Abbott

HEALTH ECONOMICS & REIMBURSEMENT

2025

KODIERHILFE
HEART FAILURE

4. 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 2025 4
Krankenhaustransparenzgesetz und Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz 4
Take Home Messages I 6
Ambulantisierung 6
Sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRGs) 6
Abwertung von Kurzliegerfällen 7
Bundesbasisfallwert 8
Take Home Messages II 9

I

Was ist Herzinsuffienz? 10
Continuum of Care 12

II

Implantierbarer Defibrillator im stationären Bereich 13
Der Gruppierungsalgorithmus für Defibrillatoren 13
ag-DRGs für Defibrillatoren 14
Prozeduren für 1- und 2-Kammer ICDs sowie 3-Kammer ICDs (CRT-D) 15
Implantierbarer Defibrillator im ambulanten Bereich – EBM 2000 17

III

Pulmonal-Arterien Drucksensor 19

IV

Katheterbasierte Trikuspidalklappentherapie 20
Katheterbasierte Mitralklappentherapie 21
Mitralklappen Transkatheter Ersatz 22
Herzunterstützungssystem (VAS) und Extra-Korporale Membranoxygenierung (ECMO) 23
Linksherzunterstützungssystem (LVAS) 27

Zusatzentgelte (ZE) 29
Prozedurenverzeichnis 30
Ausgewählte Diagnosecodes 34
Häufige Nebendiagnosen 38

Glossar 40
Quellen 41
Das könnte Sie auch interessieren 42
Wir für Sie 43

ALLGEMEINE VERÄNDERUNG FÜR DAS AG-DRG-SYSTEM 2025

Die Regeln für die Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen sind jährlichen Änderungen unterworfen. Auch für das Jahr 2025 finden sich wieder Anpassungen der Klassifikationssysteme ICD und OPS sowie Überarbeitungen der DRG-Systematik. Vor dem Hintergrund der erheblichen Herausforderungen, welche die geplante Krankenhausreform auch an das InEK stellt, fallen die Änderungen für das Jahr 2025 auch für die Kardiologie deutlich geringer aus, als dies in den Vorjahren zu beobachten war. Trotzdem finden sich für 2025 wieder relevante Anpassungen in Kodierung und Abrechnung stationärer Behandlungsfälle.

Zusätzlich zu den spezifischen Änderungen in den Klassifikationssystemen und den Veränderungen in den DRG-Algorithmen kommen für das Jahr 2025 unverändert vielfältige zusätzliche Herausforderungen für die Krankenhäuser zum Tragen.

Weiterhin gilt die vom MDK-Reformgesetz geregelte Dynamisierung von Prüfquoten und ggf. resultierenden Strafzahlungen, welche zusätzlich Druck auf die Kodierung und die Leistungserbringung aufbauen. Zusätzlich wirft die Krankenhausreform in Gestalt des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) ihre Schatten voraus.

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

Krankenhausreform und Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

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

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

Einführung von Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierung als Teil der Krankenhausfinanzierung

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

Diese Zuweisung schränkt die Flexibilität der Krankenhäuser ein, da sie nur für die zugewiesenen Leistungen vergütet werden. Zudem ist die Abrechnung von Leistungsgruppen an die Erfüllung von schlussendlich nicht validierten Qualitätsvorgaben gebunden. Insbesondere die hier geforder-

ten Personalschlüssel werden viele kardiologische Fachabteilungen vor erhebliche Herausforderungen stellen. Auch wenn aktuell die Vorgaben auf Bundesebene noch nicht final sind, so existiert ein solches Leistungsgruppenmodell bereits in der Krankenhausplanung Nordrhein-Westfalen. Ein erhebliches Problem wird immer dann resultieren, wenn trotz zugewiesener Leistungsgruppe z. B. die personellen Strukturen durch den Weggang von Mitarbeiter:innen nicht mehr erfüllt werden und auch keine kurzfristige Abhilfe auf dem umkämpften Arbeitsmarkt geschaffen werden kann.

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

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

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

Einführung von Mindestvorhaltezahlen für Leistungsgruppen

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

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

Insgesamt stellt das KHVVG die Kliniken voraussichtlich vor erhebliche Herausforderungen und erhöht den administrativen Aufwand noch einmal erheblich. Die Änderungen sollen zunächst in den Jahren 2025 und 2026 budgetneutral eingeführt werden. Daran schließt sich eine Konvergenz-

phase an, in der eine anteilige Finanzierung der Krankenhäuser nach dem neuen Verfahren erfolgt. Die vollumfängliche Vergütung der Häuser mit Vorhaltepauschalen und r-DRGs greift nach dem KHVVG dann voraussichtlich ab dem Jahr 2029. Inwieweit hier dann tatsächlich eine Verbesserung der Finanzierung und eine Loslösung von aktuell rein über die Fallzahl definierten Erlösvolumina einer Klinik erfolgen, bleibt abzuwarten.

TAKE HOME MESSAGES I

ZUR KOMMENDEN KRANKENHAUSREFORM

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

Ambulantisierung

Nachdem der AOP-Katalog 2023 erstmalig in Anlehnung an das IGES-Gutachten eine vollständige Umgestaltung der Kriterien für das ambulante Potenzial mit sich gebracht hat, wurden mit der Verabschiedung des AOP-Kataloges 2024[1] und den überarbeiteten Regularien der Kontextprüfung neue Aspekte auch für die Kardiologie eingebracht. Im AOP-Katalog 2025 finden sich keine nennenswerten Neuerungen für den Bereich Herzinsuffizienz.

Sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRGs)

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

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

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

Abwertung von Kurzliegerfällen

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

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

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

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

DRG 2024	F01C	F01E	F01F	F02A	F02B	F12B	F12F	F17A	F17B	F50A	F50B	F50C
Tag 1 Abschlag	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
BWR VWD = 1	2,37	1,58	1,45	1,612	1,269	1,729	0,767	1,185	0,598	1,779	1,364	0,893
Erlös VWD = 1	9.980 €	6.653 €	6.106 €	6.788 €	5.344 €	7.281 €	3.230 €	4.990 €	2.518 €	7.491 €	5.744 €	3.760 €

DRG 2025	F01C	F01E	F01F	F02A	F02B	F12B	F12F	F17A	F17B	F50A	F50B	F50C
Tag 1 Abschlag	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
BWR VWD = 1	2,137	1,432	1,244	1,386	1,13	1,392	0,678	1,036	0,518	1,427	1,074	0,722
Erlös VWD = 1	9.394 €	6.295 €	5.469 €	6.093 €	4.967 €	6.119 €	2.980 €	4.554 €	2.277 €	6.273 €	4.721 €	3.174 €
	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Δ BWR VWD = 1	–0,233	–0,148	–0,206	–0,226	–0,139	–0,337	–0,089	–0,149	–0,08	–0,352	–0,29	–0,171
Δ % Erlös VWD = 1	–9,8%	–9,4%	–14,2%	–14,0%	–11,0%	–19,5%	–11,6%	–12,6%	–13,4%	–19,8%	–21,3%	–19,1%

Hier sinken die Bewertungsrelationen für Tagesfälle um bis zu 21,3% ab. Insgesamt ist der Wechselbereich etwas stärker betroffen als der Implantbereich. Der Bereich der Ablationen ist insgesamt überdurchschnittlich stark von den Abwertungen betroffen.

Bundesbasisfallwert

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

Aus diesem Grund liegt zum Jahreswechsel 2024/25 noch kein aktueller Bundesbasisfallwert vor. Für die Gruppierungsbeispiele dieser Kodierhilfe werden Fälle des Jahres 2024 immer mit dem in diesem Jahr gültigen Bundesbasisfallwert bewertet. Dieser beläuft sich auf 4.210,59 €. Für das Jahr

2025 erfolgt behelfsweise eine Berechnung mit einem Basisfallwert, welcher durch eine Erhöhung des Wertes aus 2024 um die 4,41% des Veränderungswertes 2025[2] ermittelt wurde und somit bei 4.396,28 € liegt. Es ist davon auszugehen, dass der endgültige Wert hiervon abweichen wird, da mit der Umstellung der Berechnung die automatische Anwendung des Veränderungswertes auf den Bundesbasisfallwert aufgehoben wurde. Insofern dienen die hier dargestellten Erlöse letztlich einer Verdeutlichung der aus den fixierten und endgültigen Bewertungsrelationen der DRGs resultierenden pekuniären Ergebnisse.

TAKE HOME MESSAGES II

ZU DEN ALLGEMEINEN ÄNDERUNGEN DES AG-DRG-SYSTEMS 2025

AOP-KATALOG UND KONTEXTFAKTOREN

Im AOP-Katalog 2025 finden sich keine nennenswerten Neuerungen für den Bereich der Herzinsuffizienz.

HYBRID-DRGs

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

ABWERTUNG IMPLIZITER EIN-BELEGUNGSTAG-DRGs

Der erneute normative Eingriff in das DRG-System führt zu einer erheblichen Abwertung von Fällen mit maximal einer Übernachtung bei stationärer Abrechnung. Besonders sind hier Ablations-DRGs betroffen.

Die ambulante Abrechnung als AOP-Fall wird damit in vielen Bereichen gegenüber der Tagesfall-DRG ökonomisch interessanter, wobei dies eben nicht durch eine höhere Bewertung der ambulanten Leistungserbringung geschieht, sondern durch eine Abwertung der stationären Abrechnung.

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 Geräte 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 einen 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.

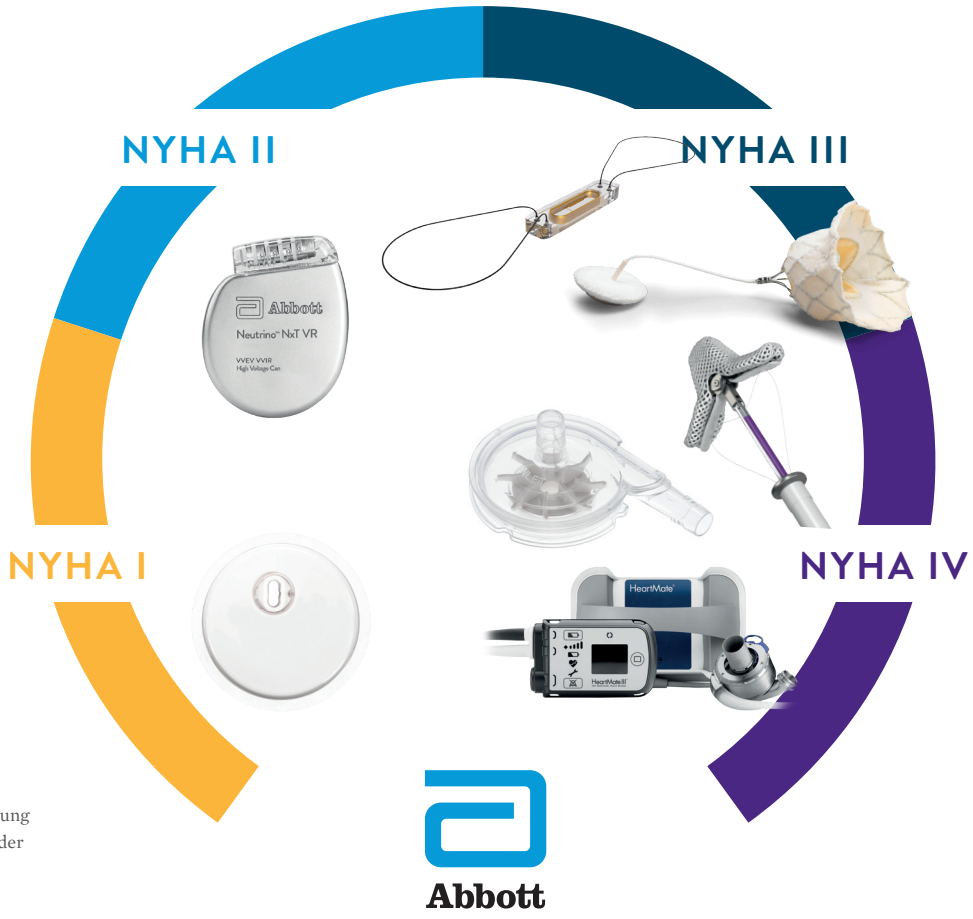
Eine chronische, fortschreitende Herzinsuffizienz kann jahrelang behandelt werden, bis sie im Endstadium angelangt ist. Dort angekommen, stehen nur noch eine Herztransplantation oder die Implantation eines Herzunterstützungssystems als Optionen zur Verfügung, um den vorzeitigen Tod der Patient:in zu 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.

