



**Abbott**



**2022**

**KODIERLEITFADEN**  
**HEART FAILURE**

## 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 Patienten zu lebensverbessernden Abbott-Technologien zu gewährleisten und als Teil eines weltweit führenden Unternehmens den Mehrwert für die Patienten zu erhöhen und eine Kostenerstattung zu erreichen.“



# INHALT

<b>Allgemeine Veränderungen für das aG-DRG System 2021</b> .....	4–8
Besonderheiten der aG-DRG-Kalkulation 2022 .....	4
Covid-Kalkulation 2022 .....	5
PCCL-Systematik .....	6
Bundesbasisfallwert .....	7
Das MDK Reformgesetz .....	7
Take Home Messages .....	8
<b>HERZINSUFFIZIENZ</b>	
<b>Was ist Herzinsuffizienz?</b> .....	9–10
<b>Continuum of Care</b> .....	11
<b>NYHA II</b>	
<b>Implantierbarer Defibrillator im stationären Bereich</b> .....	12–15
Der Gruppierungsalgorithmus für Defibrillatoren .....	12
ag-DRGs für Defibrillatoren .....	13
Prozeduren für 1- und 2-Kammer ICDs sowie 3-Kammer ICDs (CRT-D) .....	14–15
<b>NYHA III</b>	
<b>Pulmonal-Arterien Drucksensor</b> .....	16
<b>NYHA IV</b>	
<b>Katheterbasierte Trikuspidalklappentherapie</b> .....	17
<b>Katheterbasierte Mitralklappentherapie</b> .....	18
<b>Mitralklappen Transkatheter Ersatz</b> .....	19
<b>Herzunterstützungssystem (VAS) und Extra-Korporale Membranoxygenierung (ECMO)</b> .....	20–22
<b>Linksherzunterstützungssystem (LVAS)</b> .....	23–24
<b>Zusatzentgelte (ZE)</b> .....	25
<b>Prozedurenverzeichnis</b> .....	26–28
<b>Ausgewählte Diagnosecodes</b> .....	29–33
<b>Häufige Nebendiagnosen</b> .....	33–34
<b>Glossar</b> .....	35–36
<b>Quellen</b> .....	36
<b>Das könnte Sie auch interessieren</b> .....	37
<b>Wir für Sie</b> .....	39

# ALLGEMEINE VERÄNDERUNG FÜR DAS AG-DRG-SYSTEM 2022

Die Regeln für die Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen sind jährlichen Änderungen unterworfen. Auch für das Jahr 2022 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 2022 noch vielfältige zusätzliche Herausforderungen für die Krankenhäuser zum Tragen. Zum einen wird durch die Scharfschaltung der vom MDK-Reformgesetz geregelten Dynamisierung von Prüfquoten und ggf. resultierenden Strafzahlungen ein zusätzlicher Druck auf die Kodierung und die Leistungserbringung aufgebaut, zum anderen kommen aber auch die besonderen Aspekte der neuen Prüfverfahrensvereinbarung auf die Kliniken zu. Hier gilt es die Herausforderungen der weitgehend aufgehobenen Möglichkeiten zur Rechnungs Korrektur mit einer zum Abrechnungszeitpunkt bereits vollständigen Dokumentation und einer möglichst sachgerechten Kodierung anzunehmen. Zusätzlich werden die Fristen für die Übersendung der Unterlagen, die die Rechnung begründen, erneut gestrafft. Vor einer möglichen Klage vor dem Sozialgericht ist zusätzlich noch ein Erörterungsverfahren durchzuführen, welches ebenfalls zu erheblicher Personalbindung führen wird.

Überdies wird für den Beginn des kommenden Jahres auch die Verabschiedung des neuen und systematisch wohl vollständig überarbeiteten Kataloges für die Leistungen des sogenannten ambulanten Operierens (AOP-Katalog) erwartet. Hier ist davon auszugehen, dass der Druck auf die Ambulantisierung auch von kardiologischen Leistungen, sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie, zunehmen wird.

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 2022**

Das aG-DRG-System des jeweils kommenden Jahres beruhte bisher regelhaft auf der Auswertung der Kosten- und Leistungsdaten des jeweils vorletzten Jahres. Insofern sollten die Daten des Jahres 2020 grundsätzlich maßgeblich für die Berechnung der DRG-Kennzahlen und die Ermittlung der Pauschalen des Jahres 2022 sein. Aufgrund der Besonderheiten des ersten Corona-Jahres 2020 haben sich erhebliche Veränderungen in der bundesdeutschen Leistungserbringung ergeben. Diese haben dazu geführt, dass die Kosten- und Leistungsdaten dieses Jahres für die Kalkulation

nicht geeignet waren. Das InEK hat daher eine zweistufige Kalkulation durchgeführt, bei der die bereits für das Jahr 2021 herangezogenen Daten der Kalkulationkrankenhäuser des Leistungsjahres 2019 im Sinne einer „Nachlese“ bisher nicht bearbeiteter Themenfelder noch einmal neu bearbeitet wurden. Zusätzlich konnten Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren mit in die neue Kalkulation eingebracht werden.

In einem zweiten Schritt wurden dann die besonderen Aspekte der Abbildung der Kosten der Covid-Fälle aus den Daten des Jahres 2020 ermittelt. Diese wurden in einer zweiten Stufe auf das bereits vorhandene DRG-System der Stufe 1 angewendet. Insofern stellt diese Kalkulation eine völlig neue Systematik dar, welche auch die Grundlage für die im Vergleich zu den Vorjahren eher überschaubaren algorithmischen Umbauten des DRG-Systems 2022 darstellt.

Zusatzentgelte auslösenden OPS-Kodes aus der Gruppe 9-200 finden sich auch nicht mehr im OPS-Katalog 2021. Diese OPS-Kodes haben neben diversen anderen Codes bisher zusätzlich das DRG-Modul „Aufwändige Behandlung“ getriggert. Auch dieser Mechanismus einer Aufwertung von Fällen anhand eines höheren pflegerischen Aufwands entfällt für das kommende Jahr.

Auch wenn diese Kosten letztlich im Rahmen des Pflegebudgets individuell vergütet werden sollen, besteht aufgrund der nur sehr zögerlichen Aufnahme von Entgeltverhandlungen 2020 weiterhin in vielen Kliniken eine erhebliche Unsicherheit hinsichtlich der ökonomischen Situation.

