
Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

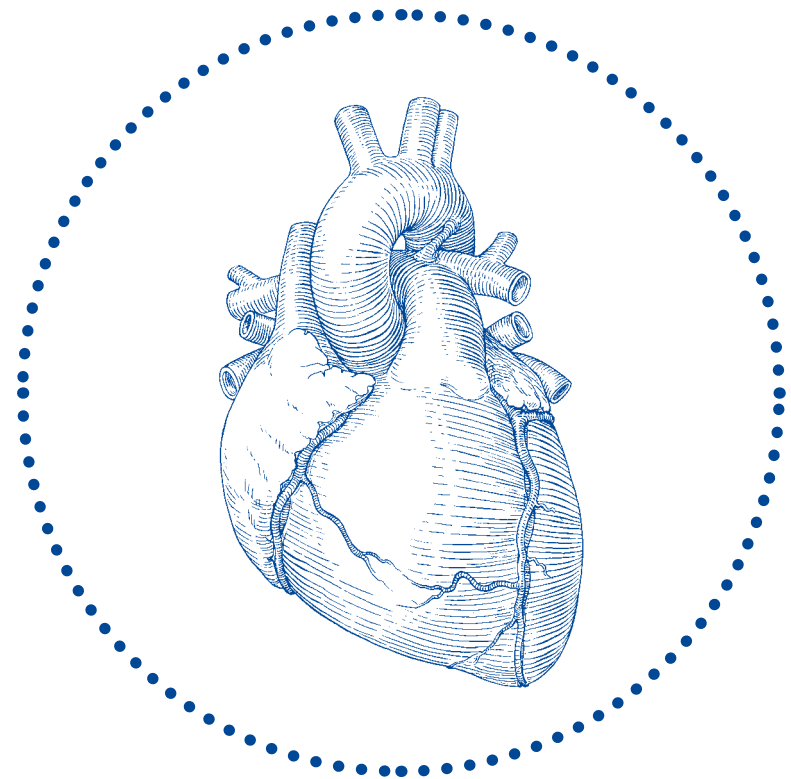
Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

Kodierung und Vergütung in der stationären und ambulanten Versorgung 2024

Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Koronargefäßen und Renale Denervierung



Vorwort



Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

in der nunmehr zehnten Auflage der Reimbursement Broschüre möchten wir Sie über die Veränderungen durch die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems beim Einsatz unserer Produkte beraten. Die richtige fach- und sachgerechte Kodierung ist eine wichtige Grundlage der medizinischen Dokumentation und Abrechnung der Krankenhausbehandlung. Dazu geben wir Ihnen in dieser Kodierbroschüre grundlegende und wichtige Hinweise zur Vergütung unserer Produkte aus dem Bereich Herz und Nieren.


Wir bewegen uns in einem zunehmend komplexer werdenden Umfeld. Der jährliche Aktualisierungsprozess des zwischenzeitlich vielfach kritisierten aG-DRG-Systems wird begleitet von zum Teil gravierenden Umbauten in der Struktur und Finanzierung unseres Gesundheitssystem. Die Auseinandersetzung und sorgsame Berücksichtigung der damit verbundenen Änderungen stellt unter der wachsenden Arbeitsbelastung aller Akteure im Gesundheitswesen eine wesentliche Belastung dar.

Das Vermögen, für Fragestellungen in Bezug auf die Finanzierung unserer Produkte und Therapien Antworten zu finden, ist eine der größten Verantwortungen im steten Wandel der Gesundheitssysteme.

Wir würden uns sehr freuen, Ihnen mit dieser Übersicht eine Hilfestellung für die Planung und den täglichen Umgang mit den wesentlichen aG-DRG-Abbildungsinformationen und Änderungen bei den Finanzierungssystemen des deutschen Gesundheitssystems, insbesondere im Hinblick auf unsere Verfahren bereitstellen zu können.

Mit freundlichen Grüßen

Sabine Clemens
Reimbursement & Health Economics

 Die Berechnung der Erlöse in dieser Unterlage erfolgt **mittels fiktivem Bundesbasisfallwert in Höhe von 4.200,00 €**. Gemäß der ab dem 1.1.2024 geltenden Fassung des § 10 KHEntgG wird der Bundesbasisfallwert erst bis zum 31. März eines jeden Jahres veröffentlicht und stand daher zu dem Zeitpunkt der Erstellung dieser Unterlage nicht zur Verfügung (<https://www.bvmed.de/de/versorgung/krankenhaus/bundesbasisfallwert>). Die krankenhausindividuellen Erlöskalkulationen sollten davon unabhängig mit dem jeweils geltenden Landesbasisfallwert erfolgen.

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

Inhaltsverzeichnis

- 1. Unser Reimbursement Leistungsangebot**
- 2. Worauf es in diesem Jahr ankommt**
 - 2.1 Neu seit 01.01.2024 Hybrid-DRG-Verordnung tritt zum 1. Januar 2024 in Kraft
 - 2.2 Neu im AOP-Katalog
 - 2.3 Neu seit 01.01.2023 Kontextfaktoren lösen G-AEP Kriterien für Leistungen aus dem AOP-Katalog ab
- 3. Kodierung und Vergütung im aG-DRG-System 2024**
 - 3.1 Auszug relevanter Hauptdiagnosen
 - 3.2 Auszug relevanter Prozeduren
 - 3.3 Relevante DRG-Positionen
 - 3.4 Zusatzentgelte
- 4. Kodierbeispiel Renale Denervierung**
- 5. Kodierbeispiele Koronare Interventionen**
 - 5.1 Koronare Angiographie
 - 5.2 Koronare Gefäßinterventionen
- 6. Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten**
 - 6.1 Gesetzliche Grundlagen
 - 6.2 Zulassung von Leistungserbringern
 - 6.3 Sachkostenvergütung
- 7. Abkürzungsverzeichnis**
- 8. Wichtige Links**

1. Unser Reimbursement Leistungsangebot

Was bedeutet Reimbursement für uns?

Unter Reimbursement verstehen wir nicht nur eine adäquate Refinanzierung unserer Therapien, sondern auch Leistungen oder Informationen, die unseren Kunden eine solche Refinanzierung ermöglichen.

ZU DIESEN LEISTUNGEN GEHÖREN ZUM BEISPIEL



EBM, GOÄ und
DRG Hinweise
zu unseren Pro-
dukten/Services



Informationen
zu Abrechnung
und Kodierung



Hinweise zu Än-
derungs- und
Weiterentwick-
lungsanträgen



Informationen
zu Fragen des
MD und der
Kassen



Hinweise bei
Strategie &
Leistungs-
portfolio



Informationen
zu NUB-Verfah-
ren inkl. §137h
SGB V



Hinweise zu
gesundheits-
politischen
Entwicklungen

UNSER REIMBURSEMENT-SERVICE IM ÜBERBLICK



Kostenbetrachtungen, Erlösbetrachtungen

Wir unterstützen Sie mit Erlös- und Kostenanalysen bei der Planung, Anpassung und Weiterentwicklung Ihres Leistungsangebots. Diese Konzepte entwickeln wir in Zusammenarbeit mit medizinischem Fachpersonal und Klinikverwaltungen. DRG Kodierhilfen, Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen oder Prozesskostenanalysen sind einige Beispiele.



Weiterbildung und Training

Unsere Weiterbildungs- und Trainingsprogramme vermitteln die Grundlagen der stationären (DRG) und ambulanten (EBM, GOÄ, AOP) Abrechnung, sowie den aktuellen Stand der Kodierung und Kostenerstattung. Dabei steht die Kodierung und Refinanzierung unserer Therapien im Mittelpunkt.

2. Worauf es in diesem Jahr ankommt

2.1 **Neu seit 01.01.2024** Hybrid-DRG-Verordnung tritt zum 1. Januar 2024 in Kraft