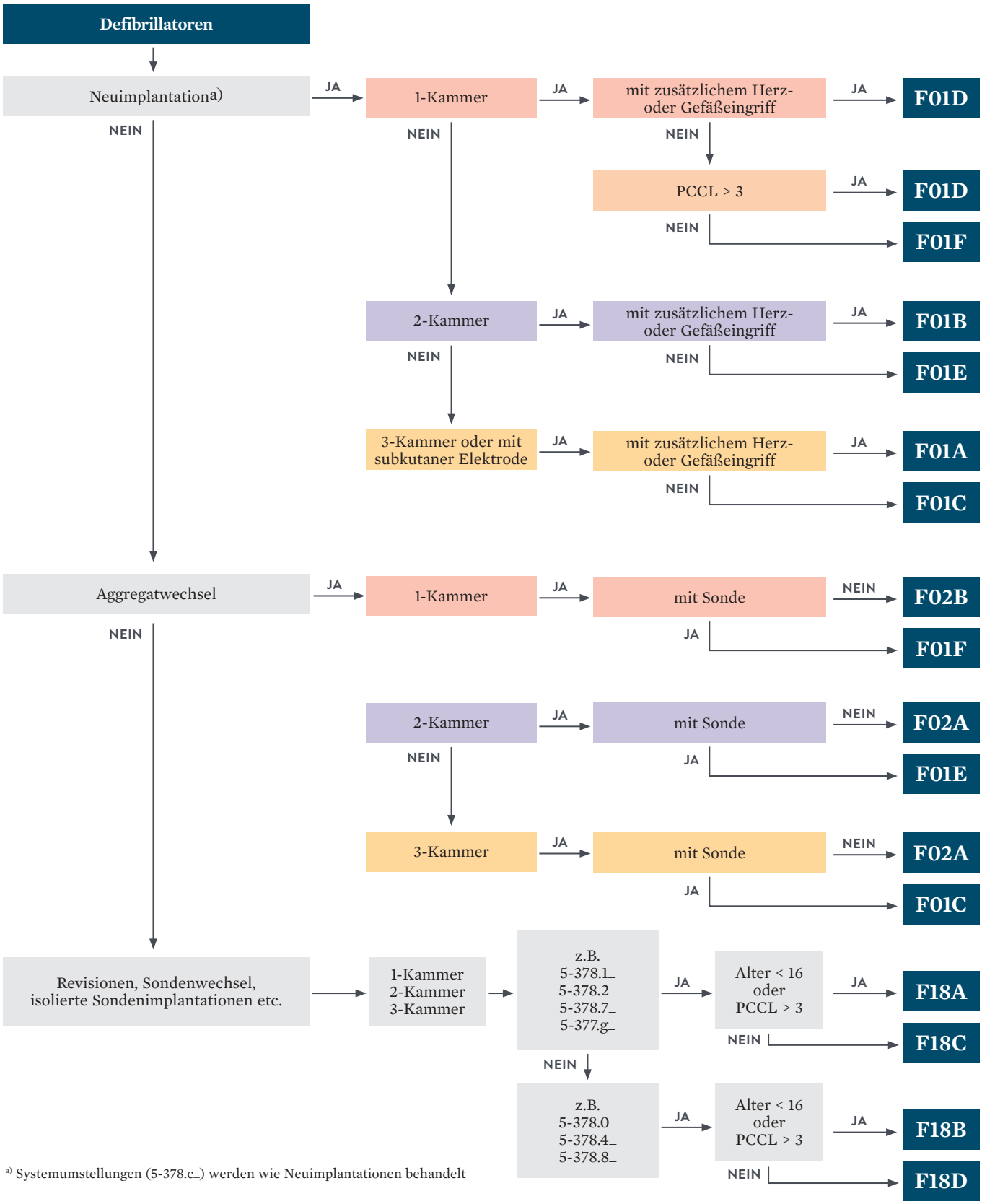
Das Ziel ist es, die Patient:in gezielt in ihrer Herzinsuffizienz aber auch in den vielen Begleiterkrankungen unterstützen zu können und ihr Therapiemöglichkeiten anzubieten. Dies beginnt bereits in NYHA Stadium I mit der kontinuierlichen Glukosemessung über den FreeStyle Libre Sensor, der zusammen mit 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-DRGs[3)] für Defibrillatoren

