



Abbott



2020

KODIERLEITFADEN

KORONARINTERVENTIONEN – PCI

UNSERE MISSION

Leben Sie nicht einfach nur länger, sondern besser

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

UNSER ANLIEGEN

Wir möchten Sie bei Ihrer täglichen Arbeit unterstützen

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



INHALT

Die wichtigsten Diagnosenkodes (ICD-10)	4
Relevante Prozedurenkodes (OPS)	5
Vorbemerkungen zum aG-DRG System 2020	7
Gruppierungsalgorithmus (aG-DRG) für PCI	9
aG-DRGs für FFR	14
aG-DRGs für OCT	16
aG-DRGs für CTO	16
aG-DRGs für renale Denervation	18

ANHANG

DRG-Liste	20
Glossar/Abkürzungen	24
Wir für Sie	27

PERKUTANE KORONARINTERVENTION: MEDIKAMENTENFREISETZENDE STENTS

Hauptdiagnose

Die Kodierung der dem Behandlungsfall zugrunde liegenden Diagnosen erfolgt gemäß der International Classification of Diseases (ICD-10 GM 2020). 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 2020.

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

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

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

Prozeduren

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 dann auch im Konsens mit den Kodierempfehlungen der SEG 4 (Sozialmedizinische Expertengruppe 4) kodiert werden¹.

Gemäß den Hinweisen im OPS-Katalog ist die Art der medikamentenfreisetzenden Stents gesondert zu kodieren. Diesen Zusatzkodes kommt auch im aG-DRG-System 2020 keine Gruppierungsrelevanz zu, trotzdem ist die Kodierung obligatorisch vorzunehmen. Für die Kodierung stehen im OPS-System 2020 folgende Schlüsselnummern zur Verfügung:

¹ https://www.mdk.de/fileadmin/MDK-zentraler-Ordner/Downloads/15_Expertengruppen/SEG4_KodEmpf_001-603_190916.pdf (Stand: 16.09.2019)

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 2020
8-83d.0 ff.	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden bioresorbierbaren Stents
8-83d.1 ff.	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden selbstexpandierenden 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

Für das Jahr 2020 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 im aG-DRG-System 2020 erwartungsgemäß nicht zu, allerdings besteht die Möglichkeit, dass für diese OPS-Kodes Ende Januar 2020 ein positiver NUB-Bescheid ergeht.

DRG-GRUPPIERUNG

Vorbemerkung zum aG-DRG-System 2020

Auf Basis des Pflegepersonalstärkungs-Gesetzes (PpSG), wurde für die Kalkulation des DRG-Systems 2020 ein großer Teil der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen ausgegliedert. Das bedeutet, dass die Kosten für den Pflegedienst, welche auf die Kostenstellen „Normalstation“, „Intensivstation“ und „Dialyseabteilung“ entfallen, nicht mehr Teil der DRG-Vergütung sind. Diese Kosten sollen ab dem Jahr 2020 über das sogenannte Pflegebudget finanziert werden, welches jede Klinik individuell mit den Kostenträgern im Rahmen der Entgeltverhandlungen vereinbaren muss, um die tatsächlichen Pflegekosten zu kompensieren.

Durch die Ausgliederung eines großen Teils der Pflegekosten kommt es zu einer deutlichen Reduktion der DRG-Bewertungsrelationen der als aG-DRGs („a“ für „ausgliedert“) bezeichneten Fallpauschalen 2020 gegenüber den G-DRGs des Jahres 2019, welche die Pflegekosten noch in vollem Umfang enthalten.

Um eine bessere Vergleichbarkeit der beiden Systemjahre 2019 und 2020 herzustellen und den technischen Katalogeffekt von den Auswirkungen der Pflegekostenausgliederung abgrenzen zu können, hat das InEK mit dem aG-DRG-Katalog 2020 gleichzeitig einen simulierten aG-DRG-Katalog 2019 veröffentlicht. Dieser beinhaltet bei unveränderter Gruppierungslogik zum G-DRG-System 2019 nicht mehr die ausgegliederten Pflegekosten.

