



HEALTH ECONOMICS & REIMBURSEMENT



2022

**KODIERLEITFADEN
STRUCTURAL HEART**

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

Kodierung im aG-DRG-System	4
Wichtige Änderungen im Bereich „Structural Heart“	10
Aortenklappe: Chirurgischer Ersatz	12
Aortenklappe: Transkatheter Ersatz	17
Mitralklappe: Chirurgischer Ersatz	19
Mitralklappe: Chirurgische Rekonstruktion	22
Mitralklappe: Transkatheter Ersatz	25
Mitralklappe: Transkatheter Rekonstruktion	27
Trikuspidalklappe: Chirurgische Rekonstruktion	29
Trikuspidalklappe: Transkatheter Rekonstruktion	31
Übersicht minimalinvasive Eingriffe an den Herzklappen 2022	34
Kombinierte Minimalinvasive Eingriffe an den Herzklappen	36
Okkludertherapie: Persistierender Ductus Arteriosus	38
Okkludertherapie: Vorhofseptumdefekt	40
Vorhofohr-Verschluss (Laa Closure)	42
Okkludertherapie: Ventrikelseptumdefekt	43
Okkludertherapie: PVL	44

ANHANG

Wichtige aG-DRG-Pauschalen und ihre Kennzahlen	46
Berechnung des Fallerlöses und Basisfallwert	48
Glossar / Abkürzungen	49
Das könnte Sie auch interessieren	52
Wir für Sie	53

KODIERUNG IM AG-DRG-SYSTEM

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

Die Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose eines Behandlungsfalles ist die, welche rückblickend bei Entlassung für die Veranlassung der stationären Aufnahme verantwortlich war. Insbesondere kommen hier die allgemeinen und die speziellen Kodierrichtlinien (DKR) in der Version 2022 zur Anwendung, welche für viele Standard- und Ausnahmesituationen die Kodierung regeln. Der korrekten Wahl der Hauptdiagnose kommt im aG-DRG-System eine erhebliche Bedeutung zu, da eine falsch zugeordnete ICD-Kodierung nicht selten auch in die falsche Abrechnungspauschale mündet.

Die Nebendiagnosen

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

Der patientenbezogene Gesamtschweregrad (PCCL)

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

Prozedurenkodierung (OPS)

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

Die DRG-Gruppierung

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

Vorbemerkung zum 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 Rechnungskorrektur 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.

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.

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

COVID-19 und Komplexbehandlung bei NONMRE, mindestens 10 BehTage

>

F14A

Komplexe od. mehrf. Gefäßeingr. außer große rekonstrukt. Eingr. [...]

COVID-19 und intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 552 / - P.

>

F36B

IKB bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems [...]

COVID-19 und Komplexbehandlung bei NONMRE, mindestens 5 BehTage

>

F59C

Mäßig komplexe Gefäßeingriffe [...]

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.

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 3.747,98 €. 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 2022¹ 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 erfolgenden 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.

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

WICHTIGE ÄNDERUNGEN IM BEREICH „STRUCTURAL HEART“

Neuer OPS-Kode für den transapikalen Pulmonalklappenersatz

Bis zum aktuellen Jahr 2022 war eine spezifische Kodierung des transapikalen Einsatzes eines Pulmonalklappenersatzes nur unspezifisch durch die Schlüsselnummer 5-35a.x (Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: sonstige) möglich. Mit dem Verfahrensjahr 2022 wurde vom BfArM ein spezifischer OPS-Kode etabliert:

5-35a.11 Implantation eines Pulmonalklappenersatzes: Transapikal

Eine Verwendung im DRG-Gruppierungsalgorithmus des Systems 2022 findet dieser neue OPS-Kode aktuell noch nicht.

Neuordnung der OPS-Kodierung für den minimalinvasiven Herzklappenersatz

Im Bereich des minimalinvasiven Herzklappenersatzes erscheinen jedes Jahr neue Produkte mit CE-Zeichen auf dem deutschen Markt und unterscheiden sich neben dem Zugangsweg (endovaskulär vs. transapikal) vor allem in einer Vielzahl von technischen Details, die Auswirkungen auf die Wirkweise und, daraus auch zu erwarten, auf die Wirksamkeit haben werden.

Um ein übermäßiges Aufblähen der OPS-Gruppe um die minimalinvasiven Herzklappen (5-35a.) zu vermeiden, folgte das BfArM einem entsprechenden Anpassungsvorschlag, so dass nur noch die Klappe selbst und der primäre Zugangsweg als primärer OPS-Kode angegeben wird. Zusätzliche Informationen werden dann ggf. über Zusatzcodes aus 5-35b ff. verschlüsselt.

2021		2022		2022	
MINIMALIVASIVER AORTENKLAPPENERSATZ		MINIMALIVASIVER AORTENKLAPPENERSATZ		ZUSATZKODIERUNG	
5-35a.01	Transapikal, ohne Verwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystems	>	5-35a.06 Transapikal		Kein Zusatzkode
5-35a.02	Transapikal, mit Verwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystems	>	5-35a.06 Transapikal	+	5-35b.10 Anwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystems
5-35a.03	Endovaskulär, mit primär ballonexpandierbarem Implantat	>	5-35a.05 Endovaskulär	+	5-35b.11 Anwendung eines primär ballonexpandierbaren Implantates
5-35a.04	Endovaskulär, mit primär selbstexpandierendem Implantat	>	5-35a.05 Endovaskulär	+	5-35b.12 Anwendung eines primär selbstexpandierenden Implantates
MINIMALIVASIVER MITRALKLAPPENERSATZ		MINIMALIVASIVER MITRALKLAPPENERSATZ		ZUSATZKODIERUNG	
5-35a.31	Transapikal, ohne Verwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystems	>	5-35a.33 Transapikal		Kein Zusatzkode
5-35a.32	Transapikal, mit Verwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystems	>	5-35a.33 Transapikal	+	5-35b.20 Anwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystems
N.N.		>	5-35a.33 Transapikal	+	5-35b.21 Anwendung eines apikalen Verankerungssystems

Verschieben der Zusatzcodes für die Anzahl der Clips bei einer transvenösen Mitralklappen- oder Trikuspidalklappensegelplastik

Mit der Neuordnung der OPS-Kodierung für den minimalinvasiven Herzklappenersatz wurde unter dem OPS-Dreisteller 5-35b ein neuer Bereich für die Zusatzcodes geschaffen. Damit ändert sich die auch weiterhin ohne Gruppierungsrelevanz versehene Gruppierung der Zusatzcodes für die Anzahl von Clips im Rahmen der transvenösen Mitralklappen- oder Trikuspidalklappensegelplastik.

Anzahl der Clips bei einer transvenösen Mitralklappen- oder Trikuspidalklappensegelplastik:

1 Clip	5-35a.60	>	5-35b.00
2 Clips	5-35a.61	>	5-35b.01
3 Clips	5-35a.62	>	5-35b.02
4 Clips	5-35a.63	>	5-35b.03
5 oder mehr Clips	5-35a.64	>	5-35b.04

AORTENKLAPPE: CHIRURGISCHER ERSATZ

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2022²

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

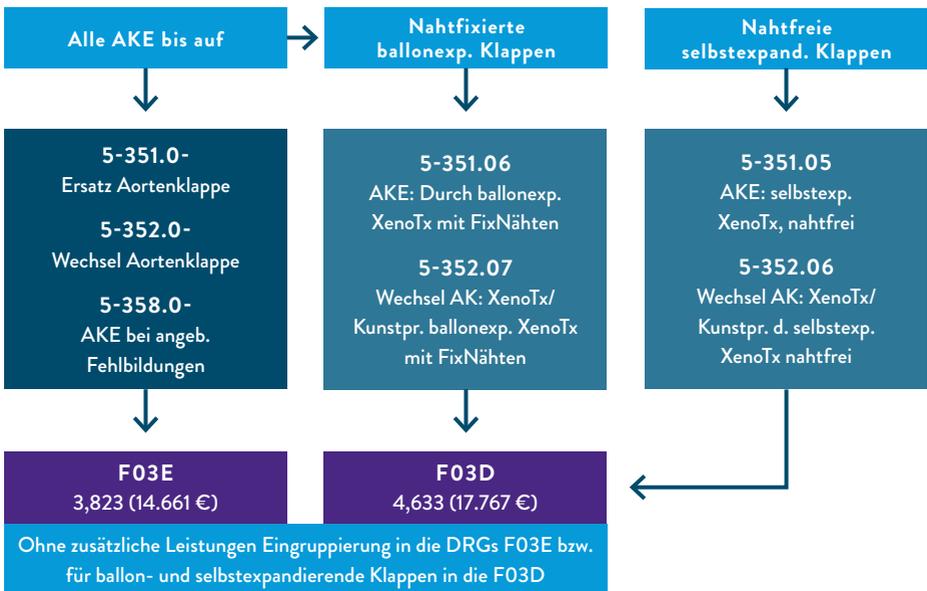
ICD	ICD-TEXT
I06.0	Rheumatische Aortenklappenstenose
I06.1	Rheumatische Aortenklappeninsuffizienz
I06.2	Rheumatische Aortenklappenstenose mit Insuffizienz
I06.8	Sonstige rheumatische Aortenklappenkrankheiten
I35.1	Aortenklappeninsuffizienz
I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz
Q23.0	Angeborene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

