



HEALTH ECONOMICS & REIMBURSEMENT

2025

KODIERHILFE
GEFÄSSINTERVENTIONEN – PTA

9. AUFLAGE

UNSERE MISSION

Leben Sie nicht einfach nur länger, sondern besser

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

UNSER ANLIEGEN

Wir möchten Sie bei Ihrer täglichen Arbeit unterstützen

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



INHALT

Allgemeine Veränderung für das aG-DRG-System 2025 **4**

Krankenhausreform und Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz 4

Take Home Messages I 6

Ambulantisierung 7

Sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRGs) 9

PCCL-Systematik 10

Abwertung von Kurzliegerfällen 11

Bundesbasisfallwert 13

Take Home Messages II 13

Spezielle Änderungen für die periphere Gefäßmedizin 14

Kodierung peripherer Gefäßinterventionen bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit **19**

Hauptdiagnosekodierung 19

Nebendiagnosekodierung 20

Prozedurenkodierung 21

DRG-Gruppierung peripherer Interventionen (PTA und Stentimplantation) **25**

Medikamentenfreisetzende Ballons **29**

Großlumiger Gefäßverschlusskörper **30**

aG-DRG-Gruppierung sonstiger interventioneller Verfahren **36**

Atherektomie unter Embolieprotektion **39**

Hydrodynamisches Thrombektomiesystem **40**

Venous Stenting **41**

ANHANG

Wichtige aG-DRG-Pauschalen 2025 für Gefäßinterventionen bei pAVK **44**

Glossar / Abkürzungen **48**

Quellen **51**

Das könnte Sie auch interessieren **53**

Wir für Sie **55**

ALLGEMEINE VERÄNDERUNG FÜR DAS AG-DRG-SYSTEM 2025

Die Regeln für die Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen sind jährlichen Änderungen unterworfen. Auch für das Jahr 2025 finden sich wieder Anpassungen der Klassifikationssysteme ICD und OPS sowie Überarbeitungen der DRG-Systematik.

Vor dem Hintergrund der erheblichen Herausforderungen, welche die geplante Krankenhausreform auch an das InEK stellt, fallen die Änderungen für das Jahr 2025 für periphere Gefäßeingriffe deutlich geringer aus, als dies aus den Vorjahren zu beobachten war. Trotzdem finden sich für 2025 wieder relevante Anpassungen in Kodierung und Abrechnung stationärer Behandlungsfälle.

Zusätzlich zu den spezifischen Änderungen in den Klassifikationssystemen und den Veränderungen in den DRG-Algorithmen kommen für das Jahr 2025 unverändert vielfältige zusätzliche Herausforderungen für die Krankenhäuser zum Tragen. Weiterhin gilt die vom MDK-Reformgesetz geregelte Dynamisierung von Prüfquoten und ggf. resultierenden Strafzahlungen, welche zusätzlich Druck auf die Kodierung und die Leistungserbringung aufbauen. Zusätzlich wirft die Krankenhausreform in Gestalt des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) ihre Schatten voraus.

Alle zu erwartenden Änderungen darzustellen, würde den Rahmen dieser Kodierhilfe sprengen, sodass im Folgenden nur eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte erfolgen soll.

Krankenhausreform und Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

Die anstehende Krankenhausreform basiert im Wesentlichen auf dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, welches aktuell vom Bundestag verabschiedet wurde.

Auch wenn das KHVVG in der derzeitigen Fassung außerordentlich komplex ist, lassen sich die Hauptpunkte folgendermaßen zusammenfassen:

Einführung von Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierung als Teil der Krankenhausfinanzierung

Krankenhäusern werden nach dem Willen des Gesetzgebers bestimmte Leistungsgruppen zugewiesen, oft basierend auf regionalen Vorgaben. Die Zuweisung wird voraussichtlich streng datengetrieben sein und wenig Möglichkeiten individueller Sonderlösungen bieten.

Diese Zuweisung schränkt die Flexibilität der Krankenhäuser ein, da sie nur für die zugewiesenen Leistungen vergütet werden. Zudem ist die Abrechnung von Leistungsgruppen an die Erfüllung von schlussendlich nicht validierten Qualitätsvorgaben gebunden. Insbesondere die hier geforderten Personalschlüssel werden viele angiosomatische Fachabteilungen vor erhebliche Herausforderungen stellen. Auch wenn aktuell die Vorgaben auf Bundesebene noch nicht final sind, so existiert ein solches Leistungsgruppenmodell bereits in der Krankenhausplanung Nordrhein-Westfalen. Ein erhebliches Problem wird immer dann resultieren, wenn trotz zugewiesener Leistungsgruppe z. B. die personellen Strukturen durch den Weggang von Mitarbeiter:innen nicht mehr erfüllt werden und auch keine kurzfristige Abhilfe auf dem umkämpften Arbeitsmarkt geschaffen werden kann.

Die Regelungen zur Vorhaltefinanzierung ergänzen die Abrechnung der allgemeinen Krankenhausleistungen und knüpfen sich eng an die Leistungsgruppen. Die Vorhaltepauschalen sollen die fixen Kosten der Krankenhäuser abdecken, unabhängig von der tatsächlichen Auslastung. Diese werden jedoch voraussichtlich häufig unzureichend sein, um, insbesondere bei spezialisierten Leistungen, die tatsächlichen Vorhaltungskosten für Personal, Technik und Infrastruktur abzudecken.

Die Abrechnung erfolgt dann über Entgelte, die anteilig gesondert für die Vorhaltevergütung abgerechnet werden. Diese erfolgt unabhängig von der tatsächlichen Fallzahl, sondern wird sukzessive im Laufe eines Jahres vergütet. Dabei werden Vorhaltevolumina als Summe der Vorhaltebewertungsrelationen definiert. Das InEK ermittelt diese Volumina für jedes Land und je Leistungsgruppe. Das BMG ist berechtigt, Leistungsgruppen und Qualitätskriterien festzulegen, um eine bundeseinheitliche Einteilung des stationären Behandlungsspektrums zu erreichen. Diese dienen als Grundlage für die Vorhaltefinanzierung und zur Stärkung der Versorgungsqualität.

Im Endergebnis sollen dann ca. 60 % der Fallvergütung im Krankenhaus über Vorhaltevergütung und Pflegebudget erfolgen, während die verbleibenden ca. 40 % über sogenannte residuale Fallpauschalen (r-DRGs) vergütet werden.

Einführung von Mindestvorhaltezahlen für Leistungsgruppen

Damit eine Klinik eine Leistungsgruppe beantragen und die Leistungen erbringen und abrechnen darf, müssen nach den Plänen des Gesetzes noch zu definierende Mindestvorhaltezahlen nachgewiesen werden. Zu diesem Thema existieren vielfältige und sehr kontroverse Positionen. Im Wesentlichen lassen sich die Bedenken gegenüber diesem Punkt des KHVVG so zusammenfassen:

- Die im Gesetz vorgesehenen Qualitätsanforderungen, etwa Mindestfallzahlen, die für bestimmte Leistungsgruppen erforderlich sind, sind kritisch zu betrachten.
- Besonders kleinere Krankenhäuser in ländlichen Regionen könnten diese Anforderungen nicht erfüllen, was deren Existenz voraussichtlich gefährden würde.
- Zudem ist die fehlende Evidenz für die festgelegten Mindestvorhaltezahlen zu bemängeln.

Insgesamt stellt das KHVVG die Kliniken voraussichtlich vor erhebliche Herausforderungen und erhöht den administrativen Aufwand sicher noch einmal erheblich. Die Änderungen sollen zunächst in den Jahren 2025 und 2026 budgetneutral eingeführt werden. Daran schließt sich eine Konvergenzphase an, in der eine anteilige Finanzierung der Krankenhäuser nach dem neuen Verfahren erfolgt. Die vollumfängliche Vergütung der Häuser mit Vorhaltepauschalen und r-DRGs greift nach dem KHVVG dann voraussichtlich ab dem Jahr 2029. Inwieweit hier dann tatsächlich eine Verbesserung der Finanzierung und eine Loslösung von aktuell rein über die Fallzahl definierten Erlösvolumina einer Klinik erfolgen, bleibt abzuwarten.

TAKE HOME MESSAGES I

ZUR KOMMENDEN KRANKENHAUSREFORM

Aktuell wurde das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom Bundestag verabschiedet. Hauptpunkte des Gesetzes sind die Einführung von Leistungsgruppen einschließlich der für die Zuweisung von Leistungsgruppen an eine Klinik gekoppelte Erfüllung von Qualitätskriterien, sowie die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf einen aus der DRG-Vergütung auszukoppelnden Vorhaltefinanzierungsanteil, welcher eng mit den Leistungsgruppen verknüpft ist. Eine große Hürde für Kliniken werden voraussichtlich auch die erheblichen Personalanforderungen der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen sein, da eine nicht oder nicht mehr erfüllte Vorgabe eine gesamte Fachabteilung aus der Leistungserbringung wird herauslösen können.

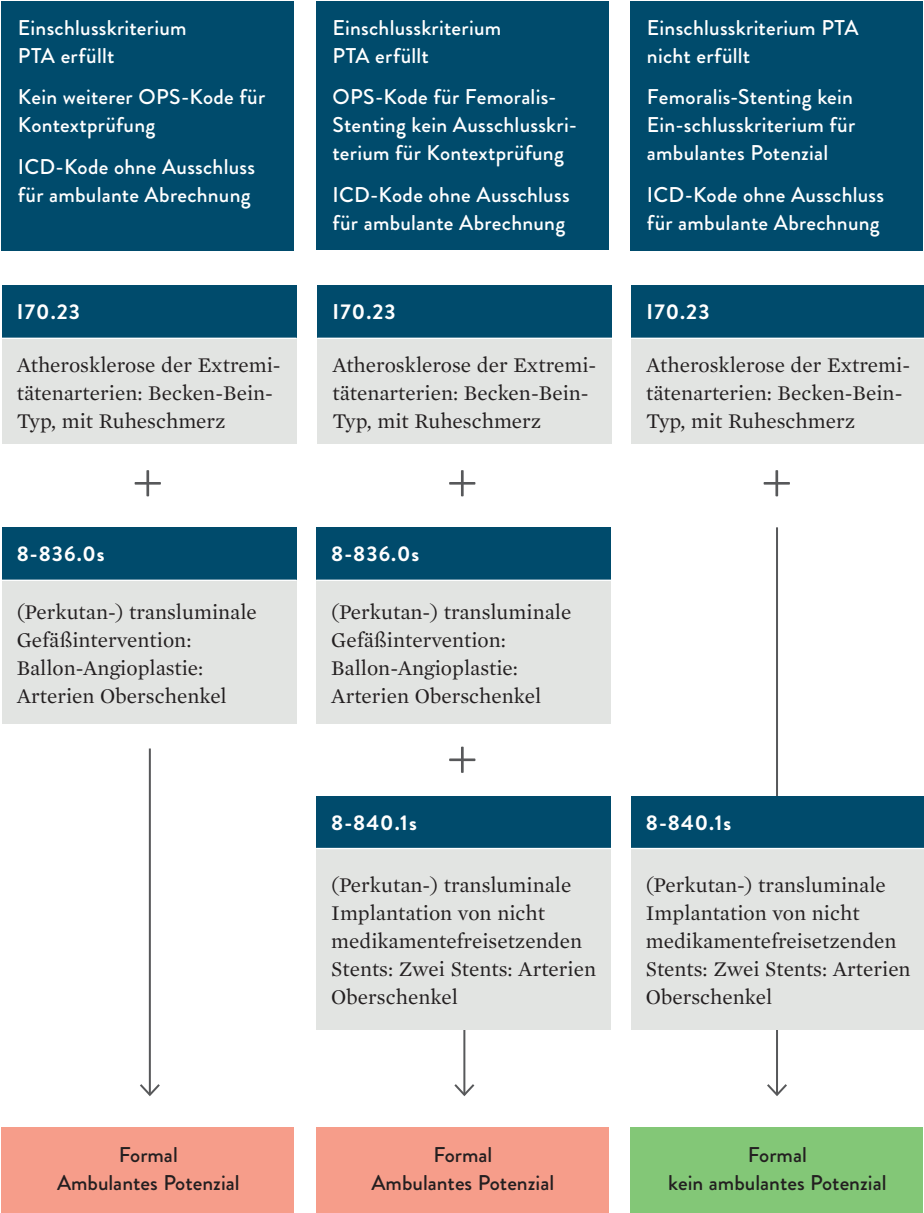
Ambulantisierung

Nachdem der AOP-Katalog 2023 erstmalig in Anlehnung an das IGES-Gutachten eine vollständige Umgestaltung der Kriterien für das ambulante Potenzial mit sich gebracht hat, wurden mit der Verabschiedung des AOP-Kataloges 2024¹ und den überarbeiteten Regularien der Kontextprüfung neue Aspekte eingebracht. Angiologische Leistungen wurden für 2024 nicht zusätzlich eingebracht. Weitere wesentliche Änderungen ergaben sich auch nicht durch den zum Jahresende 2024 veröffentlichten AOP Katalog für das Kalenderjahr 2025.