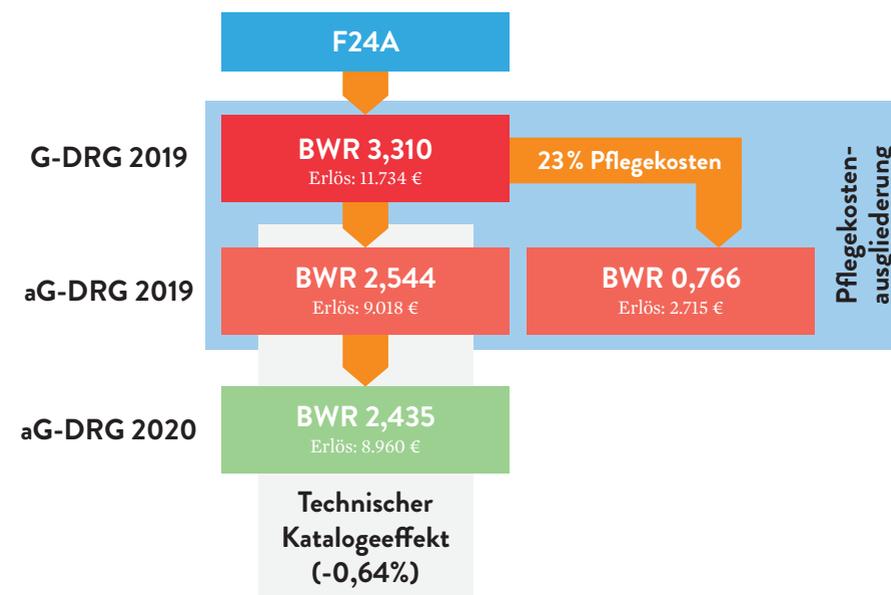
Der Vergleich der beiden aG-DRG-Systeme 2019 und 2020 ermöglicht es, die durch Umsortierungen, ICD- und OPS-Kode-Verschiebungen und anderen Mechanismen der inhaltlichen Entwicklung des DRG-Systems resultierenden Veränderungen in Form echter Katalogeffekte zu beurteilen.

Für die hier relevanten Darstellungen ergibt sich damit, dass im Gegensatz zu den Vorjahren neben den Bewertungsrelationen des G-DRG-Systems 2019 auch immer die des aG-DRG-Systems 2019 aufgeführt werden müssen. Bewertungsrelations- und Erlösvergleiche finden immer zwischen dem aG-DRG-System 2019 und dem aG-DRG-System 2020 statt, um die Verzerrungen durch die Ausgliederung der Pflegekosten auszublenden.

Inwieweit die ausgegliederten Pflegekosten durch das neue Konstrukt des Pflegebudgets und die neu in den aG-DRG-Katalog aufgenommenen Pflege-Bewertungsrelationen für eine Klinik einen Verlust oder einen Zugewinn gegenüber den bisher über das G-DRG-System anteilig finanzierten Pflegeerlösen darstellen wird, bleibt der inhaltlichen Ausgestaltung der Verhandlungen vor Ort und auch der individuellen Ausstattung mit Pflegekräften überlassen. Grundsätzlich ist aber davon auszugehen, dass Kliniken mit einer über die bisherigen Pflegekosten der G-DRGs hinausgehenden Pflegeausstattung eher zu den Gewinnern der dargestellten Veränderungen zählen dürften, während Kliniken mit geringer pflegerischer Besetzung im Sinne der Pflegebudgetkalkulation vermutlich Einbußen in Kauf nehmen müssen.

Die nachfolgende Abbildung erläutert die unterschiedlichen Effekte der nur für das Systemjahr 2020 relevanten drei DRG-Systeme anhand des Beispiels der DRG F24A exemplarisch. Die Berechnung der Erlöse für das Jahr 2019 erfolgt dabei, wie auch in allen folgenden Beispielen, auf der Grundlage des Bundesbasisfallwertes 2019 (3.544,97 €), der Berechnung der

Erlöse für das Jahr 2020 liegt der Bundesbasisfallwert 2020 (3.679,62 €) zugrunde.