Prozedurenkodierung OPS 2022³

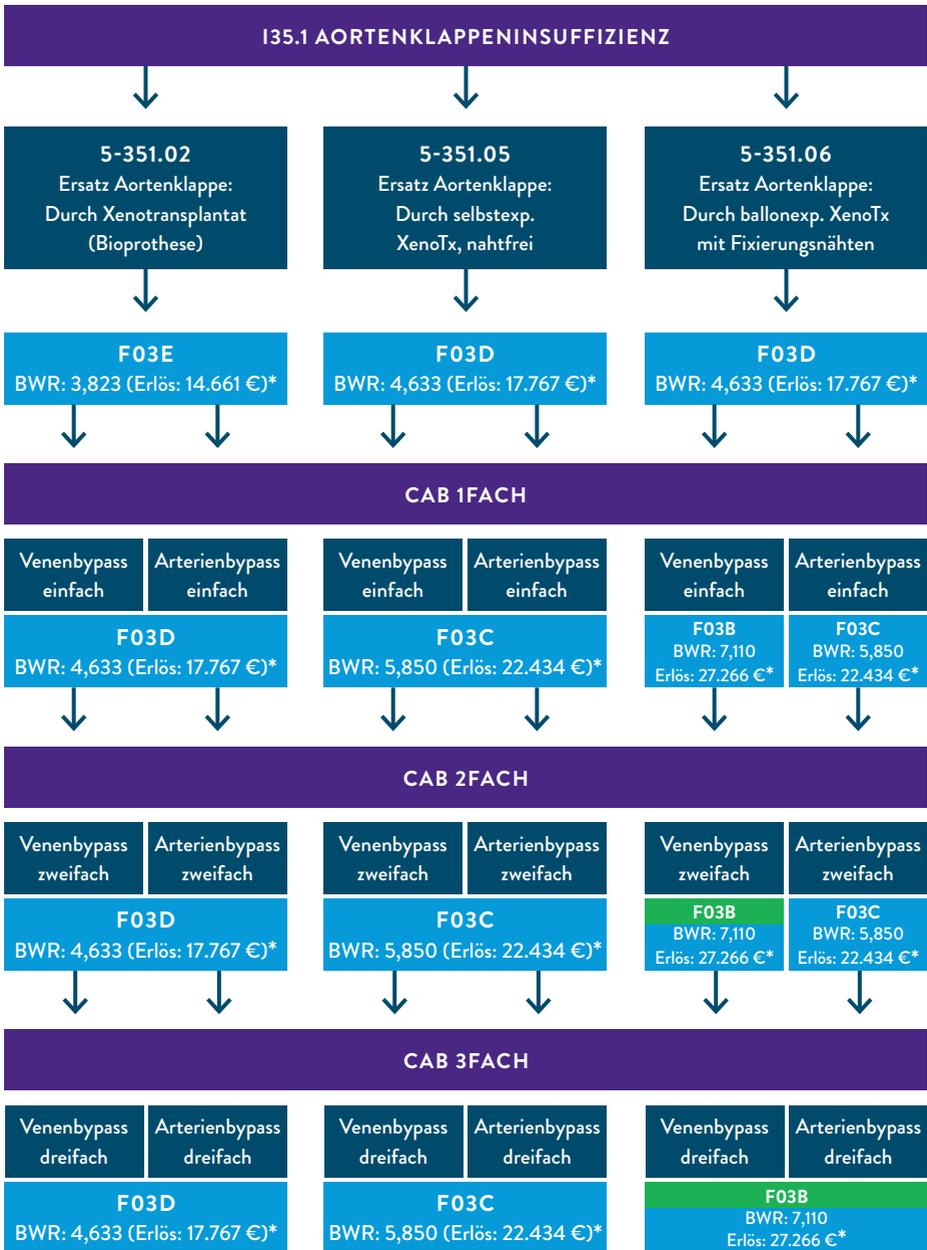
OPS	ERSATZ VON HERZKLAPPEN DURCH PROTHESE: AORTENKLAPPE:	ERWORBENE KLAPPENFEHLER
5-351.01	Durch Allotransplantat	
5-351.02	Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	
5-351.03	Durch Xenotransplantat, stentless	
5-351.04	Durch Kunstprothese	
5-351.05	Durch selbstexpandierendes Xenotransplantat, nahtfrei	
5-351.06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

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

Offen chirurgischer Eingriff⁴



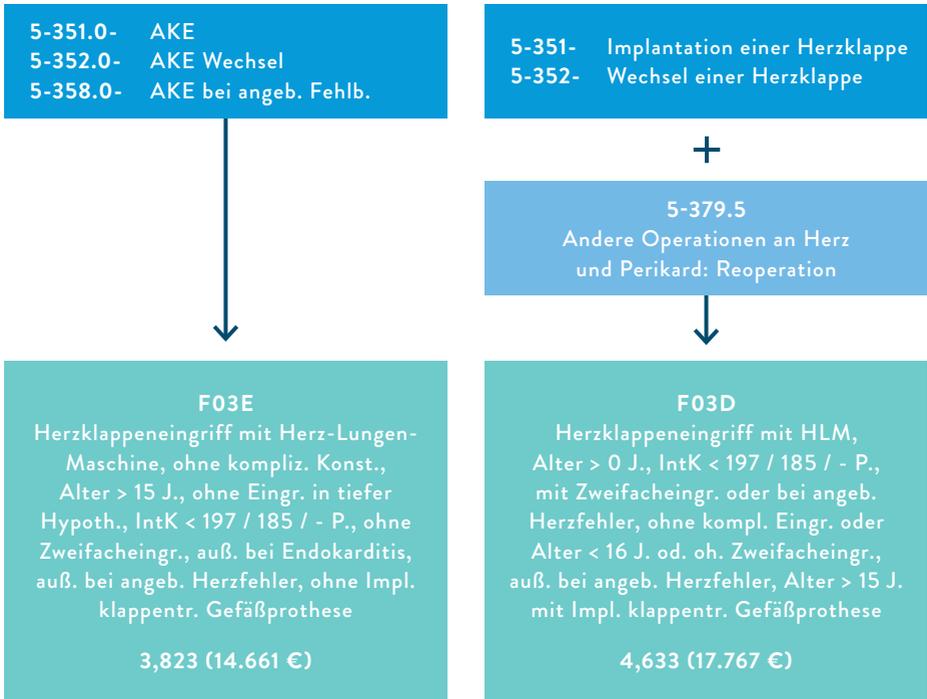
Sonderfall nahtfixierte Klappen



*Berechnet auf fiktivem Bundesbasisfallwert 2022: 3.834,93 € (Basisfallwert 2021 + 2,32% Veränderungsrate)

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

Re-Operation an Herzklappen



Altes Problem der Re-Operation:

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

AORTENKLAPPE: TRANSKATHETER ERSATZ

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2022

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

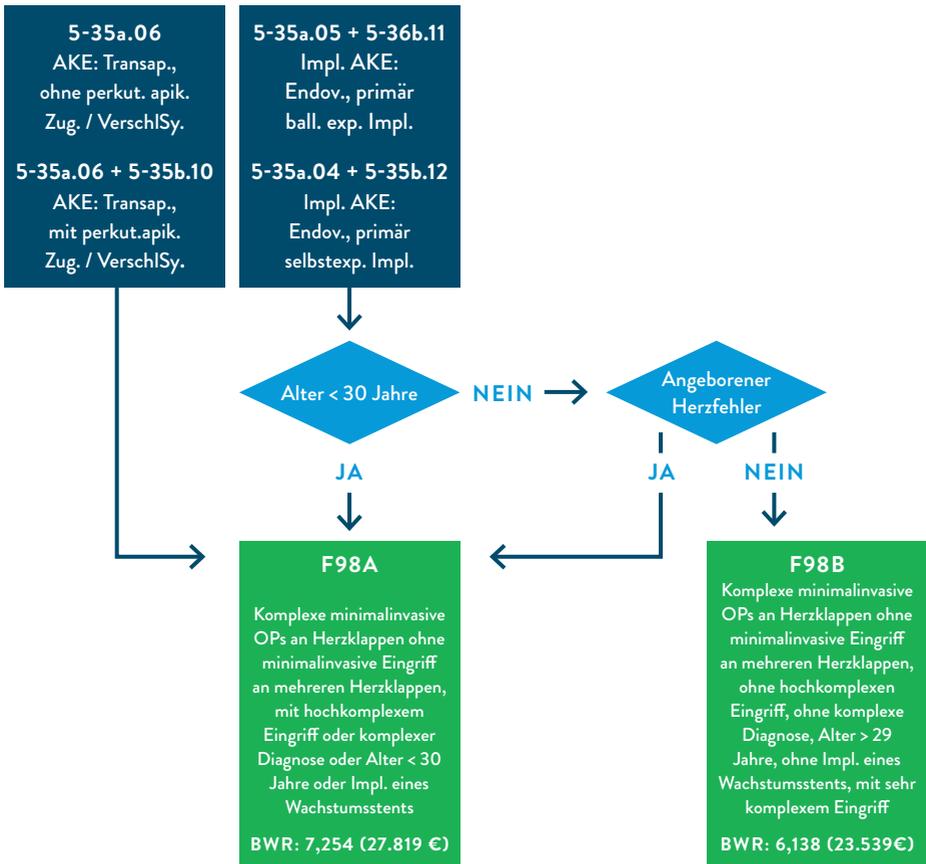
ICD	ICD-TEXT
106.0	Rheumatische Aortenklappenstenose
106.1	Rheumatische Aortenklappeninsuffizienz
106.2	Rheumatische Aortenklappenstenose mit Insuffizienz
106.8	Sonstige rheumatische Aortenklappenkrankheiten
I35.1	Aortenklappeninsuffizienz
I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz
Q23.0	Angeborene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

