



HEALTH ECONOMICS & REIMBURSEMENT



2024

KODIERHILFE  
**HEART FAILURE**

3. AUFLAGE





## UNSERE MISSION

### **Leben Sie nicht einfach nur länger, sondern besser**

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

## UNSER ANLIEGEN

### **Wir möchten Sie bei Ihrer täglichen Arbeit unterstützen**

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



# INHALT

Allgemeine Veränderungen für das aG-DRG System 2024 .....	4
Krankenhaustransparenzgesetz und Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz .....	4
Qualitätskriterien der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen .....	6
Take Home Messages I .....	9
Ambulantisierung .....	9
Sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRGs) .....	10
Bundesbasisfallwert .....	12
Take Home Messages II .....	13
<b>I</b>	
Was ist Herzinsuffizienz? .....	14
Continuum of Care .....	16
<b>II</b>	
Implantierbarer Defibrillator im stationären Bereich .....	17
Der Gruppierungsalgorithmus für Defibrillatoren .....	17
ag-DRGs für Defibrillatoren .....	18
Prozeduren für 1- und 2-Kammer ICDs sowie 3-Kammer ICDs (CRT-D) .....	19
Implantierbarer Defibrillator im ambulanten Bereich – EBM 2000 .....	21
<b>III</b>	
Pulmonal-Arterien Drucksensor .....	23
<b>IV</b>	
Katheterbasierte Trikuspidalklappentherapie .....	24
Katheterbasierte Mitralklappentherapie .....	25
Mitralklappen Transkatheter Ersatz .....	26
Herzunterstützungssystem (VAS) und Extra-Korporale Membranoxygenierung (ECMO) .....	27
Linksherzunterstützungssystem (LVAS) .....	31
Zusatzentgelte (ZE) .....	33
Prozedurenverzeichnis .....	34
Ausgewählte Diagnosecodes .....	38
Häufige Nebendiagnosen .....	42
Glossar .....	44
Quellen .....	45
Das könnte Sie auch interessieren .....	46
Wir für Sie .....	47

# ALLGEMEINE VERÄNDERUNG FÜR DAS AG-DRG-SYSTEM 2024

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.

Zusätzlich zu den spezifischen Änderungen in den Klassifikationssystemen und den Veränderungen in den DRG-Algorithmen kommen für das Jahr 2024 noch vielfältige zusätzliche Herausforderungen für die Krankenhäuser zum Tragen. Weiterhin gilt die vom MDK-Reformgesetz geregelte Dynamisierung von Prüfquoten und ggf. resultierenden Strafzahlungen, welche zusätzlich Druck auf die Kodierung und die Leistungserbringung aufbauen. Zudem werfen das Krankenhaustransparenzgesetz sowie das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz ihre Schatten voraus.

Alle zu erwartenden Änderungen darzustellen, würde den Rahmen dieser Zusammenstellung sprengen, sodass im Folgenden nur eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte erfolgen soll. Insbesondere ist zu beachten, dass die gesetzlichen Grundlagen zum Jahreswechsel 2023/24 noch nicht oder nur unvollständig Rechtskraft erlangt haben und sich im Wesentlichen noch in unterschiedlichen Phasen von Entwurf und Beratung befinden.

## **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 werden<sup>1</sup>.

## Qualitätskriterien der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen

Leistungsgruppe		1. Erbringung verwandter LG		
		Standort	Kooperation	
<b>EPU/Ablation</b>	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin komplex	LB Herzchirurgie LG Interventionelle Kardiologie LG Kardiale Devices	
	Auswahlkriterium	LB Gefäßmedizin LB Herzchirurgie LG Kardiale Devices		
<b>Interventionelle Kardiologie</b>	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin komplex	LB Herzchirurgie LG Kardiale Devices	
	Auswahlkriterium	LB Gefäßmedizin LB Herzchirurgie LG EPU/Ablation LG Kardiale Devices		
<b>Kardiale Devices</b>	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin komplex	LB Herzchirurgie LG EPU/Ablation LG Interventionelle Kardiologie	
	Auswahlkriterium	LB Gefäßmedizin LB Herzchirurgie LG EPU/Ablation		
<b>Minimalinvasive Herzklappenintervention</b>	Mindestvoraussetzung	LB Herzchirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin hochkomplex LG Interventionelle Kardiologie	LG Allgemeine Chirurgie LG EPU/Ablation	
	Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie		



	<b>2. Vorhaltung Geräte</b>	<b>3. Fachärztliche Qualifikation</b>	<b>4. Fachärztliche Verfügbarkeit</b>
	CT 24/7, 2-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7
	Kardio-MRT		
	Katheterlabor, Röntgen, CT 24/7, 2-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	5 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7
	Kardio-MRT		
	CT 24/7, 2-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7
	Kardio-MRT		
	Katheterlabor und herzchirurgischer OP oder Hybrid-OP	FA Herzchirurgie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft: 24/7

So müssen für die Erfüllung der Kriterien der Kardialen Devices immerhin drei 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 Sachkostenlastige 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 Kranken-



kassen 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.

## TAKE HOME MESSAGES I

### ZUR KOMMENDEN KRANKENHAUSREFORM

Aktuell befinden sich die gesetzlichen Grundlagen der Krankenhausreform noch in unterschiedlichen Stadien von Entwurf bzw. Beratung, sodass abschließende Aussagen noch nicht möglich sind. Als sicher anzusehen ist die Einführung von Klinik-Leveln zu Transparenzzwecken, Leistungsgruppen und der neuen Vorhaltefinanzierung von Krankenhausleistungen. Leistungsgruppen werden zu erheblichen und dann auch prüfungsrelevanten Herausforderungen personeller Natur führen. Dadurch kann es zu Verschiebungen in der Leistungsstruktur und der Krankenhauslandschaft kommen. Die Qualitätsprüfungen der Mindestvoraussetzungen werden erheblich Personal im administrativen Bereich binden bzw. zusätzliches Personal im Gesundheitswesen erfordern. Die Vorhaltefinanzierung wird einen Teil der stationären Finanzierung von der behandelten Fallzahl entkoppeln. Dabei bleiben Dokumentation und Kodierung auch weiterhin wichtige Säulen der Abrechnung. Vor 2025 ist nicht damit zu rechnen, dass eine Umsetzung der gesetzlichen Vorhaben stattfindet.

#### **Ambulantisierung**

Die Ambulantisierung von stationären Krankenhausleistungen hat weiter Fahrt aufgenommen. Mit der Verabschiedung des AOP-Kataloges 2023 und den Regularien der Kontextprüfung hat sich die Selbstverwaltung bereits Ende Dezember 2022 an die Umsetzung des viel beachteten IGES-Gutachtens gemacht.

Wie bereits im vergangenen Jahr an dieser Stelle dargestellt, ist gerade die Kontextprüfung problematisch für Kliniken. Während die Einschlusskriterien, also die OPS-Kodes, welche grundsätzlich als ambulant erbringbar gelten, keine unerwarteten Leistungen umfasst, so ist die Reduktion der für eine weitere stationäre Begründung dienenden Kontextfaktoren im Vergleich zum IGES-Gutachten kritisch einzustufen.