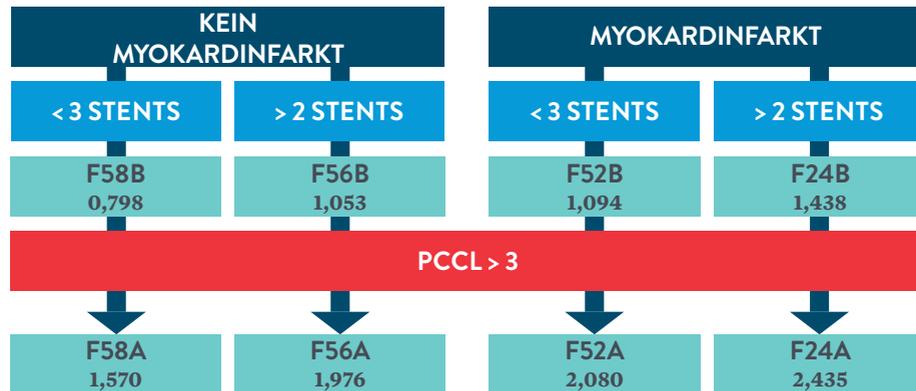


Gruppierung im aG-DRG-System 2020

Abgesehen von den systematischen Umbauten des DRG-Systems hinsichtlich der Vergütung der Pflegekosten, erfolgt die aG-DRG-Gruppierung von Fällen mit koronarer Intervention im Jahr 2020 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.

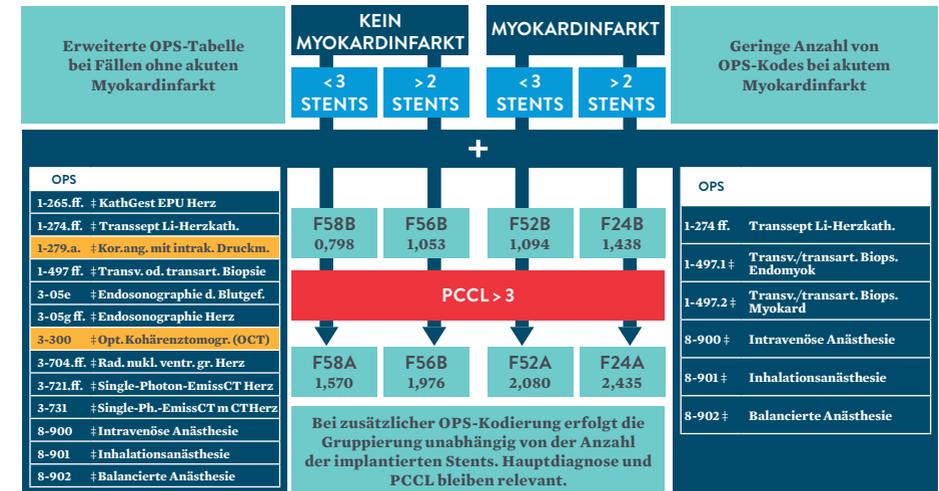
Bei einer Hauptdiagnose aus den typischen Bereichen „Koronare Herzkrankheit“ (ICD I25.1 ff. [Atherosklerotische Herzkrankheit], I20 ff. [Angina pectoris]) werden in den Basis-DRGs F56 (> 2 Stents) und F58 (< 3 Stents) wieder anhand des PCCL-Wertes die A- bzw. B-Splits erreicht.



Mit dem aG-DRG-System 2020 haben sich, abgesehen von den Folgen der Pflegekostenausgliederung, 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 aktuell drei relevanten Systeme auf. Dabei werden auch die ausgegliederten Pflegekosten für das Jahr 2019 ausgewiesen.