aG-DRG	Partition	Beschreibung	RG	uGVD[a)]	Abschlag pro Tag	oGVD[b)]	Entgelt bei einem Basisfallwert von 4.396,28 €
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.	5,165	5	**1.785 €**	27	**22.707 €**
F01B	O	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation mit komplizierenden Faktoren oder neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mehr als 24 Stunden mit komplizierenden Faktoren	3,818	4	**1.609 €**	21	**16.785 €**
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	2,952	2	**3.583 €**	14	**12.978 €**
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	3,692	5	**1.495 €**	27	**16.231 €**
F01E	O	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation oder aufwendige Sondenentfernung, ohne Implantation eines Drucksensors in Pulmonalarterie, ohne Implantation eines intrakardialen Pulsgenerators, Alter > 17 Jahre	2,362	2	**4.089 €**	14	**10.384 €**
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.	2,013	2	**3.381 €**	12	**8.850 €**
F02A	O	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Dreikammer-Stimulation	1,806	2	**1.846 €**	8	**7.940 €**
F02B	O	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Einkammer-Stimulation	1,536	2	**1.785 €**	8	**6.753 €**
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	3,191	3	**1.596 €**	21	**14.029 €**
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	1,885	3	**1.569 €**	20	**8.287 €**
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	1,139	2	**1.996 €**	10	**5.007 €**
F18D	O	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, ohne komplexen Eingriff	0,805	2	**2.101 €**	9	**3.539 €**

[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)

Prozedurenzuordnung[4)]

	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 Vorhofelektrode .71 Mit Vorhofelektrode
	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 Vorhofelektrode .bc Herzschrittmacher auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode .bd Herzschrittmacher auf Defibrillator mit subkutaner Elektrode
	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 Vorhofelektrode .c2 Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode .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 Vorhofelektrode .c6 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode .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 Vorhofelektrode .ck Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode .cm Defibrillator auf intrakardialen Impulsgenerator
Aggregatwechsel	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 Vorhofelektrode .5f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
	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 Vorhofelektrode .6f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode

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 Vorhofelektrode .0f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
	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 Vorhofelektrode .2f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
	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 Vorhofelektrode .3f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
	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 Vorhofelektrode .4f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
	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 Vorhofelektrode .7f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
	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 Vorhofelektrode .8f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode

Zusatzkodes, 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 2000[5)]

Vergütung der ärztlichen Leistung (ohne Material)

1-Kammer-ICD Implantation

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor-bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	27,64 €	1	27,64 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	13,01 €	1	13,01 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,36 €	1	16,36 €
Operation	31213	Eingriff der Kategorie L3	318,26 €	1	318,26 €
	31823	Anästhesie oder Narkose 3	210,07 €	1	210,07 €
	31505	Postoperative Überwachung 5	121,08 €	1	121,08 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	24,41 €	2	48,82 €
	34280	Durchleuchtungen	11,77 €	1	11,77 €
Nach-sorge	31609	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	22,06 €	1	22,06 €
	13573	Funktionsanalyse, Defibrillator	49,57 €	1	49,57 €
					838,64 €
				7% Sachkostenpauschale	58,70 €
					897,34 €

2-Kammer-ICD Implantation

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor-bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	27,64 €	1	27,64 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	13,01 €	1	13,01 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,36 €	1	16,36 €
Operation	31215	Eingriff der Kategorie L5	594,02 €	1	594,02 €
	31825	Anästhesie oder Narkose 5	340,07 €	1	340,07 €
	31506	Postoperative Überwachung 6	172,02 €	1	172,02 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	24,41 €	2	48,82 €
	34280	Durchleuchtungen	11,77 €	1	11,77 €
Nach-sorge	31611	Postoperative Behandlung Chirurgie I/3b	29,74 €	1	29,74 €
	13573	Funktionsanalyse, Defibrillator	49,57 €	1	49,57 €
					1.303,02 €
				7% Sachkostenpauschale	91,21 €
					1.394,23 €

3-Kammer-ICD Implantation

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor-bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	27,64 €	1	27,64 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	13,01 €	1	13,01 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,36 €	1	16,36 €
Operation	31215	Eingriff der Kategorie L5	594,02 €	1	594,02 €
	31825	Anästhesie oder Narkose 5	340,07 €	1	340,07 €
	31506	Postoperative Überwachung 6	172,02 €	1	172,02 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	24,41 €	2	48,82 €
	34280	Durchleuchtungen	11,77 €	1	11,77 €
Nach-sorge	31611	Postoperative Behandlung Chirurgie I/3b	29,74 €	1	29,74 €
	13575	Funktionsanalyse, CRT	60,98 €	1	60,98 €
					1.314,43 €
				7% Sachkostenpauschale	92,01 €
					1.406,44 €

IMPLANTIERBARER DEFIBRILLATOR IM AMBULANTEN BEREICH – EBM 2000

Vergütung der ärztlichen Leistung (ohne Material)

