



2023

**KODIERHILFE
HEART FAILURE**

2. 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 Veränderungen für das aG-DRG System 2023	5–9
Besonderheiten der aG-DRG-Kalkulation 2023	5
Bundesbasisfallwert	6
Ambulantisierung bisher stationärer Leistungen	7
Perspektiven der stationären Finanzierung	9
Take Home Messages	9
I	
Was ist Herzinsuffizienz?	10–11
Continuum of Care	12
II	
Implantierbarer Defibrillator im stationären Bereich	13–16
Der Gruppierungsalgorithmus für Defibrillatoren	13
ag-DRGs für Defibrillatoren	14
Prozeduren für 1- und 2-Kammer ICDs sowie 3-Kammer ICDs (CRT-D)	15–16
Implantierbarer Defibrillator im ambulanten Bereich – EBM 2000	17–18
III	
Pulmonal-Arterien Drucksensor	19
IV	
Katheterbasierte Trikuspidalklappentherapie	20
Katheterbasierte Mitralklappentherapie	21
Mitralklappen Transkatheter Ersatz	22
Herzunterstützungssystem (VAS) und Extra-Korporale Membranoxygenierung (ECMO)	23–25
Linksherzunterstützungssystem (LVAS)	26–27
Zusatzentgelte (ZE)	28
Prozedurenverzeichnis	29–31
Ausgewählte Diagnosecodes	32–36
Häufige Nebendiagnosen	36–37
Glossar	38–39
Quellen	39
Das könnte Sie auch interessieren	40
Wir für Sie	41

ALLGEMEINE VERÄNDERUNG FÜR DAS AG-DRG-SYSTEM 2023

Die Regeln für die Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen sind jährlichen Änderungen unterworfen. Auch für das Jahr 2023 finden sich wieder Anpassungen der Klassifikationssysteme ICD und OPS sowie Überarbeitungen der DRG-Systematik.

Zusätzlich zu den spezifischen Änderungen in den Klassifikationssystemen und den Veränderungen in den DRG-Algorithmen kommen für das Jahr 2023 noch 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, zum anderen kommen aber auch neue politische Herausforderungen wie die in voller Fahrt befindlichen Ambulantisierungsbestrebungen sowie die Tagespauschalen und die in Änderung befindliche stationäre Leistungsvergütung unter dem Stichwort „Große Krankenhausreform“ zum Tragen.

Nachdem mittlerweile das Gutachten des IGES zur Ausgestaltung der Ambulantisierung von Leistungen des bisher stationären Rahmens vorliegt, bleibt abzuwarten, wann und in welcher Form die Umsetzung durch die Selbstverwaltung erfolgen wird. Es ist zu erwarten, dass noch im Jahr 2023 zu den bisher im System der stationären Krankenhausfinanzierung bereits bekannten Herausforderungen zahlreiche und auch weitreichende Änderungen hinzukommen werden.

Im Rahmen dieser Kodierhilfe können nicht alle dieser hochkomplexen Aspekte ausführlich beschrieben werden, die wichtigsten allgemeinen Änderungen für das kommende Jahr haben wir jedoch kurz für Sie zusammengefasst.

Besonderheiten der aG-DRG-Kalkulation 2023

Das aG-DRG-System des jeweils kommenden Jahres beruhte bisher regelhaft auf der Auswertung der Kosten- und Leistungsdaten des jeweils vorletzten Jahres. Aufgrund der Besonderheiten des ersten Corona-Jahres 2020 hatten sich für die Vorjahreskalkulation erhebliche Veränderungen in der bundesdeutschen Leistungserbringung ergeben. Diese hatten dazu geführt, dass die Kosten- und Leistungsdaten dieses Jahres für die Kalkulation nicht geeignet waren. Das InEK hatte daher für das DRG-System 2022 eine zweistufige Kalkulation durchgeführt, bei der die bereits für das Jahr 2021 herangezogenen Daten der Kalkulationskrankenhäuser des Leistungsjahres 2019 im Sinne einer „Nachlese“ bisher nicht bearbeiteter Themenfelder noch einmal neu bearbeitet wurden.

Für das Jahr 2023 war ein vergleichbares Verfahren aus unterschiedlichen Gründen nicht sinnvoll durchführbar. Zum einen wäre eine erneute Kalkulation auf der Basis der mittlerweile sicher vollständig durchgearbeiteten Daten des Jahres 2019 nicht hilfreich gewesen, zum anderen besteht bereits aktuell für neue OPS-Kodes mit Einführung nach 2019 ein Umsetzungsstau, da die an

diese OPS-Kodes gekoppelten Kosten der Kliniken aufgrund der fehlenden Berücksichtigung in der Kalkulation auf alten Daten vom InEK nicht erkannt werden konnten.

Insofern hat das InEK die Kalkulation des aG-DRG-Systems 2023 wieder in bewährter Form auf den Kosten- und Leistungsdaten des Leistungsjahres 2021 durchgeführt. Auch dieses Jahr war in den Kliniken nicht unerheblich von den vielfältigen Aspekten des zweiten Coronajahres geprägt. Dieses hatte erhebliche Verschiebungen in den Fallzahlen von DRGs zur Folge, wobei die Entwicklung der Kosten in den DRGs mit größeren Fallzahlveränderungen nach Aussagen des InEK zumeist besonders ausgeprägt war. Um diese Problematik ohne große Verwerfungen in der bekannten DRG-Systematik lösen zu können, hat das InEK eine komplexe Dämpfungsmethodik entwickelt, bei welcher die aus veränderten Sachkosten und klassifikatorischen Umsetzungen resultierenden Kostenveränderungen direkt in die neuen DRGs umgesetzt wurden, die zum Teil überproportional sich entwickelten Restkosten in ihrer Auswirkung auf die Bewertungsrelationen in Stufen gedämpft wurden.

Die Folge ist ein DRG-System mit wenigen Auswirkungen auf Fallmigrationen zwischen unterschiedlichen DRGs. Das heißt, dass der weitaus größte Teil der Behandlungsfälle sowohl in 2022 als auch in 2023 in dieselben DRGs gruppiert werden. Das bedeutet nicht, dass die ökonomischen Auswirkungen des Systems 2023 ohne Relevanz bleiben. Vielmehr ist es so, dass viele Bestands-DRGs bei unverändertem DRG-Algorithmus deutlich abgewertet werden und nun der Zugewinn oder vielfach eher der Verlust an Erlösen individuell aus den Klinikdaten ermittelt werden muss.

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 dabei 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 Grunde liegt zum Jahreswechsel 2022/23 noch kein aktueller Bundesbasisfallwert vor. Für die Gruppierungsbeispiele dieser Kodierhilfe werden Fälle des Jahres 2022 immer mit dem in diesem Jahr gültigen Bundesbasisfallwert bewertet. Dieser beläuft sich auf 3.833,07 €. Für das Jahr 2023 erfolgt behelfsweise eine Berechnung mit einem Basisfallwert, welcher durch eine Erhöhung des Wertes aus 2022 um die 4,32% des Veränderungswertes 2023¹⁾ ermittelt wurde und somit bei 3.998,66 € liegt. Es ist davon auszugehen, dass der endgültige Wert hiervon abweichen wird, da mit der Umstellung der Berechnung die automatische Anwendung des Verän-

derungswertes auf den Bundesbasisfallwert aufgehoben wurde. Insofern dienen die hier dargestellten Erlöse als Orientierung sollten aber nicht als garantierte Vergütung verstanden werden.

Ambulantisierung bisher stationärer Leistungen

Mit dem MDK-Reformgesetz wurden die Partner der Selbstverwaltung aufgefordert, zur Optimierung der Verlagerung bisher stationär erbrachter Leistungen in den ambulanten Sektor, ein externes Gutachten zu vergeben. Den Zuschlag erhielt in der weiteren Folge das IGES, welches seine Ergebnisse mittlerweile veröffentlicht hat.

Ende Dezember 2022 erfolgte die Umsetzung des Gutachtens durch die Selbstverwaltung. Dabei sind die bisher bekannten Kategorien 1 und 2 weggefallen und wurden durch die im Weiteren noch kurz skizzierte Kontextprüfung ersetzt. Viele der im IGES-Gutachten benannten ambulant erbringbaren Leistungen fanden in der Umsetzung des Gutachtens für das Jahr 2023 keinen Einzug in den Katalog. Es bleibt für die Auflistung von ambulant erbringbaren Leistungen weiterhin bei einer reinen OPS-Selektion, welche für 2023 in die bekannten Abschnitte 1 bis 3 gegliedert ist.

Der Bereich Heart Failure ist zum aktuellen Zeitpunkt von diesem Umbau nur wenig betroffen. Dazu zählen beispielsweise Aggregatentfernungen und -wechsel von Defibrillatoren. Die vollständige Auflistung können Sie der Anlage 1 des AOP-Vertrages entnehmen.

Grundsätzlich entfallen bei der neuen Form des AOP-Kataloges die Kategorien 1 und 2 und die G-AEP-Kriterien. Diese dienten bisher dazu, nicht in der Kodierung erfassbare Begleitumstände zu beschreiben, welche einer ambulanten Leistungserbringung im Wege standen und werden durch die später dargestellten Kontextfaktoren ersetzt.

Die neue Kontextprüfung verläuft vereinfacht dargestellt so, dass zunächst auf der Ebene von OPS-Kodes Fälle identifiziert werden, welche zum ambulanten Potenzial gerechnet werden. In weiteren Schritten wird dann geprüft, ob OPS-Kodes oder andere Kriterien, wie auch Nebendiagnosen im Fall kodiert worden sind, welche dann in den Ausschlusskriterien aufzufinden sind. Dabei führt die Selbstverwaltung in einigen Bereichen z. B. höhere Pflegegrade und Funktionseinschränkungen als stationäre Begründungen an. Aktuell enthalten die Kontextfaktoren folgende thematische Bereiche:

Stationäre Begründung durch ICD-Kodes (Haupt- oder Nebendiagnose)

Mehr als 1.400 ICD-Kodes werden hier gelistet. Für das Fach der Kardiologie finden sich hier beispielhaft akute myokardiale Infarkte, wobei die instabile Angina pectoris nicht Teil der Auflistung ist. Auch entzündliche Erkrankungen des Herzens werden hier aufgeführt.

Stationäre Begründung durch OPS-Kodes

In der Liste der OPS-Kodes, welche eine stationäre Behandlung begründen können, finden sich ausschließlich OPS-Kodes des Kapitels 5 des OPS-Katalogs.

Funktionseinschränkungen

Für die stationär begründenden Funktionseinschränkungen wurden die nachfolgenden ICD-Kodes definiert.