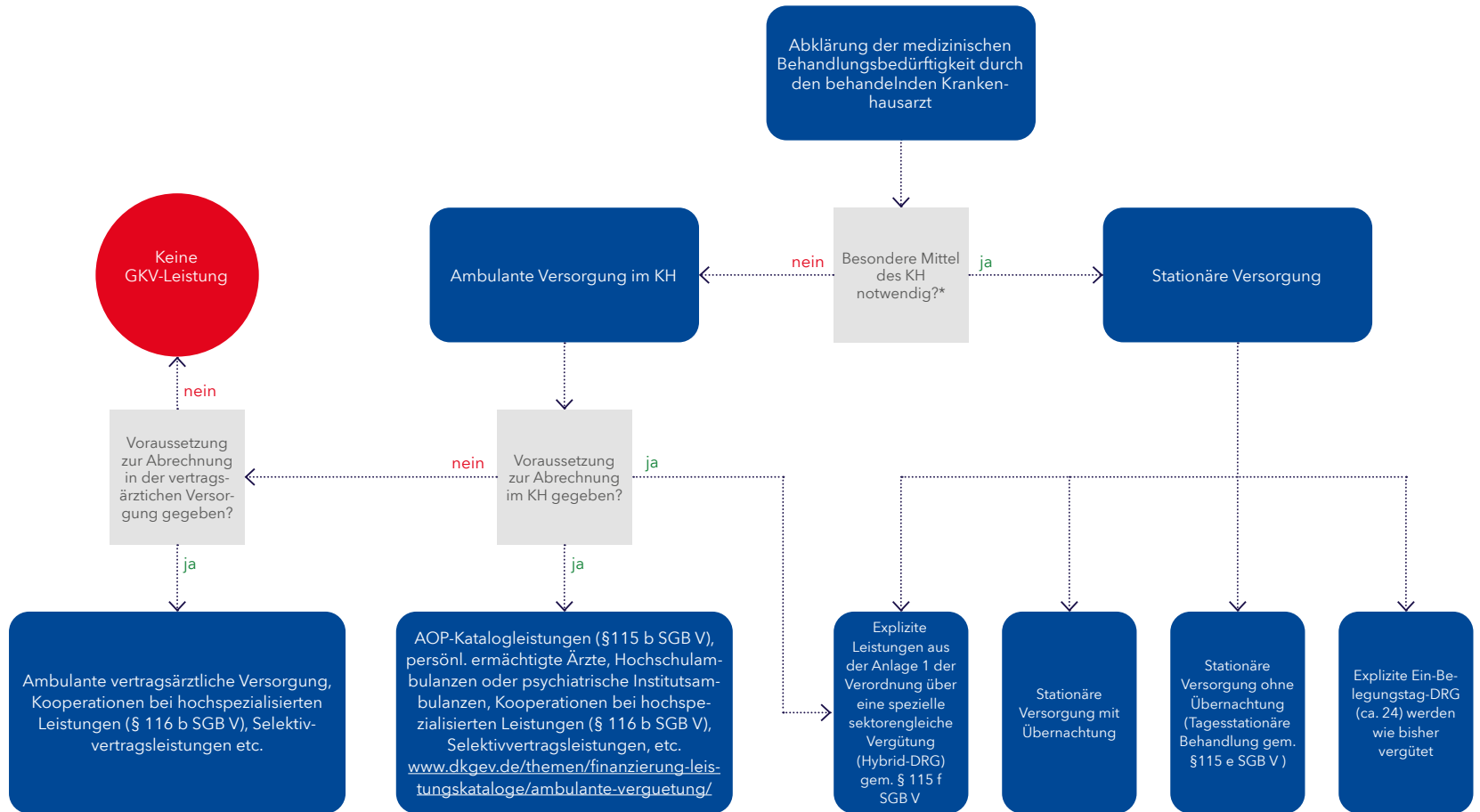
! WICHTIGER HINWEIS: PERKUTAN-TRANSLUMINALE GEFÄSSINTERVENTIONEN UND RENALE DENERVIERUNG SIND KEINE HYBRID-DRG-LEISTUNGEN GEMÄSS ANLAGE 1 DER VERORDNUNG VOM 21.12.2023

Das Bundesgesundheitsministerium hat Ende des Jahres 2023 eine „Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung“ (Hybrid-DRG) gem. § 115 f SGB V veröffentlicht.

Die Verordnung enthält in der Anlage 1 einen Katalog mit expliziten Leistungen, die ab 01.01.2024 nach den neuen Hybrid-DRG vergütet werden sollen. Auch die Höhe und Art der Vergütung ist darin festgelegt. Vertragsärztinnen/-ärzte und Krankenhäuser erhalten für die dort aufgeführten Leistungen dieselbe Vergütung. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Eingriff der in Anlage 1 benannten Leistungen ambulant oder stationär durchgeführt wird. **Perkutan-transluminale Gefäßinterventionen und Renale Denervierung sind keine Hybrid-DRG-Leistungen im Sinne der Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG) gem. § 115 f SGB V.**

Weiterführende Hinweise unter: <https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2023/380/VO>

Die vereinfachte Darstellung soll einen Ausblick auf die Entscheidungsfindung zur Art der medizinischen Leistungserbringung im Krankenhaus inkl. des § 115 e SGB V und des neuen § 115 f SGB V geben.



! Wichtiger Hinweis: Perkutan-transluminale Gefäßinterventionen und Renale Denervierung sind **keine** Hybrid-DRG-Leistungen im Sinne der Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG) gem. § 115 f SGB V.

* Im Besonderen, Dokumentation der allgemeinen Tatbestände gemäß § 8 des AOP-Vertrag nach § 115b SGB V, bei deren Vorliegen die stationäre Durchführung von Leistungen gemäß Anlage 1 des AOP-Katalogs erforderlich sein kann (Kontextfaktoren für Leistungen aus dem AOP-Katalog)

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

2.2 NEU im AOP Katalog 2024

OPS-Kode 2024	OPS-Text 2024	EBM-Nr.	EBM-Leistung	Anmerkungen
8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	34291 + 34292	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie + Zuschlag Intervention (PTCA, Stent)	01522
8-837.k0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	34291 + 34292	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie + Zuschlag Intervention (PTCA, Stent)	01522
8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	34291 + 34292	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie + Zuschlag Intervention (PTCA, Stent)	01522

STENTIMPLANTATIONEN IN HERZKRUNZGEFÄSSE AB JANUAR EXTRABUDGETÄR

Zu den neuen Eingriffen im AOP-Katalog gehören therapeutische Herzkatheteruntersuchungen. Vertragsärzte können diese Stentimplantationen in den Koronargefäßen bereits jetzt schon ambulant durchführen und nach EBM abrechnen. Neu ist, dass die postoperative Nachbeobachtung nicht mindestens 12 Stunden betragen muss, um eine Vergütung zu erhalten. Bei einer kürzeren Überwachungszeit von mindestens 6 Stunden können Ärzte ab Januar die Gebührenordnungsposition (GOP) 01522 (1307 Punkte / 155,98 Euro) abrechnen.

Der Bewertungsausschuss hat ferner empfohlen, dass alle Koronarangiographien (GOP 34291 und 34292) und die Nachbeobachtung bei einer Stentimplantation (GOP 01521 und 01522) extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet werden.

Quelle: https://www.kbv.de/html/1150_67155.php

2.3 Neu seit 01.01.2023 Kontextfaktoren lösen G-AEP Kriterien für Leistungen aus dem AOP-Katalog ab

Seit dem 01.01.2023 werden die bisherigen G-AEP-Kriterien durch die Kontextfaktoren ersetzt. In diesem Zusammenhang wird auch die bisherige Differenzierung der Leistungen im AOP-Katalog in die Kategorien 1 und 2 abgeschafft. Bisher bestehende OPS-bezogene Regelungen der Kategorisierungsordnung wurden weitestgehend in die Kontextfaktoren integriert.

Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben sich auf einen gemeinsamen Katalog von Kontextfaktoren verständigt.

Die Kontextfaktoren dienen der Begründung einer stationären Durchführung von expliziten Leistungen nach § 3 des AOP-Vertrages, die regelhaft ambulant erbracht werden können.

Das Vorliegen eines Kontextfaktors nach Satz 1 ist hierbei ausreichend für die Begründung einer stationären Durchführung einer Leistung nach § 3 des AOP-Vertrages. Dennoch kann jede dieser Leistungen auch bei Vorliegen einer oder mehrere Kontextfaktoren weiterhin ambulant erbracht werden, sofern dies aus medizinischen Gründen vertretbar ist.

Die Kontextfaktoren zur Begründung der stationären Durchführung einer Leistung nach § 3 des AOP-Vertrages sind vom Krankenhaus zu dokumentieren und im Rahmen der Abrechnung dieses Krankenhausfalles nach § 301 SGB V zu übermitteln. Für die Dokumentation der Kontextfaktoren gelten die Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils aktuellen Fassung.

Liegen abweichend von den in Anlage 2 des AOP-Vertrages genannten Kontextfaktoren medizinische Gründe oder soziale Gründe vor, die dazu führen, dass die Versorgung des Patienten in der Häuslichkeit nicht sichergestellt werden kann und dadurch der medizinische Behandlungserfolg gefährdet ist, so sind diese Gründe bei einer stationären Durchführung der Leistung nach Anlage 1 des AOP-Vertrages fallindividuell darzustellen.

GKV-Spitzenverband, DKG und KBV haben sich hierfür insbesondere auf die Aufnahme der nachfolgend genannten Kontextfaktoren in den AOP-Vertrag geeinigt:

- Liste von stationär durchführbaren OPS-Kodes
- Beatmungspflichtige Patienten, operationalisiert über Beatmungstunden im Datenaustausch nach § 301 SGB V
- Liste von stationär zu behandelnden Diagnosen (ICD-Kodes), z.B. Myokardinfarkt
- Gebrechlichkeit, operationalisiert über Pflegegrad und Barthel-Index
- Untere Altersgrenze: bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

Im Ergebnis hat man sich in diesem Jahr auf eine Erweiterung der Kontextfaktoren geeinigt. So werden die Kontextfaktoren, insbesondere für Kinder mit Pflegegrad sowie mit angeborenen Herzfehlern, erweitert sowie die Liste der stationär zu behandelnden Diagnosen um definierte Gerinnungsstörungen und Lebererkrankungen ergänzt.

ÜBERGANGSREGELUNG GEMÄSS § 24 AOP-VERTRAG

Aufgrund von Vorlaufzeiten in der Umstellung des AOP-Katalogs samt Kontextfaktoren werden ähnlich zu 2023 folgende Übergangsregelungen getroffen:

Sofern Patienten bis einschließlich 31.03.2024 zur stationären Durchführung einer Leistung, die in Anlage 1 mit „neu“ gekennzeichnet ist, in ein Krankenhaus aufgenommen werden, wird die Abrechnung des Krankenhauses für diese Leistung nicht im Hinblick darauf überprüft, ob die Leistung im Rahmen des § 115b SGB V erbracht werden konnte.

Meldeformular: Gemäß § 1 Absatz 1 des AOP-Vertrags sind die ambulanten Leistungen über ein Meldeformular an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss zu melden. Für Leistungen nach Anlage 1 kann das Meldeformular für die Mitteilung nach § 1 Absatz 1 bis zum 31.01.2024 nachgereicht werden.

