



HEALTH ECONOMICS & REIMBURSEMENT



2023

**KODIERHILFE
STRUCTURAL HEART**

10. 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

Kodierung im aG-DRG-System	4
Allgemeine Veränderung für das aG-DRG-System 2023	6
Wichtige Änderungen im Bereich „Structural Heart“	10
Aortenklappe: Chirurgischer Ersatz	13
Aortenklappe: Transkatheter Ersatz	18
Mitralklappe: Chirurgischer Ersatz	20
Mitralklappe: Chirurgische Rekonstruktion	23
Mitralklappe: Transkatheter Ersatz	26
Mitralklappe: Transkatheter Rekonstruktion	28
Trikuspidalklappe: Chirurgische Rekonstruktion	30
Trikuspidalklappe: Transkatheter Rekonstruktion	32
Übersicht minimalinvasive Eingriffe an den Herzklappen 2023	36
Kombinierte Minimalinvasive Eingriffe an den Herzklappen	38
Okkludertherapie: Persistierender Ductus Arteriosus	40
Okkludertherapie: Vorhofseptumdefekt	42
Vorhofrohr-Verschluss (LAA Closure)	44
Okkludertherapie: Ventrikelseptumdefekt	45
Okkludertherapie: PVL	46

ANHANG

Wichtige aG-DRG-Pauschalen und ihre Kennzahlen	48
Berechnung des Fallerlöses und Basisfallwert	50
Glossar / Abkürzungen	51
Das könnte Sie auch interessieren	54
Wir für Sie	55

KODIERUNG IM AG-DRG-SYSTEM

Der ICD-Katalog Bei der Kodierung der Diagnosen wird nach dem ICD-System in der deutschen Modifikation verfahren. Die vollständige Systematik der ICD-Kodierung wird jährlich vom BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) veröffentlicht. Das bisher zuständige DIMDI ist seit dem 26.05.2020 in die Struktur des BfArM integriert worden. Bei der Diagnosekodierung muss zwischen der Kodierung der Hauptdiagnose (nur eine Hauptdiagnose pro stationärem Behandlungsfall möglich) und der Kodierung von Nebendiagnosen (keine bis mehrere Nebendiagnosen pro Fall) unterschieden werden.

Die Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose eines Behandlungsfalles ist die, welche rückblickend bei Entlassung für die Veranlassung der stationären Aufnahme verantwortlich war. Insbesondere kommen hier die allgemeinen und die speziellen Kodierrichtlinien (DKR) in der Version 2023 zur Anwendung, welche für viele Standard- und Ausnahmesituationen die Kodierung regeln. Der korrekten Wahl der Hauptdiagnose kommt im aG-DRG-System eine erhebliche Bedeutung zu, da eine falsch zugeordnete ICD-Kodierung nicht selten auch in die falsche Abrechnungspauschale mündet.

Die Nebendiagnosen

Nebendiagnosen sind alle Diagnosen, welche Begleiterkrankungen und/oder während des Aufenthaltes aufgetretene Probleme und Komplikationen des Patienten beschreiben. Hier kommen der Diabetes mellitus und eine möglicherweise bestehende Nierenkrankheit als vorbestehende Erkrankungen ebenso in Betracht, wie eine während des Aufenthaltes eingetretene Pneumonie oder Thrombose. Voraussetzung für die Kodierfähigkeit einer Nebendiagnose ist ein in der Patientenakte dokumentierter Ressourcenverbrauch der Klinik (Medikamentenverbrauch, weitere Diagnostik, operativer Eingriff, besondere pflegerische Überwachung etc.).

Der patientenbezogene Gesamtschweregrad (PCCL)

Während die kodierte Hauptdiagnose in der Zuweisung der korrekten aG-DRG-Fallpauschale für die Ansteuerung der Hauptdiagnosekategorie verantwortlich ist, wirken Nebendiagnosen auf den sogenannten Schweregrad eines Falles, den PCCL. Dieser ist bei vielen DRG-Pauschalen beim Überschreiten eines definierten Wertes (in der Regel $PCCL > 3$) mit einem höheren Erlös verbunden. Hierbei können sich mehrere Schweregrad steigernde Nebendiagnosen unter Umständen in ihrer Wirkung auf den PCCL ergänzen. Bereits die Fortführung der häuslichen Medikation ist hierbei ausreichend, den in den Deutschen Kodierrichtlinien geforderten Ressourcenverbrauch der kodierten Erkrankung zu begründen. Daher ist darauf zu achten, dass alle aktuell für die Diagnostik, Therapie oder pflegerische Betreuung relevanten Diagnosen in der Patientenakte ausreichend dokumentiert sind.

Prozedurenkodierung (OPS)

Auch wenn es sich beim deutschen DRG-System um ein primär diagnoseorientiertes Vergütungssystem handelt, so treten für die Erlösfindung seit Jahren zunehmend auch medizinische Leistungen und Prozeduren als Zuordnungskriterien zu den einzelnen DRG-Pauschalen in den Vordergrund. Auch hier ist eine Kodierung ähnlich wie bei den Diagnosen durch die Kliniken vorzunehmen. Die Kodierung medizinischer Prozeduren erfolgt anhand der im OPS-Katalog zur Verfügung stehenden OPS-Kodes.

Die DRG-Gruppierung

DRG (Diagnosis Related Groups) bedeutet „Diagnose orientierte Fallpauschale“. DRGs sind ein Patientenklassifikationssystem zur Gruppierung von stationären Behandlungsfällen in Fallgruppen, die einen vergleichbaren Behandlungsaufwand aufweisen. Das DRG-System dient als Abrechnungsinstrument für stationäre Krankenhausleistungen. Medizinische Aspekte, z. B. vergleichbare Grunderkrankungen oder vergleichbare operative Leistungen sind nur von sekundärer Bedeutung. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass im DRG-System nicht jeder Einzelfall sach- und leistungsgerecht vergütet werden wird, sondern alle Behandlungsfälle einer Fallpauschale im Mittel sachgerecht vergütet werden sollen. Die primäre Zuordnung von Patienten zu Fallpauschalen erfolgt unter Berücksichtigung ihrer Hauptdiagnose, sekundär sind durchgeführte Operationen oder die Komorbidität oder das Alter der Patienten u. ä. von Bedeutung. Eine vollständige und korrekte Kodierung ist die Grundlage einer sachgerechten DRG-Zuordnung (Gruppierung).

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 das Gutachten des IGES zur Ausgestaltung der Ambulantisierung von Leistungen des bisher stationären Rahmens seit einigen Monaten vorliegt, hat die Selbstverwaltung zum Ende des Jahres 2022 mit Gültigkeit zum Folgejahr 2023 einen neuen und erweiterten AOP-Katalog vorgelegt. Für die hier behandelten kardiologischen Inhalte ergeben sich keine Änderungen zu den bisher bereits bekannten Aspekten. Während in manchen Bereichen, wie z. B. der Okkludertherapie die sekundäre Fehlbelegung auch bisher bereits nicht selten diskutiert werden musste, finden sich nur wenige Anknüpfungspunkte zur speziellen Problematik der primären Fehlbelegung und zum ambulanten Potenzial.

Aus den bisher vorliegenden Empfehlungen des Expertenrats und den aus dem BMG vermittelten Verlautbarungen ist zu erwarten, dass das Jahr 2023 zu den bisher im System der stationären Krankenhausfinanzierung bereits bekannten Herausforderungen noch zahlreiche und auch weitreichende Änderungen hinzufügen wird. Nicht alle dieser Aspekte können derzeit und im hier beschränkten Rahmen dargestellt werden.

Im Übersichtsteil dieser Darstellung werden die wichtigsten allgemeinen Änderungen für das kommende Jahr kurz zusammengefasst, ohne dass hier eine erschöpfende Analyse der zum Teil hochkomplexen Zusammenhänge möglich und angestrebt ist.

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 resultieren Kostenveränderungen direkt in die neuen DRGs umgesetzt wurden. Die sich zum Teil überproportional entwickelten Restkosten wurden in ihrer Auswirkung auf die Bewertungsrelationen gleichzeitig in Stufen gedämpft.

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.

PCCL-Systematik

Die Bewertung von Nebendiagnosen bei der Ermittlung des Gesamtschweregrades (PCCL) eines Abrechnungsfalles erfolgt seit 2013 differenziert für die Basis-DRGs des Fallpauschalen-Kataloges.

Das führt dazu, dass eine Nebendiagnose, welche in einer DRG der koronaren Diagnostik eine Bewertung für einen bestimmten Schweregrad aufweist, in einer anderen DRG für eine koronare Intervention nicht gleichermaßen bewertet sein muss.

Die Ermittlung der Einzelschweregrade der ICD-Kodes für Nebendiagnosen erfolgt jährlich durch das InEK im Rahmen der Kalkulation des neuen DRG-Systems. Für das Jahr 2023 wurden abweichend zum Vorjahr wieder mehr als 1.200 ICD-Kodes einer Prüfung hinsichtlich der Schweregrade unterzogen.

Dabei erfährt der weitaus größte Anteil dieser Nebendiagnosen wieder eine Abwertung, welche in mehr oder weniger großen Anteilen der Basis-DRGs zum Tragen kommt. Neu in die CCL-Matrix aufgenommene oder aufgewertete ICD-Kodes sind in der Praxis eher selten und entfalten daher keine so weitgehende Wirkung, dass die Abwertungen und die damit verbundenen Erlösrückgänge aufgefangen werden könnten. Trotzdem finden sich in nahezu jeder Klinik entsprechende Fälle und es darf keinesfalls die Schlussfolgerung gezogen werden, dass der Kodierung von Nebendiagnosen und der Dokumentation zugrunde liegender Sachverhalte keine oder reduzierte Beachtung geschenkt werden dürfte. Gerade in Kardiologie und Gefäßmedizin findet sich eine erhebliche Bedeutung des PCCL-Wertes für die Erlösfindung, sodass hier auch weiterhin akribisch sichergestellt werden muss, dass keine kodierbare Nebendiagnose verloren wird.

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 Veränderungswertes 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 Selbstverwaltung²⁾. 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.

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.

Derzeit ist nicht davon auszugehen, dass Leistungen aus dem Bereich „structural heart“ kurz- oder auch mittelfristig Gegenstand der Ambulantisierung werden. Gleichwohl ist gerade bei zum Teil individuell sehr kurzen Verweildauern, z. B. im Bereich der elektiven Okkluder-Versorgung, immer darauf zu achten, ggf. eine belastbare Dokumentation in der Patientenakte bereitstellen zu können.

Wichtige Änderungen im Bereich „Structural Heart“

Aufwertung Kombination minimalinvasiver Herzklappeneingriffe

Mit dem Systemjahr 2023 hat das InEK die transvenöse Trikuspidalklappenrekonstruktion wieder den anderen minimalinvasiven Klappen für die Gruppierung in die aG-DRG F36B gleichgestellt. Während bisher nur die Kombination von mindestens zwei OPS-Kodes aus den Tabellen für den minimalinvasiven Aorten-, Pulmonal- und Mitralklappensatzes bzw. der Mitralklappenrekonstruktion in die F36B führten, ist jetzt auch die nicht seltene Konstellation einer Kombination von Mitralklappen- und Trikuspidalklappenrekonstruktion wieder in der F36B abgebildet.

Diese Situation bestand bereits vor einigen Jahren, wurde aber aufgrund der vielerorts mit einem einzigen Device und damit ohne zusätzliche Kosten durchgeführten Kombinationseingriffe an den beiden relevanten Klappen aus den Zugangskriterien der F36B gelöscht. Aufgrund der deutlich höheren unteren Grenzverweildauer der F36B kommt es allerdings erst mit der vierten Übernachtung zu einer signifikanten Anhebung der Erlöse.

1 PROZEDUR AUS MINDESTENS 2 TABELLEN:			
DRG 2022	BWR	DRG 2023	BWR
F98C	8,191	F36B	10,619
31.397 €		42.462 €	
1. Tag Abschlag	2	1. Tag Abschlag	8
Abschl./Tag	0,329 (1.261 €)	Abschl./Tag	0,764 (2.928 €)
11.065 € (29,6%)			
BFW: 3.833,07 €		BFW: 3.998,66 €	
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			
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. Aortenstentod. minimalinv. Eingr. an mehrer. Herzkl.			

