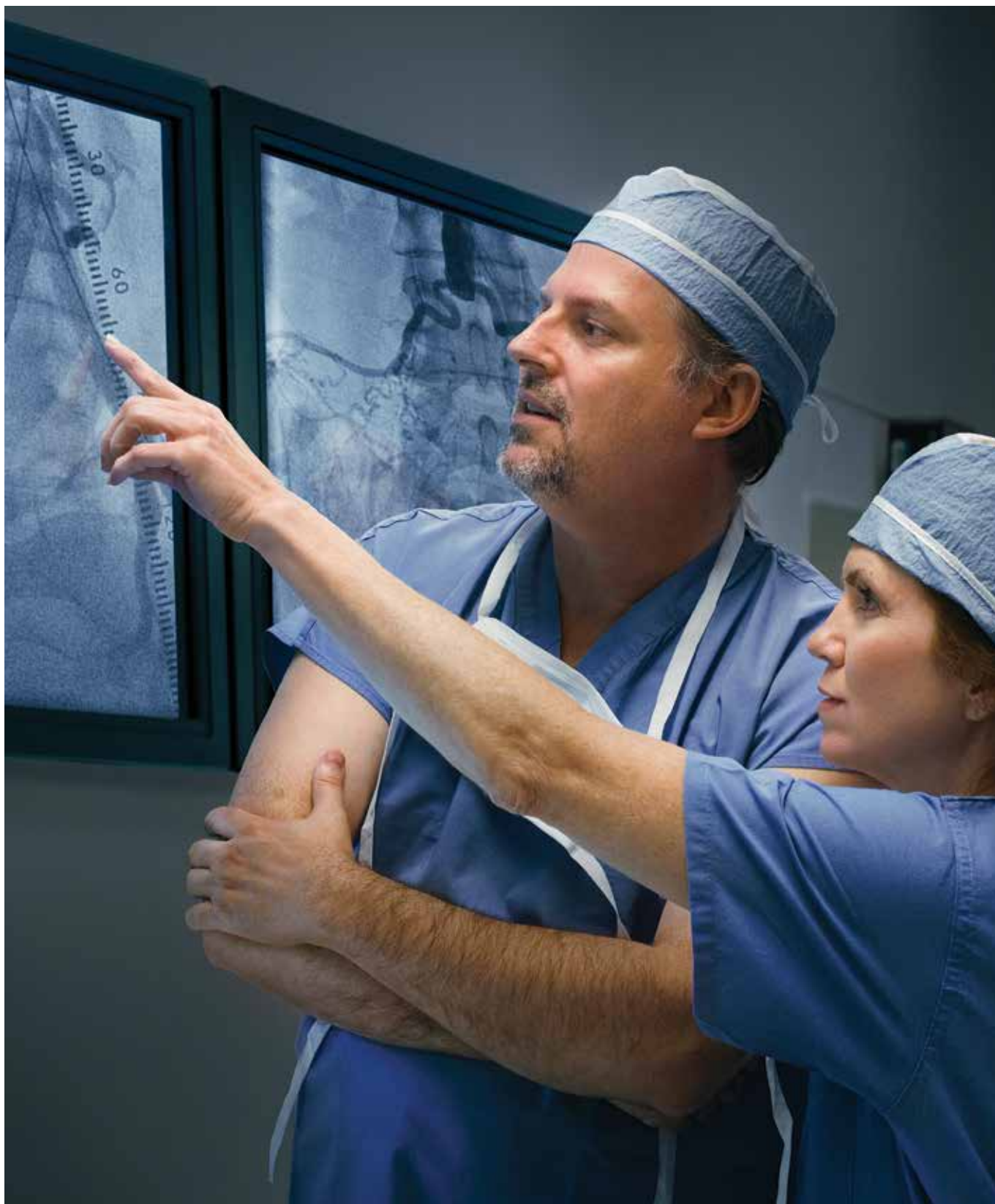


Hinweise zu Kodierung und Vergütung
Gefäßchirurgie



Getinge bietet ein breites Spektrum an Lösungen für die Gefäß- und Herz-Thorax-Chirurgie. Durch über 50 Jahre technologische und klinische Erfahrung auf dem Gebiet von Gefäßimplantaten kann Getinge Sie mit verschiedenen Produkten unterstützen, optimale Ergebnisse für Ihre Patienten zu erreichen.

Neben der medizinischen Versorgung der Patienten, sind eine Vielzahl administrativer Aufgaben Bestandteil des klinischen Alltags. In besonderem Maße relevant ist hier die Dokumentation und Kodierung, die von der Zusammenarbeit zwischen den medizinischen Leistungserbringern und der administrativen Umsetzung abhängt. Die Gefäßchirurgie ist in diesem Zusammenhang ein besonders anspruchsvolles Fachgebiet. Die zahlreichen Verfahren mit ihren Prozeduren-Kodes im Blick zu behalten ist nicht immer einfach. Auch die korrekte Kodierung der Vielzahl unterschiedlicher Implantate, mit ihren Indikations- und Kombinationsmöglichkeiten kann sich sehr komplex gestalten. Dabei sind gerade diese Medizinprodukte sachkostenintensiv bzw. die im Zusammenhang stehenden Eingriffe zum Teil sehr aufwendig. Die Erlössicherung ist daher umso wichtiger. Um dies zu erreichen, möchten wir Ihnen mit dieser Broschüre eine Orientierungshilfe zur Verfügung stellen. Sie finden auf den folgenden Seiten Informationen zu Kodierung relevanter Prozeduren-Kodes sowie Hinweise zu den wichtigsten DRGs im Bereich der Gefäßchirurgie. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass die Broschüre trotz größtmöglicher Sorgfalt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität erhebt.

Aortale Eingriffe

Für den Einsatz an der Aorta bietet Getinge eine Reihe verschiedener Gefäßprothesen an. Je nach Lokalisation entweder gewebe oder gestrickte Prothesen, da sich unterschiedliche Anforderungen an die Festigkeit ergeben. In der Kodierung der Diagnosen werden zunächst die drei Teilbereiche der thorakalen, thorakoabdominalen und abdominalen Aorta unterschieden. Zudem ist eine möglicherweise vorhandene Ruptur zu berücksichtigen.