Nähere Informationen: AOP Katalog 2024, Anlage 1

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

3. Kodierung und Vergütung im aG-DRG-System 2024

Diagnosen ICD 10-2024

Prozeduren OPS 2024

Relevante DRG-Positionen

Zusatzentgelte

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

3.1 Auszug relevanter Hauptdiagnosen

Maßgeblich für die korrekte Kodierung ist die Hauptdiagnose. Die Hauptdiagnose wird definiert als: „Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.“

Die folgenden fünften Stellen sind bei den Kategorien **I10-I15** zu benutzen, um das Vorliegen einer hypertensiven Krise anzuzeigen:

0	Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	I25.0	Atherosklerotische Herz-Kreislauf-Krankheit, so beschrieb.
1	Mit Angabe einer hypertensiven Krise	I25.1-	Atherosklerotische Herzkrankheit
		I25.10	Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen
I10.0-	Benigne essentielle Hypertonie	I25.11	Ein-Gefäß-Erkrankung
I10.1-	Maligne essentielle Hypertonie	I25.12	Zwei-Gefäß-Erkrankung
I10.9-	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet	I25.13	Drei-Gefäß-Erkrankung
		I25.14	Stenose des linken Hauptstammes
I11.0-	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz	I25.15	Mit stenosierten Bypass-Gefäßen
I11.9-	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz	I25.16	Mit stenosierten Stents
		I25.19	Nicht näher bezeichnet
I20.0	Instabile Angina pectoris	I50.1-	Linksherzinsuffizienz
I20.1	Angina pectoris mit nachgewiesenem Koronarspasmus		
I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	Q21.0	Ventrikelseptumdefekt
I20.9	Angina pectoris, nicht näher bezeichnet		
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand		
I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand		
I21.2	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonst. Lokalisationen		
I21.3	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation		
I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt		
I21.40	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-1-Infarkt		
	Nicht-ST-Hebungsinfarkt [NSTEMI], Typ-1-Infarkt		
I21.41	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-2-Infarkt		
I21.48	Sonstiger und nicht näher bezeichneter akuter subendokardialer Myokardinfarkt		
	Innenschichtinfarkt		
	Nicht-ST-Hebungsinfarkt [NSTEMI]		
	Nichttransmuraler Myokardinfarkt		
I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet		



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

3.2 Auszug relevanter Prozeduren

DIE EINBINDUNG DER MEDIZINTECHNOLOGIE INS aG-DRG-FALLPAUSCHALENSYSTEM

Leistungen im Zusammenhang mit Medizintechnologien sind grundsätzlich im Prozedurenschlüssel (OPS) dokumentiert. D.h. ein Medizinprodukt wird - soweit vorhanden - durch einen oder mehrere OPS-Kodes definiert.

1-273 Rechtsherz-Katheteruntersuchung

Inkl.: Katheteruntersuchung von A. pulmonalis, rechtem Ventrikel, rechtem Vorhof und V. cava
Druckmessung, Druckgradientenbestimmung, Messung des Herzzeitvolumens, Bestimmung des pulmonalen Gefäßwiderstandes und Messung unter Belastung
Hinw.: Bei einer kombinierten Links- und Rechtsherz-Katheteruntersuchung ist jeweils ein Kode für die Rechtsherz-Katheteruntersuchung und ein Kode für die Linksherz-Katheteruntersuchung anzugeben

- 1-273.1 Oxymetrie
- 1-273.2 Druckmessung mit Messung des Shuntvolumens
- 1-273.5 Messung der pulmonalen Flussreserve
- 1-273.6 Messung des Lungenwassers
- 1-273.x Sonstige
- 1-273.y N.n.bez.

1-275 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung

Hinw.: Bei einer kombinierten Links- und Rechtsherz-Katheteruntersuchung ist jeweils ein Kode für die Rechtsherz-Katheteruntersuchung und ein Kode für die Linksherz-Katheteruntersuchung anzugeben

- 1-275.0 Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen
- 1-275.1 Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel
- 1-275.2 Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel
- 1-275.3 Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogen-darstellung
- 1-275.4 Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogen-darstellung
- 1-275.5 Koronarangiographie von Bypassgefäßen
- 1-275.6 Ventrikulographie mit Druckmessung im linken Ventrikel und Aortenbogen-darstellung
- 1-275.x Sonstige
- 1-275.y N.n.bez.

1-276 Angiokardiographie als selbständige Maßnahme

- 1-276.0 Pulmonalisangiographie
- 1-276.1 Aortographie
- 1-276.2 Ventrikulographie
- 1-276.20 Rechter Ventrikel
- 1-276.21 Linker Ventrikel
- 1-276.22 Rechter und linker Ventrikel
- 1-276.x Sonstige
- 1-276.y N.n.bez.

1-279 Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen

- 1-279.a Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung
Inkl.: Bestimmung der fraktionellen myokardialen Flussreserve (FFRmyo)
Bestimmung von Druckindizes ohne Vasodilatation

8-837 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronar-gefäßen

- Hinw.:* Die Anwendung eines Embolieprotektionssystems ist gesondert zu kodieren (8-83b.9).
Ein Kode aus diesem Bereich ist auch zu verwenden, wenn eine der aufgeführten Prozeduren im Rahmen einer Hybridchirurgie eingesetzt wird.
Die Anwendung der Hybridchirurgie ist gesondert zu kodieren (5-98a.0).
Die Verwendung von mehr als einem Mikrokathetersystem ist gesondert zu kodieren (8-83b.7 ff.).
Die Verwendung von Rekanalisationssystemen zur perkutanen Passage organisierter Verschlüsse ist gesondert zu kodieren (8-83b.a ff.).
- 8-837.0 Ballon-Angioplastie
Inkl.: Bypassgefäß
Hinw.: Die Art und die Anzahl der verwendeten medikamente-freisetzenden Ballons sind gesondert zu kodieren (8-83b.b6 bis



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

	8-83b.b9)	Die Art der verwendeten antikörperbeschichteten Ballons ist gesondert zu kodieren (8-83b.b1)
8-837.00		Eine Koronararterie
8-837.01		Mehrere Koronararterien
8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	
8-83b.b		Art der verwendeten Ballons <i>Hinw.:</i> Diese Zusatzinformation ist für jeden implantierten Stent oder für jedes implantierte OPD-System anzugeben
8-83b.b6		Ein medikamentenfreisetzender Ballon an Koronargefäßen
8-83b.b7		Zwei medikamentefreisetzende Ballons an Koronargefäßen
8-83b.b8		Drei medikamentefreisetzende Ballons an Koronargefäßen
8-83b.b9		Vier und mehr medikamentefreisetzende Ballons an Koronargefäßen
8-837.k		Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents, <i>Inkl.:</i> Bypassgefäß
8-837.k0		Ein Stent in eine Koronararterie
8-837.k3		2 Stents in eine Koronararterie
8-837.k4		2 Stents in mehrere Koronararterien
8-837.k5		3 Stents in eine Koronararterie
8-837.k6		3 Stents in mehrere Koronararterien
8-837.k7		4 Stents in eine Koronararterie
8-837.k8		4 Stents in mehrere Koronararterien
8-837.k9		5 Stents in eine Koronararterie
8-837.ka		5 Stents in mehrere Koronararterien
8-837.kb		Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie
8-837.kc		Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien
8-837.kx		Sonstige
8-837.m		Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents <i>Inkl.:</i> Bypassgefäß <i>Hinw.:</i> Die Art der medikamentefreisetzenden Stents ist gesondert zu kodieren (8-83b.0 ff.)
8-837.m0		Ein Stent in eine Koronararterie
8-837.m1		2 Stents in eine Koronararterie
8-837.m2		2 Stents in mehrere Koronararterien
8-837.m3		3 Stents in eine Koronararterie
8-837.m4		3 Stents in mehrere Koronararterien

8-837.m5	4 Stents in eine Koronararterie
8-837.m6	4 Stents in mehrere Koronararterien
8-837.m7	5 Stents in eine Koronararterie
8-837.m8	5 Stents in mehrere Koronararterien
8-837.m9	Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie
8-837.ma	Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien
8-837.mx	Sonstige

8-83b.0 Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme
Hinw.: Diese Zusatzinformation ist für jeden implantierten Stent oder für jedes implantierte OPD-System anzugeben

8-837.t Thrombektomie aus Koronargefäßen
Hinw.: Die Verwendung eines hydrodynamischen Thrombektomiesystems ist gesondert zu kodieren (8-83b.4)
Die Verwendung eines Instruments zur Thrombektomie ist gesondert zu kodieren (8-83b.8 ff.)

8-83c.5 Renale Denervierung über die A. renalis
8-83c.52↔ Durch nicht gekühlte Radiofrequenzablation

Einführung eines Zusatzkennzeichens für Rechts, Links und Beidseitig ab Version 2005. Für die Version 2005 des OPS wurde nach ausführlichen Beratungen mit den Vertretern der Selbstverwaltung und der medizinischen Fachgesellschaften beschlossen, für die Seitenangabe die gleichen Zusatzkennzeichen einzuführen, wie sie von der ICD-10-GM her schon bekannt sind: R: Rechts, L: Links, B: Beidseitig. Diese Zusatzkennzeichen sind für Prozeduren an paarigen Organen oder Körperteilen (Augen, Ohren, Nieren, Extremitäten, etc.) verpflichtend. Alle Schlüsselnummern, die mit einem Zusatzkennzeichen versehen werden müssen, sind im Druck besonders gekennzeichnet (in den Referenzausgaben des DIMDI mit einem Doppelpfeil).