MINIMALINVASIVER AORTENKLAPPENERSATZ

5-35a.05 Implantation eines Aortenklappenersatzes: Endovaskulär

5-35a.06 Implantation eines Aortenklappenersatzes: Transapikal

MINIMALINVASIVER PULMONALKLAPPENERSATZ

5-35a.10 Implantation eines Pulmonalklappenersatzes: Endovaskulär

MINIMALINVASIVER MITRALKLAPPENERSATZ/-REKONSTRUKTION

5-35a.30 Implantation eines Mitralklappenersatzes: Endovaskulär

5-35a.33 Implantation eines Mitralklappenersatzes: Transapikal

5-35a.41 Mitralklappensegelplastik, transvenös

TRANSVENÖSE TRIKUSPIDALKLAPPEN-REKONSTRUKTION

5-35a.50 Endovaskuläre Trikuspidalklappensegelplastik, transvenös

5-35a.51 Endovaskuläre Trikuspidalklappenanuloplastik, transvenös

F36B

Aufwertung Verschluss paravalvuläre Leckage

Seit dem System 2021 ist der interventionelle Verschluss einer paravalvulären Leckage im OPS-Katalog abgebildet. Dabei existieren ein OPS-Kode für die Durchführung des Verschlusses und drei OPS-Kodes für die Anzahl der hierbei zur Anwendung kommenden Okkluder.

8-83d.7	Verschluss einer paravalvulären Leckage Exkl.: Transapikaler Verschluss einer paravalvulären Leckage (5-35a.7) Hinw.: Die Verwendung von Okkludern ist gesondert zu kodieren (8-83b.r ff.)
8-83b.r	Verwendung eines kardialen (valvulären) Okkluders Inkl.: Plug 8-83b.r0 1 Okkluder 8-83b.r1 2 Okkluder 8-83b.r2 3 oder mehr Okkluder

Mit dem DRG-System 2023 konnten diese OPS-Kodes erstmalig in der Kalkulation berücksichtigt werden. Dabei zeigten sich diese Fälle in der bisher regelhaft erreichten aG-DRG F58B als nicht sachgerecht finanziert. In der Folge werden diese Fälle in die Basis-DRG F95 aufgewertet.

Die Basis-DRG F95 ist Anhand des Patientenalters von < 18 bzw. > 17 Jahre in die F95A bzw. F95B geteilt. Für den Verschluss einer paravalvulären Leckage wird sicher in der absolut überwiegenden Fallzahl vom Erreichen der F95B zu erwarten sein.

DRG 2022	BWR	DRG 2023	BWR
F58B	0,774	F95B	1,544
2.967 €		6.174 €	
1. Tag Abschlag	1	1. Tag Abschlag	1
Abschlag/Tag	0,228 (874 €)	Abschlag/Tag	0,192 (736 €)
2.967 € (100,0%)			

F58B	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC
F95B	Interventioneller Septumverschluss oder Verschluss einer paravalvulären Leckage mit einem kardialen Okkluder, Alter > 17 Jahre, ohne Vorhofohrverschluss

Fälle mit einem PCCL-Wert von mehr als drei werden nach wie vor in die aG-DRG F58A eingruppiert, da diese in der DRG-Hierarchie der F95B aufgrund der höheren Bewertungsrelation übergeordnet ist. Für diese Fälle resultiert für das Jahr 2023 keine Aufwertung.

AORTENKLAPPE: CHIRURGISCHER ERSATZ

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2023³⁾

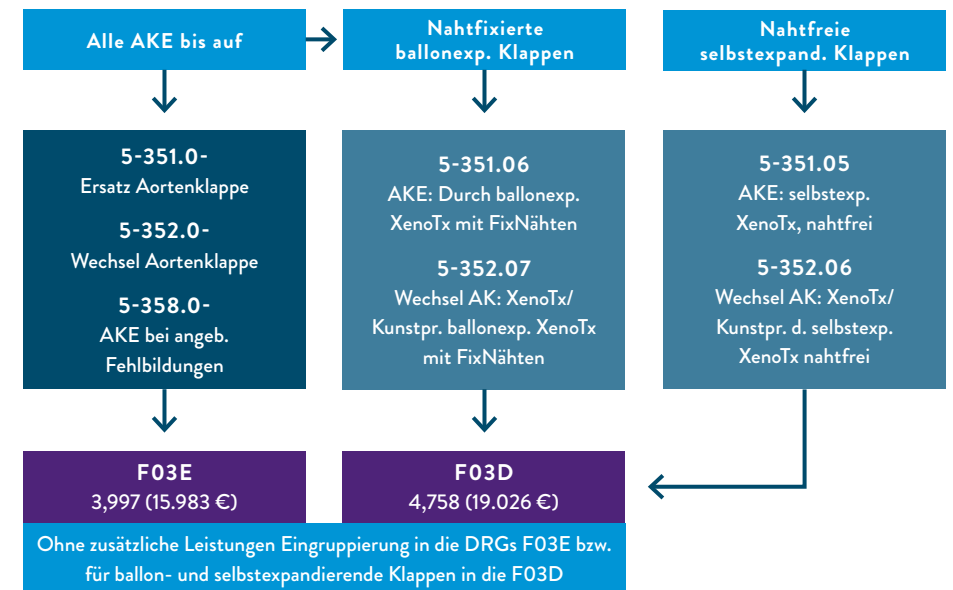
Bei der Kodierung der Hauptdiagnose ist insbesondere zwischen erworbenen und angeborenen Herzfehlern zu differenzieren. Dabei ist darauf zu achten, dass angeborene Herzfehler auch bei Erwachsenen zur Kodierung kommen dürfen.

ICD	ICD-TEXT
I06.0	Rheumatische Aortenklappenstenose
I06.1	Rheumatische Aortenklappeninsuffizienz
I06.2	Rheumatische Aortenklappenstenose mit Insuffizienz
I06.8	Sonstige rheumatische Aortenklappenkrankheiten
I35.1	Aortenklappeninsuffizienz
I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz
Q23.0	Angeborene Aortenklappenstenose
Q23.1	Angeborene Aortenklappeninsuffizienz

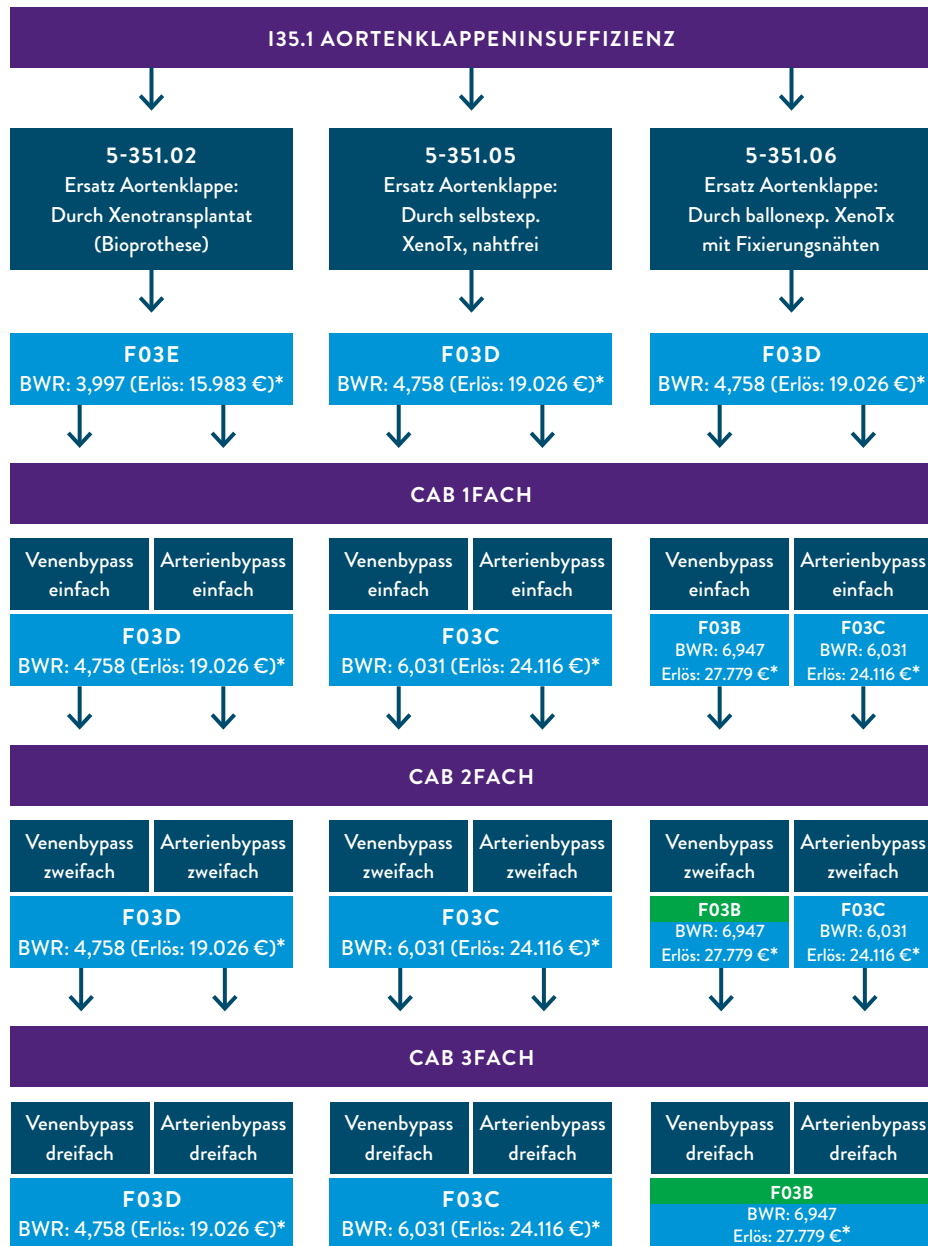
Prozedurenkodierung OPS 2023⁴⁾

OPS	ERSATZ VON HERZKLAPPEN DURCH PROTHESE: AORTENKLAPPE:	ERWORBENE KLAPPENFEHLER
5-351.01	Durch Allotransplantat	
5-351.02	Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	
5-351.03	Durch Xenotransplantat, stentless	
5-351.04	Durch Kunstprothese	
5-351.05	Durch selbstexpandierendes Xenotransplantat, nahtfrei	
5-351.06	Durch ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten	
5-351.07	Durch dezellularisiertes Allotransplantat („mitwachsende Herzklappe“)	
5-351.0x	Sonstige	
OPS	OPERATIONEN BEI KONGENITALEN KLAPPENANOMALIEN DES HERZENS: AORTENKLAPPE:	ANGEBORENE KLAPPENFEHLER
5-358.01	Klappenersatz durch Allotransplantat	
5-358.02	Klappenersatz durch Xenotransplantat (Bioprothese)	
5-358.03	Klappenersatz durch Xenotransplantat, stentless	
5-358.04	Klappenersatz durch Kunstprothese	
5-358.05	Klappenersatz durch klappentragendes Conduit	
5-358.09	Klappenersatz durch dezellularisiertes Allotransplantat („mitwachsende Herzklappe“)	
OPS	WECHSEL VON HERZKLAPPENPROTHESEN	KLAPPENWECHSEL
5-352.00	Xenotransplantat durch Kunstprothese	
5-352.01	Kunstprothese durch Xenotransplantat	
5-352.02	Kunstprothese durch Kunstprothese	
5-352.03	Xenotransplantat durch Xenotransplantat	
5-352.04	Xenotransplantat/Kunstprothese durch klappentragende Gefäßprothese, mechanisch	
5-352.05	Xenotransplantat/Kunstprothese durch klappentragende Gefäßprothese, biologisch	
5-352.06	Xenotransplantat/Kunstprothese durch selbstexpandierendes Xenotransplantat, nahtfrei	
5-352.07	Xenotransplantat/Kunstprothese durch ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten	
5-352.08	Xenotransplantat/Kunstprothese durch dezellularisiertes Allotransplantat („mitwachsende Herzklappe“)	
5-352.0x	Sonstige	

- Die Eingruppierung des chirurgischen Klappenersatzes bzw. Klappenwechsels erfolgt unabhängig von der gewählten Hauptdiagnose.
- Voraussetzung ist lediglich eine Hauptdiagnose aus dem Bereich der kardialen Erkrankungen, da ansonsten der Zugang zur Hauptdiagnosekategorie 05 (MDC05) nicht gegeben ist.
- Die Wahl des OPS-Kodes für den Herzklappenersatz bleibt ebenfalls für die aG-DRG-Gruppierung ohne Relevanz. Es wird nicht zwischen Implantation oder Wechsel unterschieden. Ausnahmen bilden auch weiterhin selbst- bzw. ballonexpandierende Klappensysteme mit oder ohne Fixierungsnähten
- Relevant sind die Anzahl eingebrachter Herzklappen, sowie zusätzliche Leistungen (koronarer Bypass etc.), sowie bei der Implantation mehrerer Herzklappen oder in der Kombination mit koronaren Bypassen nahtfixierte Herzklappen.