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

Die Liste der OPS-Kodes, welche eine stationäre Behandlung begründen können, ist lang. Fast 5.700 OPS-Kodes werden in der entsprechenden Tabelle gelistet. Es finden sich allerdings ausschließlich OPS-Kodes des Kapitels 5 des OPS-Katalogs in dieser Liste berücksichtigt. Dieser Umstand ist für die Angiologie von erheblicher Bedeutung. Während die OPS-Kodes für die PTA und die Implantation geringerer Anzahlen von Stents im Gegensatz zur ursprünglichen IGES-Logik von der Selbstverwaltung nicht in die Liste der ambulant zu erbringenden Leistungen aufgenommen wurden, führt die Kodierung der PTA durch die Listung in Abschnitt 2 der Leistungen gemäß § 115 b SGB V primär auch für diese Fälle in das ambulante Potenzial.

Da die OPS-Kodes für die Implantation von Stents nicht in die ausschließenden Kontextfaktoren der Selbstverwaltung Einzug gefunden haben, erfolgt im nächsten Schritt kein Ausschluss dieser Fälle aus der primär per Einschluss der PTA erfolgten Klassifikation als ambulante Leistung. Jetzt können nur noch die übrigen, zumeist in der Praxis aber nicht zum Tragen kommenden Ausschlusskriterien zu einer Vermeidung der Beurteilung als potenziell ambulant erbringbare Fälle führen. Hier erscheint die zwar lange Liste der stationär begründenden OPS-Kodes zu eingeschränkt zu sein, da in der Praxis nicht einschließende OPS-Kodes, welche aufgrund der resultierenden Fallschwere dort wohl mit Bedacht nicht inkludiert waren, dann auf der Seite der ausschließenden Aspekte der Fallprüfung nicht aufgeführt werden.



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

Sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRGs)

Mit der Einführung des § 115f SGB V ist der Startschuss für die sogenannte sektorengleiche Vergütung gefallen. Im initialen Startkatalog des BMG für das Jahr 2024 fanden sich keine Leistungen der Angiologie und auch die Hybrid-DRG-Vereinbarung für das Jahr 2025 enthält keine Leistungsbereiche der Gefäßmedizin.

Bereits im Vorjahr hatte das Bundesministerium für Gesundheit im Zusammenhang mit dem viel diskutierten Referentenentwurf zur Rechtsverordnung zu § 115f SGB V deutlich gemacht, dass eine erhebliche Ausweitung der Hybrid-DRG-Leistungsbereiche seitens des BMG gewünscht und auch geplant sei. Die sogenannte Anlage 3 des Referentenentwurfs enthielt dabei ein breit gefächertes Portfolio auch angiologischer Leistungen, welche bei einer Verweildauer von weniger als zwei Tagen, einem PCCL-Wert von weniger als drei und fehlenden Kontextfaktoren kurzfristig in die Hybrid-DRGs überführt werden sollten. Die Umsetzung für das Jahr 2025 hätte zu einer erheblichen Leistungsverschiebung in die Hybrid-DRGs hinein geführt.

Für das Jahr 2025 ist es durch die frühzeitige Einigung der Selbstverwaltung nicht zu einer Rechtsverordnung des BMG gekommen, sodass die Ausweitung der Leistungen für die Hybrid-DRGs eher moderat ausgefallen ist. Insbesondere finden sich unter den neu aufgenommenen Leistungsbereichen auch weiterhin keine angiologischen Inhalte. Inwieweit der eher konservative Ansatz der Selbstverwaltung weiterhin treibende oder bremsende Kraft für die Weiterentwicklung des Hybrid-DRG-Kataloges sein wird, ist fraglich. Seitens des BMG werden gesetzliche Möglichkeiten ausgelotet, eine „stringentere“ Beauftragung der Selbstverwaltung zu ermöglichen. Dies wird neben der Ausweitung des AOP-Kataloges dann voraussichtlich auch Auswirkungen auf den Hybrid-DRG-Katalog haben.

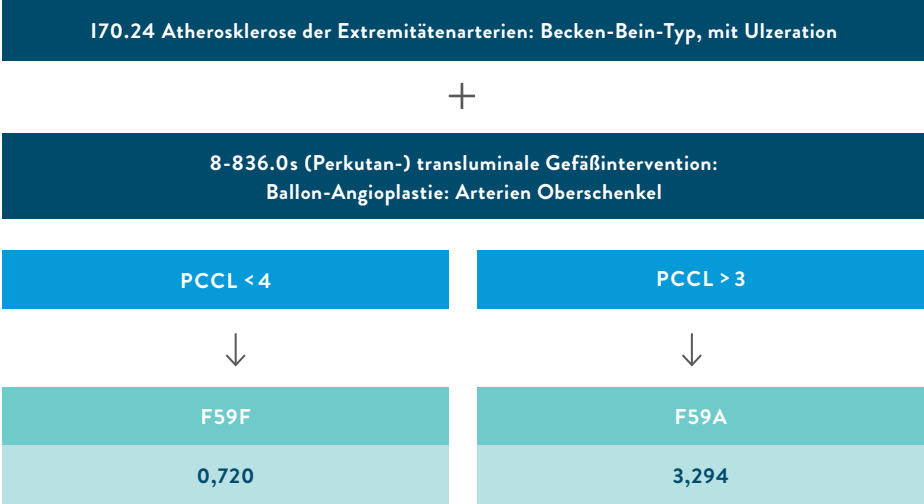
PCCL-Systematik

Seit 2013 wird die Bewertung von Nebendiagnosen zur Bestimmung des Gesamtschweregrades (PCCL) eines Abrechnungsfalles für jede Basis-DRG im Fallpauschalenkatalog differenziert vorgenommen. Diese Vorgehensweise bedeutet, dass eine Nebendiagnose in verschiedenen DRGs unterschiedlich zur Schweregradbewertung beiträgt: Eine Diagnose, die in einer DRG für angiologische Diagnostik den Schweregrad erhöht, muss diese Wirkung nicht zwangsläufig auch in einer DRG für eine periphere Intervention entfalten.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) aktualisiert die Bewertung der Schweregrade einzelner ICD-Codes für Nebendiagnosen jährlich im Rahmen der Kalkulation des neuen DRG-Systems. Für das Jahr 2025 wurden nur sehr wenige ICD-Codes in Hinblick auf die Schweregrade überprüft.

Der größte Teil der vom InEK geprüften Nebendiagnosen wurde abgewertet, und diese Abwertungen wirken sich – je nach Fall – in unterschiedlichem Umfang auf die abzurechnenden DRGs aus. Aufwertungen oder neu aufgenommene ICD-Codes kommen seltener vor und entfalten daher nur eine begrenzte Wirkung. Trotz der insgesamt eher geringen Anzahl von neu bewerteten Nebendiagnosen sind solche Fälle im DRG-System 2025 in jeder Klinik zu finden. Daher bleibt die präzise Kodierung und Dokumentation von Nebendiagnosen ein wesentlicher Faktor. Besonders in der Kardiologie und Gefäßmedizin hat der PCCL-Wert eine hohe Bedeutung für die Erlösfindung. Hier ist es unerlässlich, sorgfältig darauf zu achten, dass keine kodierbare Nebendiagnose übersehen wird und die Dokumentation in der Patientenakte eine vollständige Kodierung ermöglicht.

In der Praxis zeigt sich, dass im Bereich der peripheren Interventionen die Schwelle zur Erlössteigerung häufig zwischen den PCCL-Werten 3 und 4 liegt.



Abwertung von Kurzliegerfällen

Die "Arbeitsgruppe Normierung" ist ein Gremium, welches sich mit der Standardisierung und Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems (German Diagnosis Related Groups) befasst. Sie setzt sich aus Vertretern der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen zusammen. Diese Gruppe arbeitet eng mit dem InEK zusammen, um die Abrechnungssystematik für stationäre Krankenhausleistungen an aktuelle medizinische sowie ökonomische Gegebenheiten anzupassen.

Diese Arbeitsgruppe hat das InEK gebeten, ein Schema zur angepassten Berechnung der Bewertungsrelationen für den aG-DRG-Katalog 2025 zu entwickeln. Dabei sollten, gemäß den Vorgaben der Selbstverwaltungspartner, die effektiven Bewertungsrelationen für Fälle in expliziten und impliziten Ein-Belegungstag-DRGs um 15 % reduziert werden.

Explizite Ein-Belegungstag-DRGs sind DRGs, welche ausschließlich mit einer Verweildauer von einem Belegungstag zu erreichen sind. Diese sind für die periphere Gefäßmedizin nicht von Interesse. Implizite Ein-Belegungstag-DRGs sind dem gegenüber von erheblicher Bedeutung. Implizite Ein-Belegungstag-DRGs sind DRGs, bei denen der erste Tag mit Abschlag der erste Belegungstag ist, demzufolge mit der zweiten Übernachtung der volle DRG-Erlös abgerechnet wird.

Im aG-DRG-Katalog 2025 wurden in Übereinstimmung mit dem Konsens der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene die Relativgewichte für Fälle in expliziten und impliziten Ein-Belegungstag-DRGs um 15 % gesenkt, wobei die Ausgangs-DRGs der Hybrid-DRGs von dieser Anpassung ausgenommen sind. Die Relativgewichte der übrigen Fälle wurden entsprechend erhöht, um das Case-Mix-Volumen stabil zu halten.

Beispielhaft wird in der nachfolgenden Tabelle die Auswirkung auf die typische Basis-DRG F59 der angiologischen Intervention dargestellt. Die ebenfalls grundsätzlich relevante Basis-DRG F14 verfügt aufgrund der höheren unteren Grenzverweildauern der F14A und F14B nicht über eine implizite Ein-Belegungstag-DRG. Dasselbe gilt auch für die unten nicht aufgeführte DRG F59A.

DRG 2024	F59B	F59C	F59D	F59E	F59F
Tag 1 Abschlag	1	1	1	1	1
BWR VWD = 1	1,17	1,166	0,918	0,686	0,545
Erlös VWD = 1	4.926 €	4.910 €	3.865 €	2.888 €	2.295 €

DRG 2025	F59B	F59C	F59D	F59E	F59F
Tag 1 Abschlag	1	1	1	1	1
BWR VWD = 1	1,064	1,018	0,729	0,594	0,488
Erlös VWD = 1	4.678 €	4.475 €	3.205 €	2.611 €	2.145 €

↓

↓

↓

↓

↓

Δ BWR VWD = 1	-0,106	-0,148	-0,189	-0,092	-0,057
Δ % Erlös VWD = 1	-9,1 %	-12,7 %	-20,6 %	-13,4 %	-10,5 %

Hier sinken die Bewertungsrelationen für Tagesfälle um bis zu 20,6 % ab, wobei es auffällt, dass eine der in der Praxis häufigsten DRGs F59F deutlich unter den sonstigen Bewertungsabsenkungen bleibt.

Bundesbasisfallwert

Der DRG-Fallpauschalenkatalog weist für jede bewertete DRG immer eine Bewertungsrelation aus. Damit ein Fall gegenüber den Kostenträgern abrechenbar wird, muss diese Bewertungsrelation mit dem für das jeweilige Bundesland zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme des Falles gültigen Landesbasisfallwert ausmultipliziert werden. Die Höhe der Landesbasisfallwerte ist das Ergebnis von Verhandlungen der jeweiligen Organisationen auf Landesebene. Der Bundesbasisfallwert stellt keine Abrechnungsgrundlage per se dar, sondern dient der Definition eines Korridors um den rechnerischen Bundesbasisfallwert, in welchem die Landesbasisfallwerte liegen sollen. Seit dem Jahr 2021 besteht eine grundsätzliche Änderung für die Ermittlung des Bundesbasisfallwertes.