Weiterhin finden sich Konstellationen, bei welchen mehr oder weniger begleitende OPS-Kodes zu einer Aufnahme ins ambulante Potenzial führen, die als Ausdruck komplexer Eingriffe im Datensatz kodierte OPS-Kodes dann aber durch das Fehlen in den Ausschlusskriterien (Kontextfaktoren) eine Rückführung dieser Fälle in das stationäre Kontingent formal nicht ermöglichen.

## Sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRGs)

Mit der Einführung des § 115f SGB V ist der Startschuss für die sogenannte sektorengleiche Vergütung gefallen. Das SGB V enthält hierzu wenig Konkretes, sondern verweist auf die Zuständigkeit der Selbstverwaltung und die Möglichkeit zur Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit. Da innerhalb der Selbstverwaltung keine Einigung zu erzielen war, tritt nunmehr das BMG in die Pflicht, wobei aktuell (im Dezember 2023) nur ein Referentenentwurf zur Rechtsverordnung vorliegt.

Die sektorengleiche Vergütung erfolgt über die Hybrid-DRGs. Diese sollen nach dem Willen des BMG für definierte Leistungen eines sogenannten Startkataloges, welchen das BMG dem InEK für die Kalkulation des DRG-Systems 2024 vorgegeben hat, zur Abrechnung kommen. Dabei ist es ohne Belang, ob diese Leistungen primär stationär, klinisch ambulant oder durch einen KV-Arzt/Ärztin erbracht wurden.

Das InEK hat diese Leistungen zwecks Durchführung einer sehr komplexen Kalkulation der Erlöse im Rahmen der Definitionshandbücher zum DRG-System 2024 definiert. Dabei werden ausschließlich Fälle ohne Erfüllung der AOP-Kontextfaktoren mit einer Verweildauer von einem Belegungstag und einem Gesamtschweregrad (PCCL) von maximal 2 in die bis jetzt 12 definierten Hybrid-DRGs aufgenommen.

Für das Jahr 2024 finden sich keine kardiologischen Leistungen in diesen Hybrid-DRGs. Aktuell werden Leistungen der Hernienchirurgie, der urologischen Steintherapie, Eingriffe am Ovar, Eingriffe bei Sinus pilonidalis und chirurgische Eingriffe an den Zehen beim Vorliegen der entsprechenden Kriterien in die Hybrid-DRGs überführt. Die Erlöse für diese Hybrid-DRGs sind auf der Basis von Euro-Beträgen fixiert worden und unterliegen nicht der Logik von Bewertungsrelationen, welche dann Bundesland individuell anhand von Landesbasisfallwerten in einen Erlös führen. Damit sind die Hybrid-Erlöse nicht nur sektorengleich, sondern sie sind auch für alle Bundesländer gleich.

Gleichzeitig mit diesen Regelungen hat das BMG einen Katalog von Leistungen vorgegeben, welche unterjährig noch im Jahr 2024 mit Hybrid-DRGs vergütet werden sollten. Da eine unterjährige Kalkulation durch das InEK und insbesondere auch eine unterjährige Herausnahme der entsprechenden Kosten aus dem bereits veröffentlichten DRG-System 2024 schon rein technisch nicht machbar erscheint, ist davon auszugehen, dass diese Erweiterungen dann erst für das Jahr 2025 greifen werden.



Diese Leistungsaufstellung enthält einen erheblichen Anteil an kardiologischen DRGs:

DRG	DRG-TEXT
<b>F12F</b>	Impl. HSM, Zweikammersys., oh. auß. schwere CC, oh. isol. offen chir. Sondenimpl., oh. aufw. Sondenentf., oh. mäßig kompl. PTCA od. Impl. HSM, Einkammersys. od. Impl. Ereignisrekorder, oh. invasive kardiolog. Diagnostik bei best. Eingriffen, Alter > 15 J.
<b>F49F</b>	Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, mit best. Eingriff
<b>F49G</b>	Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, ohne best. Eingriff
<b>F50A</b>	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen oder Implantation eines Ereignisrekorders oder Alter < 16 Jahre oder best. angeb. Herzfehler oder mit kompl. Ablation, Alter < 18 Jahre
<b>F56B</b>	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkompl Interv, oh best hochkomplexe Interv od oh auß schw CC od Kryoplastie od koronare Lithoplastie
<b>F58B</b>	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC
<b>F75C</b>	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder 1 BT, Alter > 9 Jahre und Alter < 16 Jahre, oh schw CC od Alter > 15

Mit der Basis-DRG F12 kommt die typische Herzschrittmacherimplantations-DRG ins Spiel. Interessant ist hierbei, dass es sich ebenfalls um die DRG für die Implantation eines Ereignisrekorders handelt. Die wohl größte Überraschung ist die Erwähnung der DRG F50A, mit der hochkomplexe Ablationen abgebildet werden. Die weniger komplexen Ablationen in den DRGs F50B und F50C finden hingegen keine Erwähnung. Hier bleibt abzuwarten, inwieweit das InEK möglicherweise selbständig die Definitionen der Hybrid-DRGs modifizieren wird.

Auf jeden Fall ist davon auszugehen, dass ein erheblicher Teil dieser nicht seltenen Fälle des Alltagsgeschäfts einer Kardiologie künftig nicht mehr im Rahmen der DRG-Vergütung abgerechnet werden können. Es ist weiterhin davon auszugehen, dass die Hybrid-Vergütung auch bei diesen Fällen deutlich unterhalb der Tagesfall-Vergütung im DRG-System zu liegen kommen wird, sodass in der Folge insbesondere auch die Prozesse der Leistungserbringung in den Kliniken erheblichen Veränderungen zugeführt werden müssen.

## 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 2024<sup>2</sup> 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.

# TAKE HOME MESSAGES II

## ZU DEN ALLGEMEINEN ÄNDERUNGEN DES AG-DRG-SYSTEMS 2024

### HYBRID-DRGs

Ab dem 01.01.2024 ist die Kardiologie zunächst nicht von den Hybrid-DRGs betroffen. Die derzeit definierten Hybrid-DRGs stammen alle aus den Fächern Viszeralchirurgie, Gynäkologie, Urologie und Fußchirurgie. Eine bereits veröffentlichte Liste weiterer durch Hybrid-DRGs abzubildenden Leistungen des BMG enthält viele und vor allem häufige kardiologische Leistungen aus Katheterdiagnostik, PCI, Ablation und Schrittmacherimplantation. Hier sollten krankenhausesintern Prozesse bereits proaktiv geprüft und ggf. modifiziert werden, da davon ausgegangen werden muss, dass die Vergütung eines erheblichen Anteils dieser Fälle künftig nicht mehr im Rahmen der DRG-Abrechnung stationär erfolgen wird.

### AMBULANTISIERUNG BISHER STATIONÄRER LEISTUNGEN

Die Ambulantisierung bisher stationärer Leistungen ist weiterhin eins der wichtigsten Themen. Gerade die Kontextprüfung stellt Krankenhäuser in verschiedenen Bereichen vor eine große Herausforderung.