Offen chirurgischer Eingriff⁵⁾

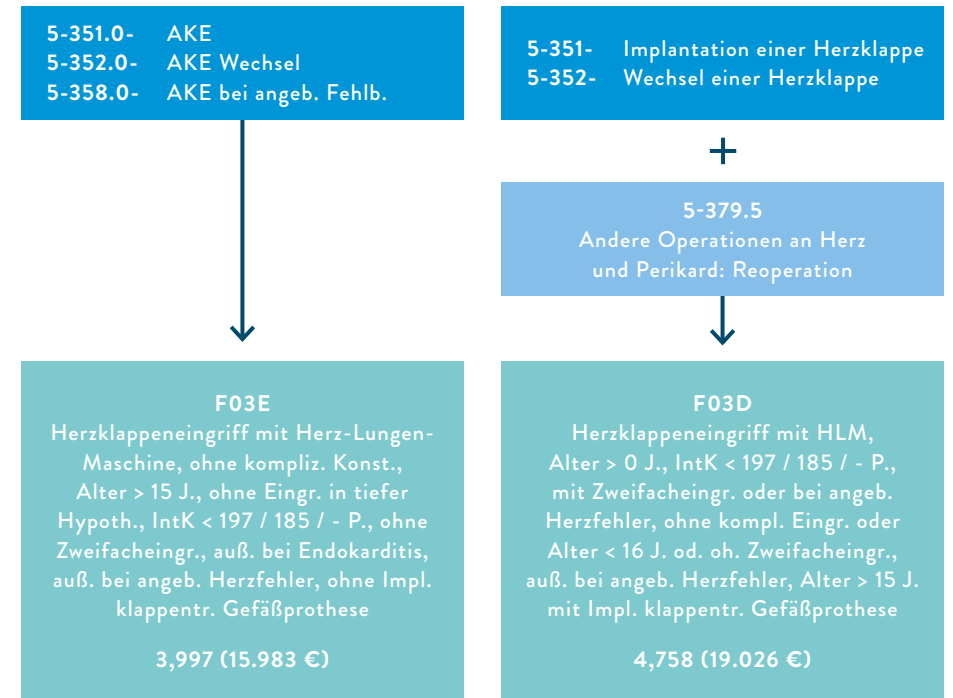
Sonderfall nahtfixierte Klappen



*Berechnet auf fiktivem Bundesbasisfallwert 2023: 3.998,66 € (Basisfallwert 2022 + 4,32% Veränderungsrate)

Hier findet sich für das aG-DRG-System seit 2021 eine Abwertung der Kombination von nahtfixierten Klappen und Zweifach-Venen- bzw. Drei- und Mehrfach-Venen- und Arterienbypässen. Trotzdem bleibt es für dies Konstellationen bei den höheren Bewertungen gegenüber anderen Implantattypen.

Re-Operation an Herzklappen



Altes Problem der Re-Operation:

- Bei Kodierung eines Herzklappenwechsels ist letztlich die Re-Operation im Code inbegriffen.
- Die zusätzliche Kodierung führt trotzdem zu erheblicher Aufwertung des Falles.
- Eindeutige Situation nur dann, wenn die Implantation einer Klappe kein Wechsel ist, eine Vor-OP am Herzen aber z. B. aufgrund CAB vorliegt.

AORTENKLAPPE: TRANSKATHETER ERSATZ

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2023

Bei der Kodierung der Hauptdiagnose ist insbesondere zwischen erworbenen und angeborenen Herzfehlern zu differenzieren. Dabei ist darauf zu achten, dass angeborene Herzfehler auch bei Erwachsenen zur Kodierung kommen dürfen.

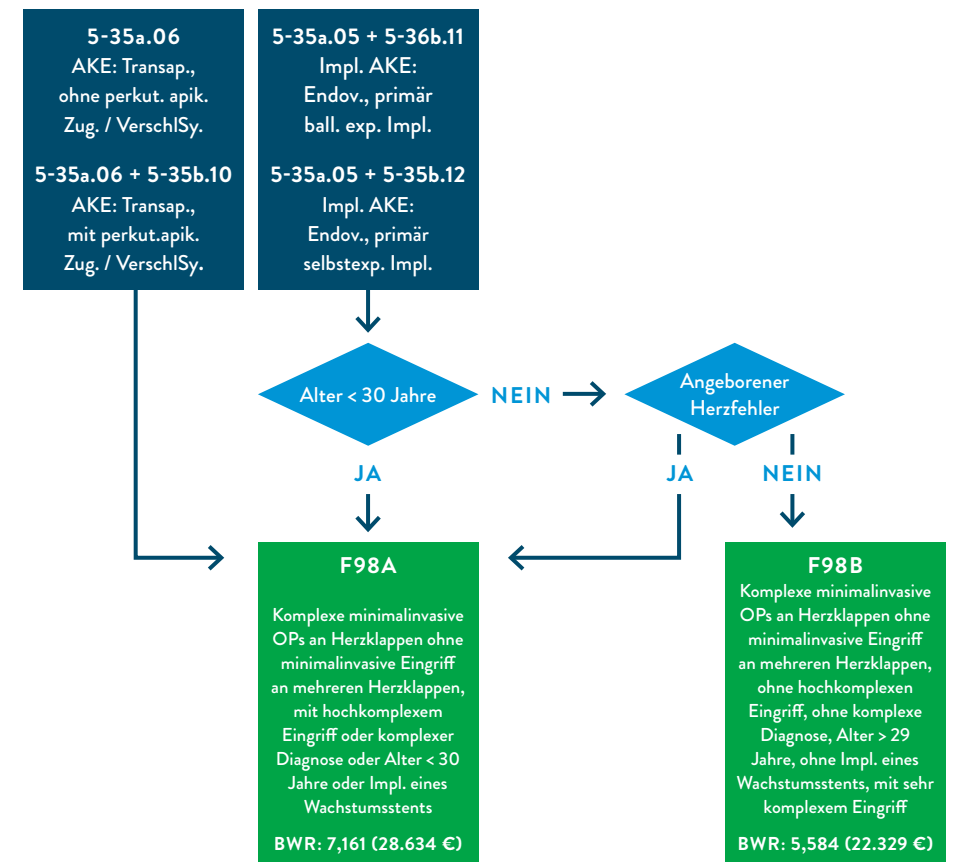
ICD	ICD-TEXT
106.0	Rheumatische Aortenklappenstenose
106.1	Rheumatische Aortenklappeninsuffizienz
106.2	Rheumatische Aortenklappenstenose mit Insuffizienz
106.8	Sonstige rheumatische Aortenklappenkrankheiten
I35.1	Aortenklappeninsuffizienz
I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz
Q23.0	Angeborene Aortenklappenstenose
Q23.1	Angeborene Aortenklappeninsuffizienz

Prozedurenkodierung OPS 2023

MINIMALIVASIVER AORTENKLAPPENERSATZ		ZUSATZKODIERUNG	
5-35a.06	Transapikal		Kein Zusatzcode
5-35a.06	Transapikal	+	5-35b.10 Anwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystems
5-35a.05	Endovaskulär	+	5-35b.11 Anwendung eines primär ballon-expandierbaren Implantates
5-35a.05	Endovaskulär	+	5-35b.12 Anwendung eines primär selbst-expandierenden Implantates

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle

– Transkatheter Aortenklappenersatz



Keine Abhängigkeit der aG-DRG-Gruppierung von der Hauptdiagnose

- Auch hier letztlich nur Diagnose aus dem Bereich der Herzerkrankungen erforderlich, um die MDC05 zu erreichen
- Alle transapikalen Eingriffe werden immer direkt in die aG-DRG F98A eingruppiert.
- Eine Steigerung des Erlöses ist in der Praxis nur noch durch Beatmungen oder bestimmte kombinierte Klappenersatzeingriffe möglich.
- Auch eine intensivmedizinische Komplexbehandlung mit hoher Punktzahl ist zu einer Aufwertung in der Lage.

MITRALKLAPPE: CHIRURGISCHER ERSATZ

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2023

ICD	TEXT
I05.0	Mitralklappenstenose
I05.1	Rheumatische Mitralklappeninsuffizienz
I05.2	Mitralklappenstenose mit Insuffizienz
I34.0	Mitralklappeninsuffizienz
I34.1	Mitralklappenprolaps
I34.2	Nichtrheumatische Mitralklappenstenose
I34.80	Nichtrheumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz
Q23.2	Angeborene Mitralklappenstenose
Q23.3	Angeborene Mitralklappeninsuffizienz

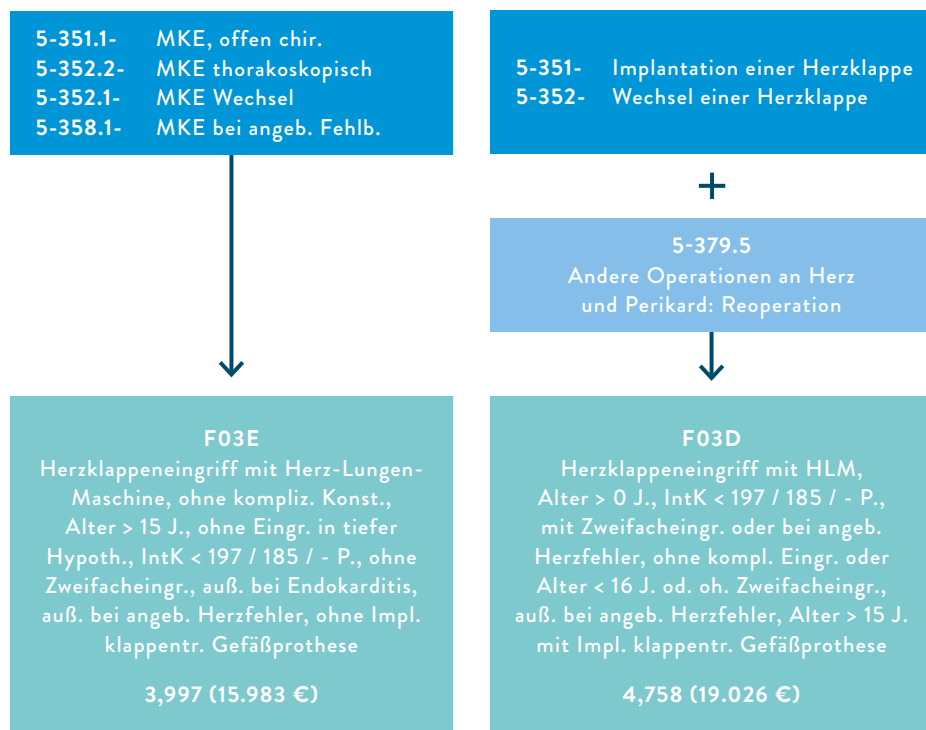
Prozedurenkodierung OPS 2023

OPS	ERSATZ VON HERZKLAPPEN DURCH PROTHESE:	ERWORBENE KLAPPENFEHLER
5-351.11	Mitralklappe, offen chirurgisch: Durch Allotransplantat	
5-351.12	Mitralklappe, offen chirurgisch: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	
5-351.13	Mitralklappe, offen chirurgisch: Durch Xenotransplantat , stentless	
5-351.14	Mitralklappe, offen chirurgisch: Durch Kunstprothese	
5-351.1x	Mitralklappe, offen chirurgisch: Sonstige	
5-351.21	Mitralklappe, thorakoskopisch: Durch Allotransplantat	
5-351.22	Mitralklappe, thorakoskopisch: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	
5-351.23	Mitralklappe, thorakoskopisch: Durch Xenotransplantat , stentless	
5-351.24	Mitralklappe, thorakoskopisch: Durch Kunstprothese	
5-351.2x	Mitralklappe, thorakoskopisch: Sonstige	

OPS	OPERATION BEI KONGENITALEN KLAPPENANOMALIEN DES HERZENS	ANGEBORENE KLAPPENFEHLER
5-358.11	Mitralklappe: Klappenersatz durch Allotransplantat	
5-358.12	Mitralklappe: Klappenersatz durch Xenotransplantat (Bioprothese)	
5-358.13	Mitralklappe: Klappenersatz durch Xenotransplantat, stentless	
5-358.14	Mitralklappe: Klappenersatz durch Kunstprothese	
5-358.15	Mitralklappe: Klappenersatz durch klappentragendes Conduit	

OPS	WECHSEL VON HERZKLAPPENPROTHESEN:	ANGEBORENE KLAPPENFEHLER
5-352.10	Mitralklappe: Xenotransplantat durch Kunstprothese	
5-352.11	Mitralklappe: Kunstprothese durch Xenotransplantat	
5-352.12	Mitralklappe: Kunstprothese durch Kunstprothese	
5-352.13	Mitralklappe: Xenotransplantat durch Xenotransplantat	
5-352.1x	Mitralklappe: Sonstige	