ICD-KODE	OPS-TEXT
U50.40	Schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 20–35 Punkte
U50.41	Schwere motorische Funktionseinschränkung: Motorischer FIM: 31–42 Punkte
U50.50	Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 0–15 Punkte
U50.51	Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung: Motorischer FIM: 13–30 Punkte
U51.20	Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Erweiterter Barthel-Index: 0–15 Punkte
U51.21	Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Kognitiver FIM: 5–10 Punkte
U51.22	Schwere kognitive Funktionseinschränkung: MMSE: 0–16 Punkte

In der interventionellen Kardiologie werden diese Kriterien nur in wenigen Fällen relevant sein, um die Notwendigkeit der stationären Leistungserbringung begründen zu können.

Pflegegrad

Bei den Pflegegraden finden lediglich die Grade 4 und 5 in der Auflistung der Selbstverwaltung Niederschlag.

ICD-KODE	OPS-TEXT
9-984.9	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4
9-984.a	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5

Beatmung

Beatmete Fälle werden automatisch aus der Bewertung als ambulant erbringbare Konstellationen ausgeschlossen.

Untere Altersgrenze

Die untere Altersgrenze wird von der Selbstverwaltung sehr niedrig angesetzt: „Bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres kann eine stationäre Durchführung einer Leistung begründet sein.“ Hier findet sich für die interventionelle Kardiologie sicher keine Relevanz.

Perspektiven der stationären Finanzierung

Auch wenn hier aufgrund der höchst volatilen Situation keine abschließenden Aussagen getroffen werden können, so ist doch davon auszugehen, dass die sogenannte „Große Krankenhausreform“ in der einen oder anderen Form Realität werden wird.

Die Diskussion um die aus der DRG-Vergütung auszukoppelnden Vorhaltekosten wird dabei vermutlich ebenso in weiteren Herausforderungen münden wie auch die geplanten Hybrid- und Tages-DRGs. Bereits die vergangenen DRG-Überarbeitungen seit Aussteuerung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System waren geprägt vom Streit um eine von der einen Seite postulierten und der anderen Seite bestrittenen Doppelfinanzierung von mehr oder weniger großen Anteilen der Pflegepersonalkosten. Insofern bleibt es spannend, wie diese neuen Herausforderungen von der Politik angenommen und gelöst oder den Akteuren vor Ort zur Klärung überlassen werden.

TAKE HOME MESSAGES

ZU DEN ALLGEMEINEN ÄNDERUNGEN DES AG-DRG-SYSTEMS 2023

Besonderheiten der aG-DRG-Kalkulation 2023

Erstmalig wieder erfolgt die Kalkulation des aG-DRG-Systems auf den zwei Jahre alten Kosten- und Leistungsdaten der Kliniken. Zur Abmilderung der sich aus den Daten des zweiten Corona-Jahres ergebenden Verwerfungen in der Kostenstruktur insbesondere hinsichtlich der Fallzahlen deutlich verschobener DRGs hat das InEK eine neue Dämpfungsmethodik entwickelt. Inwieweit diese Dämpfung dafür verantwortlich ist, dass in vielen Leistungsbereichen mit zumindest gefühlt deutlich höheren Kosten im Jahr 2021 nun doch eher Abwertungen stattfinden, kann nur mit den Daten des InEK beurteilt werden.

Ambulantisierung bisher stationärer Leistungen

Auch wenn die Selbstverwaltung nur teilweise bei der Aufnahme kardiologisch-interventioneller OPS-Kodes in den AOP-Katalog dem Gutachten des IGES gefolgt ist, so führt die Kontextprüfung möglicherweise zu Problemen in der Durchsetzung dieser Leistungen im gewohnt stationären Rahmen.

Perspektiven der stationären Finanzierung

Aktuell ist die politische Entwicklung außerordentlich dynamisch und die zum Teil derzeit noch vorläufigen Ergebnisse fügen sich in die bisher gültigen Rahmenbedingungen nicht immer ein. Es bleibt abzuwarten, inwieweit die neuen Konstrukte der Vorhaltefinanzierung, Hybrid- und Tages-DRGs die Vergütungsrealität verändern werden.

WAS IST HERZINSUFFIZIENZ?

Nimmt die Leistungsfähigkeit des Herzens ab, sprechen Mediziner:innen von einer Herzinsuffizienz, einer Herzschwäche, englisch Heart Failure oder kurz HF. Dabei ist das Herz nicht mehr in der Lage, den Körper ausreichend mit Blut und dadurch mit genug Sauerstoff zu versorgen. In der Folge ist der menschliche Organismus nicht mehr so leistungsfähig, was im Laufe der Zeit lebensbedrohlich werden kann. Die häufigste Ursache für eine Herzinsuffizienz ist die koronare Herzkrankheit, kurz KHK. Dabei handelt es sich um eine Verkalkung der Herzkranzgefäße. Aber auch aus Bluthochdruck (Hypertonie), Herzrhythmusstörungen sowie Defekten der Herzscheidewand und Herzklappenfehlern kann eine Herzinsuffizienz resultieren. Darüber hinaus begünstigen Stress und Alkohol- sowie Medikamentenmissbrauch Herzmuskelentzündungen, die ebenfalls eine Herzinsuffizienz auslösen können. Nicht bei allen Betroffenen äußert sich die Krankheit auf die gleiche Weise: Während sie sich manchmal über Jahre hinweg versteckt entwickelt, zeigen sich in anderen Fällen deutliche Symptome wie Atemnot, Leistungseinschränkung oder Wassereinlagerungen in den Beinen und der Lunge.

Obwohl die Erkrankung nicht heilbar ist, kann ihr Fortschreiten – früh genug erkannt – verlangsamt werden. Entsprechend wichtig ist eine kontinuierliche Beobachtung und Versorgung der Patient:innen.

WELCHE SYMPTOME TRETEN BEI EINER HERZINSUFFIZIENZ AUF?

Da sich eine Herzschwäche bei jeder Patient:in unterschiedlich entwickelt, wird sie oftmals erst spät diagnostiziert. Erschwerend kommt hinzu, dass einige Symptome zu Beginn nicht ernst genommen werden, da sie auch auf andere Ursachen, wie z.B. das Alter, zurückgeführt werden könnten. Zu den häufigsten Anzeichen einer beginnenden Herzinsuffizienz zählen eine verringerte Leistungsfähigkeit und verstärkte Müdigkeit. Auch kommen Betroffene schneller außer Atem und verspüren im Liegen eine Atemnot. Aufgrund von Wassereinlagerungen schwellen Füße und Knöchel an, es erfolgt eine Gewichtszunahme, obwohl nicht mehr als gewöhnlich gegessen wurde. Auch vermehrtes Wasserlassen in der Nacht kann auf eine Erkrankung hindeuten.

WIE UNTERTEILT MAN EINE HERZINSUFFIZIENZ?

Um eine Herzschwäche zu klassifizieren, wird ihr Schweregrad nach den Empfehlungen der New York Heart Association eingeteilt, den sogenannten NYHA-Stadien.

- NYHA Stadium I – Ohne Beschwerden
- NYHA Stadium II – Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung
- NYHA Stadium III – Mit Beschwerden bei leichterer Belastung
- NYHA Stadium IV – Mit Beschwerden in Ruhe

WIE LÄSST SICH EINE HERZINSUFFIZIENZ BEHANDELN?

Während eine akute Herzschwäche eine sofortige Einweisung erfordert, ist eine chronische mit unterschiedlichen Methoden behandelbar. Das Ziel ist es ein Fortschreiten der Krankheit zu verhindern sowie das Herz zu entlasten, um die Lebensqualität der Patient:in möglichst hoch zu halten. Im besten Fall kann der Auslöser der Herzinsuffizienz therapiert werden, zudem finden auch Begleiterkrankungen Berücksichtigung, um eine ganzheitliche Therapie zu ermöglichen. Engmaschige Kontrollen, bei denen die Therapie gegebenenfalls angepasst wird, sind von zentraler Bedeutung.

Neben einer medikamentösen Therapie, mit der beispielsweise der Bluthochdruck reguliert oder das Blut verdünnt wird, stellen Herzschrittmacher und ICDs, implantierbare Kardioverter-Defibrillatoren eine Option dar. Haben Patient:innen einen sogenannten Linksschenkelblock entwickelt, was eine Störung der elektrischen Impulse im Herzen zur Folge hat, sind oft die Herzkammern vergrößert. Die linke Herzkammer pumpt dadurch nicht mehr im Takt, wodurch sich die Herzleistung zusätzlich verringert. In diesen Fällen implantieren Mediziner:innen oftmals ein System zur Resynchronisationstherapie, kurz CRT. Diese ICDs stoppen lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen und sorgen dafür, dass die Herzkammern wieder im Takt schlagen und sich die Pumpleistung verbessert. Zudem können diese Implantate im Falle eines Falles einen lebensrettenden Kardioversions-/Defibrillations-Shocks abgeben.

Ist ein Herzklappendefekt der Grund für die Herzinsuffizienz, gibt es Möglichkeiten, die Herzklappen entweder zu reparieren oder auszutauschen, damit sie ihre wichtige Arbeit wieder adäquat aufnehmen können.

Wenn sich eine Herzinsuffizienz verschlimmert, wird eine Krankenhausaufnahme häufig unabwendbar. Moderne Telemedizin, über ein kleines Implantat, ermöglicht auch aus der Ferne eine engmaschige Kontrolle des Lungenarteriendruckes und gibt dem Arzt/der Ärztin die Möglichkeit, die Therapie bei Veränderung der Situation anzupassen und so eine Hospitalisierung zu vermeiden.

