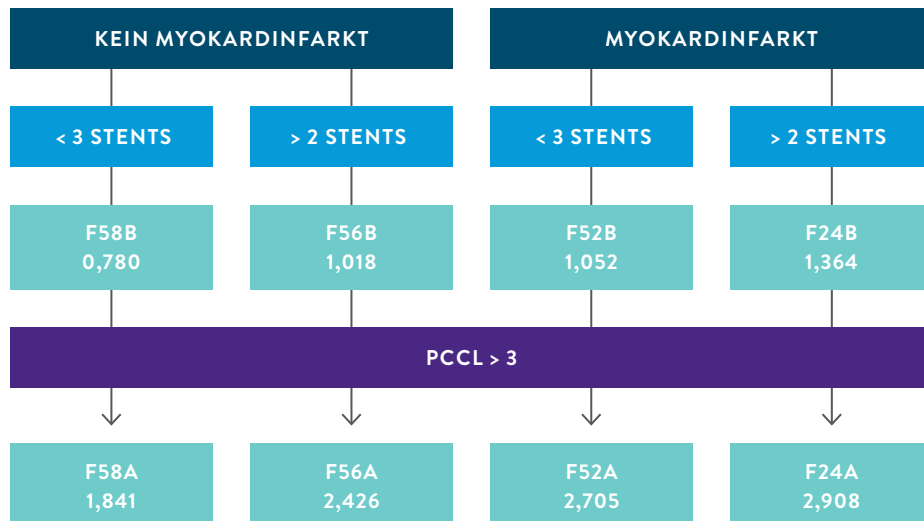
DRG-Gruppierung: perkutane Koronarintervention (medikamentenfreisetzende Stents)

Gruppierung im aG-DRG-System 2024

Auch im Jahr 2024 erfolgt die aG-DRG-Gruppierung von Fällen mit koronarer Intervention im Jahr 2024 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 G-DRGs F24B bzw. F52B erfolgt.

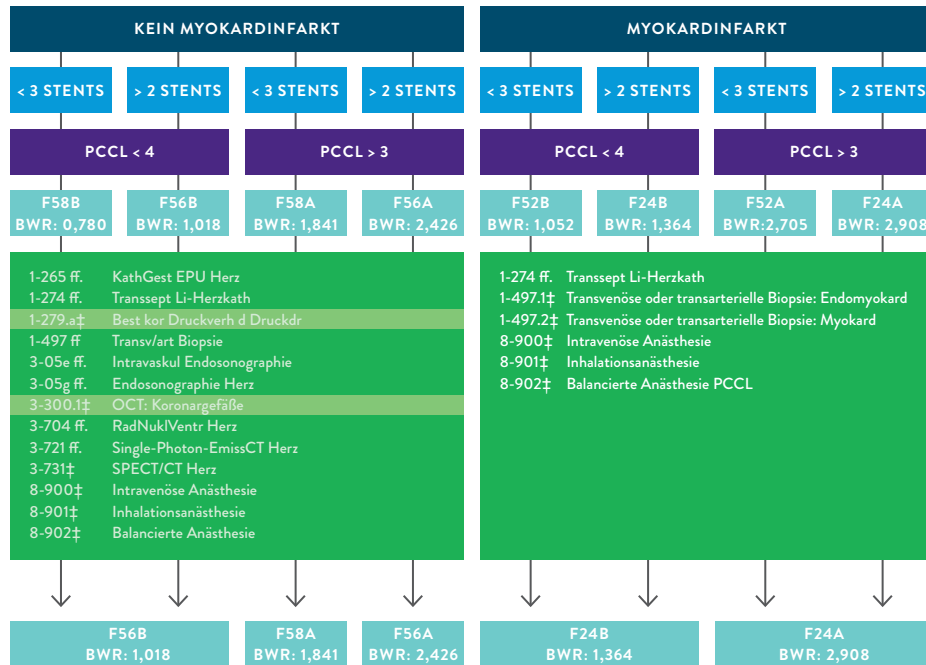
Bei einer Hauptdiagnose aus den typischen Bereichen „Koronare Herzkrankheit“ (ICD I25.1 ff. [Atherosklerotische Herzkrankheit], ICD I20 ff. [Angina pectoris]) werden in den Basis-DRGs F56 (> 2 Stents) und F58 (< 3 Stents) wieder anhand des PCCL-Wertes die A- bzw. B-Splits erreicht.