## WAS IST HERZINSUFFIZIENZ?

Nimmt die Leistungsfähigkeit des Herzens ab, sprechen Mediziner:innen von einer Herzinsuffizienz, einer Herzschwäche, englisch Heart Failure oder kurz HF. Dabei ist das Herz nicht mehr in der Lage, den Körper ausreichend mit Blut und dadurch mit genug Sauerstoff zu versorgen. In der Folge ist der menschliche Organismus nicht mehr so leistungsfähig, was im Laufe der Zeit lebensbedrohlich werden kann. Die häufigste Ursache für eine Herzinsuffizienz ist die koronare Herzkrankheit, kurz KHK. Dabei handelt es sich um eine Verkalkung der Herzkranzgefäße. Aber auch aus Bluthochdruck (Hypertonie), Herzrhythmusstörungen sowie Defekten der Herzscheidewand und Herzklappenfehlern kann eine Herzinsuffizienz resultieren. Darüber hinaus begünstigen Stress und Alkohol- sowie Medikamentenmissbrauch Herzmuskelentzündungen, die ebenfalls eine Herzinsuffizienz auslösen können. Nicht bei allen Betroffenen äußert sich die Krankheit auf die gleiche Weise: Während sie sich manchmal über Jahre hinweg versteckt entwickelt, zeigen sich in anderen Fällen deutliche Symptome wie Atemnot, Leistungseinschränkung oder Wassereinlagerungen in den Beinen und der Lunge.

Obwohl die Erkrankung nicht heilbar ist, kann ihr Fortschreiten – früh genug erkannt – verlangsamt werden. Entsprechend wichtig ist eine kontinuierliche Beobachtung und Versorgung der Patient:innen.

## WELCHE SYMPTOME TRETEN BEI EINER HERZINSUFFIZIENZ AUF?

Da sich eine Herzschwäche bei jeder Patient:in unterschiedlich entwickelt, wird sie oftmals erst spät diagnostiziert. Erschwerend kommt hinzu, dass einige Symptome zu Beginn nicht ernst genommen werden, da sie auch auf andere Ursachen, wie z.B. das Alter, zurückgeführt werden könnten. Zu den häufigsten Anzeichen einer beginnenden Herzinsuffizienz zählen eine verringerte Leistungsfähigkeit und verstärkte Müdigkeit. Auch kommen Betroffene schneller außer Atem und verspüren im Liegen eine Atemnot. Aufgrund von Wassereinlagerungen schwellen Füße und Knöchel an, es erfolgt eine Gewichtszunahme, obwohl nicht mehr als gewöhnlich gegessen wurde. Auch vermehrtes Wasserlassen in der Nacht kann auf eine Erkrankung hindeuten.

## WIE UNTERTEILT MAN EINE HERZINSUFFIZIENZ?

Um eine Herzschwäche zu klassifizieren, wird ihr Schweregrad nach den Empfehlungen der New York Heart Association eingeteilt, den sogenannten NYHA-Stadien.

- NYHA Stadium I – Ohne Beschwerden
- NYHA Stadium II – Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung
- NYHA Stadium III – Mit Beschwerden bei leichterer Belastung
- NYHA Stadium IV – Mit Beschwerden in Ruhe



## WIE LÄSST SICH EINE HERZINSUFFIZIENZ BEHANDELN?

Während eine akute Herzschwäche eine sofortige Einweisung erfordert, ist eine chronische mit unterschiedlichen Methoden behandelbar. Das Ziel ist es ein Fortschreiten der Krankheit zu verhindern sowie das Herz zu entlasten, um die Lebensqualität der Patient:in möglichst hoch zu halten. Im besten Fall kann der Auslöser der Herzinsuffizienz therapiert werden, zudem finden auch Begleiterkrankungen Berücksichtigung, um eine ganzheitliche Therapie zu ermöglichen. Engmaschige Kontrollen, bei denen die Therapie gegebenenfalls angepasst wird, sind von zentraler Bedeutung.

Neben einer medikamentösen Therapie, mit der beispielsweise der Bluthochdruck reguliert oder das Blut verdünnt wird, stellen Herzschrittmacher und ICDs, implantierbare Kardioverter-Defibrillatoren eine Option dar. Haben Patient:innen einen sogenannten Linksschenkelblock entwickelt, was eine Störung der elektrischen Impulse im Herzen zur Folge hat, sind oft die Herzkammern vergrößert. Die linke Herzkammer pumpt dadurch nicht mehr im Takt, wodurch sich die Herzleistung zusätzlich verringert. In diesen Fällen implantieren Mediziner:innen oftmals ein System zur Resynchronisationstherapie, kurz CRT. Diese Geräte stoppen lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen und sorgen dafür, dass die Herzkammern wieder im Takt schlagen und sich die Pumpleistung verbessert. Zudem können diese Implantate im Falle eines Falles einen lebensrettenden Kardioversions-/Defibrillations-Shocks abgeben.

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

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

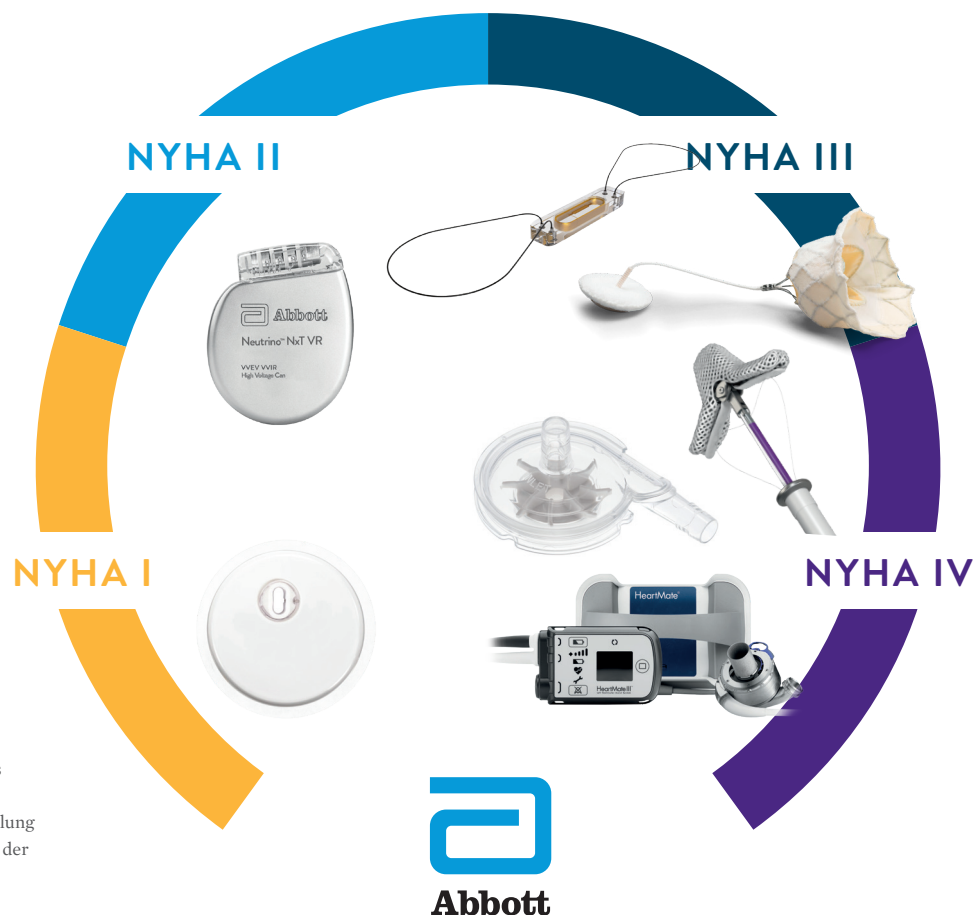
Eine chronische, fortschreitende Herzinsuffizienz kann jahrelang behandelt werden, bis sie im Endstadium angelangt ist. Dort angekommen, stehen nur noch eine Herztransplantation oder die Implantation eines Herzunterstützungssystems als Optionen zur Verfügung, um den vorzeitigen Tod der Patient:in zu verhindern. Da in Deutschland jedoch nicht ausreichend Transplantationsorgane vorhanden sind, kommen oftmals die Herzunterstützungssysteme, kurz LVADs (Left Ventricular Assist Device) zum Einsatz.