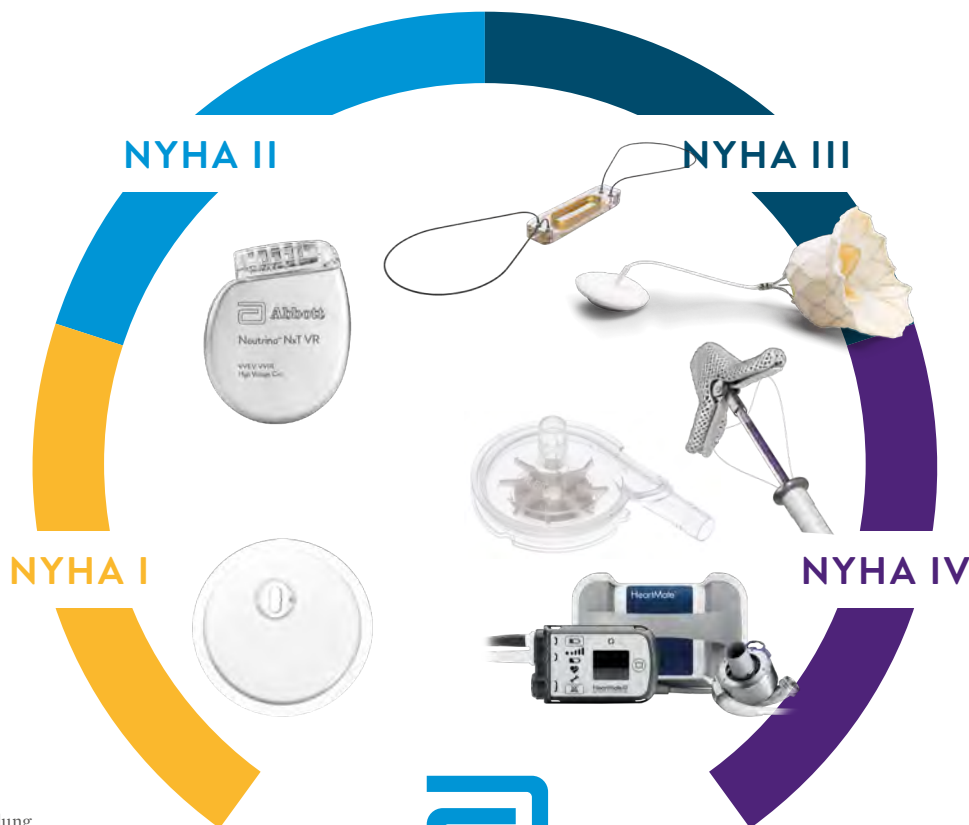
Eine chronische, fortschreitende Herzinsuffizienz kann jahrelang behandelt werden, bis sie im Endstadium angekommen ist. Dort angekommen, stehen nur noch eine Herztransplantation oder die Implantation eines Herzunterstützungssystems als Optionen zur Verfügung, um den vorzeitigen Tod der Patient:in zu verhindern. Da in Deutschland jedoch nicht ausreichend Transplantationsorgane vorhanden sind, kommen oftmals die Herzunterstützungssysteme, kurz LVADs (Left Ventricular Assist Device) zum Einsatz.

Welche Therapie wann für die Patient:in in Frage kommt, ist abhängig von dem jeweiligen Krankheitsstadium und wird zusammen mit dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin festgelegt.

CONTINUUM OF CARE

Wir von Abbott möchten den Patient:innen eine ganzheitliche Versorgung ermöglichen. Im Bereich der Herzinsuffizienz ist dies von besonderer Bedeutung. Daher haben wir das Konzept des „Continuum of Care“ entwickelt. Dabei orientieren wir uns am Schweregrad der Herzschwäche, angelehnt an die Einteilung der New York Heart Association, also von NYHA I bis NYHA IV.

Das Ziel ist es, die Patient:in gezielt in ihrer Herzinsuffizienz aber auch in den vielen Begleiterkrankungen unterstützen zu können und ihr Therapiemöglichkeiten anzubieten. Dies beginnt bereits in NYHA Stadium I mit der kontinuierlichen Glukosemessung über den FreeStyle Libre Sensor, der zusammen mit dem FreeStyle Libre Messgerät die Patient:in in ihrer Diabeteserkrankung begleiten kann. Für Patient:innen, welche Beschwerden bei stärkerer Belastung verspüren, bietet Abbott ein Portfolio an implantierbaren Defibrillatoren und CRT-D Geräten an. In NYHA-Stadium III besteht die Möglichkeit mit Hilfe des CardioMEMS™ PA Sensor den Druck in der Pulmonalarterie zu überwachen, welcher wertvolle Hinweise liefern kann, die dem Arzt/der Ärztin helfen, die Medikation der Patient:in anzupassen. Des Weiteren bietet Abbott Produkte an, die Eingriffe an den Herzklappen wie eine Transkatheter-Aortenklappenimplantation, die Katheterbasierte Mitral- sowie Trikuspidalklappentherapie und den Mitralklappen Transkatheterersatz ermöglichen. Patient:innen in NYHA Stadium IV können mithilfe der Herzunterstützungssysteme CentriMag™ Acute Circulatory Support System oder HeartMate 3™ LVAD versorgt werden.

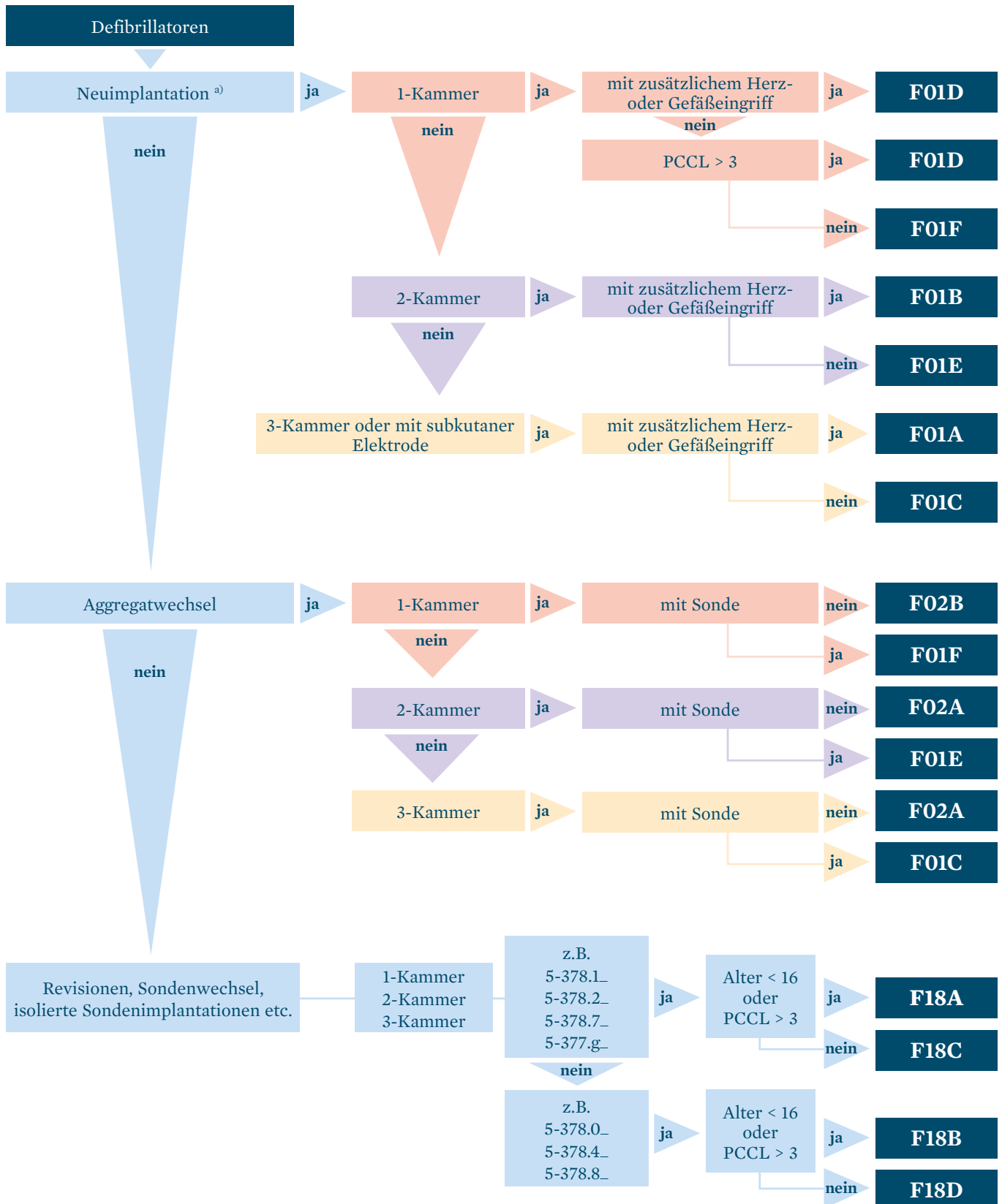


Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei lediglich um eine beispielhafte Darstellung handelt. Die Verwendung der Produkte ist nicht an die NYHA-Klasse gebunden.



IMPLANTIERBARER DEFIBRILLATOR IM STATIONÄREN BEREICH

Der Gruppierungsalgorithmus für Defibrillatoren



^{a)} Systemumstellungen (5-378.c.) werden wie Neuimplantationen behandelt

IMPLANTIERBARER DEFIBRILLATOR IM STATIONÄREN BEREICH

aG-DRGs²⁾ für Defibrillatoren

aG-DRG	Partition	Beschreibung	RG	uGVD ^{a)}	Abschlag pro Tag	oGVD ^{b)}	Entgelt bei einem Basisfallwert von 3.998,66 €
F01A	O	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stim. od. Defibrillator mit subk. Elektrode od. intrak. Pulsgen. mit kompliz. Fakt. od. myokardstim. Sys. od. aufwendige Sondenentf. mit kompliz. Fakt. od. Zweikammer-Stim. mit kompliz. Fakt.	4,997	4	1.460 €	26	19.981 €
F01B	O	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation mit komplizierenden Faktoren oder neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mehr als 24 Stunden mit komplizierenden Faktoren	3,861	4	1.388 €	24	15.439 €
F01C	O	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode oder intrakardialer Pulsgenerator, ohne komplizierende Faktoren oder Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie	3,084	2	1.763 €	14	12.332 €
F01D	O	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei- oder Einkammer-Stim. mit äußerst schweren CC oder Einkammer-Stim. mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder mit IntK > 392 / 368 / - AP oder best. Sondenentfernung oder Alter < 18 Jahre	3,488	4	1.468 €	24	13.947 €
F01E	O	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation oder aufwendige Sondenentfernung, ohne Implantation eines Drucksensors in Pulmonalarterie, ohne Implantation eines intrakardialen Puls-generators, Alter > 17 Jahre	2,433	2	2.663 €	13	9.729 €
F01F	O	Impl. Kardioverter / Defibrillator (AICD), Einkammer-Stimulation, ohne zusätzl. Herz- od. Gefäßeingriff, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne äuß. schw. CC, ohne aufw. Sondenentf., ohne Impl. Drucksens. in Pulmonalart., ohne Impl. Pulsgen., Alter > 17 J.	1,963	2	1.819 €	11	7.849 €
F02A	O	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Dreikammer-Stimulation	1,788	2	428 €	6	7.150 €
F02B	O	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Einkammer-Stimulation	1,468	2	636 €	6	5.870 €
F18A	O	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder mit aufwendiger Sondenentfernung	3,112	3	1.480 €	22	12.444 €
F18B	O	Revision Herzschrittmacher od. Kardioverter / Defibrillator (AICD) oh. Aggregatw., Alt. < 16 J. od. mit äuß. schw. CC, oh. kompl. Eingr., oh. aufwend. Sondenentf. od. Alt. > 15 J., oh. äuß. schw. CC mit kompl. Eingr., mit intralum. exp. Extraktionshilfe	1,912	3	1.308 €	19	7.645 €
F18C	O	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, mit komplexem Eingriff, ohne intraluminale expandierende Extraktionshilfe	1,186	2	1.595 €	9	4.742 €
F18D	O	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, ohne komplexen Eingriff	0,627	2	1.340 €	8	2.507 €