	F24A	F24B	F52A	F52B	F56A	F56B	F58A	F58B	
2019	BWR G-DRG 2019	3,31	1,751	2,692	1,371	2,552	1,238	2,012	0,954
	Erlös G-DRG 2019	11.734 €	6.207 €	9.543 €	4.736 €	8.469 €	4.275 €	7.111 €	3.276 €
	BWR aG-DRG 2019	2,544	1,473	2,021	1,093	1,929	1,074	1,572	0,806
	Erlös aG-DRG 2019	9.018 €	5.222 €	7.164 €	3.875 €	6.838 €	3.807 €	5.573 €	2.857 €
	Ausgegliederte Pflegekosten 2019	-2.715 €	-986 €	-2.379 €	-861 €	-1.631 €	-468 €	-1.539 €	-418 €
	Pflegeanteil 2019	-23 %	-16 %	-25 %	-18 %	-19 %	-11 %	-22 %	-13 %
2020	BWR aG-DRG 2020	2,435	1,438	2,08	1,094	1,976	1,053	1,57	0,798
	Erlös aG-DRG 2020	8.960 €	5.291 €	7.654 €	4.026 €	7.271 €	3.875 €	5.777 €	2.936 €
2020 - 2019	Δ BWR aG-DRG 2020 - 2019	-0,109	-0,035	0,059	0,001	0,047	-0,021	-0,002	-0,008
	Δ Erlös aG-DRG 2020 - 2019	58 €	69 €	490 €	151 €	433 €	68 €	204 €	79 €
	Δ %	0,64%	-1,32%	6,84%	3,90%	6,33%	1,79%	3,66%	2,77%

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 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 für die drei DRG-Systeme zeigt die nachfolgende Tabelle.

	F24A	F24B	F52A	F52B	F56A	F56B	F58A	F58B
uGVD (erster Tag mit Abschlag)								
G-DRG 2019	4	1	3	1	2	1	2	1
aG-DRG 2019	4	1	3	1	2	1	2	1
aG-DRG 2020	3	1	3	1	2	1	2	1
Abschlag pro Tag bei uGVD-Unterschreitung								
G-DRG 2019	0,469	0,775	0,517	0,535	0,489	0,384	0,464	0,296
aG-DRG 2019	0,318	0,552	0,352	0,35	0,338	0,305	0,321	0,232
aG-DRG 2020	0,375	0,486	0,368	0,313	0,357	0,306	0,321	0,226

F24A: PT Kor.angiopl. mit kompl. Diagn. u. hochkompl. Interv. oder mit Angiopl. Alter > 15 J., mit äuß. schw. CC

F24B: PT Kor.angiopl. mit kompl. Diagn. u. hochkompl. Interv. oder mit Angiopl., Alter > 15 J., ohne äuß. schw. CC

F52A: PT Kor.angiopl. mit kompl. Diagn., mit äuß. schw. CC

F52B: PT Kor.angiopl. mit kompl. Diagn., ohne äuß. schw. CC oder mit intrak. Brachythr. best. Interv.

F56A: PT Kor.angiopl. mit best. hochkompl. Interv., mit äuß. schw. CC

F56B: PT Kor.angiopl. mit hochkompl. Interv., ohne best. hochkompl. Inter., ohne äuß. schw. CC, oder Kryoplastie

F58A: PT Kor.angiopl. mit äuß. schw. CC

F58B: PT Kor.angiopl. ohne äuß. schw. CC

Insgesamt findet sich für das Jahr 2020 erstmalig seit mehreren Jahren wieder eine Aufwertung der meisten relevanten DRG-Pauschalen für die perkutane Koronarintervention. Diese fällt mit mehr als 6 % für die beiden aG-DRGs F52A und F56A sogar vergleichsweise hoch aus. Dieser Umstand darf jedoch in der Praxis nicht darüber hinwegtäuschen, dass in den hier aufgezeigten Pauschalen zwischen 11 % (F56B) und 25 % (F52A) der ursprünglichen G-DRG Bewertungsrelationen aufgrund der Pflegekostenausgliederung bereits vor der Ermittlung des Katalogeffektes in Abzug gebracht wurden. Auch wenn in diesem Zusammenhang eine Vollfinanzierung der individuellen Pflegekosten erwartet wird, sind die Auswirkungen für die Kliniken aktuell noch nicht absehbar.