### **Covid-Kalkulation 2022**

Für das Jahr 2022 bot sich für das InEK im Vergleich zum Vorjahr erstmalig die Möglichkeit zur Kalkulation Covid bezogener Mehrkosten von Behandlungsfällen. Dabei führen Kombinationen unterschiedlicher Fallmerkmale ggf. zu einer Aufwertung eines Falles. Hier kann entweder eine bereits bestehende aG-DRG erreicht werden oder es wird eine DRG zugewiesen, welche ausschließlich für diese Fälle etabliert wurde. Diese spezifischen neuen Covid-DRGs enden in ihrer Bezeichnung mit dem Buchstaben „K“ (z. B. F77K).

Die für die Kardiologie relevanten Ziel-DRGs und die für die Erreichung erforderlichen Covid-Kriterien zeigt die nachfolgende Tabelle.

[Tabelle auf der Folgeseite >](#)

COVID-19 und Komplexbehandlung bei NONMRE, mindestens 5 BehTage	>	F12E	Implantation eines Herzschrittmachers [...]
COVID-19 und intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 552 / - P.	>	F36B	IKB bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems [...]
COVID-19 und Komplexbeh. bei NONMRE, mind. 10 BehTage und PCCL > 2	>	F49B	Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt [...]
COVID-19 und Komplexbehandlung bei NONMRE, mindestens 10 BehTage	>	F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Dg., mit auß. schw. CC
COVID-19 und Komplexbehandlung bei NONMRE, mindestens 10 BehTage	>	F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik [...]
COVID-19 und Komplexbeh. bei NONMRE, mind. 10 BehTage oder IKB > - / 184 / 368 P.	>	F62B	Herzinsuffizienz und Schock [...]
COVID-19 und Komplexbehandlung bei NONMRE, mindestens 10 BehTage	>	F66A	Koronararteriosklerose [...]
COVID-19 und Komplexbehandlung bei NONMRE, mindestens 10 BehTage	>	F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsst. [...]
COVID-19 und Komplexbehandlung bei NONMRE, mindestens 15 BehTage	>	F77K	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern [...]

### PCCL-Systematik

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

Das führt dazu, dass eine Nebendiagnose, welche in einer DRG der koronaren Diagnostik eine Bewertung für den 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 2022 wurden abweichend zum Vorjahr nur ca. 200 ICD-Kodes erneut einer Prüfung hinsichtlich der Schweregrade unterzogen. Auch diese Situation ist der inhaltlich ja bereits im Vorjahr weitestgehenden

Berechnung geschuldet. In der Praxis ist insbesondere die Berücksichtigung des ICD-Sekundärkodes U07.1! (Covid, Virus nachgewiesen) zu erwähnen, da diese neben der oben beschriebenen Aufwertung von Covid-Fällen zu Aufwertungen über die PCCL-Systematik kommen kann.

Gerade in der Kardiologie sind Nebendiagnosen sehr häufig relevant für die Erlösfindung. Während im Bereich der koronaren Interventionen die Schwelle zur Erlössteigerung regelhaft zwischen 3 und 4 liegt, ist bei der koronaren Diagnostik zusätzlich auch meist eine Erlösdifferenz zwischen den PCCL-Werten 2 und 3 zu beobachten.

### **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 2021/22 noch kein aktueller Bundesbasisfallwert vor. Für die Gruppierungsbeispiele dieser Zusammenstellung werden Fälle des Jahres 2021 immer mit dem in diesem Jahr gültigen Bundesbasisfallwert bewertet. Dieser beläuft sich auf 3.747,92 €. Für das Jahr 2022 erfolgt behelfsweise eine Berechnung mit einem Basisfallwert, welcher durch eine Erhöhung des Wertes aus 2021 um die 2,32% des Veränderungswertes 2021 ermittelt wurde und somit bei 3.834,93 € 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.

### **Das MDK-Reformgesetz**

Das MDK-Reformgesetz wird nach der Verschiebung vieler Aspekte im Rahmen der COVID-Gesetzgebung mit dem Beginn des Jahres 2022 voraussichtlich volle Bedeutung entfalten. Hierbei sind unterschiedliche Aspekte von Bedeutung, wobei im Zusammenhang mit dieser Darstellung nur kurz auf die wichtigsten Punkte eingegangen werden kann.

### **Prüfquoten und Strafzahlungen**

Während für das Jahr 2021 die vorgesehene Prüfquote auf 12,5% je Krankenkasse und Krankenhaus festgelegt wurde, wird die Dynamisierung der Prüfquoten in Abhängigkeit vom Anteil nicht beanstandeter Abrechnungen für das Jahr 2022 Relevanz erhalten.

Aus den Ergebnissen der erfolgreichen MD-Prüfungen wird dann je Klinik der Anteil der unbeanstandeten Rechnungen ermittelt, welcher dann Auswirkung auf die Prüfquoten des Folgejahres haben wird. In 2022 werden dann immer quartalsweise die Ergebnisse des vor-vorherigen Quartals in die neuen Prüfquoten Eingang finden. Je höher der Anteil beanstandeter Rechnungen, desto höher fällt auch die Prüfquote aus.

Für die ggf. zum Tragen kommenden Strafzahlungen, also die auf die Rückzahlungssumme an die Klinik aufzuschlagenden Zuschläge gilt ebenfalls der Zusammenhang zwischen sinkendem Anteil nicht beanstandeter Rechnungen und der Erhöhung des Strafaufschlags.

Dabei wird es den Kostenträger obliegen, durch eine Steuerung der Prüfgründe das Ausmaß der künftigen Prüfquoten und Strafzahlungen zumindest nicht unerheblich zu steuern. Bei einer Konzentrierung auf die gerade in der Kardiologie nicht seltenen Kurzlieger (z. B. Koronardiagnostik, Ablationen) resultiert ein erhebliches Risiko für die Kliniken. Bei Leistungserbringung über zwei Belegungstage erfolgt bereits aktuell die Prüfung auf Kürzung des Falles unter die untere Grenzverweildauer, bei Erbringung der Leistung an einem Belegungstag erfolgt die Prüfung auf ambulantes Potenzial. Lediglich der dann mit einem vollständigen Ausfall der Erlöse einhergehende Verzicht auf all diese Fälle im stationären Setting wäre in der Lage, dieses Dilemma auszuhebeln, wobei dies weder strategisch sinnvoll noch medizinisch vertretbar sein dürfte.