Aus diesem Grund liegt zum Jahreswechsel 2024/25 noch kein aktueller Bundesbasisfallwert vor. Für die Gruppierungsbeispiele dieser Kodierhilfe werden Fälle des Jahres 2024 immer mit dem in diesem Jahr gültigen Bundesbasisfallwert bewertet. Dieser beläuft sich auf 4.210,59 €. Für das Jahr 2025 erfolgt behelfsweise eine Berechnung mit einem Basisfallwert, welcher durch eine Erhöhung des Wertes aus 2024 um die 4,41 % des Veränderungswertes 2025² ermittelt wurde und somit bei 4.396,28 € liegt. Es ist davon auszugehen, dass der endgültige Wert hiervon abweichen wird, da mit der Umstellung der Berechnung die automatische Anwendung des Veränderungswertes auf den Bundesbasisfallwert aufgehoben wurde. Insofern dienen die hier dargestellten Erlöse letztlich einer Verdeutlichung der aus den fixierten und endgültigen Bewertungsrelationen der DRGs resultierenden pekuniären Ergebnisse.

TAKE HOME MESSAGES II

ZU DEN ALLGEMEINEN ÄNDERUNGEN
DES AG-DRG-SYSTEMS 2025

AOP-KATALOG UND KONTEXTFAKTOREN

Die Ausweitungen des AOP-Kataloges 2024 haben keine nennenswerten Auswirkungen auf die Gefäßmedizin. Der AOP-Katalog 2025 war bei Drucklegung dieser Kodierhilfe noch nicht veröffentlicht.

HYBRID-DRGs

Für das Jahr 2025 finden sich keine Leistungen der Angiologie in den Leistungsbereichen der Hybrid-DRGs.

PCCL-SYSTEMATIK

Für das Jahr 2025 erfolgten Anpassungen der Nebendiagnosenbewertungen für die PCCL-Berechnung nur in geringem Umfang. Trotzdem bleibt der PCCL weiterhin eine wichtige Erlös-komponente in der Abrechnung angiologischer Fälle. Hier ist immer auf eine entsprechende Dokumentation in der Patientenakte zu achten.

ABWERTUNG IMPLIZITER EIN-BELEGUNGSTAG-DRGs

Der erneute normative Eingriff in das DRG-System führt zu einer erheblichen Abwertung von Fällen mit maximal einer Übernachtung bei stationärer Abrechnung.

SPEZIELLE ÄNDERUNGEN FÜR DIE PERIPHERE GEFÄSSMEDIZIN

Neuer OPS-Kode für retrograde Techniken in der Gefäßmedizin

In der Kardiologie sind retrograde Verfahren bei CTO-Rekanalisation bereits seit Jahren kodierbar und erlösrelevant (OPS 8-839.9*). Für die Gefäßmedizin existierten bisher keine spezifischen OPS-Kodes. Mit der Überarbeitung des OPS-Kataloges 2025 wird ein neuer OPS-Kode für die Rekanalisation eines Blutgefäßes mit retrograder Sondierung an peripheren Gefäßen z. B. bei pAVK etabliert.

OPS	OPS-TEXT 2025
8-839.c	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Rekanalisation eines Blutgefäßes mit retrograder Sondierung

Differenzierung Vascular Plug zur Embolisation

Der dauerhafte therapeutische Verschluss peripherer Arterien ist ein etabliertes interventionelles Verfahren. Dabei werden selbst-expandierende Formgedächtnis-Polymere bzw. Shape Memory Polymere für den dauerhaften therapeutischen Verschluss peripherer Arterien verwendet.

Mit dem OPS-Katalog werden diese selbst-expandierende Formgedächtnis-Polymere spezifisch kodierbar. Dabei erfolgt eine Differenzierung nach der Anzahl der verwendeten Verschlusskörper durch entsprechende Zusatzcodes.

OPS	OPS-TEXT 2025
8-83c.k	Andere (perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit einem Gefäßverschlusskörper [Plug] aus Kunststoff-Formgedächtnis-Polymer [Subklassifikation - 6. Stelle: 2,3,9-c,x] Inkl.: Selbstexpandierendes Formgedächtnis-Polymer, selbstexpandierender Plug Hinw.: Die Anzahl der verwendeten Gefäßverschlusskörper ist zusätzlich zu kodieren (8-83b.t ff.)

OPS	Zusatzinformationen zu Materialien: Anzahl der verwendeten Gefäßverschlusskörper [Plug] aus Kunststoff-Formgedächtnis-Polymer:
8-83b.t0	1 Verschlusskörper
8-83b.t1	2 Verschlusskörper
8-83b.t2	3 Verschlusskörper
8-83b.t3	4 Verschlusskörper
8-83b.t4	5 Verschlusskörper
8-83b.t5	6 Verschlusskörper
8-83b.t6	7 Verschlusskörper
8-83b.t7	8 Verschlusskörper
8-83b.t8	9 Verschlusskörper
8-83b.t9	10 oder mehr Verschlusskörper

Vascular Plugs jetzt auch ohne Mikrokatheter kodierbar

Zunehmend werden großvolumige Metallspiralen auch für Indikationen in neuen Körperregionen eingesetzt, so z.B. zur Behandlung des Beckenbodensyndroms oder bei Aneurysmen der arteria iliaca. Hierbei werden auch größere, großvolumige Metallspiralen eingesetzt, die nicht durch Mikrokatheter eingeführt werden.

Erstmalig findet sich ein entsprechender OPS-Kode für diese Verschlusskörper im Katalog 2025.

OPS	OPS-TEXT 2025
8-83b.35	Großvolumige Metallspiralen [Volumencoil], mit Einbringung über Mikrokatheter Hinw.: Großvolumige Metallspiralen haben einen Durchmesser von mindestens 0,51 mm im Einführungszustand Mikrokatheter haben einen Durchmesser von 0,5 mm bis 1 mm

OPS	OPS-TEXT 2025
8-83b.3c	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Großvolumige Metallspiralen [Volumencoil], ohne Einbringung über Mikrokatheter

Beim OPS-Kode 8-83b.35 wurde der Hinweistext dahingehend ergänzt, dass jetzt eine klare Größenangabe für einen Mikrokatheter existiert. Der neue Zusatzkode 8-83b.3c beschreibt spezifisch die Einbringung großvolumiger Verschlusskörper über großlumige Einführungskatheter

Aus der Kardiologie bereits bekannt – neuer Abbruchkode

Grundsätzlich regelt die Kodierrichtlinie P004 die Kodierung abgebrochener bzw. unvollständig erbrachter Prozeduren. Allerdings ist die Erfassung der Leistung im Fall einer nicht vollständig durchgeführten Angioplastie immer wieder strittig. In der Kardiologie existiert bereits ein spezifischer OPS-Kode für den Abbruch einer PTCA bei eingelegtem Führungsdraht, mit dem OPS-Katalog 2025 wird diese Leistung auch für die Angiologie kodierbar.

Inhaltlich wird nach der diagnostischen Angiographie zur Durchführung einer PTA eine Schleuse gelegt, über welche der Führungsdraht eingeführt wird um das Zielgefäß zu sondieren. In manchen Fällen lässt sich die Verschlussstrecke nicht passieren und die Angioplastie muss abgebrochen werden.

OPS	OPS-TEXT 2025
8-83c.m	Andere (perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Einführung eines Führungsdrahtes vor Abbruch einer Ballon-Angioplastie Hinw.: Diese Kodes sind anzuwenden, wenn bei vorzeitigem Abbruch einer Ballon-Angioplastie lediglich die Sondierung eines oder mehrerer Zielgefäße mit einem Führungsdraht erfolgt ist.

OPS	Andere (perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Einführung eines Führungsdrahtes vor Abbruch einer Ballon-Angioplastie:	
8-83c.m0	Gefäße intrakraniell	8-83c.md V. portae
8-83c.m1	Gefäße Schulter/Oberarm	8-83c.me A. carotis n.n.bez.
8-83c.m2	Gefäße Unterarm	8-83c.mf A. carotis communis
8-83c.m3	Aorta	8-83c.mg A. carotis interna extrakraniell
8-83c.m4	Aortenisthmus	8-83c.mh A. carotis int. extrakran. mit A. carotis comm.
8-83c.m5	Ductus arteriosus apertus	8-83c.mj A. carotis externa
8-83c.m6	V. cava	8-83c.mk A. vertebralis extrakraniell
8-83c.m7	Andere Gefäße thorakal	8-83c.mm Andere Arterien abdominal und pelvin
8-83c.m8	Gefäße viszeral	8-83c.mn Andere Venen abdominal und pelvin
8-83c.m9	Gefäße Unterschenkel	8-83c.mp Arterien Oberschenkel
8-83c.ma	Gefäßmalformationen	8-83c.mq Venen Oberschenkel
8-83c.mb	Künstliche Gefäße	8-83c.mx Sonstige
8-83c.mc	Gefäße spinal	

Neue OPS-Kodes für systemische Fibrinolyse

Alteplase (Actilyse™) und Tenecteplase (Metalyse™) werden häufig bei akutem Gefäßverschlüssen zur Fibrinolyse verwendet, um den Blutfluss in den Gefäßen wiederherzustellen.

Auf Betreiben einer einzelnen Klinik wurden im OPS-Katalog 2025 spezifische OPS-Kodes für diese Wirkstoffe etabliert, wobei auch eine Dosisstaffelung vorliegt. Zur Vereinfachung listen die nachfolgenden Tabellen jeweils die geringste und die höchste Dosisklasse auf.

OPS	OPS-TEXT 2025
6-00m.00	Applikation von Medikamenten, Liste 20: Alteplase, parenteral: 20 mg bis unter 25 mg
(...)	
6-00m.0g	Applikation von Medikamenten, Liste 20: Alteplase, parenteral: 100 mg oder mehr

OPS	OPS-TEXT 2025
6-00m.g0	Applikation von Medikamenten, Liste 20: Tenecteplase, parenteral: 12,5 mg bis unter 15,0 mg (entsprechend 2.500 U bis unter 3.000 U)
(...)	
6-00m.ga	Applikation von Medikamenten, Liste 20: Tenecteplase, parenteral: 50,0 mg oder mehr (entsprechend 10.000 U oder mehr)

KODIERUNG PERIPHERER GEFÄSS-INTERVENTIONEN BEI PERIPHERER ARTERIELLER VESCHLUSSKRANKHEIT

Die korrekte Vergütung stationärer Behandlungsfälle im G-DRG-System 2025 ist an die vollständige und sachgerechte Kodierung aller relevanten Diagnosen und Prozeduren unter Berücksichtigung der Deutschen Kodierrichtlinien gebunden. Hier müssen insbesondere folgende Fragen korrekt beantwortet werden:

- Welches ist die zutreffende Hauptdiagnose des Falles?
- Welche Nebendiagnosen dürfen vor dem Hintergrund der klinischen Dokumentation kodiert werden?
- Wie werden die erbrachten Leistungen vollständig und zutreffend im Klassifikationssystem des OPS 2025 kodiert?

Hauptdiagnosekodierung

Folgende Hauptdiagnosen kommen im Zusammenhang mit der pAVK im Katalog der ICD-10-GM 2025³ infrage:

Diagnosekodes der ICD-10-GM 2025 für die Kodierung der pAVK

ICD	ATHEROSKLEROSE DER EXTREMITÄTENARTERIEN:	STAD. FONTAINE
I70.20	Becken-Bein-Typ, ohne Beschwerden	I
I70.21	Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr	IIa
I70.22	Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	IIb
I70.23	Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	III
I70.24	Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	IV
I70.25	Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	IV

Hierbei entspricht die Differenzierung des Basis-ICD-Kodes I70.2 den Fontaine-Stadien, wobei allerdings das Stadium IV für die Kodierung in die beiden Bereiche „mit Ulzeration“ und „mit Gangrän“ untergliedert werden. Diese Aufteilung ist von besonderer Bedeutung, da in vielen Fällen eine differenzierte Gruppierungsrelevanz zwischen diesen beiden Gruppen besteht. Für die Differenzierung von Ulkus und Gangrän findet sich beim BfArM ein Hinweis (FAQ Nr. GM 1014⁴)

- Ulzeration (I70.23):

Hierbei handelt es sich um einen auf Haut (Kutis) und Unterhaut (Subkutis) begrenzten Substanzdefekt.
- Gangrän (I70.24):

Hierbei handelt es sich um eine Nekrose mit Autolyse und Verfärbung des Gewebes. Es werden zwei Formen der Gangrän unterschieden:

Nebendiagnosekodierung

Gerade bei der DRG-Gruppierung von Fällen mit peripherer Gefäßintervention spielt der PCCL-Wert eine erhebliche Rolle. Hierbei ist insbesondere auch auf fachfremde Diagnosen und auch Komplikationen im Aufenthalt zu achten. Herzerkrankungen, Nierenfunktionseinschränkungen oder auch neurologische Komorbiditäten sind hier genauso zu beachten wie Wundheilungsstörungen, Gerinnungsstörungen und andere Ereignisse.