Welche Therapie wann für die Patient:in in Frage kommt, ist abhängig von dem jeweiligen Krankheitsstadium und wird zusammen mit dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin festgelegt.

## CONTINUUM OF CARE

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

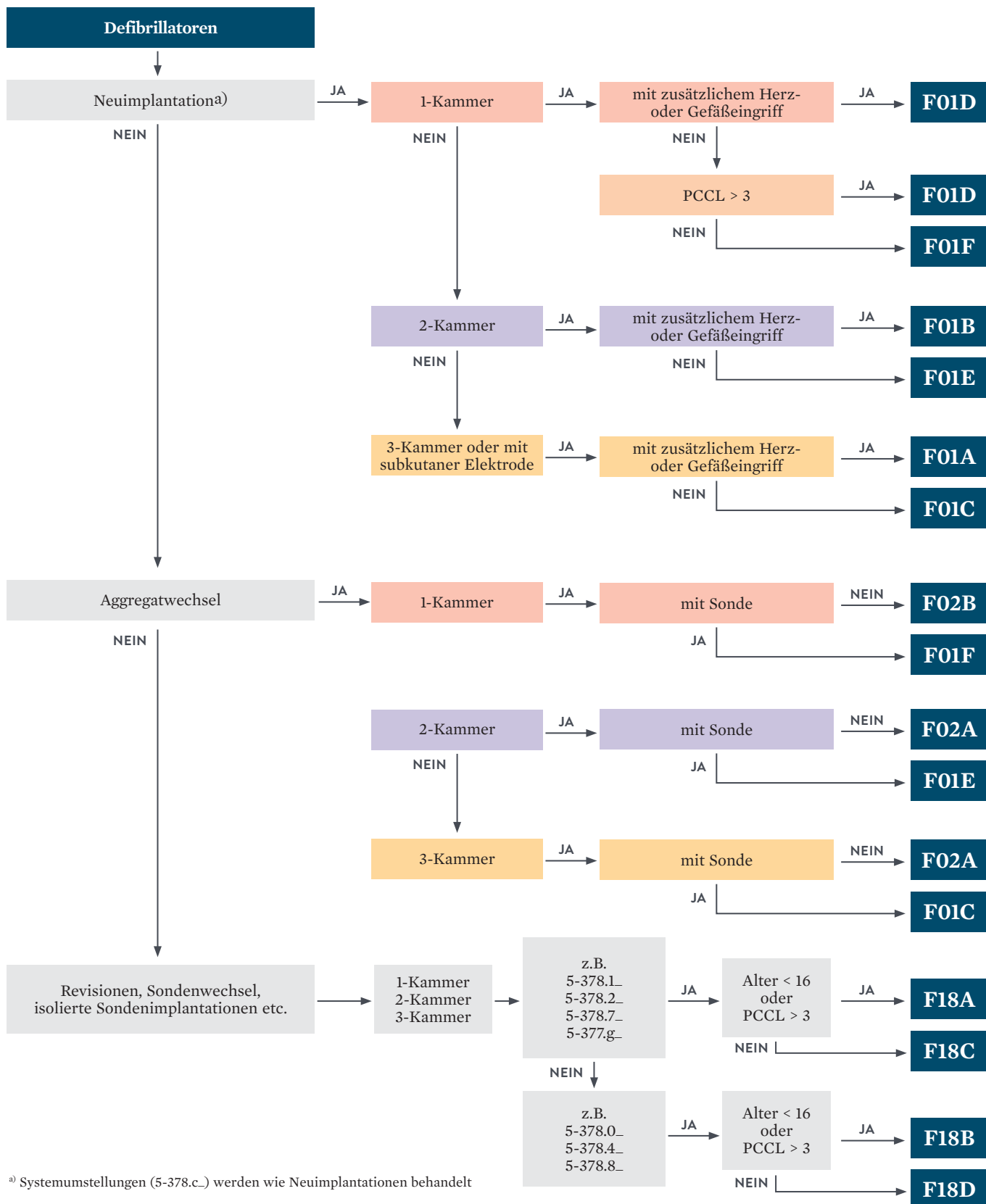
Das Ziel ist es, die Patient:in gezielt in ihrer Herzinsuffizienz aber auch in den vielen Begleiterkrankungen unterstützen zu können und ihr Therapiemöglichkeiten anzubieten. Dies beginnt bereits in NYHA Stadium I mit der kontinuierlichen Glukosemessung über den FreeStyle Libre Sensor, der zusammen mit dem FreeStyle Libre Messgerät die Patient:in in ihrer Diabeteserkrankung begleiten kann. Für Patient:innen, welche Beschwerden bei stärkerer Belastung verspüren, bietet Abbott ein Portfolio an implantierbaren Defibrillatoren und CRT-D Geräten an. In NYHA-Stadium III besteht die Möglichkeit mit Hilfe des CardioMEMS™ PA Sensor den Druck in der Pulmonalarterie zu überwachen, welcher wertvolle Hinweise liefern kann, die dem Arzt/der Ärztin helfen, die Medikation der Patient:in anzupassen. Des Weiteren bietet Abbott Produkte an, die Eingriffe an den Herzklappen wie eine Transkatheter-Aortenklappenimplantation, die Katheterbasierte Mitral- sowie Trikuspidalklappentherapie und den Mitralklappen Transkatheterersatz ermöglichen. Patient:innen in NYHA Stadium IV können mithilfe der Herzunterstützungssysteme CentriMag™ Acute Circulatory Support System oder HeartMate 3™ LVAD versorgt werden.



Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei lediglich um eine beispielhafte Darstellung handelt. Die Verwendung der Produkte ist nicht an die NYHA-Klasse gebunden.