Dieser Aspekt des MDK-Reformgesetzes wird die Kliniken in den kommenden Jahren erheblich beschäftigen und auch ökonomisch belasten, wobei eine strategische Bewältigung dieser Herausforderung wesentlich auch von einer Kooperation von Kostenträgern und dem Medizinischen Dienst abhängen wird.

## TAKE HOME MESSAGES

### ZU DEN ALLGEMEINEN ÄNDERUNGEN DES AG-DRG-SYSTEMS 2022

#### MDK-Reformgesetz

Wegfall von nachträglichen Rechnungskorrekturen Prüfquoten und Strafzahlungen in Abhängigkeit des Anteils unbeanstandeter Rechnungen

#### Erste Kalkulation zur Abbildung von COVID-19 Fällen

Aufwertung von COVID-Diagnosen in der PCCL-Systematik und Aufwertung der Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern

#### PCCL-Systematik

Für das Jahr 2022 nur geringe Veränderungen für die Bewertung von Nebendiagnosen für die Ermittlung des PCCL-Wertes

## WAS IST HERZINSUFFIZIENZ?

Nimmt die Leistungsfähigkeit des Herzens ab, sprechen Mediziner 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 Patienten.

## WELCHE SYMPTOME TRETEN BEI EINER HERZINSUFFIZIENZ AUF?

Da sich eine Herzschwäche bei jedem Patienten 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 leichter 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 des Patienten 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 Patienten 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 oftmals ein System zur Resynchronisationstherapie, kurz CRT. Diese ICDs stoppen lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen und sorgen dafür, dass die Herzkammern wieder im Takt schlagen und sich die Pumpleistung verbessert. Zudem können diese Implantate im Falle eines Falles einen lebensrettenden Kardioversions-/Defibrillations-Shocks abgeben.

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

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

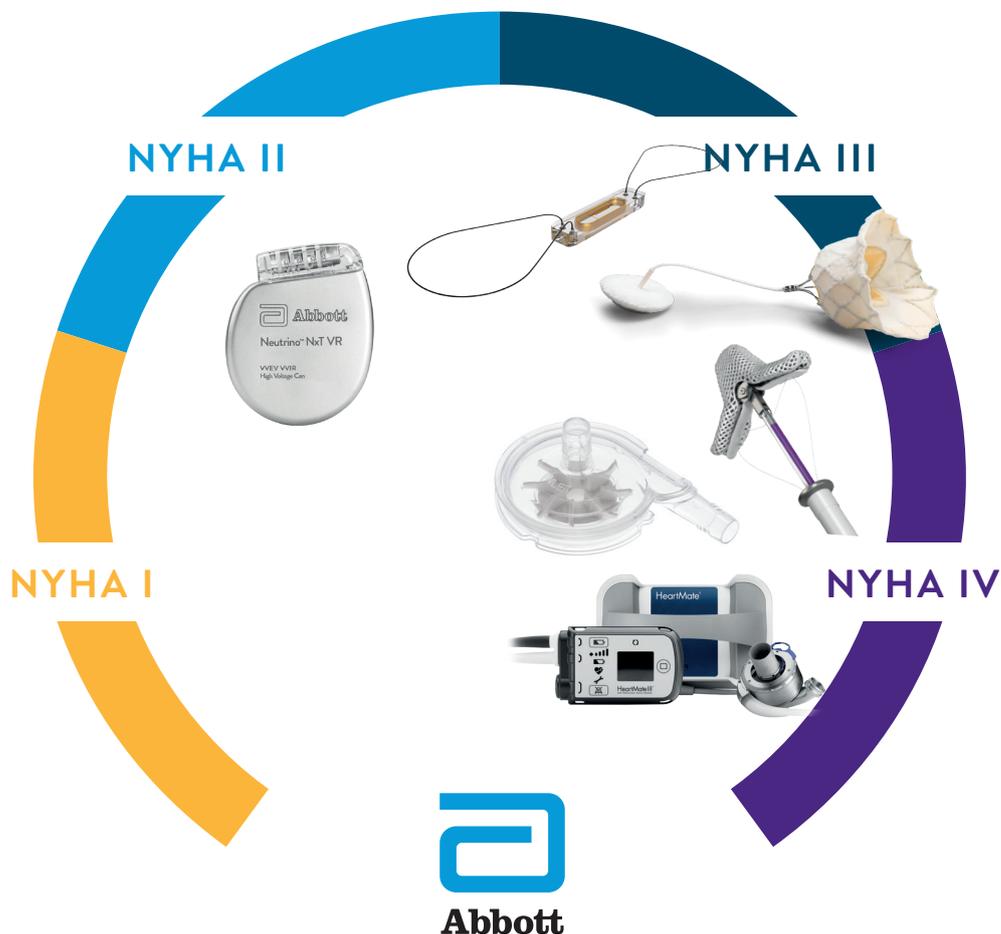
Eine chronische, fortschreitende Herzinsuffizienz kann jahrelang behandelt werden, bis sie im Endstadium angekommen ist. Dort angekommen, stehen nur noch eine Herztransplantation oder die Implantation eines Herzunterstützungssystems als Optionen zur Verfügung, um den vorzeitigen Tod des Patienten zu 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 den Patienten in Frage kommt, ist abhängig von dem jeweiligen Krankheitsstadium und wird zusammen mit dem behandelnden Arzt festgelegt.