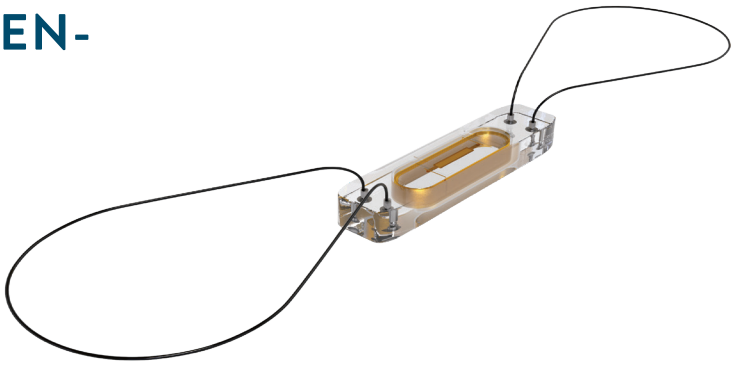
1- und 2-Kammer ICD Wechsel

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor-bereitung	13542	**Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)**	27,64 €	1	27,64 €
	05212	**Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)**	13,01 €	1	13,01 €
	05310	**Präanästhesiologische Untersuchung**	16,36 €	1	16,36 €
Operation	31212	**Eingriff der Kategorie L2**	228,66 €	1	228,66 €
	31822	**Anästhesie oder Narkose 2**	166,82 €	1	166,82 €
	31503	**Postoperative Überwachung 3**	60,48 €	1	60,48 €
	05340	**Überwachung der Vitalfunktionen**	24,41 €	2	48,82 €
	34280	**Durchleuchtungen**	11,77 €	1	11,77 €
Nach-sorge	31609	**Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b**	22,06 €	1	22,06 €
	13573	**Funktionsanalyse, Defibrillator**	49,57 €	1	49,57 €
					645,19 €
				7% Sachkostenpauschale	45,16 €
					690,35 €

3-Kammer-ICD Wechsel

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor-bereitung	13542	**Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)**	27,64 €	1	27,64 €
	05212	**Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)**	13,01 €	1	13,01 €
	05310	**Präanästhesiologische Untersuchung**	16,36 €	1	16,36 €
Operation	31213	**Eingriff der Kategorie L3**	318,26 €	1	318,26 €
	31823	**Anästhesie oder Narkose 3**	210,07 €	1	210,07 €
	31505	**Postoperative Überwachung 5**	121,08 €	1	121,08 €
	05340	**Überwachung der Vitalfunktionen**	24,41 €	2	48,82 €
	34280	**Durchleuchtungen**	11,77 €	1	11,77 €
Nach-sorge	31609	**Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b**	22,06 €	1	22,06 €
	13575	**Funktionsanalyse, CRT**	60,98 €	1	60,98 €
					850,05 €
				7% Sachkostenpauschale	59,50 €
					909,55 €

PULMONAL-ARTERIEN-DRUCKSENSOR



HAUPTDIAGNOSE [6)]

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

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

PROZEDUREN

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

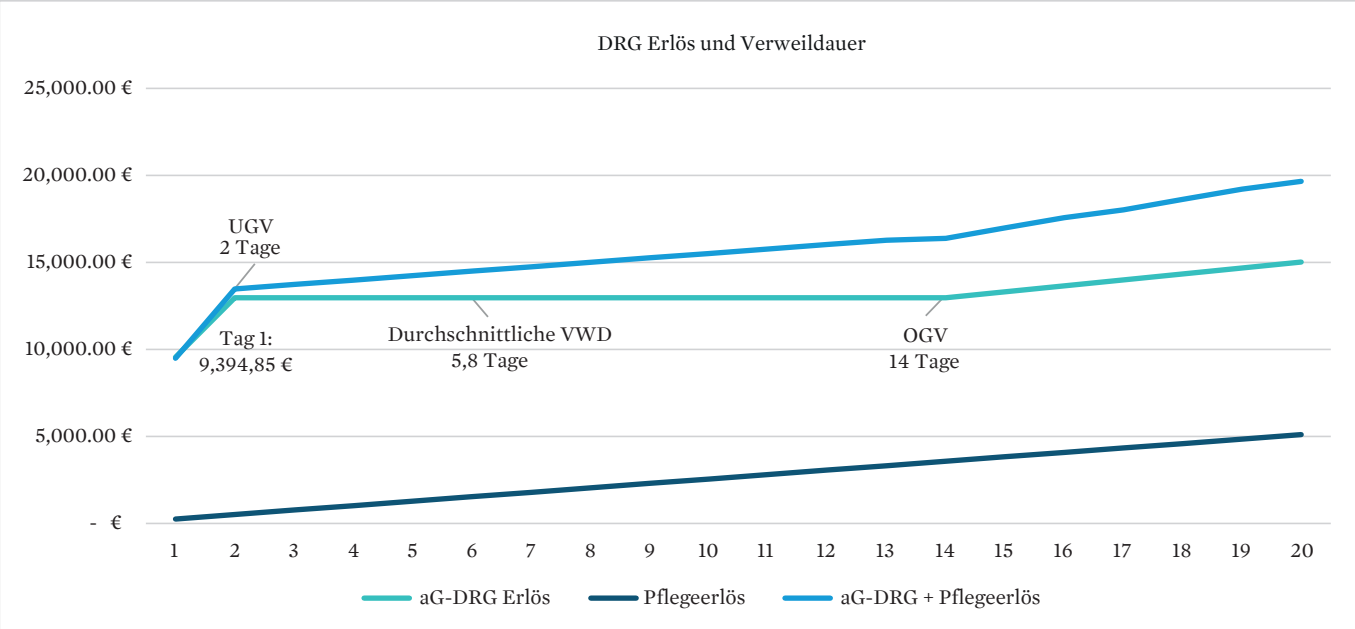
8-838.j **Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie**
Exkl.: Legen eines Katheters in die A. pulmonalis (8-832.0)

aG-DRG

Die Kombination aus Hauptdiagnose und Prozedur triggert in Abhängigkeit des Schweregrades folgende DRGs:

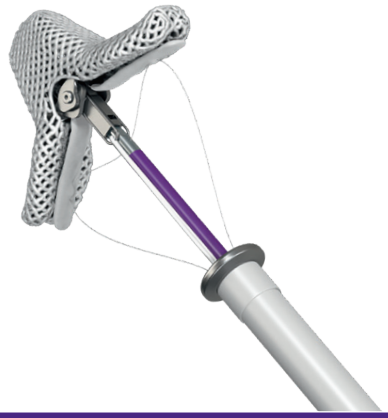
F01C **Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator oder intrakardialer Pulsgenerator, ohne komplizierende Faktoren oder Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie** mit einem Relativgewicht von 2,952, was einem Erlös von ca. 12.978 Euro entspricht*

VERGÜTUNG IM VERLAUF DER VERWEILDAUER



* Berechnet mit dem Orientierungswert 2025 in Höhe von 4.396,28 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	**Nichtrheumatische 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 Kodes sind Zusatzkodes.