Dissektion und Aneurysma

Dissektion

I71.00	Dissektion der Aorta nicht näher bezeichneter Lokalisation, ohne Angabe einer Ruptur
I71.01	Dissektion der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur
I71.02	Dissektion der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur
I71.03	Dissektion der Aorta, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur
I71.04	Dissektion der Aorta nicht näher bezeichneter Lokalisation, rupturiert

Abkürzungsverzeichnis

BWR	Bewertungsrelation	ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten	PCCL	Patient Clinical Complexity Level - Patientenbezogener Gesamtschweregrad
BBFW	Bundesbasisfallwert	InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH	PCI	Percutaneous coronary intervention - Perkutane Koronarintervention
CM	Case Mix	LBFW	Landesbasisfallwert	PECLA	Pumpenlose Extrakorporale Membranoxygenierung
CMI	Case Mix Index	MD	Medizinischer Dienst (vormals Medizinischer Dienst der Krankenkassen)	Prä-MDC	den MDCs vorgeschaltete Hauptdiagnosegruppe
DRG	Diagnosis Related Groups – Diagnosebezogene Fallgruppen	MDC	Major Diagnostic Group – Hauptdiagnosegruppe	VWD	Verweildauer
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien	ND	Nebendiagnose	ZE	Zusatzentgelt
ECLS	Extracorporeal Life Support System	OPCAB	Off-Pump Coronary Artery Bypass Koronararterien-Bypass-Operation ohne Herz-Lungen-Maschine		
ECMO	Extrakorporale Membranoxygenierung	OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel		
EVH	Endoscopic Vessel Harvesting – Endoskopische Gefäßentnahme	PBWR	Pflege-Bewertungsrelation		
G-DRG	German Diagnosis Related Groups – Diagnosebezogene Fallgruppen, deutsche Version				
HD	Hauptdiagnose				
HLM	Herz-Lungen-Maschine				
IABP	Intraaortale Ballonpumpe				

- 171.05 Dissektion der Aorta thoracica, rupturiert
- 171.06 Dissektion der Aorta abdominalis, rupturiert
- 171.07 Dissektion der Aorta, thorakoabdominal, rupturiert

Aneurysma

- 171.1 Aneurysma der Aorta thoracica, rupturiert
- 171.2 Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur
- 171.3 Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert
- 171.4 Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur
- 171.5 Aortenaneurysma, thorakoabdominal, rupturiert
- 171.6 Aortenaneurysma, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur
- 171.8 Aortenaneurysma nicht näher bezeichneter Lokalisation, rupturiert
- 171.9 Aortenaneurysma nicht näher bezeichneter Lokalisation, ohne Angabe einer Ruptur

Die Versorgung solcher Pathologien ist grundsätzlich endovaskulär oder offen chirurgisch möglich, je nachdem wie sich die individuelle Situation darstellt. Auch eine Kombination beider Vorgehensweisen ist möglich.

Offen chirurgische Versorgung

Für den offen chirurgischen Ersatz der Aorta enthält das Produktportfolio von Getinge unterschiedliche Lösungen. Bei Resektion und Ersatz an der Aorta mittels Prothese wird in der Prozeduren-Kodierung zunächst ebenfalls nach der Lokalisation unterschieden, es findet jedoch eine detailliertere Aufteilung im Vergleich zur Diagnosen-Kodierung statt. Ergänzend ist in der OPS-Gruppe 5-384 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta für die endstellige Kodierung die Art der Prothese anzugeben. Unterschieden wird dabei eine einfache Rohrprothese von Bifurkationsprothesen biliakal oder bifemoral. Natürlich ist nicht jede der drei möglichen Prothesenformen an allen Lokalisationen anwendbar. Dementsprechend finden sich im OPS-Katalog Einschränkungen. In der Übersicht sind die möglichen Kombinationen mit ihren zugehörigen OPS-Kodes zusammengestellt.

Lokalisation	Rohrprothese	Bifurkationsprothese biliakal	Bifurkationsprothese bifemoral	Sonstige
Aorta ascendens	5-384.01 oder 5-384.02 bei Aneurysma			5-384.0x
Aorta ascendens mit Reimplantation der Koronararterien	5-384.11 oder 5-384.12 bei Aneurysma			5-384.1x
Aorta thoracica	5-384.31 oder 5-384.32 bei Aneurysma			5-384.3x
Aorta thoracoabdominalis	5-384.41 oder 5-384.42 bei Aneurysma	5-384.43 oder 5-384.44 bei Aneurysma	5-384.45 oder 5-384.46 bei Aneurysma	5-384.4x
Aorta abdominalis n.n.bez.	5-384.51 oder 5-384.52 bei Aneurysma	5-384.53 oder 5-384.54 bei Aneurysma	5-384.55 oder 5-384.56 bei Aneurysma	5-384.5x
Aorta abdominalis, suprarenal (bei Abklemmung oberhalb einer oder beider Nierenarterien)	5-384.61 oder 5-384.62 bei Aneurysma	5-384.63 oder 5-384.64 bei Aneurysma	5-384.65 oder 5-384.66 bei Aneurysma	5-384.6x
Aorta abdominalis, infrarenal	5-384.71 oder 5-384.72 bei Aneurysma	5-384.73 oder 5-384.74 bei Aneurysma	5-384.75 oder 5-384.76 bei Aneurysma	5-384.7x

Aorta ascendens, Aortenbogen oder Aorta descendens	mit Hybridprothese 5-384.8			
Aortenbogen, aufsteigender Teil	5-384.d1 oder 5-384.d2 bei Aneurysma			5-384.dx
Aortenbogen, absteigender Teil	5-384.31 oder 5-384.32 bei Aneurysma			5-384.ex
Gesamter Aortenbogen	5-384.41 oder 5-384.42 bei Aneurysma			5-384.fx
Sonstige	5-384.x1 oder 5-384.x2 bei Aneurysma	5-384.x3 oder 5-384.x4 bei Aneurysma	5-384.x5 oder 5-384.x6 bei Aneurysma	5-384.xx
Nicht näher bezeichnet	5-384.y			

Auch die Information über das Vorliegen eines Aneurysmas wird im Rahmen der Kodierung des OPS-Kodes 5-384 nochmals berücksichtigt, indem für die drei verschiedenen Prothesenarten jeweils noch eine Unterscheidung mit oder ohne Vorliegen eines Aneurysmas vorgenommen wird. Es findet demnach eine zweifache Kodierung des Aneurysmas statt: im Rahmen der Diagnose sowie der Prozedur. Es versteht sich, dass auf eine übereinstimmende Kodierung

geachtet werden sollte. Aber auch für die Eingruppierung kann die Berücksichtigung eines vorliegenden Aneurysmas relevant sein. Im Fall der Versorgung der Aorta abdominalis oberhalb einer oder der beiden Nierenarterien unterscheiden sich die Gruppierungsergebnisse mit bzw. ohne Kodierung eines Aneurysmas über die Prozedur. Und zwar auch dann, wenn das Aneurysma bereits über die Diagnose kodiert wurde.