Mit dem aG-DRG-System 2024 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 nicht mehr Bestandteil der aG-DRG-Bewertungsrelationen sind.

		F19A	F19B	F24A	F24B	F52A	F52B	F56A	F56B	F58A	F58B
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	12.750 €	6.153 €	11.562 €	5.641 €	10.794 €	4.229 €	9.242 €	4.193 €	7.205 €	3.101 €
2024	BWR aG-DRG 2024	3,094	1,586	2,908	1,364	2,705	1,052	2,426	1,018	1,841	0,78
	Erlös aG-DRG 2024	13.013 €	6.671 €	12.231 €	5.737 €	11.377 €	4.425 €	10.204 €	4.282 €	7.743 €	3.281 €
Δ 2024-2023	Δ BWR aG-DRG 2024-2023	-0,093	0,048	0,018	-0,046	0,007	-0,005	0,116	-0,03	0,04	0,005
	Δ Erlös aG-DRG 2024-2023	262,94 €	517,54 €	668,84 €	92,91 €	583,17 €	195,91 €	961,99 €	88,91 €	537,87 €	180,09 €
	Δ %	2,06%	8,41%	5,78%	1,70%	5,40%	4,63%	10,41%	2,12%	7,46%	5,81%

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 transseptalen Punktion im Zusammenhang mit Fällen mit Myokardinfarkt eher als Seltenheit 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 für die drei DRG-Systeme zeigt die nachfolgende Tabelle.

	F24A	F24B	F52A	F52B	F56A	F56B	F58A	F58B
	uGVD (erster Tag mit Abschlag)							
aG-DRG 2023	4	1	5	1	3	1	3	1
aG-DRG 2024	4	1	5	1	3	1	3	1

	Abschlag pro Tag bei uGVD-Unterschreitung							
aG-DRG 2023	0,379	0,541	0,333	0,343	0,333	0,334	0,295	0,233
aG-DRG 2024	0,381	0,448	0,337	0,334	0,361	0,302	0,295	0,228

- 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 GefäÙeingriff, mit äußerst schweren CC
- F58B** Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit GefäÙeingriff, ohne äußerst schwere CC

Insgesamt findet sich für das Jahr 2024 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 2024 liegen die kalkulierten Kosten für Implantate je nach Ziel-DRG zwischen 98 € und 469 €, welche, zusätzlich zum Zusatzentgelterlös, Fall bezogen zur Finanzierung z. B. von Stents zur Verfügung stehen.

aG-DRG 2024	KALKULIERTE KOSTEN FÜR IMPLANTATE
F24A	469,28 €
F24B	284,34 €
F52A	193,41 €
F52B	111,04 €
F56A	403,57 €
F56B	199,52 €
F58A	153,34 €
F58B	97,74 €

Aufgrund der Tatsache, dass die im Kostenbrowser ausgewiesenen Euro-Beträge auf der Basis der InEK-Bezugsgröße 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 aG-DRG-Vergütung existiert für die Implantation von medikamentenfreisetzungsfähigen 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 Stafflung des ZE doch noch ein relevanter Zusatzbetrag resultieren kann. Das Zusatzentgelt ZE101 in der aktuellen Bewertung und Stafflung zeigt die nachfolgende Tabelle.

