



HEALTH ECONOMICS & REIMBURSEMENT

2024

KODIERHILFE
STRUCTURAL HEART

11. AUFLAGE

UNSERE MISSION

Leben Sie nicht einfach nur länger, sondern besser

„Wir von Abbott helfen Menschen, ihr Leben dank einer guten Gesundheit in vollen Zügen zu genießen. Wir arbeiten daran, die Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verbessern und entwickeln weltweit Nahrungsprodukte für Menschen allen Alters. Wir liefern Informationen, die es ermöglichen, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, entwickeln bahnbrechende medizinische Innovationen und arbeiten Tag für Tag an neuen Möglichkeiten, das Leben noch besser zu gestalten.“

UNSER ANLIEGEN

Wir möchten Sie bei Ihrer täglichen Arbeit unterstützen

„Die Abteilung Health Economics und Reimbursement (HE&R) arbeitet jeden Tag daran, den Zugang der Patient:innen zu lebensverbessernden Abbott-Technologien zu gewährleisten und als Teil eines weltweit führenden Unternehmens den Mehrwert für die Patient:innen zu erhöhen und eine Kostenerstattung zu erreichen.“



INHALT

Allgemeine Veränderung für das aG-DRG-System 2024	5
Krankenhaustransparenzgesetz und Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz	5
Qualitätskriterien der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen	6
Ambulantisierung bisher stationärer Leistungen	9
Kodierung im G-DRG-System 2024	10
Wichtige Änderungen im Bereich „Structural Heart“	13
Aortenklappe: Chirurgischer Ersatz	14
Aortenklappe: Transkatheter Ersatz	19
Mitralklappe: Chirurgischer Ersatz	21
Mitralklappe: Chirurgische Rekonstruktion	24
Mitralklappe: Transkatheter Ersatz	27
Mitralklappe: Transkatheter Rekonstruktion	29
Trikuspidalklappe: Chirurgische Rekonstruktion	31
Trikuspidalklappe: Transkatheter Rekonstruktion	33
Übersicht minimalinvasive Eingriffe an den Herzklappen 2024	36
Kombinierte Minimalinvasive Eingriffe an den Herzklappen	38
Okkludertherapie: Persistierender Ductus Arteriosus	40
Okkludertherapie: Vorhofseptumdefekt	42
Vorhofrohr-Verschluss (LAA Closure)	44
Okkludertherapie: Ventrikelseptumdefekt	45
Okkludertherapie: PVL	46

ANHANG

Wichtige aG-DRG-Pauschalen und ihre Kennzahlen	48
Berechnung des Fallerlöses und Basisfallwert	50
Glossar/ Abkürzungen	51
Quellen	53
Das könnte Sie auch interessieren	54
Wir für Sie	55

ALLGEMEINE VERÄNDERUNG FÜR DAS AG-DRG-SYSTEM 2024

Krankenhaustransparenzgesetz und Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

Derzeit liegt ein erster Entwurf des Bundesgesundheitsministeriums für ein Gesetz zur Krankenhausreform „Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz“ (KHVVG) vor. Der Entwurf skizziert die möglichen Änderungen im Rahmen der Krankenhausreform.

Die Reformpläne sehen bundeseinheitliche Mindestanforderungen vor, die Krankenhäuser erfüllen müssen, um einen Versorgungsauftrag zu erhalten. Die Vergütung soll sich nach Leistungsgruppen richten, die von den Planungsbehörden der Länder zugewiesen werden. Diese Gruppen ersetzen die bisherige Fachabteilungsstruktur und sollen eine präzisere Krankenhausplanung ermöglichen. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) legt die Leistungsgruppen und Qualitätskriterien in vier Bereichen fest: 1. Erbringung verwandter LG (am Standort oder in Kooperation), 2. Vorhaltung Geräte, 3. Fachärztliche Qualifikation, 4. Fachärztliche Verfügbarkeit.

Medizinische Dienste sollen die Einhaltung der Qualitätskriterien prüfen und die Zertifizierung durch den Medizinischen Dienst gilt in der Regel zwei Jahre.

Dabei ist zu beachten, dass insbesondere die personellen Anforderungen an die Zuteilung von Leistungsgruppen nicht unerheblich und von vielen Kliniken, welche seit langen Jahren an der Leistungserbringung im entsprechenden Fach beteiligt sind, nicht oder doch zumindest nicht konstant erfüllt werden können. Damit wären diese Kliniken zukünftig von der Leistungserbringung ausgeschlossen.

Auch wenn für die bundesweiten Leistungsgruppen aktuell noch keine Definitionen vorliegen, ist davon auszugehen, dass eine enge Orientierung an den aus NRW bekannten Vorgaben zumindest in der Anfangsphase der Umsetzung existieren wird. Beispielhaft sollen die Anforderungen in nachfolgender Tabelle dargestellt werden¹⁾.

Qualitätskriterien der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen								
Leistungsgruppe		1. Erbringung verwandter LG				2. Vorhaltung Geräte	3. Fachärztliche Qualifikation	4. Fachärztliche Verfügbarkeit
		Standort	Kooperation					
Minimalinvasive Herzklappenintervention	Mindestvoraussetzung	LB Herzchirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin hochkomplex LG Interventionelle Kardiologie	LG Allgemeine Chirurgie LG EPU/Ablation			Katheterlabor und herzchirurgischer OP oder Hybrid-OP	FA Herzchirurgie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7
	Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie						
Herzchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin hochkomplex LG Interventionelle Kardiologie	LG Allgemeine Chirurgie			Katheterlabor, Echo, EKG, Doppler- /Duplex, DSA, Rö, CT 24/7, Telerad Bef. mögl., HLM	FA Herzchirurgie	5 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7
	Auswahlkriterium	LB Gefäßmedizin LG Herz-Tx				Hybrid-OP, ECMO		
Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche	Mindestvoraussetzung	Die Qualitätsvorgaben orientieren sich an den Vorgaben der G-BA-Richtlinie zur Kinderherzchirurgie (KiHE-RL), in der Fassung vom 8. Februar 2001, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 89a vom 8. Juni 2001; zuletzt geändert am 16. Dezember 2021, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 10.03.2022 B2) in Kraft getreten am 1. Januar 2022. Die personellen Vorgaben richten sich zusätzlich nach der derzeit geltenden Fassung der PpUGV.						

So müssen für die Erfüllung der Kriterien der interventionellen Kardiologie immerhin fünf Vollzeitäquivalente aus dem fachärztlichen Bereich vorgehalten werden. Inwieweit diese Mindestvoraussetzungen die Krankenhauslandschaft verändern werden, bleibt abzuwarten. Neben den Mindestvoraussetzungen finden sich in Qualitätskriterien auch noch sogenannte Auswahlkriterien. Diese kommen dann zur Anwendung, wenn sich mehrere Kliniken in einem Planungsgebiet um dieselbe Leistungsgruppe beworben haben, aus planerischen Gründen aber nur ein Teil der Kliniken den Zuschlag erhalten soll.

Das BMG strebt dabei durch einheitliche Qualitätskriterien eine Entbürokratisierung an, indem komplexe Einzeldokumentationen durch Strukturprüfungen ersetzt werden sollen. Wie die Umsetzung in der Praxis ausschauen wird, muss sich dabei noch zeigen. Bei den OPS-Strukturprüfungen nach § 275d SGB V ist der administrative Aufwand der MD-Prüfungen zum Beispiel erheblich und bindet zusätzliches Personal außerhalb der Patientenversorgung.

Eine weitere Säule der Krankenhausreform stellt die sogenannte Vorhaltevergütung dar. Die Vorhaltevergütung, eine neue Finanzierungssäule, wird ab 2027 allmählich im Rahmen einer Konvergenzphase budgetwirksam und soll bis zu 60 Prozent der Vergütung ausmachen. Dabei liegt der Planung der Gedanke zugrunde, dass eine reine Vergütung nach der behandelten Fallzahl einen Fehlanreiz zur Leistungssteigerung im Krankenhaus setze, in Kliniken demzufolge also Patienten ohne medizinischen Grund oder doch zumindest mit fraglicher Indikation stationären Behandlungen zugeführt würden. Inwieweit dieser Vorwurf einer Prüfung tatsächlicher Vorgehensweisen von Krankenhäusern standhielte, bleibt dabei offen.

Diesem Gedanken folgend sollen nun zukünftig erhebliche Anteile der Vergütung nicht mehr anhand behandelter Fälle im Rahmen der DRG-Systematik und -Abrechnung realisiert, sondern anhand der an der Klinik vorgehaltenen Leistungsgruppen zugewiesen werden. Der exakte Mechanismus ist komplex und derzeit auch noch nicht abschließend definiert. Die Kalkulation der Vorhaltekosten obliegt einmal mehr dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Die auszugliedernden Vorhaltekosten sind nach aktuellem Stand vorab um die variablen Sachkosten zu vermindern, wobei hier insbesondere Sachkosten-lastige Leistungen betroffen sein werden. Die Änderungen sollen erstmals bei der Fallpauschalenvereinbarung für das Jahr 2025

berücksichtigt werden, sodass auch dann erstmalig Vorhaltebewertungsrelationen im Entgeltkatalog für das Jahr 2025 auszuweisen sind.

Explizit ist darauf hinzuweisen, dass die nicht über die Vorhaltevergütung finanzierten ca. 40 % der Erlöse weiterhin über die bekannten Algorithmen und Regelungen des DRG-Systems vergütet werden. Damit bleiben Dokumentation, Kodierung und stationäre Fallabrechnung auch künftig von hoher Bedeutung für den Klinik-Erlös. Es ist davon auszugehen, dass die geplanten Änderungen den bisher bekannten Herausforderungen der stationären Abrechnung neue und zusätzliche Anforderungen zur Seite stellen werden, ohne dass aus der bisherigen Diskussion mit Krankenkassen und MDs um die korrekte Abrechnung von Leistungen Druck entweichen wird. Insofern bleiben die nachfolgend dargestellten Aspekte der Kodierung unvermindert für das Jahr 2024, letztlich aber auch darüber hinaus, von erheblicher Bedeutung.

Ambulantisierung bisher stationärer Leistungen

Mit dem MDK-Reformgesetz wurden die Partner der Selbstverwaltung aufgefordert, zur Optimierung der Verlagerung bisher stationär erbrachter Leistungen in den ambulanten Sektor, ein externes Gutachten zu vergeben. Den Zuschlag erhielt in der weiteren Folge das IGES, welches seine Ergebnisse im April 2022 veröffentlicht hat.

Ende Dezember 2022 erfolgte die erstmalige Umsetzung des Gutachtens durch die Selbstverwaltung. Dabei sind die bisher bekannten Kategorien 1 und 2 weggefallen und wurden durch die im Weiteren noch kurz skizzierte Kontextprüfung ersetzt. Viele der im IGES-Gutachten benannten ambulant erbringbaren Leistungen fanden auch in der Umsetzung des Gutachtens für das Jahr 2024 keinen Einzug in den Katalog. Während das IGES Einschlusskriterien für die Bewertung von Leistungen als ambulantes Potenzial auch auf Ebene der DRG-Pauschalen definiert hatte, bleibt es für die Auflistung von ambulant erbringbaren Leistungen weiterhin bei einer reinen OPS-Selektion, welche für 2024 in die bekannten Abschnitte 1 bis 3 gegliedert ist.