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 7,204, was einem Erlös von ca. 31.670 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 7,079 was einem Erlös von ca. 31.121 Euro entspricht*

* Berechnet mit dem Orientierungswert 2025 in Höhe von 4.396,28 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 Kodes sind Zusatzkodes.

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

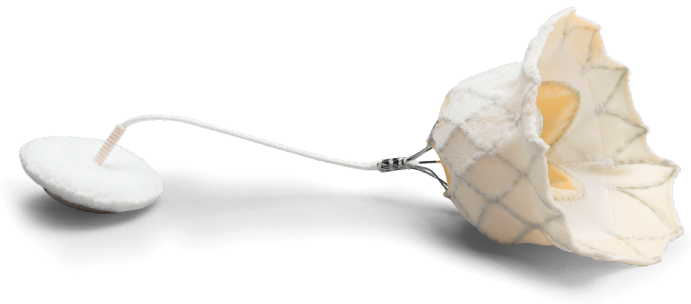
aG-DRG

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 7,204, was einem Erlös von ca. 31.670 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 7,079 was einem Erlös von ca. 31.121 Euro entspricht*

* Berechnet mit dem Orientierungswert 2025 in Höhe von 4.396,28 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	**Nichtrheumatische Mitralklappenstenose**
I34.80	**Nichtrheumatische 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 eines Mitralklappenersatzes**
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 Kodes 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 7,079 was einem Erlös von ca. 31.121 Euro entspricht*

* Berechnet mit dem Orientierungswert 2025 in Höhe von 4.396,28 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 zutreffend wären, wie z.B.: Implantation eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch:

5-376.2-	**Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreiselpumpe 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. Kreiselpumpe 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
8-852.0f	Dauer der Behandlung 1.152 bis unter 1.344 Stunden
8-852.0g	Dauer der Behandlung 1.344 bis unter 1.536 Stunden
8-852.0h	Dauer der Behandlung 1.536 bis unter 1.728 Stunden
8-852.0j	Dauer der Behandlung 1.728 bis unter 1.920 Stunden
8-852.0k	Dauer der Behandlung 1.920 bis unter 2.112 Stunden
8-852.0m	Dauer der Behandlung 2.112 bis unter 2.304 Stunden
8-852.0n	Dauer der Behandlung 2.304 bis unter 2.496 Stunden
8-852.0p	Dauer der Behandlung 2.496 bis unter 2.688 Stunden
8-852.0q	Dauer der Behandlung 2.688 bis unter 2.880 Stunden
8-852.0r	Dauer der Behandlung 2.880 bis unter 3.072 Stunden
8-852.0s	Dauer der Behandlung 3.072 bis unter 3.264 Stunden
8-852.0t	Dauer der Behandlung 3.264 bis unter 3.456 Stunden
8-852.0u	Dauer der Behandlung 3.456 bis unter 3.648 Stunden
8-852.0v	Dauer der Behandlung 3.648 bis unter 3.840 Stunden
8-852.0w	Dauer der Behandlung 3.840 bis unter 4.032 Stunden
8-852.0z	Dauer der Behandlung 4.032 oder mehr Stunden

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

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:

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 15,15, was einem Erlös von ca. 66.604 Euro entspricht.*
A11E	**Beatmung > 249 Stunden, mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 P., ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 828 / - Aufwandspunkte** mit einem Relativgewicht von 6,704, was einem Erlös von ca. 29.473 Euro entspricht.*
F36B	**Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsyst. 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 10,834, was einem Erlös von ca. 47.629 Euro entspricht.*
A13A	**Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Eingriff oder mit int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / - P. oder mit kompl. OR-Prozedur oder bei Lymphom und Leukämie und int. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 P. oder mit kompliz. Konst. u. best. OR-Proz., Alter < 16 Jahre** mit einem Relativgewicht von 11,444, was einem Erlös von ca. 50.311 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 7,951, was einem Erlös von ca. 34.955 Euro entspricht.*

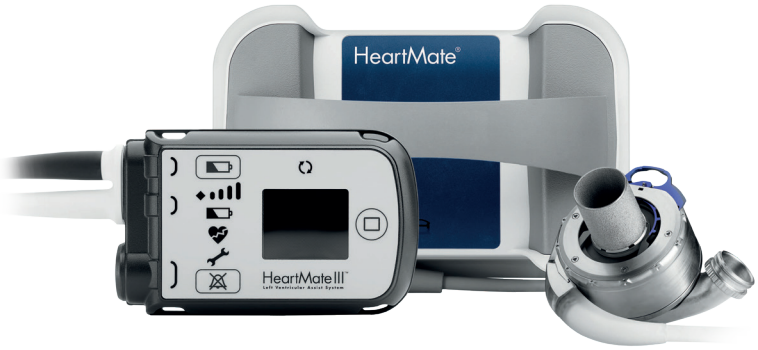
ZUSATZENTGELT

Die Prozedur führt zu einem Zusatzentgelt: **ZE2025-02 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 Kodes 8-852.0- sowie 8-852.3- führt zu einem Zusatzentgelt: **ZE2025-03 ECMO und PECLA**, das jährlich krankenhausindividuell mit den Kostenträgern verhandelt werden muss und nur für ein Jahr jeweils gültig ist.