^{a)} erster Tag ohne Abschlag ^{b)} letzter Tag ohne Zuschlag

IMPLANTIERBARER DEFIBRILLATOR IM STATIONÄREN BEREICH

Prozeduren für 1- und 2-Kammer ICDs sowie 3-Kammer ICDs (CRT-D)

Prozedurenzuordnung³⁾

	OPS	Beschreibung
Neuimplantation bzw. Systemumstellung	5-377.5_	Defibrillator mit Einkammer-Stimulation .50 Ohne atriale Detektion .51 Mit atrialer Detektion
	5-377.6	Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
	5-377.7_	Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation .70 Ohne Vorhofolektrode .71 Mit Vorhofolektrode
	5-377.c_	Isolierte Sondenimplantation, offen chirurgisch .c0 Epikardial, linksventrikulär .c1 Epikardial, rechtsventrikulär .c2 Epithorakal
	5-378.b_	Systemumstellung: Herzschrittmacher auf Defibrillator .b8 Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion .b9 Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion .ba Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation .bb Herzschrittmacher auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofolektrode .bc Herzschrittmacher auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofolektrode
	5-378.c_	Systemumstellung: Defibrillator auf Defibrillator .c0 Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation .c1 Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofolektrode .c2 Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofolektrode .c3 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion .c4 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion .c5 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofolektrode .c6 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofolektrode .c7 Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion .c8 Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion .c9 Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation .cf Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion .cg Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion .ch Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation .cj Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofolektrode .ck Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofolektrode .cm Defibrillator auf intrakardialen Impulsgenerator
	5-378.5_	Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonden) .5c Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion .5d Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion .55 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation .5e Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofolektrode .5f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofolektrode
	5-378.6_	Aggregat- und Sondenwechsel .6c Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion .6d Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion .65 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation .6e Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofolektrode .6f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofolektrode

IMPLANTIERBARER DEFIBRILLATOR IM STATIONÄREN BEREICH

Prozedurenzuordnung

	OPS	Beschreibung
Revisionen, Sondenwechsel oder isolierte Sondenimplantationen	5-377.g_	Isolierte Sondenimplantation, endovaskulär .g0 Linksventrikulär .g1 Rechtsventrikulär .g2 Rechtsatrial
	5-378.0_	Aggregatentfernung .0c Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion .0d Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion .05 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation .0e Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofslektrode .0f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofslektrode
	5-378.1_	Sondenentfernung .19 Defibrillator .1a Synchronisationssystem
	5-378.2_	Aggregat- und Sondenentfernung .2c Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion .2d Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion .25 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation .2e Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofslektrode .2f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofslektrode
	5-378.3_	Sondenkorrektur .3c Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion .3d Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion .35 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation .3e Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofslektrode .3f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofslektrode
	5-378.4_	Lagekorrektur des Aggregats .4c Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion .4d Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion .45 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation .4e Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofslektrode .4f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofslektrode
	5-378.7_	Sondenwechsel .7c Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion .7d Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion .75 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation .7e Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofslektrode .7f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofslektrode
	5-378.8_	Kupplungskorrektur .8c Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion .8d Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion .85 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation .8e Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofslektrode .8f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofslektrode

Zusatzcodes, Auswahl

- 5-377.d Verwendung von Defibrillatoren mit automatischem Fernüberwachungssystem
- 5-377.f Verwendung von Defibrillatoren mit zusätzlicher Mess- oder spezieller Stimulationsfunktion:
- 5-377.f0 Mit zusätzlicher Messfunktion für das Lungenwasser
- 5-377.f1 Mit zusätzlichem Drucksensor zur nicht invasiven Messung des rechtsventrikulären Druckes, inkl. Messung des Lungenwassers
- 5-377.f2 Mit zusätzlicher Messfunktion für die Kontraktilität des Herzmuskels
- 5-377.f3 Mit zusätzlicher Funktion zum Monitoring der ST-Strecke
- 5-377.f4 Mit quadripolarer Stimulationsfunktion
- 5-934.1 Verwendung von MRT-fähigem Material: Defibrillator

IMPLANTIERBARER DEFIBRILLATOR IM AMBULANTEN BEREICH – EBM 2000⁴⁾

Vergütung der ärztlichen Leistung (ohne Material)

1-Kammer-ICD Implantation

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	25,63 €	1	25,63 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	12,07 €	1	12,07 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	15,17 €	1	15,17 €
Operation	31213	Eingriff der Kategorie L3	295,10 €	1	295,10 €
	31823	Anästhesie oder Narkose 3	194,78 €	1	194,78 €
	31505	Postoperative Überwachung 5	112,27 €	1	112,27 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	22,64 €	2	45,28 €
	34280	Durchleuchtungen	10,92 €	1	10,92 €
Nach- sorge	31609	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	20,45 €	1	20,45 €
	13573	Funktionsanalyse, Defibrillator	45,97 €	1	45,97 €
					777,64 €
7% Sachkostenpauschale					54,43 €
					832,07 €

2-Kammer-ICD Implantation

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	25,63 €	1	25,63 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	12,07 €	1	12,07 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	15,17 €	1	15,17 €
Operation	31215	Eingriff der Kategorie L5	550,79 €	1	550,79 €
	31825	Anästhesie oder Narkose 5	315,33 €	1	315,33 €
	31506	Postoperative Überwachung 6	159,50 €	1	159,50 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	22,64 €	2	45,28 €
	34280	Durchleuchtungen	10,92 €	1	10,92 €
Nach- sorge	31611	Postoperative Behandlung Chirurgie I/3b	27,58 €	1	27,58 €
	13573	Funktionsanalyse, Defibrillator	45,97 €	1	45,97 €
					1.208,24 €
7% Sachkostenpauschale					84,58 €
					1.292,82 €

3-Kammer-ICD Implantation

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	25,63 €	1	25,63 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	12,07 €	1	12,07 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	15,17 €	1	15,17 €
Operation	31215	Eingriff der Kategorie L5	550,79 €	1	550,79 €
	31825	Anästhesie oder Narkose 5	315,33 €	1	315,33 €
	31506	Postoperative Überwachung 6	159,50 €	1	159,50 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	22,64 €	2	45,28 €
	34280	Durchleuchtungen	10,92 €	1	10,92 €
Nach- sorge	31609	Postoperative Behandlung Chirurgie I/3b	27,58 €	1	27,58 €
	13575	Funktionsanalyse, CRT	56,54 €	1	56,54 €
					1.218,81 €
7% Sachkostenpauschale					85,32 €
					1.304,13 €

IMPLANTIERBARER DEFIBRILLATOR IM AMBULANTEN BEREICH – EBM 2000

Vergütung der ärztlichen Leistung (ohne Material)

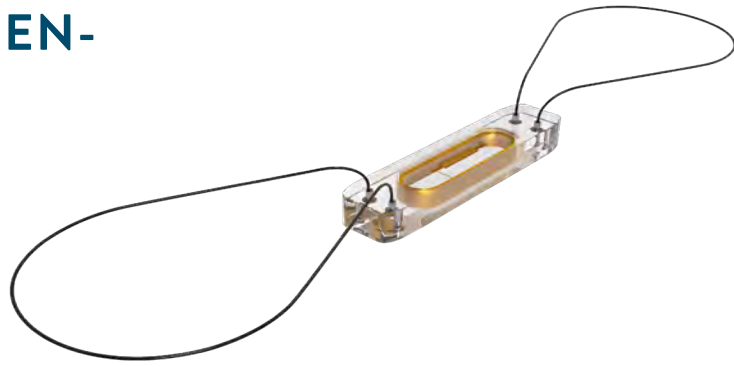
1- und 2-Kammer ICD Wechsel

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	25,63 €	1	25,63 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	12,07 €	1	12,07 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	15,17 €	1	15,17 €
Operation	31212	Eingriff der Kategorie L2	212,02 €	1	212,02 €
	31822	Anästhesie oder Narkose 2	154,68 €	1	154,68 €
	31503	Postoperative Überwachung 3	56,08 €	1	56,08 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	22,64 €	2	45,28 €
	34280	Durchleuchtungen	10,92 €	1	10,92 €
Nach- sorge	31609	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	20,45 €	1	20,45 €
	13573	Funktionsanalyse, Defibrillator	45,97 €	1	45,97 €
					598,27 €
7% Sachkostenpauschale					41,88 €
					640,15 €

3-Kammer-ICD Wechsel

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	25,63 €	1	25,63 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	12,07 €	1	12,07 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	15,17 €	1	15,17 €
Operation	31213	Eingriff der Kategorie L3	295,10 €	1	295,10 €
	31823	Anästhesie oder Narkose 3	194,78 €	1	194,78 €
	31505	Postoperative Überwachung 5	112,27 €	1	112,27 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	22,64 €	2	45,28 €
	34280	Durchleuchtungen	10,92 €	1	10,92 €
Nach- sorge	31609	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	20,45 €	1	20,45 €
	13575	Funktionsanalyse, CRT	56,54 €	1	56,54 €
					788,21 €
7% Sachkostenpauschale					55,17 €
					843,38 €

PULMONAL-ARTERIEN-DRUCKSENSOR



HAUPTDIAGNOSE ⁵⁾

Als Hauptdiagnose sollte ein entsprechender ICD-10 Kode gewählt werden, z.B.:

I50.13	Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung (NYHA-Stadium III)
---------------	--

PROZEDUREN

Zur Kodierung des Eingriffes steht ein spezifischer OPS-Kode zur Verfügung:

8-838.j	Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie Exkl.: Legen eines Katheters in die A. pulmonalis (8-832.0)
----------------	--

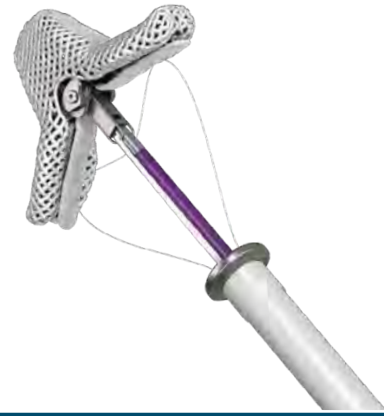
aG-DRG

Die Kombination aus Hauptdiagnose und Prozedur triggert in den meisten Fällen die aG-DRG:

FOIC	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator oder intrakardialer Pulsgenerator, ohne komplizierende Faktoren oder Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie mit einem Relativgewicht von 3,084, was einem Erlös von ca. 12.332 Euro entspricht*
-------------	--

* Berechnet mit dem Orientierungswert 2023 in Höhe von 3.998,66 Euro.