Die bereits angesprochene und an die Stelle der Kategorien tretende Kontextprüfung verläuft vereinfacht dargestellt so, dass zunächst auf der Ebene von OPS-Kodes Fälle identifiziert werden, welche zum ambulanten Potenzial gerechnet werden. In weiteren Schritten wird dann geprüft, ob OPS-Kodes oder andere Kriterien, wie auch Nebendiagnosen im Fall kodiert worden sind, welche dann in den Ausschlusskriterien der tabel-

larischen Auflistungen der Selbstverwaltung aufzufinden sind. Dabei weicht die Selbstverwaltung in einigen Bereichen von den Ergebnissen des IGES ab und führt z. B. auch höhere Pflegegrade und Funktionseinschränkungen als stationäre Begründungen an.

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

KODIERUNG IM G-DRG-SYSTEM

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 früher 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 2024 zur Anwendung, welche für viele Standard- und Ausnahmesituationen die Kodierung regeln. Der korrekten Wahl der Hauptdiagnose kommt im G-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 Nierenerkrankung als vorbestehende Erkrankungen ebenso in Betracht, wie eine während des Aufenthaltes eingetretene Pneumonie oder Thrombose. Voraussetzung für die Kodier-

fähigkeit 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 G-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 Fall-

pauschalen 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).

Die Regeln für die Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen sind jährlichen Änderungen unterworfen. Auch für das Jahr 2024 finden sich wieder Anpassungen der Klassifikationssysteme ICD und OPS sowie Überarbeitungen der DRG-Systematik.

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.

Zum Jahreswechsel 2023/24 liegt noch kein aktueller Bundesbasisfallwert vor. Für die Gruppierungsbeispiele dieser Kodierhilfe werden Fälle des Jahres 2023 immer mit dem in diesem Jahr gültigen Bundesbasisfallwert bewertet. Dieser beläuft sich auf 4.000,71 €. Für das Jahr 2024 erfolgt behelfsweise eine Berechnung mit einem Basisfallwert, welcher durch eine Erhöhung des Wertes aus 2023 um die 5,13% des verhandelten Veränderungswertes 2024²⁾ ermittelt wurde und somit bei 4.205,95 € liegt. Es ist davon auszugehen, dass der endgültige Wert hiervon leicht abweichen wird, da mit der Umstellung der Berechnung die automatische Anwendung des Veränderungswertes auf den Bundesbasisfallwert aufgehoben wurde.

WICHTIGE ÄNDERUNGEN 2024 IM BEREICH „STRUCTURAL HEART“

Abwertung nahtfixierter Herzklappen in der Basis-DRG F03

Bereits seit Jahren ist die Vergütung nahtfixierter Herzklappen im Vergleich zu nahtfreien Klappen Gegenstand von Anpassungsvorschlägen beim InEK. Für das Jahr 2024 erfolgt jetzt eine Gleichbewertung der beiden Klappenarten

OPS	BEZEICHNUNG
5-351.06	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch ballonexpandierendes XenoTx, mit Fixierungsnähten
5-352.07	Wechsel von Herzklappenprothesen: Aortenklappe: Xenotransplantat/ Kunstprothese Durch ballonexpandierendes XenoTx, mit Fixierungsnähten

Bisher wurden Kombinationseingriffe von Venenbypässen in Kombination mit nahtfixiertem Aortenklappenersatz in die DRG F03B eingruppiert, während die nahtfreien Klappen in die F03C gelangten. Mit dem System 2024 werden beide Klappenarten in die F03C gruppiert.

5-351.06 Ersatz Aortenkl.: Durch ballonexpandierendes XenoTx, mit Fixierungsnähten



AORTENKLAPPE: CHIRURGISCHER ERSATZ

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2024³⁾

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 2024⁴⁾

OPS	ERSATZ VON HERZKLAPPEN DURCH PROTHESE: AORTENKLAPPE:
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 mit klappentragender Gefäßprothese
5-351.08	Durch Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese
5-351.09	Durch Xenotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese
5-351.0a	Durch Kunstprothese mit klappentragender Gefäßprothese
5-351.0b	Durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat (Ross-Op)
5-351.0c	Durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungoplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Op)
5-351.0d	Durch Autotransplantat und dezellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese (Ross-Op)
5-351.0e	Durch Autotransplantat und dezellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese mit Erweiterungoplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Op)
5-351.0x	Sonstige

ERWORBENER KLAPPENFEHLER

OPS	WECHSEL VON HERZKLAPPENPROTHESEN: AORTENKLAPPE
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 Kunstprothese mit klappentragender Gefäßprothese
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 mit klappentragender Gefäßprothese
5-352.09	Dezellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese durch dezellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese
5-352.0a	Xenotransplantat/Kunstprothese durch Xenotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese
5-352.0b	Xenotransplantat/Kunstprothese durch Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese
5-352.0x	Sonstige

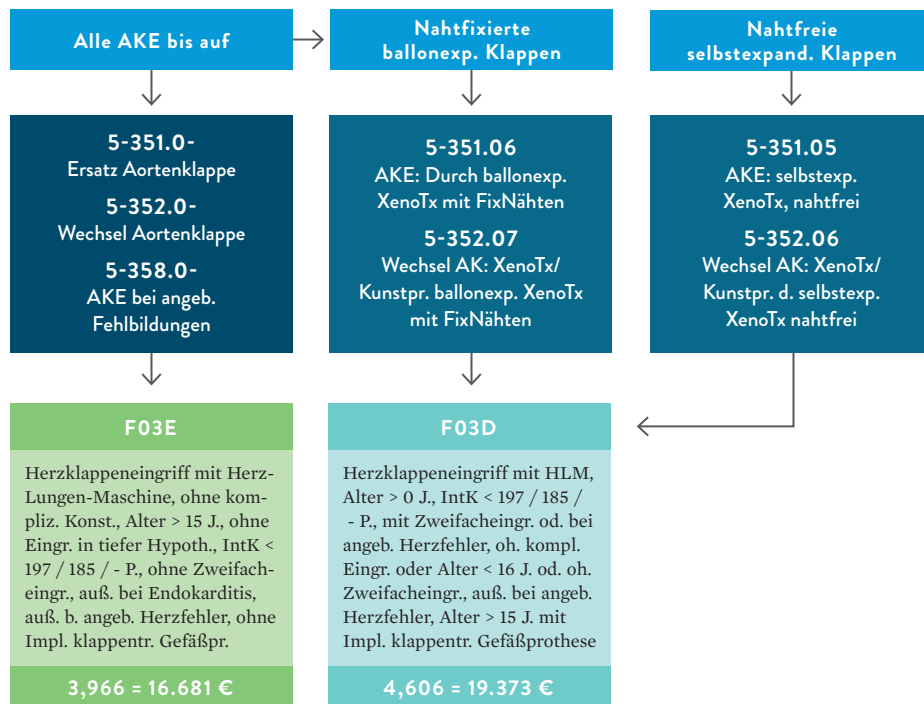
KLAPPENWECHSEL

OPS	OPERATIONEN BEI KONGENITALEN KLAPPENANOMALIEN DES HERZENS: AORTENKLAPPE
5-358.00	Klappenrekonstruktion
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
5-358.06	Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat (Ross-Op)
5-358.07	Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungoplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Op)
5-358.08	Valvulotomie, offen chirurgisch
5-358.09	Klappenersatz durch dezellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese
5-358.0a	Klappenersatz durch Xenotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese
5-358.0b	Klappenersatz durch Kunstprothese mit klappentragender Gefäßprothese
5-358.0c	Klappenersatz durch Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese
5-358.0d	Klappenersatz durch Autotransplantat und dezellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese (Ross-Op)
5-358.0e	Klappenersatz durch Autotransplantat und dezellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese mit Erweiterungoplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens
5-358.0x	Sonstige

