

## Vorwort

Angiologische Erkrankungen sind wesentlich häufiger als gemeinhin akzeptiert. Alleine die chronischen Venenleiden verursachen einen hohen volkswirtschaftlichen Schaden und sind für die Patienten sehr einschränkend. Nicht viel anders verhält es sich mit den arteriellen Erkrankungen. Dabei werden wir nicht zuletzt durch die Entwicklung der Altersstruktur und der sogenannten Wohlstandskrankheiten vor stetig wachsende Patientenzahlen gestellt.

Nicht immer ist die Zuordnung angiologischer Krankheitsbilder zum Fachgebiet „Angiologie“ einfach oder eindeutig. Es bestehen Überschneidungen mit den vaskulären Erkrankungen an Herz (Kardiologie) und Nervensystem (Neurologie/Neurochirurgie), Teilaspekten bei Venen-/Lymphgefäßleiden (Dermatologie), sowie eine enge Zusammenarbeit mit der Gefäßchirurgie und den internistischen Teilgebieten, die ätiologisch beteiligt sind (z. B. Rheumatologie, Diabetologie etc.). Dieser Zuordnungs-Aspekt wird in dem vorliegenden Kodierleitfaden komplett ignoriert werden, da die Fachgebietszugehörigkeit die Verschlüsselung und Abrechnung nicht berührt.

Bezüglich der Abrechnung im DRG-System steht die Angiologie wie fast keine andere Disziplin im Spannungsfeld von ambulanten und stationersetzenden Maßnahmen. Größere Veränderungen der Kodierung sind nicht passiert. Das DRG-Jahr 2023 wirft die Schatten anstehender Veränderungen voraus:

Der Gesetzgeber forciert die Ambulantisierung der Medizin. Nachdem das IGES-Gutachten zur ambulanten Leistungserbringung an quasi allen Stellen relevantes Potenzial aufgezeigt hat – und 2022 die Umsetzung noch ausgesetzt wurde – sind für 2023 erstmals 208 neue Codes in den Katalog aufgenommen worden und die Statusunterteilung (1 vs. 2) ist im Zuge der Kontextfaktoren weggefallen. Der nächste Schritt (noch 2023) ist der Beginn der sektorgleichen Vergütung und Anfang 2024 werden die nächsten OPS folgen. Aus kardiologischer Sicht am enttäuschendsten ist si-

cherlich, dass die ILR noch immer nicht ihren Weg in den Katalog gefunden haben. Angesichts der Tatsache, dass einer der Hauptgründe der Ablehnung der Vergütung das Argument der fehlenden Abbildung ist, kann es sich hier nur um einen unabsichtlichen Zufall handeln.

Die Auswirkungen von Corona halten an – im Katalog gleich auf 2 Wegen: Zum einen ist die Datenbasis wieder das letzte Jahr. Damit sind aber die Materialkosten in den allermeisten DRG im Vergleich zum Vorjahr massiv gesunken. Zum anderen ist erstmals die Mengenveränderung der Leistungsentwicklung in Form eines Dämpfungsfaktors in verschiedenen (nicht allen) DRG-Konstellationen wirksam.

Zu guter Letzt sind die Auswirkungen der Ausgliederung der Pflegekosten in dieser Kalkulationsrunde dahingehend spürbar geworden, als dass auf allen Seiten Unsicherheit herrschte, welche Kostenentwicklungen „echt“ waren, welche „nur auf dem Papier“ (= Umbuchungen) und welche Fehlzusweisungen. In der Konsequenz gab es – zum zweiten Mal in der Geschichte des DRG (!) – eine Ersatzvornahme des BMG.

Eine angiologische Abteilung sollte in Ihrer Dokumentation einen hohen Wert auf Genauigkeit und Verständlichkeit legen: der medizinische Sachverhalt ist komplex und Kodierer sind keine Fachärzte. Sie benötigen daher einfache Angaben, welche Maßnahmen am Patienten durchgeführt wurden bzw. welche Diagnosen behandelt wurden. Dies kann im einfachsten Fall bereits den Erfolg oder Misserfolg beim Streit um primäre und sekundäre Fehlbelegung bedeuten. Kodierfehler werden nicht mehr ausgeglichen. Im Zweifel werden keine Erlöse für angefallene Kosten generiert.

Scheuen Sie nicht die Kontaktaufnahme mit den Autoren, da interpretierbare Kodierungen und knifflige Fallkonstellationen von Ihrem Feedback leben. Ein Dank vorab an alle Leser für Ihre Kommentare und Hinweise.

Heidelberg, Januar 2023

Lutz Frankenstein,  
Tobias Täger & Martin Andrassy