HD:	171.4 Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur
OPS:	5-384.61 – Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta abdominalis, suprarenal: mit Rohrprothese
F08D	
Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Konst., ohne kompl. Aorteneingriff, mit kompl. Ingr. mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reop. oder best. Byp., ohne äuß. schw. CC, ohne best. Aorteneingriff oder bestimmte Bypässe mit äußerst schweren CC	
BWR der DRG	3,023
entspricht	11.336 €
BWR Pflege pro Tag	0,9029
entspricht (bei VWD = 20 Tage)	2.945 €
Gesamterlös	14.281 €



HD:	171.4 Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur
OPS:	5-384.62 – Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta abdominalis, suprarenal: mit Rohrprothese bei Aneurysma
F08C	
Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne kompl. Aorteneingriff, mit kompl. Eingriff ohne Mehretagen- od. Aorteneingriff, ohne Reop., ohne bestimmten Bypass, mit äußerst schweren CC oder mit bestimmtem Aorteneingriff	
BWR der DRG	4,174
entspricht	15.653 €
BWR Pflege pro Tag	0,9295
entspricht (bei VWD = 20 Tage)	3.032 €
Gesamterlös	18.685 €

Abbildung 1: Vereinfachtes Gruppierungsbeispiel zum Ersatz an der Aorta. DRG-Angaben aus dem Fallpauschalen-Katalog 2021 [4]. Die Berechnung der DRG-Erlöse erfolgte mit einem fiktivem Bundesbasisfallwert in Höhe von 3.750 €. Gemäß der ab dem 1. Januar 2021 geltenden Fassung des § 10 KHEntgG wird der BFW erst bis zum 31. März eines jeden Jahres veröffentlicht und stand daher zu dem Zeitpunkt der Erstellung dieser Unterlage nicht zur Verfügung. Die krankenspezifischen Erlöskalkulationen sollten davon unabhängig mit dem jeweils geltenden Landesbasisfallwert erfolgen. Die Berechnung der Pflegeerlöse erfolgte mit dem vorläufigen Pflegeentgeltwert 2021 (163,09€ / Tag).

Obwohl bereits in der Diagnose das Vorliegen des Aneurysmas kodiert ist, steuern die Prozeduren-Kodes bei Aneurysma die höherwertige DRG F08C an. Diese Besonderheit in der Gruppierung trifft auf alle drei Prothesenarten im Bereich Aorta abdominales suprarenal zu.

Wird durch das intraoperative Zusammennähen von Rohrprothesen oder Patches ein Implantat individuell für den Patienten angefertigt, ist dies mit dem Zusatzkode 5-39a.4 – Intraoperativ angefertigte Gefäßprothese zu dokumentieren. Die in der OPS-Version 2021 neu eingeführte Gruppe 5-39a fasst nun übersichtlich die kodierbaren Zusatzinformationen zu Operationen an Blutgefäßen zusammen.

Anwendung einer Herz-Lungen-Maschine

Ergänzend ist bei Eingriffen am Aortenbogen, sowie der auf- bzw. absteigenden Aorta die Anwendung einer Herz-Lungen-Maschine zu kodieren, wenn diese zum Einsatz kommt. Im OPS-Katalog findet sich dieser Hinweis bei folgenden Gruppen:

- 5-384.0 Aorta ascendens
- 5-384.1 Aorta ascendens mit Reimplantation der Koronararterien
- 5-384.d Aortenbogen, aufsteigender Teil
- 5-384.e Aortenbogen, absteigender Teil
- 5-384.f Gesamter Aortenbogen

Die von Getinge angebotenen gewebten Implantate Hemashield Platinum Woven und Intergard Woven finden in diesem Bereich Verwendung. Einige Prothesen sind daher für die mögliche Anwendung einer HLM bereits mit einer separaten Abzweigung für deren Anschluss ausgestattet.

Für die Kodierung des Einsatzes der HLM stehen die OPS-Kodes der Gruppe 8-851 Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine zur Verfügung). In der endstelligen Kodierung wird die Körpertemperatur sowie die Anwendung einer intraaortalen Ballonokklusion berücksichtigt. Weitere Informationen zur Kodierung eines operativen äußeren Kreislaufs finden sich in unseren Kodierhinweisen zum Thema „Extracorporeal Life Support (ECLS) & Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) – Cardiohelp System und Rotaflow Konsole“.

Endovaskuläre Versorgung

Die Eingriffe aus dem Bereich der endovaskulären Versorgung sind unter dem Kürzel EVAR für endovascular aortic repair bekannt, wenn es um die Versorgung mit einer Stentprothese (Stent Graft) geht. Müssen abgehende Seitenäste freigehalten oder mitversorgt werden, kommen die beiden Verfahren fEVAR – fenestrated endovascular aortic repair oder bEVAR – branched endovascular aortic repair zum Einsatz.

Für die Kodierung finden die OPS-Kodes der Gruppe 5-38a Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen (Stent Graft) Anwendung. Hier sind verschiedene Hinweise zu berücksichtigen.

Bereits in den Kodes dieser Gruppe enthalten sind:

- das Ausschalten von arteriellen Aneurysmen
- die Anwendung eines Embolieprotektionssystems sowie
- das Einbringen von Stent-Grafts über großlumige Schleusen

Einzelkodierung mehrerer Prothesen:

Werden mehrere Stent-Prothesen implantiert, ist jedes Implantat gesondert zu kodieren. Eine Ausnahme bilden Iliakale Stent-Prothesen ohne Seitenarm. Hier ist die Anzahl der Stent-Prothesen mit einem OPS-Kode zu verschlüsseln.

Anwendung nicht großlumiger Stent-Prothesen:

Kommen zusätzlich auch nicht großlumige Stent-Prothesen zur Versorgung thorakaler oder abdominaler Gefäßabgänge zum Einsatz, sind diese gesondert zu kodieren. Dieser Fall trifft bei einem ergänzenden Einsatz des Advanta V12 Stent zu, dann ist die zusätzliche Kodierung einer Prozedur aus der Gruppe

8-842 (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents vorzunehmen (siehe hierzu auch Implantation von Stents Seite 10).