## CONTINUUM OF CARE

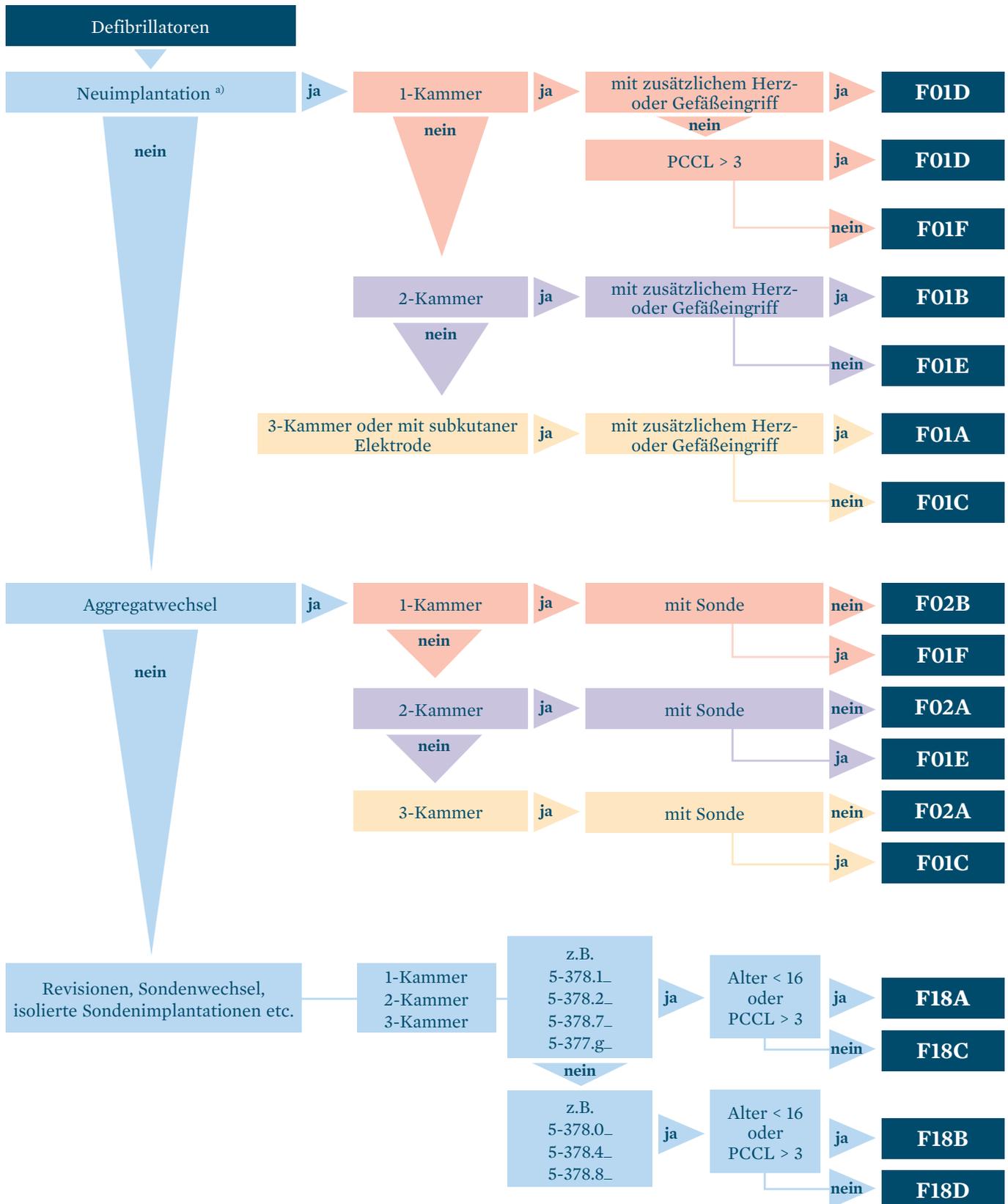
Wir von Abbott möchten den Patienten eine ganzheitliche Versorgung ermöglichen. Im Bereich der Herzinsuffizienz ist dies von besonderer Bedeutung. Daher haben wir das Konzept des „Continuum of Care“ entwickelt. Dabei orientieren wir uns am Schweregrad der Herzschwäche, angelehnt an die Einteilung der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

Das Ziel ist es, den Patienten gezielt in seiner Herzinsuffizienz aber auch in den vielen Begleiterkrankungen unterstützen zu können und ihm 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 den Patienten in seiner Diabeteserkrankung begleiten kann. Für Patienten, 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 Sensors den Druck in der Pulmonalarterie zu überwachen, welcher wertvolle Hinweise liefern kann, die dem Arzt helfen, die Medikation des Patienten 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. Patienten in NYHA Stadium IV können mithilfe der Herzunterstützungssysteme CentriMag oder HeartMate 3 versorgt werden.



# 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<sup>1</sup> für Defibrillatoren

aG-DRG	Partition	Beschreibung	RG	uGVD <sup>a)</sup>	Abschlag pro Tag	oGVD <sup>b)</sup>	Entgelt bei einem Basisfallwert von 3.834,93 €
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.	5,187	5	1.181 €	28	19.892 €
F01B	O	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation mit komplizierenden Faktoren oder neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mehr als 24 Stunden mit komplizierenden Faktoren	4,043	4	1.281 €	23	15.505 €
F01C	O	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode oder intrakardialer Pulsgenerator, ohne komplizierende Faktoren oder Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie	3,346	2	2.707 €	15	12.832 €
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	3,780	5	1.147 €	27	14.496 €
F01E	O	Impl. Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation od. aufwendige Sondenentfernung od. Aggregatwechsel S-ICD ohne Änderung der Sonde, ohne Impl. Drucksens. in Pulmonalarterie, ohne Impl. eines intrakardialen Pulsgenerators, Alter > 17 J.	2,599	2	2.278 €	13	9.967 €
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 Pulmonalarterie, ohne Impl. Pulsgen., Alter > 17 J.	2,106	2	1.814 €	12	8.076 €
F02A	O	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Dreikammer-Stimulation	1,974	2	993 €	6	7.570 €
F02B	O	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Einkammer-Stimulation	1,685	2	905 €	6	6.462 €
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	2,770	4	1.066 €	25	10.623 €
F18B	O	Revision Herzschrittmacher od. Kardioverter / Defibrillator (AICD) oh. Aggregatw., Alt. < 16 J. od. mit auß. schw. CC, oh. kompl. Ingr., oh. aufwend. Sondenentf. od. Alt. > 15 J., oh. auß. schw. CC mit kompl. Ingr., mit intralum. exp. Extraktionshilfe	1,747	3	1.220 €	21	6.700 €
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	1,163	2	1.465 €	10	4.460 €
F18D	O	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, ohne komplexen Eingriff	0,641	2	1.338 €	7	2.458 €