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. Die kalkulierten Kosten für Implantate des DRG-Systemjahres 2020 liegen, je nach Ziel-DRG zwischen 98,63 € und 331,29 €, welche Fall bezogen zur Finanzierung z. B. von Stents zur Verfügung stehen. Aufgrund der Tat-

sache, dass die im Kostenbrowser ausgewiesenen Euro-Beträge auf der Basis der InEK-Bezugsgröße (bzw. bei Sachkosten auf dem Faktor BERECH60) 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.

aG-DRG 2020	KALKULIERTE KOSTEN FÜR IMPANTATE
F24A	331,29 €
F24B	253,98 €
F52A	130,41 €
F52B	103,55 €
F56A	322,67 €
F56B	194,49 €
F58A	127,26 €
F58B	98,63 €

Zusätzlich zur G-DRG-Vergütung existiert für die Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents 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 / mehrere Koronararterie	54,80 €
ZE101.02	8-837.m1 / m2	2 Stents in eine / mehrere Koronararterie	109,60 €
ZE101.03	8-837.m3 / m4	3 Stents in eine / mehrere Koronararterie	164,40 €
ZE101.04	8-837.m5 / m6	4 Stents in eine / mehrere Koronararterie	219,20 €
ZE101.05	8-837.m7 / m8	5 Stents in eine / mehrere Koronararterie	274,00 €
ZE101.06	8-837.m9 / ma	> 5 Stents in eine / mehrere Koronararterie	328,80 €

Zusatzentgelt ZE2020-107

(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.

ZUSATZ-ENTGELT	OPS-KODE	ZE-TEXT
ZE2020-107	8-83d.0*	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden bioresorbierbaren Stents

FRAKTIONELLE FLUSSRESERVE (FFR)

Die OPS-Kodierung der Bestimmung der FFRmyo erfolgt auch im Jahr 2020 weiterhin mit dem OPS-Kode 1-279.a.

Allerdings wurde die Definition auf Betreiben der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie im OPS-Katalog erweitert. Der OPS-Text, welcher bisher „Koronarangiographie mit intrakoronarer Druckmessung“ lautete, wurde modifiziert:

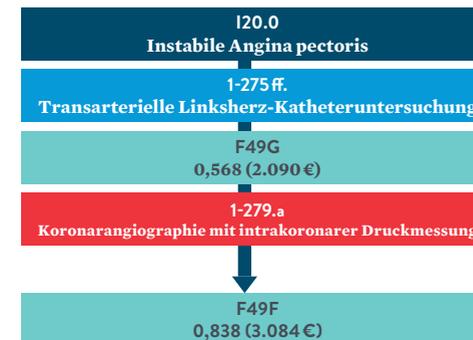
OPS	OPS-TEXT 2020
1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung Inkl.: Bestimmung der fraktionellen myokardialen Flussreserve (FFRmyo) Bestimmung von Druckindizes ohne Vasodilatation

Mit dieser Modifikation wird 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 2020. In den meisten Fällen ist diese Gruppierungsrelevanz jedoch theoretisch, da die gleichzeitige Kodierung der in diesem Rahmen immer durchgeführten Koronarangiographie bereits aufwertend wirkt. Die zusätzliche Durchführung und Kodierung der Messung der fraktionellen Flussreserve führt dann nicht zu weiterer Erlössteigerung.