# IMPLANTIERBARER DEFIBRILLATOR IM STATIONÄREN BEREICH

## Der Gruppierungsalgorithmus für Defibrillatoren



<sup>a)</sup> Systemumstellungen (5-378.c.) werden wie Neuimplantationen behandelt

# IMPLANTIERBARER DEFIBRILLATOR IM STATIONÄREN BEREICH

## aG-DRGs<sup>3)</sup> für Defibrillatoren

aG-DRG	Partition	Beschreibung	RG	uGVD <sup>a)</sup>	Abschlag pro Tag	oGVD <sup>b)</sup>	Entgelt bei einem Basisfallwert von 4.205,95 €
F01A	O	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stim. od. Defibrillator mit subk. Elektrode od. intrak. Pulsgen. mit kompliz. Fakt. od. myokardstim. Sys. od. aufwendige Sondenentf. mit kompliz. Fakt. od. Zweikammer-Stim. mit kompliz. Fakt.	4,944	4	1.745 €	27	20.794 €
F01B	O	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation mit komplizierenden Faktoren oder neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mehr als 24 Stunden mit komplizierenden Faktoren	4,134	4	1.623 €	26	17.387 €
F01C	O	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode oder intrakardialer Pulsgenerator, ohne komplizierende Faktoren oder Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie	2,903	2	2.242 €	14	12.210 €
F01D	O	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei- oder Einkammer-Stim. mit äußerst schweren CC oder Einkammer-Stim. mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder mit IntK > 392 / 368 / - AP oder best. Sondenentfernung oder Alter < 18 Jahre	3,614	4	1.611 €	26	15.200 €
F01E	O	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation oder aufwendige Sondenentfernung, ohne Implantation eines Drucksensors in Pulmonalarterie, ohne Implantation eines intrakardialen Pulsgenerators, Alter > 17 Jahre	2,323	2	3.125 €	13	9.770 €
F01F	O	Impl. Kardioverter / Defibrillator (AICD), Einkammer-Stimulation, ohne zusätzl. Herz- od. Gefäßeingriff, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne äuß. schw. CC, ohne aufw. Sondenentf., ohne Impl. Drucksens. in Pulmonalart., ohne Impl. Pulsgen., Alter > 17 J.	2,011	2	2.360 €	12	8.458 €
F02A	O	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Dreikammer-Stimulation	1,722	2	463 €	5	7.243 €
F02B	O	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Einkammer-Stimulation	1,475	2	866 €	6	6.204 €
F18A	O	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder mit aufwendiger Sondenentfernung	2,995	4	1.207 €	23	12.597 €
F18B	O	Revision Herzschrittmacher od. Kardioverter / Defibrillator (AICD) oh. Aggregatw., Alt. < 16 J. od. mit äuß. schw. CC, oh. kompl. Ingr., oh. aufwend. Sondenentf. od. Alt. > 15 J., oh. äuß. schw. CC mit kompl. Ingr., mit intralum. exp. Extraktionshilfe	2,080	3	1.346 €	20	8.748 €
F18C	O	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, mit komplexem Eingriff, ohne intraluminale expandierende Extraktionshilfe	1,151	2	1.497 €	11	4.841 €
F18D	O	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, ohne komplexen Eingriff	0,661	2	1.489 €	7	2.780 €

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



# IMPLANTIERBARER DEFIBRILLATOR IM STATIONÄREN BEREICH

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

### Prozedurenzuordnung<sup>4)</sup>

	OPS	Beschreibung	
Neimplantation bzw. Systemumstellung	5-377.5_	<b>Defibrillator mit Einkammer-Stimulation</b> .50 Ohne atriale Detektion .51 Mit atrialer Detektion	
	5-377.6	<b>Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation</b>	
	5-377.7_	<b>Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation</b> .70 Ohne Vorhofelektrode .71 Mit Vorhofelektrode	
	5-377.c_	<b>Isolierte Sondenimplantation, offen chirurgisch</b> .c0 Epikardial, linksventrikulär .c1 Epikardial, rechtsventrikulär .c2 Epithorakal	
	5-378.b_	<b>Systemumstellung: Herzschrittmacher auf Defibrillator</b> .b8 Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion .b9 Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion .ba Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation .bb Herzschrittmacher auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode .bc Herzschrittmacher auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode .bd Herzschrittmacher auf Defibrillator mit subkutaner Elektrode	
	5-378.c_	<b>Systemumstellung: Defibrillator auf Defibrillator</b> .c0 Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation .c1 Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode .c2 Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode .c3 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion .c4 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion .c5 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode .c6 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode .c7 Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion .c8 Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion .c9 Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation .cf Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion .cg Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion .ch Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation .cj Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode .ck Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode .cm Defibrillator auf intrakardialen Impulsgenerator	
	5-378.5_	<b>Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonden)</b> .5c Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion .5d Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion .55 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation .5e Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode .5f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode	
	5-378.6_	<b>Aggregat- und Sondenwechsel</b> .6c Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion .6d Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion .65 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation .6e Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode .6f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode	
	Aggregatwechsel		

# IMPLANTIERBARER DEFIBRILLATOR IM STATIONÄREN BEREICH

## Prozedurenzuordnung

	OPS	Beschreibung
Revisionen, Sondenwechsel oder isolierte Sondenimplantationen	5-377.g_	<b>Isolierte Sondenimplantation, endovaskulär</b> .g0 Linksventrikulär .g1 Rechtsventrikulär .g2 Rechtsatrial
	5-378.0_	<b>Aggregatentfernung</b> .0c Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion .0d Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion .05 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation .0e Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode .0f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
	5-378.1_	<b>Sondenentfernung</b> .19 Defibrillator .1a Synchronisationssystem
	5-378.2_	<b>Aggregat- und Sondenentfernung</b> .2c Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion .2d Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion .25 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation .2e Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode .2f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
	5-378.3_	<b>Sondenkorrektur</b> .3c Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion .3d Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion .35 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation .3e Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode .3f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
	5-378.4_	<b>Lagekorrektur des Aggregats</b> .4c Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion .4d Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion .45 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation .4e Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode .4f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
	5-378.7_	<b>Sondenwechsel</b> .7c Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion .7d Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion .75 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation .7e Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode .7f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
	5-378.8_	<b>Kupplungskorrektur</b> .8c Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion .8d Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion .85 Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation .8e Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode .8f Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode

### Zusatzcodes, Auswahl

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

# IMPLANTIERBARER DEFIBRILLATOR IM AMBULANTEN BEREICH – EBM 2000<sup>5)</sup>

## Vergütung der ärztlichen Leistung (ohne Material)

### 1-Kammer-ICD Implantation

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	26,61 €	1	26,61 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	12,53 €	1	12,53 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	15,75 €	1	15,75 €
Operation	31213	Eingriff der Kategorie L3	306,46 €	1	306,46 €
	31823	Anästhesie oder Narkose 3	202,28 €	1	202,28 €
	31505	Postoperative Überwachung 5	116,59 €	1	116,59 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	23,51 €	2	47,02 €
	34280	Durchleuchtungen	11,34 €	1	11,34 €
Nach- sorge	31609	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	21,24 €	1	21,24 €
	13573	Funktionsanalyse, Defibrillator	47,74 €	1	47,74 €
					807,56 €
7% Sachkostenpauschale					56,53 €
					<b>864,09 €</b>