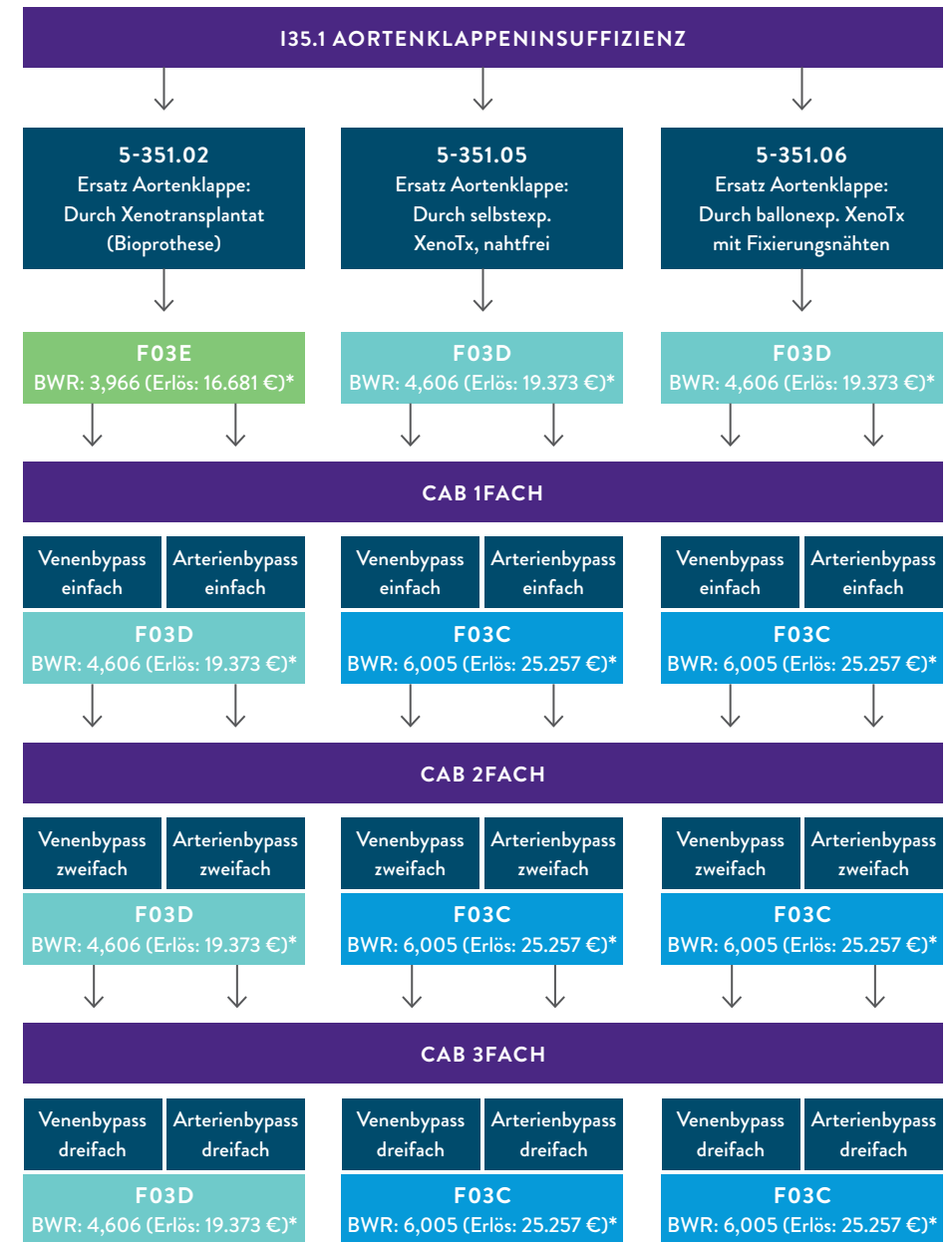
ANGEBORENER KLAPPENFEHLER

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

Offen chirurgischer Eingriff⁵⁾



Sonderfall nahtfixierte Klappen

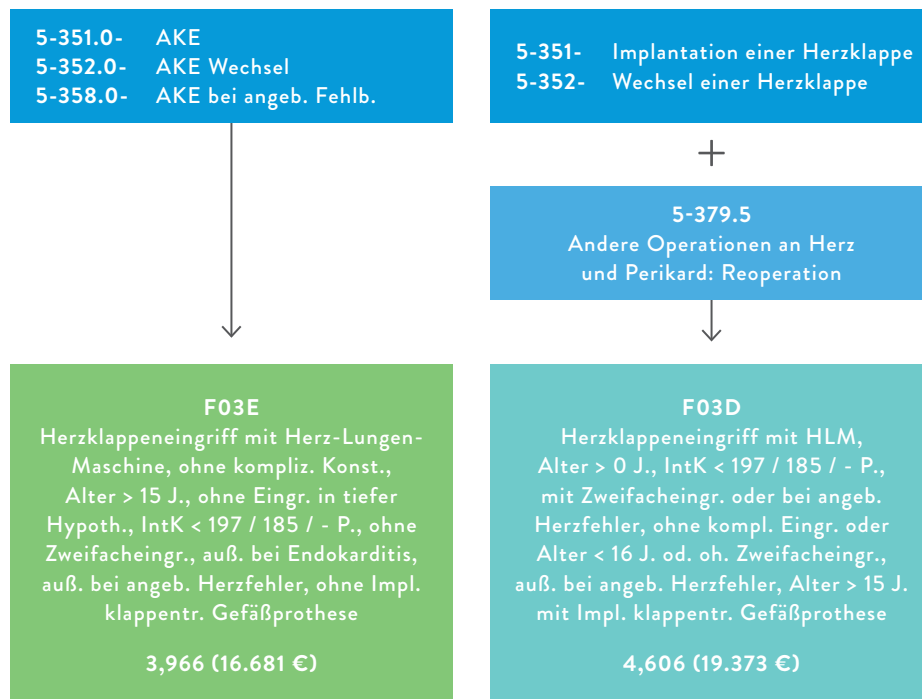


*Berechnet mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2024: 4.205,95 € (Basisfallwert 2023 + 5,13% Veränderungsrate)

Hier findet sich, wie bereits bei den Änderungen dargestellt, für das aG-DRG-System 2024 eine Abwertung der Kombination von nahtfixierten Klappen und Venenbypässen.

Damit werden nahtfreie und nahtfixierte Klappen weiterhin höher vergütet als „normale“ Herzklappenprothesen. Dieser Umstand ist aufgrund der höheren Kosten der Implantate auch nachvollziehbar. Eine Erlösdifferenz zwischen nahtfreien und nahtfixierten Klappen besteht im Fall des Kombinationseingriffs und auch sonst mit dem DRG-System 2024 nicht mehr.

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 2024

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.

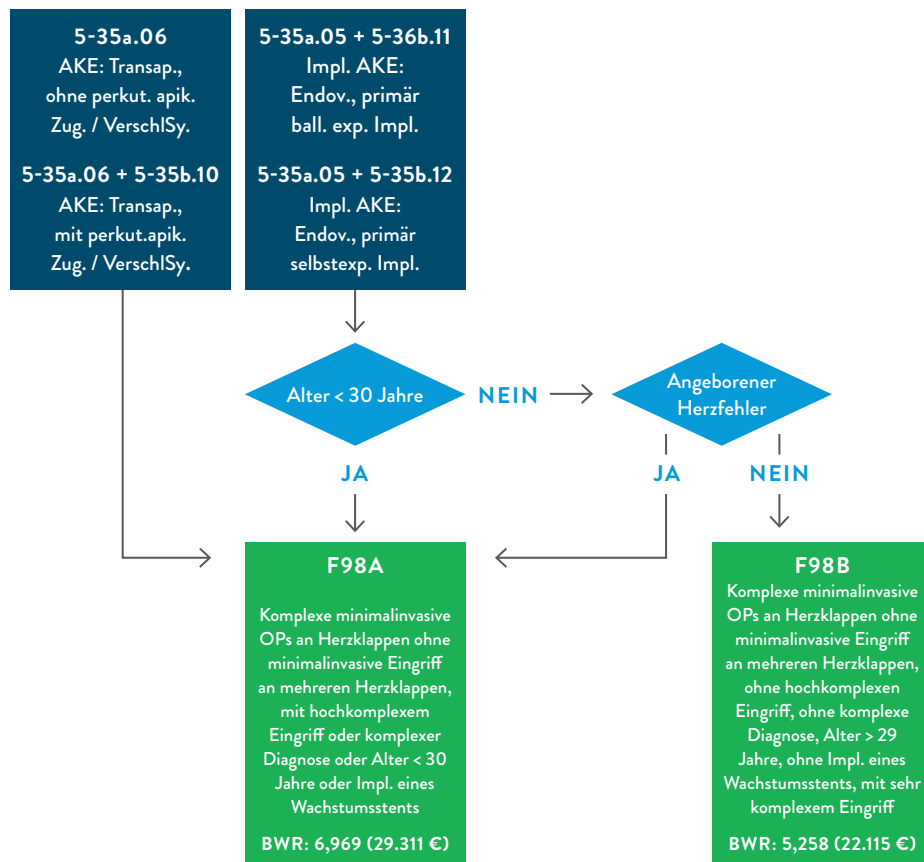
ICD	ICD-TEXT
I06.0	Rheumatische Aortenklappenstenose
I06.1	Rheumatische Aortenklappeninsuffizienz
I06.2	Rheumatische Aortenklappenstenose mit Insuffizienz
I06.8	Sonstige rheumatische Aortenklappenkrankheiten
I35.1	Aortenklappeninsuffizienz
I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz
Q23.0	Angeborene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

Prozedurenkodierung OPS 2024

MINIMALIVASIVER AORTENKLAPPENERSATZ		ZUSATZKODIERUNG	
5-35a.06	Transapikal		Kein Zusatzcode
5-35a.06	Transapikal	+	5-35b.10 Anwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystemes
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 2024

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

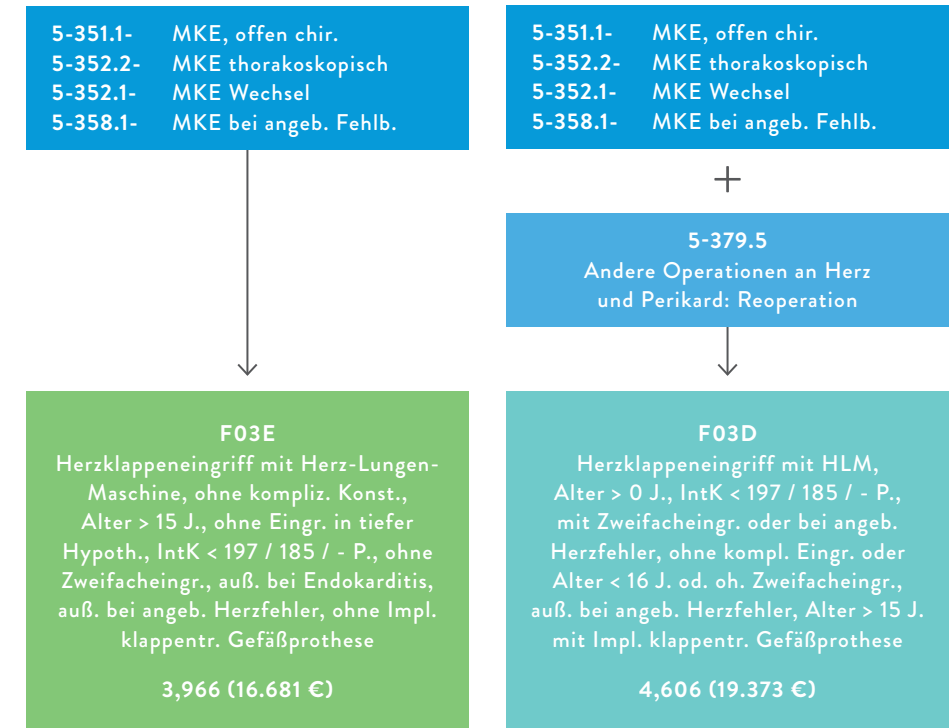
Prozedurenkodierung OPS 2024

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

OPS	OPERATIONEN BEI KONGENITALEN KLAPPENANOMALIEN DES HERZENS: MITRALKLAPPE	KLAPPENWECHSEL
5-352.10	Xenotransplantat durch Kunstprothese	
5-352.11	Kunstprothese durch Xenotransplantat	
5-352.12	Kunstprothese durch Kunstprothese	
5-352.13	Xenotransplantat durch Xenotransplantat	
5-352.1x	Sonstige	

OPS	WECHSEL VON HERZKLAPPENPROTHESEN: MITRALKLAPPE	ANGEBORENER KLAPPENFEHLER
5-358.10	Klappenrekonstruktion	
5-358.11	Klappenersatz durch Allotransplantat	
5-358.12	Klappenersatz durch Xenotransplantat (Bioprothese)	
5-358.13	Klappenersatz durch Xenotransplantat, stentless	
5-358.14	Klappenersatz durch Kunstprothese	
5-358.18	Valvulotomie, offen chirurgisch	
5-358.1a	Klappenersatz durch Xenotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese	
5-358.1b	Klappenersatz durch Kunstprothese mit klappentragender Gefäßprothese	
5-358.1c	Klappenersatz durch Allotransplantat mit klappentr. Gefäßprothese	
5-358.1x	Sonstige	

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



MITRALKLAPPE: CHIRURGISCHE REKONSTRUKTION

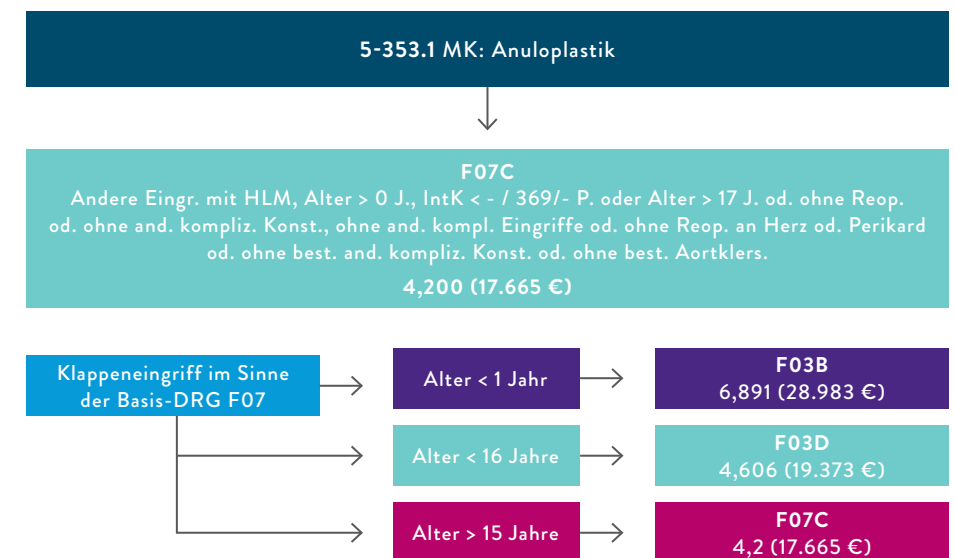
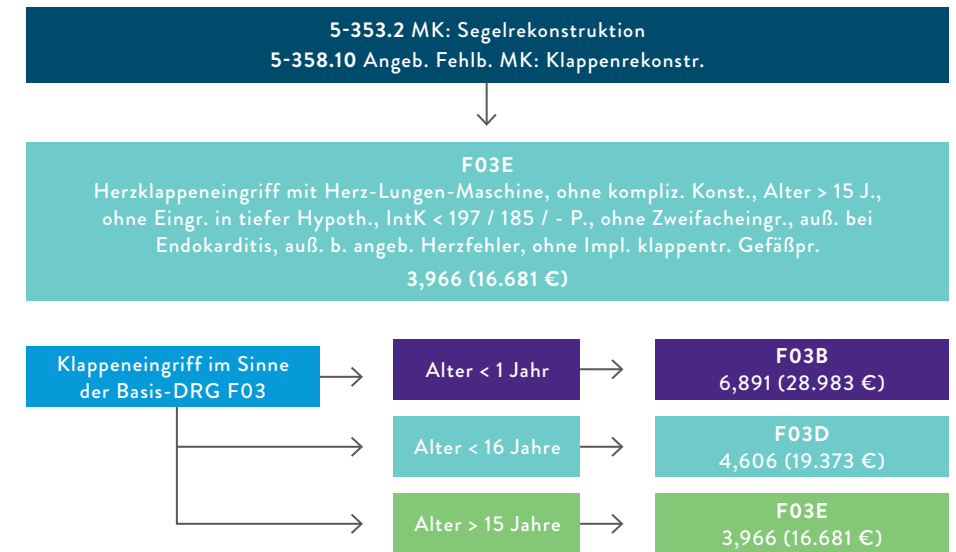
Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2024