Prozedurenkodierung OPS 2022

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

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle

– Transkatheter Aortenklappenersatz



Keine Abhängigkeit der aG-DRG-Gruppierung von der Hauptdiagnose

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

MITRALKLAPPE: CHIRURGISCHER ERSATZ

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2022

ICD	TEXT
105.0	Mitralklappenstenose
105.1	Rheumatische Mitralklappeninsuffizienz
105.2	Mitralklappenstenose mit Insuffizienz
134.0	Mitralklappeninsuffizienz
134.1	Mitralklappenprolaps
134.2	Nichtrheumatische Mitralklappenstenose
134.80	Nichtrheumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz
Q23.2	Angeborene Mitralklappenstenose
Q23.3	Angeborene Mitralklappeninsuffizienz

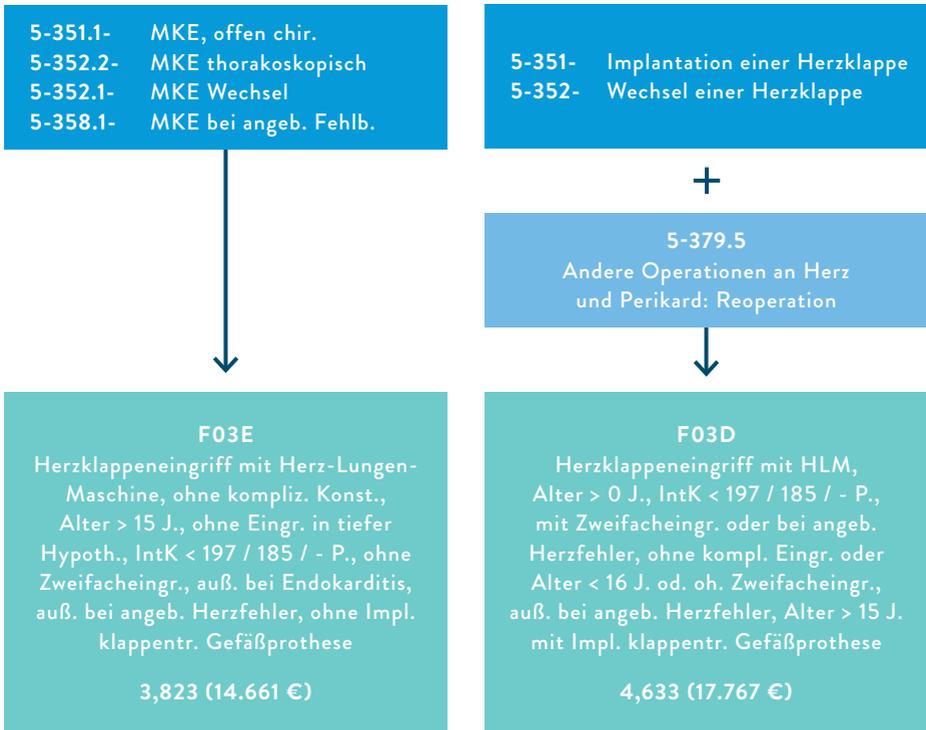
Prozedurenkodierung OPS 2022

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

OPS	OPERATION BEI KONGENITALEN KLAPPENANOMALIEN DES HERZENS	ANGEBORENE KLAPPENFEHLER
5-351.11	Mitralklappe: Klappenersatz durch Allotransplantat	
5-351.12	Mitralklappe: Klappenersatz durch Xenotransplantat (Bioprothese	
5-351.13	Mitralklappe: Klappenersatz durch Xenotransplantat , stentless	
5-351.14	Mitralklappe: Klappenersatz durch Kunstprothese	
5-351.1x	Mitralklappe: Klappenersatz durch klappentragendes Conduit	

OPS	WECHSEL VON HERZKLAPPENPROTHESEN:	ANGEBORENE KLAPPENFEHLER
5-351.11	Mitralklappe: Klappenersatz durch Allotransplantat	
5-351.12	Mitralklappe: Klappenersatz durch Xenotransplantat (Bioprothese	
5-351.13	Mitralklappe: Klappenersatz durch Xenotransplantat , stentless	
5-351.14	Mitralklappe: Klappenersatz durch Kunstprothese	
5-351.1x	Mitralklappe: Klappenersatz durch klappentragendes Conduit	

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



MITRALKLAPPE: CHIRURGISCHE REKONSTRUKTION

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2022

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

Prozedurenkodierung OPS 2022

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

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle

5-353.2 MK: Segelrekonstruktion
5-358.10 Angeb. Fehl. MK: Klappenrekonstr.



F03E

Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 15 Jahre, ohne Eingriff in tiefer Hypoth., IntK < 197 / 185 / -P ohne Zweifacheingr., auß. bei Endokarditis, auß. b. angeb. Herzfehler, ohne Impl. klappentr. Gefäßpr.

3,823 (14.661 €)



5-353.1 MK: Anuloplastik

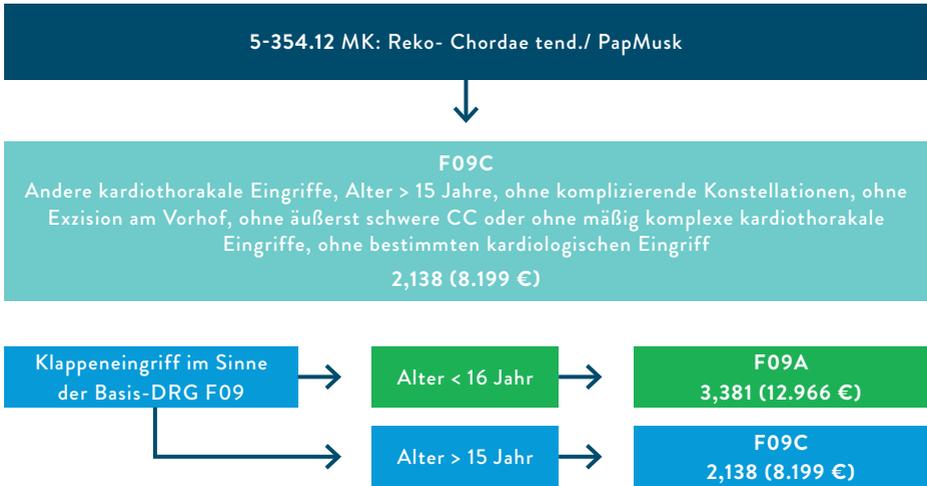


F07C

Andere Eingr. mit HLM, Alter > 0 Jahre, IntK < - / 369 / -P oder Alter > 17 Jahre, od. ohne Reop. oder ohne and. kompliz. Konst., ohne and. kompl. Eingriffe oder ohne Reop. an Herz oder Perikard oder ohne best. and. kompliz. Konst. oder ohne best. Aortklers.

4,193 (16.080 €)





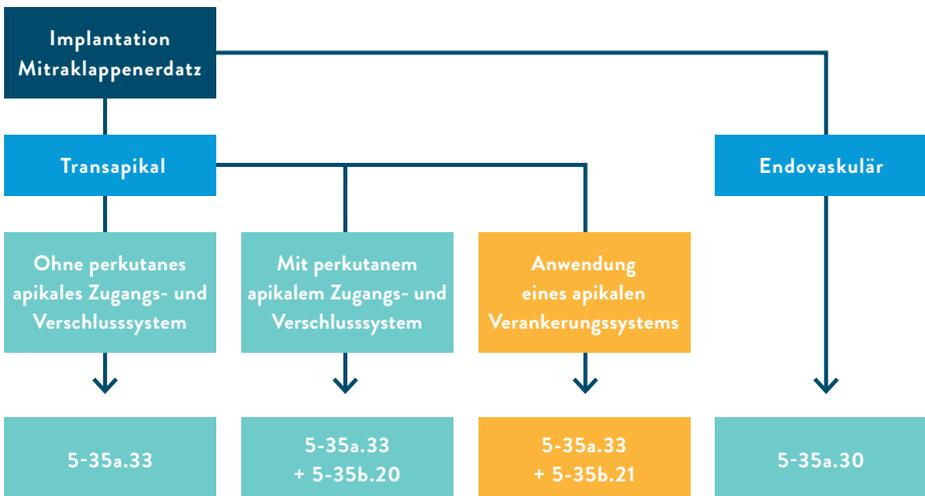
Dabei ist zu beachten, dass die Zugangskriterien für die Basis-DRG F07 für das DRG-Jahr 2022 weiter deutlich reduziert wurden. Bestimmte rekonstruktive Eingriffe gelangen daher nur noch in die Basis-DRG F09.