### 2-Kammer-ICD Implantation

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	26,61 €	1	26,61 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	12,53 €	1	12,53 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	15,75 €	1	15,75 €
Operation	31215	Eingriff der Kategorie L5	571,99 €	1	571,99 €
	31825	Anästhesie oder Narkose 5	327,47 €	1	327,47 €
	31506	Postoperative Überwachung 6	165,64 €	1	165,64 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	23,51 €	2	47,02 €
	34280	Durchleuchtungen	11,34 €	1	11,34 €
Nach- sorge	31611	Postoperative Behandlung Chirurgie I/3b	28,64 €	1	28,64 €
	13573	Funktionsanalyse, Defibrillator	47,74 €	1	47,74 €
					1.254,73 €
7% Sachkostenpauschale					87,83 €
					<b>1.342,56 €</b>

### 3-Kammer-ICD Implantation

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	26,61 €	1	26,61 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	12,53 €	1	12,53 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	15,75 €	1	15,75 €
Operation	31215	Eingriff der Kategorie L5	571,99 €	1	571,99 €
	31825	Anästhesie oder Narkose 5	327,47 €	1	327,47 €
	31506	Postoperative Überwachung 6	165,64 €	1	165,64 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	23,51 €	2	47,02 €
	34280	Durchleuchtungen	11,34 €	1	11,34 €
Nach- sorge	31611	Postoperative Behandlung Chirurgie I/3b	28,64 €	1	28,64 €
	13575	Funktionsanalyse, CRT	58,71 €	1	58,71 €
					1.265,70 €
7% Sachkostenpauschale					88,60 €
					<b>1.354,30 €</b>

# IMPLANTIERBARER DEFIBRILLATOR IM AMBULANTEN BEREICH – EBM 2000

## Vergütung der ärztlichen Leistung (ohne Material)

### 1- und 2-Kammer ICD Wechsel

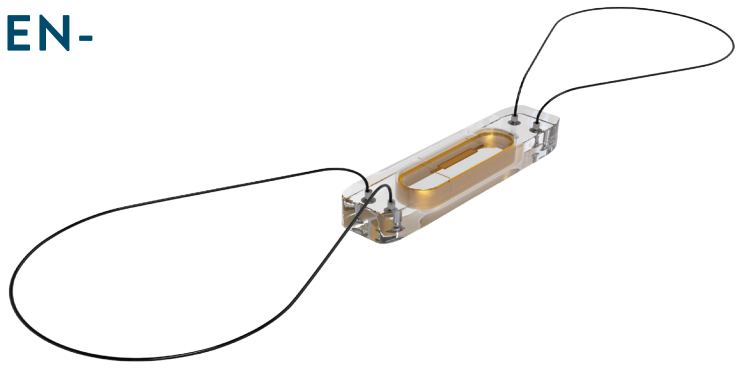
	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	26,61 €	1	26,61 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	12,53 €	1	12,53 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	15,75 €	1	15,75 €
Operation	31212	Eingriff der Kategorie L2	220,18 €	1	220,18 €
	31822	Anästhesie oder Narkose 2	160,63 €	1	160,63 €
	31503	Postoperative Überwachung 3	58,24 €	1	58,24 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	23,51 €	2	47,02 €
	34280	Durchleuchtungen	11,34 €	1	11,34 €
Nach- sorge	31609	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	21,24 €	1	21,24 €
	13573	Funktionsanalyse, Defibrillator	47,74 €	1	47,74 €
					621,28 €
7% Sachkostenpauschale					43,49 €
					<b>664,77 €</b>

### 3-Kammer-ICD Wechsel

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	26,61 €	1	26,61 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	12,53 €	1	12,53 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	15,75 €	1	15,75 €
Operation	31213	Eingriff der Kategorie L3	306,46 €	1	306,46 €
	31823	Anästhesie oder Narkose 3	202,28 €	1	202,28 €
	31505	Postoperative Überwachung 5	116,59 €	1	116,59 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	23,51 €	2	47,02 €
	34280	Durchleuchtungen	11,34 €	1	11,34 €
Nach- sorge	31609	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	21,24 €	1	21,24 €
	13575	Funktionsanalyse, CRT	58,71 €	1	58,71 €
					818,53 €
7% Sachkostenpauschale					57,30 €
					<b>875,83 €</b>



# PULMONAL-ARTERIEN-DRUCKSENSOR



## HAUPTDIAGNOSE <sup>6)</sup>

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

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

## PROZEDUREN

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

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

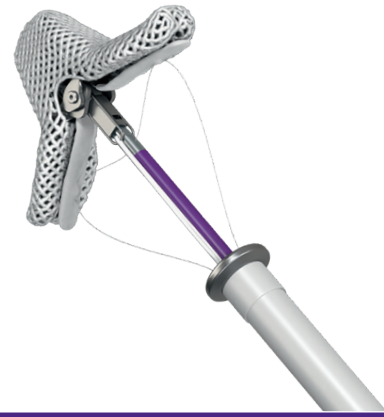
## aG-DRG

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

**F01C      Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator oder intrakardialer Pulsgenerator, ohne komplizierende Faktoren oder Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie** mit einem Relativgewicht von 2,903, was einem Erlös von ca. 12.210 Euro entspricht\*

\* Berechnet mit dem Orientierungswert 2024 in Höhe von 4.205,95 Euro.

# KATHETERBASIERTE TRIKUSPIDALKLAPPEN- THERAPIE



## HAUPTDIAGNOSE

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

**I07.1** **Trikuspidalklappeninsuffizienz** Inkl.: Trikuspidalklappeninsuffizienz (rheumatisch)

**I36.1** **Nicht-rheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz**

## PROZEDUREN

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

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

## aG-DRG

Die Kombination aus Hauptdiagnose und Prozedur triggert in den meisten Fällen eine der folgenden aG-DRGs:

**F98C** **Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, ohne sehr komplexen Eingriff** mit einem Relativgewicht von 7,323, was einem Erlös von ca. 30.800 Euro entspricht

**F98A** **Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 30 Jahre oder Implantation eines Wachstumsstents** mit einem Relativgewicht von 6,969 was einem Erlös von ca. 29.311 Euro entspricht\*

\* Berechnet mit dem Orientierungswert 2024 in Höhe von 4.205,95 Euro.

# KATHETERBASIERTE MITRALKLAPPEN- THERAPIE



## HAUPTDIAGNOSE

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

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

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

## PROZEDUREN

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

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

Inkl.: Transvenöse Clip-Rekonstruktion der Mitralklappe

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

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

**5-35b.00**    1 Clip

**5-35b.01**    2 Clips

**5-35b.02**    3 Clips

**5-35b.03**    4 Clips

**5-35b.04**    5 oder mehr Clips

## aG-DRG

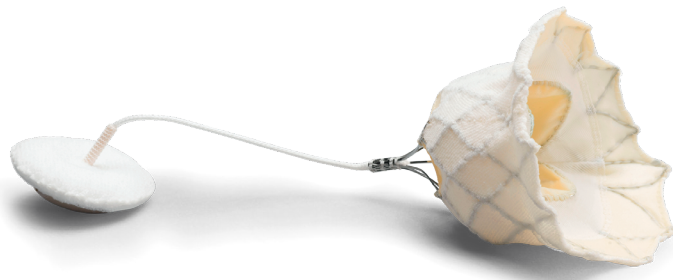
Die Kombination aus Hauptdiagnose und Prozedur triggert in den meisten Fällen eine der folgenden aG-DRGs:

**F98C**      **Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, ohne sehr komplexen Eingriff** mit einem Relativgewicht von 7,323, was einem Erlös von ca. 30.800 Euro entspricht

**F98A**      **Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 30 Jahre oder Implantation eines Wachstumsstents** mit einem Relativgewicht von 6,969 was einem Erlös von ca. 29.311 Euro entspricht\*

\* Berechnet mit dem Orientierungswert 2024 in Höhe von 4.205,95 Euro.