ZUSATZENTGELT	OPS-KODE	ZE-TEXT	BEWERTUNG
ZE101.01	8-837.m0	Ein Stent in eine Koronararterie	39,89 €
ZE101.02	8-837.m1 / m2	2 Stents in eine / mehrere Koronararterie	79,78 €
ZE101.03	8-837.m3 / m4	3 Stents in eine / mehrere Koronararterie	119,67 €
ZE101.04	8-837.m5 / m6	4 Stents in eine / mehrere Koronararterie	159,56 €
ZE101.05	8-837.m7 / m8	5 Stents in eine / mehrere Koronararterie	199,45 €
ZE101.06	8-837.m9 / ma	> 5 Stents in eine / mehrere Koronararterie	239,34 €

Zusatzentgelt ZE2024-107 (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 medikamentenfreisetzenden Stents mit voller Bioresorbierbarkeit von medikamentenfreisetzenden Stents mit bioresorbierbarem Polymer. Während sich erstere vollständig im menschlichen Körper auflösen, verbleibt bei letzteren das Metallgerüst des Stents im Koronargefäß, nachdem das medikamentenfreisetzende Polymer resorbiert wurde. Das Zusatzentgelt wird nur bei vollständig resorbierbaren Stents abrechenbar.

ZUSATZENTGELT	OPS-KODE	ZE-TEXT
ZE2024-107	8-83d.0*	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden bioresorbierbaren Stents

FRAKTIONELLE FLUSSRESERVE

Die OPS-Kodierung der Bestimmung der FFRmyo erfolgt auch im Jahr 2024 weiterhin mit dem OPS-Kode I-279.a.

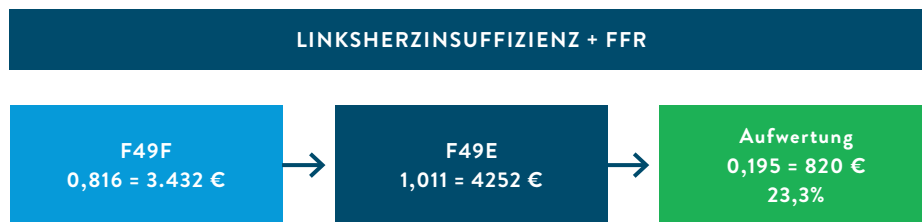
OPS	OPS-TEXT 2024
I-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung Inkl.: Bestimmung der fraktionellen myokardialen Flussreserve (FFRmyo) Bestimmung von Druckindizes ohne Vasodilatation

Damit existiert ein unstrittiger Bezug des OPS-Kodes auf alle relevanten modernen diagnostischen Verfahren:

- **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 2024.

So gibt es seit 2023 eine Aufwertung bestimmter komplexer kardiologischer Diagnostik (z.B. FFRmyo, IVUS, OCT etc.) oder Kardioversion in Verbindung mit einer Hauptdiagnose wie z.B. Links- oder Rechtsherzinsuffizienz:



Bedeutsam ist die Aufwertung eines Behandlungsfalles mit interventioneller Koronar-diagnostik in der Basis-DRG F49 (Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt) 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 aufgrund 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.

HAUPTDIAGNOSE: KORONARE HERZKRAKHEIT

Diagnostischer Linksherzkatheter		Stent-PTCA (< 3 Stents)	
VWD = 1 TAG	VWD > 1 TAG	VWD = 1 TAG	VWD > 1 TAG
F49G		F58B	
0,346	0,518	0,552	0,78
1.455 €	2.292 €	2.322 €	3.281 €

Mehrvergütung durch FFR oder OCT

F49F		F56B	
0,518	0,816	0,716	1,018
2.179 €	3.432 €	3.011 €	4.282 €
↓	↓	↓	↓
724 €	1.140 €	689 €	1.001 €

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 FFRmyo erfolgt auch im Jahr 2024 weiterhin mit dem OPS-Code 3-300.1.

OPS	OPS-TEXT 2024
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 2024
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 2024 aufwendend 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.