3.3 Relevante DRG-Positionen

DRG	Partition	Bezeichnung	Bew.rel. Hauptabteilung	Mittlere verweildauer	Untere Grenzerweildauer		Obere Grenzerweildauer		Externe Verlegung Abschlag/ Tag (Bew.rel.)	DRG-Erlös*	Pflegerlös Bew. rel./Tag
					1. Tag mit Abschlag	Bew.rel. / Tag	1. Tag zus. Entgelt	Bew.rel. /Tag			
1	2	3	4	6	7	8	9	10	11		14
F19B	○	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Ablation über A. renalis oder komplexe koronare Lithoplastie	1,586	4,0	1	0,386	10	0,085	0,085	6.661,20 €	1,0825
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	0,096	5.728,80 €	1,0458
F49F	A	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.	0,816	5,6	1	0,298	13	0,066	0,080	3.427,20 €	0,7392
F49G	A	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. Eingr.	0,545	3,5	1	0,199	8	0,063	0,071	2.289,00 €	0,7211
F52B	○	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention	1,052	5,0	1	0,334	10	0,079	0,091	4.418,40 €	1,0172
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	0,077	4.275,60 €	0,8454
F58B	○	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC	0,780	3,3	1	0,228	7	0,066	0,073	3.276,00 €	0,8262
F62C	○	Herzinsuffizienz und Schock ohne äuß. schw. CC od. ohne Dialyse, ohne kompliz. Diagnose, ohne kompliz. Konst., ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 Belegungstag, ohne best. akut. Nierenvers. od. ohne äuß. schw. CC. ohne Komplexbeh. des akut. Schlaganf.	0,672	8,1	2	0,218	17	0,057	0,072	2.822,40 €	0,7838

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 € ([weitere Infos](#))

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kodierung und Vergütung im aG-DRG-System 2024

Renale Denervierung

Koronare Interventionen

Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

FORMEL ZUR BERECHNUNG DER PFLEGEERLÖSE IN 2024

Pflegerlös Bewertungsrelation/Tag x patientenindividueller Verweildauer x Pflegeentgeltwert**

Da vor der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 KHEntgG noch nicht berechnet werden kann, ist bis dahin nach Satz 1 ersatzweise ein Betrag in Höhe von 230,00 € abzurechnen. Dies ist nur der vorläufige tagesbezogene Pflegeentgeltwert bis zur Pflegebudgetvereinbarung. Nach akzeptiertem Testat des KH-Betriebsprüfers zum Pflegebudget wird dann am Ende des KH-Geschäftsjahres mit der Jahrespflegeerlössumme abgeglichen. Danach erfolgt ein Ausgleich des Pflegebudgets zu 100% gemäß Selbstkostendeckungsprinzip. Bitte geben Sie den Begriff „Sachkostenfinanzierung ag drg“ in das Suchfeld der Internetseite des Bundesverbandes Medizinprodukte e.V. ein und erhalten Sie weiterführende Hinweise zum Thema: <https://www.bvmed.de/de/startseite>

BEISPIEL-ERLÖSBERECHNUNG PTCA BEI INFARKT MIT 2 DES DRG F52B

Patientenindividuelle Verweildauer = 4¹

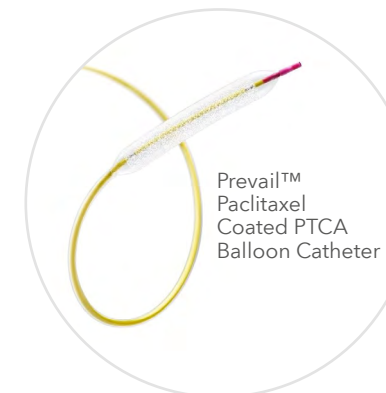
DRG-Erlös:	4.418,40 €	(Bew.Rel 1,052 x 4.200,00 €*)
+ Pflegerlös:	467,91 €	(Bew.Rel Pflege 1,0172 x 230,00 €** x 2 Belegungstage/Verweildauer)
Erlös:	4.886,31 €	
zzgl. ZE 101.02	79,78 €	
Gesamtfallerlös:	4.966,09 €	

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 € ([weitere Infos](#))

** vorläufiger tagesbezogener Pflegeentgeltwert 230,00 € (ggfs. unterjährige Anpassung gem. Krankenhaustransparenzgesetz)

3.4 Zusatzentgelte

Haupteingriff	OPS-Kode	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
Ballon	8-837.0*	Ballon-Angioplastie
Stent	8-837.m*	Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents (Anzahl der Stents)
Stent	8-83b.0*	Art der verwendeten medikamente-freisetzenden Stents
Ballon	8-83b.b*	Verwendung eines medikamente-freisetzenden Ballons (Anzahl Ballons)



ZE	Bezeichnung	ZE	OPS Kode	OPS-Text	Betrag
1	2	3	4	5	6
ZE101	Medikamente-freisetzende Koronarstents	ZE101.01	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	39,89 €
		ZE101.02	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	79,78 €
			8-837.m2	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 2 Stents in mehrere Koronararterien	
		ZE101.03	8-837.m3	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 3 Stents in eine Koronararterie	119,67 €
			8-837.m4	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 3 Stents in mehrere Koronararterien	
		ZE101.04	8-837.m5	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 4 Stents in eine Koronararterie	159,56 €
			8-837.m6	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 4 Stents in mehrere Koronararterien	
		ZE101.05	8-837.m7	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 5 Stents in eine Koronararterie	199,45 €
			8-837.m8	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 5 Stents in mehrere Koronararterien	
		ZE101.06	8-837.m9	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie	239,34 €
8-837.ma	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien				

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

ZE	Bezeichnung	ZE	OPS Kode	OPS-Text	Betrag
1	2	3	4	5	6
ZE136	Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen		8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie	
			8-837.01	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Mehrere Koronararterien	
		ZE136.01	8-83b.b6	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamente-freisetzender Ballon an Koronargefäßen	190,39 €
		ZE136.02	8-83b.b7	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen	613,10 €
		ZE136.03	8-83b.b8	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Drei medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen	1.035,81 €
	ZE136.04	8-83b.b9	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Vier und mehr medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen	1.458,52 €	

4. Kodierbeispiel Renale Denervierung

Symlicity Spyral™-System zur Renalen Denervierung

RDN Standard

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	
Prozedur(en)		
8-83c.52	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention: Renale Denervierung über die A. renalis: Durch nicht gekühlte Radiofrequenz-ablation	
DRG	Text	Relativgewicht
F19B	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Ablation über A. renalis oder komplexe koronare Lithoplastie	1,586
DRG-Erlös*		6.661,20 €
Pflege-Relativgewicht: 1,0825		

DRG-Erlös bei einer Verweildauer von:
1 Belegungstag: 5.040,00 €, 2 Belegungstagen: **6.661,20 €**

Bewertung bei Belegabteilung:
Rel.gew. 1,351 ergibt 5.674,20 €*.
Der Belegarzt rechnet seine ärztliche Leistung nach dem EBM mit der KV ab.

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 € ([weitere Infos](#))



Simplicity G3™
Renal Denervation
RF Generator



Simplicity Spyral™
Multi-Electrode Renal
Denervation Catheter

Abrechnungsmuster - Stationäre wahlärztliche Krankenhausleistungen

Nachfolgend werden mögliche Abrechnungspositionen beispielhaft skizziert.

Diagnose: Therapieresistente art. Hypertonie, Therapie: Renale Denervierung (Simplicity Spyrat™)						
	GOÄ	Anzahl	Leistungsbezeichnung	Einfachsatz	STF	Betrag
Beratung, Untersuchungen, Berichte	1	1	Beratung	7,05 €	2,3	10,72 €
	3	1	Ausführliche Beratung	8,74 €	2,3	20,10 €
	5	1	Symptombez. Untersuchung	4,66 €	2,3	10,72 €
	7	1	Untersuchung	9,33 €	2,3	21,46 €
	8	1	Statuserhebung	15,15 €	2,3	34,85 €
	34	1	Ausführliche Beratung über Therapie	17,49 €	2,3	40,23 €
	45	1	Visite	4,08 €	2,3	9,38 €
	70A	1	OP-Bericht	2,33 €	2,3	5,36 €
	75	1	Bericht	7,58 €	2,3	17,43 €
Ablation	2800	1	Punktion Arteria femoralis	16,03 €	2,3	36,87 €
	5300	1	Angiographie (analog)	116,57 €	1,8	209,83 €
	A3091 *	1	Ablation - Nierenarterienablation re, sehr zeitaufwendig durch anatomische Verhältnisse	262,29 €	3,5	918,02 €
	A3091 *	1	Ablation - Nierenarterienablation li	262,29 €	2,3	603,27 €
	5301	1	weitere Serien	23,31 €	1,8	41,96 €
Zusatzleistungen	204	1	Kompressionsverband	5,54 €	2,3	12,74 €
	250	1	Blutentnahme **	2,33 €	1,8	4,19 €
	260	1	Legen eines Arterien-/Venenkatheters	11,66 €	2,3	26,82 €
	261	4 ***	Einbringung von Arzneimittel in Katheter	1,75 €	2,3	16,10 €
	270	1	Infusion mind. 30 min.	6,99 €	2,3	16,08 €
	274	1	Dauertropfinfusion	18,65 €	2,3	42,90 €
	401	1	Farbduplex	23,31 €	2,3	53,61 €
	410	1	Sonographie re Leiste	11,66 €	2,3	26,82 €
	452	1	i.V. Kurznarkose mehrmalige Verabreichung	11,07 €	2,3	25,46 €
	491	1	Lokalanästhesie	7,05 €	2,3	16,22 €
	602	1	Oxymetrische Untersuchung	8,86 €	1,8	15,95 €

! Bei den Abrechnungspositionen handelt es sich um ein Muster. Es können nur die Leistungen abgerechnet werden, die tatsächlich erbracht worden sind. Der jeweilige Steigerungsfaktor ist gemäß Aufwand zu wählen.