Alle diese Diagnosen dürfen nur beim Vorliegen eines entsprechenden Ressourcenverbrauchs einschließlich der für den Nachweis erforderlichen Dokumentation in der Patientenakte kodiert werden, da ansonsten im Rahmen einer nicht seltenen Fallüberprüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) die nachträgliche Streichung dieser ICD-Kodes mit dem damit verbundenen Erlösverlust folgt.

Insofern ist eine lückenlose Aufzeichnung aller begleitenden Probleme außerordentlich wichtig für die Durchsetzung von finanziellen Ansprüchen der Klinik gegenüber den Kostenträgern.

Auch wenn Nebendiagnosen hinsichtlich ihrer Bewertung für die Ermittlung des Gesamtschweregrades von DRG-System zu DRG-System überwiegend regelmäßigen Abwertungen unterliegen, so führt ein hoher PCCL-Wert regelmäßig beim Erreichen eines entsprechenden Schweregrades zu deutlich höher bewerteten aG-DRG-Pauschalen.

Auch wenn Nebendiagnosen hinsichtlich ihrer Bewertung für die Ermittlung des Gesamtschweregrades von DRG-System zu DRG-System überwiegend regelmäßigen Abwertungen unterliegen, so führt ein hoher PCCL-Wert regelmäßig beim Erreichen

eines entsprechenden Schweregrades zu deutlich höher bewerteten G-DRG-Pauschalen. Dies sollte immer beachtet werden, insbesondere auch vor dem Hintergrund einer ausreichenden Dokumentation in der Patientenakte. Hier kann durch unvollständige Dokumentation ein hohes Erlösrisiko resultieren.

Prozedurenkodierung⁵

Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der vollständigen Kodierung von Behandlungsfällen mit pAVK ist die Erfassung aller durchgeführten Leistungen und Prozeduren. Hierbei wird bei den Gefäßinterventionen zwischen den Interventionen und der Implantation von Stents in die peripheren Gefäße unterschieden. Die Kodegruppe 8-836 ff. beschreibt allgemeine Interventionen, während die Kodegruppe 8-84 ff. Leistungen der Stent-Implantation repräsentiert. Die letzte Stelle der OPS-Kodierung transportiert dabei die Information der Lokalisation der Intervention bzw. der Stent-Implantation. Für die nachfolgenden Tabellen sind die relevanten Lokalisationskodes an der unteren Extremität ausgewählt worden.

OPS-Kodierung perkutan-transluminaler Gefäßinterventionen
(Auswahl ohne Embolisation)

PERKUTAN-TRANSLUMINALE GEFÄSSINTERVENTION	UNTER- SCHENKEL	BYPASS	ABDOMINAL / PELVIN	OBER- SCHENKEL
Ballon-Angioplastie	8-836.0c	8-836.0e	8-836.0q	8-836.0s
Blade-Angioplastie	8-836.1c	8-836.1e	8-836.1h	8-836.1k
Laser-Angioplastie	8-836.2c	8-836.2e	8-836.2h	8-836.2k
Atherektomie	8-836.3c	8-836.3e	8-836.3h	8-836.3k
Fremdkörperentfernung	8-836.6c	8-836.6e	8-836.6h	8-836.6k
Selektive Thrombolyse	8-836.7c	8-836.7e	8-836.7h	8-836.7k
Thrombektomie	8-836.8c	8-836.8e	8-836.8h	8-836.8k
Rotationsthrombektomie	8-836.pc	8-836.pe	8-836.ph	8-836.pk
Rotationsatherektomie	8-83c.fc	8-83c.fe	8-83c.f9	8-83c.fb
Lithoplastie	8-83c.bc	8-83c.be	8-83c.b9	8-83c.bb
Kryoplastie	8-836.rc	8-836.re	8-836.rh	8-836.rk

OPS-Kodierung perkutan-transluminaler Stent-Implantationen ohne spezifische Lokalisation

OPS	PERKUTAN-TRANSLUMINALE STENTIMPLANTATION
8-840 ff.	Nicht medikamentenfreisetzende Stents
8-841 ff.	Medikamentenfreisetzende Stents
8-842 ff.	Nicht medikamentenfreisetzende gecoverte Stents (Stent-Graft)
8-843 ff.	Bioresorbierbare Stents
8-844 ff.	Selbstexpandierenden Mikrosten
8-845 ff.	Ungecoverte Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]
8-846 ff.	Gecoverte Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]
8-848 ff.	Medikamentenfreisetzende gecoverte Stents (Stent-Graft)
8-849 ff.	Sonstige ungecoverte großlumige Stents
8-84a ff.	Sonstige gecoverte großlumige Stents
8-84b ff.	Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen
8-84c ff.	Selbstexpandierende Bifurkationsstents, intrakraniell
8-84d ff.	Aus Einzeldrähten verwobene Nitinolstents (seit 2018 z. B. Supera™)

(Perkutan-)transluminale Implantation von Stents mit Embolieprotektion bei Stenosen

Endstellige OPS-Kodierung perkutan-transluminaler Implantationen von Bare Metal Stents

(PERKUTAN-) TRANSLUMINALE IMPLANTATION VON NICHT MEDIKAMENTENFREISETZENDEN STENTS	UNTER-SCHENKEL	BYPASS	ABDOMINAL / PELVIN	OBER-SCHENKEL
Ein Stent	8-840.0c	8-840.0e	8-840.0q	8-840.0s
Zwei Stents	8-840.1c	8-840.1e	8-840.1q	8-840.1s
Drei Stents	8-840.2c	8-840.2e	8-840.2q	8-840.2s
Vier Stents	8-840.3c	8-840.3e	8-840.3q	8-840.3s
Fünf Stents	8-840.4c	8-840.4e	8-840.4q	8-840.4s
Sechs oder mehr Stents	8-840.5c	8-840.5e	8-840.5q	8-840.5s

Viele Leistungen in der Gefäßmedizin werden regelhaft über mehr als einen OPS-Code abgebildet. Auch bei der Implantation von peripheren Stents existieren derartige Zusatzkodes. Die nachfolgenden Tabellen zeigen eine Auswahl wichtiger OPS-Zusatzkodes zur primären Kodierung der Stent-Implantation. Diese OPS-Kodes sind im Allgemeinen nicht relevant für den Erlös, können aber wichtige Informationen für die Kalkulation kommender DRG-Systeme beinhalten. Insbesondere die OPS-Kodes 8-83b.4 "Verwendung eines hydrodynamischen Thrombektomiesystems" und 8-83b.9 "Einsatz eines Embolieprotektionssystems" können sich jedoch in gewissen Konstellationen erlössteigernd auswirken, wie in den entsprechenden Kapiteln ausgeführt wird.

Auswahl wichtiger Zusatzkodes bzw. Codegruppen

OPS	ZUSATZINFORMATIONEN ZU MATERIALIEN
8-83b.0 ff.	Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme
8-83b.4	Verwendung eines hydrodynamischen Thrombektomiesystems
8-83b.9	Einsatz eines Embolieprotektionssystems
8-83b.5 ff.	Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons
8-83b.6 ff.	Verwendung eines ablösbaren Ballons
8-83b.8 ff.	Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretreiver-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung
8-83b.c ff.	Verwendung eines Gefäßverschlusssystems

Zusatzinformationen zu Materialien: Auswahl 6-stelliger Codes

OPS	TAB 6A. ART DER MEDIKAMENTEFREISETZENDEN STENTS ODER OPD-SYSTEME
8-83b.0b	Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit biologisch abbaubarer Polymerbeschichtung
8-83b.0c	Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer

OPS	TAB 6B. VERWENDUNG EINES GEFÄSSVERSCHLUSSSYSTEMS
8-83b.c2	Nahtsystem
8-83b.c3	Clipsystem
8-83b.c4	Polymerdichtung mit äußerer Sperrscheibe
8-83b.c5	Resorbierbare Plugs ohne Anker
8-83b.c6	Resorbierbare Plugs mit Anker

OPS	TAB 6C. ZUSATZINFORMATIONEN ZU MATERIALIEN: LÄNGE PERIPHERER STENTS:
8-83b.f1	100 mm bis unter 150 mm
8-83b.f2	150 mm bis unter 200 mm
8-83b.f3	200 mm bis unter 250 mm
8-83b.f4	250 mm oder mehr

Neu in 2025 sind die OPS-Kodes der beiden nachfolgenden Tabellen. Diese sind im Kapitel der Neuerungen bereits ausführlich dargestellt.

OPS	TAB 6E: OPS-TEXT 2025
88-839.c	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Rekanalisation eines Blutgefäßes mit retrograder Sondierung

OPS	TAB 6F: OPS-TEXT 2025
8-83c.m	Andere (perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Einführung eines Führungsdrahtes vor Abbruch einer Ballon-Angioplastie Hinw.: Diese Kodes sind anzuwenden, wenn bei vorzeitigem Abbruch einer Ballon-Angioplastie lediglich die Sondierung eines oder mehrerer Zielgefäße mit einem Führungsdraht erfolgt ist.

Eine primäre Gruppierungsrelevanz dieser OPS-Kodes besteht für das aG-DRG-System 2025 nicht.

DRG-GRUPPIERUNG PERIPHERER INTERVENTIONEN (PTA UND STENTIMPLANTATION)

Die DRG-Gruppierung von Fällen mit PTA bzw. Stent-Implantation [(8-840 ff. nicht medikamentenfreisetzende Stents, 8-841 ff. (medikamentenfreisetzende Stents))] ist von mehreren Faktoren abhängig:

- Haupt- oder Nebendiagnose pAVK mit Ulcus bzw. Gangrän
- Nebendiagnosen (PCCL < 4 oder PCCL > 3)
- Art der Intervention (PTA, Stent)
- Lokalisation der Intervention
- Anzahl und teilweise Art der Stents

Die Eingruppierung von Fällen mit peripherer Stent-Implantation erfolgt auch im Jahr 2025 im Wesentlichen in die Basis-DRGs F59 und F14. An den grundsätzlichen, oben genannten Gruppierungskriterien ändert sich für das G-DRG-Jahr 2025 primär nichts, jedoch ändern sich die Gruppierungsziele für viele Konstellationen durch eine Veränderung der DRG-Logik.

Für das Jahr 2025 wurden die Bewertungsrelationen der sechs weiterhin bestehenden aG-DRG-Splits in der Basis-DRG F59 im Rahmen der Kalkulation angepasst. Dabei ergibt sich für alle Fälle eine Aufwertung, die bei der F14A am ausgeprägtesten ist. Lediglich die F59B erfährt eine Abwertung.