<sup>a)</sup> erster Tag ohne Abschlag <sup>b)</sup> letzter Tag ohne Zuschlag

# IMPLANTIERBARER DEFIBRILLATOR IM STATIONÄREN BEREICH

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

### Prozedurenzuordnung<sup>2</sup>

	OPS	Beschreibung
Neuimplantation bzw. Systemumstellung	5-377.5_	<b>Defibrillator mit Einkammer-Stimulation</b> .50 Ohne atriale Detektion .51 Mit atrialer Detektion
	5-377.6	<b>Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation</b>
	5-377.7_	<b>Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation</b> .70 Ohne Vorhofelektrode .71 Mit Vorhofelektrode
	5-377.c_	<b>Isolierte Sondenimplantation, offen chirurgisch</b> .c0 Epikardial, linksventrikulär .c1 Epikardial, rechtsventrikulär .c2 Epithorakal
	5-378.b_	<b>Systemumstellung: Herzschrittmacher auf Defibrillator</b> .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
	5-378.c_	<b>Systemumstellung: Defibrillator auf Defibrillator</b> .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_	<b>Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonden)</b> .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_	<b>Aggregat- und Sondenwechsel</b> .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

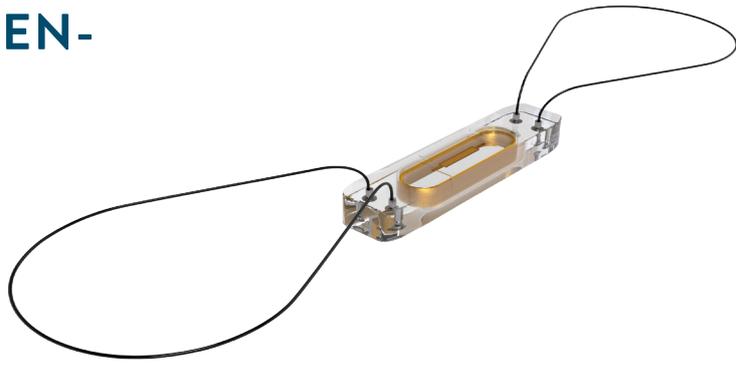
## Prozedurenzuordnung

	OPS	Beschreibung
Revisionen, Sondenwechsel oder isolierte Sondenimplantationen	5-377.g_	<b>Isolierte Sondenimplantation, endovaskulär</b> .g0 Linksventrikulär .g1 Rechtsventrikulär .g2 Rechtsatrial
	5-378.0_	<b>Aggregatentfernung</b> .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 Vorhofolektrode .0f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofolektrode
	5-378.1_	<b>Sondenentfernung</b> .19 Defibrillator .1a Synchronisationssystem
	5-378.2_	<b>Aggregat- und Sondenentfernung</b> .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 Vorhofolektrode .2f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofolektrode
	5-378.3_	<b>Sondenkorrektur</b> .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 Vorhofolektrode .3f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofolektrode
	5-378.4_	<b>Lagekorrektur des Aggregats</b> .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 Vorhofolektrode .4f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofolektrode
	5-378.7_	<b>Sondenwechsel</b> .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 Vorhofolektrode .7f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofolektrode
	5-378.8_	<b>Kupplungskorrektur</b> .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 Vorhofolektrode .8f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofolektrode

### Zusatzcodes, Auswahl

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

# PULMONAL-ARTERIEN-DRUCKSENSOR



## HAUPTDIAGNOSE

Als Hauptdiagnose sollte ein entsprechender ICD-10 Kode<sup>3</sup> gewählt werden, z.B.:

<b>I50.13</b>	<b>Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichterer Belastung (NYHA-Stadium III)</b>
---------------	--

## PROZEDUREN

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

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

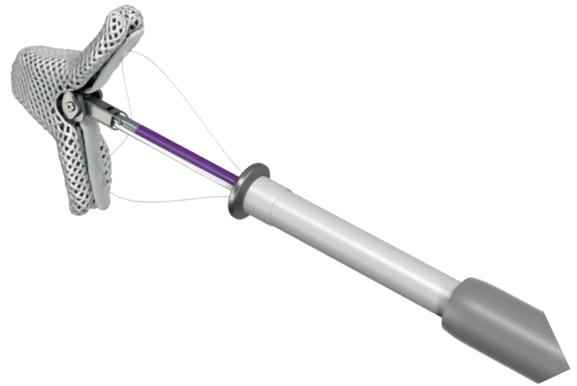
## aG-DRG

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

<b>F01C</b>	<b>Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode oder intrakardialer Pulsgenerator, ohne komplizierende Faktoren oder Impl. eines Drucksensors in die Pulmonalarterie</b> mit einem Relativgewicht von 3,346, was einem Erlös von ca. 12.832,- Euro entspricht*
-------------	--

\* Berechnet mit dem Orientierungswert<sup>4</sup> 2022 in Höhe von 3.834,93 Euro.

# KATHETERBASIERTE TRIKUSPIDALKLAPPEN- THERAPIE



## HAUPTDIAGNOSE

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

<b>I07.1</b>	<b>Trikuspidalklappeninsuffizienz</b> Inkl.: Trikuspidalklappeninsuffizienz (rheumatisch)
<b>I36.1</b>	<b>Nicht-rheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz</b>

## PROZEDUREN

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

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

## aG-DRG

Die Kombination aus Hauptdiagnose und Prozedur triggert in den meisten Fällen die aG-DRG F98C:

<b>F98C</b>	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 8,191, was einem Erlös von ca. 31.412 Euro entspricht
<b>F98A</b>	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 7,254 was einem Erlös von ca. 27.818 Euro entspricht*

\* Berechnet mit dem Orientierungswert 2022 in Höhe von 3.834,93 Euro.

# KATHETERBASIERTE MITRALKLAPPEN- THERAPIE



## HAUPTDIAGNOSE

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

**I34.0**      **Mitralklappeninsuffizienz**

**I05.1**      **Rheumatische Mitralklappeninsuffizienz**

## PROZEDUREN

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

**5-35a.41**      **Mitralklappensegelplastik, transvenös**

Inkl.: Transvenöse Clip-Rekonstruktion der Mitralklappe

Die Anzahl der Clips ist gesondert zu kodieren (5-35b.0 ff.) Diese Codes sind Zusatzcodes.