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



MITRALKLAPPE: CHIRURGISCHE REKONSTRUKTION

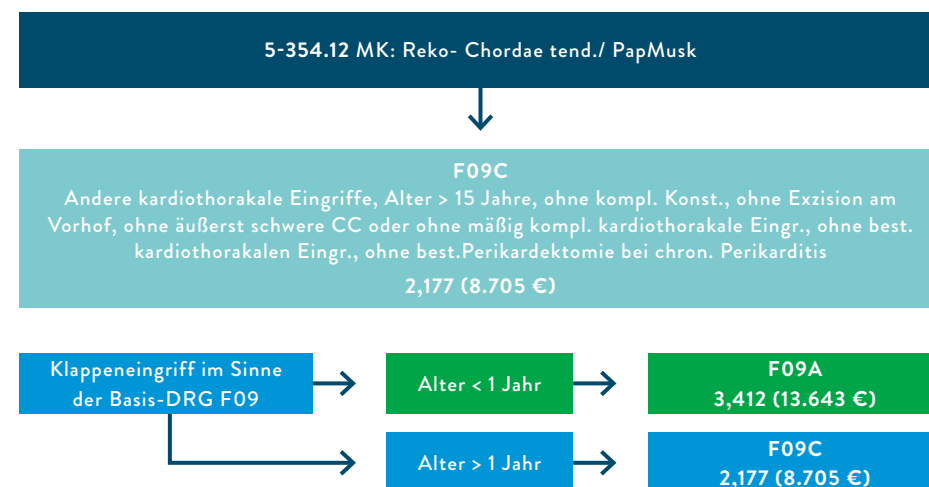
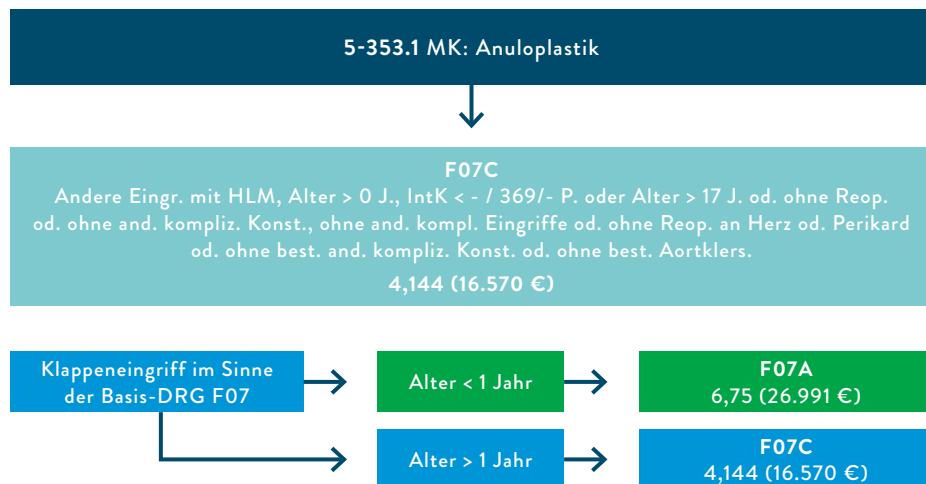
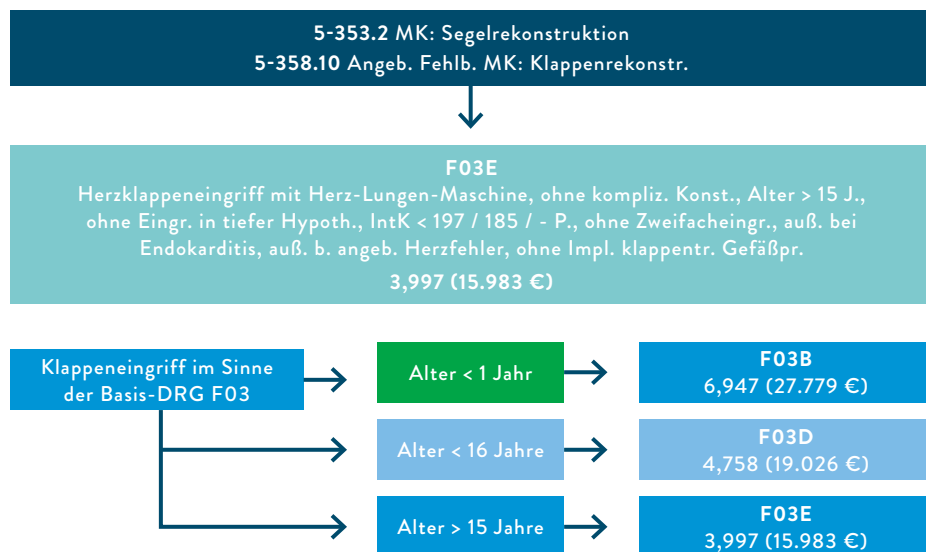
Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2023

ICD	TEXT
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

Prozedurenkodierung OPS 2023

OPS	TEXT
5-351.1	Valvuloplastik: Mitralklappe, Anuloplastik
5-351.2	Valvuloplastik: Mitralklappe, Segelrekonstruktion
5-351.12	Andere Operationen an Herzklappen: Mitralklappe: Rekonstruktion Chordae tendineae und/oder Papillarmuskeln
5-351.10	Mitralklappe: Klappenrekonstruktion

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



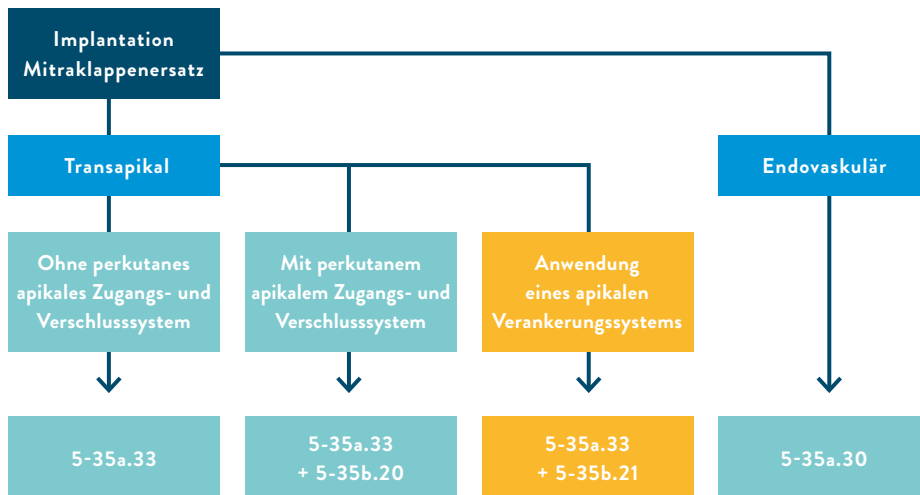
Dabei ist zu beachten, dass die Zugangskriterien für die Basis-DRG F07 für das DRG-Jahr 2023 weiter deutlich reduziert wurden. Bestimmte rekonstruktive Eingriffe gelangen daher nur noch in die Basis-DRG F09.

MITRALKLAPPE: TRANSKATHETER ERSATZ

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2023

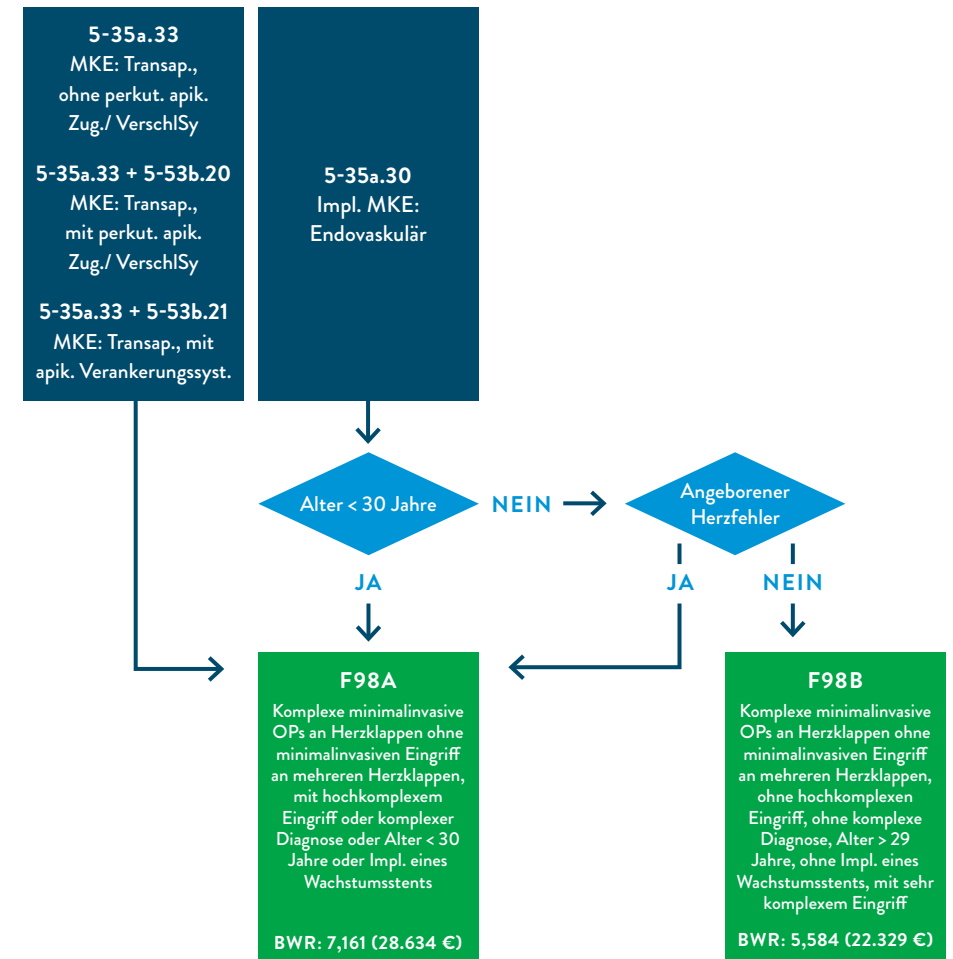
ICD	TEXT
I05.0	Mitralklappenstenose
I05.1	Rheumatische Mitralklappeninsuffizienz
I05.2	Mitralklappenstenose mit Insuffizienz
I34.0	Mitralklappeninsuffizienz
I34.1	Mitralklappenprolaps
I34.2	Nicht rheumatische Mitralklappenstenose
I34.80	Nicht rheumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz
Q23.2	Angeborene Mitralklappenstenose
Q23.3	Angeborene Mitralklappeninsuffizienz

Prozedurenkodierung OPS 2023



Die OPS-Kodierung der minimalinvasiven Eingriffe hat sich dabei gemäß der bereits dargestellten Logik zum Jahr 2022 geändert. Insbesondere ist hier auf die ggf. erforderlichen Zusatz-OPS-Kodes zu achten.