Entwicklung der Bewertungsrelationen⁶ und Erlöse 2024–2025

		F14A	F14B	F59A	F59B	F59C	F59D	F59E	F59F
2024	BWR aG-DRG 2024	4,696	2,282	3,034	1,737	1,567	1,175	0,919	0,676
	Erlös aG-DRG 2024	19.773 €	9.609 €	12.775 €	7.314 €	6.598 €	4.947 €	3.870 €	2.846 €
2025	BWR aG-DRG 2025	4,543	2,237	3,294	1,783	1,605	1,226	0,944	0,72
	Erlös aG-DRG 2025	19.972 €	9.834 €	14.481 €	7.839 €	7.056 €	5.390 €	4.150 €	3.165 €
Δ 2025 - 2024	Δ BWR aG-DRG 2025 - 2024	-0,153	-0,045	0,260	0,046	0,038	0,051	0,025	0,044
	Δ Erlös aG-DRG 2025 - 2024	199 €	226 €	1.706 €	525 €	458 €	442 €	281 €	319 €
	Δ %	1,01 %	2,35 %	13,36 %	7,18 %	6,94 %	8,94 %	7,25 %	11,21 %

Speziell ist gerade bei Behandlungsfällen mit peripherer Gefäßintervention immer die Situation der Kurzlieger mit Entlassung unterhalb der unteren Grenzverweildauer der jeweiligen DRG zu betrachten. Im Spannungsgefüge zwischen den zum Teil relativ hohen unteren Grenzverweildauern und der im individuellen Einzelfall oftmals nur schwer gegenüber Kostenträgern und Medizinischem Dienst argumentierbaren Notwendigkeiten einer prolongierten stationären Behandlungsdauer fallen hier entweder bereits bei der primären Leistungserbringung oder ggf. dann nach Prüfung der Fälle durch die Kostenträger ausreichend Verweildauertage für die Abrechnung weg, sodass die Abrechnung dann mit Abschlägen wegen Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer erfolgen muss.

DRG-Gruppierungsschema für PTA und Stentimplantation

Das Eingruppierungsschema für Stent gestützte periphere Interventionen des Vorjahres folgt den dargestellten Mechanismen. Alle Kriterien des Vorjahres bleiben unverändert erhalten. Die wesentlichen Ausnahmen für die Intervention bestehen dabei in den oben dargestellten Konstellationen. Das aktuelle Gruppierungsschema zeigt die nachfolgende Abbildung.

PCCL > 3		F59A 3,294 (14.481 €)						
		↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
170.20-23		F59F 0,72 (3.165 €)	F59E 0,944 (4.150 €)	F59D 1,226 (5.390 €)	F59C 1,605 (7.056 €)		F59B 1,783 (7.839 €)	
Aa. abd/pelv	PTA/1 BMS	2 St. (1 DES)	3/4 St.	1 Stentgr.	> 4 St.			> 1 Stentgr.
Aa. OS	PTA	1/2 St.		3/4 St.			> 4 St.	
Gef-US		PTA/1 St.		2 St.		> 2 St.		
Kü Gef.		PTA				1 St.	> 1 St.	
		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
170.24		F59F 0,72 (3.165 €)	F59E 0,944 (4.150 €)	F14B 2,237 (9.834 €)	F59D 1,226 (5.390 €)	F14B 2,237 (9.834 €)	F59C 1,605 (7.056 €)	F14B 2,237 (9.834 €)
		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
170.25		F59D 1,226 (5.390 €)	F59D 1,226 (5.390 €)	F14B 2,237 (9.834 €)	F59D 1,226 (5.390 €)	F14B 2,237 (9.834 €)	F59C 1,605 (7.056 €)	F14B 2,237 (9.834 €)

Gruppierungsschema häufiger peripherer Gefäßinterventionen in den Basis-DRGs F59 und F14 (BMS: Bare Metal Stent, DES: Drug Eluting Stent, PTA: Perkutane Angioplastie; St: Stent unabhängig von der Freisetzung von Medikamenten; Stentgr.: Stentgraft)

Bei Implantation eines Stents am Oberschenkel wird unabhängig von der Art des Stents primär die G-DRG F59E erreicht. In Analogie zum Vorjahr wird ein pelviner BMS abweichend in die G-DRG F59F gruppiert, während ein DES an identischer Lokalisation in die F59E gelangt. Wird ein PCCL-Wert von mindestens 4 erreicht, so erfolgt die Eingruppierung beider Konstellationen in die G-DRG F59A. Bei einem niedrigeren PCCL-

Wert wird beim Vorliegen einer Haupt- oder Nebendiagnose einer pAVK mit Gangrän die G-DRG F59D erzielt.

Wird hingegen ein Stent in ein Bypassgefäß implantiert, so erreicht diese Konstellation unmittelbar die G-DRG F59C. Eine Aufwertung durch das Stadium der pAVK erfolgt nicht. Ebenfalls in die F59C werden Fälle mit mehr als einem Stent im Bypass-Gefäß eingruppiert. Diese gelangen dann jedoch beim Vorliegen einer pAVK mindestens mit Ulcus in die G-DRG F14B. Diese Gruppierung gilt ausschließlich für Fälle mit einer Verweildauer von mehr als einem Tag.

Neben den dargestellten Gruppierungskriterien gilt für die aG-DRG F59B seit dem Verfahrens-jahr 2020 eine Sondersituation, bei der Fälle aufgrund inhaltlicher Kriterien unter besonderer Berücksichtigung aufwändigerer technischer Verfahren bzw. Implantate dort eingruppiert werden. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um folgende Verfahren.

Inhalte der aG-DRG F59B im Jahr 2025

OPS	INHALT
8-836.p ff., 8-83c.f ff.	Rotationsthrombektomie, Rotationsatherektomie
8-83b.4	Verwendung hydrodynamisches Thrombektomiesystems
8-83b.8 ff.	Verwendung Mikrodrahtretriever-System
8-842 ff.	Stent-Graft (BMS) (abd/pelvin > 1 Stent-Graft)
8-848 ff.	Stent-Graft (DES) (abd/pelvin > 1 Stent-Graft)
8-84a.1a/q	Sonst. gecov. großl. Stents: > 1 Stent: Gefäße viszeral/abd/pelvin

MEDIKAMENTENFREISETZENDE BALLONS

Die Verwendung von medikamentenbeschichteten Ballons (Drug Coated Balloons, DCB) in der Peripherie ist seit vielen Jahren unverändert kodierbar. Hierbei ist zunächst einmal ein OPS-Kode für die Durchführung der PTA zu kodieren:

OPS-Kodes für Ballon-Angioplastie

OPS	TEXT
8-836.0c	Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterschenkel
8-836.0e	Ballon-Angioplastie: Künstliche Gefäße
8-836.0q	Ballon-Angioplastie: Andere Arterien abdominal und pelvin
8-836.0s	Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel

Die Anwendung des DCB wird zusätzlich durch einen Material-Zusatzcode aus der Gruppe 8-83b.b ff verschlüsselt:

OPS-Kodes für die Anzahl von DCBs

OPS	ZUSATZINFORMATIONEN ZU MATERIALIEN: ART DER VERWENDETEN BALLONS
8-83b.ba	Ein medikamentefreisetzender Ballon an anderen Gefäßen
8-83b.bb	Zwei medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen
8-83b.bc	Drei medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen
8-83b.bd	Vier oder mehr medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen

Die Kodierung dieser OPS-Kombination führt dann auch im DRG-Jahr 2025 weiterhin in das bundeseinheitlich bewertete Zusatzentgelt ZE137, welches bis zu 4 Ballons spezifisch mit einem Erlös hinterlegt. Ab 4 DCB erfolgt keine weitere additive Finanzierung.

ERFORDERLICHE KODIERUNG FÜR PTA	KODIERUNG DCB NACH ANZAHL		ZUSATZ-ENTGELT	ERLÖS
PTA: Gefäße Unterschenkel	8-83b.ba	1 DCB an and. Gefäßen	→ ZE137.01	101,20 €
PTA: Künstliche Gefäße	8-83b.bb	2 DCB an and. Gefäßen	→ ZE137.02	496,85 €
PTA: Andere Arterien abd/pelvin	8-83b.bc	3 DCB an and. Gefäßen	→ ZE137.03	892,50 €
PTA: Arterien Oberschenkel	8-83b.bd	> 3 DCB an and. Gefäßen	→ ZE137.04	1288,15 €

Bemerkenswert hierbei ist die ungewöhnliche Kalkulation des Zusatzentgeltes. Während der erste Ballon vom InEK aus den Differenzkosten von Fällen mit und ohne Ballonanwendung berechnet wird, werden die ZE-Erlöse ab dem zweiten DCB einschließlich aus den von den Kalkulationshäusern des InEK gelieferten Kostendaten ermittelt. Dies führt dazu, dass der erste Ballon in der Regel nicht oder nur unvollständig finanziert ist, ab der Verwendung des zweiten Ballons aber beide ein ausreichendes Reimbursement erzielen.

GROSSLUMIGER GEFÄSSVERSCHLUSSKÖRPER

Diagnosen:

Die möglichen Diagnosen, welche indikationsbestimmend für den Einsatz eines großlumigen Gefäßverschlusskörpers sein können, sind sowohl in der Literatur als auch in der Praxis außerordentlich vielfältig. Hier kommen insbesondere AV-Malformationen wie Fisteln und begleitende Aneurysmata infrage, wie auch Steal-Phänomene, welche allein oder auch im Gefolge medizinischer Maßnahmen beobachtet werden können. Zusätzlich können auch Gefäße im Rahmen der Traumatherapie mit Plugs verschlossen und elektive Gefäßverschlüsse z. B. im Rahmen der Varikozelenbehandlung oder im Vorfeld z. B. der SIRT-Therapie mit dieser Technik vorgenommen werden.

Die gesamte Spannbreite der möglichen Diagnosen kann hier nicht erschöpfend dargestellt werden, so dass exemplarisch vor dem Hintergrund der Gruppierungsbedeutung folgende Diagnosen betrachtet werden sollen.

ICD	TEXT
I28.0	Arteriovenöse Fistel der Lungengefäße
I72.3	Aneurysma und Dissektion der A. iliaca
I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität
I77.0	Arteriovenöse Fistel, erworben
I86.1	Skrotumvarizen
S35.2	Verletzung des Truncus coeliacus oder der A. mesenterica
S35.4	Verletzung von Blutgefäßen der Niere
S36.04	Massive Parenchymruptur der Milz
S37.03	Komplette Ruptur des Nierenparenchyms
T82.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate
T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen

Prozeduren:

Grundsätzlich stehen nach der Anpassung des OPS-Kataloges für 2025 folgende OPS-Kodes im Umfeld der Implantation eines großlumigen Gefäßverschlusskörpers zur Verfügung:

OPS	ZUSATZINFORMATIONEN ZU MATERIALIEN:
8-83b.34	Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Nicht gecoverter großlumiger Gefäßverschlusskörper [Vascular Plug] Exkl.: Selektive Embolisation mit einem Gefäßverschlusskörper [Plug] aus Kunststoff-Formgedächtnis-Polymer (8-83c.k ff.)
8-83b.35	Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Nicht gecoverter großlumiger Gefäßverschlusskörper [Vascular Plug] Hinw.: Großvolumige Metallspiralen haben einen Durchmesser von mindestens 0,51 mm im Einführungszustand Mikrokatheter haben einen Durchmesser von 0,5 mm bis 1 mm
8-83b.38	Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Gecoverter großlumiger Gefäßverschlusskörper [Vascular Plug] Exkl.: Selektive Embolisation mit einem Gefäßverschlusskörper [Plug] aus Kunststoff-Formgedächtnis-Polymer (8-83c.k ff.)
8-83b.3c	Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Großvolumige Metallspiralen [Volumencoil], ohne Einbringung über Mikrokatheter

Die Kodierung der Prozedur der Implantation eines oder mehrerer großlumiger Gefäß-verschlusskörper erfolgt immer durch eine vom OPS-Katalog legitimierte Mehrfach-kodierung. Während ein Zusatzkode aus 8-83b.3 ff. die Embolisation mit dem Verschlusskörper verschlüsselt, muss die Embolisation grundsätzlich über einen OPS-Kode aus 8-836.m ff. und die Anzahl der zur Anwendung kommenden Plugs mit einem OPS-Kode aus 8-836.n ff. angegeben werden. Bei der Betrachtung des Zusatzentgeltes ZE105 wird noch deutlich werden, dass die obligate Kombination hoch relevant für die Realisierung des Zusatzentgeltes ist.

Prozedurenkomponente 1: Implantation von Metallspiralen differenziert nach Lokalisation

8-836.M - (PERKUTAN-) TRANSLUMINALE GEFÄSSINTERVENTION: ANZAHL DER METALLSPIRALEN							
6. Stelle	Lokal.	6. Stelle	Lokal.	6. Stelle	Lokal.	6. Stelle	Lokal.
- 0:	Gef. Intra-kran.	- 5:	Aortenis-thm.	- c:	Gef. US	- h:	And. Aa. abd./pelvin
- 1:	Gef. Kopf extrakran./Hals	- 6:	Ductus art. Ap.	- d:	Gefäßmalf.	- j:	And. Vv. abd./pelvin
- 2:	Gef. Schul-ter/OA	- 7:	V. cava	- e:	Künstl. Gef.	- k:	Aa. OS
- 3:	Gef. UA	- 8:	And. Gef. thorak.	- f:	Gef. spinal	- m:	Vv. OS
- 4:	Aorta	- a:	Gef. viszeral	- g:	. portae	- x:	Sonst.