In diesem Zusammenhang besonders zu berücksichtigen ist die Versorgung von Gefäßabgängen mit nicht großlumigen Stent-Prothesen in **Chimney-Technik**. Die Anwendung dieses Verfahrens ist zusätzlich zu kodieren, in der Gruppe 5-38a Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen kommen bei Verwendung des Advanta V12 folgende Prozeduren in Frage:

- 5-38a.42↔ Arterien Becken: Stent-Prothese mit Versorgung eines Gefäßabgangs in Chimney-Technik
- 5-38a.7e Aorta thoracica: Stent-Prothese, mit Versorgung eines Gefäßabgangs in Chimney-Technik
- 5-38a.7f Aorta thoracica: Stent-Prothese, mit Versorgung von zwei oder mehr Gefäßabgängen in Chimney-Technik
- 5-38a.8g Aorta thoracoabdominalis: Stent-Prothese, mit Versorgung eines Gefäßabgangs in Chimney-Technik
- 5-38a.8h Aorta thoracoabdominalis: Stent-Prothese, mit Versorgung von zwei oder mehr Gefäßabgängen in Chimney-Technik

5-38a.c4	Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit Versorgung eines Gefäßabganges in Chimney-Technik
5-38a.c5	Aorta abdominalis: Stent-Prothese, mit Versorgung von zwei oder mehr Gefäßabgängen in Chimney-Technik

Für die Versorgung von mindestens zwei Abgängen in Chimney-Technik ist die Abrechnung eines NUB-Entgelts möglich, sofern das Entgelt mit den Kostenträgern vereinbart wurde.

Eine patientenindividuell angefertigte Prothese ist zusätzlich zu kodieren:

5-38a.w	Patientenindividuell hergestellte Stent-Prothese
---------	--

Zusätzlich ist die Art des Endes der untersten Stent-Prothese in der Aorta anzugeben:

5-38a.u0	Aortale Stent-Prothese
5-38a.u1	aortomonoiliakale Stent-Prothese
5-38a.u2	aortobiliakale Stent-Prothese

DRG-Gruppierung von Eingriffen an der Aorta

Die OPS-Kodes aortaler Eingriffe kommen in den Definitionen einer Reihe von DRGs unterschiedlicher Hauptdiagnosegruppen zum Tragen. Die Betrachtungen im Rahmen dieser Broschüre beschränken sich jedoch auf DRGs der MDC Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, wobei der aortale Eingriff als Hauptleistung betrachtet wird. Starken Bezug zu den oben genannten Diagnosen weisen insbesondere die folgenden Basis-DRGs auf:

- F07 – Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine
- F08 - Rekonstruktive Gefäßeingriffe oder thorakoabdominales Aneurysma mit komplexem Aorteneingriff
- F09 – Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine

Die Auswahl der DRG hängt dabei von verschiedenen Faktoren ab. In diesem Zusammenhang spielen sowohl der betroffene Bereich der Aorta sowie die angewandten Prozeduren eine Rolle. Aber auch komplizierende Konstellationen, PCCL oder intensivmedizinische Aufwandspunkte haben einen Einfluss.

Bei Betrachtung als Einzelleistungen finden sich Eingriffe an

der thorakalen Aorta sowie am Aortenbogen hauptsächlich in den DRGs F07 und F09, wohingegen thorakoabdominale und abdominale Eingriffe in der Gruppierung hauptsächlich der DRG F08 zugeordnet werden.

Periphere Gefäßchirurgie

Durch die Verkalkung von Arterien, Ablagerungen und Verengungen können zum Teil schwerwiegende Durchblutungsstörungen der peripheren Gefäße entstehen. Von der arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) sind meist die Beine seltener die Arme betroffen. Sie führt zu Schmerzen in den betroffenen Extremitäten und einer damit einhergehenden Immobilität („Schaufensterkrankheit“). Auch schmerzhafte, sehr schwer heilende Wunden können auftreten.

Hauptdiagnose Periphere arterielle Verschlusskrankheit

Die Klassifikation der Diagnose im ICD-Katalog orientiert sich an der Einteilung nach Fontaine. Die relevanten ICD-Kodes sind im Kapitel I70.2 Atherosklerose der Extremitätenarterien zu finden:

I70.2	Atherosklerose der Extremitätenarterien
I70.20	Becken-Bein-Typ, ohne Beschwerden Stadium I nach Fontaine
I70.21	Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke \geq 200 m Stadium IIa nach Fontaine
I70.22	Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke < 200 m Stadium IIb nach Fontaine
I70.23	Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz Stadium III nach Fontaine
I70.24	Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration Stadium IV nach Fontaine mit Ulzeration Gewebedefekt begrenzt auf Haut [Kutis] und Unterhaut [Subkutis]
I70.25	Becken-Bein-Typ, mit Gangrän Stadium IV nach Fontaine mit Gangrän Trockene Gangrän, Stadium IVa nach Fontaine Feuchte Gangrän, Stadium IVb nach Fontaine
I70.26	Schulter-Arm-Typ, alle Stadien
I70.29	Sonstige und nicht näher bezeichnete Atherosklerose der Extremitätenarterien pAVK ohne Angabe eines Stadiums (nach Fontaine) pAVK ohne nähere Angabe

Die ICD-Kodes der pAVK unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Gruppierungsrelevanz, eine korrekte Kodierung ist daher besonders wichtig. Während die Codes I70.20 – I70.23 sich in ihrer Wirkung auf die Gruppierung nicht unterscheiden, führen die Codes mit Ulzeration bzw. Gangrän (I70.24 und I70.25) in vielen Fällen in höherwertige DRGs. Aus der abweichenden Gruppierungsrelevanz und der damit verbundenen Erlöswirkung ergeben sich häufig Rückfragen im Zuge von Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes. Es ist daher besonders wichtig auf eine detaillierte und aussagekräftige Dokumentation und Begründung der Diagnosen in der Patientenakte zu achten.

Relevanz von Nebendiagnosen

Im Hinblick auf die Kodierung von Nebendiagnosen ist zu beachten, dass in den DRG-Definitionen aus dem Bereich der Herz-Kreislaufkrankungen der PCCL-Index eine besondere Rolle spielen kann. Der PCCL-Index spiegelt den individuellen Gesamtschweregrad eines Patienten innerhalb einer Behandlungsepisode wider. Das Vorliegen von Komplikationen und bzw. oder Komorbiditäten kann

sich auf die Behandlung eines Patienten auswirken und diese aufwendiger und damit kostenintensiver werden lassen. Aus diesem Grund werden denkbare Komplikationen und Komorbiditäten in Form von Nebendiagnosen in Schweregrad-Stufen eingeteilt. Die Schweregrad-Stufen der verschiedenen Nebendiagnosen werden schließlich im Gruppierungsprozess nach einem definierten Verfahren zu einem patientenbezogenen Gesamtschweregrad, dem PCCL verrechnet. Dieser kann sich wiederum auf die Gruppierung des Falls auswirken.^[1]

Der PCCL und damit die Kodierung von Nebendiagnosen haben im Zusammenhang mit der pAVK einen besonderen Einfluss auf die Gruppierung. Die bei peripheren Gefäßeingriffen häufig angesteuerte Basis-DRG F59 beinhaltet die Bedingung „PCCL > 3“ zum Erreichen des höchsten Schweregrads [2]. Das Vorliegen eines PCCL von mindestens 4 führt zu einer relevanten Erlössteigerung.