KATHETERBASIERTE TRIKUSPIDALKLAPPEN- THERAPIE



HAUPTDIAGNOSE

Als Hauptdiagnose sollte ein entsprechender ICD-10 Kode gewählt werden, z.B.:

I07.1	Trikuspidalklappeninsuffizienz Inkl.: Trikuspidalklappeninsuffizienz (rheumatisch)
I36.1	Nicht-rheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz

PROZEDUREN

Zur Kodierung des Eingriffes steht seit dem Jahr 2021 ein spezifischer OPS-Kode zur Verfügung:

5-35a.50	Trikuspidalklappensegelplastik, transvenös Inkl.: Transvenöse Clip-Rekonstruktion der Trikuspidalklappe Die Anzahl der Clips ist gesondert zu kodieren (5-35b.0 ff.) Diese Codes sind Zusatzcodes.
5-35b.0	Anzahl der Clips bei einer transvenösen Mitral- oder Trikuspidalklappensegelplastik
5-35b.00	1 Clip
5-35b.01	2 Clips
5-35b.02	3 Clips
5-35b.03	4 Clips
5-35b.04	5 oder mehr Clips

aG-DRG

Die Kombination aus Hauptdiagnose und Prozedur triggert in den meisten Fällen eine der folgenden aG-DRGs:

F98C	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, ohne sehr komplexen Eingriff mit einem Relativgewicht von 7,633, was einem Erlös von ca. 30.522 Euro entspricht
F98A	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 30 Jahre oder Implantation eines Wachstumsstents mit einem Relativgewicht von 7,161 was einem Erlös von ca. 28.635 Euro entspricht*

* Berechnet mit dem Orientierungswert 2023 in Höhe von 3.998,66 Euro.

KATHETERBASIERTE MITRALKLAPPEN- THERAPIE



HAUPTDIAGNOSE

Als Hauptdiagnose sollte ein entsprechender ICD-10 Kode gewählt werden, z.B.:

I34.0	Mitralklappeninsuffizienz
I05.1	Rheumatische Mitralklappeninsuffizienz

PROZEDUREN

Zur Kodierung des Eingriffes steht ein spezifischer OPS-Kode zur Verfügung:

5-35a.41	Mitralklappensegelplastik, transvenös Inkl.: Transvenöse Clip-Rekonstruktion der Mitralklappe Die Anzahl der Clips ist gesondert zu kodieren (5-35b.0 ff.) Diese Codes sind Zusatzcodes.
5-35b.0	Anzahl der Clips bei einer transvenösen Mitralklappen- oder Trikuspidalklappensegelplastik
5-35b.00	1 Clip
5-35b.01	2 Clips
5-35b.02	3 Clips
5-35b.03	4 Clips
5-35b.04	5 oder mehr Clips

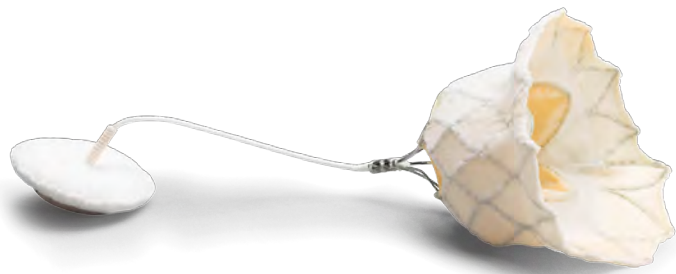
aG-DRG

Die Kombination aus Hauptdiagnose und Prozedur triggert in den meisten Fällen eine der folgenden aG-DRGs:

F98C	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, ohne sehr komplexen Eingriff mit einem Relativgewicht von 7,633, was einem Erlös von ca. 30.522 Euro entspricht*
F98A	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 30 Jahre oder Implantation eines Wachstumsstents mit einem Relativgewicht von 7,161 was einem Erlös von ca. 28.635 Euro entspricht*

* Berechnet mit dem Orientierungswert 2023 in Höhe von 3.998,66 Euro.

MITRALKLAPPEN TRANSKATHETER ERSATZ



HAUPTDIAGNOSE

Als Hauptdiagnose sollte ein entsprechender ICD-10 Kode gewählt werden, z.B.:

I05.0 **Mitralklappenstenose**

I05.1 **Rheumatische Mitralklappeninsuffizienz**

I05.2 **Mitralklappenstenose mit Insuffizienz**

I34.0 **Mitralklappeninsuffizienz**

I34.1 **Mitralklappenprolaps**

I34.2 **Nichtreumatische Mitralklappenstenose**

I34.80 **Nichtreumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz**

Q23.2 **Angeborene Mitralklappenstenose**

Q23.3 **Angeborene Mitralklappeninsuffizienz**

PROZEDUREN

Zur Kodierung des Eingriffes stehen grundsätzlich folgende OPS-Kodes zur Verfügung:

5-35a.3- **Implantation Mitralklappenersatz**

5-35a.30 **Endovaskulär**

5-35a.33 **Transapikal**

5-35b.21 **Anwendung eines apikalen Verankerungssystems**

Tendyne™ Mitral Valve System wird transapikal implantiert. Wir empfehlen die Nutzung des Codes 5-35a.33. Bitte kodieren sie die Codes 5-35a.3- und 5-35b.21 immer gemeinsam.

aG-DRG

Die Kombination aus Hauptdiagnose und Prozedur triggert in den meisten Fällen die aG-DRG:

F98A **Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 30 Jahre oder Implantation eines Wachstumsstents**
mit einem Relativgewicht von 7,161 was einem Erlös von ca. 28.635 Euro entspricht*

* Berechnet mit dem Orientierungswert 2023 in Höhe von 3.998,66 Euro.

HERZUNTERSTÜTZUNGS- SYSTEM (VAS) UND EXTRA-KORPORALE MEMBRAN- OXYGENIERUNG (ECMO)



HAUPTDIAGNOSE

Als Hauptdiagnose könnte z.B. ein ICD-10 Kode aus dem Bereich I50.- gewählt werden, wie:

I50.1-	Linksherzinsuffizienz
I50.13	Mit Beschwerden bei leichterer Belastung, NYHA-Stadium III
I50.14	Mit Beschwerden in Ruhe, NYHA-Stadium IV

PROZEDUREN

Zur Kodierung stehen unterschiedliche OPS-Kodes zur Verfügung, die bei der Kodierung zutreffend wären, wie z.B.: Implantation eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch:

5-376.2-	Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär
5-376.70	Implantation einer parakorporalen Pumpe, univentrikulär
5-376.80	Implantation einer parakorporalen Pumpe, biventrikulär

Die Dauer der Behandlung mit einer extrakorporalen univentrikulären Pumpe (5-376.2-) ist gesondert zu kodieren, z.B. durch einen Kode aus der Gruppe:

8-83a	Dauer der Behandlung mit einem herzunterstützenden System
8-83a.1-	Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär
8-83a.10	Bis unter 48 Stunden
8-83a.11	48 bis unter 96 Stunden
8-83a.13	96 bis unter 144 Stunden
8-83a.14	144 bis unter 192 Stunden
8-83a.15	192 bis unter 240 Stunden
8-83a.16	240 bis unter 288 Stunden
8-83a.17	288 bis unter 384 Stunden
8-83a.18	384 bis unter 480 Stunden
8-83a.19	480 bis unter 576 Stunden
8-83a.1a	576 oder mehr Stunden

HERZUNTERSTÜTZUNGSSYSTEM (VAS) UND EXTRA-KORPORALE MEMBRAN-OXYGENIERUNG (ECMO)

Die Anwendung der VV-ECMO ist gesondert zu kodieren, z.B. durch einen Kode aus der Gruppe:

8-852	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie
8-852.0	Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung
8-852.00	Dauer der Behandlung bis unter 48 Stunden
8-852.01	Dauer der Behandlung 48 bis unter 96 Stunden
8-852.03	Dauer der Behandlung 96 bis unter 144 Stunden
8-852.04	Dauer der Behandlung 144 bis unter 192 Stunden
8-852.05	Dauer der Behandlung 192 bis unter 240 Stunden
8-852.06	Dauer der Behandlung 240 bis unter 288 Stunden
8-852.07	Dauer der Behandlung 288 bis unter 384 Stunden
8-852.08	Dauer der Behandlung 384 bis unter 480 Stunden
8-852.09	Dauer der Behandlung 480 bis unter 576 Stunden
8-852.0b	Dauer der Behandlung 576 bis unter 768 Stunden
8-852.0c	Dauer der Behandlung 768 bis unter 960 Stunden
8-852.0d	Dauer der Behandlung 960 bis unter 1.152 Stunden
8-852.0e	Dauer der Behandlung 1.152 oder mehr Stunden

Die Anwendung der VA-ECMO (ECLS) ist gesondert zu kodieren, z.B. durch einen Kode aus der Gruppe:

8-852	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie
8-852.3	Anwendung einer minimalisierten Herz-Lungen-Maschine
8-852.30	Dauer der Behandlung bis unter 48 Stunden
8-852.31	Dauer der Behandlung 48 bis unter 96 Stunden
8-852.33	Dauer der Behandlung 96 bis unter 144 Stunden
8-852.34	Dauer der Behandlung 144 bis unter 192 Stunden
8-852.35	Dauer der Behandlung 192 bis unter 240 Stunden
8-852.36	Dauer der Behandlung 240 bis unter 288 Stunden
8-852.37	Dauer der Behandlung 288 bis unter 384 Stunden
8-852.38	Dauer der Behandlung 384 bis unter 480 Stunden
8-852.39	Dauer der Behandlung 480 bis unter 576 Stunden
8-852.3b	Dauer der Behandlung 576 bis unter 768 Stunden
8-852.3c	Dauer der Behandlung 768 bis unter 960 Stunden
8-852.3d	Dauer der Behandlung 960 bis unter 1.152 Stunden
8-852.3e	Dauer der Behandlung 1.152 oder mehr Stunden

HERZUNTERSTÜTZUNGSSYSTEM (VAS) UND EXTRA-KORPORALE MEMBRAN-OXYGENIERUNG (ECMO)

aG-DRG

Die Kombination aus Hauptdiagnose und Prozedur kann verschiedene aG-DRGs triggern. In den meisten Fällen handelt es sich jedoch um eine der folgenden aG-DRGs:

F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff mit einem Relativgewicht von 14,611, was einem Erlös von ca. 58.425 Euro entspricht.*
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsystem. m. kompliz. Fakt., > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Eingr. od. > - / 552 / 552 P. m. best. Aortenstent od. minimalinv. Eingr. an mehrer. Herzkl. mit einem Relativgewicht von 10,619, was einem Erlös von ca. 42.462 Euro entspricht.*
A13B	Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst. mit einem Relativgewicht von 8,317, was einem Erlös von ca. 33.257 Euro entspricht.*
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 Punkte, mit angeb. Fehlbild. oder Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P., Alter < 16 J. mit einem Relativgewicht von 14,959, was einem Erlös von ca. 59.816 Euro entspricht.*
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 Aufwandsp. mit einem Relativgewicht von 18,671, was einem Erlös von ca. 74.659 Euro entspricht.*

ZUSATZENTGELT

Die Prozedur führt zu einem Zusatzentgelt: **ZE2023-02 Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“)**, das jährlich krankenhausindividuell mit den Kostenträgern verhandelt werden muss und nur für ein Jahr jeweils gültig ist.