MITRALKLAPPE: TRANSKATHETER ERSATZ

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2022

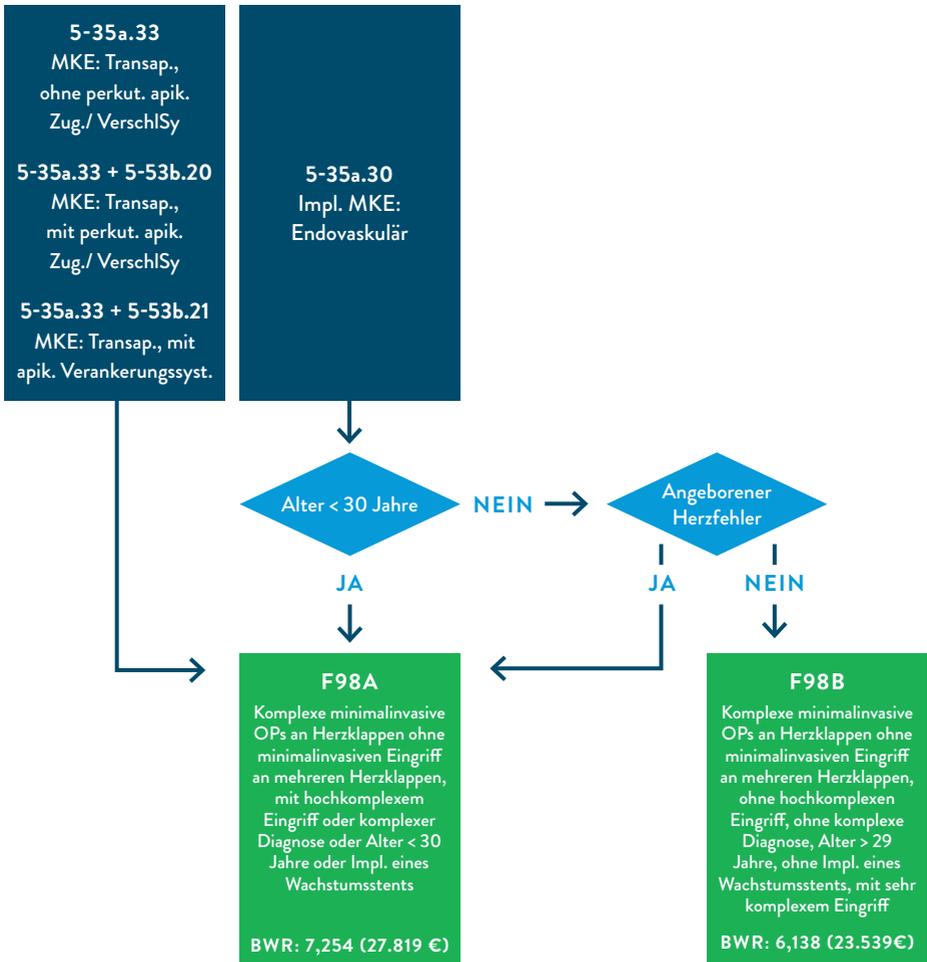
ICD	TEXT
I05.0	Mitralklappenstenose
I05.1	Rheumatische Mitralklappeninsuffizienz
I05.2	Mitralklappenstenose mit Insuffizienz
I34.0	Mitralklappeninsuffizienz
I34.1	Mitralklappenprolaps
I34.2	Nicht rheumatische Mitralklappenstenose
I34.80	Nicht rheumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz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

Prozedurenkodierung OPS 2022



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

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle

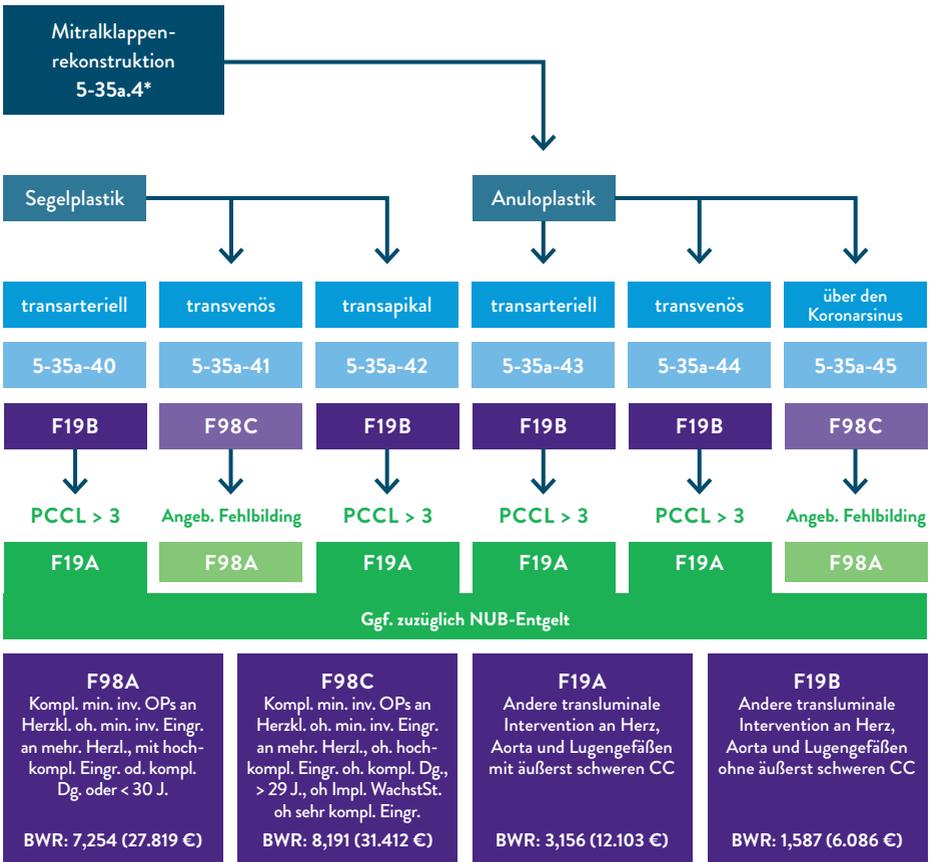


MITRALKLAPPE: TRANSKATHETER REKONSTRUKTION

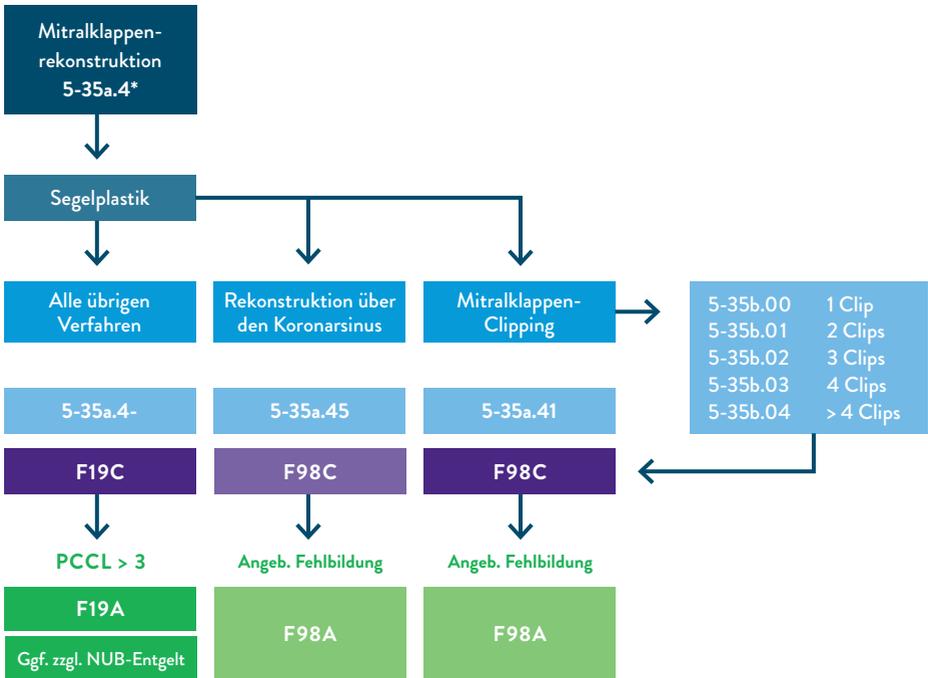
Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2022

siehe Diagnosekodierung Seite 25

Gruppierungsalgorithmus MK-Rekonstruktion



Sonderfall Mitralklappenrekonstruktion



TRIKUSPIDALKLAPPE: CHIRURGISCHE REKONSTRUKTION

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2022

ICD	TEXT
107.0	Trikuspidalklappenstenose
107.1	Trikuspidalklappeninsuffizienz
107.2	Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz
136.0	Nichtrheumatische Trikuspidalklappenstenose
136.1	Nichtrheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz
136.2	Nichtrheumatische Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz
Q22.4	Angeborene Trikuspidalklappenstenose

Prozedurenkodierung OPS 2022

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

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle

5-353.5 TK: Segelrekonstruktion
5-358.30 Angeb. Fehl. TK: Klappenrekonstr.