Prozedurenkomponente 2: Implantation eines Vascular Plug

OPS	TEXT
8-83b.34	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Nicht gecoverter großlumiger Gefäßverschlusskörper [Vascular Plug]
8-83b.35	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Großvolumige Metallspiralen [Volumencoils], mit Einbringung über Mikrokatheter
8-83b.38	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Gecoverter großlumiger Gefäßverschlusskörper [Vascular Plug]

Für Vascular Plugs kommt hierbei der OPS Kode 8-83b.34 zum Einsatz.

Prozedurenkomponente 3: Kodierung der Anzahl von Metallspiralen/Vascular Plugs

8-836.N - (PERKUTAN-) TRANSLUMINALE GEFÄSSINTERVENTION: ANZAHL DER METALLSPIRALEN											
6. Stelle	An-zahl	6. Stelle	An-zahl	6. Stelle	An-zahl	6. Stelle	An-zahl	6. Stelle	An-zahl	6. Stelle	An-zahl
- 1:	1	- 6:	6	- b:	11	- g:	16	- p:	21	- u:	26
- 2:	2	- 7:	7	- c:	12	- h:	17	- q:	22	- v:	27
- 3:	3	- 8:	8	- d:	13	- j:	18	- r:	23	- w:	> 27
- 4:	4	- 9:	9	- e:	14	- k:	19	- s:	24		
- 5:	5	- a:	10	- f:	15	- m:	20	- t:	25		

8-83C.J - (PERKUTAN-) TRANSLUMINALE GEFÄSSINTERVENTION: ANZAHL DER METALLSPIRALEN											
6. Stelle	An-zahl	6. Stelle	An-zahl	6. Stelle	An-zahl	6. Stelle	An-zahl	6. Stelle	An-zahl	6. Stelle	An-zahl
- 0:	28	- 3:	35–37	- 6:	46–50	- 9:	61–65	- c:	81–90	- f:	> 150
- 1:	29–31	- 4:	38–40	- 7:	51–55	- a:	66–70	- d:	91–120		
- 2:	32–34	- 5:	41–45	- 8:	56–60	- b:	71–80	- e:	121–150		

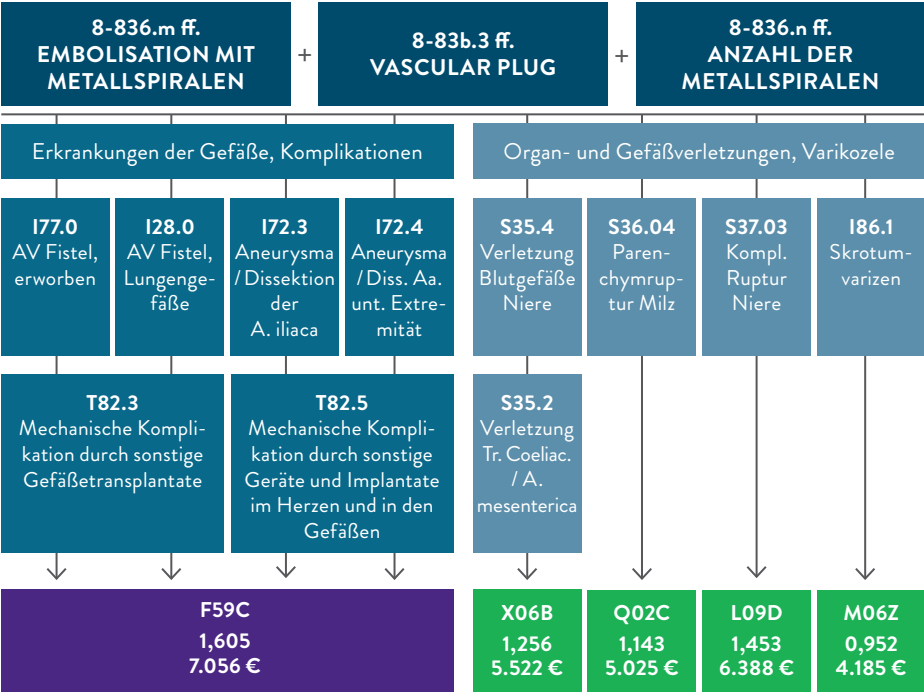
Die Basis-Kodes 8-836.n ff./ 8-83c.j ff. werden in der letzten Stelle nach der Anzahl der zur Anwendung gebrachten Plugs verschlüsselt, wobei eine spezifische Kodierung bis hin zu 150 Plugs möglich ist. Die sehr große und für die Klinik in der Regel sicher nicht relevante Anzahl kodierbarer Plugs rührt daher, dass dieselben OPS-Kodes in identischer Staffe-lung auch für das Coiling mit üblichen Metallspiralen angewandt wird, wobei regelhaft höhere Anzahlen applizierter Metallspiralen zu finden sind. Die Ausweitung der Kodierung auf mehr als 27 Metallspiralen rührt dabei aus dem Jahr 2023. Die Codes aus 8-83c.j ff. sind für die nachfolgenden Betrachtungen nicht relevant.

DRG-Gruppierung

Der primäre OPS-Kode für die Embolisation (8-836.m ff.) führt dazu, dass Fälle mit Im-plantation eines Vascular Plug nicht in die jeweiligen konservativen DRGs der betreffen-den Hauptdiagnosekategorien eingruppiert werden. Der OPS-Kode für die Embolisation mit einem großlumigen Gefäßverschlusskörper hat im G-DRG-System 2025 weiterhin keine Grup-pierungsrelevanz. Entgegen den OPS-Kodes für das Coiling mit üblichen Metallspiralen (8-836.m ff.) wird die erreichte G-DRG somit nicht beeinflusst. Ebenso hat der OPS-Kode für die Anzahl der verwendeten Metallspiralen bzw. Vascular Plugs keine Gruppierungsrelevanz.

Die nachfolgend dargestellten Gruppierungen resultieren im Wesentlichen aus der Wahl der Hauptdiagnose und der Kodierung der Embolisation. Hierbei werden breit gestreut

G-DRGs unterschiedlichster Hauptdiagnosekategorien erreicht, wobei zusätzlich immer noch das im Weiteren noch dargestellte Zusatzentgelt unabhängig von der G-DRG abgerechnet werden wird.



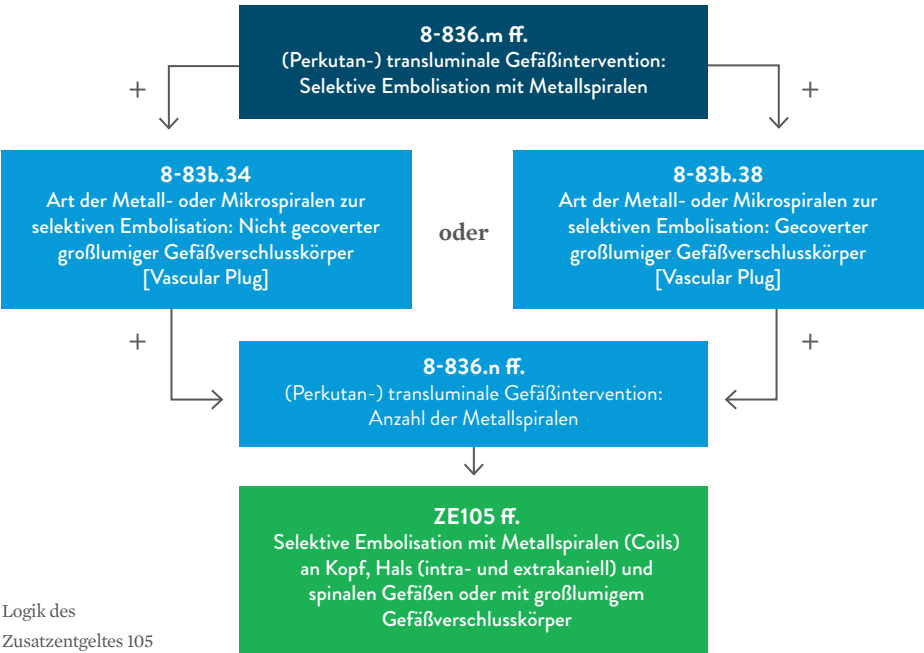
Gruppierungsschema Embolisation 2025

- F59C** Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit aufwendigem Eingriff oder Mehrfacheingriff oder bestimmter Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag
- X06B** Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder Alter > 65 Jahre mit bestimmtem Eingriff oder mit schweren CC
- Q02C** Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe u. des Immunsystems oh. äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre, oh. bestimmte Exzisionen u. Resektionen Mediastinum od. Thymus, oh. best. aufwendige / hochaufwendige Behandlung
- L09D** Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunt bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse, ohne Kalziphyllaxie, ohne best. Laparotomie, mit best. anderen Eingriff od. Alter < 18 Jahre
- M06Z** Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen oder Stanzbiopsie an der Prostata, ein Belegungstag

Zusatzentgelt

Coiling und Implantation von Vascular Plugs sind Auslöser für Zusatzentgelte. Vascular Plugs führen dabei in Analogie zur intrakraniellen (auch: Hals, extrakraniell oder spinal) Coil-Implantation zur Auslösung des ZE105 in Höhe von 216,87 € pro Stück. Coils an allen anderen Lokalisationen erlösen das niedrigere ZE 106 (45,95 € pro Stück). Um das entsprechende Zusatzentgelt auszulösen, muss neben einem OPS-Kode für das Coiling aus 8-836.m ff. ein weiterer OPS-Kode aus dem Bereich der Zusatzcodes für die Art der Metall- oder Mikrospiralen (8-83b.3 ff.) und ein OPS-Kode für die Anzahl der implantierten Metallspiralen bzw. Plugs verschlüsselt werden.

In beiden Zusatzentgelten wurde die maximale spezifisch kodierbare Anzahl von Coils von 27 bzw. 28 und mehr auf 151 und mehr erweitert. Diese Erweiterung wird in der Angiologie nur geringe Praxisrelevanz entfalten, bietet jetzt aber in teuren Einzelfällen doch eine Verbesserung der Vergütung.



Logik des
Zusatzentgeltes 105

Das Zusatzentgelt ist dabei in Analogie zum quantitativen OPS-Kode gestaffelt, wobei pro implantiertem Plug 216,87 € erlöst werden. Ab dem 150. Implantat erfolgt keine zusätzliche Vergütung mehr, was bei Coils eher in extremen Ausnahmefällen, bei Vascular Plugs jedoch

nie relevant für die Praxis ist, da derartige Anzahlen von großlumigen Verschlusskörpern nicht zum Einsatz kommen. Die Gesamtvergütung setzt sich damit letztlich immer aus dem G-DRG-Erlös unter Berücksichtigung der Zu- bzw. Abschläge und dem Erlös aus dem Zusatzentgelt zusammen.