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle

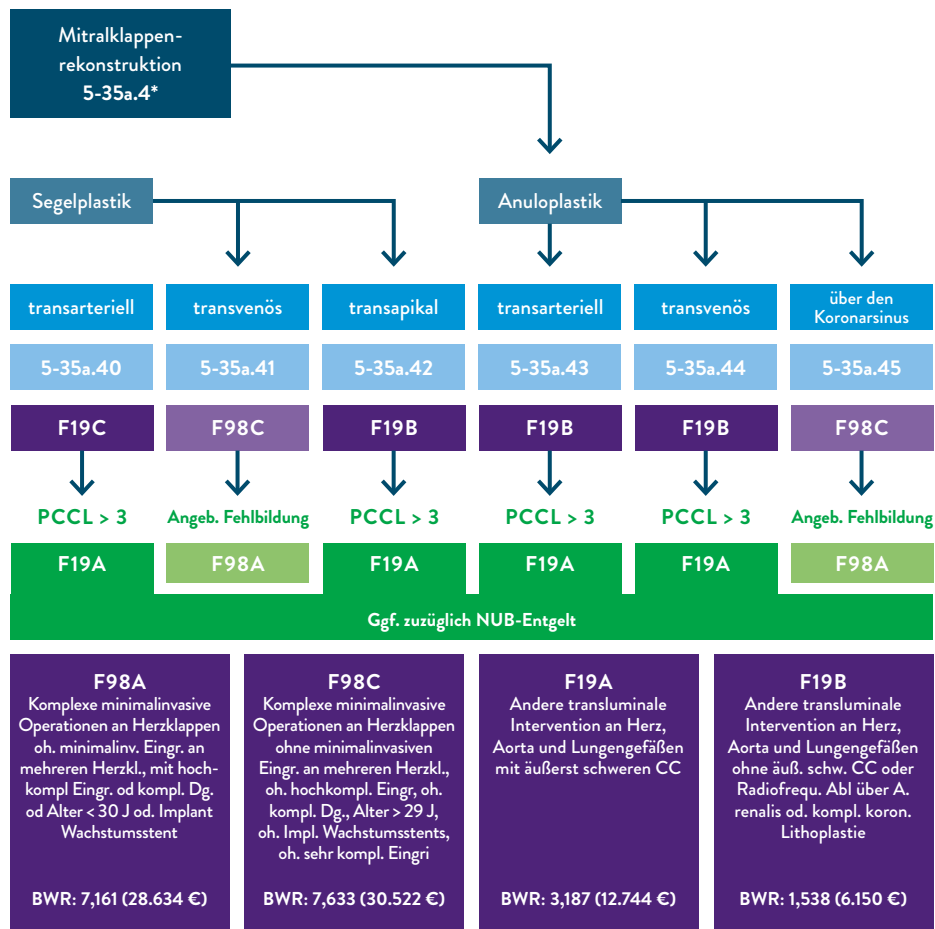


MITRALKLAPPE: TRANSKATHETER REKONSTRUKTION

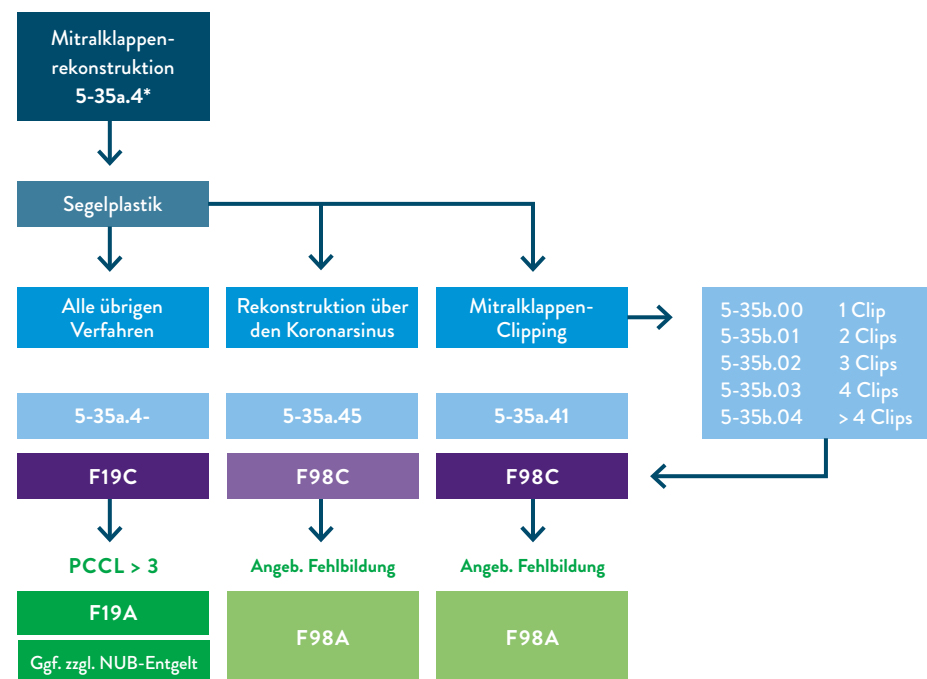
Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2023

siehe Diagnosekodierung Seite 26

Gruppierungsalgorithmus MK-Rekonstruktion



Sonderfall Mitralklappenrekonstruktion



TRIKUSPIDALKLAPPE: CHIRURGISCHE REKONSTRUKTION

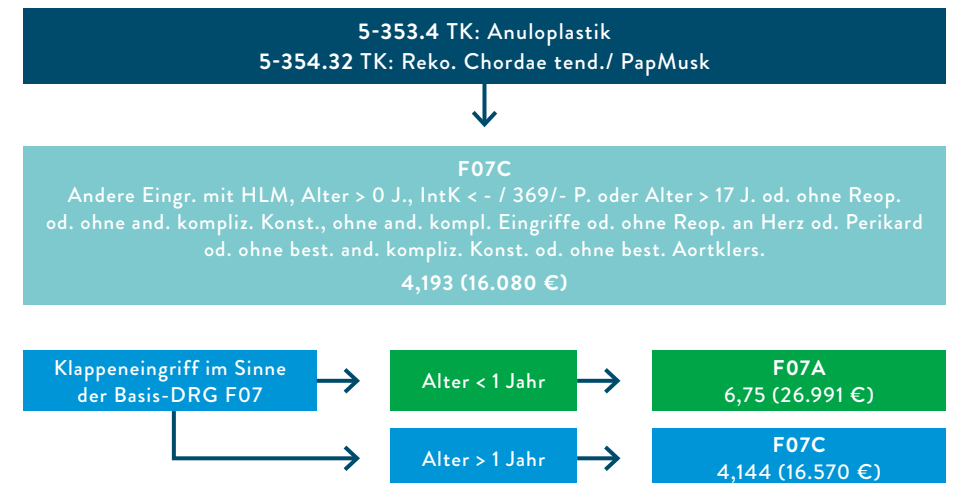
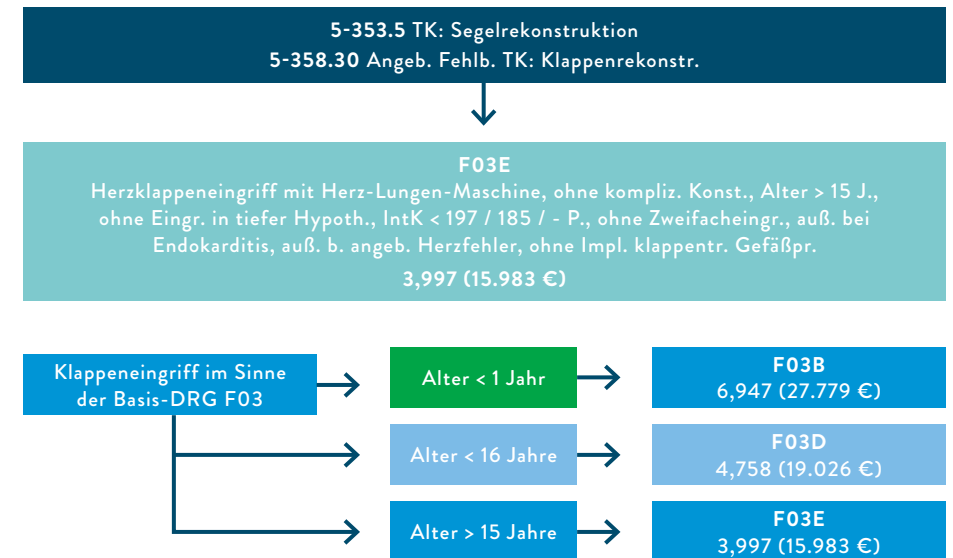
Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2023

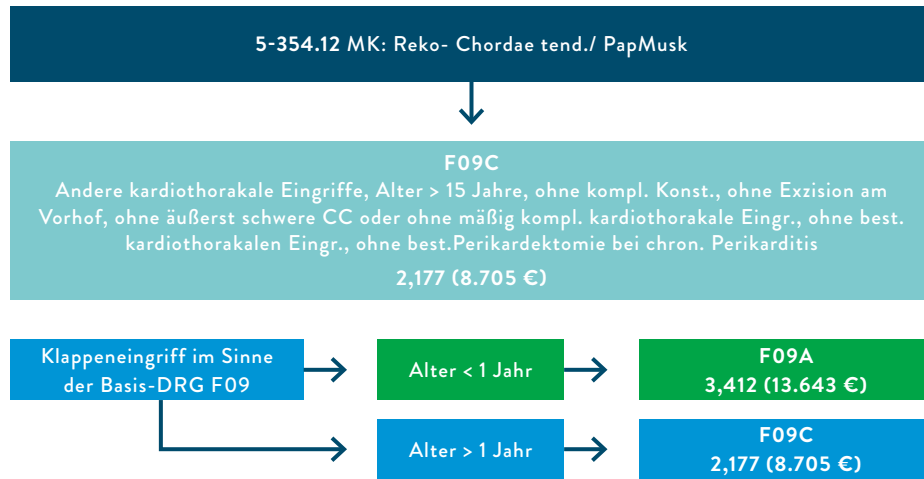
ICD	TEXT
I07.0	Trikuspidalklappenstenose
I07.1	Trikuspidalklappeninsuffizienz
I07.2	Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz
I36.0	Nicht-rheumatische Trikuspidalklappenstenose
I36.1	Nicht-rheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz
I36.2	Nicht-rheumatische Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz
Q22.4	Angeborene Trikuspidalklappenstenose

Prozedurenkodierung OPS 2023

OPS	TEXT
5-353.4	Valvuloplastik: Trikuspidalklappe, Anuloplastik
5-353.5	Valvuloplastik: Trikuspidalklappe, Segelrekonstruktion
5-354.32	Andere Operationen an Herzklappen: Trikuspidalklappe: Rekonstruktion Chordae tendineae und/oder Papillarmuskeln
5-358.30	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Trikuspidalklappe: Klappenrekonstruktion

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle





TRIKUSPIDALKLAPPE: TRANSKATHETER REKONSTRUKTION

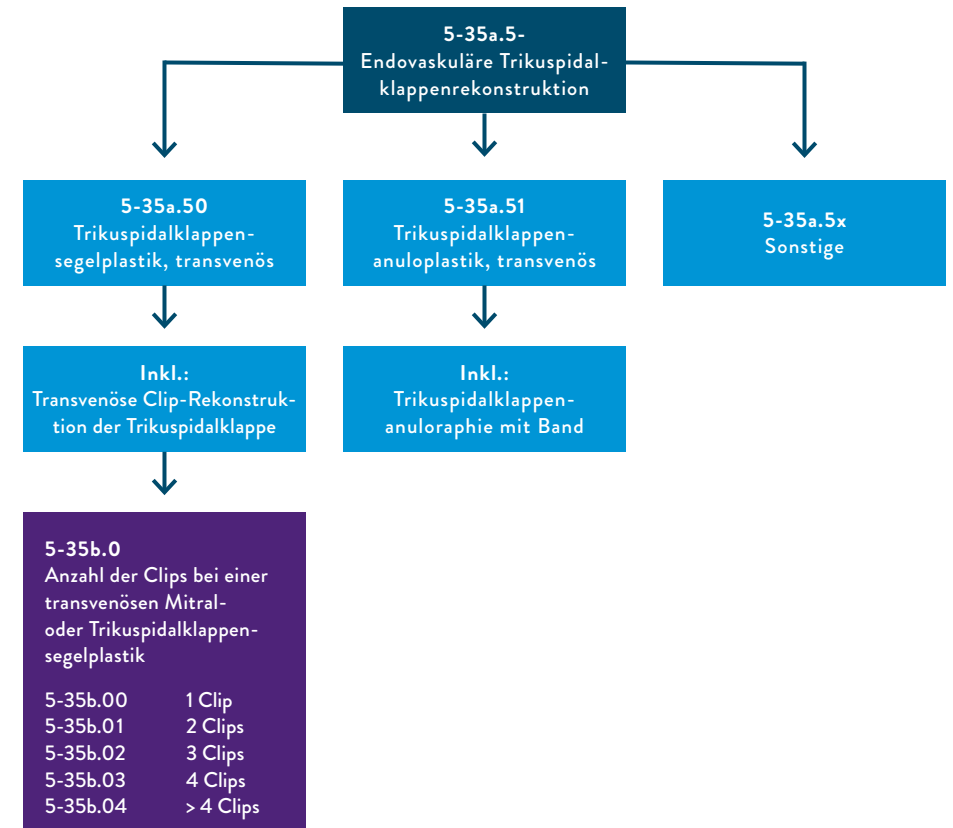
Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2023

ICD	TEXT
I07.0	Trikuspidalklappenstenose
I07.1	Trikuspidalklappeninsuffizienz
I07.2	Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz
I36.0	Nicht rheumatische Trikuspidalklappenstenose
I36.1	Nicht rheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz
I36.2	Nicht rheumatische Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz
Q22.4	Angeborene Trikuspidalklappenstenose