Die Verwendung des Codes 8-852.0- sowie 8-852.3- führt zu einem Zusatzentgelt: **ZE2023-03 ECMO und PECLA**, das jährlich krankenhausindividuell mit den Kostenträgern verhandelt werden muss und nur für ein Jahr jeweils gültig ist.

* Berechnet mit dem Orientierungswert 2023 in Höhe von 3.998,66 Euro.

LINKSHERZ- UNTERSTÜTZUNGS- SYSTEM (LVAS)



HAUPTDIAGNOSE

Als Hauptdiagnose sollte ein entsprechender ICD-10 Kode gewählt werden, z.B.:

I50.1-	Linksherzinsuffizienz
I50.13	Mit Beschwerden bei leichter Belastung, NYHA-Stadium III
I50.14	Mit Beschwerden in Ruhe, NYHA-Stadium IV

PROZEDUREN

Zur Kodierung stehen zwei spezifische OPS-Kodes zur Verfügung, die zu kodieren sind:
Implantation / Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch:

5-376.40	Implantation einer univentrikulären intrakorporalen Pumpe
5-376.41	Entfernung einer univentrikulären intrakorporalen Pumpe

aG-DRG

Die Kombination aus Hauptdiagnose und Prozedur kann verschiedene aG-DRGs triggern. In den meisten Fällen handelt es sich jedoch um eine der folgenden aG-DRGs:

F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff mit einem Relativgewicht von 14,611, was einem Erlös von ca. 58.425 Euro entspricht.*
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsystr. m. kompliz. Fakt., > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Eingr. od. > - / 552 / 552 P. m. best. Aortenstent od. minimalinv. Eingr. an mehrerer. Herzkl. mit einem Relativgewicht von 10,619, was einem Erlös von ca. 42.462 Euro entspricht.*
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 Aufwandsp. mit einem Relativgewicht von 18,671, was einem Erlös von ca. 74.659 Euro entspricht.*
A09A	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit IntK > 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre, mit IntK > 1764 / 1932 / - Punkten oder mit sehr komplexem Eingriff und IntK > - / 2208 / - Punkten mit einem Relativgewicht von 22,353, was einem Erlös von ca. 89.382 Euro entspricht.*
A07A	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbeh. > 3920 / 3680 / 3680 P. oder mit hochkompl. oder dreizeitigem Eingr. mit einem Relativgewicht von 29,85, was einem Erlös von ca. 119.360 Euro entspricht.*

ZUSATZENTGELT

Die Prozedur führt zu einem spezifischen Zusatzentgelt: **ZE2023-02 Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“)**, das jährlich krankenhausindividuell mit den Kostenträgern verhandelt werden muss und nur für ein Jahr jeweils gültig ist.




* Berechnet mit dem Orientierungswert 2023 in Höhe von 3.998,66 Euro.

NATIONALE VERSORGUNGSLEITLINIE (NVL) CHRONISCHE HERZINSUFFIZIENZ

Die erste Auflage der NVL Chronische Herzinsuffizienz wurde 2009 veröffentlicht. Seit 2015 befindet sich die Leitlinie⁶⁾ in kontinuierlicher Prüfung und kapitelweiser Überarbeitung. Für die 2. Auflage (2017) der Leitlinie wurden die Kapitel „Medikamentöse Therapie“, „Invasive Therapie“ und „Versorgungskoordination“ komplett überarbeitet. Mit der 3. Auflage (2019) wurden die weiteren Kapitel, wie unter anderem „Diagnostik“ und „Komorbiditäten“ aktualisiert. Die Inhalte der bereits 2017 aktualisierten Kapitel wurden geprüft und bestätigt. Im September 2021 wurde aufgrund aktueller Entwicklungen ein neuer Abschnitt im Kapitel Medikamentöse Therapie eingefügt (3. Auflage, Version 3).

VENTRIKULÄRE UNTERSTÜTZUNGSSYSTEME

Ventrikuläre Unterstützungssysteme (ventricular assist device, VAD) werden als Überbrückung bis zur Erholung, Herztransplantation oder Transplantationsfähigkeit eingesetzt. Aufgrund der zunehmenden technischen Verbesserung und der für schwer kranke Patienten relativ guten Überlebensdaten kommen sie darüber hinaus zunehmend auch als Dauertherapie infrage, insbesondere bei Patienten, bei denen – beispielsweise aufgrund von Komorbiditäten – eine Herztransplantation nicht möglich ist. 2015 wurden in Deutschland knapp 1.000 VAD implantiert. Dabei handelte es sich größtenteils um linksventrikuläre Unterstützungssysteme (LVAD); rechts- (RVAD) und biventrikuläre Systeme (BVAD) sowie totale Kunstherzen („total artificial heart“) kamen seltener zum Einsatz.

EMPFEHLUNGEN / STATEMENTS	EMPFEHLUNGSGRAD
<p>7-20 Die Implantation eines Herzunterstützungssystems sollte bei Patienten mit Herzinsuffizienz im Endstadium trotz optimaler medikamentöser und CRT/ICD-Therapie in Betracht gezogen werden. Dies gilt sowohl für Patienten, bei denen eine Herztransplantation infrage kommt, als auch für Patienten, bei denen eine Herztransplantation nicht möglich ist.</p>	
<p>7-21 bestätigt 2019 Eine mögliche Überweisung zum Zweck der Indikationsprüfung eines Herzunterstützungssystems sollte mit dem Patienten besprochen werden, bevor irreversible Endorganschädigungen (Nieren-, Leber oder Lungenschäden) aufgetreten sind. Dabei sollten auch Komorbiditäten, die das Ausmaß des zu erwartenden Nutzens einer Implantation limitieren, sowie die individuelle Patientenpräferenz berücksichtigt werden. Expertenkonsens</p>	
<p>7-22 bestätigt 2019 Die Indikation zu Kunstherzen/Unterstützungssystemen soll ausschließlich in hierfür spezialisierten Einrichtungen gestellt werden Expertenkonsens</p>	

ZUSATZENTGELTE IM aG-DRG-SYSTEM

Einige der in diesem Kodierleitfaden beschriebenen Kodierbeispiele steuern durch die verwendeten OPS-Kodes sogenannte Zusatzentgelte (kurz ZE) an. Zusatzentgelte sind Vergütungsbestandteile, die zusätzlich zur Fallpauschale einer DRG vergütet werden. Sie werden für Leistungen der Regelversorgung gewährt, also für Leistungen, die bereits Bestandteil des Leistungskataloges der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherungen sind. Die gesetzliche Grundlage hierzu schafft § 6 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG).

Es wird zwischen bewerteten und krankenhaushausindividuell zu verhandelnden Zusatzentgelten unterschieden. Bewertete Zusatzentgelte sind mit einem monetären Wert hinterlegt, welcher für jedes Krankenhaus in Deutschland in der Abrechnung gültig ist. Bei krankenhaushausindividuell zu verhandelnden Zusatzentgelten war es dem InEK nicht möglich, eine feste Bepreisung festzulegen, meist aufgrund einer unzureichenden Datenlage. Diese müssen daher jährlich in den prospektiven Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern individuell verhandelt werden. Falls im Verhandlungszeitraum keine Vereinbarung für ein krankenhaushausindividuelles ZE getroffen werden konnte, werden diese pauschal mit 600,00 € abgerechnet.

Im Fallpauschalen-Katalog finden Sie die bepreisten ZEs in den Anlagen 2 und 5, die krankenhaushausindividuell zu vereinbarenden in den Anlagen 4 und 6.

Zur Kalkulation von Zusatzentgelten finden Sie Empfehlungen auf der Webseite des InEKs, wo ebenfalls die sogenannte Anlage D zum Download bereitsteht. Die Anlage D ermöglicht Ihnen eine strukturierte Kalkulation der Zusatzentgelte für die Verhandlung mit den Kostenträgern.

Falls Sie Fragen zu dieser Thematik haben, hilft Ihnen das Abbott Reimbursement Team gerne weiter.