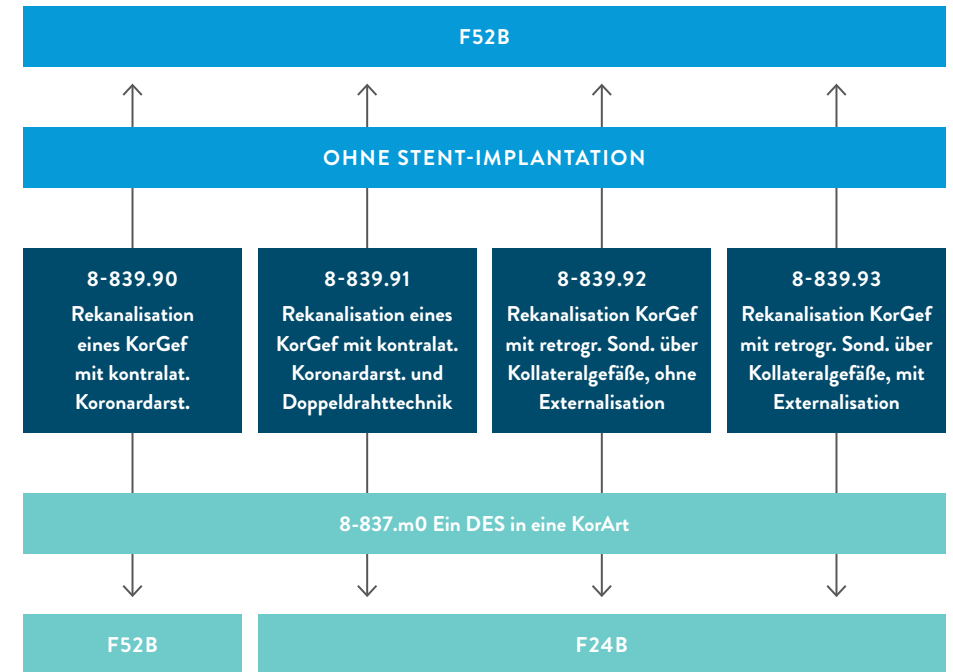
Die folgende Abbildung zeigt das aufwertende Gruppierungskriterium in der Basis-DRG F24.

OPS	OPS-TEXT 2024
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 2024
8-837.k ff.	Einlegen BMS
8-837.m ff.	Einlegen DES
8-837.w ff.	Einlegen beschichteter Stent
8-83d.0 ff.	Einlegen bioresorbierbarer DES
8-83d.1 ff.	Einlegen selbstexpandierender Stent
8-83d.2 ff.	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.

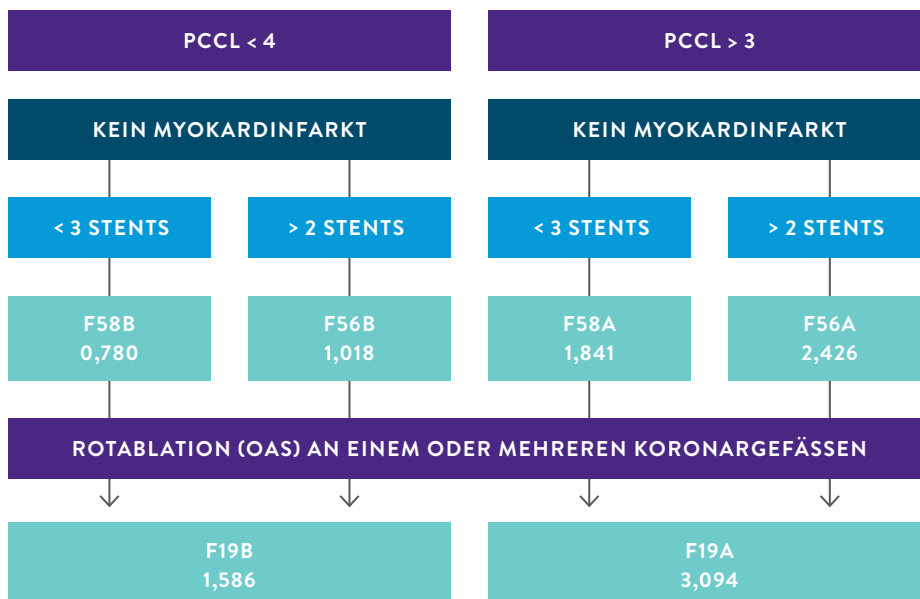


ROTABLATION AN DEN KORONARGEFÄSSEN - ORBITALE ATHEREKTOMIE (OAS)