Prozedurenkodierung OPS 2023

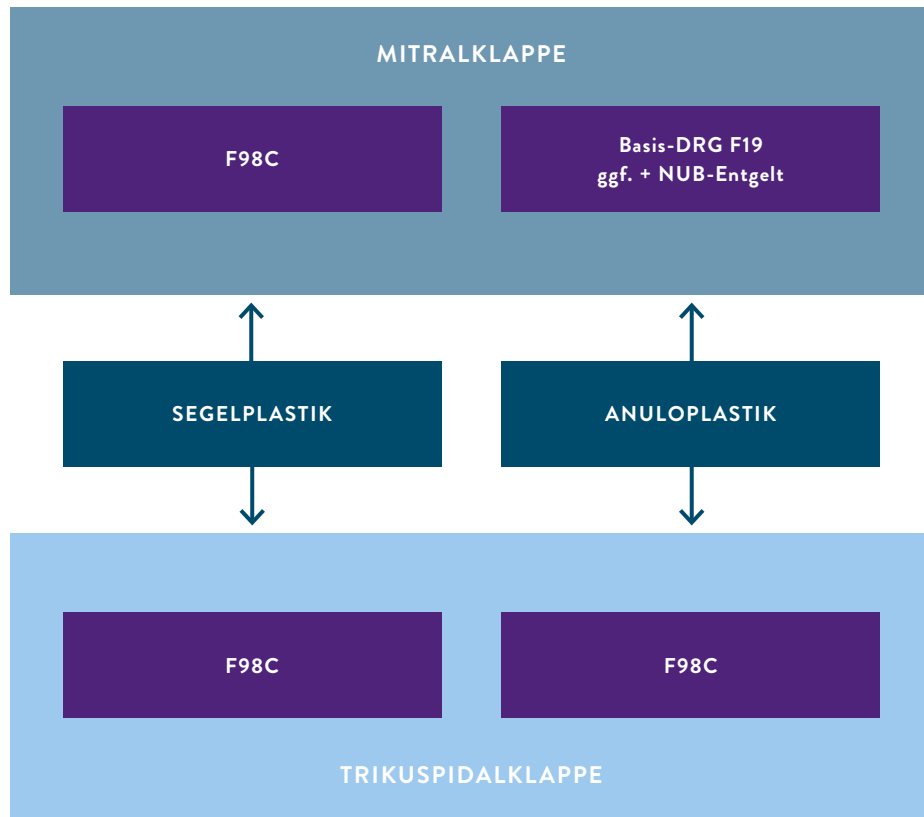
OPS	TEXT
5-35a.50	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Endovaskuläre Trikuspidalklappenrekonstruktion: Trikuspidalklappensegelplastik, transvenös
5-35a.51	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Endovaskuläre Trikuspidalklappenrekonstruktion: Trikuspidalklappenanuloplastik, transvenös
5-35a.5x	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Endovaskuläre Trikuspidalklappenrekonstruktion: Sonstige

Für die Kodierung der Prozeduren der endovaskulären Trikuspidalklappenrekonstruktion wurde der bestehende OPS-Code 5-35a.5 seit dem Jahr 2021 differenziert. Seitdem stehen getrennte OPS-Kodes für die Segelplastik (Clip) und die Anuloplastik (Band) zur Verfügung.



Die Gruppierung der beiden OPS-Kodes erfolgt identisch und damit für beide Techniken unverändert zum Vorjahr 2023 in die aG-DRG F98C.

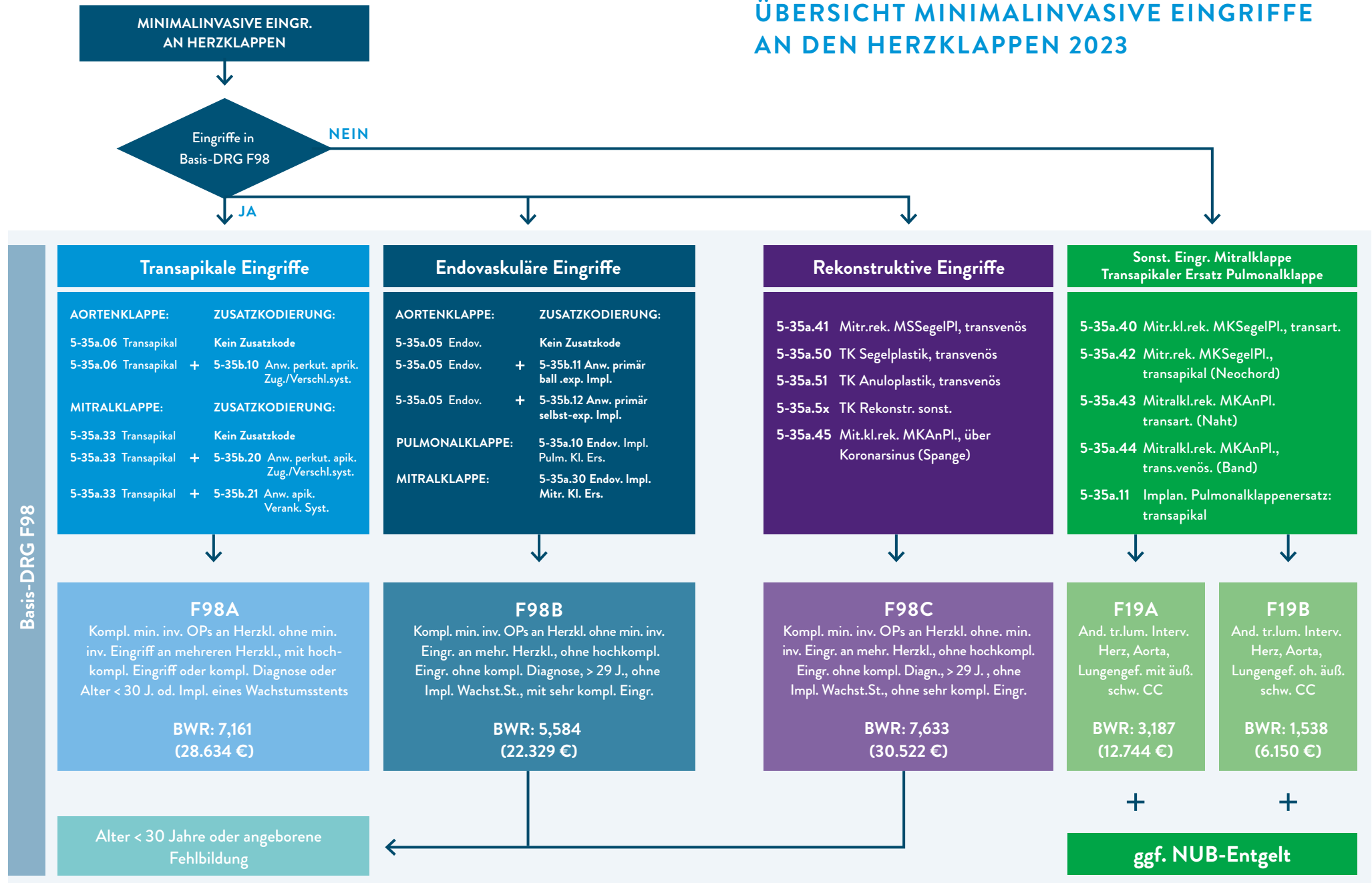
Das führt weiterhin zu einer Situation, in welcher die Clip-Technik an der Mitralklappe und an der Trikuspidalklappe in die aG-DRG F98C eingruppiert werden, während die Band-Rekonstruktionen an der Mitralklappe in die Basis-DRG F19 zzgl. ggf. NUB-Entgelt und die Clip-Rekonstruktionen abweichend wieder in die F98C gelangen.



aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



ÜBERSICHT MINIMALINVASIVE EINGRIFFE AN DEN HERZKLAPPEN 2023



KOMBINIERTE MINIMALINVASIVE EINGRIFFE AN DEN HERZKLAPPEN

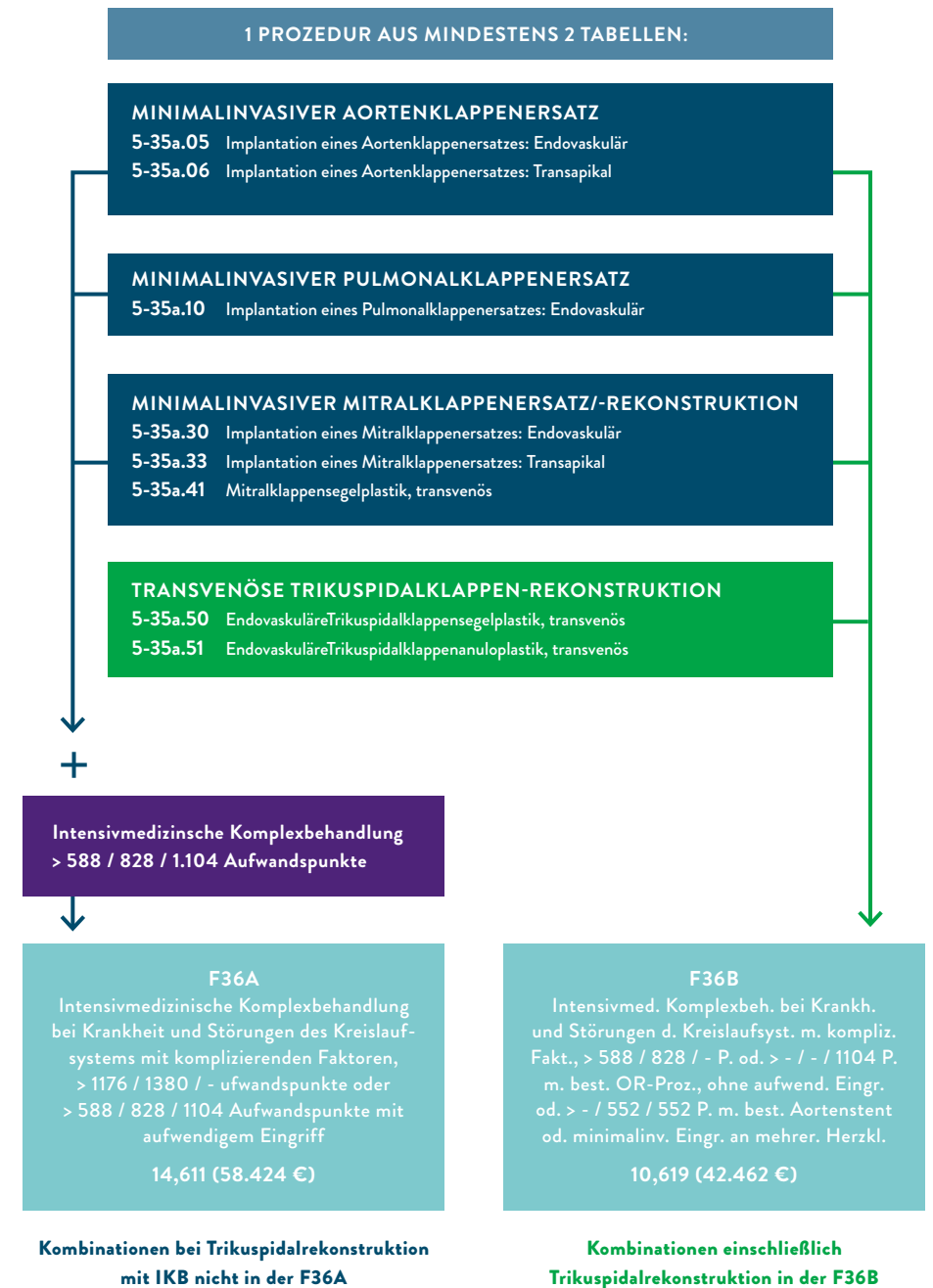
aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle

Für die G-DRG-Gruppierung der Kombinationsfälle kam es bei der Kombination einer Mitralklappen- und einer Trikuspidalklappenrekonstruktion seit 2018 nicht mehr zu einer Höhergruppierung der Fälle in die G-DRG F36B. Während alle anderen Kombinationen von Leistungen, welche einzeln in die Basis-DRG F98 führen, auch weiterhin in die höher bewertete F36B gruppiert werden, traf dies für das kombinierte Clipping aufgrund zumindest teilweise identischen Ressourcenaufwandes nicht mehr zu.

Wie bereits dargestellt hat das InEK mit dem Systemjahr 2023 die transvenöse Trikuspidalklappenrekonstruktion wieder den anderen minimalinvasiven Klappen für die Gruppierung in die aG-DRG F36B gleichgestellt. Damit ist jetzt auch die nicht seltene Konstellation einer Kombination von Mitralklappen- und Trikuspidalklappenrekonstruktion wieder in der F36B abgebildet.

In der Basis-DRG F36 erfolgt bei kombinierter Leistungserbringung mehrerer minimalinvasiver Herzklappeneingriffe gemäß nachfolgender Tabelle auch eine Aufwertung von Fällen aus der aG-DRG F36B in die F36A bei zusätzlicher Kodierung einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung ab 1.105 Aufwandspunkten bzw. einer aufwändigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung ab 829 Aufwandspunkten.

Diese Aufwertung in die aG-DRG F36A erfolgt explizit nicht bei einem Kombinationseingriff mit Beteiligung von weniger als drei Klappen unter Beteiligung der Trikuspidalklappe.