PROZEDURENVERZEICHNIS

Minimalinvasive Operationen an Herzklappen (5-35a)

OPS	Beschreibung
5-35a.0	Implantation eines Aortenklappenersatzes
5-35a.1	Endovaskuläre Implantation eines Pulmonalklappenersatzes
5-35a.3-	Implantation eines Mitralklappenersatzes
5-35a.30	Endovaskulär
5-35a.33	Transapikal
5-35a.4-	Mitralklappenrekonstruktion
5-35a.41	Mitralklappensegelplastik, transvenös Inkl.: Transvenöse Clip-Rekonstruktion der Mitralklappe Hinw.: Die Anzahl der Clips ist gesondert zu kodieren (5-35b.0 ff.)
5-35a.5-	Endovaskuläre Trikuspidalklappenrekonstruktion
5-35a.50	Trikuspidalklappensegelplastik, transvenös Inkl.: Transvenöse Clip-Rekonstruktion der Trikuspidalklappe Hinw.: Die Anzahl der Clips ist gesondert zu kodieren (5-35b.0 ff.)
5-35b.0	Anzahl der Clips bei einer transvenösen Mitral- oder Trikuspidalklappensegelplastik 5-35b.00 1 Clip 5-35b.01 2 Clips 5-35b.02 3 Clips 5-35b.03 4 Clips 5-35b.04 5 oder mehr Clips
5-35a.7	Verschluss einer paravalvulären Leckage, transapikal

Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch (5-376)

OPS	Beschreibung
5-376.2-	Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär
5-376.23	Implantation einer extrakorporalen Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), transapikal
5-376.40	Implantation einer univentrikulären intrakorporalen Pumpe
5-376.41	Entfernung einer univentrikulären intrakorporalen Pumpe
5-376.70	Implantation einer parakorporalen Pumpe, univentrikulär
5-376.80	Implantation einer parakorporalen Pumpe, biventrikulär

PROZEDURENVERZEICHNIS

Implantation eines Defibrillators (5-377)

OPS	Beschreibung
5-377.5	Defibrillator mit Einkammer-Stimulation
5-377.50	Ohne atriale Detektion
5-377.51	Mit atrialer Detektion
5-377.6	Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
5-377.7	Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation
5-377.70	Ohne Vorhofelektrode
5-377.71	Mit Vorhofelektrode
5-377.d	Verwendung von Herzschrittmachern, Defibrillatoren oder Ereignis-Rekordern mit automatischem Fernüberwachungssystem
5-377.f	Verwendung von Defibrillatoren mit zusätzlicher Mess- oder spezieller Stimulationsfunktion .f0 Mit zusätzlicher Messfunktion für das Lungenwasser .f1 Mit zusätzlichem Drucksensor zur nicht invasiven Messung des rechtsventrikulären Druckes .f2 Mit zusätzlicher Messfunktion für die Kontraktilität des Herzmuskels .f3 Mit zusätzlicher Funktion zum Monitoring der ST-Strecke .f4 Mit quadripolarer Stimulationsfunktion

Dauer der Behandlung mit einem herzunterstützenden System (8-83a)

OPS	Beschreibung
8-83a.1-	Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumppe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär
8-83a.10	Bis unter 48 Stunden
8-83a.11	48 bis unter 96 Stunden
8-83a.13	96 bis unter 144 Stunden
8-83a.14	144 bis unter 192 Stunden
8-83a.15	192 bis unter 240 Stunden
8-83a.16	240 bis unter 288 Stunden
8-83a.17	288 bis unter 384 Stunden
8-83a.18	384 bis unter 480 Stunden
8-83a.19	480 bis unter 576 Stunden
8-83a.1a	576 oder mehr Stunden

(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes (8-838)

OPS	Beschreibung
8-838.j	Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie Exkl.: Legen eines Katheters in die A. pulmonalis (8-832.0)

PROZEDURENVERZEICHNIS

Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie (8-852)

OPS	Beschreibung
8-852.0-	Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung
8-852.00	Dauer der Behandlung bis unter 48 Stunden
8-852.01	Dauer der Behandlung 48 bis unter 96 Stunden
8-852.03	Dauer der Behandlung 96 bis unter 144 Stunden
8-852.04	Dauer der Behandlung 144 bis unter 192 Stunden
8-852.05	Dauer der Behandlung 192 bis unter 240 Stunden
8-852.06	Dauer der Behandlung 240 bis unter 288 Stunden
8-852.07	Dauer der Behandlung 288 bis unter 384 Stunden
8-852.08	Dauer der Behandlung 384 bis unter 480 Stunden
8-852.09	Dauer der Behandlung 480 bis unter 576 Stunden
8-852.0b	Dauer der Behandlung 576 bis unter 768 Stunden
8-852.0c	Dauer der Behandlung 768 bis unter 960 Stunden
8-852.0d	Dauer der Behandlung 960 bis unter 1.152 Stunden
8-852.0e	Dauer der Behandlung 1.152 oder mehr Stunden

OPS	Beschreibung
8-852.3-	Anwendung einer minimalisierten Herz-Lungen-Maschine
8-852.30	Dauer der Behandlung bis unter 48 Stunden
8-852.31	Dauer der Behandlung 48 bis unter 96 Stunden
8-852.33	Dauer der Behandlung 96 bis unter 144 Stunden
8-852.34	Dauer der Behandlung 144 bis unter 192 Stunden
8-852.35	Dauer der Behandlung 192 bis unter 240 Stunden
8-852.36	Dauer der Behandlung 240 bis unter 288 Stunden
8-852.37	Dauer der Behandlung 288 bis unter 384 Stunden
8-852.38	Dauer der Behandlung 384 bis unter 480 Stunden
8-852.39	Dauer der Behandlung 480 bis unter 576 Stunden
8-852.3b	Dauer der Behandlung 576 bis unter 768 Stunden
8-852.3c	Dauer der Behandlung 768 bis unter 960 Stunden
8-852.3d	Dauer der Behandlung 960 bis unter 1.152 Stunden
8-852.3e	Dauer der Behandlung 1.152 oder mehr Stunden

AUSGEWÄHLTE DIAGNOSECODES

Chronisch rheumatische Herzkrankheiten

ICD	Beschreibung
I05.-	Rheumatische Mitralklappenkrankheit Inkl.: Zustände, die unter I05.0 und I05.2-I05.9 klassifizierbar sind, unabhängig davon, ob als rheumatisch bezeichnet oder nicht Exkl.: Als nichtrheumatisch bezeichnet (I34.-)
I05.0	Mitralklappenstenose Mitralklappenobstruktion (rheumatisch)
I05.1	Rheumatische Mitralklappeninsuffizienz
I05.2	Mitralklappenstenose mit Insuffizienz Mitralklappenstenose mit Insuffizienz oder Regurgitation
I07.-	Rheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten Inkl.: Als rheumatisch bezeichnet Ursache nicht näher bezeichnet Exkl.: Als nichtrheumatisch bezeichnet (I36.-)
I07.1	Trikuspidalklappeninsuffizienz Trikuspidalklappeninsuffizienz (rheumatisch)

Hypertonie

ICD	Beschreibung
I10.-	Essentielle (primäre) Hypertonie Inkl.: Bluthochdruck Hypertonie (arteriell) (essentiell) (primär) (systemisch) Exkl.: Mit Beteiligung von Gefäßen des: – Auges – Gehirns
I10.0	Benigne essentielle Hypertonie
I10.1	Maligne essentielle Hypertonie
I11.-	Hypertensive Herzkrankheit Hinw.: Benutze, sofern zutreffend, zunächst Schlüsselnummern aus I50.- oder I51.4-I51.9, um die Art der Herzkrankheit anzugeben.
I11.0-	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz Hypertensives Herzversagen

AUSGEWÄHLTE DIAGNOSECODES

Ischämische Herzkrankheiten

ICD	Beschreibung
I25.-	Chronische ischämische Herzkrankheit
I25.0	Atherosklerotische Herz-Kreislauf-Krankheit, so beschrieben
I25.1-	Atherosklerotische Herzkrankheit Koronar- (Arterien-): – Atherom – Atherosklerose – Krankheit – Okklusion – Sklerose – Stenose
I25.10	Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen
I25.11	Ein-Gefäß-Erkrankung
I25.12	Zwei-Gefäß-Erkrankung
I25.13	Drei-Gefäß-Erkrankung
I25.14	Stenose des linken Hauptstammes
I25.15	Mit stenosierten Bypass-Gefäßen
I25.16	Mit stenosierten Stents

Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten

ICD	Beschreibung
I34.0	Mitralklappeninsuffizienz Mitralklappen: – Insuffizienz – Regurgitation o.n.A. oder näher bezeichnete Ursache, ausgenommen rheumatisch
I34.1	Mitralklappenprolaps Floppy-Valve-Syndrom Exkl.: Marfan-Syndrom
I34.2	Nichtrheumatische Mitralklappenstenose
I34.80	Nichtrheumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz

AUSGEWÄHLTE DIAGNOSECODES

Kardiomyopathie

ICD	Beschreibung
I42.-	Kardiomyopathie Exkl.: Ischämische Kardiomyopathie Kardiomyopathie als Komplikation bei: – Schwangerschaft – Wochenbett
I42.0	Dilatative Kardiomyopathie Kongestive Kardiomyopathie
I42.1	Hypertrophische obstruktive Kardiomyopathie Hypertrophische Subaortenstenose
I42.2	Sonstige hypertrophische Kardiomyopathie Hypertrophische nichtobstruktive Kardiomyopathie
I42.3	Eosinophile endomyokardiale Krankheit Löffler-Endokarditis [Endocarditis parietalis fibroplastica] Endomyokardfibrose (tropisch)
I42.4	Endokardfibroelastose Angeborene Kardiomyopathie
I42.5	Sonstige restriktive Kardiomyopathie Obliterative Kardiomyopathie o.n.A.
I42.6	Alkoholische Kardiomyopathie
I42.7	Kardiomyopathie durch Arzneimittel oder sonstige exogene Substanzen Soll die äußere Ursache angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer (Kapitel XX) zu benutzen.
I42.8-	Sonstige Kardiomyopathien – I42.80 Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie [ARVCM] – I42.88 Sonstige Kardiomyopathien

Sonstige Formen der Herzkrankheit

ICD	Beschreibung
I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal
I48.1	Vorhofflimmern, persistierend
I48.2	Vorhofflimmern, permanent
I48.3	Vorhofflattern, typisch Vorhofflattern, Typ I
I48.4	Vorhofflattern, atypisch Vorhofflattern, Typ II

AUSGEWÄHLTE DIAGNOSECODES

Herzinsuffizienz

ICD	Beschreibung
I50.0-	Rechtsherzinsuffizienz Soll das Stadium der Rechtsherzinsuffizienz angegeben werden, ist für die Schlüsselnummern I50.00 und I50.01 eine zusätzliche Schlüsselnummer aus I50.02! bis I50.05! zu benutzen.
I50.00	Primäre Rechtsherzinsuffizienz
I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz Globale Herzinsuffizienz Rechtsherzinsuffizienz infolge Linksherzinsuffizienz Rechtsherzinsuffizienz o.n.A.
I50.02!	Rechtsherzinsuffizienz ohne Beschwerden NYHA-Stadium I
I50.03!	Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung NYHA-Stadium II
I50.04!	Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichterer Belastung NYHA-Stadium III
I50.05!	Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe NYHA-Stadium IV
	Linksherzinsuffizienz
I50.1-	Asthma cardiale Diastolische Herzinsuffizienz Linksherzversagen Lungenödem (akut) mit Angabe einer nicht näher bezeichneten Herzkrankheit oder einer Herzinsuffizienz
I50.11	Ohne Beschwerden NYHA-Stadium I
I50.12	Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung NYHA-Stadium II
I50.13	Mit Beschwerden bei leichterer Belastung NYHA-Stadium III
I50.14	Mit Beschwerden in Ruhe NYHA-Stadium IV