F03E

Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 15 Jahre, ohne Eingriff in tiefer Hypoth., IntK < 197 / 185 / -P ohne Zweifacheingr., auß. bei Endokarditis, auß. b. angeb. Herzfehler, ohne Impl. klappentr. Gefäßpr.

3,823 (14.661 €)

Klappeneingriff im Sinne
der Basis-DRG F03

Alter < 1 Jahr

F03B
7,110 (27.266 €)

Alter < 16 Jahr

F03D
4,633 (17.767 €)

Alter > 15 Jahr

F03E
3,823 (14.661 €)

5-353.4 TK: Anuloplastik
5-354.32 TK: Reko. Chordae tend./ PapMusk



F07C

Andere Eingr. mit HLM, Alter > 0 Jahre, IntK < - / 369 / -P oder Alter > 17 Jahre, od. ohne Reop. oder ohne and. kompliz. Konst., ohne and. kompl. Eingriffe oder ohne Reop. an Herz oder Perikard oder ohne best. and. kompliz. Konst. oder ohne best. Aortklers.

4,193 (16.080 €)

Klappeneingriff im Sinne
der Basis-DRG F07

Alter < 1 Jahr

F07A
6,667 (25.567 €)

Alter > 1 Jahr

F07C
4,193 (16.080 €)

5-354.12 MK: Reko- Chordae tend./ PapMusK



F09C

Andere kardiothorakale Eingriffe, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellationen, ohne Exzision am Vorhof, ohne äußerst schwere CC oder ohne mäßig komplexe kardiothorakale Eingriffe, ohne bestimmten kardiologischen Eingriff

2.138 (8.199 €)



TRIKUSPIDALKLAPPE: CHIRURGISCHE REKONSTRUKTION

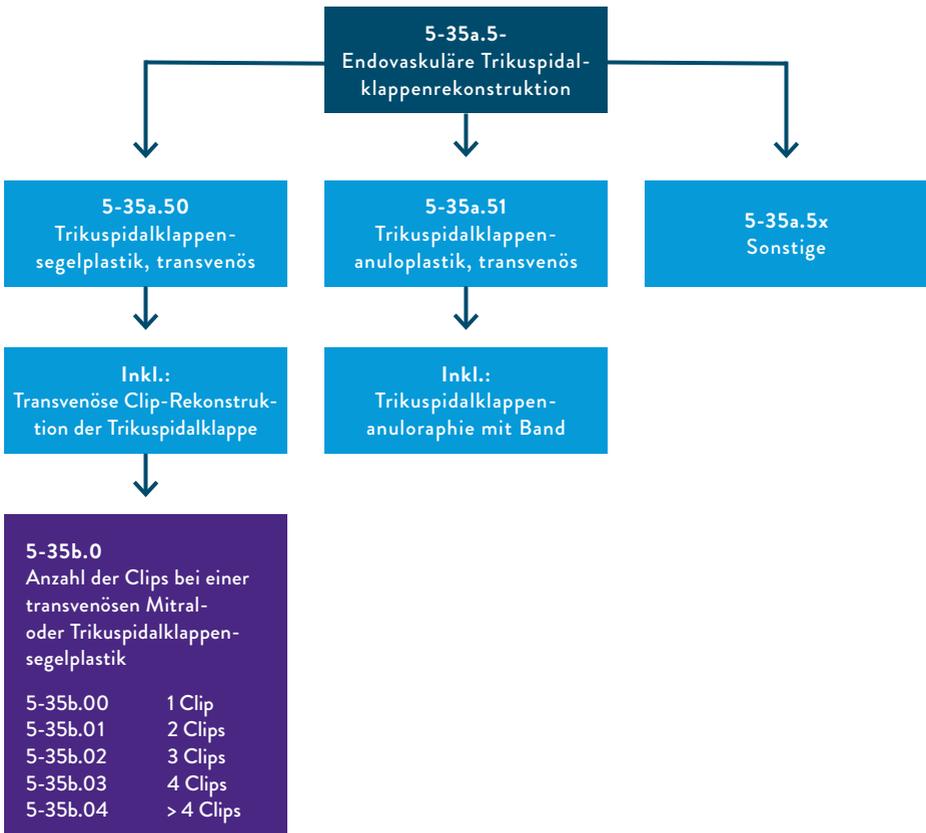
Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2022

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

Prozedurenkodierung OPS 2022

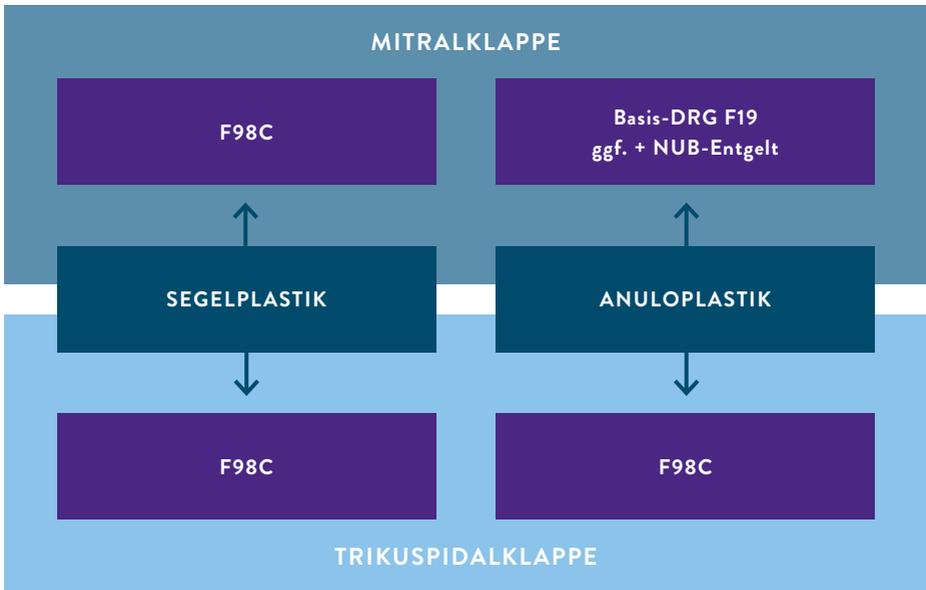
ICD	TEXT
5-35a.50	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Endovaskuläre Trikuspidalklappenrekonstruktion: Trikuspidalklappensegelplastik, transvenös
5-35a.51	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Endovaskuläre Trikuspidalklappenrekonstruktion: Trikuspidalklappenanuloplastik, transvenös
5-35a.5x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

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



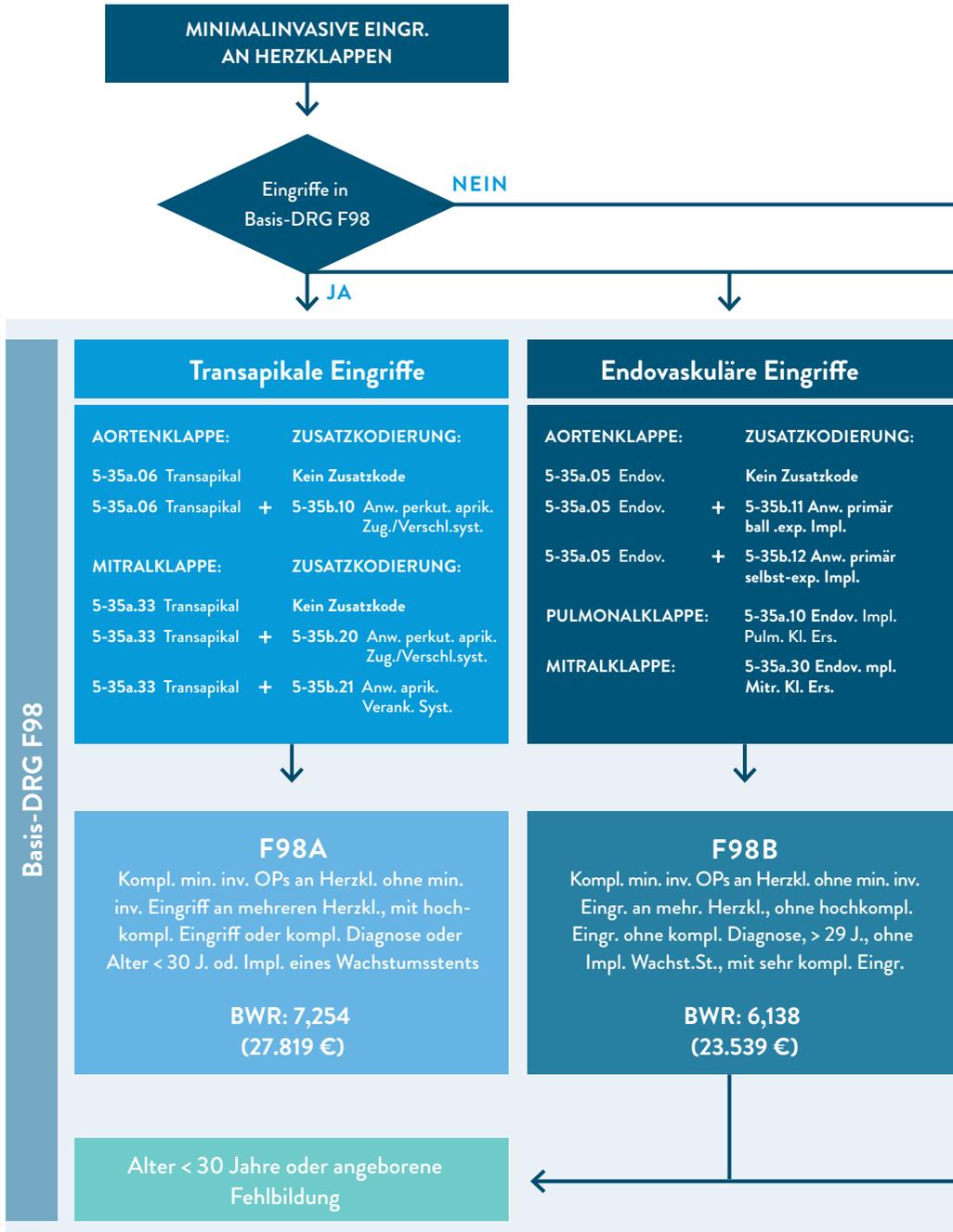
Die Gruppierung der beiden OPS-Kodes erfolgt identisch und damit für beide Techniken unverändert zum Vorjahr 2021 in die aG-DRG F98C.