**5-35b.0** – Anzahl der Clips bei einer transvenösen 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

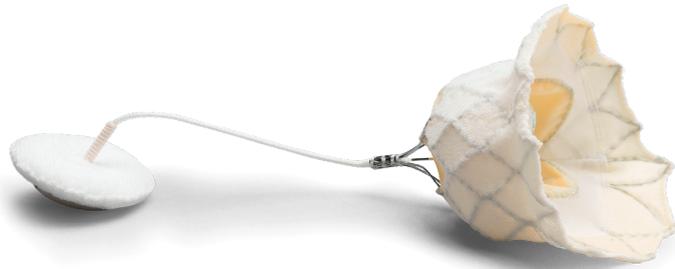
Die Kombination aus Hauptdiagnose und Prozedur triggert in den meisten Fällen die aG-DRG F98C:

**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 8,191, was einem Erlös von ca. 31.412 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 7,254 was einem Erlös von ca. 27.818 Euro entspricht\*

\* Berechnet mit dem Orientierungswert 2022 in Höhe von 3.834,93 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 Mitralklappenersatz**

**5-35a.30**    **Endovaskulär**

**5-35a.33**    **Transapikal**

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

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

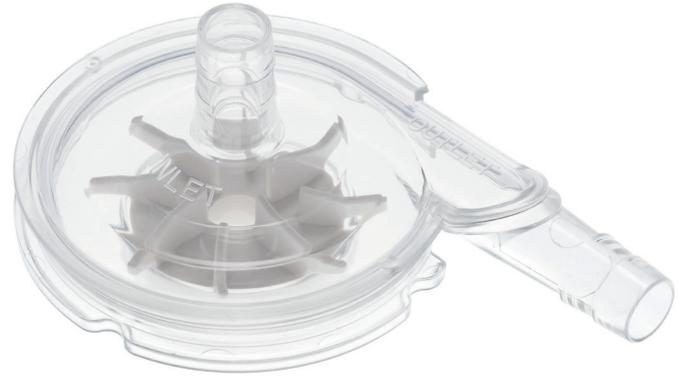
## aG-DRG

Die Kombination aus Hauptdiagnose und Prozedur triggert in den meisten Fällen die aG-DRG F98A:

**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 7,254 was einem Erlös von ca. 27.818 Euro entspricht\*

\* Berechnet mit dem Orientierungswert 2022 in Höhe von 3.834,93 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:

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

## PROZEDUREN

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

<b>5-376.2-</b>	<b>Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreiselpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär</b>
<b>5-376.23</b>	<b>Implantation einer extrakorporalen Pumpe (z.B. Kreiselpumpe oder Zentrifugalpumpe), transapikal</b>
<b>5-376.70</b>	<b>Implantation einer parakorporalen Pumpe, univentrikulär</b>
<b>5-376.80</b>	<b>Implantation einer parakorporalen Pumpe, biventrikulär</b>

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

<b>8-83a</b>	<b>Dauer der Behandlung mit einem herzunterstützenden System</b>
<b>8-83a.1-</b>	<b>Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreiselpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär</b>
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:

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

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

<b>8-852</b>	<b>Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie</b>
<b>8-852.3</b>	<b>Anwendung einer minimalisierten Herz-Lungen-Maschine</b>
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:

<b>F36A</b>	<b>Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, &gt; 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder &gt; 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff</b> mit einem Relativgewicht von 13,892, was einem Erlös von ca. 53.275 Euro entspricht.*
<b>A13B</b>	<b>Beatmung &gt; 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter &lt; 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. &gt; - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.</b> mit einem Relativgewicht von 8,593, was einem Erlös von ca. 32.953 Euro entspricht.*
<b>A09B</b>	<b>Beatmung &gt; 499 Stunden oder &gt; 249 Stunden mit int. Komplexbeh. &gt; 2352 / 1932 / 2208 Punkte, mit angeb. Fehlbild. oder Tumorerkr., Alter &lt; 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. &gt; 1764 / 1932 / - P., Alter &lt; 16 J.</b> mit einem Relativgewicht von 15,205, was einem Erlös von ca. 58.310 Euro entspricht.*
<b>A11A</b>	<b>Beatmung &gt; 249 Stunden oder &gt; 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung &gt; 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter &lt; 16 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. &gt; 1764 / 1656 / 2208 Aufwandsp.</b> mit einem Relativgewicht von 19,205, was einem Erlös von ca. 73.650 Euro entspricht.*
<b>A13A</b>	<b>Beatmung &gt; 95 Std. mit hochkompl. Eingriff oder mit int. Komplexbeh. &gt; 1176 / 1380 / - P. oder mit kompl. OR-Prozedur oder bei Lymphom und Leukämie und int. Komplexbeh. &gt; - / 1104 / 1104 P. oder mit kompliz. Konst. u. best. OR-Proz., Alter &lt; 16 Jahre</b> mit einem Relativgewicht von 11,298, was einem Erlös von ca. 43.327 Euro entspricht.*

### ZUSATZENTGELT <sup>1</sup>

Die Prozedur führt zu einem Zusatzentgelt: **ZE2022-02 Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“)**, das jährlich krankenhausesindividuell mit den Kostenträgern verhandelt werden muss und nur für ein Jahr jeweils gültig ist.

\* Berechnet mit dem Orientierungswert 2022 in Höhe von 3.834,93 Euro.

# LINKSHERZ- UNTERSTÜTZUNGS- SYSTEM (LVAS)



## HAUPTDIAGNOSE

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

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

## PROZEDUREN

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

<b>5-376.40</b>	<b>Implantation einer univentrikulären intrakorporalen Pumpe</b>
<b>5-376.41</b>	<b>Entfernung einer univentrikulären intrakorporalen Pumpe</b>

## 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:

<b>F36A</b>	<b>Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, &gt; 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder &gt; 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff</b> mit einem Relativgewicht von 13,892, was einem Erlös von ca. 53.275 Euro entspricht.*
<b>F36B</b>	<b>Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsystem. m. kompliz. Fakt., &gt; 588 / 828 / - P. od. &gt; - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Eingr. od. &gt; - / 552 / 552 P. m. best. Aortenstent od. minimalinv. Eingr. an mehrer. Herzkkl.</b> mit einem Relativgewicht von 10,464, was einem Erlös von ca. 40.129 Euro entspricht.*
<b>A11A</b>	<b>Beatmung &gt; 249 Stunden oder &gt; 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung &gt; 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter &lt; 16 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. &gt; 1764 / 1656 / 2208 Aufwandsp.</b> mit einem Relativgewicht von 19,205, was einem Erlös von ca. 73.650 Euro entspricht.*
<b>A09A</b>	<b>Beatmung &gt; 499 Stunden oder &gt; 249 Stunden mit IntK &gt; 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer OR-Prozedur, Alter &lt; 16 Jahre, mit IntK &gt; 1764 / 1932 / - Punkten oder mit sehr komplexem Eingriff und IntK &gt; - / 2208 / - Punkten</b> mit einem Relativgewicht von 22,582, was einem Erlös von ca. 86.600 Euro entspricht.*
<b>A09B</b>	<b>Beatmung &gt; 499 Stunden oder &gt; 249 Stunden mit int. Komplexbeh. &gt; 2352 / 1932 / 2208 Punkte, mit angeb. Fehlbild. oder Tumorerkr., Alter &lt; 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. &gt; 1764 / 1932 / - P., Alter &lt; 16 J.</b> mit einem Relativgewicht von 15,205, was einem Erlös von ca. 58.310 Euro entspricht.*