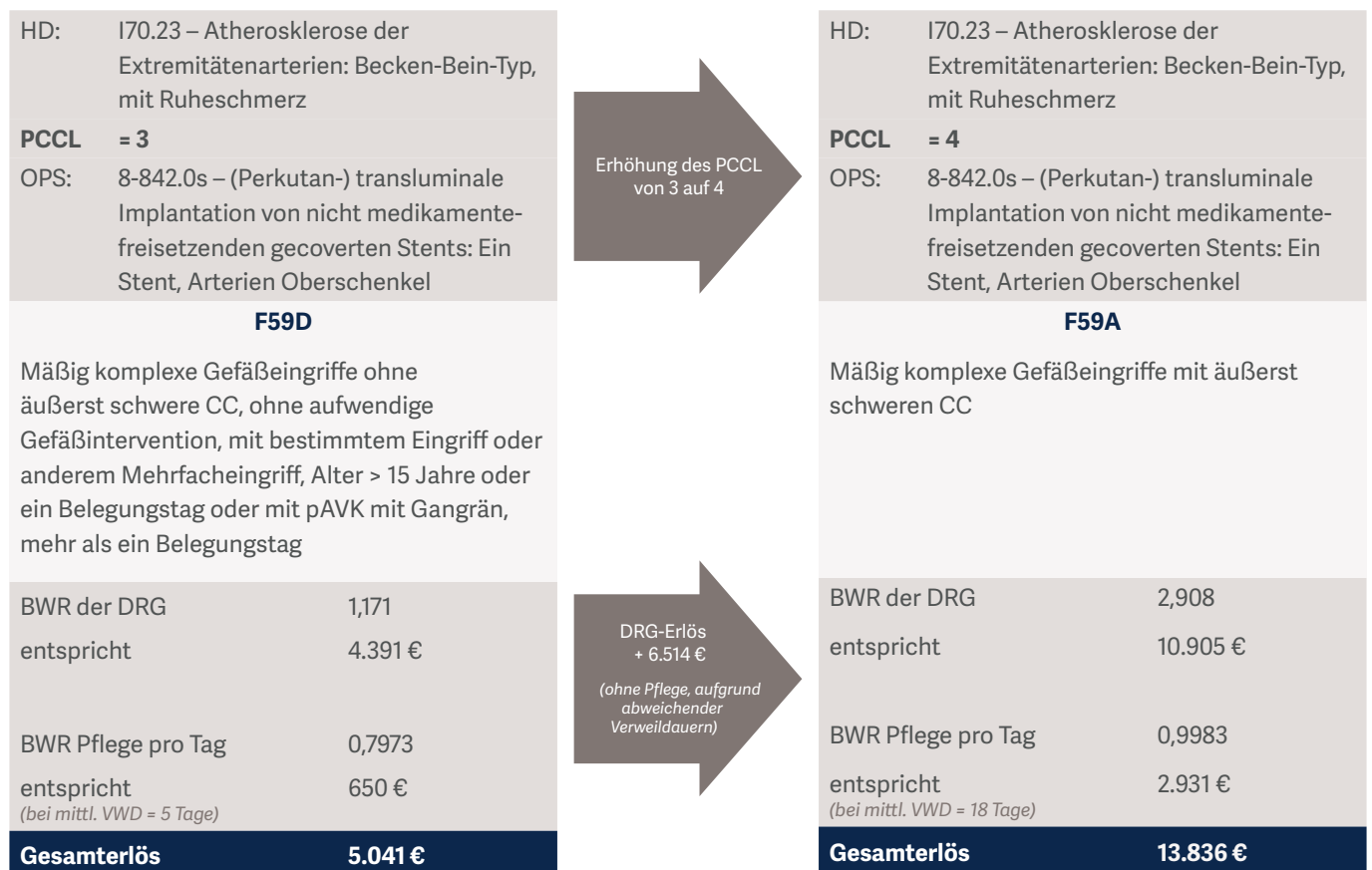


Abbildung 2: Vereinfachtes Gruppierungsbeispiel zur Stentimplantation bei abweichendem PCCL-Index. DRG-Angaben aus dem Fallpauschalen-Katalog 2021 [4]. Die Berechnung der DRG-Erlöse erfolgte mit einem fiktivem Bundesbasisfallwert in Höhe von 3.750 €. Gemäß der ab dem 1. Januar 2021 gelten Fassung des § 10 KHEntgG wird der BBFW erst bis zum 31. März eines jeden Jahres veröffentlicht und stand daher zu dem Zeitpunkt der Erstellung dieser Unterlage nicht zur Verfügung. Die krankenhaushausindividuellen Erlöskalkulationen sollten davon unabhängig mit dem jeweils geltenden Landesbasisfallwert erfolgen. Die Berechnung der Pflegeerlöse erfolgte mit dem vorläufigen Pflegeentgeltwert 2021 (163,09€ / Tag).

Entsprechende Fallkonstellationen können aufgrund der erheblichen Erlösauswirkung einer PCCL-Steigerung besonders häufig zu Unstimmigkeiten im Rahmen eines MD-Prüfverfahrens führen. Deshalb gilt auch hier der Hinweis bereits von Beginn des Aufenthalts an besonders auf eine korrekte und aussagekräftige Dokumentation in der Patientenakte zu achten. Die Deutschen Kodierrichtlinien setzen für die Kodierung von Nebendiagnosen voraus, dass diese das Patientenmanagement beeinflussen. Das bedeutet, dass entweder eine therapeutische bzw. diagnostische Maßnahme notwendig war oder ein erhöhter Überwachungs-, Pflege- bzw. Betreuungsaufwand besteht [3]. Diese die Kodierung begründenden Faktoren müssen aus der Patientenakte ersichtlich sein.

Inzision und Endarteriektomie

Im Rahmen offener Eingriffe kann mittels Inzision bzw. Embolektomie oder Thrombektomie zur Behandlung arteriosklerotischer Gefäße vorgegangen werden. Häufige Lokalisationen in diesem Zusammenhang sind die Arterien in Oberschenkel, Unterschenkel und Fuß, die mit ihrem endstelligen OPS-Code unten dargestellt sind. Eine vollständige Übersicht aller kodierbarer Regionen ist im OPS-Katalog zu Beginn des Kapitels 5-38 – 5-39 Operationen an den Blutgefäßen definiert. Die meisten Codes dieser Gruppe beziehen sich in ihren Subklassifikationen auf diese Auflistung. Für eine übersichtliche Darstellung werden im Folgenden jeweils nur Auszüge dargestellt.