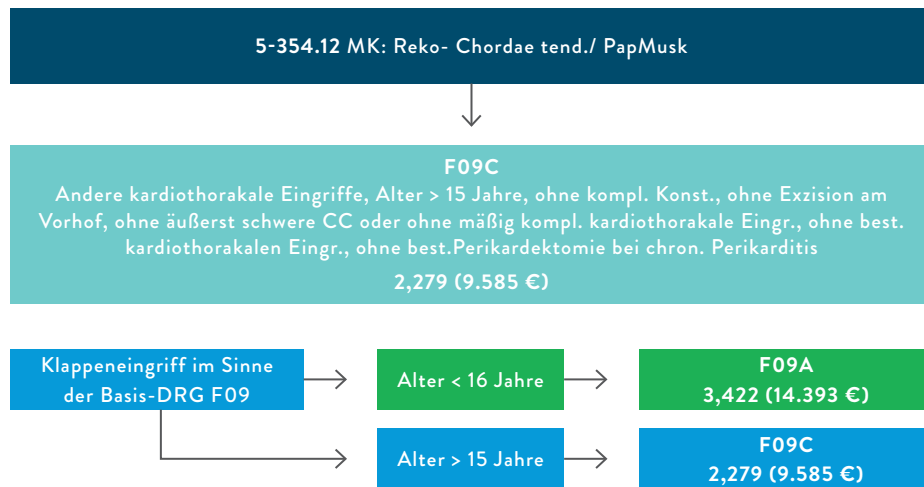
ICD	TEXT
I05.0	Mitralklappenstenose
I05.1	Rheumatische Mitralklappeninsuffizienz
I05.2	Mitralklappenstenose mit Insuffizienz
I34.0	Mitralklappeninsuffizienz
I34.1	Mitralklappenprolaps
I34.2	Nicht-rheumatische Mitralklappenstenose
I34.80	Nicht-rheumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz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

Prozedurenkodierung OPS 2024

OPS	TEXT
5-353.1	Valvuloplastik: Mitralklappe, Anuloplastik
5-353.2	Valvuloplastik: Mitralklappe, Segelrekonstruktion
5-354.12	Andere Operationen an Herzklappen: Mitralklappe: Rekonstruktion Chordae tendineae und/oder Papillarmuskeln
5-358.10	Mitralklappe: Klappenrekonstruktion

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle





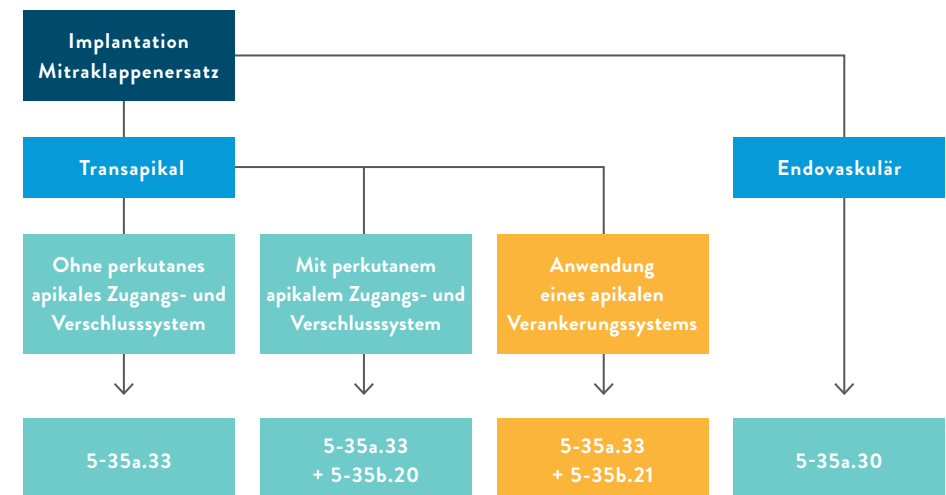
Dabei ist zu beachten, dass die Zugangskriterien für die Basis-DRG F07 für das DRG-Jahr 2024 weiter deutlich reduziert wurden. Bestimmte rekonstruktive Eingriffe gelangen daher nur noch in die Basis-DRG F09.

MITRALKLAPPE: TRANSKATHETER ERSATZ

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2024

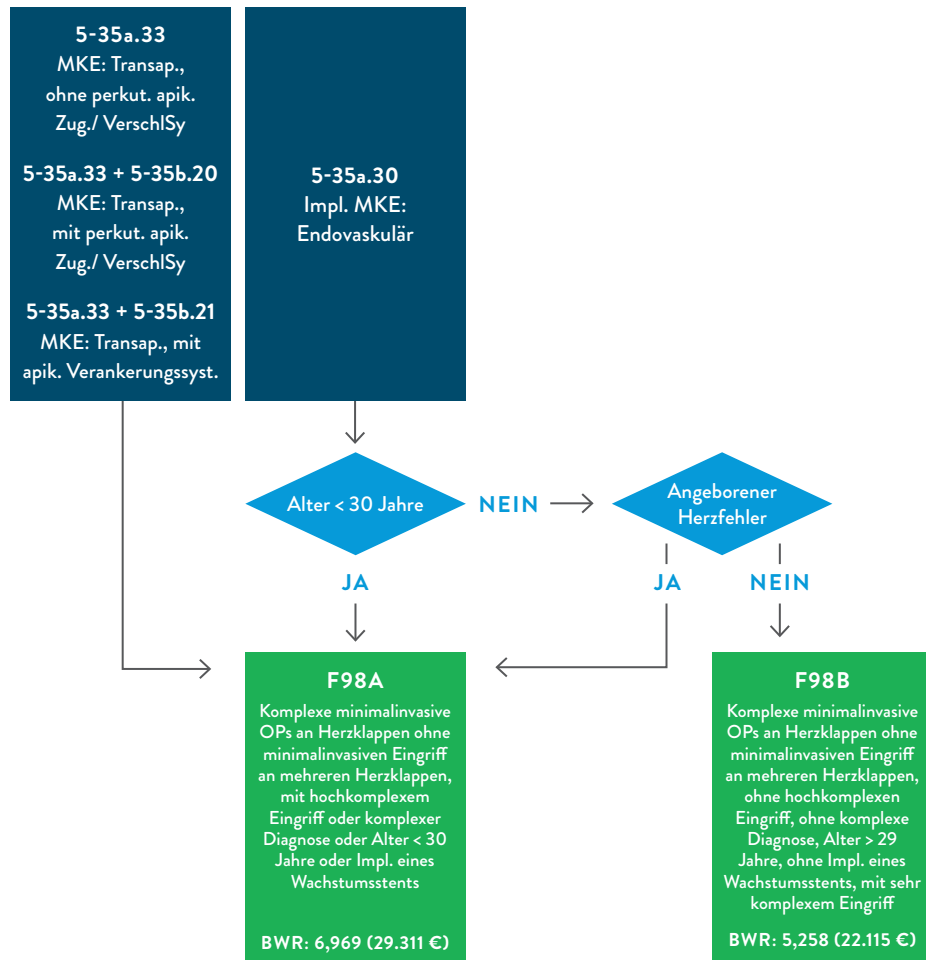
ICD	TEXT
I05.0	Mitralklappenstenose
I05.1	Rheumatische Mitralklappeninsuffizienz
I05.2	Mitralklappenstenose mit Insuffizienz
I34.0	Mitralklappeninsuffizienz
I34.1	Mitralklappenprolaps
I34.2	Nicht-rheumatische Mitralklappenstenose
I34.80	Nicht-rheumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz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