OKKLUDERTHERAPIE: PERSISTIERENDER DUCTUS ARTERIOSUS

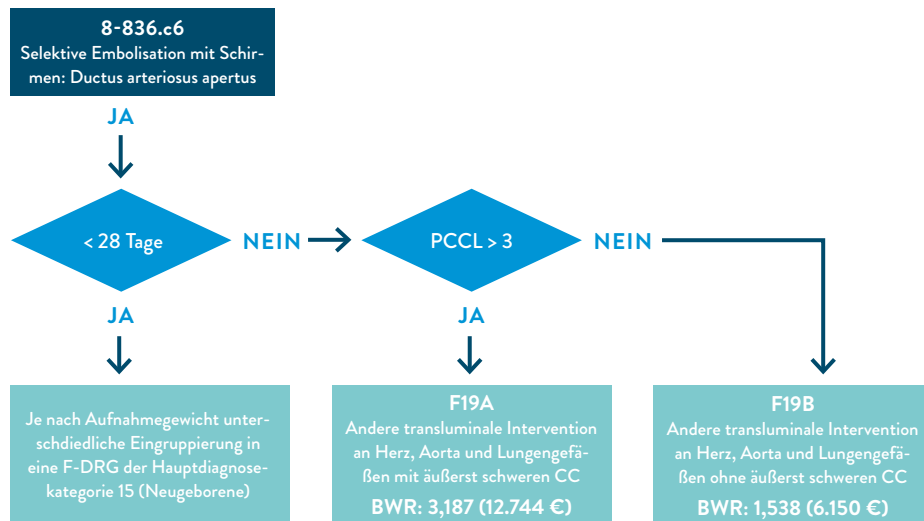
Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2023

ICD	TEXT
Q25.0	Offener Ductus arteriosus

Prozedurenkodierung OPS 2023

OPS	TEXT
8-836.96	Selektive Embolisation mit embolisierenden Flüssigkeiten: Ductus arteriosus apertus
8-836.b6	Selektive Embolisation mit ablösbaren Ballons: Ductus arteriosus apertus
8-836.c6	Selektive Embolisation mit Schirmen: Ductus arteriosus apertus
8-836.k6	Selektive Embolisation mit Partikeln: Ductus arteriosus apertus
8-836.m6	Selektive Embolisation mit Metallspiralen: Ductus arteriosus apertus
8-836.x6	Sonstige: Ductus arteriosus apertus

Die Versorgung mit dem Amplatzer™ Okkluder ist im OPS-Katalog 2023 weiterhin nicht spezifisch abgebildet. Es wird empfohlen die selektive Embolisation mit Schirmen zu wählen.



aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Neugeborene in der MDC 15

Spezialfall in der Hauptdiagnosekategorie 15:

- Hier erfolgt die aG-DRG-Gruppierung primär anhand des Aufnahmegewichtes in die entsprechenden Basis-DRGs.
- Die weitere Gruppierung wird dann unter anderem auf der Grundlage von Prozeduren übernommen.

Beim Einsatz eines zugelassenen Okkluders werden dabei die nachfolgenden DRGs erreicht, wobei zusätzliche diagnostische und therapeutische Prozeduren und auch weitere Diagnosen zu einer erheblich abweichenden Gruppierung und Erlössituation führen.

Q25.0 Offener Ductus arteriosus						
+						
8-836.c6 Selektive Embolisation mit Schirmen: Ductus arteriosus apertus						
> 2.499 g	2000 – 2499 g	1.500 – 1.999 g	1.000 – 1.499 g	750 – 999 g	600 – 749 g	< 600 g
P06C	P05C	P04B	P03B	P62A	P61C	P61A
Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme oder ohne sig. OR- Prozedur oder ohne Beatmung > 120 Std., ohne bestimmte aufwendige OR-Prozedur	Aufnahmegewicht 2000 – 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne temporären Verschluss eines Bauchwanddefektes	Aufnahmegewicht 1500 – 1999 g, sig. OR-Proz. od. Beat. > 120 Std., oh. meh. schw. Probl. od. oh. Beat. > 320 Std., oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. sig. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. temp. Verschluss BW-Defekt	Aufnahmegewicht 1000 – 1499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beat. > 120 Std., oh. mehrere schwere Probleme, oh. Beat. > 479 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme oder oh. sig. OR-Prozedur oder oh. mehrzeitige komplexe OR-Prozedur	Aufnahmegewicht 750 – 999 g mit signifikanter OR-Prozedur	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 – 749 g mit signifikanter OR-Prozedur	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur
2,579 10.313 €	3,255 13.016 €	5,363 21.445 €	8,018 32.061 €	18,761 75.019 €	27,787 111.111 €	29,048 116.153 €

OKKLUDERTHERAPIE: VORHOFSEPTUMDEFEKT

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2023

ICD-Kodierung erworbener Septumdefekte

ICD	TEXT
I23.1	Vorhofseptumdefekt als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt
I51.0	Herzseptumdefekt, erworben

ICD-Kodierung angeborener Septumdefekte (PFO)

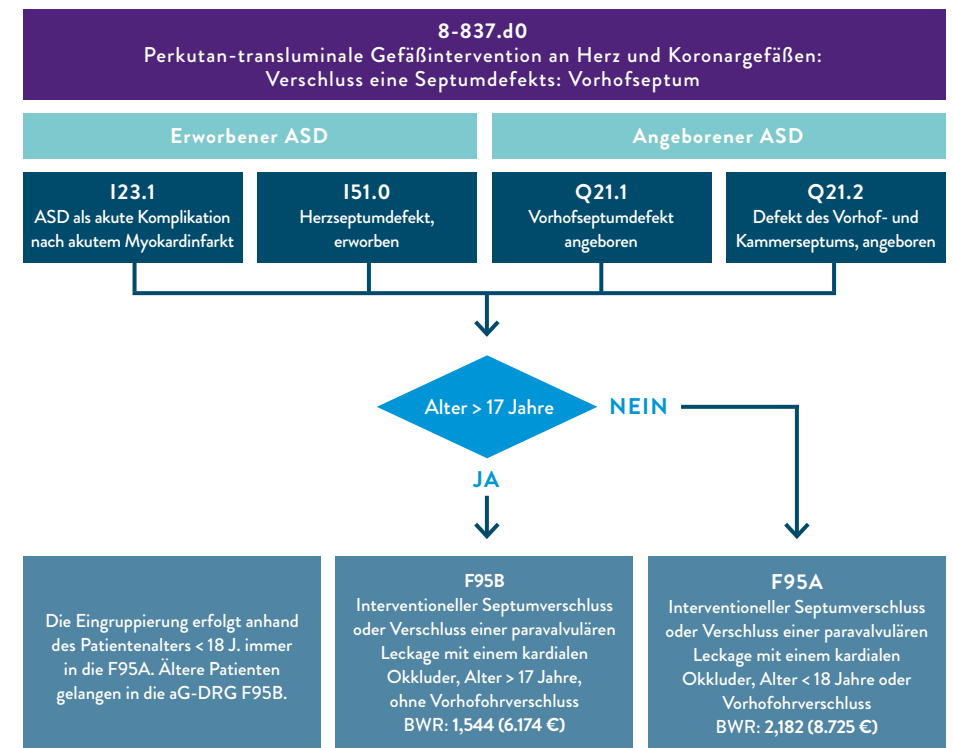
ICD	TEXT
Q21.1	Vorhofseptumdefekt
Q21.2	Defekt des Vorhof- und Kammerseptums

Prozedurenkodierung OPS 2023

OPS	TEXT
8-837.d0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Verschluss eines Septumdefekts: Vorhofseptum

Eine Differenzierung unterschiedlicher Indikationen, wie z. B. dem Routine-Verschluss bei hämodynamisch relevantem Herzfehler oder dem Verschluss sekundär aufgetretener ischämischer intrakardialer Defekte ist auf der Ebene der OPS-Kodierung nicht möglich. Hier kann eine Unterscheidung zwischen den klinisch völlig unterschiedlichen Entitäten eines PFO auf der einen Seite und eines erworbenen Septumdefektes z. B. nach Myokardinfarkt nicht erfolgen. Der Unterschied wird in der Kodierung letztlich auf durch die ICD-Kodierung transportiert.

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



Relevant für die aG-DRG-Gruppierung ist immer das Patientenalter bei Aufnahme in das Krankenhaus. Ein sich möglicherweise änderndes Patientenalter während des Aufenthaltes mit Durchführung des Eingriffes nach einem Alterswechsel bleibt für die aG-DRG-Gruppierung ohne Belang.

VORHOFOHR-VERSCHLUSS (LAA CLOSURE)

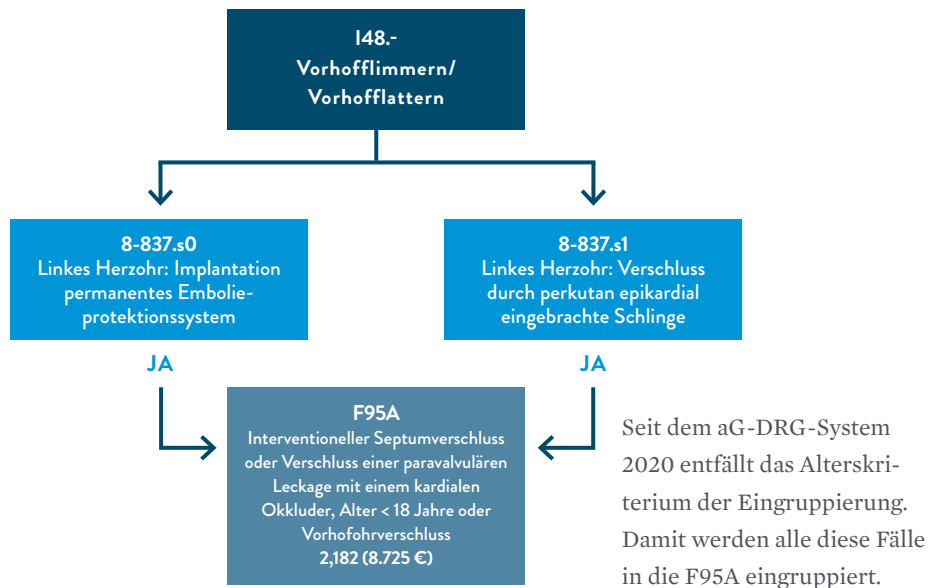
Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2023

ICD	TEXT
I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal
I48.1	Vorhofflimmern, persistierend
I48.2	Vorhofflimmern, permanent
I48.3	Vorhofflattern, typisch
I48.4	Vorhofflattern, atypisch
I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet

Prozedurenkodierung OPS 2023

OPS	TEXT
8-837.s0	Implantation eines permanenten Embolieprotektionssystems
8-837.s1	Verschluss durch perkutan epikardial eingebrachte Schlinge
8-837.sx	Sonstige

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



OKKLUDERTHERAPIE: VENTRIKELSEPTUMDEFEKT

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2023

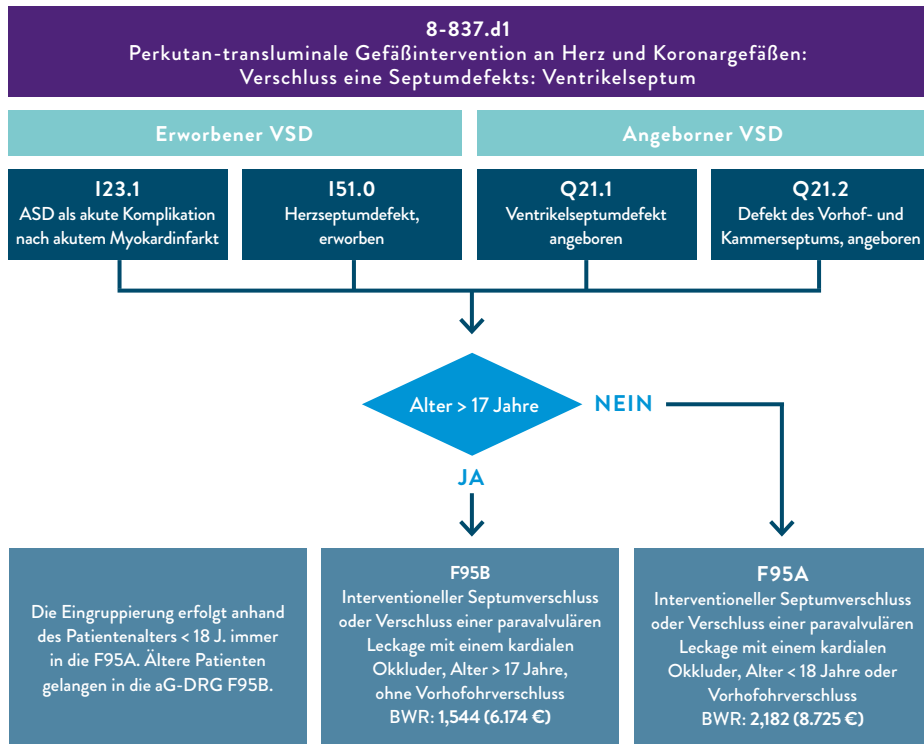
ICD	TEXT
I23.2	Ventrikelseptumdefekt als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt
I51.0	Herzseptumdefekt, erworben
Q21.0	Ventrikelseptumdefekt
Q21.2	Defekt des Vorhof- und Kammerseptums

Prozedurenkodierung OPS 2023

OPS	TEXT
8-837.d1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Verschluss eines Septumdefekts: Ventrikelseptum

Eine Differenzierung unterschiedlicher Indikationen, wie z. B. dem Routine-Verschluss bei hämodynamisch relevantem Herzfehler oder dem Verschluss sekundär aufgetretener ischämischer intrakardialer Defekte ist auf der Ebene der OPS-Kodierung nicht möglich. Hier kann eine Unterscheidung allenfalls auf Ebene der ICD-Kodierung erfolgen.