## ZUSATZENTGELT

Die Prozedur führt zu einem spezifischen Zusatzentgelt: **ZE2022-02 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 2022 in Höhe von 3.834,93 Euro.

## NATIONALE VERSORGUNGSLEITLINIE (NVL) CHRONISCHE HERZINSUFFIZIENZ

Die erste Auflage der NVL Chronische Herzinsuffizienz wurde 2009 veröffentlicht. Seit 2015 befindet sich die Leitlinie<sup>5</sup> in kontinuierlicher Prüfung und kapitelweiser Überarbeitung. Für die 2. Auflage (2017) der Leitlinie wurden die Kapitel „Medikamentöse Therapie“, „Invasive Therapie“ und „Versorgungskoordination“ komplett überarbeitet. Mit der 3. Auflage (2019) wurden die weiteren Kapitel, wie unter anderem „Diagnostik“ und „Komorbiditäten“ aktualisiert. Die Inhalte der bereits 2017 aktualisierten Kapitel wurden geprüft und bestätigt. Im September 2021 wurde aufgrund aktueller Entwicklungen ein neuer Abschnitt im Kapitel Medikamentöse Therapie eingefügt (3. Auflage, Version 3).

## VENTRIKULÄRE UNTERSTÜTZUNGSSYSTEME

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

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

## ZUSATZENTGELTE IM aG-DRG-SYSTEM

Einige der in diesem Kodierleitfaden beschriebenen Kodierbeispiele steuern durch die verwendeten OPS-Kodes sogenannte Zusatzentgelte (kurz ZE) an. Zusatzentgelte sind Vergütungsbestandteile, die zusätzlich zur Fallpauschale einer DRG vergütet werden. Sie werden für Leistungen der Regeltversorgung 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 krankenhausesindividuell zu verhandelnden Zusatzentgelten unterschieden. Bewertete Zusatzentgelte sind mit einem monetären Wert hinterlegt, welcher für jedes Krankenhaus in Deutschland in der Abrechnung gültig ist. Bei krankenhausesindividuell 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 krankenhausesindividuelles 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 krankenhausesindividuell zu vereinbarenden in den Anlagen 4 und 6.

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

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

# PROZEDURENVERZEICHNIS

## Minimalinvasive Operationen an Herzklappen (5-35a)

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

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

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

# PROZEDURENVERZEICHNIS

## Implantation eines Defibrillators (5-377)

OPS	Beschreibung
5-377.5	<b>Defibrillator mit Einkammer-Stimulation</b>
5-377.50	Ohne atriale Detektion
5-377.51	Mit atrialer Detektion
5-377.6	<b>Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation</b>
5-377.7	<b>Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation</b>
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 <b>.f0</b> Mit zusätzlicher Messfunktion für das Lungenwasser <b>.f1</b> Mit zusätzlichem Drucksensor zur nicht invasiven Messung des rechtsventrikulären Druckes <b>.f2</b> Mit zusätzlicher Messfunktion für die Kontraktilität des Herzmuskels <b>.f3</b> Mit zusätzlicher Funktion zum Monitoring der ST-Strecke <b>.f4</b> Mit quadripolarer Stimulationsfunktion

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

OPS	Beschreibung
8-83a.1-	<b>Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreiselpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär</b>
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 <b>Exkl.:</b> 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
<b>8-852.0-</b>	<b>Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung</b>
<b>8-852.00</b>	Dauer der Behandlung bis unter 48 Stunden
<b>8-852.01</b>	Dauer der Behandlung 48 bis unter 96 Stunden
<b>8-852.03</b>	Dauer der Behandlung 96 bis unter 144 Stunden
<b>8-852.04</b>	Dauer der Behandlung 144 bis unter 192 Stunden
<b>8-852.05</b>	Dauer der Behandlung 192 bis unter 240 Stunden
<b>8-852.06</b>	Dauer der Behandlung 240 bis unter 288 Stunden
<b>8-852.07</b>	Dauer der Behandlung 288 bis unter 384 Stunden
<b>8-852.08</b>	Dauer der Behandlung 384 bis unter 480 Stunden
<b>8-852.09</b>	Dauer der Behandlung 480 bis unter 576 Stunden
<b>8-852.0b</b>	Dauer der Behandlung 576 bis unter 768 Stunden
<b>8-852.0c</b>	Dauer der Behandlung 768 bis unter 960 Stunden
<b>8-852.0d</b>	Dauer der Behandlung 960 bis unter 1.152 Stunden
<b>8-852.0e</b>	Dauer der Behandlung 1.152 oder mehr Stunden