Prozedurenkodierung OPS 2024



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

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle

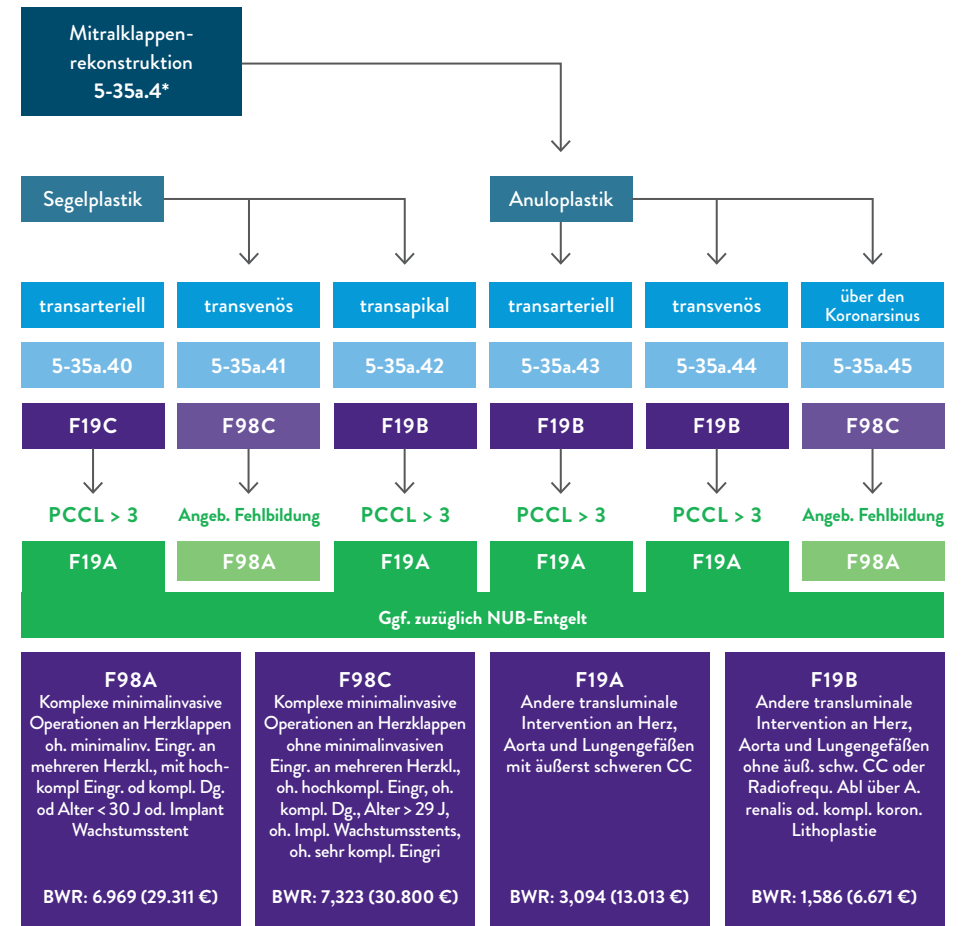


MITRALKLAPPE: TRANSKATHETER REKONSTRUKTION

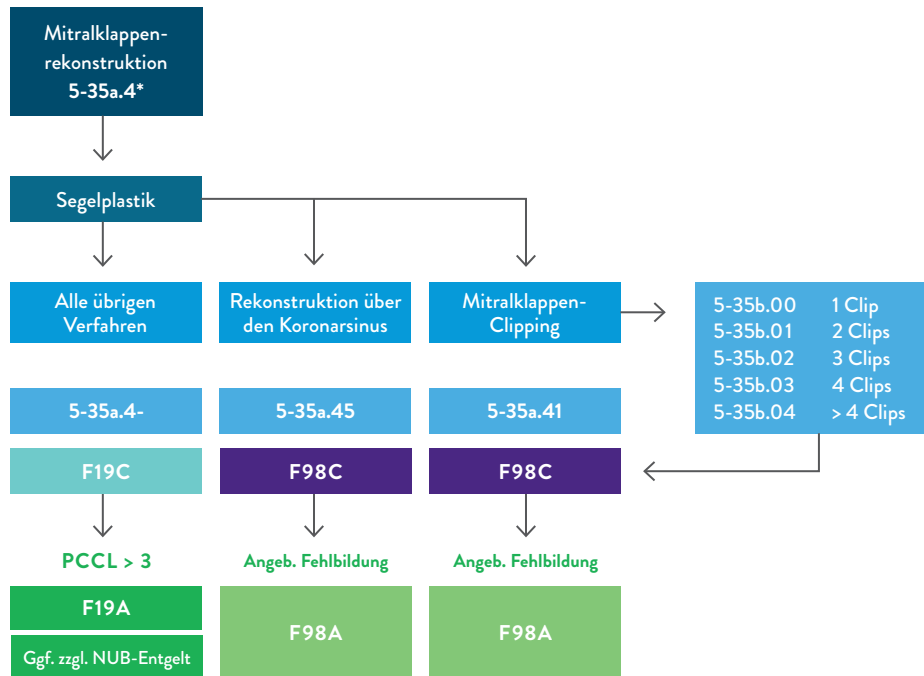
Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2024

siehe Diagnosekodierung Seite 27

Gruppierungsalgorithmus MK-Rekonstruktion



Sonderfall Mitralklappenrekonstruktion



TRIKUSPIDALKLAPPE: CHIRURGISCHE REKONSTRUKTION

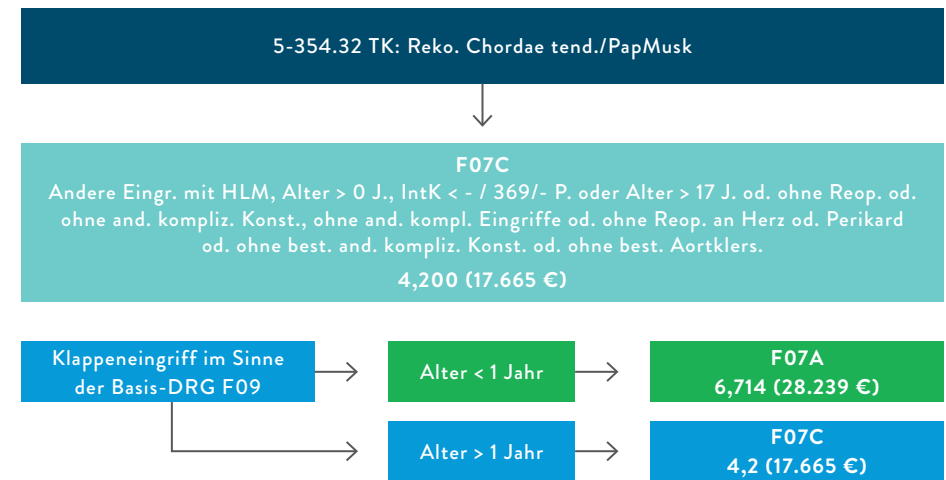
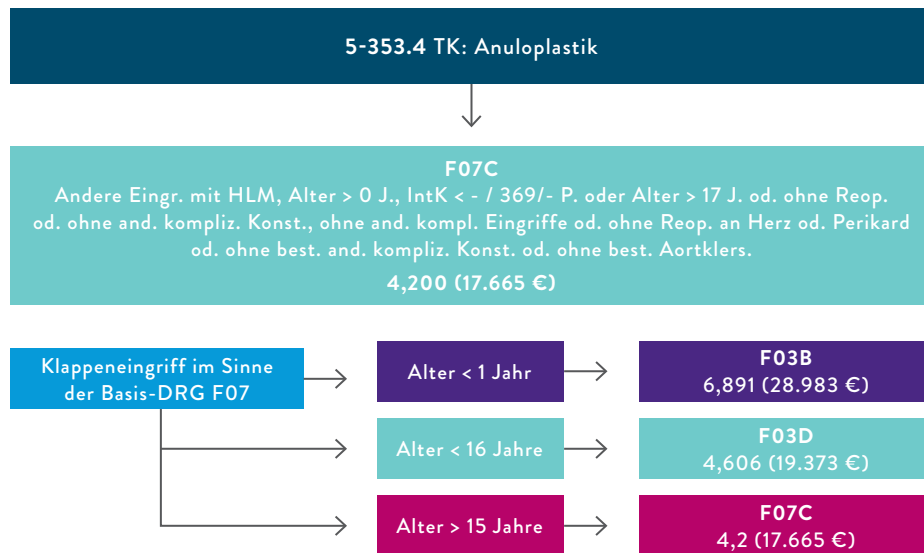
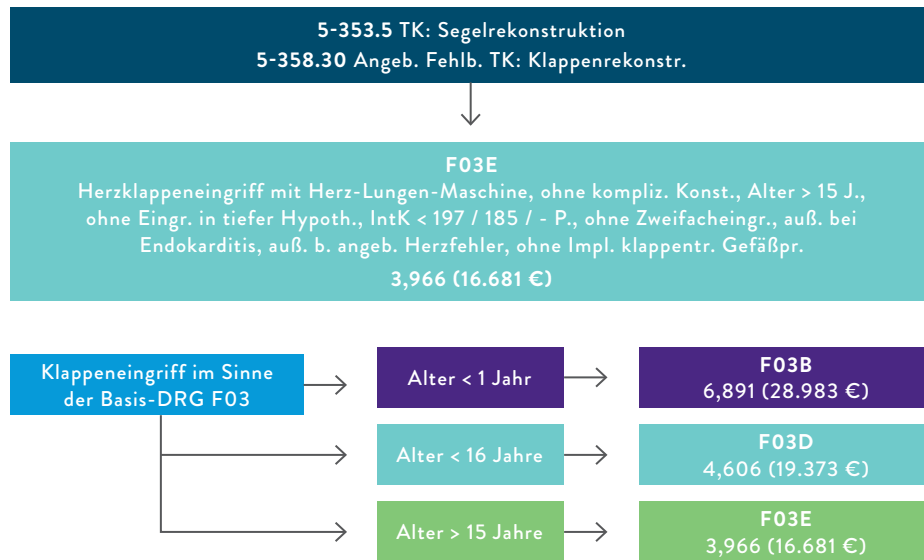
Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2024

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

Prozedurenkodierung OPS 2024

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

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



TRIKUSPIDALKLAPPE: TRANSKATHETER REKONSTRUKTION

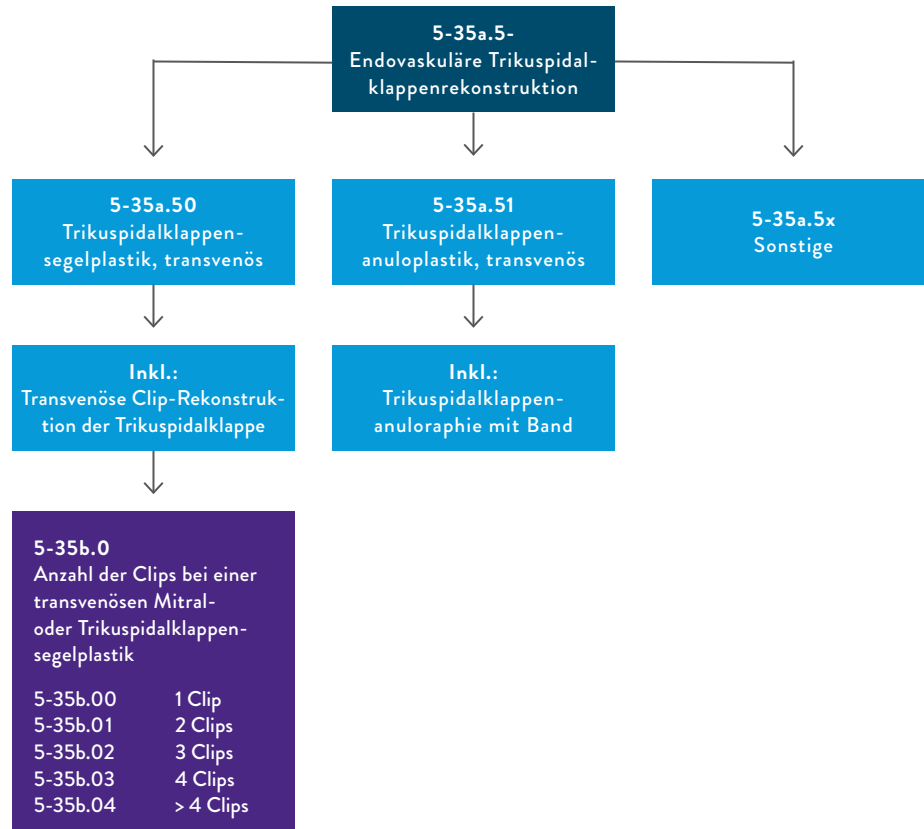
Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2024

ICD	TEXT
107.0	Trikuspidalklappenstenose
107.1	Trikuspidalklappeninsuffizienz
107.2	Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz
I36.0	Nichtreumatische Trikuspidalklappenstenose
I36.1	Nichtreumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz
I36.2	Nichtreumatische Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz
Q22.4	Angeborene Trikuspidalklappenstenose

Prozedurenkodierung OPS 2024

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

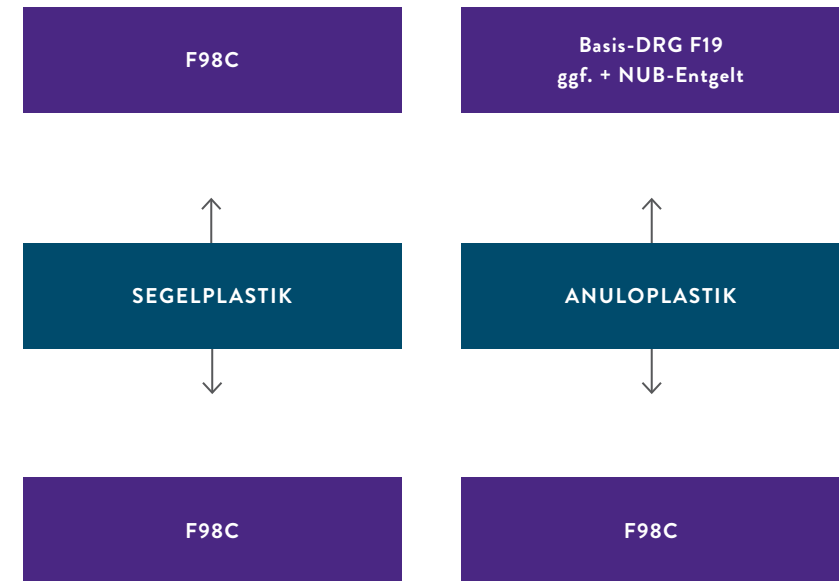
Für die Kodierung der Prozeduren der endovaskulären Trikuspidalklappenrekonstruktion wurde der bestehende OPS-Kode 5-35a.5 für das Jahr 2024 differenziert. Nunmehr stehen getrennte OPS-Kodes für die Segelplastik (Clip) und die Anuloplastik (Band) zur Verfügung.