5-380 Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen

5-380.7 Arterien Oberschenkel

5-380.70	A. femoralis
5-380.71	A. profunda femoris
5-380.72	A. poplitea
5-380.73	Gefäßprothese
5-380.7x	Sonstige

5-380.8 Arterien Unterschenkel und Fuß

5-380.80	A. tibialis anterior
5-380.81	Aa. recurrentes
5-380.82	A. dorsalis pedis
5-380.83	A. tibialis posterior
5-380.84	A. fibularis
5-380.85	A. plantaris medialis

5-380.86	A. plantaris lateralis
----------	------------------------

5-380.87	Gefäßprothese
----------	---------------

5-380.8x	Sonstige
----------	----------

Beim Verschluss des Gefäßes kann es notwendig sein, eine Patchplastik durchzuführen z. Bsp. zur Erweiterung des Gefäßes bzw. um eine erneute Verengung des Gefäßlumens zu verhindern. In peripheren Gefäßen können beispielsweise der Hemagard Patch oder der Hemapatch Silber zum Einsatz kommen. Für die Kodierung dieses Schritts können die zu den oben genannten Lokalisationen korrespondierenden OPS-Kodes genutzt werden. Auch für diese OPS-Gruppe sind dem aktuellen OPS-Katalog weitere kodierbare Regionen zu entnehmen.

5-395 Patchplastik an Blutgefäßen

5-395.7 Arterien Oberschenkel

5-395.70	A. femoralis
5-395.71	A. profunda femoris
5-395.72	A. poplitea
5-395.73	Gefäßprothese
5-395.7x	Sonstige

5-395.8 Arterien Unterschenkel und Fuß

5-395.80	A. tibialis anterior
5-395.81	Aa. recurrentes
5-395.82	A. dorsalis pedis
5-395.83	A. tibialis posterior
5-395.84	A. fibularis
5-395.85	A. plantaris medialis
5-395.86	A. plantaris lateralis
5-395.87	Gefäßprothese
5-395.8x	Sonstige

Die Endarteriektomie ist ebenfalls ein gängiges Verfahren zur Beseitigung von Stenosen. In der Kodierung kommen die OPS-Kodes der Gruppe 5-381 Endarteriektomie zur Anwendung. Die Gruppe differenziert ebenso wie die bisher genannten OPS-Kodes nach den unterschiedlichen Lokalisationsbereichen (siehe auch OPS-Katalog). Häufig werden im Zuge der Ausschälung auch Thromben entfernt, die Thrombendarteriektomie ist in diesem Fall bereits im OPS-Kodes enthalten. Ebenso das Anbringen

eines Patches. Im Gegensatz zur Inzision (5-380) ist die zusätzliche Kodierung einer Patchplastik (5-395) bei der Endarteriektomie nicht möglich, wenn es sich um ein und dieselbe Lokalisation handelt.

Resektion und Ersatz von Blutgefäßen

Als weitere Gruppe können Eingriffe mit Resektion der betroffenen Blutgefäße zusammengefasst werden. Möglich sind zwei unterschiedliche Vorgehensweisen.

5-382	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung
5-383	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen

Die Resektion und Ersatz von Gefäßen korrespondiert dabei mit der bereits genannten OPS-Gruppe 5-384 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta. Es handelt sich um die gleichen Verfahren, für Eingriffe an der Aorta ist jedoch eine eigene OPS-Gruppe vorgesehen. Dementsprechend fehlt dieser Lokalisationsbereich in der endstelligen Darstellung der OPS-Gruppe 5-383. Für die übrigen Lokalisationsbereiche ist jedoch wieder die gleiche Subklassifikation der Gruppe Operationen an den Blutgefäßen vorgesehen.

Ebenso wie im Bereich der Eingriffe an der Aorta sieht der OPS-Katalog in der Version 2021 auch für die Gruppe 5-383 – Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen den neuen Hinweis auf die gesonderte Kodierung bei Verwendung einer intraoperativ angefertigten Prothese vor. Hierfür steht der Code 5-39a.4 Intraoperativ angefertigte Gefäßprothese zur Verfügung. Der OPS-Katalog konkretisiert, dass damit das intraoperative Zusammennähen von Patches oder Rohrprothesen gemeint ist.

Peripherer Bypass

Auch die Anlage eines peripheren Bypasses kommt bei Stenosen in Frage. Die Gruppe 5-393 Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen bildet die Verfahren ab.

Der OPS-Katalog sieht folgende Untergruppen vor:

5-393	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen
5-393.0	Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals
5-393.1	Arterien Schulter
5-393.2	Arterien obere Extremität

5-393.3	Aorta
5-393.4	A. iliaca und viszerale Arterien
5-393.5	A. femoralis
5-393.6	A. poplitea
5-393.7	Arterien Unterschenkel
5-393.8	Venös
5-393.9	Temporärer arterio-arterieller Shunt (intraoperativ)
5-393.x	Sonstige
5-393.y	N.n.bez.

Innerhalb dieser Gruppen finden sich die endstelligen OPS-Kodes zur genauen Differenzierung des Bypasses. Das Getinge Produktportfolio beinhaltet verschiedene Implantate, die für den Einsatz an unterschiedlichen Lokalisationen anwendbar sind. Eine Übersicht der Gefäßimplantate und deren Anwendungsbereiche inklusive OPS-Kodes stellen wir Ihnen auf Wunsch gerne zur Verfügung.

Die Prothesenimplantation ist dabei bereits im Code enthalten. Eine Ausnahme bilden Gefäßprothesen mit integriertem Stent, diese sind gesondert zu kodieren. Ebenfalls mit einem Zusatzcode zu dokumentieren ist das Zusammenfügen von mindestens zwei Teilstücken zu einem Venenbypass. Beide Zusatzcodes sind im OPS-Katalog 2021 in der neuen Gruppe 5-39a Zusatzinformationen zu Operationen an Blutgefäßen zu finden. Hier sind nun alle Zusatzcodes zusammengefasst. Die bis 2020 gültige Gruppe 5-399 Andere Operationen an Blutgefäßen wird damit aufgelöst. Für die beiden genannten Zusatzcodes ändert sich ab 2021 lediglich die Nummerierung, die Formulierung des OPS verändert sich nicht inhaltlich:

5-39a.2	Anwendung einer Gefäßprothese mit integriertem Stent (bisher 5-399.h)
5-39a.3	Zusammenfügen eines Venenbypass-Grafts aus mindestens zwei Teilstücken (bisher 5-399.j)

Implantation von Stents

Für die perkutan transluminale Stentimplantation im Bereich iliakaler und renaler Arterien findet der Advanta V12 Anwendung. Der ballonexpandierende, gecoverte Stent hat sich bei zahlreichen Einsätzen langjährig bewährt. In der Kodierung findet eine Differenzierung nach der Anzahl der Stents sowie der Lokalisation statt.