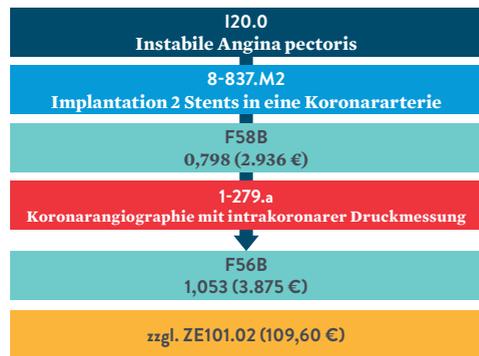
Bedeutsam ist die Aufwertung eines Behandlungsfalles mit interventioneller Koronar-diagnostik in der Basis-DRG F49 (Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt) durch den OPS-Kode 1-279.a. Hier erfolgt bei Durchführung der Katheterdiagnostik und Messung der fraktionellen myokardialen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



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

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

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



F58B: Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC

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

ZE101.02: Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents: 2 Stents oder 2 selbstexpandierende Stents in eine oder mehrere Koronararterien.

OPTISCHE KOHÄRENZTOMOGRAPHIE (OCT)

Die OPS-Kodierung der Bestimmung der FFRmyo erfolgt auch im Jahr 2020 weiterhin mit dem OPS-Kode 3-300.1.

OPS	OPS-TEXT 2020
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 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 Kollateralf Gefäße, ohne Externalisation
8-839.93	Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit retrograder Sondierung über die Kollateralf Gefäße, mit Externalisation

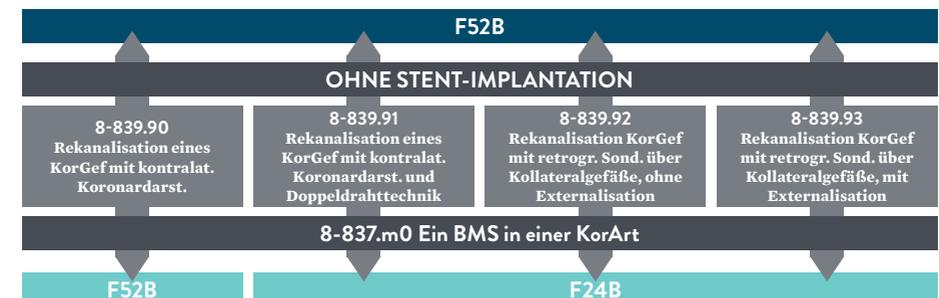
Die Rekanalisation organisierter Koronarverschlüsse wirkt auch im Jahr 2020 aufwertend im Zusammenhang mit unterschiedlichen Konstellationen der koronaren Intervention. Fälle mit Doppeldrahttechnik bzw. retrograder Sondierung über Kollateralf Gefäße führen seit dem DRG-Jahr 2019 in die Basis-DRG F24 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 Kollateralf Gefäße, ohne Externalisation
8-839.93	Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit retrograder Sondierung über die Kollateralf Gefäße, ohne Externalisation

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

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



RENALE DENERVATION

Hauptdiagnose

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

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

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

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

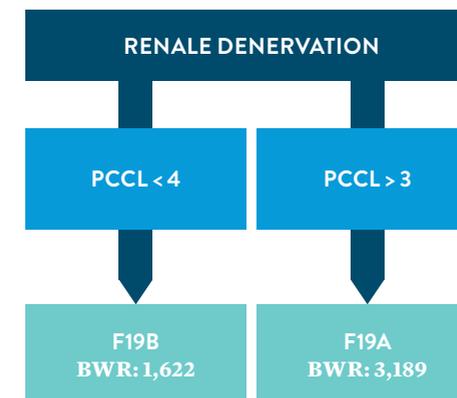
Prozedur

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

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

DRG-Gruppierung

Die Eingruppierung dieser Fälle erfolgt auch weiterhin in die Basis-DRG F19. Nachdem bereits im Vorjahr durch den Wegfall der G-DRG F19D eine Verschiebung der Fälle in die F19C erfolgte, sind die beiden DRG-Splits F19B und F19C im aG-DRG-System 2020 kondensiert worden, sodass jetzt in Abhängigkeit vom PCCL-Wert nunmehr nur noch zwei DRG-Splits zur Verfügung stehen.