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

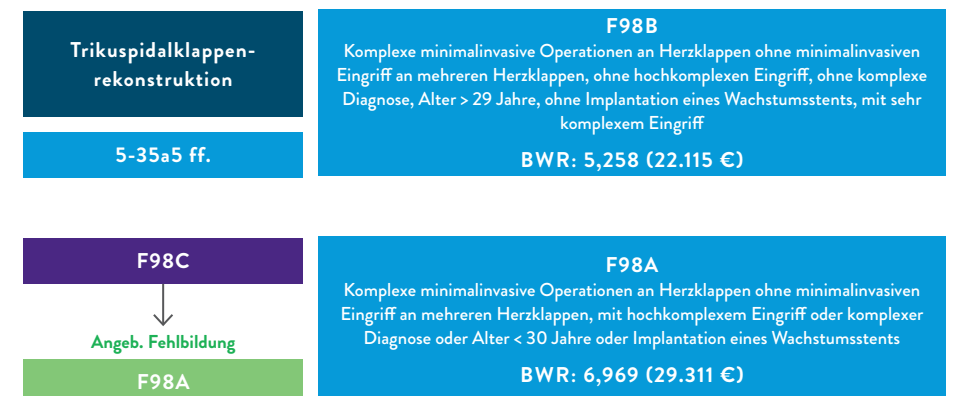
Das führt weiterhin zu einer Situation, in welcher die Clip-Technik an der Mitralklappe und an der Trikuspidalklappe in die aG-DRG F98C eingruppiert werden, während die Band-Rekonstruktionen an der Mitralklappe in die Basis-DRG F19 zzgl. ggf. NUB-Entgelt und die Clip-Rekonstruktionen abweichend wieder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

MITRALKLAPPE

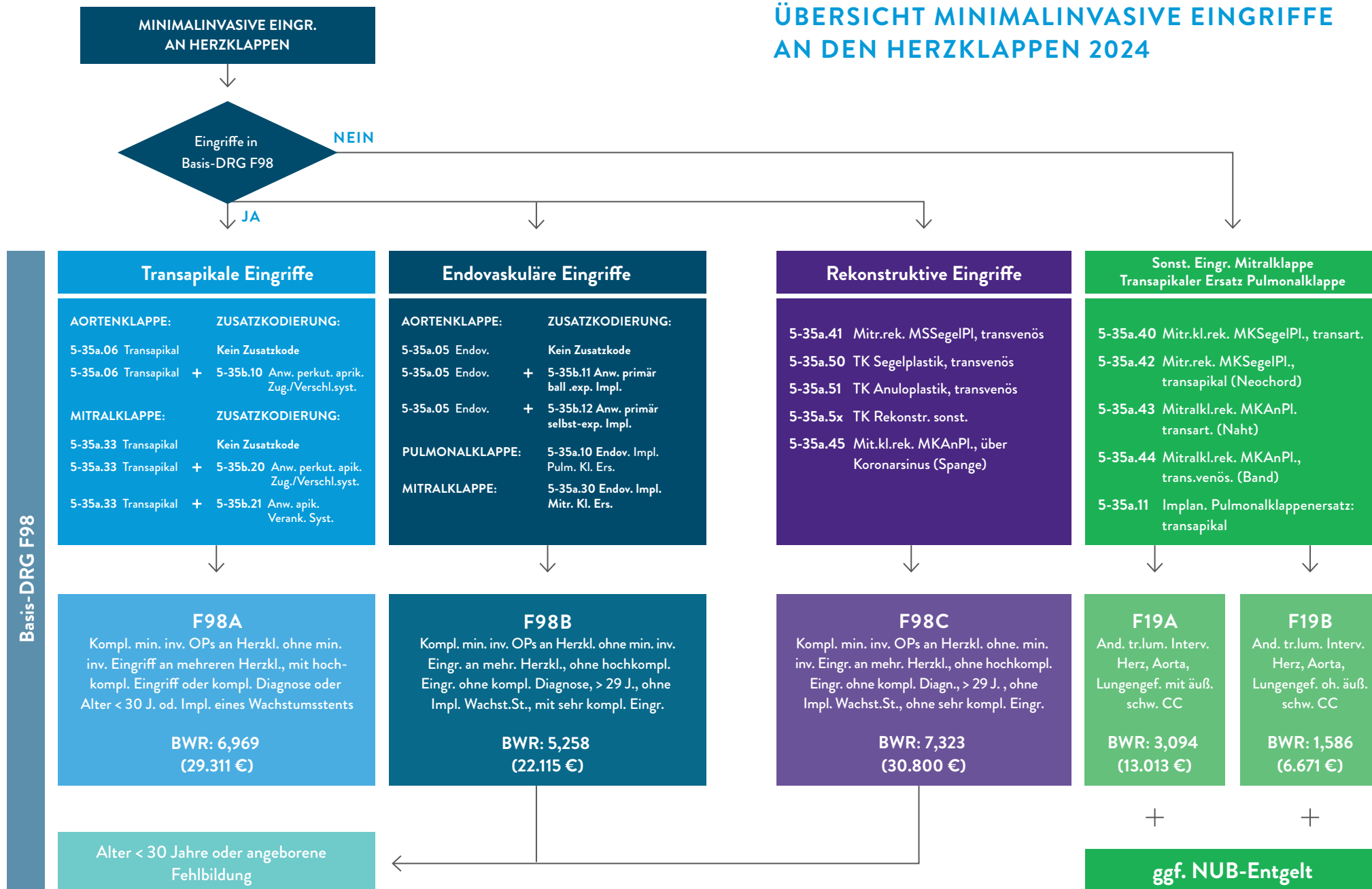


TRIKUSPIDALKLAPPE

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



ÜBERSICHT MINIMALINVASIVE EINGRIFFE AN DEN HERZKLAPPEN 2024



KOMBINIERTE MINIMALINVASIVE EINGRIFFE AN DEN HERZKLAPPEN

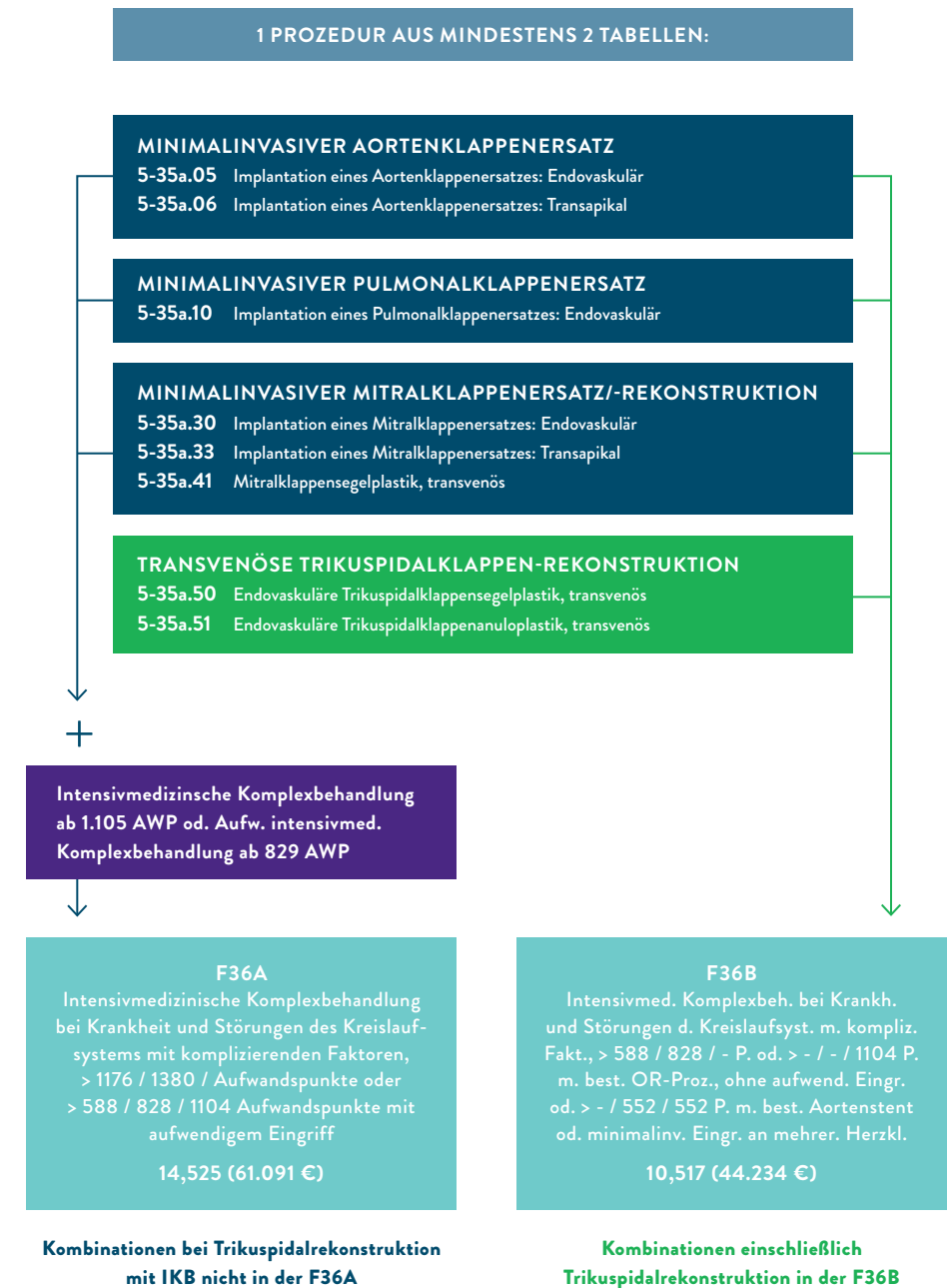
aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle

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

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

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

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



OKKLUDERTHERAPIE: PERSISTIERENDER DUCTUS ARTERIOSUS

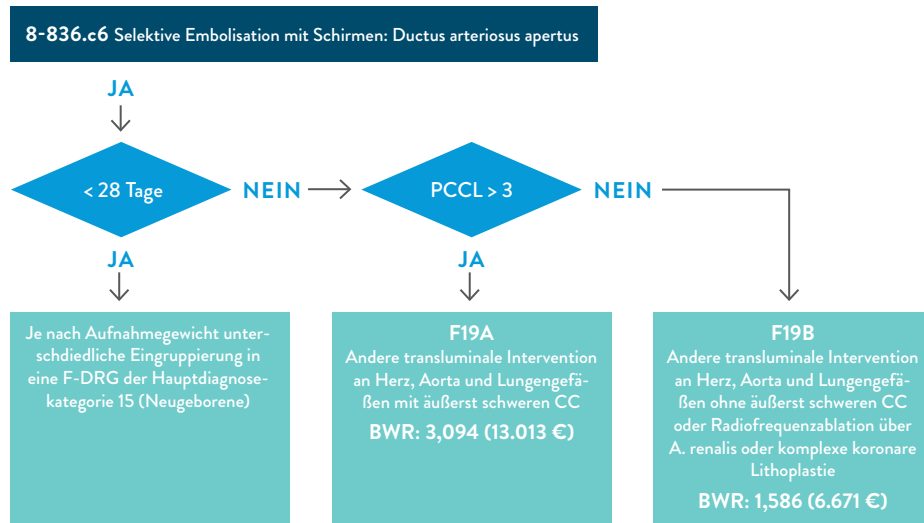
Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2024

ICD	TEXT
Q25.0	Offener Ductus arteriosus

Prozedurenkodierung OPS 2024

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

Die Versorgung mit dem Amplatzer™ Okkluder ist im OPS-Katalog 2024 weiterhin nicht spezifisch abgebildet. Es wird empfohlen selektive Embolisation mit Schirmen zu wählen.



aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Neugeborene in der MDC 15

Spezialfall in der Hauptdiagnosekategorie 15:

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

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

Q25.0 Offener Ductus arteriosus						
+						
8-836.c6 Selektive Embolisation mit Schirmen: Ductus arteriosus apertus						
> 2.499 g	2000 – 2499 g	1.500 – 1.999 g	1.000 – 1.499 g	750 – 999 g	600 – 749 g	< 600 g
P06C	P05C	P04B	P03B	P62A	P61C	P61A
Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme oder ohne sig. OR-Prozedur oder ohne Beatmung > 120 Std., ohne bestimmte aufwendige OR-Prozedur	Aufnahmegewicht 2000 – 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne temporären Verschluss eines Bauchwanddefektes	Aufnahmegewicht 1500 – 1999 g, sig. OR-Proz. od. Beat. > 120 Std., oh. meh. schw. Probl. od. oh. Beat. > 320 Std., oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. sig. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. temp. Verschluss BW-Defekt	Aufnahmegewicht 1000 – 1499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beat. > 120 Std., oh. mehrere schwere Probleme, oh. Beat. > 479 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme oder oh. sig. OR-Prozedur oder oh. mehrzeitige komplexe OR-Prozedur	Aufnahmegewicht 750 – 999 g mit signifikanter OR-Prozedur	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 – 749 g mit signifikanter OR-Prozedur	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur
2,590 10.893 €	3,298 13.871 €	5,342 22.468 €	8,094 34.043 €	17,793 74.836 €	25,053 105.372 €	32,963 138.641 €

OKKLUDERTHERAPIE: VORHOFSEPTUMDEFEKT

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2024

ICD-Kodierung erworbener Septumdefekte

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

ICD-Kodierung angeborener Septumdefekte (PFO)

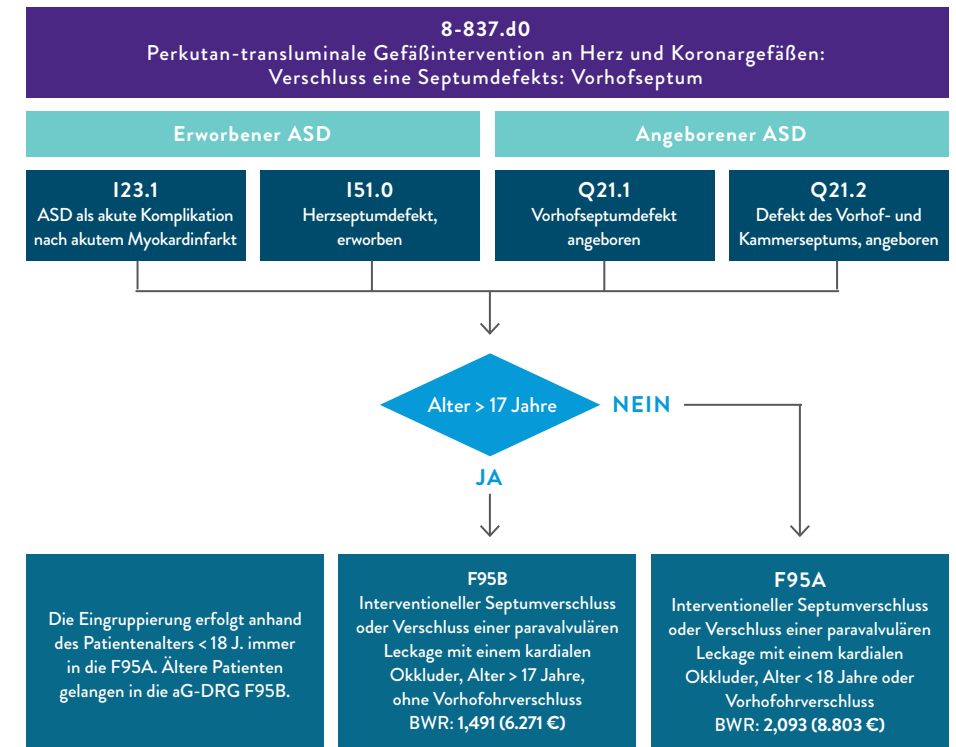
ICD	TEXT
Q21.1	Vorhofseptumdefekt
Q21.2	Defekt des Vorhof- und Kammerseptums

Prozedurenkodierung OPS 2024

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

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

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



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

VORHOFOHR-VERSCHLUSS (LAA CLOSURE)

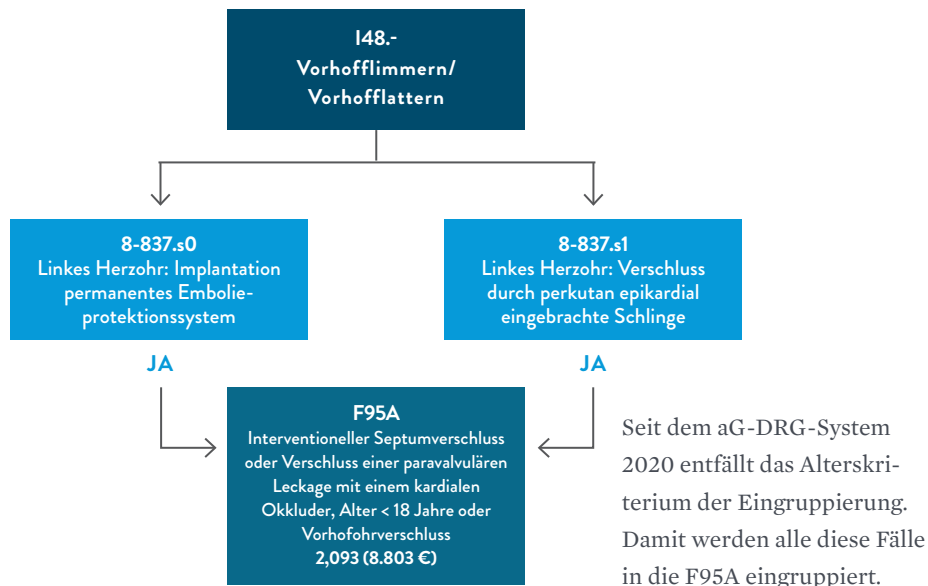
Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2024

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 2024

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

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



OKKLUDERTHERAPIE: VENTRIKELSEPTUMDEFEKT

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2024

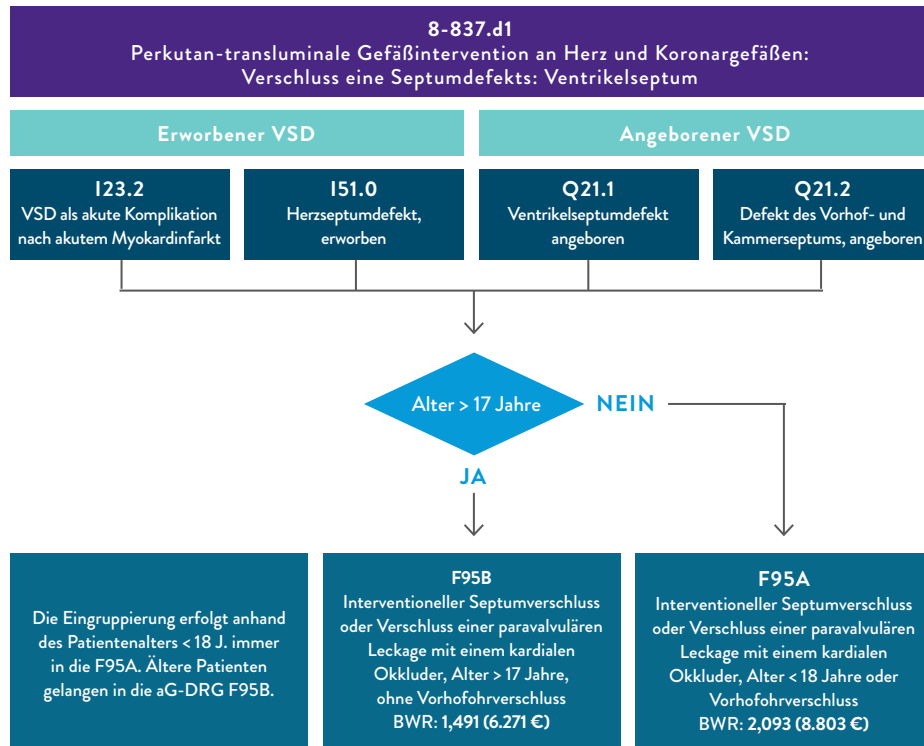
ICD	TEXT
I23.2	Ventrikelseptumdefekt als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt
I51.0	Herzseptumdefekt, erworben
Q21.0	Ventrikelseptumdefekt
Q21.2	Defekt des Vorhof- und Kammerseptums

Prozedurenkodierung OPS 2024

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

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

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



Relevant für die G-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 G-DRG-Gruppierung ohne Belang.