§ 6 GEBÜHREN FÜR ANDERE LEISTUNGEN

(1) Erbringen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Hals-Nasen-Ohrenärzte oder Chirurgen Leistungen, die im Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen - Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316) - aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Zahnärzte in der jeweils geltenden Fassung zu berechnen.

(2) **Selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden. ***

* Analoge Bewertung gem. § 6 GOÄ

** Die Laboruntersuchungen müssen vom entsprechenden liquidationsberechtigten Arzt abgerechnet werden.

*** Anzahl je Medikamentengabe

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

5. Kodierbeispiele Koronare Interventionen

Koronare Angiographie

PTCA / Stent mit DES

PTCA / Stent bei Myokardinfarkt

PTCA / Stent mit DCB

5.1 Koronare Angiographie

Koronarangiographie bei Angina pectoris

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	
Prozeduren		
1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	
DRG	Text	Relativgewicht
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. Eingr.	0,545
Erlös*		2.289,00 €
Pflege-Relativgewicht: 0,7211		

Ventrikulographie bei Linksherzinsuffizienz

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
I50.11	Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden	
Prozeduren		
1-276.21	Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Ventrikulographie: Linker Ventrikel	
DRG	Text	Relativgewicht
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äuß. schw. CC od. ohne Dialyse, ohne kompliz. Diagnose, ohne kompliz. Konst., ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 Belegungstag, ohne best. akut. Nierenvers. od. ohne äuß. schw. CC. ohne Komplexbeh. des akut. Schlaganf.	0,672
Erlös*		2.822,40 €
Pflege-Relativgewicht: 0,7838		

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 € ([weitere Infos](#))

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

Rechtsherzkatheteruntersuchung bei angeborenem Ventrikelseptumdefekt, Alter unter 18 Jahre

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
Q21.0	Ventrikelseptumdefekt	
Prozeduren		
1-273.1	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie	
DRG	Text	Relativgewicht
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.	0,816
Erlös*		3.427,20 €
Pflege-Relativgewicht: 0,7392		

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 € ([weitere Infos](#))

5.2 Koronare Gefäßinterventionen

5.2.1 DRUG ELUTING STENT (DES)

PTCA bei Angina Pectoris oder Atherosklerotischer Herzkrankheit

1 DES

Kode	Text
Hauptdiagnose	
I20.0	Instabile Angina pectoris
Prozeduren	
8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie
8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie
8-83b.00	ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. Resolute Onyx

DRG	Text	Relativgewicht
F58B	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC	0,780
DRG-Erlös*		3.276,00 €
ZE 101.01		39,89 €
Erlös		3.315,89 €
Pflege-Relativgewicht: 0,8262		

2 DES

Kode	Text
Hauptdiagnose	
I20.0	Instabile Angina pectoris
Prozeduren	
8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie
8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie
8-83b.00	ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. Resolute Onyx

DRG	Text	Relativgewicht
F58B	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC	0,780
DRG-Erlös*		3.276,00 €
ZE 101.02		79,78 €
Erlös		3.355,78 €
Pflege-Relativgewicht: 0,8262		

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 € ([weitere Infos](#))

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

3 DES

Kode	Text
Hauptdiagnose	
I20.0	Instabile Angina pectoris
Prozeduren	
8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie
8-837.m3	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 3 Stents in eine Koronararterie
8-83b.00	ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. Resolute Onyx

DRG	Text	Relativgewicht
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie oder koronare Lithoplastie	1,018
DRG-Erlös*		4.275,60 €
ZE 101.03		119,67 €
Erlös		4.395,27 €
Pflege-Relativgewicht: 0,8454		

1 DES und Thrombektomie

Kode	Text
Hauptdiagnose	
I20.0	Instabile Angina pectoris
Prozeduren	
8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie
8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie
8-83b.00	ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. Resolute Onyx
8-837.t	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Thrombektomie aus Koronargefäßen

DRG	Text	Relativgewicht
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention	1,052
DRG-Erlös*		4.418,40 €
ZE 101.01		39,89 €
Erlös		4.458,29 €
Pflege-Relativgewicht: 1,0172		

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 € ([weitere Infos](#))

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

2 DES und Thrombektomie

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
I20.0	Instabile Angina pectoris	
Prozeduren		
8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	
8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	
8-83b.00	ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. TruStar™	
8-837.t	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Thrombektomie aus Koronargefäßen	
DRG	Text	Relativgewicht
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention	1,052
DRG-Erlös*		4.418,40 €
ZE 101.02		79,78 €
Erlös		4.498,18 €
Pflege-Relativgewicht: 1,0172		



* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 € ([weitere Infos](#))

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

3 DES und Thrombektomie

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
I20.0	Instabile Angina pectoris	
Prozeduren		
8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	
8-837.m3	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 3 Stents in eine Koronararterie	
8-83b.00	ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. TruStar™	
8-837.t	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Thrombektomie aus Koronargefäßen	
DRG	Text	Relativgewicht
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention	1,052
DRG-Erlös*		4.418,40 €
ZE 101.03		119,67 €
Erlös		4.538,07 €
Pflege-Relativgewicht: 1,0172		

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 € ([weitere Infos](#))

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

PTCA bei Myokardinfarkt

1 DES

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	
Prozeduren		
8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	
8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	
8-83b.00	ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. Resolute Onyx	
DRG	Text	Relativgewicht
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention	1,052
DRG-Erlös*		4.418,40 €
ZE 101.01		39,89 €
Erlös		4.458,29 €
Pflege-Relativgewicht: 1,0172		

2 DES

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	
Prozeduren		
8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	
8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	
8-83b.00	ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. Resolute Onyx	
DRG	Text	Relativgewicht
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention	1,052
DRG-Erlös*		4.418,40 €
ZE 101.02		79,78 €
Erlös		4.498,18 €
Pflege-Relativgewicht: 1,0172		

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 € ([weitere Infos](#))

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

3 DES

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	
Prozeduren		
8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	
8-837.m3	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 3 Stents in eine Koronararterie	
8-83b.00	ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. Resolute Onyx	
DRG	Text	Relativgewicht
F24B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC	1,364
DRG-Erlös*		5.728,80 €
ZE 101.03		119,67 €
Erlös		5.848,47 €
Pflege-Relativgewicht: 1,0458		

1 DES und Thrombektomie

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	
Prozeduren		
8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	
8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	
8-83b.00	ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. Resolute Onyx	
8-837.t	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Thrombektomie aus Koronargefäßen	
DRG	Text	Relativgewicht
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention	1,052
DRG-Erlös*		4.418,40 €
ZE 101.01		39,89 €
Erlös		4.458,29 €
Pflege-Relativgewicht: 1,0172		

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 € ([weitere Infos](#))

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

2 DES und Thrombektomie

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	
Prozeduren		
8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	
8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	
8-83b.00	ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. Resolute Onyx	
8-837.t	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Thrombektomie aus Koronargefäßen	
DRG	Text	Relativgewicht
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention	1,052
DRG-Erlös*		4.418,40 €
ZE 101.02		79,78 €
Erlös		4.498,18 €
Pflege-Relativgewicht: 1,0172		



Export Advance™
Aspiration Catheter

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 € ([weitere Infos](#))

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

3 DES und Thrombektomie

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	
Prozeduren		
8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	
8-837.m3	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 3 Stents in eine Koronararterie	
8-83b.00	ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer, z.B. Resolute Onyx	
8-837.t	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Thrombektomie aus Koronargefäßen	
DRG	Text	Relativgewicht
F24B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC	1,364
DRG-Erlös*		5.728,80 €
ZE 101.03		119,67 €
Erlös		5.848,47 €
Pflege-Relativgewicht: 1,0458		

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 € ([weitere Infos](#))

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

5.2.2 DRUG COATED BALLOONS (DCB)

PTCA bei Angina Pectoris oder Atherosklerotischer Herzkrankheit

1 DCB

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
I20.0	Instabile Angina pectoris	
Prozeduren		
8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	
8-83b.b6	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentenfreisetzender Ballon an Koronargefäßen, z.B. IN.PACT Falcon	
DRG	Text	Relativgewicht
F58B	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC	0,780
DRG-Erlös*		3.276,00 €
ZE 136.01		190,39 €
Erlös		3.466,39 €
Pflege-Relativgewicht: 0,8262		

2 DCB

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
I20.0	Instabile Angina pectoris	
Prozeduren		
8-837.01	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Mehrere Koronararterien	
8-83b.b7	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamentenfreisetzende Ballons an Koronargefäßen, z.B. IN.PACT Falcon	
DRG	Text	Relativgewicht
F58B	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC	0,780
DRG-Erlös*		3.276,00 €
ZE 136.02		613,10 €
Erlös		3.889,10 €
Pflege-Relativgewicht: 0,8262		

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 € ([weitere Infos](#))

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

3 DCB

Kode	Text
Hauptdiagnose	
I20.0	Instabile Angina pectoris
Prozeduren	
8-837.01	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Mehrere Koronararterien
8-83b.b8	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Drei medikamentenfreisetzende Ballons an Koronargefäßen, z.B. IN.PACT Falcon

DRG	Text	Relativgewicht
F58B	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC	0,780
DRG-Erlös*		3.276,00 €
ZE 136.03		1.035,81 €
Erlös		4.311,81 €
Pflege-Relativgewicht: 0,8262		



* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 € ([weitere Infos](#))

6. Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

Gesetzliche Grundlagen

Zulassung von Leistungserbringern

Sachkostenvergütung

Abrechnungsbeispiele EBM

Abrechnungsbeispiele GOÄ

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

6.1 Gesetzliche Grundlagen

EBM ANHANG 2 UND AOP VERTRAG NACH §115B ABSATZ 1 SGB V

Der AOP-Katalog enthält alle Operationen und sonstigen Eingriffe, die die Krankenhäuser ambulant vornehmen und nach EBM abrechnen können. Er wurde zum 1. Januar 2024 um 171 Eingriffe erweitert.