AG-DRG-GRUPPIERUNG SONSTIGER INTERVENTIONELLER VERFAHREN

Auf Seite 21 wurden OPS-Kodes aufwändigerer interventioneller Verfahren an den Gefäßen dargestellt. Die aG-DRG-Gruppierung dieser OPS-Kodes erfolgt in Fällen ohne weitere gruppierungsrelevante Faktoren gemäß der nachfolgenden tabellarischen Aufstellung.

aG-DRG-Gruppierung von Fällen ausgewählter Gefäßinterventionen in Abhängigkeit vom PAVK-Stadium

170.20 - 170.23	GEF. SCHU /OA	GEF. UA	GEF. THO-RAK.	GEF. VISZ.	GEF. US	KÜNST. GEF.	AA. ABD/ PELV	AA. OS
Ballon-Angioplastie	F59F	F59E	F59F	F59E	F59F			
Blade-Angioplastie	F59D							
Laser-Angioplastie	F59D							
Atherektomie	F59C						F59D	
Fremdkörper-entfernung	F59E					F59C	F59E	
Selektive Thrombolyse	F59C	F59D	F59C			F59E	F59C	
Thrombekto-mie	F59E					F59C	F59E	F59F
Rotations-thrombekto-mie	F59B						F59C	
Rotations-atherektomie	F59B							
Lithoplastie	F59D							
Kryoplastie	F56B					F59C	F56B	

170.24	GEF. SCHU /OA	GEF. UA	GEF. THO-RAK.	GEF. VISZ.	GEF. US	KÜNST. GEF.	AA. ABD/ PELV	AA. OS
Ballon-Angioplastie	F59F	F59E	F59F	F59E	F59F			
Blade-Angioplastie	F59D							
Laser-Angioplastie	F59D					F14B	F59D	
Atherektomie	F14B		F59C	F14B	F59C	F59D		
Fremdkörper-entfernung	F59E					F14B	F59E	
Selektive Thrombolyse	F59C	F59D	F14B	F59C	F59E	F59C		
Thrombekto-mie	F59E					F59C	F59E	F59F
Rotations-thrombekto-mie	F59B					F14B	F59C	
Rotations-atherektomie	F59B					F14B	F59B	
Lithoplastie	F59D							
Kryoplastie	F56B					F14B	F56B	

170.25	GEF. SCHU /OA	GEF. UA	GEF. THO- RAK.	GEF. VISZ.	GEF. US	KÜNST. GEF.	AA. ABD/ PELV	AA. OS
Ballon-Angioplastie	F59D							
Blade-Angioplastie	F59D							
Laser-Angioplastie	F59D					F14B	F59D	
Atherektomie	F14B			F59C		F14B	F59C	F59D
Fremdkörper-entfernung	F59D					F14B	F59D	
Selektive Thrombolyse	F59C	F59D	F14B	F59C		F59D	F59C	
Thrombekto-mie	F59D					F59C	F59D	
Rotations-thrombekto-mie	F59B					F14B	F59C	
Rotations-atherektomie	F59B					F14B	F59B	
Lithoplastie	F59D							
Kryoplastie	F59D					F14B	F59D	

Auch diese Verfahren werden regelhaft in die Basis-DRGs F14 und F59 eingruppiert. Allein die Kryoplastie wird bei einer pAVK ohne Gangrän in die Basis-DRG F56 (Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie) eingestuft.

ATHEREKTOMIE UNTER EMBOLIEPROTEKTION

Seit dem Jahr 2020 führt der Zusatzkode 8-83b.9 für den Einsatz eines Embolieprotektionssystems in höher bewertete aG-DRGs. Auch im Jahr 2025 führt der zusätzliche Gebrauch eines solchen Systems im Vergleich einer Atherektomie ohne Embolieschutz in höher bewertete aG-DRGs. Der Einsatz eines Embolieprotektionssystems führt dabei in allen Situationen zu einer deutlichen Aufwertung der Atherektomien.

OPS	OPS-TEXT
8-836.3k	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Atherektomie: Arterien Oberschenkel
8-836.3m	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Atherektomie: Venen Oberschenkel
8-836.3x	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Atherektomie: Sonstige
+	
8-83b.9	Zusatzinformationen zu Materialien: Einsatz eines Embolieprotektionssystems

Aufwertung Atherektomie unter Embolieprotektion

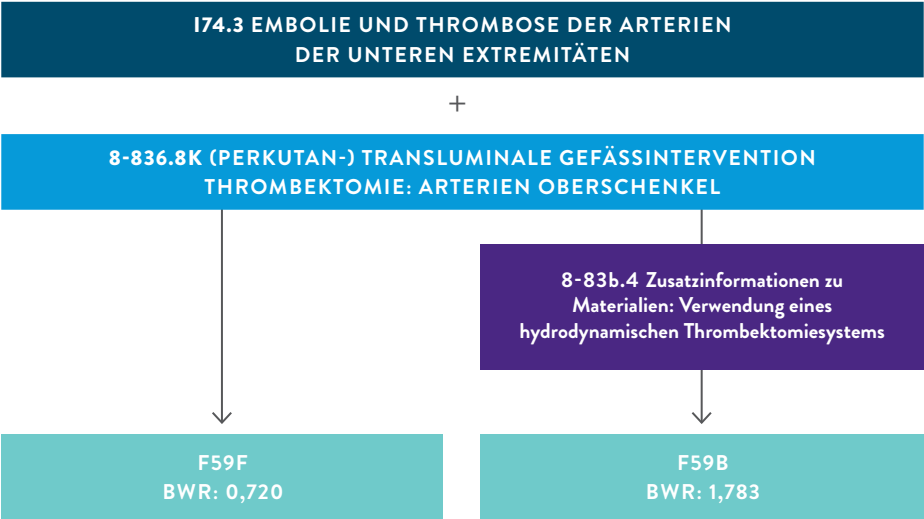
ICD	OPS	OPS ATHEREKTOMIE TEXT	Ohne Embolie-protektion	Mit Embolie-protektion
170.20-23	8-836.3k	Atherektomie: Arterien Oberschenkel	F59D	F59C
	8-836.3m	Atherektomie: Venen Oberschenkel		
	8-836.3x	Atherektomie: Sonstige		
170.24	8-836.3c	Atherektomie: Gefäße Unterschenkel	F59C	F14B
	8-836.3k	Atherektomie: Arterien Oberschenkel	F59D	F14B
	8-836.3m	Atherektomie: Venen Oberschenkel		
	8-836.3x	Atherektomie: Sonstige		
170.25	8-836.3c	Atherektomie: Gefäße Unterschenkel	F59C	F14B
	8-836.3k	Atherektomie: Arterien Oberschenkel	F59D	F14B
	8-836.3m	Atherektomie: Venen Oberschenkel		
	8-836.3x	Atherektomie: Sonstige		

HYDRODYNAMISCHES THROMBEKTOMIESYSTEM

Die Kodierung des Einsatzes eines hydrodynamischen Thrombektomiesystems erfolgt auch im Jahr 2025 weiterhin mit dem OPS-Kode 8-83b.4 (Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines hydrodynamischen Thrombektomiesystems). Bei diesem Kode handelt es sich um einen Zusatzkode, welcher mit dem Inklusivum „Hochdruck-Wasserjet-Katheter zur Thrombektomie“ im OPS-Katalog gelistet ist. Die Kodierung erfolgt für die peripheren Gefäßeingriffe dabei zusätzlich zu einem OPS-Kode aus 8-836.8* (Thrombektomie).

Eine Erlösrelevanz dieses OPS-Kodes besteht für die Eingruppierung von Behandlungsfällen in die aG-DRG F59B, wobei Fälle mit alleiniger Thrombektomie ohne die Anwendung eines hydrodynamischen Thrombektomiesystems in die deutlich geringer vergütete aG-DRG F59F eingestuft werden.

Aufwertung von Fällen mit Thrombektomie durch Hydrodynamische Systeme



VENOUS STENTING

Auch die Applikation von Stents oder Stentgrafts in das venöse Gefäßsystem ist im DRG-System kodierbar. Dabei finden sich unterschiedliche Hauptdiagnosekodes im ICD-Katalog:

ICD	THROMBOSE, PHLEBITIS UND THROMBOPHLEBITIS
I80.1	V. femoralis
I80.20	Beckenvenen
I80.28	Sonst. tiefe Gefäße der unteren Extremitäten
I80.3	Untere Extremitäten, nnbez.

ICD	TEXT
I87.00	Postthrombotisches Syndrom ohne Ulzeration
I87.01	Postthrombotisches Syndrom mit Ulzeration

ICD	TEXT
I87.1	Venenkompression

Für das May-Turner-Syndrom existiert kein spezifischer ICD-Kode, sodass hier lediglich der unspezifische ICD-Kode für die Venenkompression zur Anwendung kommen kann.

Interventionen an den peripheren venösen Gefäßen werden letztlich in derselben Logik verschlüsselt wie die Eingriffe an den peripheren Arterien. Nachfolgend die OPS-Kodes für die nicht Stent gestützten Verfahren.

(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention	And. Venen abd/pelvin	Venen Oberschenkel
Ballon-Angioplastie	8-836.0r	8-836.0t
Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon)	8-836.1j	8-836.1m
Laser-Angioplastie	8-836.2j	8-836.2m
Atherektomie	8-836.3j	8-836.3m
Fremdkörperentfernung	8-836.6j	8-836.6m
Selektive Thrombolyse	8-836.7j	8-836.7m
Thrombektomie	8-836.8j	8-836.8m
Rotationsthrombektomie	8-836.pj	8-836.pm
Kryoplastie	8-836.rj	8-836.rm

Die Eingruppierung dieser Fälle erfolgt unabhängig von einer der benannten Hauptdiagnosen in Abhängigkeit von der Lokalisation in DRGs der Basis-DRG F59.

(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention	And. Venen abd/pelvin	Venen Oberschenkel
Ballon-Angioplastie	F59E	F59E
Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon)	F59D	F59D
Laser-Angioplastie	F59D	F59D
Atherektomie	F59C	F59D
Fremdkörperentfernung	F59E	F59E
Selektive Thrombolyse	F59C	F59C
Thrombektomie	F59E	F59E
Rotationsthrombektomie	F59B	F59B
Kryoplastie	F56B	F56B

Die Kodierung von typischen Stents bzw. Stentgrafts erfolgt nach dem folgenden Schema:

Art des Stents	OPS Viersteller	+	Anzahl Stents	OPS 5. Stelle	+	Anzahl Stents	OPS 6. Stelle
BMS	8-840-		1 Stent	-0-		And. Vv. abd/pelvin	-r
DES	8-841-		2 Stent	-1-		Vv. Ober- schenkel	-t
Stent-Graft	8-842-		3 Stent	-2-			
Ungecov. großl. Stent	8-849-		4 Stent	-3-			
Gecov. großl. Stent	8-84a-		5 Stent	-4-			
			> 5 Stents	-5-			

Auch hier erfolgt die Eingruppierung in die unterschiedlichen DRG-Splits C und D:

OPS	Art der Stents	Anzahl	And. Venen abd/pelvin	Venen Oberschenkel
8-840-	BMS	1 - 4	F59D	F59D
	BMS	> 4	F59C	F59C
8-841-	DES	1 - 4	F59D	F59D
	DES	> 4	F59C	F59C
8-842-	Stent-Graft	1	F59D	F59D
	Stent-Graft	> 1	F59C	F59C
8-849-	Ungecov. großl. Stent	> 0	F59D	F59D
8-84a-	Gecov. großl. Stent	1	F59D	F59D
	Gecov. großl. Stent	> 1	F59C	F59C

Die zum Teil nicht unerheblichen Kosten des venösen Stentings werden dabei nur unvollständig finanziert.