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

# AUSGEWÄHLTE DIAGNOSECODES

## Chronisch rheumatische Herzkrankheiten

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

## Hypertonie

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

# AUSGEWÄHLTE DIAGNOSECODES

## Ischämische Herzkrankheiten

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

## Nicht-rheumatische Mitralklappenkrankheiten

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

# AUSGEWÄHLTE DIAGNOSECODES

## Kardiomyopathie

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

## Sonstige Formen der Herzkrankheit

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

# AUSGEWÄHLTE DIAGNOSECODES

## Herzinsuffizienz

ICD	Beschreibung
<b>I50.0-</b>	<b>Rechtsherzinsuffizienz</b> 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.
<b>I50.00</b>	Primäre Rechtsherzinsuffizienz
<b>I50.01</b>	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz Globale Herzinsuffizienz Rechtsherzinsuffizienz infolge Linksherzinsuffizienz Rechtsherzinsuffizienz o.n.A.
<b>I50.02!</b>	Rechtsherzinsuffizienz ohne Beschwerden NYHA-Stadium I
<b>I50.03!</b>	Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung NYHA-Stadium II
<b>I50.04!</b>	Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung NYHA-Stadium III
<b>I50.05!</b>	Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe NYHA-Stadium IV
<b>I50.1-</b>	<b>Linksherzinsuffizienz</b> Asthma cardiale Diastolische Herzinsuffizienz Linksherzversagen Lungenödem (akut) mit Angabe einer nicht näher bezeichneten Herzkrankheit oder einer Herzinsuffizienz
<b>I50.11</b>	Ohne Beschwerden NYHA-Stadium I
<b>I50.12</b>	Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung NYHA-Stadium II
<b>I50.13</b>	Mit Beschwerden bei leichter Belastung NYHA-Stadium III
<b>I50.14</b>	Mit Beschwerden in Ruhe NYHA-Stadium IV

## Zerebrovaskuläre Krankheiten

ICD	Beschreibung
<b>I61.-</b>	<b>Intrazerebrale Blutung</b> 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.
<b>I63.-</b>	<b>Hirnfarkt</b>
<b>I64</b>	<b>Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet</b>

# AUSGEWÄHLTE DIAGNOSECODES

## Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems

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

# HÄUFIGE NEBENDIAGNOSEN

## Stoffwechselerkrankungen

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

## Nierenerkrankungen

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

# HÄUFIGE NEBENDIAGNOSEN

## Infektionen

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

## Krankheiten des Verdauungssystems

ICD	Beschreibung
<b>K92.-</b>	<b>Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems</b>
<b>K92.2</b>	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](http://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

## DIMDI

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

## DKG

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

## aG-DRG

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

## GKV SPIBU

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

## HD

**H**aupt**d**iagnose

## HI

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

# GLOSSAR

## INEK

**I**nstitut 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 Gesundheitswesen – die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung haben dem InEK die Aufgaben im Zusammenhang mit der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des Vergütungssystems übertragen ([www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)).

## MDC

**M**ajor **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).

## ND<sub>x</sub>

**N**ebendiagnose(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

**O**perationsschlüssel nach §301 SGB V, früher OPS-301

# QUELLEN

1. [https://www.g-drg.de/aG-DRG-System\\_2022/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog\\_2022](https://www.g-drg.de/aG-DRG-System_2022/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2022)
2. [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html)
3. [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html)
4. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/orientierungswert/2021\\_11\\_09\\_Vereinbarung\\_Veraenderungswert\\_2022\\_KHEntgG.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/orientierungswert/2021_11_09_Vereinbarung_Veraenderungswert_2022_KHEntgG.pdf)
5. <https://www.leitlinien.de/themen/herzinsuffizienz/3-auflage/kapitel-7>

# DAS KÖNNTE SIE AUCH INTERESSIEREN



Kodierleitfaden  
Gefäßinterventionen –  
PTA



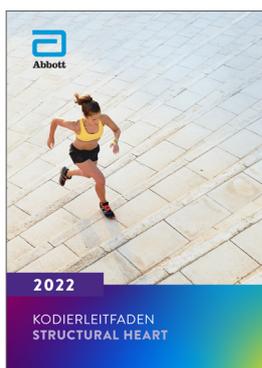
Kodierleitfaden  
Koronarinterventionen –  
PCI



Kodierleitfaden  
Neurostimulation



Kodierleitfaden  
Rhythmologie



Kodierleitfaden  
Structural Heart



Ereignis-Rekorder

Code	Abkürzung								
93.01	93.02	93.03	93.04	93.05	93.06	93.07	93.08	93.09	93.10
93.11	93.12	93.13	93.14	93.15	93.16	93.17	93.18	93.19	93.20
93.21	93.22	93.23	93.24	93.25	93.26	93.27	93.28	93.29	93.30
93.31	93.32	93.33	93.34	93.35	93.36	93.37	93.38	93.39	93.40
93.41	93.42	93.43	93.44	93.45	93.46	93.47	93.48	93.49	93.50
93.51	93.52	93.53	93.54	93.55	93.56	93.57	93.58	93.59	93.60
93.61	93.62	93.63	93.64	93.65	93.66	93.67	93.68	93.69	93.70
93.71	93.72	93.73	93.74	93.75	93.76	93.77	93.78	93.79	93.80
93.81	93.82	93.83	93.84	93.85	93.86	93.87	93.88	93.89	93.90
93.91	93.92	93.93	93.94	93.95	93.96	93.97	93.98	93.99	93.00

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

**Junior Manager  
Health Economics & Reimbursement**

Telefon: +49 (0) 6196 7711-172



## JANNIS RADELEFF

**Senior Manager DACH  
Health Economics & Reimbursement**

Telefon: +49 (0) 6196 7711-144



## SIGRID WOLFF

**HF Network Specialist**

Telefon: +49 (0) 172 6195933

## 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](mailto:reimbursement-germany@abbott.com)

**Rechtlicher Hinweis:** Alle Angaben sind Empfehlungen von Abbott und beziehen sich ausschließlich auf von Abbott vertriebene Produkte und Therapien. Dieser Leitfaden erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Richtigkeit. Die verwendeten Kodierbeispiele lassen keine allgemein gültigen Rückschlüsse auf deren Anwendung zu. Informationen über die Anwendung bestimmter Produkte und Therapien von Abbott finden Sie in der jeweiligen Bedienungsanleitung. Abbott übernimmt in diesem Zusammenhang keine Haftung.

**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 2022, ICD-10-GM 2022 und OPS 2022 (© DIMDI).

**ACHTUNG:** Produkte dürfen nur von einem Arzt oder unter dessen Anleitung verwendet werden. Es ist wichtig, vor der Verwendung sorgfältig die Packungsbeilage in der Produktverpackung (falls vorhanden) oder auf [eifu.abbottvascular.com](http://eifu.abbottvascular.com) und [medical.abbott/manuals](http://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 GMBH**

Helfmann-Park 7 | 65760 Eschborn

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

™ kennzeichnet eine Marke der Abbott Unternehmensgruppe.

© 2022 Abbott. Alle Rechte vorbehalten.

MAT-2201786 v1.0 | Artikel nur zur Verwendung in Deutschland zugelassen.