Der Anhang 2 des EBM enthält alle Operationen, die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ambulant und belegärztlich durchführen und berechnen dürfen. Diese sind nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) kodiert. (Quelle: KBV)

! **Wichtig:** Das Krankenhaus kann nur die Operationen über AOP abrechnen, die im AOP-Katalog im Abschnitt 1, 2 oder 3 aufgeführt sind. Die Koronarangiographie ist in Abschnitt 2 des AOP Katalogs aufgeführt. Abschnitt 2: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationärer ersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V außerhalb Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM.

Relevante Auszüge aus AOP-Katalog 2024: Abschnitt 2: Leistungen gemäß § 115 b SGB V außerhalb Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM

OPS-Kode 2024	OPS-Text 2024	EBM-Nr.	EBM-Leistung	Anmerkungen
1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	01520
1-275.1	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	01520
1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	01520
1-275.3	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	01520
1-275.4	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	01520
1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen	34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	01520
1-275.6	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Ventrikulographie mit Druckmessung im linken Ventrikel und Aortenbogendarstellung	34291*	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	01520*

* Die gekennzeichneten EBM-Ziffern können bei Durchführung der jeweiligen Prozedur entsprechend abgerechnet werden, auch wenn der Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition nicht oder nicht vollständig erfüllt ist. Die entsprechende Anwendung der gekennzeichneten Ziffern ist bis zum 30.06.2024 befristet. Die Vertragspartner nach §115b Abs. 1 SGB V verständigen sich vor Ablauf der Befristung über ggf. erforderliche Anpassungen zur sachgerechten Abbildung und Vergütung der Leistungen bzw. der Zuordnung der betreffenden OPS-Kodes und EBM-Gebührenordnungspositionen

4) Kategorien: Im Rahmen der Erweiterung des AOP-Katalogs mit Wirkung zum 01.01.2023 wurden die G-AEP-Kriterien durch Kontextfaktoren ersetzt. In diesem Zusammenhang wurden die bisherigen Kategorien 1 und 2 aufgelöst. Bisher bestehende OPS-bezogene Regelungen der Kategoriezuordnung wurden weitestgehend in die Kontextfaktoren integriert. (Anlage 1 zum AOP-Vertrag: AOP-Katalog 2024 - Präambel)



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

OPS-Kode 2024	OPS-Text 2024	EBM-Nr.	EBM-Leistung	Anmerkungen
1-276.0	Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Pulmonalisangiographie	34290*	Angiokardiographie bei Kindern, Jugendlichen ohne Altersbeschränkung	ohne Altersbeschränkung
1-276.20	Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Ventrikulographie: Rechter Ventrikel	34290*	Angiokardiographie bei Kindern, Jugendlichen ohne Altersbeschränkung	ohne Altersbeschränkung
1-276.21	Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Ventrikulographie: Linker Ventrikel	34290*	Angiokardiographie bei Kindern, Jugendlichen ohne Altersbeschränkung	ohne Altersbeschränkung
1-276.22	Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Ventrikulographie: Rechter und linker Ventrikel	34290*	Angiokardiographie bei Kindern, Jugendlichen ohne Altersbeschränkung	ohne Altersbeschränkung
1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung	34291 + 34298		01520
8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	34291 + 34292	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie + Zuschlag Intervention (PTCA, Stent)	01522
8-837.k0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	34291 + 34292	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie + Zuschlag Intervention (PTCA, Stent)	01522
8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	34291 + 34292	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie + Zuschlag Intervention (PTCA, Stent)	01522

* Die gekennzeichneten EBM-Ziffern können bei Durchführung der jeweiligen Prozedur entsprechend abgerechnet werden, auch wenn der Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition nicht oder nicht vollständig erfüllt ist. Die entsprechende Anwendung der gekennzeichneten Ziffern ist bis zum 30.06.2024 befristet. Die Vertragspartner nach §115b Abs. 1 SGB V verständigen sich vor Ablauf der Befristung über ggf. erforderliche Anpassungen zur sachgerechten Abbildung und Vergütung der Leistungen bzw. der Zuordnung der betreffenden OPS-Kodes und EBM-Gebührenordnungspositionen

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

RELEVANTE EBM-ABRECHNUNGSPPOSITIONEN FÜR DIE ABRECHNUNG INTERVENTIONELLER KARDIOLOGISCHER MASSNAHMEN NACH AOP-KATALOG

34 291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	
Beschreibung		
Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie		
Obligater Leistungsinhalt		
<ul style="list-style-type: none"> - Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie, - Begleitleistungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Leistungserbringung stehen, - Kontrastmitteleinbringung(en) 		
Fakultativer Leistungsinhalt		
<ul style="list-style-type: none"> - Selektive Darstellung auch bei Patienten mit einem oder mehreren Bypässen und/oder bei Patienten mit Herzvitium, - Angiokardiographie (Nr. 34 290), - Gerinnungsuntersuchung(en) (z.B. aktivierte Gerinnungszeit) - Qualitätssicherung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) für das Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie, - Aufklärungsgespräch gemäß DeQS-RL, 		
Abrechnungsbestimmung		
einmal im Behandlungsfall		378,90 € 3175
Abrechnungsausschlüsse		
	Leistungen	
in derselben Sitzung	01205, 01207, 02100, 02101, 02102, 02330, 02331, 34503	
im Behandlungsfall	01530, 01531, 02300, 02301, 02302, 02310, 02320, 02321, 02322, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02342, 02343, 02350, 02360, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287, 34290	
Berichtspflicht		
Ja		
Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung		
Ja		
		Wert Punkte*
		378,90 € 3175

* Der Punktwert beträgt ab 01.01.2024 11,9339 Cent

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

34 292	Zuschlag Intervention (PTCA, Stent)			
Beschreibung				
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34291 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (z.B. PTCA, Stent),				
Abrechnungsbestimmung				
einmal im Behandlungsfall				
Abrechnungsausschlüsse				
	Leistungen			
in derselben Sitzung	01205, 01207, 02100, 02101, 02102, 02330, 02331, 34280, 34281, 34503			
im Behandlungsfall	34283, 34284, 34285, 34286, 34287, 34290			
Berichtspflicht				
Ja				
Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung				
Ja				
			Wert	Punkte*
			453,37 €	3799

* Der Punktwert beträgt ab 01.01.2024 11,9339 Cent

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

RELEVANTE LEISTUNGSBEZOGENE KOSTENPAUSCHALEN BEI HERZKATHETERUNTERSUCHUNGEN UND KORONAREN REKANALISATIONSBEHANDLUNGEN

40 300	Sachkosten für eine Koronarangiografie
Beschreibung	
Kostenpauschale für die Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34291	
Anmerkung	
Die Kostenpauschale nach der Nr. 40300 enthält alle Sachkosten, einschl. der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.	
Berichtspflicht	
Nein	
Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung	
Nein	
Gesamt	
181,50 €	

40 302	Sachkosten für PTCA / Stent an einem Gefäß bei Koronarangiografie
Beschreibung	
Kostenpauschale für die Durchführung einer PTCA an einem Gefäß, ggf. einschl. Stent entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292	
Anmerkung	
Die Kostenpauschale nach der Nr. 40302 enthält alle Sachkosten, einschl. der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.	
Berichtspflicht	
Nein	
Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung	
Nein	
Gesamt	
1.058,40 €	

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

40 306	Kostenpauschale zur Gebührenordnungsposition 34291	
Beschreibung		
Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34291 für die Qualitätssicherung gem. der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) für das Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie		
Anmerkung		
Die Kostenpauschale nach der Nr. 40306 beinhaltet alle Kosten zur Erfüllung der Maßnahmen der DeQS-RL. Hierzu gehören sämtliche Kosten für die EDV-technische Ausstattung und Verarbeitung.		
Berichtspflicht		
Nein		
Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung		
Nein		
		Gesamt
		2,50 €

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

RELEVANTE LEISTUNGSBEZOGENE ZUSATZPAUSCHALEN BEI HERZKATHETERUNTERSUCHUNGEN UND KORONAREN REKANALISATIONSBEHANDLUNGEN

01 522	Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen	
Beschreibung		
Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen		
Obligater Leistungsinhalt		
<ul style="list-style-type: none"> - Im unmittelbaren Anschluss an eine therapeutische Herzkatheteruntersuchung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292, - Dauer mehr als 6 Stunden, 		
Abrechnungsbestimmung		
einmal im Behandlungsfall		
Anmerkung		
Die Gebührenordnungsposition 01522 ist berechnungsfähig, wenn die perkutantransluminale Gefäßintervention ausschließlich an einer Koronararterie erfolgt.		
Abrechnungsausschlüsse		
	Leistungen	
in derselben Sitzung	01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01540, 01541, 01542, 01543, 01544, 01545, 01857, 01910, 01911, 02100, 02101, 02102, 04564, 04565, 04566, 04572, 04573, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621, 13622, 30326, 30708, 32247, 34503, 34504, 34505	
im Behandlungsfall	13310, 13311	
Berichtspflicht		
Nein		
Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung		
Ja		
		Wert
		Punkte*
		155,98 €
		1307

* Der Punktwert beträgt ab 01.01.2024 11,9339 Cent

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

RELEVANTE SONSTIGE ABRECHNUNGSPPOSITIONEN FÜR BERATUNGS- UND UNTERSUCHUNGSLEISTUNGEN

Grundpauschale für den Vertragsarzt Innere Medizin - Kardiologie		Wert	Punkte*
13 540	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	18,38 €	154
13 541	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	25,66 €	215
13 542	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	26,61 €	223

* Der Punktwert beträgt ab 01.01.2024 11,9339 Cent

6.2 Zulassung von Leistungserbringern

ZULASSUNG VON KRANKENHÄUSERN ZUR ERBRINGUNG VON EINGRIFFEN (GEMÄSS AOP-VERTRAG NACH §115 B ABSATZ 1 SGB V)

(1) Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog nach § 3 aufgeführten Eingriffe gemäß § 115 b SGB V in den Leistungsbereichen zugelassen, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlung erbringen. Hierzu bedarf es einer maschinenlesbaren Mitteilung des Krankenhauses an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss.