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

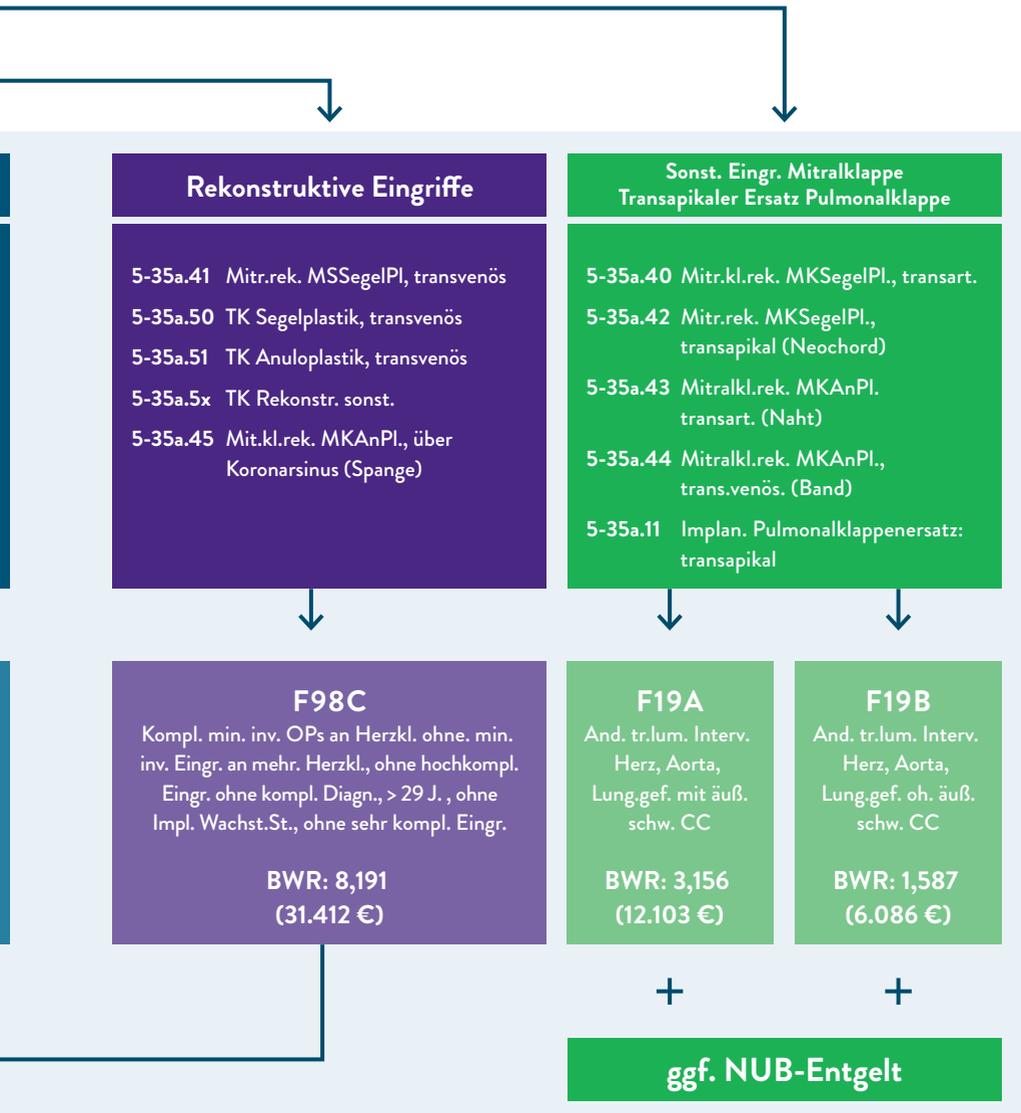


aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle





ÜBERSICHT MINIMALINVASIVE EINGRIFFE AN DEN HERZKLAPPEN 2022



KOMBINIERTE MINIMALINVASIVE EINGRIFFE AN DEN HERZKLAPPEN

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle

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

Seit dem DRG-Jahr 2021 erfolgt in der Basis-DRG F36 bei kombinierter Leistungserbringung mehrerer minimalinvasiver Herzklappeneingriffe gemäß nachfolgender Tabelle auch eine Aufwertung von Fällen aus der aG-DRG F36B in die F36A bei zusätzlicher Kodierung einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung ab 1.105 Aufwandpunkten bzw. einer aufwändigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung ab 829 Aufwandpunkten.

1 PROZEDUR AUS MINDESTENS 2 TABELLEN:

MINIMALINVASIVER AORTENKLAPPENERSATZ	MINIMALINVASIVER PULMONALKLAPPENERSATZ	MINIMALINVASIVER MITRALKLAPPENERSATZ/-REKONSTRUKTION
<p>5-35a.05 Implantation eines Aortenklappenersatzes: Endovaskulär</p> <p>5-35a.06 Implantation eines Aortenklappenersatzes: Transapikal</p>	<p>5-35a.10 Implantation eines Pulmonalklappenersatzes: Endovaskulär</p>	<p>5-35a.30 Implantation eines Mitralklappenersatzes: Endovaskulär</p> <p>5-35a.33 Implantation eines Mitralklappenersatzes: Transapikal</p> <p>5-35a.41 Mitralklappensegelplastik, transvenös</p>

F36B

Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsystr. m. kompliz. Fakt., > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Eingr. od. > - / 552 / 552 P. m. best. Aortenstent od. minimalinv. Eingr. an mehrer. Herzkkl.

10,464 (40.129 €)

+

Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 828 / 1.104 Aufwandspunkte

F36A

Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheit und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - aufwandspunkte oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff

13,892 (53.275 €)

OKKLUDERTHERAPIE: PERSISTIERENDER DUCTUS ARTERIOSUS

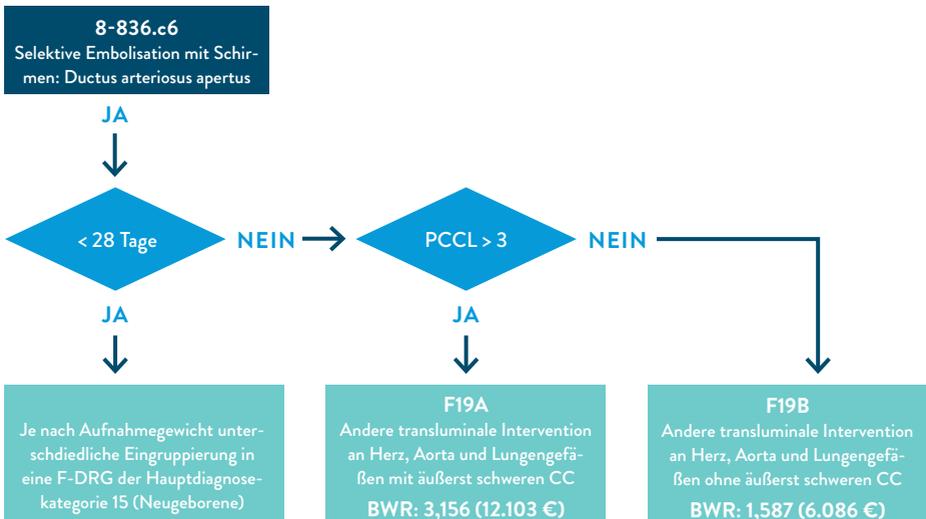
Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2022

ICD	TEXT
Q25.0	Offener Ductus arteriosus

Prozedurenkodierung OPS 2022

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

Die Versorgung mit dem Amplatzer™ Okkluder ist im OPS-Katalog 2022 weiterhin nicht spezifisch abgebildet. Es wird empfohlen die selektive Embolisation mit Schirmen zu wählen.



aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Neugeborene in der MDC 15

Spezialfall in der Hauptdiagnosekategorie 15:

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

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

600 - 749 g	750 - 999 g	1.000 - 1.499 g	1.500 - 1.999 g	2.000 - 2.499 g	> 2.499 g
Okkluder					
P61C	P62A	P03B	P04B	P05C	P06C
Neugeb., Aufnahmegewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur	Aufnahmegewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur	Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beat. > 120 Std., oh. Beat. > 599 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme, oh. Beat. > 479 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme oder oh. sig. OR-Prozedur oder oh. mehrzeitige komplexe OR-Prozedur	Aufnahmegew. 1500 - 1999 g, sig. OR-Proz. od. Beat. > 120 Std., oh. meh. schw. Probl. od. oh. Beat. > 320 Std., oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. sig. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. temp. Verschluss BW-Defekt	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne temporären Verschluss eines Bauchwanddefektes	Neugeb. Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme oder ohne sig. OR-Prozedur oder ohne Beatmung > 120 Std., ohne bestimmte aufwendige OR-Prozeduren
24,512 94.002 €	22,677 86.965 €	8,149 31.251 €	5,385 20.651 €	3,222 12.356 €	2,631 10.090 €

OKKLUDERTHERAPIE: VORHOFSEPTUMDEFEKT

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2022

ICD-Kodierung erworbener Septumdefekte

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

ICD-Kodierung angeborener Septumdefekte (PFO)

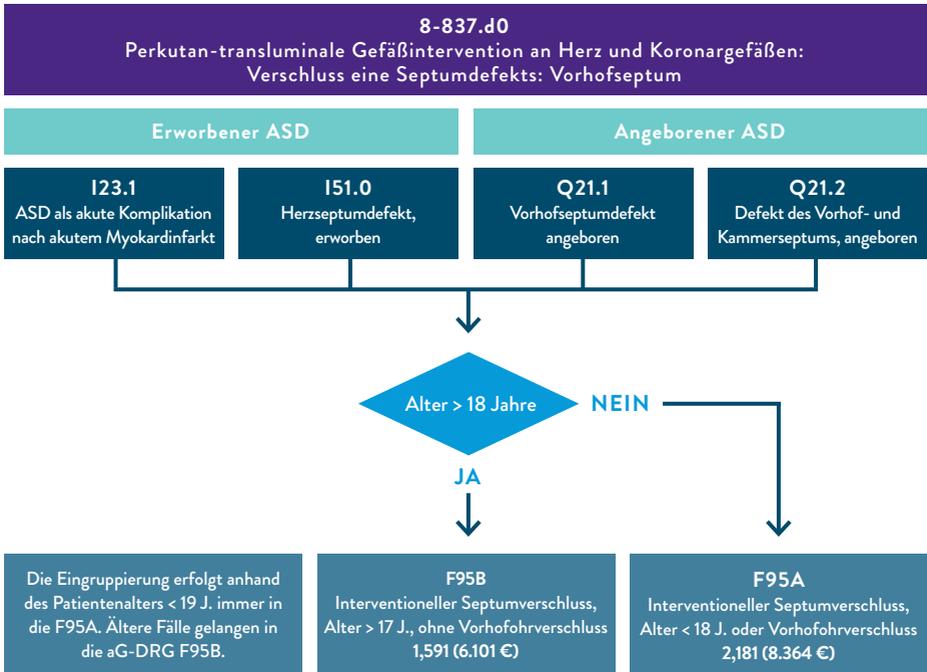
ICD	TEXT
Q21.1	Vorhofseptumdefekt
Q21.2	Defekt des Vorhof- und Kammerseptums

ICD-Kodierung angeborener Septumdefekte (PFO)

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

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

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



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

VORHOFUHR-VERSCHLUSS (LAA CLOSURE)

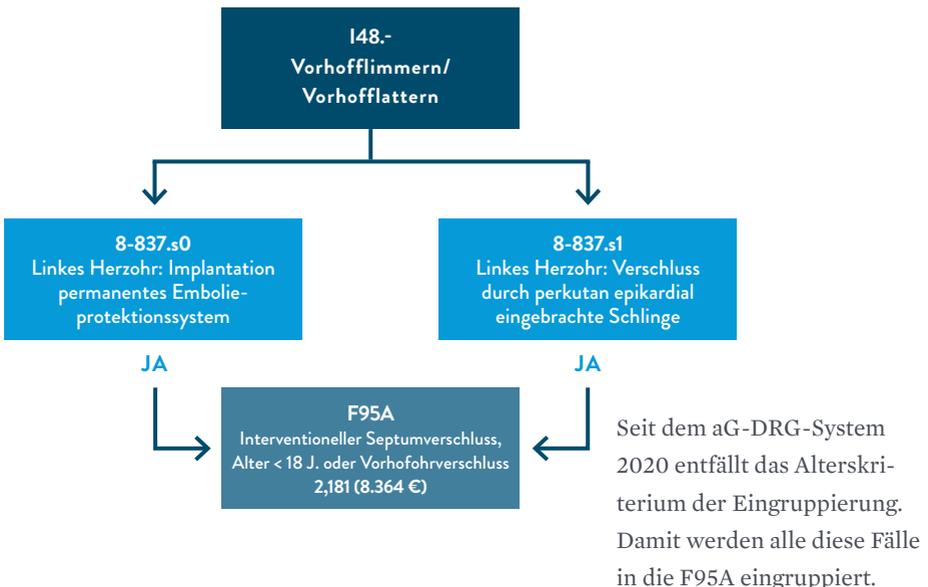
Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2022

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

Prozedurenkodierung OPS 2022

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

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



OKKLUDERTHERAPIE: VENTRIKELSEPTUMDEFEKT

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2022

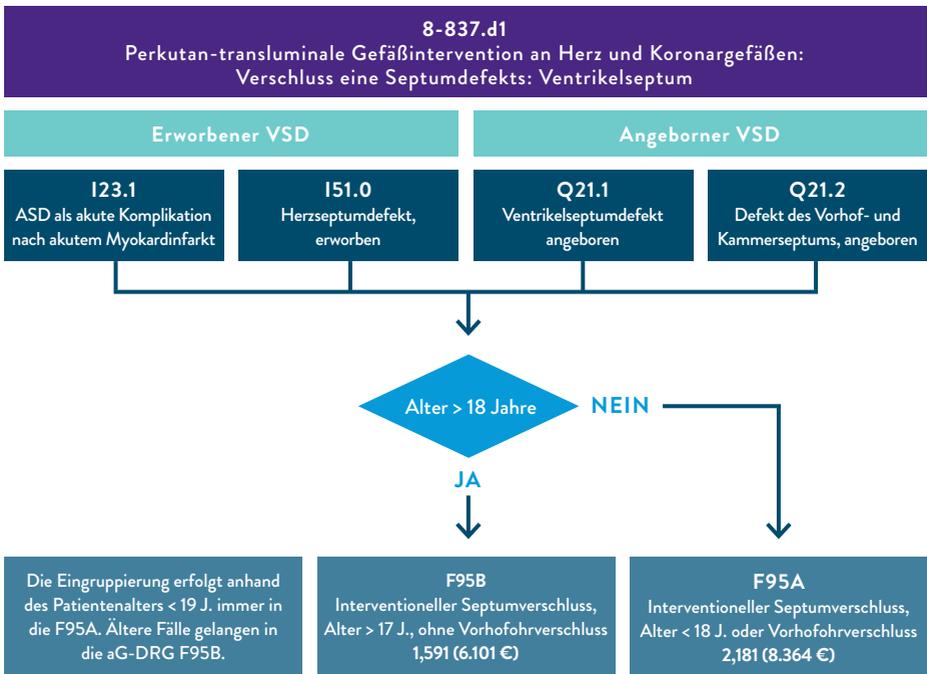
ICD	TEXT
I23.2	Ventrikelseptumdefekt als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt
I51.0	Herzseptumdefekt, erworben
Q21.0	Ventrikelseptumdefekt
Q21.2	Defekt des Vorhof- und Kammerseptums