ANHANG

Wichtige G-DRG-Pauschalen für die perkutane Koronarintervention

aG-DRGs für aufwändige koronare Interventionen und renale Denervation

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	3,189	13	3	0,391	27	0,084
F19B	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Radiofrequenz-ablation über A. renalis, Alter > 17 Jahre	1,622	4,1	1	0,313	10	0,083

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	2,435	13,4	3	0,375	27	0,079
F24B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC	1,438	5,9	1	0,486	12	0,076
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC	2,08	13	3	0,368	26	0,079
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention	1,094	5,3	1	0,313	11	0,076

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	1,976	10,2	2	0,357	22	0,074
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie	1,053	3,7	1	0,306	9	0,066
F58A	Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC	1,57	9,7	2	0,321	20	0,07
F58B	Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC	0,798	3,4	1	0,226	8	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	1,964	15,4	4	0,333	29	0,075
F41B	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC	0,777	5,4	1	0,286	12	0,072

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	KAT MVWD	UGVD (1. Tag Abschl)	Kurzl 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	2,804	13	3	0,391	27	0,084
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, ohne komplexen Eingriff, Alter > 9 Jahre	2,321	17,3	5	0,335	32	0,081
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre	1,09	2,6	1	0,161	7	0,138
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	1,389	12,4	3	0,272	25	0,062
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne schwere CC bei BT > 1, mit kardialen Mapping oder bestimmter komplexer Diagnose	1,021	4,6	1	0,365	11	0,083
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr.	0,838	5,9	1	0,289	14	0,062
F49G	Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinf., ohne auß. schw. CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Eingriff	0,568	3,7	1	0,207	9	0,066

GLOSSAR/ABKÜRZUNGEN

ABSCHL./TAG

Abschlag pro Tag bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer

BMS

Bare metal stent (nicht medikamentenfreisetzender Stent)

CC

Comorbidities and Complications (Berechnungsbasis für den PCCL-Wert)

CTO

Chronic Total Occlusion (Chronischer Totalverschluss)

DES

Drug eluting stent (medikamentenfreisetzender Stent)

DIMDI

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

DRG

Diagnosis Related Group

FFR

Fraktionale Flussreserve

ICD-10-GM

International Classification of Diseases 10, German Modification

KAT-BWR

Katalog-Bewertungsrelation

MDC

Major Diagnosis Category (Hauptdiagnosekategorie)

OCT

Optical Coherence Tomography (Optische Kohärenztomografie)

OPS

Operationenschlüssel (Prozedurenklassifikationssystem)

PCCL

Patient Comorbidity and Complexity Level (fallbezogener Gesamtschweregrad)

PCI

Percutaneous Coronary Intervention (Perkutaner Koronareingriff)

TAG 1 ABSCHL.

Erster Tag mit Abschlag bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer

TAG 1 ZUSCHL.

Erster Tag mit Zuschlag bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer

ZE

Zusatzentgelt

ZUSCHL./TAG

Zuschlag pro Tag bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer

DAS KÖNNTE SIE AUCH INTERESSIEREN



Kodierleitfaden für die
Rhythmologie

Kodierleitfaden
Neurostimulation

Kodierleitfaden
Gefäßintervention – PTA

Kodierleitfaden
Structural Heart

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

Weitere Informationen und Kodierhinweise finden Sie unter: <https://www.de.abbott/health-economics-and-reimbursement.html>

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

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

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

WIR FÜR SIE



DR. CHRISTOPH RATH
Manager DACH
Health Economics & Reimbursement

Mobil: +49 170 - 33 39 519



JANNIS RADELEFF
Senior Manager Reimbursement

Telefon: +49 (0) 6196 7711-144

IHR ANSPRECHPARTNER

Abbott Medical GmbH

Schanzenfeldstrasse 2

35578 Wetzlar

Tel: +49 6441 87075 0

ABBOTT MEDICAL

Abbott Medical GmbH | Schanzenfeldstraße 2 | D-35578 Wetzlar

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

© 2020 Abbott. Alle Rechte vorbehalten. I-GE-1-10756-02 01-2020