Bei Einsatz des Advanta V12 kommen die folgenden OPS-Kodes zur Anwendung:

Anzahl Stents	8-842	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft)
1	8-842.0a	gecoverter Stent: ein Stent: Gefäße viszeral
	8-842.0q	gecoverter Stent: ein Stent: andere Arterien abdominal und pelvin
2	8-842.1a	gecoverter Stent: zwei Stents: Gefäße viszeral
	8-842.1q	gecoverter Stent: zwei Stents: andere Arterien abdominal und pelvin
3	8-842.2a	gecoverter Stent: drei Stents: Gefäße viszeral
	8-842.2q	gecoverter Stent: drei Stents: andere Arterien abdominal und pelvin
4	8-842.3a	gecoverter Stent: vier Stents: Gefäße viszeral
	8-842.3q	gecoverter Stent: vier Stents: andere Arterien abdominal und pelvin
5	8-842.4a	gecoverter Stent: fünf Stent: Gefäße viszeral
	8-842.4q	gecoverter Stent: fünf Stents: andere Arterien abdominal und pelvin
≥ 6	8-842.5a	gecoverter Stent: sechs oder mehr Stents: Gefäße viszeral
	8-842.5q	gecoverter Stent: sechs oder mehr Stents: andere Arterien abdominal und pelvin

Bei der Verwendung von Codes im Bereich der abdominalen oder pelvinalen Arterien ist auf die Zusatzkodierung der Seitenangabe zu achten, diese Angabe ist bei paarigen Organen zwingend notwendig. In Frage kommende OPS-Kodes sind im Katalog mit einem Doppelpfeil gekennzeichnet (↔). Dabei sind die Kürzel R für rechts, L für links und B für beidseits zu verwenden.

Bei der Zählung der Stents ist zu berücksichtigen, dass Stents, die in einer Sitzung implantiert werden, aufaddiert werden. Implantationen in mehreren Sitzungen führen je Sitzung zu einem eigenem OPS-Kode mit unterschiedlichen OPS-Daten. Es dürfen alle eingebrachten Stents gezählt werden. Dies gilt auch, wenn ein Stent nicht korrekt platziert und deshalb nicht im Patienten verbleiben kann.

Gruppierung gecoverter Stents

Hinsichtlich der Gruppierung wurde im Jahr 2020 eine Aufwertung der Prozeduren der perkutan-transluminale Implantation gecoverter Stents umgesetzt. Fälle mit Implantation von mehr als einem gecoverten Stent in die renale bzw. iliakale Strombahn werden seither in die deutlich höher bewertete DRG F59B eingruppiert. Das gilt sowohl für Eintages- als auch Mehrtagesfälle.

Die beiden Tabellen zeigen die unterschiedlichen Gruppierungsergebnisse gecoverter gegenüber nicht gecoverter Stents bei den Hauptdiagnosen I70.1 Atherosklerose der Nierenarterie sowie I70.20 – I70.25 Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, ohne Beschwerden bis hin zu Ausprägungen mit Ruheschmerz, Ulzeration bzw. Gangrän.

Vergleich der Gruppierungsergebnisse gecoverter und nicht gecoverter Stents, Gefäße viszeral			
Hauptdiagnose		I70.1	
		Atherosklerose der Nierenarterie	
		8-840.*a nicht gecovert	8-842.*a gecovert
Anzahl der Stents	1	F59E	F59D
	2	F59D	F59B
	3		
	4		
	5	F59C	
	> 5		

Tabelle 1: Vergleich der Gruppierung gecoverter und nicht gecoverter Stents an Gefäßen viszeral I im aG-DRG-System 2021 (vereinfachtes Gruppierungsbeispiel)

Vergleich der Gruppierungsergebnisse gecoverte und nicht gecoverte Stents, andere Arterien abdominal und pelvin								
Hauptdiagnose Atherosklerose der Extremitätenarterien		I70.20 - I70.23 ohne Beschwerden bis hin zu Ruheschmerz		I70.24 mit Ulzeration		I70.25 mit Gangrän		
		8-840.*q nicht gecovert	8-842.*q gecovert	8-840.*q nicht gecovert	8-842.*q gecovert	8-840.*q nicht gecovert	8-842.*q gecovert	
Anzahl der Stents	1	F59F	F59D	F59F	F59D	F59D	F59D	
	2	F59E	F59B	F59E	F59B		F59D	F59B
	3	F59D		F14B	F14B	F14B		F14B
	4							
	5	F59C						
	> 5							

Tabelle 2: Vergleich der Gruppierung gecoverter und nicht gecoverter Stents an anderen Arterien abdominal und pelvin im aG-DRG-System 2021 (vereinfachtes Gruppierungsbeispiel)

Offen chirurgische Eingriffe an der Carotis

Die möglichen Eingriffe an der Arteria carotis sind vielfältig. Die Notwendigkeit eines Eingriffs ergibt sich häufig aufgrund eines Verschlusses bzw. einer Stenose der Arteria carotis (I65.2) oder eines Aneurysmas bzw. einer Dissektion der Arteria carotis (I72.0).

Ersatz durch Gefäßprothese

Eine mögliche Vorgehensweise bei einem Verschluss der Arteria carotis ist die Versorgung der Engstelle bzw. des Verschlusses durch eine Prothese. In der Kodierung kann dieser Eingriff durch den OPS-Kode 5-383 Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen abgebildet werden. Wie bereits erläutert, zeigt sich die Lokalisation in der endstelligen Kodierung.

5-383.0 Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell und Hals

5-383.00↔	A. carotis n.n.bez.
5-383.01↔	A. carotis communis mit Sinus caroticus
5-383.02↔	A. carotis interna extrakraniell
5-383.03↔	A. carotis externa
5-383.04↔	A. vertebralis extrakraniell.
5-383.05↔	A. carotis, Stent
5-383.06↔	Gefäßprothese
5-383.0x↔	sonstige

Patchplastik

Das Anbringen einer Patchplastik kann auch im Bereich der Arteria carotis notwendig werden, bspw. beim Verschluss des Gefäßes nach Embolektomie. Der Hemagard Carotid-Patch kommt in diesem Bereich zur Anwendung. Der hierfür zur Verfügung stehende OPS-Kode 5-395 Patchplastik an den Blutgefäßen enthält auch eine entsprechende Untergruppe für diesen Lokalisationsbereich:

5-395

5-395.0

5-395.00↔	A. carotis n.n.bez.
5-395.01↔	A. carotis communis mit Sinus caroticus
5-395.02↔	A. carotis interna extrakraniell
5-395.03↔	A. carotis externa
5-395.04↔	A. vertebralis extrakraniell
5-395.05↔	A. carotis, Stent
5-395.06↔	Gefäßprothese
5-395.0x↔	Sonstige

Patchplastik an Blutgefäßen

Arterien Kopf, extrakraniell und Hals

Sofern das Anbringen des Patches in Zusammenhang mit einem weiteren Eingriff steht, ist zu prüfen, ob die Patchplastik bereits durch den OPS-Kode des zusätzlichen Eingriffs abgebildet ist. Bei der Endarteriektomie (5-381) ist das Anbringen eines Patches beispielsweise bereits im OPS-Kode enthalten und darf daher nicht zusätzlich kodiert werden.