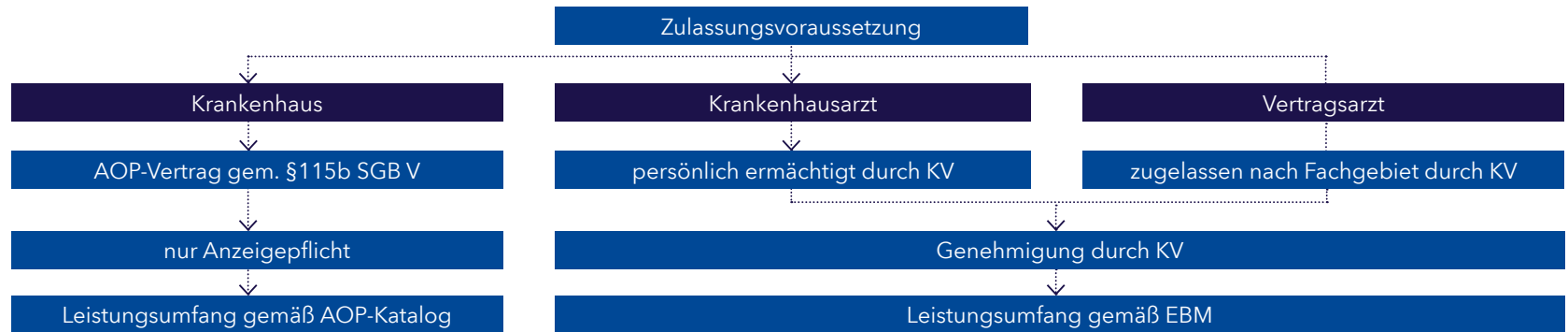
(2) In dieser Mitteilung sind die entsprechenden abteilungsbezogenen Leistungsbereiche und einzelnen Leistungen, die in diesem Krankenhaus ambulant durchgeführt werden sollen, auf der Grundlage des gemeinsamen Katalogs maschinenlesbar zu benennen. Die Krankenhäuser verwenden für diese Mitteilung das zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgestimmte Formular in der jeweils aktuellen Fassung.

Die Formulare können abgerufen werden unter
https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/ambulant_versorgung/index.html

ZULASSUNG ERMÄCHTIGTER KRANKENHAUSARZT

Ein im Krankenhaus angestellter Arzt kann auf seinen Antrag an den Zulassungsausschuss bei der KV persönlich ermächtigt werden, seine persönlich erbrachte Leistung gemäß EBM/E-GO abzurechnen. Dazu muss er die angestrebten Leistungen nach EBM beantragen.

ZULASSUNGSVORAUSSETZUNGEN



Der Vertragsarzt muss die angestrebten Leistungen nach EBM beim Zulassungsausschuss der zuständigen KV beantragen. Der Arzt rechnet seine persönlich erbrachte Leistung nach EBM/E-GO mit seiner KV ab.

Abrechnung erfolgt gemäß EBM

- pauschale Kostenerstattung, z.B. bei PTCA / Stent bei Koronarangiographie
- 7% vom Rechnungsbetrag*

Es können nur Leistungen abgerechnet werden, zu denen der Arzt ermächtigt bzw. zugelassen ist. Weiterhin können nur Leistungen berechnet werden, die im Gebührenverzeichnis aufgenommen sind. Eine analoge Bewertung ist nicht möglich.

* sog. Kleinmaterial wird durch einen 7%igen Aufschlag auf die Rechnungssumme berücksichtigt. Leistungen z.B. 34291 (Herzkatheteruntersuchungen), für die es eine Kostenpauschale gibt, sowie die Kostenpauschale z.B. 40302 müssen für die Ermittlung des 7%igen Aufschlag abgezogen werden.

6.3 Sachkostenvergütung

AUSZUG AOP-VETRAG NACH §115B ABSATZ 1 SGB V

§ 11 Vergütung von Sachkosten (Verbrauchsmaterialien, Verbandmittel, Arzneimittel, Hilfsmittel)

(1) Die für die Durchführung der Leistungen gemäß § 3 und der Leistungen nach den §§ 4 bis 6 benötigten Verbrauchsmaterialien, Verbandmittel, Arzneimittel und Hilfsmittel werden vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt. Die Abrechnung der Sachkosten und Arzneimittel erfolgt zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen gemäß § 20. Der Krankenhausarzt ist nicht berechtigt, die in diesem Absatz aufgeführten Mittel auf Kassenrezept zu verordnen.

(2) Sachmittel nach Absatz 1, deren Kosten gemäß Nummer 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM (Praxisbedarf) mit der Gebühr für die ärztliche Leistung abgegolten sind, oder Sachmittel, die explizit Leistungsinhalt der Leistungen des EBM sind, sind nicht gesondert berechnungsfähig.

(3) Arznei- und Sachmittel, die weder nach Absatz 2 Bestandteil der berechnungsfähigen ärztlichen Leistungen des EBM sind noch gemäß den Absätzen 4 bis 7 gesondert abgerechnet werden können, werden durch einen pauschalen Zuschlag auf die gesamte Honorarsumme in Höhe von 7 % vergütet. Sofern eine leistungsbezogene Kostenpauschale nach Absatz 4 in Rechnung gestellt wird, ist die entsprechende ärztliche Leistung des EBM für die Berechnung der Zuschlagshöhe aus der Honorarsumme auszuklammern.

(4) Die im Kapitel 40 des EBM ausgewiesenen Kostenpauschalen sind berechnungsfähig. Die Kostenpauschalen sind nicht in die Honorarsumme zur Berechnung des pauschalen Zuschlags nach Absatz 3 einzurechnen.

(5) Nachfolgende Sachmittel werden dem Krankenhaus zusätzlich zu der Vergütung nach den Absätzen 3 und 4 nach Aufwand erstattet, soweit sie je nachfolgend aufgeführter Sachmittelposition (je Spiegelstrich) einen Betrag von 6,25 Euro im Behandlungsfall überschreiten:

- im Körper verbleibende Implantate in Summe
- Röntgenkontrastmittel
- Nahtmaterial
- diagnostische und interventionelle Katheter einschließlich Führungsdraht, Gefäßschleuse, Einführungsbesteck und Verschlussysteme im Zusammenhang mit angiologisch-diagnostischen und -therapeutischen, gefäßchirurgischen und phlebologischen Leistungen
- diagnostische und interventionelle Katheter einschließlich Führungsdraht, im Zusammenhang mit gastrokopischen Leistungen (inklusive Leistungen an den Gallenwegen)
- Trokare, Endoclips und Einmalapplikatoren für Clips, im Zusammenhang mit laparoskopischen Leistungen



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

- Narkosegase, Sauerstoff
- diagnostische und interventionelle Katheter (ausgenommen Transferkatheter) einschließlich Führungsdraht im Zusammenhang mit Leistungen zur In-vitro-Fertilisation abzüglich des Patienteneigenanteils
- Iris-Reraktoren, Kapselspannringe, Injektionshalterungen bei ophthalmochirurgischen Leistungen
- Ophthalmica (Viskoelastika, Perfluordecaline, Silikonöl, C3F8-Gas) bei ophthalmochirurgischen Leistungen
- Schienen, Kompressionsstrümpfe (nicht Anti-Thrombosestrümpfe)
- diagnostische und interventionelle Katheter einschließlich Führungsdraht, Ureterschleusen (Führungshülsen) im Zusammenhang mit urologischen Leistungen

(6) Das Krankenhaus wählt die gesondert berechnungsfähigen Materialien nach Absatz 5 unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus. Es hat die rechnungsbegründenden Unterlagen in Form der Originalrechnungen für die Dauer von fünf Jahren aufzubewahren und vorzuhalten. Aus den Originalrechnungen muss der Name des Herstellers bzw. des Lieferanten, die Artikelbezeichnung sowie die vom Hersteller bzw. Lieferanten festgelegte Artikelnummer hervorgehen. Das Krankenhaus ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen und nach Maßgabe der Krankenkasse nachzuweisen. Gegebenenfalls vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten, sind weiterzugeben. Ein Barzahlungsrabatt (Preisnachlass bei fristgerechter Zahlung) ist weiterzugeben, soweit dieser 3 % übersteigt. Werden die Materialien bei mehreren Patienten verbraucht, so ist ein durchschnittlicher Preis je Patient zu ermitteln und nach Maßgabe der Krankenkasse nachzuweisen.