ANHANG:
WICHTIGE aG-DRG-PAUSCHALEN 2025
FÜR GEFÄSSINTERVENTIONEN BEI PAVK

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	KAT MVWD	UGVD (1. Tag Abschl)	Kurzl Abschl	OGVD (1. Tag Zuschl)	Langl Zuschl
F14A	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit äußerst schweren CC	4,543	23,2	7	0,325	41	0,078
F14B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe, ohne äußerst schwere CC	2,237	11,3	3	0,259	24	0,064
F59A	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC	3,294	19,0	5	0,367	36	0,081
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit aufwendiger Gefäßintervention, ohne äußerst schwere CC	1,783	4,3	1	0,719	11	0,165
F59C	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit aufwendigem Eingriff oder Mehrfacheingriff oder bestimmter Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag	1,605	6,1	1	0,587	14	0,091
F59D	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit bestimmtem Eingriff oder anderem Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag oder mit pAVK mit Gangrän, mehr als ein Belegungstag	1,226	5,5	1	0,497	14	0,088
F59E	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwend. Gefäßinterv., mit best. anderen Eingriff oder best. Mehrfacheingriff oder PTA, mehr als ein Belegungstag, ohne aufwendigen oder bestimmten Eingr., Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag	0,944	4,1	1	0,350	10	0,101
F59F	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, ohne aufwendigen, bestimmten oder bestimmten anderen Eingriff, ohne Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag	0,720	3,0	1	0,232	7	0,117

Berechnungsgrundlage Erlöse:

2024: Bundesbasisfallwert 2024 (4.210,59 €)

2025: Bundesbasisfallwert 2024 zzgl. Veränderungsrate von 4,41 % (4.396,28 €)

Ausgewählte Zusatzentgelte für Gefäßinterventionen bei pAVK

OPS VERSION 2025					
ZE	BEZEICHNUNG	ZE	OPS-KODE	OPS TEXT	BETRAG
ZE137	Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen		8-836.02	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Schulter und Oberarm	
			8-836.03	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterarm	
			8-836.08	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Gefäße thorakal	
			8-836.0a	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße viszeral	
			8-836.0c	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterschenkel	
			8-836.0e	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Künstliche Gefäße	
			8-836.0q	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Arterien abdominal und pelvin	
			8-836.0r	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Venen abdominal und pelvin	
			8-836.0s	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	
			8-836.0t	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Venen Oberschenkel	
		ZE137.01	8-83b.ba	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentefreisetzender Ballon an anderen Gefäßen	101,20 €
		ZE137.02	8-83b.bb	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen	496,85 €
		ZE137.03	8-83b.bc	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Drei medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen	892,50 €
		ZE137.04	8-83b.bd	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Vier oder mehr medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen	1.288,15 €

Embolisation mit Vascular Plugs

OPS VERSION 2025					
ZE	BEZEICHNUNG	ZE	OPS-KODE	OPS TEXT	BETRAG
ZE105	Selektive Embolisation mit Metallschrauben (Coils) an Kopf, Hals (intra- und extrakraniell) und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlusskörper		8-836.m0	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallschrauben: Gefäße intrakraniell	
			8-836.m1	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallschrauben: Gefäße Kopf extrakraniell und Hals	
			8-836.mf	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallschrauben: Gefäße spinal	
			8-83b.34	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikroschrauben zur selektiven Embolisation: Nicht gecoverter großlumiger Gefäßverschlusskörper [Vascular Plug]	
			8-83b.35	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikroschrauben zur selektiven Embolisation: Großvolumige Metallschrauben [Volumencoils]	
			8-83b.38	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikroschrauben zur selektiven Embolisation: Gecoverter großlumiger Gefäßverschlusskörper [Vascular Plug]	
		ZE105.01	8-836.n1	1 Metallschraube	216,87 €
		ZE105.02	8-836.n2	2 Metallschrauben	433,74 €
		ZE105.03	8-836.n3	3 Metallschrauben	650,61 €
		ZE105.04	8-836.n4	4 Metallschrauben	867,48 €
		ZE105.05	8-836.n5	5 Metallschrauben	1.084,35 €
		ZE105.06	8-836.n6	6 Metallschrauben	1.301,22 €
		ZE105.07	8-836.n7	7 Metallschrauben	1.518,09 €
		ZE105.08	8-836.n8	8 Metallschrauben	1.734,96 €
		ZE105.09	8-836.n9	9 Metallschrauben	1.951,83 €
		ZE105.10	8-836.na	10 Metallschrauben	2.168,70 €
		ZE105.11	8-836.nb	11 Metallschrauben	2.370,61 €
		ZE105.12	8-836.nc	12 Metallschrauben	2.602,44 €
		ZE105.13	8-836.nd	13 Metallschrauben	2.819,31 €
		ZE105.14	8-836.ne	14 Metallschrauben	3.036,18 €
		ZE105.15	8-836.nf	15 Metallschrauben	3.253,05 €
		ZE105.16	8-836.ng	16 Metallschrauben	3.469,92 €
		ZE105.17	8-836.nh	17 Metallschrauben	3.686,79 €

ZE105

Selektive Embolisation mit Metallschrauben (Coils) an Kopf, Hals (intra- und extrakraniell) und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlusskörper

ZE105.18	8-836.nj	18 Metallschrauben	3.903,66 €
ZE105.19	8-836.nk	19 Metallschrauben	4.120,53 €
ZE105.20	8-836.nm	20 Metallschrauben	4.337,40 €
ZE105.21		Siehe weitere Differenzierung ZE105.22 - ZE105.29	
ZE105.22	8-836.np	21 Metallschrauben	4.554,27 €
ZE105.23	8-836.nq	22 Metallschrauben	4.771,14 €
ZE105.24	8-836.nr	23 Metallschrauben	4.988,01 €
ZE105.25	8-836.ns	24 Metallschrauben	5.204,88 €
ZE105.26	8-836.nt	25 Metallschrauben	5.421,75 €
ZE105.27	8-836.nu	26 Metallschrauben	5.638,62 €
ZE105.28	8-836.nv	27 Metallschrauben	5.855,49 €
ZE105.29	8-836.nw	Siehe weitere Differenzierung ZE105.30 - ZE105.45	
ZE105.30	8-83c.j0	28 Metallschrauben	6.072,36 €
ZE105.31	8-83c.j1	29 bis 31 Metallschrauben	6.506,10 €
ZE105.32	8-83c.j2	32 bis 34 Metallschrauben	7.156,71 €
ZE105.33	8-83c.j3	35 bis 37 Metallschrauben	7.807,32 €
ZE105.34	8-83c.j4	38 bis 40 Metallschrauben	8.457,93 €
ZE105.35	8-83c.j5	41 bis 45 Metallschrauben	9.325,41 €
ZE105.36	8-83c.j6	46 bis 50 Metallschrauben	10.409,76 €
ZE105.37	8-83c.j7	51 bis 55 Metallschrauben	11.494,11 €
ZE105.38	8-83c.j8	56 bis 60 Metallschrauben	12.578,46 €
ZE105.39	8-83c.j9	61 bis 65 Metallschrauben	13.662,81 €
ZE105.40	8-83c.ja	66 bis 70 Metallschrauben	14.747,16 €
ZE105.41	8-83c.jb	71 bis 80 Metallschrauben	16.048,38 €
ZE105.42	8-83c.jc	81 bis 90 Metallschrauben	18.217,08 €
ZE105.43	8-83c.jd	91 bis 120 Metallschrauben	21.687,00 €
ZE105.44	8-83c.je	121 bis 150 Metallschrauben	28.409,97 €
ZE105.45	8-83c.jf	151 oder mehr Metallschrauben	32.747,37 €

GLOSSAR / ABKÜRZUNGEN

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

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

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

BfArM: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

BMG: Bundesministerium für Gesundheit

BMS: Bare metal stent (nicht medikamentefreisetzender Stent)

BWR: Bewertungsrelation

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

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

DES: Drug eluting stent (medikamentefreisetzender Stent)

DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

FÄ: Fachärzte

FF.: und folgende (untergeordnete Codes)

(G)-DRG: (German) Diagnosis Related Groups (Fallpauschalensystem)

ICD-10-GM: International Classification of Diseases 10, German Modification

IGES: Institut für Gesundheits- und Sozialforschung

InEK: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

Kat-BWR: Katalog-Bewertungsrelation

KHVVG: Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

Kurzl Abschl: Abschlag pro Tag bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer

KV: Kassenärztliche Vereinigung

Langl Zuschl: Zuschlag pro Tag bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer

LG: Leistungsgruppe

MDC: Major Diagnosis Category (Hauptdiagnosekategorie)

MVWD: Mittlere Verweildauer

OGVD: Obere Grenzverweildauer

OPS: Operationenschlüssel (Prozedurenklassifikationssystem)

PAVK: Periphere arterielle Verschlusskrankheit

PCCL: Patient Comorbidity and Complexity Level (fallbezogener Gesamtschweregrad)

PTA: Perkutan-transluminale Angioplastie (Ballon-Angioplastie)

r-DRG: residuale Fallpauschale

RFR: Resting Full-Cycle Ratio

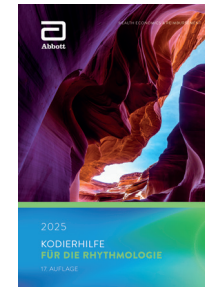
UGVD: Untere Grenzverweildauer

ZE: Zusatzentgelt

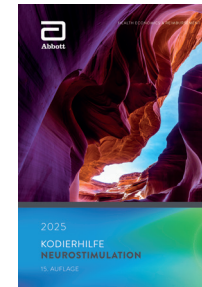
QUELLEN

1. **AOP Katalog:** https://www.kbv.de/media/sp/AOP-Vertrag_Anlage_1.pdf
2. **Veränderungswert:** <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/orientierungswert/orientierungswert.jsp>
3. **ICD 10 GM Version 2025 Systematisches Verzeichnis:** https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html#anker-ops-downloads
4. **Kodierfragen zur ICD-10-GM:** https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Kodierfragen/ICD-10-GM/_node.html
5. **OPS Version 2025 Systematisches Verzeichnis:** https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/klassifikationen/ops/version2025/ops2025syst-pdf.zip.html?nn=841246&cms_dlConfirm=true&cms_calledFromDoc=841246
6. **Fallpauschalenkatalog 2025:** <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2025/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-2025>

DAS KÖNNTE SIE AUCH INTERESSIEREN



Kodierhilfe
Rhythmologie



Kodierhilfe
Neurostimulation



Kodierhilfe
Koronarinterventionen – PCI



Kodierhilfe
Structural Heart

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

Weitere Informationen und Kodierhinweise finden Sie unter:

www.cardiovascular.abbott/int/en/hcp/reimbursement/europe.html

Rechtlicher Hinweis: Dieses Material und die darin enthaltenen Informationen dienen nur allgemeinen Informationszwecken und sind nicht als Rechts-, Vergütungs-, Geschäfts-, klinische oder sonstige Beratung gedacht und stellen keine dar. Darüber hinaus ist weder eine Zusicherung oder Garantie für eine Vergütung, Zahlung oder Belastung beabsichtigt oder garantiert, noch dass eine Rückerstattung oder andere Zahlung erfolgen wird. Es ist nicht beabsichtigt, die Vergütung durch einen Kostenträger zu erhöhen oder zu maximieren. Ebenso sollte nichts in diesem Dokument als Anleitung zur Auswahl eines bestimmten Kodes angesehen werden, und Abbott befürwortet oder garantiert nicht die Korrektheit der Verwendung eines bestimmten Kodes. Die letztendliche Verantwortung für die Kodierung und den Erhalt der Vergütung verbleibt beim Kunden. Dies schließt die Verantwortung für die Genauigkeit und Richtigkeit aller Kodierungen und Ansprüche ein, die an Drittzahler übermittelt werden. Darüber hinaus sollte der Kunde beachten, dass Gesetze, Vorschriften und Vergütungsrichtlinien komplex sind und häufig aktualisiert werden, und der Kunde sollte sich daher häufig bei seinen örtlichen Kostenträgern erkundigen und sich an einen Rechtsbeistand oder einen Finanz-, Kodierungs- oder Kostenerstattungsspezialist für alle Fragen im Zusammenhang mit Kodierung, Abrechnung, Kostenerstattung oder damit zusammenhängenden Problemen wenden. Dieses Material reproduziert Informationen nur zu Referenzzwecken. Es wird nicht für Marketingzwecke bereitgestellt oder autorisiert.

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

WIR FÜR SIE



DR. CHRISTOPH RATH

Manager DACH

Health Economics & Reimbursement

Mobil: +49 170 - 33 39 519



JANNIS RADELEFF

Head of Health Economics &

Reimbursement DACH

Telefon: +49 (0) 6196 7711-144

IHR ANSPRECHPARTNER

Abbott Medical GmbH

Schanzenfeldstrasse 2

35578 Wetzlar

Tel: +49 6441 87075 0

ACHTUNG: Dieses Produkt ist für die Verwendung durch einen Arzt oder unter dessen Anleitung bestimmt. Lesen Sie vor der Verwendung die Gebrauchsanweisung in der Produktverpackung (sofern verfügbar) oder unter manuals.eifu.abbott, um ausführlichere Informationen zu Indikationen, Kontraindikationen, Warnhinweisen, Vorsichtsmaßnahmen und Nebenwirkungen zu erhalten. Dieses Material ist nur für die Verwendung durch medizinisches Fachpersonal bestimmt.

Hierin enthaltene Informationen sind ausschließlich zur Veröffentlichung in Deutschland bestimmt.

Archivierung der Daten und Fotoaufnahmen durch Abbott Medical.

Abbott Medical

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

™ kennzeichnet eine Marke der Abbott Unternehmensgruppe.

www.cardiovascular.abbott

© 2025 Abbott. Alle Rechte vorbehalten. MAT-2414836 v3.0