Zerebrovaskuläre Krankheiten

ICD	Beschreibung
I61.-	Intrazerebrale Blutung Soll die Ursache der intrazerebralen Blutung angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer aus I67.0-I67.1- oder aus Q28.0-Q28.3- zu verwenden.
I63.-	Hirnfarkt
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

AUSGEWÄHLTE DIAGNOSECODES

Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems

ICD	Beschreibung
Q23.-	Angeborene Fehlbildungen der Aorten- und der Mitralklappe
Q23.2	Angeborene Mitralklappenstenose Angeborene Mitralatresie
Q23.3	Angeborene Mitralklappeninsuffizienz

HÄUFIGE NEBENDIAGNOSEN

Stoffwechselerkrankungen

ICD	Beschreibung
E11.-	Diabetes mellitus, Typ 2
E10.-	Diabetes mellitus, Typ 1
E05.-	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]
E89.0	Hypothyreose nach medizinischen Maßnahmen
E78.0	Reine Hypercholesterinämie
E78.1	Reine Hypertriglyzeridämie
E78.2	Gemischte Hyperlipidämie
E78.3	Hyperchylomikronämie
E79.0	Hyperurikämie ohne Zeichen von entzündlicher Arthritis oder tophischer Gicht
M10.07	Idiopathische Gicht des Knöchels oder des Fußes

Nierenerkrankungen

ICD	Beschreibung
N17.0	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose
N18.1 bis .5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium I – V
E11.20 + N08.3*	Diabetes mellitus Typ II mit diabt. Nephropathie
N39.-	Sonstige Krankheiten des Harnsystems

HÄUFIGE NEBENDIAGNOSEN

Infektionen

ICD	Beschreibung
N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet
J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
J18.2	Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet
J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet
T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert
A49.9	Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet

Krankheiten des Verdauungssystems

ICD	Beschreibung
K92.-	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems
K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet

GLOSSAR

BFW

Der Basisfallwert, baserate (br): bezeichnet den Betrag, der bei der Berechnung der aG-DRG-Erlöse für die Behandlung eines Patienten zugrunde gelegt wird. Die Basisfallwerte sind jeweils für ein Jahr landesweit gültig (Landesbasisfallwert (LBFW)).

BMG

Bundesministerium für Gesundheit (www.bmg.bund.de)

CCL

Complication and Comorbidity Level (Schweregrad einer Nebendiagnose)

Jeder Nebendiagnose (ND) ist in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose (HD) ein Schweregrad zugeordnet

0 = Nebendiagnose zahlt nicht als Begleiterkrankung oder Komplikation (ohne CC)

1 = leichte CC

3 = schwere CC

5 = schwerste CC

2 = mäßig schwere CC

4 = äußerst schwere CC

6 = schwerste CC

CRT

Cardiac **R**esynchronization **T**herapy (Geräte zur kardialen Resynchronisationstherapie)

DIMDI

Deutsches **I**nstitut für **m**edizinische **D**okumentation und **I**nformation. Das DIMDI ist eine nachgeordnete Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und wurde 1969 gegründet. Zu seinen Aufgaben gehört es, der fachlich interessierten Öffentlichkeit Informationen aus dem gesamten Gebiet der Medizin zugänglich zu machen (www.dimdi.de).

DKG

Deutsche **K**rankenhausgesellschaft. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist der Zusammenschluss von Spitzen- und Landesverbänden der Krankenhausträger. Sie vertritt die Krankenhäuser bei allen gesundheitspolitischen Entscheidungen. Sie ist Partner für Politik, Institutionen, Verbände und Wissenschaft (www.dkgev.de).

aG-DRG

Diagnosis **R**elated **G**roups (deutsch **D**iagnose**b**e**z**ogene **F**all**g**ruppen, das a steht für "ausgegliedert") bezeichnen ein ökonomisch-medizinisches Klassifikationssystem, bei dem Patienten anhand ihrer Diagnosen und der durchgeführten Behandlungen in Fallgruppen klassifiziert werden, die nach dem für die Behandlung erforderlichen ökonomischen Aufwand unterteilt und bewertet sind. In Deutschland wurde das aus Australien kommende DRG-System 2003 eingeführt und zu einem Fallpauschalensystem weiterentwickelt. Seither wird es zur Vergütung der einzelnen Krankenhausfälle verwendet. Seit dem Jahr 2020 löst das aG-DRG-System das bisherige G-DRG-System ab.

GKV SPIBU

Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gemas (Gesundheitsreform 2007) wurden zum Abbau unnötiger Bürokratie die sieben Krankenkassenverbände zu einem gemeinsamen **Spitzenverband Bund** zusammen-gefasst. Er wird die Belange der GKV auf Bundesebene vertreten sowie die Krankenkassen und ihre Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen unterstützen (www.gkv-spitzenverband.de).

HD

Haupt**d**iagnose

HI

Herz**i**nsuffizienz (oder Herzschwäche). Eine Krankheit, bei der das Herz nicht mehr in der Lage ist, den Körper mit ausreichend Blut und damit einhergehend mit Sauerstoff zu versorgen.

GLOSSAR

INEK

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (Deutsches DRG-Institut), wurde am 10. Mai 2001 in der Rechtsform einer gemeinnützigen GmbH gegründet. Die Selbstverwaltungspartner im deutschen Gesundheitswesen – die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung haben dem InEK die Aufgaben im Zusammenhang mit der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des Vergütungssystems übertragen (www.g-drg.de).

KHK

Koronare Herzkrankheit. Eine Erkrankung in deren Folge die Herzkranzgefäße durch Atherosklerose verengt und verkalkt sind.

LVAD

Left Ventricular Assist Device, linksventrikuläres Unterstützungssystem. Ein künstliches Herzunterstützungssystem, welches bei schweren Pumpleistungsstörungen die Funktion des Herzens dauerhaft ersetzen kann.

MDC

Major Diagnostic Category

Hauptdiagnosekategorie im aG-DRG-System, z.B. befinden sich die für die Rhythmologie relevanten aG-DRGs in der MDC 05 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems).

NDx

Nebendiagnose(n)

NYHA

Die NYHA-Klassifikation ist ein Schema zur Einteilung des Schweregrades von Herzschwäche (Stadium I-IV), die den Empfehlungen der **New York Heart Association** folgt.

OPS

Operationsschlüssel nach §301 SGB V, früher OPS-301

QUELLEN

1. GKV-Spitzenverband, Veränderungswert 2023:

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/orientierungswert/2022_12_01_Vereinbarung_Veraenderungswert_2023_KHEntgG.pdf

2. InEK, Fallpauschalenkatalog 2023:

<https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2023/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-20232>

3. BfArM, OPS Version 2023: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html

4. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Einheitlicher Bewertungsmaßstab 2023:

https://www.kbv.de/media/sp/EBM_Gesamt_-_Stand_1._Quartal_2023.pdf

5. BfArM, ICD-10 GM Version 2023:

https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html

6. Nationale Versorgungsleitlinien, NVL Chronische Herzinsuffizienz, 3. Auflage:

<https://www.leitlinien.de/themen/herzinsuffizienz/3-auflage/kapitel-7>

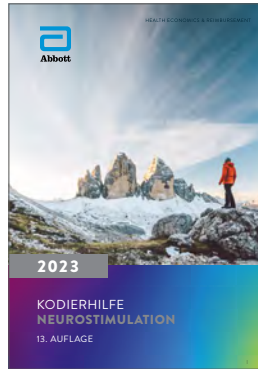
DAS KÖNNTE SIE AUCH INTERESSIEREN



Kodierhilfe
Gefäßinterventionen –
PTA



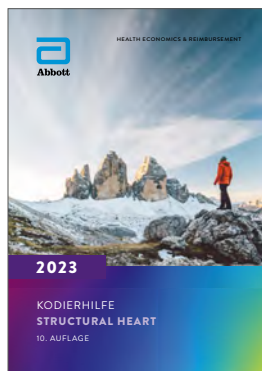
Kodierhilfe
Koronarinterventionen –
PCI



Kodierhilfe
Neurostimulation



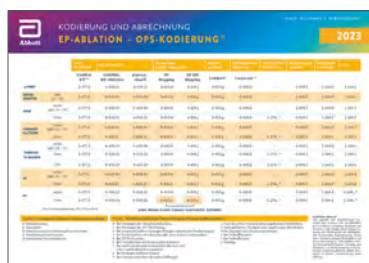
Kodierhilfe
Rhythmologie



Kodierhilfe
Structural Heart



Ereignis-Rekorder



EP-Ablation



Katheterbasierte
Mitralklappentherapie



Mitralklappen
Transkatheter Ersatz

WEITERE INFORMATIONEN UND KODIERHINWEISE FINDEN SIE UNTER

<https://www.cardiovascular.abbott/de/de/hcp/reimbursement.html>

WIR FÜR SIE



KATHARINA BECK

**Associate Manager
Health Economics & Reimbursement**

Telefon: +49 (0) 6196 7711-172



JANNIS RADELEFF

**Head of Health Economics &
Reimbursement DACH**

Telefon: +49 (0) 6196 7711-144

IHR ANSPRECHPARTNER

Abbott Medical GmbH
Helfmann-Park 7
65760 Eschborn
Tel: +49 6196 771111-0
Fax: +49 6169 7711-117

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

Haftungsausschluss: 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 Codes angesehen werden, und Abbott befürwortet oder garantiert nicht die Korrektheit der Verwendung eines bestimmten Codes. 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.

Daten: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (© InEK), Siegburg, Germany; German Diagnosis Related Groups, Version 2023, ICD-10-GM 2023 und OPS 2023 (© BfArM).

ACHTUNG: Produkte dürfen nur von einem Arzt oder unter dessen Anleitung verwendet werden. Es ist wichtig, vor der Verwendung sorgfältig die Packungsbeilage in der Produktverpackung (falls vorhanden) oder auf eifu.abbottvascular.com und medical.abbott/manuals mit Gebrauchsanweisung, Warnhinweisen und den möglichen Komplikationen zu lesen, die bei der Verwendung dieses Produkts auftreten können.

Archivierung der Daten und Fotoaufnahmen durch Abbott Medical.

Hierin enthaltene Informationen sind ausschließlich zur Veröffentlichung in Deutschland bestimmt.

ABBOTT MEDICAL GMBH

Helfmann-Park 7 | 65760 Eschborn

Tel: +49 6196 771111-0 | Fax: +49 6169 7711-117

TM kennzeichnet eine Marke der Abbott Unternehmensgruppe.

© 2023 Abbott. Alle Rechte vorbehalten.

MAT-2301179 v1.0 | Artikel nur zur Verwendung in Deutschland zugelassen.