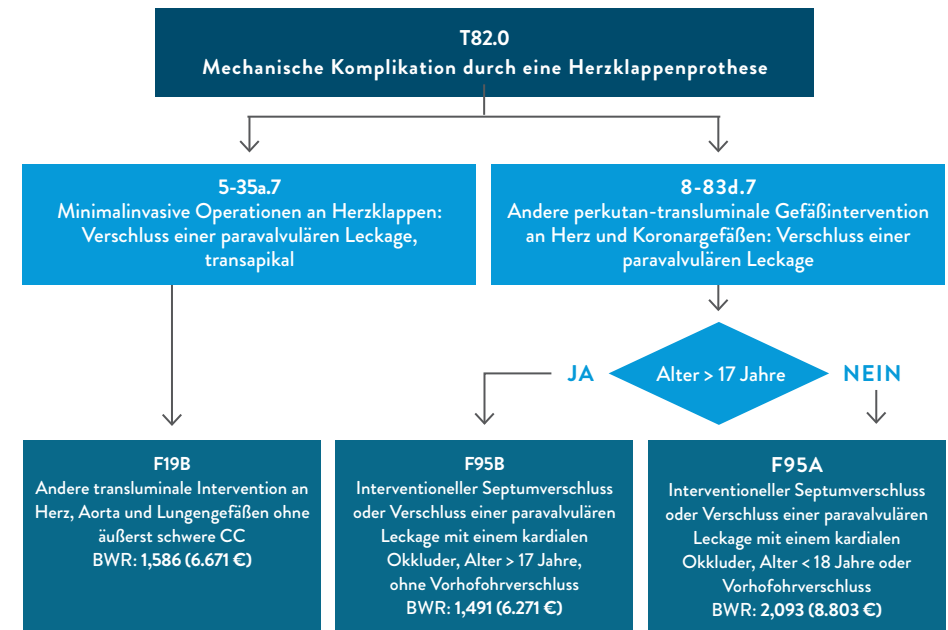
OKKLUDERTHERAPIE: PVL

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2024

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

Prozedurenkodierung

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



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

ANHANG: WICHTIGE AG-DRG-PAUSCHALEN UND IHRE KENNZAHLEN

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	KAT MVWD	UGVD (1. Tag Abschl)	Kurzl Abschl	OGVD (1. Tag Zuschl)	Langl Zuschl
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit bestimmter komplizierender Konstellation	8,877	20	6	0,615	37	0,276
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Mehrfacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder bestimmter anderer komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie	6,891	16,8	5	0,579	33	0,244
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 J., IntK > 196 / 184 / - P. und IntK < 393 / 369 / - P., mit Zweifacheingriff od. bei angeborenem Herzfehler, mit kompl. Eingr. od. best. Herzklappeneingriff oder andere komplizierende Konstellation	6,005	16,1	4	0,552	29	0,218
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	4,606	13,3	3	0,463	24	0,207
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne Eingr. in tiefer Hypoth., IntK < 197 / 185 / - P., ohne Zweifacheingr., auß. bei Endokarditis, auß. b. angeb. Herzfehler, ohne Impl. klappentr. Gefäßspr.	3,966	11,1	3	0,388	19	0,223
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	6,714	14,2	4	0,635	28	0,269
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.	5,415	13,9	4	0,493	26	0,230
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.	4,2	11,4	3	0,419	20	0,224
F19A	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC	3,094	12,1	3	0,385	26	0,088

F19B	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Radiofrequenz-ablation über A. renalis oder komplexe koronare Lithoplastie	1,586	4	1	0,386	10	0,085
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff	14,525	34,6	11	0,836	53	0,290
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsys. m. kompliz. Fakt., > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Eingr. od. > - / 552 / 552 P. m. best. Aortenstent od. minimalinv. Eingr. an mehrer. Herzkl.	10,517	25,6	8	0,769	44	0,271
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	8,154	23,4	7	0,703	41	0,233
F95A	Interventioneller Septumverschluss, Alter < 18 Jahre oder Verschluss einer paravalvulären Leckage mit einem kardialen Okkluder, Alter < 18 Jahre oder Vorhof-ohrverschluss	2,093	3,9	1	0,294	10	0,076
F95B	Interventioneller Septumverschluss, Alter > 17 Jahre, oder Verschluss einer paravalvulären Leckage mit einem kardialen Okkluder, Alter > 17 Jahre, ohne Vorhofohrverschluss	1,491	2,4	1	0,207	5	0,083
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	6,969	13,8	4	0,354	28	0,089
F98B	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, mit sehr komplexem Eingriff	5,258	9,1	2	0,463	18	0,080
F98C	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, ohne sehr komplexen Eingriff	7,323	8,4	2	0,327	19	0,067

BERECHNUNG DES FALLERLÖSES UND BASISFALLWERT

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.

Zum Jahreswechsel 2023/24 liegt noch kein aktueller Bundesbasisfallwert vor. Für die Gruppierungsbeispiele dieser Kodierhilfe werden Fälle des Jahres 2023 immer mit dem in diesem Jahr gültigen Bundesbasisfallwert bewertet. Dieser beläuft sich auf 4.000,71 €. Für das Jahr 2024 erfolgt behelfsweise eine Berechnung mit einem Basisfallwert, welcher durch eine Erhöhung des Wertes aus 2023 um die 5,13% des verhandelten Veränderungswertes 2024 ermittelt wurde und somit bei 4.205,95 € liegt. Es ist davon auszugehen, dass der endgültige Wert hiervon leicht abweichen wird, da mit der Umstellung der Berechnung die automatische Anwendung des Veränderungswertes auf den Bundesbasisfallwert aufgehoben wurde.

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

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

GLOSSAR / ABKÜRZUNGEN

1. Tag Abschl: Erster Tag mit Abschlag bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer

1. Tag Zuschl: Erster Tag mit Zuschlag bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer

aG-DRG: „a“ wie ausgegliedert, G-DRG siehe unten

AK: Aortenklappe

AKE: Aortenklappenersatz

ASD: Atriumseptumdefekt (Vorhofseptumdefekt)

AWP: Aufwandpunkte

BfArM: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

BMG: Bundesministerium für Gesundheit

BWR: Bewertungsrelation

CAB: Koronararterien-Bypass

CC: Comorbidities and Complications (Berechnungsbasis für den PCCL-Wert)

CCL: Clinical Complexity oder Comorbidity and Complication Level (Schweregradstufe)

DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

FÄ: Fachärzte

FF.: und folgende (untergeordnete Codes)

(G)-DRG: (German) Diagnosis Related Groups (Fallpauschalensystem)

ICD-10-GM: International Classification of Diseases 10, German Modification

IGES: Institut für Gesundheits- und Sozialforschung

IKB: Intensivmedizinische Komplexbehandlung

InEK: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

IntK = IKB: Intensivmedizinische Komplexbehandlung

Kat-BWR: Katalog-Bewertungsrelation

KHVVG: Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

Kurzl Abschl: Abschlag pro Tag bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer

KV: Kassenärztliche Vereinigung

Langl Zuschl: Zuschlag pro Tag bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer

LAA: Left Atrial Appendage (Linkes Herzohr)

LG: Leistungsgruppe

MDC: Major Diagnosis Category (Hauptdiagnosekategorie)

MK: Mitralklappe

MKE: Mitralklappenersatz

MVWD: Mittlere Verweildauer

NUB: Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode

OGVD: Obere Grenzverweildauer

OPS: Operationenschlüssel (Prozedurenklassifikationssystem)

PCCL: Patient Comorbidity and Complexity Level (fallbezogener Gesamtschweregrad)

PVL: Paravalvuläre Leckage

RFR: Resting Full-Cycle Ratio

TKE: Trikuspidalklappenersatz

UGVD: Untere Grenzverweildauer

VSD: Ventrikelseptumdefekt

XENOTX: Xenotransplantat

ZE: Zusatzentgelt

QUELLEN

1) **Qualitätskriterien NRW:** https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/nd_anlage_2_uebersichtstabelle_der_qualitaetskrite.xlsx

2) **Veränderungswert:** <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/orientierungswert/orientierungswert.jsp>

3) **ICD 10 GM Version 2024 Systematisches Verzeichnis:** BfArM - Downloads - Zustimmung zum Download: ICD-10-GM 2024 Systematik PDF - Referenzfassung

4) **OPS Version 2024 Systematisches Verzeichnis:** https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html#anker-ops-downloads

5) **Fallpauschalenkatalog 2024:** <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2024/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-20242>

DAS KÖNNTE SIE AUCH INTERESSIEREN



Kodierhilfe
Rhythmologie



Kodierhilfe
Neurostimulation



Kodierhilfe
Koronarinterventionen – PCI



Kodierhilfe
Gefäßintervention – PTA

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

Weitere Informationen und Kodierhinweise finden Sie unter:
www.cardiovascular.abbott/int/en/hcp/reimbursement/europe.html

Rechtlicher Hinweis: Dieses Material und die darin enthaltenen Informationen dienen nur allgemeinen Informationszwecken und sind nicht als Rechts-, Vergütungs-, Geschäfts-, klinische oder sonstige Beratung gedacht und stellen keine dar. Darüber hinaus ist weder eine Zusicherung oder Garantie für eine Vergütung, Zahlung oder Belastung beabsichtigt oder garantiert, noch dass eine Rückerstattung oder andere Zahlung erfolgen wird. Es ist nicht beabsichtigt, die Vergütung durch einen Kostenträger zu erhöhen oder zu maximieren. Ebenso sollte nichts in diesem Dokument als Anleitung zur Auswahl eines bestimmten Kodes angesehen werden, und Abbott befürwortet oder garantiert nicht die Korrektheit der Verwendung eines bestimmten Kodes. Die letztendliche Verantwortung für die Kodierung und den Erhalt der Vergütung verbleibt beim Kunden. Dies schließt die Verantwortung für die Genauigkeit und Richtigkeit aller Kodierungen und Ansprüche ein, die an Drittzahler übermittelt werden. Darüber hinaus sollte der Kunde beachten, dass Gesetze, Vorschriften und Vergütungsrichtlinien komplex sind und häufig aktualisiert werden, und der Kunde sollte sich daher häufig bei seinen örtlichen Kostenträgern erkundigen und sich an einen Rechtsbeistand oder einen Finanz-, Kodierungs- oder Kostenerstattungsspezialist für alle Fragen im Zusammenhang mit Kodierung, Abrechnung, Kostenerstattung oder damit zusammenhängenden Problemen wenden. Dieses Material reproduziert Informationen nur zu Referenzzwecken. Es wird nicht für Marketingzwecke bereitgestellt oder autorisiert.

Wichtiger Hinweis: Die vorliegenden DRG Informationen stammen von Dritten (InEK etc.) und werden Ihnen von der Firma Abbott nur zu Ihrer Information und als Kodiervorschlag weitergegeben. Diese Information stellt keine Beratung in rechtlichen Fragen oder in Fragen der Vergütung dar, und Abbott haftet nicht für die Richtigkeit, Vollständigkeit und den Zeitpunkt der Bereitstellung dieser Information. Die rechtliche Grundlage, die Richtlinien und die Vergütungspraxis der Krankenkassen sind komplex und verändern sich ständig. Die Leistungserbringer sind für Ihre Kodierung und Vergütungsanträge selbst verantwortlich. Abbott empfiehlt Ihnen deshalb, sich hinsichtlich der Kodierung, der Erstattungsfähigkeit und sonstigen Vergütungsfragen mit den zuständigen Krankenkassen, Ihrem DRG-Beauftragten und /oder Anwalt in Verbindung zu setzen.

WIR FÜR SIE



DR. CHRISTOPH RATH

Manager DACH
Health Economics & Reimbursement

Mobil: +49 170 - 33 39 519



JANNIS RADELEFF

Head of Health Economics &
Reimbursement DACH

Telefon: +49 (0) 6196 7711-144

IHR ANSPRECHPARTNER

Abbott Medical GmbH

Schanzenfeldstrasse 2

35578 Wetzlar

Tel: +49 6441 87075 0

ACHTUNG: Produkte dürfen nur von einem Arzt oder unter dessen Anleitung verwendet werden. Es ist wichtig, vor der Verwendung sorgfältig die Packungsbeilage in der Produktverpackung (falls vorhanden) oder auf vascular.eifu.abbott oder manuals.eifu.abbott zu lesen für detaillierte Informationen über Indikationen, Kontraindikationen, Warnungen, Vorsichtsmaßnahmen und mögliche Komplikationen, die bei der Verwendung dieses Produkts auftreten können.

Hierin enthaltene Informationen sind ausschließlich zur Veröffentlichung in Deutschland bestimmt.

Archivierung der Daten durch Abbott Medical.

Abbott Medical

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

™ kennzeichnet eine Marke der Abbott Unternehmensgruppe.

www.cardiovascular.abbott

© 2024 Abbott. Alle Rechte vorbehalten. MAT-2400440 v1.0