(7) Übersteigt der Preis eines Arzneimittels, das nicht Bestandteil der Vergütungen gemäß den Absätzen 2 bis 5 ist, einen Betrag von 40,00 Euro, erfolgt eine Vergütung auf der Grundlage des in der Großen Deutschen Spezialitätentaxe (Lauertaxe) ausgewiesenen Apotheken-Einkaufspreises mit einem Abschlag in Höhe von 25 % zuzüglich Mehrwertsteuer. Der Preis ergibt sich aus den tatsächlich für den Behandlungsfall verbrauchten Einheiten des jeweiligen Arzneimittels und dem Preis einer Einzeldosis der größten, in der Lauertaxe angegebenen Packungseinheit.

(8) Abweichend von Absatz 7 erfolgt für Photosensibilisatoren (z. B. Verteporfin) bei der Photodynamischen Therapie und Hormonpräparate bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung eine Vergütung auf der Grundlage des in der Lauertaxe ausgewiesenen Apotheken-Einkaufspreises mit einem Abschlag in Höhe von 20 % zuzüglich Mehrwertsteuer. Der Preis ergibt sich aus den tatsächlich für den Behandlungsfall verbrauchten Einheiten des jeweiligen Arzneimittels und dem Preis einer Einzeldosis der größten, in der Lauertaxe angegebenen Packungseinheit. Der Rechnungsbetrag für Hormonpräparate zur In-vitro-Fertilisation ist um den Eigenanteil der Patienten zu reduzieren. Der Betrag nach Absatz 7 Satz 1 (40,00 Euro) gilt für Photosensibilisatoren (z. B. Verteporfin) bei der Photodynamischen Therapie und Hormonpräparate bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nicht.

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

ANLAGE 1: ABRECHNUNGSBEISPIEL AMBULANTE KORONARANGIOGRAPHIE MIT PTCA/STENT GEMÄSS AOP-KATALOG

Koronarangiographie mit Stent (DES)			
EBM Ziffer	Bezeichnung	Alternativ	
13 542	Kardiologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres		26,61 €
34 291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie		378,90 €
34 292	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34 291 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (z.B. PTCA, Stent)		453,37 €
40 300*	Kostenpauschale für die Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34 291		181,50 €
40 302*	Kostenpauschale für die Durchführung einer PTCA an einem Gefäß, ggf. einschl. Stent entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292		1.058,40 €
01 522	Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken, entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen, Dauer mehr als 6 Stunden		155,98 €
	Summe		2.254,76 €
	7% Sachkostenpauschale (auf 182,59 €, Ziffer 13542 und 01522)		12,78 €
	Summe		2.267,54 €

* Sofern eine leistungsbezogene Kostenpauschale nach Abs. 4 des AOP Vertrages § 9 in Rechnung gestellt wird, ist die entsprechende ärztliche Leistung des EBM für die Berechnung der Zuschlagshöhe aus der Honorarsumme auszuklammern.

Evtl. Kosten für Kopien oder Porto können mit den Kostenpauschalen 40110 ff. berechnet werden.

40 110	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen		0,86 €
--------	---	--	--------

Zuschläge:

34 298	Zuschlag (zu 34 291) für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve		116,95 €
--------	--	--	----------

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungs-
möglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

ANLAGE 2: ABRECHNUNGSBEISPIELE KORONARANGIOGRAPHIE BEI PIVAT VERSICHERTEN PATIENTEN

	GOÄ-Ziffer	Anzahl	Leistungsbezeichnung	Einfachsatz	STF	Betrag
Beratung, Untersuchungen, Berichte	1	1	Beratung	7,05 €	2,3	10,72 €
	3	1	Ausführliche Beratung	8,74 €	2,3	20,10 €
	5	1	Symptombesz. Untersuchung	4,66 €	2,3	10,72 €
	7	1	Untersuchung	9,33 €	2,3	21,46 €
	8	1	Statuserhebung	15,15 €	2,3	34,85 €
	34	1	Ausführliche Beratung über Therapie	17,49 €	2,3	40,23 €
	45	1	Visite	4,08 €	2,3	9,38 €
	70A	1	OP-Bericht	2,33 €	2,3	5,36 €
	75	1	Bericht	7,58 €	2,3	17,43 €
Koronarangiographie	2800	1	Punktion Arteria femoralis	16,03 €	2,30	36,87 €
	5348	1	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Koronararterien - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff -	221,49 €	1,80	398,69 €
	5349	1	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5348 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als einer Koronararterie, insgesamt	58,29 €	1,80	104,92 €
	5356	1	Einbringung von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden (Athertektomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminalen Dilatation einer Koronararterie - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff -	145,72 €	1,80	262,29 €
Zusatzleistungen	204	1	Kompressionsverband	5,54 €	2,30	12,74 €
	250	1	Blutentnahme*	2,33 €	1,80	4,19 €
	260	1	Legen eines Arterien-/Venenkatheters	11,66 €	2,30	26,82 €
	261	4	Einbringung von Arzneimittel in Katheter	1,75 €	2,30	16,10 €**
	270	1	Infusion mind. 30 min.	6,99 €	2,30	16,08 €
	274	1	Dauertropfinfusion	18,65 €	2,30	42,90 €
	401	1	Farbduplex	23,31 €	2,30	53,61 €
	410	1	Sonographie re Leiste	11,66 €	2,30	26,82 €
	452	1	i.V. Kurznarkose mehrmalige Verabreichung	11,07 €	2,30	25,46 €
	491	1	Lokalanästhesie	7,05 €	2,30	16,22 €
602	1	Oxymetrische Untersuchung	8,86 €	1,80	15,95 €	

Anmerkung: Bei den Abrechnungspositionen handelt es sich um ein Muster. Es können nur die Leistungen abgerechnet werden, die tatsächlich erbracht worden sind. Der jeweilige Steigerungsfaktor ist gemäß Aufwand zu wählen.

Wichtig: Bei ambulanter Erbringung sind alle Auslagen gem. §10 GOÄ zusätzlich abzurechnen ab einer Höhe von 1,50 €, z.B. Koro-Set, Kontrastmittel, Katheter, Stents, Medikamente...)

* die Laboruntersuchungen müssen vom entsprechenden liquidationsberechtigten Arzt abgerechnet werden

** Anzahl je Medikamentengabe

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

7. Abkürzungsverzeichnis

aG-DRG	German Diagnosis Related Groups (nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)
AOP	Ambulantes Operieren
DCB	Drug Coated Balloon
DES	Drug Eluting Stent
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MD	Medizinischer Dienst
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
OPS	Operationen- und Prozeduren Schlüssel
PTCA	Perkutane transluminale Koronarangioplastie
ZE	Zusatzentgelt

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

8. Wichtige Links

Zum Zeitpunkt der Broschüreneerstellung waren noch nicht alle Landesbasisfallwerte für 2024 vereinbart. Die aktuellen Landesbasisfallwerte entnehmen Sie bitte der Internetseite der AOK.

<http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/lbfw/index.html>

Alternativ können Sie die Landesbasisfallwerte auch der Internetseite des vdek entnehmen.

<https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/landesbasisfallwerte.html>

Kostenfreier Online Grouper für eine individuelle Groupierungssimulation:

https://www.drg-research-group.de/index.php?option=com_webgrouper&view=webgrouper&Itemid=107

Hinweise zum aG-DRG-System 2024 auf der Website des InEK

<https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2024>

Kodierkataloge auf der Website des BfArM

https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/_node.html

Sachkostenfinanzierung im aG-DRG-System

<https://www.bvmed.de/de/versorgung/krankenhaus/sachkostenfinanzierung>

Weiterführende Hinweise zur Hybrid-DRG-Verordnung

<https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2023/380/VO>



Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung und
Vergütung im
aG-DRG-System 2024

Renale
Denervierung

Koronare
Interventionen

Ambulante
Abrechnungsmöglichkeiten

Abkürzungen

Wichtige Links

Medtronic

Medtronic GmbH
Earl-Bakken-Platz 1
40670 Meerbusch

Telefon: +49-2159-81 49-0
Telefax: +49-2159-81 49-100
E-Mail: rs.dusreimbursement@medtronic.com

www.medtronic-reimbursement.de

UC202409498 DE
© Medtronic GmbH
All Rights Reserved. 03/2024

Rechtlicher Hinweis

Alle Angaben sind Empfehlungen von Medtronic, beziehen sich ausschließlich auf von Medtronic vertriebene Produkte und Therapien und erheben 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 Medtronic finden Sie in der jeweiligen Gebrauchsanweisung. Medtronic übernimmt daher in diesem Zusammenhang keine Haftung.

Detaillierte Informationen über die Gebrauchsanweisung, Implantationsverfahren, Indikationen, Kontraindikationen, Warnhinweise, Vorsichtsmaßnahmen und mögliche Komplikationen sind dem Produkthandbuch zu entnehmen. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrem zuständigen Medtronic-Vertreter und/oder auf der Medtronic Website unter medtronic.de.

Informationen zu den jeweiligen Produkten finden Sie in der Gebrauchsanweisung unter www.medtronic.com/manuals. Handbücher können unter Verwendung der aktuellen Version eines gängigen Internet-Browsers eingesehen werden. Für optimale Ergebnisse verwenden Sie den Adobe Acrobat® Reader zusammen mit dem Browser.