* Berechnet mit dem Orientierungswert 2025 in Höhe von 4.396,28 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 leichterer 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 14,297, was einem Erlös von ca. 62.854 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 22,163, was einem Erlös von ca. 97.435 Euro entspricht.*
F36B	**Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsyst. 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 10,843, was einem Erlös von ca. 47.629 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 18,101, was einem Erlös von ca. 79.577 Euro entspricht.*
A05Z	**Herztransplantation** mit einem Relativgewicht von 17,297, was einem Erlös von ca. 76.042 Euro entspricht.*

ZUSATZENTGELT

Die Prozedur führt zu einem spezifischen Zusatzentgelt: **ZE2025-02 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 2025 in Höhe von 4.396,28 Euro.

NATIONALE VERSORGUNGSLEITLINIE (NVL) CHRONISCHE HERZINSUFFIZIENZ

Die erste Auflage der NVL Chronische Herzinsuffizienz wurde 2009 veröffentlicht. Seit 2015 befindet sich die Leitlinie[7)] 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). Die aktuelle Version 4.0 wurde im Dezember 2023 veröffentlicht.

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
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.	⇑
7-21 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 Komorbitäten, die das Ausmaß des zu erwartenden Nutzens einer Implantation limitieren, sowie die individuelle Patientenpräferenz berücksichtigt werden.	⇑
7-22 Die Indikation zu Kunstherzen/Unterstützungssystemen soll ausschließlich in hierfür spezialisierten Einrichtungen gestellt werden	⇑⇑

Die Empfehlung zur Indikation von Herzunterstützungssystemen beruht auf einer systematischen Recherche nach Primärstudien und Registerdaten. Die Empfehlungen zu Versorgungsaspekten stellen jeweils einen Expertenkonsens dar.

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 krankenhausindividuell zu verhandelnden Zusatzentgelten unterschieden. Bewertete Zusatzentgelte sind mit einem monetären Wert hinterlegt, welcher für jedes Krankenhaus in Deutschland in der Abrechnung gültig ist. Bei krankenhausindividuell 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 krankenhausindividuelles 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 krankenhausindividuell 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. Unsere Kontaktdaten finden Sie auf Seite 43 dieser Kodierhilfe.

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
5-35a.8	Endovaskuläre Implantation eines Trikuspidalklappenersatzes

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

OPS	Beschreibung
5-376.2-	**Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreiselpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär**
5-376.23	Implantation einer extrakorporalen Pumpe (z.B. Kreiselpumpe 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 fur das Lungenwasser **.f1** Mit zusätzlichem Drucksensor zur nicht invasiven Messung des rechtsventrikularen Druckes **.f2** Mit zusätzlicher Messfunktion fur die Kontraktilitat 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. Kreiselpumpe 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
8-852.0f	Dauer der Behandlung 1.152 bis unter 1.344 Stunden
8-852.0g	Dauer der Behandlung 1.344 bis unter 1.536 Stunden
8-852.0h	Dauer der Behandlung 1.536 bis unter 1.728 Stunden
8-852.0j	Dauer der Behandlung 1.728 bis unter 1.920 Stunden
8-852.0k	Dauer der Behandlung 1.920 bis unter 2.112 Stunden
8-852.0m	Dauer der Behandlung 2.112 bis unter 2.304 Stunden
8-852.0n	Dauer der Behandlung 2.304 bis unter 2.496 Stunden
8-852.0p	Dauer der Behandlung 2.496 bis unter 2.688 Stunden
8-852.0q	Dauer der Behandlung 2.688 bis unter 2.880 Stunden
8-852.0r	Dauer der Behandlung 2.880 bis unter 3.072 Stunden
8-852.0s	Dauer der Behandlung 3.072 bis unter 3.264 Stunden
8-852.0t	Dauer der Behandlung 3.264 bis unter 3.456 Stunden
8-852.0u	Dauer der Behandlung 3.456 bis unter 3.648 Stunden
8-852.0v	Dauer der Behandlung 3.648 bis unter 3.840 Stunden
8-852.0w	Dauer der Behandlung 3.840 bis unter 4.032 Stunden
8-852.0z	Dauer der Behandlung 4.032 oder mehr Stunden

PROZEDURENVERZEICHNIS

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

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 Mitralstenose 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
I50.1-	**Linksherzinsuffizienz** 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.-	**Hirninfarkt**
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 1–5
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 zuganglich zu machen (www.dimdi.de).

DKG
Deutsche **K**rankenhaus**g**esellschaft. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist der Zusammenschluss von Spitzen- und Landesverbanden 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 **Diagnosebezogene Fallgruppen**, 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 Krankenhausfalle 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 **Spi**tzenverband **Bu**nd 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 unterstutzen (www.gkv-spitzenverband.de).

HD
Haupt**d**iagnose

HI/HF
Herz**i**nsuffizienz (oder Herzschwäche, englisch **H**eart **F**ailure). Eine Krankheit, bei der das Herz nicht mehr in der Lage ist, den Körper mit ausreichend Blut und damit einhergehend mit Sauerstoff zu versorgen.

ICD
Implantierbarer **C**ardioverter/**D**efibrillator. ICDs überwachden den Herzrhythmus einer Patient:in und können über elektrische Impulse den Herzmuskel stimulieren sowie durch Schockabgabe schwerwiegende Formen von Herzrhythmusstörungen beenden und wieder einen normalen Herzrhythmus herstellen.

INEK
Institut für das **E**ntgeltsystem im **K**rankenhaus (Deutsches DRG-Institut), wurde am 10. Mai 2001 in der Rechtsform einer gemeinnützigen GmbH gegründet. Die Selbstverwaltungspartner im deutschen Gesundheits-

GLOSSAR

wesen – 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 **H**erz**k**rankheit. Eine Erkrankung in deren Folge die Herzkranzgefäße durch Atherosklerose verengt und verkalkt sind.