In der Gruppierung finden sich extrakranielle Gefäßeingriffe in der DRG B04. Die folgende Darstellung zeigt vereinfacht die Logik in der Zuordnung von Fällen:



Abbildung 3: Vereinfachte Darstellung der DRG-Definition B04 [2], DRG-Angaben aus dem Fallpauschalen-Katalog 2021 [4]. Die Berechnung der DRG-Erlöse erfolgte mit einem fiktivem Bundesbasisfallwert in Höhe von 3.750 €. Gemäß der ab dem 1. Januar 2021 geltenden Fassung des § 10 KHEntgG wird der BBFW erst bis zum 31. März eines jeden Jahres veröffentlicht und stand daher zu dem Zeitpunkt der Erstellung dieser Unterlage nicht zur Verfügung. Die krankenhausesindividuellen Erlöskalkulationen sollten davon unabhängig mit dem jeweils geltenden Landesbasisfallwert erfolgen.

Shunts

Besteht die Notwendigkeit zur Anlage eines arteriovenösen Shunt, beispielweise bei Dialysepatienten, wird diese Prozedur mit einem OPS aus der Gruppe 5-392 kodiert.

5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shunt
5-392.0	Äußerer AV-Shunt
5-392.1	Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel)
5-392.10	ohne Vorverlagerung der Vena basilica
5-392.11	Vorverlagerung der Vena basilica
5-392.2	Innere AV-Fistel mit allogenen Material
5-392.3	Innere AV-Fistel mit alloplastischem Material
5-392.30	mit Implantat ohne Abstrom in den rechten Vorhof
5-392.31	mit Implantat mit Abstrom in den rechten Vorhof
5-392.3x	sonstige
5-392.4	Temporärer Shunt (intraoperativ)
5-392.5	Innere AV-Fistel mit autogenem Material (autogene Vene)
5-392.7	Vorverlagerung einer Vene als selbständiger Eingriff
5-392.70	Vena basilica
5-392.71	Vena cephalica
5-392.8	Verwendung eines extraluminalen adaptierbaren Anastomosenstabilisators (Zusatzkode)
5-392.x	Sonstige
5-392.y	N.n.bez.

Die Gefäßimplantate aus ePTFE Flixene und Advanta VXT bieten hierfür stabile und langlebige Gefäßzugangsoptionen. Bei Einbringen eines Implantates als arteriovenöse Verbindung ist ein Kode aus dem Bereich 5-392.3 Innere AV-Fistel mit alloplastischem Material anzuwenden.

Rechtliche Hinweise

Die Ausführungen und Erläuterungen in dieser Broschüre zu Getinge Produkten dienen lediglich als Orientierungshilfe hinsichtlich der Vergütungssituation in der stationären Versorgung in Deutschland.

Die Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Für die Inhalte, insbesondere zu Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität kann jedoch keine Haftung und Gewähr übernommen werden. Die einschlägigen gesetzlichen Grundlagen, Regelungen und Vereinbarungen werden in dieser Broschüre nicht vollständig dargestellt und unterliegen zudem fortlaufenden Änderungen, sodass die hier bereitgestellten Informationen nicht das Studium dieser Vorschriften ersetzen können. Die Broschüre soll lediglich als Hilfestellung im Rahmen der Abrechnung dienen.

Wir weisen außerdem darauf hin, dass es sich bei den in der Broschüre dargestellten DRGs, Fall-

und Gruppierungsbeispielen nur um vereinfachte Darstellungen handelt. Zur besseren Verständlichkeit wurden Konstellationen angenommen, die sich auf vergleichsweise wenige Parameter beziehen (z. Bsp. Hauptdiagnose, einzelne Prozeduren). Eine Allgemeingültigkeit ist aus den dargestellten Beispielen nicht ableitbar. Bei Kodierung weiterer Diagnosen oder Prozeduren sind insbesondere abweichende Gruppierungsergebnisse möglich. Die Abrechnung von Leistungen und Produkten ist daher in jedem Fall gesondert zu überprüfen.

Die individuelle therapeutische Entscheidung in Bezug auf die Auswahl medizinischer Verfahren und Medizinprodukten soll ausdrücklich unberührt bleiben. Auch die Einhaltung aller im Zusammenhang mit der Anwendung der Produkte stehenden Vorschriften ist vom Anwender zu berücksichtigen.

Quellenangaben

[1] InEK (Hrsg.) (2020); Definitionshandbuch 2021 Band 5; S. 1903 – 1904; URL: https://www.g-drg.de/aG-DRG-System_2021/Definitionshandbuch/Definitionshandbuch_2021 [Stand:07.01.2021]

[2] InEK (Hrsg.) (2020); Definitionshandbuch 2021 Band 1; URL: https://www.g-drg.de/aG-DRG-System_2021/Definitionshandbuch/Definitionshandbuch_2021 [Stand:07.01.2021]

[3] InEK (Hrsg.) (2020); Deutsche Kodierrichtlinien Version 2021; S. 9; URL: https://www.g-drg.de/aG-DRG-System_2021/Kodierrichtlinien/Deutsche_Kodierrichtlinien_2021 [Stand: 11.01.2021]

[4] InEK (Hrsg.) (2020); Fallpauschalen-Katalog 2021; URL: https://www.g-drg.de/aG-DRG-System_2021/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2021 [Stand: 07.01.2021]



Getinge ist ein globaler Anbieter von innovativen Lösungen für Operationssäle, Intensivstationen, Sterilisationsabteilungen sowie für Unternehmen und Institutionen im Bereich Life Science. Auf der Grundlage unserer Erfahrungen aus erster Hand und engen Partnerschaften mit klinischen Experten, medizinischen Fachkräften und medizintechnischen Spezialisten verbessern wir den Alltag der Menschen nicht nur heute, sondern auch morgen.

Ihren lokalen Getinge-Vertriebspartner finden Sie unter der folgenden Adresse:

Getinge Deutschland GmbH · Kehler Str. 31 · 76437 Rastatt · Deutschland

Getinge Österreich GmbH · Lemböckgasse 49 · 1230 Wien · Österreich

Getinge Schweiz AG · Quellenstrasse 41B · 4310 Rheinfelden · Schweiz

www.getinge.de