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



Relevant für die aG-DRG-Gruppierung ist immer das Patientenalter bei Aufnahme in das Krankenhaus. Ein sich möglicherweise änderndes Patientenalter während des Aufenthaltes mit Durchführung des Eingriffes nach einem Alterswechsel bleibt für die aG-DRG-Gruppierung ohne Belang.

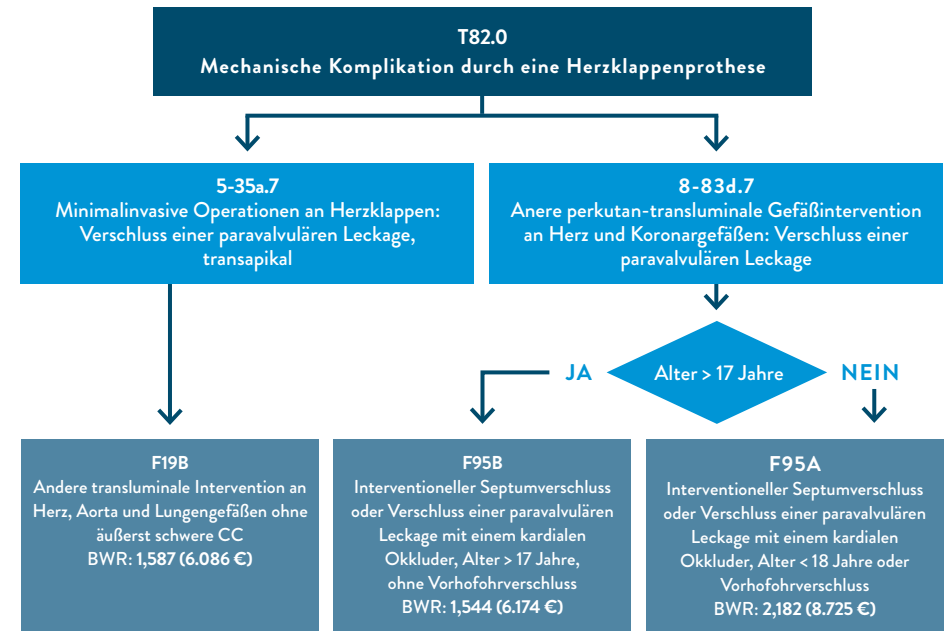
OKKLUDERTHERAPIE: PVL

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2023

ICD	TEXT
T82.0	Mechanische Komplikation durch eine Herzklappenprothese Inkl.: (u.a.) Leckage durch Herzklappenprothese

Prozedurenkodierung

OPS	TEXT
5-35a.7	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Verschluss einer para-valvulären Leckage, transapikal. Hinw.: Die Verwendung von Okkludern ist gesondert zu kodieren (8-83b.r ff.)
8-83d.7	Verschluss einer paravalvulären Leckage. Hinw.: Die Verwendung von Okkludern ist gesondert zu kodieren (8-83b.r ff.)
8-83b.r	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Okkluders, Inkl.: Plug
8-83b.r.0	1 Okkluder
8-83b.r.1	2 Okkluder
8-83b.r.2	3 oder mehr Okkluder



Seit dem Jahr 2020 kann der Verschluss einer paravalvulären Leckage (PVL) spezifisch kodiert werden. Dabei stehen zwei unterschiedliche Codes zur Verfügung: einer für transapikale Eingriffe (5-35a.7) und ein weiterer für perkutan-transluminale Gefäßinterventionen (8-83d.7). Die Anzahl der verwendeten Okkluder ist bis zu einer Anzahl von 3 mit dem Zusatzcode 8-83b.r ff. zu kodieren.

Wie bereits dargestellt, konnten mit dem DRG-System 2023 diese OPS-Kodes erstmalig in der Kalkulation berücksichtigt werden. Dabei zeigten sich diese Fälle in der bisher regelhaft erreichten aG-DRG F58B als nicht sachgerecht finanziert. In der Folge werden diese Fälle in die Basis-DRG F95 aufgewertet. Diese Aufwertung ist allerdings hinsichtlich der Kodierung daran gebunden, dass neben dem primären OPS-Kode für die Erbringung der Leistung (OPS 8-83d.7) unbedingt auch die Zusatzcodes aus 8-83b.r verschlüsselt werden. Erst dann erfolgt die Eingruppierung in die Basis-DRG F95. Die dargestellte Aufwertung betrifft im Übrigen nicht die transapikalen Eingriffe, sondern lediglich die trasvasalen Zugänge.

ANHANG: WICHTIGE AG-DRG-PAUSCHALEN UND IHRE KENNZAHLEN

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	Tag 1 Abschl.	Abschl./ Tag	Tag 1 Zuschl.	Zuschl./ Tag
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit bestimmter komplizierender Konstellation	8,786	5	0,696	36	0,267
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Mehrfacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder bestimmter anderer komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie	6,947	4	0,599	29	0,254
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 J., IntK > 196 / 184 / - P. und IntK < 393 / 369 / - P., mit Zweifacheingriff od. bei angeborenem Herzfehler, mit kompl. Eingr. od. best. Herzklappeneingriff oder andere komplizierende Konstellation	6,031	4	0,531	29	0,224
F03D	Herzklappeneingriff mit HLM, Alter > 0 J., IntK < 197 / 185 / - P., mit Zweifacheingr. od. bei angeb. Herzfehler, oh. kompl. Eingr. oder Alter < 16 J. od. oh. Zweifacheingr., auß. bei angeb. Herzfehler, Alter > 15 J. mit Impl. klappentr. Gefäßprothese	4,758	3	0,453	23	0,219
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne Eingr. in tiefer Hypoth., IntK < 197 / 185 / - P., ohne Zweifacheingr., auß. bei Endokarditis, auß. b. angeb. Herzfehler, ohne Impl. klappentr. Gefäßspr.	3,997	3	0,368	18	0,208
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit best. kompliz. Konstellation od. kompl. Operation oder IntK > - / 368 / - P. oder Alter < 18 Jahre mit Reop. Herz od. Perikard oder and. kompliz. Konstellation, mit best. kompl. Eingriffen	6,75	4	0,614	28	0,278

F07B	And. Eingr. mit HLM, Alter < 1 J. od. mit best. kompl. Konst. od. IntK > -/368 / - P., oh. best. kompl. Eingr. od. Alter > 0 J., IntK < -/369 / - P., m. and. kompl. Eingr. mit Reop. Herz od. Perik. od. mit best. and. kompliz. Konst. od. mit best. Aortklers.	5,518	4	0,447	26	0,228
F07C	Andere Eingr. mit HLM, Alter > 0 J., IntK < - / 369 / - P. oder Alter > 17 J. od. ohne Reop. od. ohne and. kompliz. Konst., ohne and. kompl. Eingriffe od. ohne Reop. an Herz od. Perikard od. ohne best. and. kompliz. Konst. od. ohne best. Aortklers.	4,144	3	0,402	20	0,241
F19A	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC	3,187	3	0,401	27	0,087
F19B	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Radiofrequenzablation über A. renalis oder komplexe koronare Lithoplastie	1,538	1	0,359	9	0,075
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff	14,611	10	0,898	52	0,293
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. Herzkkl.	10,619	8	0,764	44	0,264
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > - / 552 / 552 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne bestimmten Aortenstent oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff	8,073	6	0,772	40	0,233
F95A	Interventioneller Septumverschluss, Alter < 18 Jahre oder Verschluss einer paravalvulären Leckage mit einem kardialen Okkluder, Alter < 18 Jahre oder Vorhofohrverschluss	2,182	1	0,427	11	0,072
F95B	Interventioneller Septumverschluss, Alter > 17 Jahre, oder Verschluss einer paravalvulären Leckage mit einem kardialen Okkluder, Alter > 17 Jahre, ohne Vorhofohrverschluss	1,544	1	0,192	5	0,077
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	7,161	3	0,415	27	0,09
F98B	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, mit sehr komplexem Eingriff	5,584	2	0,462	19	0,078
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	7,633	2	0,322	22	0,064

BERECHNUNG DES FALLERLÖSES UND BASISFALLWERT

Formal existiert für jedes Bundesland ein eigener jährlich neu verhandelter Landes-Basisfallwert.

Für die Beispiele in dieser Darstellung wird ein einheitlicher Basisfallwert herangezogen. Da aufgrund der für das Jahr 2023 geänderten Berechnungssystematik des Bundesbasisfallwertes dieser noch nicht veröffentlicht wurde, wird hier der Bundes-Basisfallwert für das Jahr 2022 (3.833,07 €) zzgl. einer Erhöhung um die Veränderungsrate (4,32 %) angewandt (3.998,66 €)

$$\text{Katalog-Bewertungsrelation} \times \text{Basisfallwert} = \text{Fallerlös}$$

In der Praxis können je nach individueller Verweildauer Langliegerzuschläge bzw. Kurzlieger- oder Verlegungsabschläge zum Tragen kommen. Diese sind in den hier dargestellten Beispielen nicht berücksichtigt.

GLOSSAR / ABKÜRZUNGEN

ABSCHL. / TAG

Abschlag pro Tag bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer

AK

Aortenklappe

AKE

Aortenklappenersatz

ASD

Atriumseptumdefekt (Vorhofseptumdefekt)

AWP

Aufwandpunkte

CAB

Koronararterien-Bypass

CC

Comorbidities and Complications (Berechnungsbasis für den PCCL-Wert)

DRG

Diagnosis Related Groups (Pauschalisiertes Entgeltsystem für vollstationäre und teilstationäre Behandlung somatischer Fälle)

ICD

International Classification of Diseases (Diagnoseklassifikationssystem)

IKB

Intensivmedizinische Komplexbehandlung

INTK = IKB

Intensivmedizinische Komplexbehandlung

KAT-BWR

Katalog-Bewertungsrelation

MDC

Major Diagnosis Category (Hauptdiagnosekategorie)

MK

Mitralklappe

MKE

Mitralklappenersatz

NUB

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode

OPS

Operationenschlüssel (Prozedurenklassifikationssystem)

PCCL

Patient Comorbidity and Complexity Level (Fallbezogener Schweregrad)

PVL

Paravalvuläre Leckage

TAG 1 ABSCHL.

Erster Tag mit Abschlag bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer

TAG 1 ZUSCHL.

Erster Tag mit Zuschlag bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer

TKE

Trikuspidalklappenersatz

VSD

Ventrikelseptumdefekt

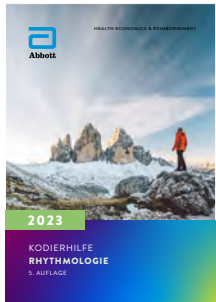
XENOTX

Xenotransplantat

ZUSCHL. / TAG

Zuschlag pro Tag bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer

DAS KÖNNTE SIE AUCH INTERESSIEREN



Kodierhilfe
Rhythmologie



Kodierhilfe
Neurostimulation



Kodierhilfe
Gefäßintervention - PTA



Kodierhilfe
Koronarintervention - PCI

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

Weitere Informationen und Kodierhinweise finden Sie unter:

<https://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.

Quellen:

- 1) **Veränderungswert:** https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/orientierungswert/2022_12_01_Vereinbarung_Veraenderungswert_2023_KHEntgG.pdf
- 2) **AOP Katalog:** https://www.kbv.de/media/sp/AOP-Vertrag_Anlage_1.pdf
- 3) **ICD 10 GM Version 2023 Systematisches Verzeichnis:** https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html
- 4) **OPS Version 2023 Systematisches Verzeichnis:** https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html
- 5) **Fallpauschalenkatalog 2023:** <https://www.g-drug.de/ag-drug-system-2023/fallpauschalen-katalog/>

WIR FÜR SIE



DR. CHRISTOPH RATH

Manager DACH

Health Economics & Reimbursement

Mobil: +49 170 - 33 39 519



JANNIS RADELEFF

Head of DACH

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: 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 vascular.eifu.abbott und medical.abbott/manuals mit Gebrauchsanweisung, Warnhinweisen und den möglichen Komplikationen zu lesen, die bei der Verwendung dieses Produkts auftreten können.

Hierin enthaltene Informationen sind ausschließlich zur Veröffentlichung in Deutschland bestimmt.

Alle Illustrationen sind künstlerische Darstellungen und sollten nicht als technische Zeichnungen oder Fotografien angesehen werden. 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

© 2023 Abbott. Alle Rechte vorbehalten. MAT-2300665 v1.0