Die Kodierung der Rotablationen an den Koronargefäßen erfolgt ebenso wie die Kodierung der Orbitalen Atherektomie (OAS) 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 bzw. OAS werden auch in 2024 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.

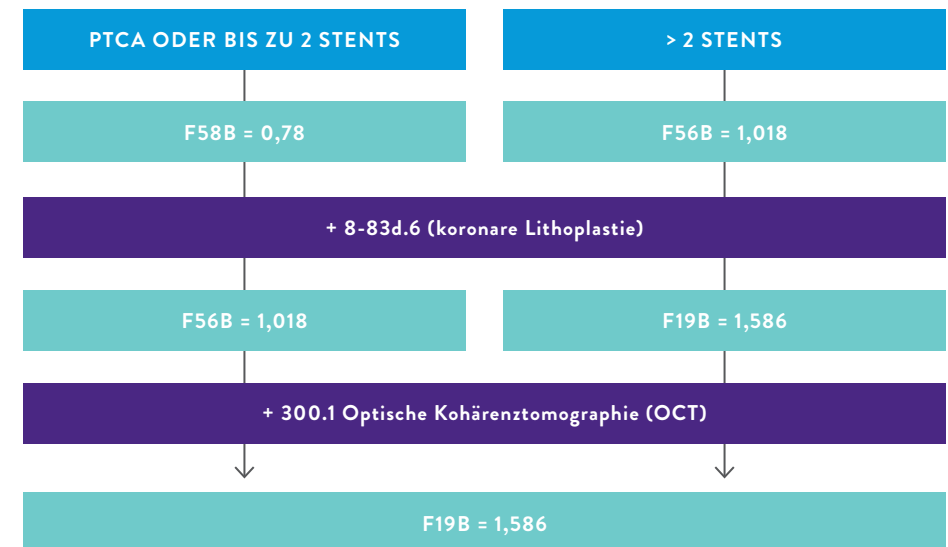


KORONARE LITHOPLASTIE

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. einer koronaren Stentimplantation bei kalzifizierenden Stenosen. Seit dem Jahr 2023 erfolgt eine deutliche Höhergruppierung von Fällen mit koronarer Lithoplastie, wobei hier insbesondere die Erbringung einer intrakoronaren Bildgebung wie z.B. OCT konsequent kodiert werden muss, um die Aufwertung in die Basis-DRG F19 sicherzustellen.



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	3,094	12,1	3	0,385	26	0,088
F19B	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Radiofrequenzablation über A. renalis oder komplexe koronare Lithoplastie	1,586	4	1	0,386	10	0,085

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	2,908	15,1	4	0,381	29	0,091
F24B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC	1,364	5,4	1	0,448	11	0,079
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC	2,705	17,2	5	0,337	32	0,081
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention	1,052	5	1	0,334	10	0,079

aG-DRGs für koronare Stentimplantation außer bei akutem Myokardinfarkt

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	KAT MVWD	UGVD (1. Tag Abschl)	Kurzl Abschl	OGVD (1. Tag Zuschl)	Langl Zuschl
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC	2,426	12,6	3	0,361	26	0,08
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie oder koronare Lithoplastie	1,018	3,5	1	0,302	8	0,069
F58A	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC	1,841	10,9	3	0,295	22	0,076
F58B	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC	0,78	3,3	1	0,228	7	0,066

aG-DRGs für Linksherzkatheterdiagnostik

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	KAT MVWD	UGVD (1. Tag Abschl)	Kurzl Abschl	OGVD (1. Tag Zuschl)	Langl Zuschl
F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC	3,065	17,2	5	0,459	33	0,096
F41B	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC	0,776	4,9	1	0,318	11	0,077