KHVVG
Kranken**h**aus**v**ersorgungs**v**erbesserungs**g**esetz

LVAD
Left **V**entricular **A**ssist **D**evice, linksventrikuläres Unterstützungssystem. Ein künstliches Herzunterstützungssystem, welches bei schweren Pumpleistungsstörungen die Funktion des Herzens dauerhaft ersetzen kann.

MDC
Major **D**iagnostic **C**ategory
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
Neben**d**iagnose(n)

NYHA
Die NYHA-Klassifikation ist ein Schema zur Einteilung des Schweregrades von Herzschwäche (Stadium I-IV), die den Empfehlungen der **N**ew **Y**ork **H**eart **A**ssociation folgt.

OPS
Operations**s**chlüssel nach §301 SGB V, früher OPS-301

QUELLEN

1. **AOP Katalog:**
   https://www.kbv.de/media/sp/AOP-Vertrag_Anlage_1.pdf

2. **GKV-Spitzenverband, Veränderungswert 2025:**
   https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/orientierungswert/2024_10_18_Vereinbarung_Veraenderungswert_2025_KHEntgG.pdf

3. **InEK, Fallpauschalenkatalog 2025:**
   https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2025/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-2025

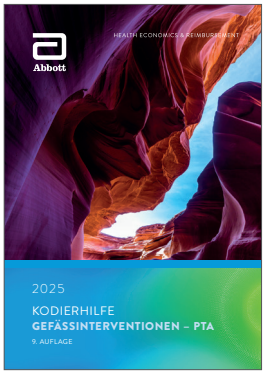
4. **BfArM, OPS Version 2025:** https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html#anker-ops-downloads

5. **Kassenärztliche Bundesvereinigung, Einheitlicher Bewertungsmaßstab 2025:**
   https://www.kbv.de/media/sp/EBM_Gesamt_-_Stand_1._Quartal_2025.pdf

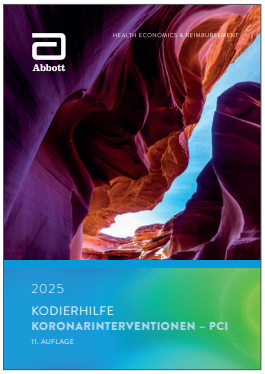
6. **BfArM, ICD-10 GM Version 2025:**
   https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html#anker-icd-10-gm-downloads

7. **Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz – Langfassung**
   https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-006l_S3_Chronische_Herzinsuffizienz_2023-12.pdf

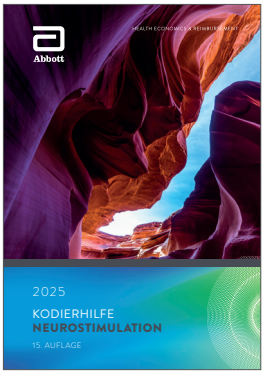
DAS KÖNNTE SIE AUCH INTERESSIEREN



Kodierhilfe
Gefäßinterventionen –
PTA

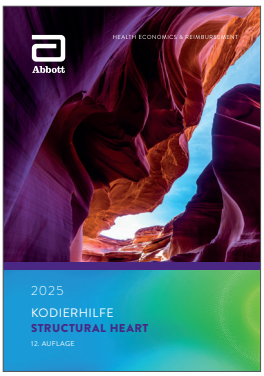


Kodierhilfe
Koronarinterventionen –
PCI

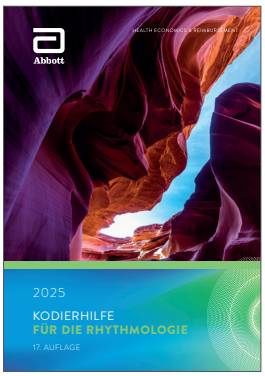


Kodierhilfe
Neurostimulation

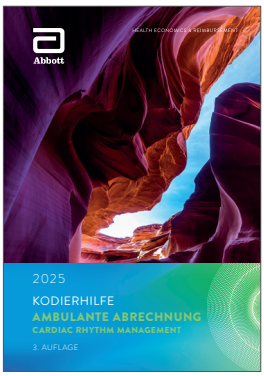
Kodierhilfe
Ambulante Abrechnung
Neurostimulation



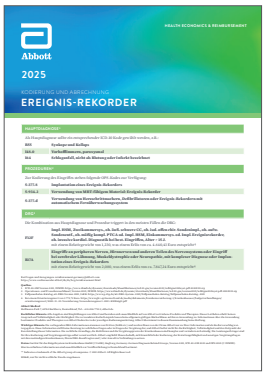
Kodierhilfe
Structural Heart



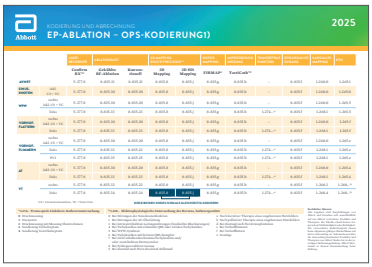
Kodierhilfe
Rhythmologie



Kodierhilfe
Ambulante Abrechnung
Cardiac Rhythm Management



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 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.

Daten: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (© InEK), Siegburg, Germany: German Diagnosis Related Groups, Version 2025, ICD-10-GM 2025 und OPS 2025 (© 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 vascular.eifu.abbott oder manuals.eifu.abbott zu lesen für detaillierte Informationen über Indikationen, Kontraindikationen, Warnungen, Vorsichtsmaßnahmen und mögliche Komplikationen, die bei derVerwendung dieses Produkts auftreten können.

Der Einsatz von Tendyne™ TMVI, MitraClip™ und TriClip™ erfordert laut IFU zunächst ein Training.

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

™ kennzeichnet eine Marke der Abbott Unternehmensgruppe.
© 2025 Abbott. Alle Rechte vorbehalten.
MAT-2501027 v1.0