Prozedurenkodierung OPS 2022

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

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

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



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

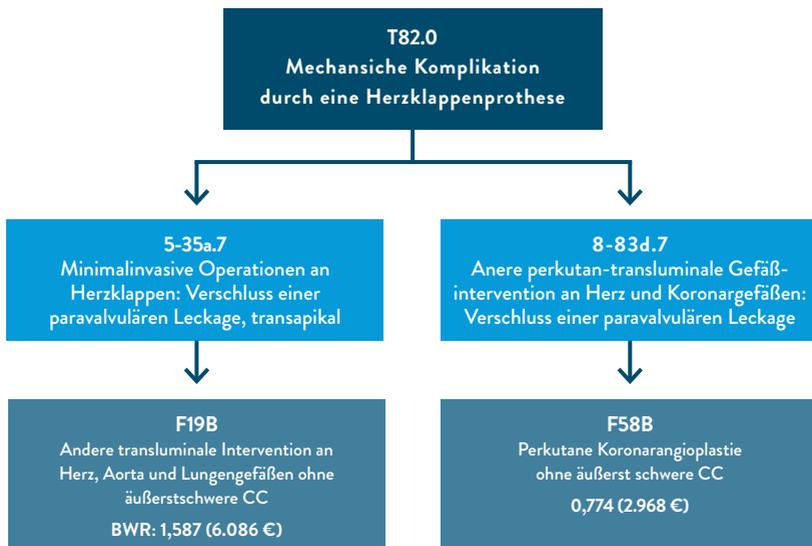
OKKLUDERTHERAPIE: PVL

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2022

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

Prozedurenkodierung

ICD	TEXT
5-35a.7	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Verschluss einer para-valvulären Leckage, transapikal. Hinw.: Die Verwendung von Okkludern ist gesondert zu kodieren (8-83b.r ff.)
8-83d.7	Verschluss einer paravalvulären Leckage. Hinw.: Die Verwendung von Okkludern ist gesondert zu kodieren (8-83b.r ff.)
8-83b.r	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Okkluders, Inkl.: Plug
8-83b.r0	1 Okkluder
8-83b.r1	2 Okkluder
8-83b.r2	3 oder mehr Okkluder



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

ANHANG: WICHTIGE AG-DRG-PAUSCHALEN UND IHRE KENNZAHLEN

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	Tag 1 Abschl.	Abschl./ Tag	Tag 1 Zuschl.	Zuschl./ Tag
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit bestimmter komplizierender Konstellation oder bestimmtem Zweifacheingriff	8,834	6	0,612	37	0,271
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Mehrfacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder bestimmter anderer komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie	7,11	5	0,506	32	0,242
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 J., IntK > 196 / 184 / - P. und IntK < 393 / 369 / - P., mit Zweifacheingriff od. bei angeborenem Herzfehler, mit kompl. Eingr. od. best. Herzklappeneingriff oder andere komplizierende Konstellation	5,85	4	0,526	29	0,22
F03D	Herzklappeneingriff mit HLM, Alter > 0 J., IntK < 197 / 185 / - P., mit Zweifacheingr. od. bei angeb. Herzfehler, oh. kompl. Eingr. oder Alter < 16 J. od. oh.Zweifacheingr., auß. bei angeb. Herzfehler, Alter > 15 J. mit Impl. klappentr. Gefäßprothese	4,633	3	0,45	24	0,212
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne Eingr. in tiefer Hypoth., IntK < 197 / 185 / - P., ohne Zweifacheingr., auß. bei Endokarditis, auß. b. angeb. Herzfehler, ohne Impl. klappentr. Gefäßpr.	3,823	3	0,364	19	0,205
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit best. kompliz. Konstellation od. kompl. Operation oder IntK > - / 368 / - P. oder Alter < 18 Jahre mit Reop. Herz od. Perikard oder and. kompliz. Konstellation, mit best. kompl. Eingriffen	6,667	4	0,648	30	0,275
F07B	And. Eingr. mit HLM, Alter < 1 J. od. mit best. kompl. Konst. od. IntK > -/368 / - P., oh. best. kompl. Eingr. od. Alter > 0 J., IntK < -/369 / - P., m. and. kompl. Eingr. mit Reop. Herz od. Perik. od. mit best. and. kompliz. Konst. od. mit best. Aortklers.	5,3	4	0,468	29	0,236
F07C	Andere Eingr. mit HLM, Alter > 0 J., IntK < - / 369 / - P. oder Alter > 17 J. od. ohne Reop. od. ohne and. kompliz. Konst., ohne and. kompl. Eingriffe od. ohne Reop. an Herz od. Perikard od. ohne best. and. kompliz. Konst. od. ohne best. Aortklers.	4,193	3	0,424	21	0,223

F19A	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC	3,156	3	0,41	26	0,092
F19B	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC	1,587	1	0,379	11	0,074
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff	13,892	11	0,85	53	0,288
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsystem. m. kompliz. Fakt., > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Eingr. od. > - / 552 / 552 P. m. best. Aortenstent od. minimalinv. Eingr. an mehrer. Herzkkl.	10,464	7	0,867	43	0,272
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > - / 552 / 552 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne bestimmten Aortenstent oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff	8,194	7	0,68	41	0,233
F95A	Interventioneller Septumverschluss, Alter < 18 Jahre oder Vorhofohrverschluss	2,181	1	0,465	11	0,07
F95B	Interventioneller Septumverschluss, Alter > 17 Jahre, ohne Vorhofohrverschluss	1,591	1	0,171	5	0,076
F98A	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 30 Jahre oder Implantation eines Wachstumsstents	7,254	4	0,362	27	0,09
F98B	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, mit sehr komplexem Eingriff	6,138	3	0,315	22	0,08
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	8,191	2	0,329	23	0,066

BERECHNUNG DES FALLERLÖSES UND BASISFALLWERT

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

Für die Beispiele in dieser Darstellung wird ein einheitlicher Basisfallwert herangezogen. Da aufgrund der für das Jahr 2022 geänderten Berechnungssystematik des Bundesbasisfallwertes dieser noch nicht veröffentlicht wurde, wird hier der Bundes-Basisfallwert für das Jahr 2022 zzgl. einer Erhöhung um die Veränderungsrate (2,32 %¹) angewandt (3.834,93 €)

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{Katalog-} \\ \text{Bewertungsrelation} \\ \hline \end{array} \times \begin{array}{|c|} \hline \text{Basisfallwert} \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \text{Fallerlös} \\ \hline \end{array}$$

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

GLOSSAR / ABKÜRZUNGEN

ABSCHL. / TAG

Abschlag pro Tag bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer

AK

Aortenklappe

AKE

Aortenklappenersatz

ASD

Atriumseptumdefekt (Vorhofseptumdefekt)

AWP

Aufwandpunkte

CAB

Koronararterien-Bypass

CC

Comorbidities and Complications (Berechnungsbasis für den PCCL-Wert)

DRG

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

ICD

International Classification of Diseases (Diagnoseklassifikationssystem)

IKB

Intensivmedizinische Komplexbehandlung

INTK

Intensivmedizinische Komplexbehandlung

KAT-BWR

Katalog-Bewertungsrelation

MDC

Major Diagnosis Category (Hauptdiagnosekategorie)

MK

Mitralklappe

MKE

Mitralklappenersatz

NUB

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode

OPS

Operationenschlüssel (Prozedurenklassifikationssystem)

PCCL

Patient Comorbidity and Complexity Level (Fallbezogener Schweregrad)

PVL

Paravalvuläre Leckage

TAG 1 ABSCHL.

Erster Tag mit Abschlag bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer

TAG 1 ZUSCHL.

Erster Tag mit Zuschlag bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer

TKE

Trikuspidalklappenersatz

VSD

Ventrikelseptumdefekt

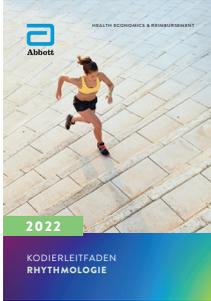
XENOTX

Xenotransplantat

ZUSCHL. / TAG

Zuschlag pro Tag bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer

DAS KÖNNTE SIE AUCH INTERESSIEREN



Kodierleitfaden
Rhythmologie



Kodierleitfaden
Neurostimulation



Kodierleitfaden
Gefäßintervention – PTA



Kodierleitfaden
Koronarintervention – PCI

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

Weitere Informationen und Kodierhinweise finden Sie unter:

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

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).

Quellen:

- <https://www.aok.de/gp/verwaltung/landesbasisfallwerte/orientierungs-und-veraenderungswert>
- <https://www.dimdi.de/dynamic/.downloads/klassifikationen/icd-10-gm/version2022/icd10gm2022syst-pdf.zip>
- <https://www.dimdi.de/dynamic/.downloads/klassifikationen/ops/version2022/ops2022syst-pdf.zip>
- https://www.g-drg.de/aG-DRG-System_2022/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2022

WIR FÜR SIE



DR. CHRISTOPH RATH

Manager DACH

Health Economics & Reimbursement

Mobil: +49 170 - 33 39 519



JANNIS RADELEFF

Senior Manager DACH

Health Economics & Reimbursement

Telefon: +49 (0) 6196 7711-144

IHR ANSPRECHPARTNER

Abbott Medical GmbH

Schanzenfeldstrasse 2

35578 Wetzlar

Tel: +49 6441 87075 0

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

Hierin enthaltene Informationen sind ausschließlich zur Veröffentlichung in Deutschland bestimmt.

Alle Illustrationen sind künstlerische Darstellungen und sollten nicht als technische Zeichnungen oder Fotografien angesehen werden. Archivierung der Daten und Fotoaufnahmen durch Abbott Medical.

Abbott Medical

Abbott Medical GmbH | Schanzenfeldstr. 2 | D-35578 Wetzlar | Tel. +49 6441 87075 0

TM kennzeichnet eine Marke der Abbott Unternehmensgruppe.

www.cardiovascular.abbott

© 2022 Abbott. Alle Rechte vorbehalten. MAT-2200586 v2.0
HE&R, nur für nicht werbliche Zwecke zugelassen.