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	KAT MVWD	UGVD (1. Tag Abschl)	Kurz! Abschl	OGVD (1. Tag Zuschl)	Langl Zuschl
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, mit komplexem Eingriff oder Alter < 10 Jahre	3,175	18,1	5	0,453	36	0,106
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, ohne komplexen Eingriff, Alter > 9 Jahre	2,547	17,8	5	0,373	35	0,085
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre	1,04	2,4	1	0,128	5	0,17
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	1,538	12,7	3	0,309	26	0,066
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	1,011	7,1	1	0,371	16	0,06
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	0,816	5,6	1	0,298	13	0,066
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	0,545	3,5	1	0,199	8	0,063

Berechnungsgrundlage Erlöse:

2023: Bundesbasisfallwert 2023 (4.000,71 €)

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

GLOSSAR / ABKÜRZUNGEN

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

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

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

BfArM: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

BMG: Bundesministerium für Gesundheit

BMS: Bare metal stent (nicht medikamentefreisetzender Stent)

BWR: Bewertungsrelation

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

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

CTO: Chronic Total Occlusion (Chronischer Totalverschluss)

DES: Drug eluting stent (medikamentefreisetzender Stent)

DGK: Deutsche Gesellschaft für Kardiologie

DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

FÄ: Fachärzte

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

IVUS: Intravaskulärer Ultraschall

Kat-BWR: Katalog-Bewertungsrelation

KHVVVG: Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

Kurzl Abschl: Abschlag pro Tag bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer

KV: Kassenärztliche Vereinigung

Langl Zuschl: Zuschlag pro Tag bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer

LG: Leistungsgruppe

MDC: Major Diagnosis Category (Hauptdiagnosekategorie)

MD(K): Medizinischer Dienst (der Krankenversicherung)

MVWD: Mittlere Verweildauer

OAS: Orbital Atherectomy System

OCT: Optical Coherence Tomography (Optische Kohärenztomografie)

OGVD: Obere Grenzverweildauer

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

UGVD: Untere Grenzverweildauer

VZÄ: Vollzeitäquivalent

ZE: Zusatzentgelt

QUELLEN

1. Qualitätskriterien NRW: https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/nd_anlage_2_uebersichtstabelle_der_qualitaetskrite.xlsx

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

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

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

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

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

7. Kodierempfehlung: <https://www.medizinischerdienst.de/leistungserbringer/kodierempfehlungen/>

8. Deutsche Kodierrichtlinien: <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2024/kodierrichtlinien/deutsche-kodierrichtlinien-2024>

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:

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 Codes angesehen werden, und Abbott befürwortet oder garantiert nicht die Korrektheit der Verwendung eines bestimmten Codes. 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.

WIR FÜR SIE



DR. CHRISTOPH RATH

Manager DACH

Health Economics & Reimbursement

Mobil: +49 170 - 33 39 519



JANNIS RADELEFF

Head of Health Economics &

Reimbursement DACH

Telefon: +49 (0) 6196 7711-144

IHR ANSPRECHPARTNER

Abbott Medical GmbH

Schanzenfeldstrasse 2

35578 Wetzlar

Tel: +49 6441 87075 0

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

Hierin enthaltene Informationen sind ausschließlich zur Veröffentlichung in Deutschland bestimmt.

Archivierung der Daten und Fotoaufnahmen durch Abbott Medical.

Abbott Medical

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

™ kennzeichnet eine Marke der Abbott Unternehmensgruppe.

www.cardiovascular.abbott

© 2024 Abbott. Alle Rechte vorbehalten. MAT-2314803 v1.0