# MITRALKLAPPEN TRANSKATHETER ERSATZ



## HAUPTDIAGNOSE

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

**I05.0**      **Mitralklappenstenose**

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

**I05.2**      **Mitralklappenstenose mit Insuffizienz**

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

**I34.1**      **Mitralklappenprolaps**

**I34.2**      **Nicht-rheumatische Mitralklappenstenose**

**I34.80**     **Nicht-rheumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz**

**Q23.2**     **Angeborene Mitralklappenstenose**

**Q23.3**     **Angeborene Mitralklappeninsuffizienz**

## PROZEDUREN

Zur Kodierung des Eingriffes stehen grundsätzlich folgende OPS-Kodes zur Verfügung:

**5-35a.3-**     **Implantation eines Mitralklappenersatzes**

**5-35a.30**    **Endovaskulär**

**5-35a.33**    **Transapikal**

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

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

## aG-DRG

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

**F98A**      **Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 30 Jahre oder Implantation eines Wachstumsstents mit einem Relativgewicht von 6,969 was einem Erlös von ca. 29.311 Euro entspricht\***

\* Berechnet mit dem Orientierungswert 2024 in Höhe von 4.205,95 Euro.

# HERZUNTERSTÜTZUNGS- SYSTEM (VAS) UND EXTRA-KORPORALE MEMBRAN- OXYGENIERUNG (ECMO)



## HAUPTDIAGNOSE

Als Hauptdiagnose könnte z.B. ein ICD-10 Kode aus dem Bereich I50.- gewählt werden, wie:

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

## PROZEDUREN

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

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

Die Dauer der Behandlung mit einer extrakorporalen univentrikulären Pumpe (5-376.2-) ist gesondert zu kodieren, z.B. durch einen Kode aus der Gruppe:

<b>8-83a</b>	<b>Dauer der Behandlung mit einem herzunterstützenden System</b>
<b>8-83a.1-</b>	<b>Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreiselpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär</b>
8-83a.10	Bis unter 48 Stunden
8-83a.11	48 bis unter 96 Stunden
8-83a.13	96 bis unter 144 Stunden
8-83a.14	144 bis unter 192 Stunden
8-83a.15	192 bis unter 240 Stunden
8-83a.16	240 bis unter 288 Stunden
8-83a.17	288 bis unter 384 Stunden
8-83a.18	384 bis unter 480 Stunden
8-83a.19	480 bis unter 576 Stunden
8-83a.1a	576 oder mehr Stunden

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

Die Anwendung der VV-ECMO ist gesondert zu kodieren, z.B. durch einen Kode aus der Gruppe:

<b>8-852</b>	<b>Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie</b>
<b>8-852.0</b>	<b>Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung</b>
8-852.00	Dauer der Behandlung bis unter 48 Stunden
8-852.01	Dauer der Behandlung 48 bis unter 96 Stunden
8-852.03	Dauer der Behandlung 96 bis unter 144 Stunden
8-852.04	Dauer der Behandlung 144 bis unter 192 Stunden
8-852.05	Dauer der Behandlung 192 bis unter 240 Stunden
8-852.06	Dauer der Behandlung 240 bis unter 288 Stunden
8-852.07	Dauer der Behandlung 288 bis unter 384 Stunden
8-852.08	Dauer der Behandlung 384 bis unter 480 Stunden
8-852.09	Dauer der Behandlung 480 bis unter 576 Stunden
8-852.0b	Dauer der Behandlung 576 bis unter 768 Stunden
8-852.0c	Dauer der Behandlung 768 bis unter 960 Stunden
8-852.0d	Dauer der Behandlung 960 bis unter 1.152 Stunden
8-852.0f	Dauer der Behandlung 1.152 bis unter 1.344 Stunden
8-852.0g	Dauer der Behandlung 1.344 bis unter 1.536 Stunden
8-852.0h	Dauer der Behandlung 1.536 bis unter 1.728 Stunden
8-852.0j	Dauer der Behandlung 1.728 bis unter 1.920 Stunden
8-852.0k	Dauer der Behandlung 1.920 bis unter 2.112 Stunden
8-852.0m	Dauer der Behandlung 2.112 bis unter 2.304 Stunden
8-852.0n	Dauer der Behandlung 2.304 bis unter 2.496 Stunden
8-852.0p	Dauer der Behandlung 2.496 bis unter 2.688 Stunden
8-852.0q	Dauer der Behandlung 2.688 bis unter 2.880 Stunden
8-852.0r	Dauer der Behandlung 2.880 bis unter 3.072 Stunden
8-852.0s	Dauer der Behandlung 3.072 bis unter 3.264 Stunden
8-852.0t	Dauer der Behandlung 3.264 bis unter 3.456 Stunden
8-852.0u	Dauer der Behandlung 3.456 bis unter 3.648 Stunden
8-852.0v	Dauer der Behandlung 3.648 bis unter 3.840 Stunden
8-852.0w	Dauer der Behandlung 3.840 bis unter 4.032 Stunden
8-852.0z	Dauer der Behandlung 4.032 oder mehr Stunden



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

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

<b>8-852</b>	<b>Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie</b>
<b>8-852.3</b>	<b>Anwendung einer minimalisierten Herz-Lungen-Maschine</b>
8-852.30	Dauer der Behandlung bis unter 48 Stunden
8-852.31	Dauer der Behandlung 48 bis unter 96 Stunden
8-852.33	Dauer der Behandlung 96 bis unter 144 Stunden
8-852.34	Dauer der Behandlung 144 bis unter 192 Stunden
8-852.35	Dauer der Behandlung 192 bis unter 240 Stunden
8-852.36	Dauer der Behandlung 240 bis unter 288 Stunden
8-852.37	Dauer der Behandlung 288 bis unter 384 Stunden
8-852.38	Dauer der Behandlung 384 bis unter 480 Stunden
8-852.39	Dauer der Behandlung 480 bis unter 576 Stunden
8-852.3b	Dauer der Behandlung 576 bis unter 768 Stunden
8-852.3c	Dauer der Behandlung 768 bis unter 960 Stunden
8-852.3d	Dauer der Behandlung 960 bis unter 1.152 Stunden
8-852.3e	Dauer der Behandlung 1.152 oder mehr Stunden

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

### aG-DRG

Die Kombination aus Hauptdiagnose und Prozedur kann verschiedene aG-DRGs triggern. In den meisten Fällen handelt es sich jedoch um eine der folgenden aG-DRGs:

<b>F36A</b>	<b>Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, &gt; 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder &gt; 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff</b> mit einem Relativgewicht von 14,525, was einem Erlös von ca. 61.091 Euro entspricht.*
<b>F36B</b>	<b>Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsystem. m. kompliz. Fakt., &gt; 588 / 828 / - P. od. &gt; - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Eingr. od. &gt; - / 552 / 552 P. m. best. Aortenstent od. minimalinv. Eingr. an mehrer. Herzkkl.</b> mit einem Relativgewicht von 10,517, was einem Erlös von ca. 44.234 Euro entspricht.*
<b>A13B</b>	<b>Beatmung &gt; 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter &lt; 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. &gt; - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.</b> mit einem Relativgewicht von 8,571, was einem Erlös von ca. 36.049 Euro entspricht.*
<b>A09B</b>	<b>Beatmung &gt; 499 Stunden oder &gt; 249 Stunden mit int. Komplexbeh. &gt; 2352 / 1932 / 2208 Punkte, mit angeb. Fehlbild. oder Tumorerkr., Alter &lt; 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. &gt; 1764 / 1932 / - P., Alter &lt; 16 J.</b> mit einem Relativgewicht von 15,046, was einem Erlös von ca. 63.283 Euro entspricht.*
<b>A09A</b>	<b>Beatmung &gt; 499 Stunden oder &gt; 249 Stunden mit IntK &gt; 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer OR-Prozedur, Alter &lt; 16 Jahre, mit IntK &gt; 1764 / 1932 / - Punkten oder mit sehr komplexem Eingriff und IntK &gt; - / 2208 / - Punkten</b> mit einem Relativgewicht von 22,978, was einem Erlös von ca. 96.644 Euro entspricht.*

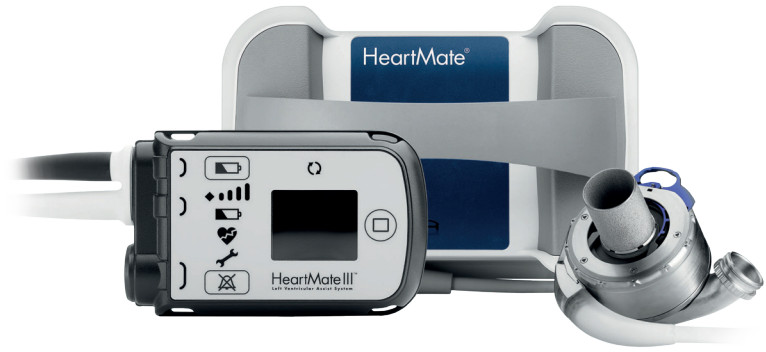
### ZUSATZENTGELT

Die Prozedur führt zu einem Zusatzentgelt: **ZE2024-02 Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“)**, das jährlich krankenhausindividuell mit den Kostenträgern verhandelt werden muss und nur für ein Jahr jeweils gültig ist.

Die Verwendung des Codes 8-852.0- sowie 8-852.3- führt zu einem Zusatzentgelt: **ZE2024-03 ECMO und PECLA**, das jährlich krankenhausindividuell mit den Kostenträgern verhandelt werden muss und nur für ein Jahr jeweils gültig ist.

\* Berechnet mit dem Orientierungswert 2024 in Höhe von 4.205,95 Euro.

# LINKSHERZ- UNTERSTÜTZUNGS- SYSTEM (LVAS)



## HAUPTDIAGNOSE

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

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

## PROZEDUREN

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

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

## aG-DRG

Die Kombination aus Hauptdiagnose und Prozedur kann verschiedene aG-DRGs triggern. In den meisten Fällen handelt es sich jedoch um eine der folgenden aG-DRGs:

**F36A Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff** mit einem Relativgewicht von 14,525, was einem Erlös von ca. 61.091 Euro entspricht.\*

**A09A Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit IntK > 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre, mit IntK > 1764 / 1932 / - Punkten oder mit sehr komplexem Eingriff und IntK > - / 2208 / - Punkten** mit einem Relativgewicht von 22,978, was einem Erlös von ca. 96.644 Euro entspricht.\*

**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.** mit einem Relativgewicht von 10,517, was einem Erlös von ca. 44.234 Euro entspricht.\*

**A11A Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 Aufwandsp.** mit einem Relativgewicht von 18,811, was einem Erlös von ca. 79.118 Euro entspricht.\*

**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.** mit einem Relativgewicht von 6,714, was einem Erlös von ca. 28.239 Euro entspricht.\*

## ZUSATZENTGELT

Die Prozedur führt zu einem spezifischen Zusatzentgelt: **ZE2024-02 Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“)**, das jährlich krankenhausesindividuell mit den Kostenträgern verhandelt werden muss und nur für ein Jahr jeweils gültig ist.




\* Berechnet mit dem Orientierungswert 2024 in Höhe von 4.205,95 Euro.

## NATIONALE VERSORGUNGSLEITLINIE (NVL) CHRONISCHE HERZINSUFFIZIENZ

Die erste Auflage der NVL Chronische Herzinsuffizienz wurde 2009 veröffentlicht. Seit 2015 befindet sich die Leitlinie<sup>7)</sup> in kontinuierlicher Prüfung und kapitelweiser Überarbeitung. Für die 2. Auflage (2017) der Leitlinie wurden die Kapitel „Medikamentöse Therapie“, „Invasive Therapie“ und „Versorgungskoordination“ komplett überarbeitet. Mit der 3. Auflage (2019) wurden die weiteren Kapitel, wie unter anderem „Diagnostik“ und „Komorbiditäten“ aktualisiert. Die Inhalte der bereits 2017 aktualisierten Kapitel wurden geprüft und bestätigt. Im September 2021 wurde aufgrund aktueller Entwicklungen ein neuer Abschnitt im Kapitel Medikamentöse Therapie eingefügt (3. Auflage, Version 3). Im Laufe des Jahres 2024 ist mit der Veröffentlichung der neuesten Version zu rechnen.

## VENTRIKULÄRE UNTERSTÜTZUNGSSYSTEME

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

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

## ZUSATZENTGELTE IM aG-DRG-SYSTEM

Einige der in diesem Kodierleitfaden beschriebenen Kodierbeispiele steuern durch die verwendeten OPS-Kodes sogenannte Zusatzentgelte (kurz ZE) an. Zusatzentgelte sind Vergütungsbestandteile, die zusätzlich zur Fallpauschale einer DRG vergütet werden. Sie werden für Leistungen der Regelversorgung gewährt, also für Leistungen, die bereits Bestandteil des Leistungskataloges der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherungen sind. Die gesetzliche Grundlage hierzu schafft § 6 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG).

Es wird zwischen bewerteten und krankenhausesindividuell zu verhandelnden Zusatzentgelten unterschieden. Bewertete Zusatzentgelte sind mit einem monetären Wert hinterlegt, welcher für jedes Krankenhaus in Deutschland in der Abrechnung gültig ist. Bei krankenhausesindividuell zu verhandelnden Zusatzentgelten war es dem InEK nicht möglich, eine feste Bepreisung festzulegen, meist aufgrund einer unzureichenden Datenlage. Diese müssen daher jährlich in den prospektiven Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern individuell verhandelt werden. Falls im Verhandlungszeitraum keine Vereinbarung für ein krankenhausesindividuelles ZE getroffen werden konnte, werden diese pauschal mit 600,00 € abgerechnet.

Im Fallpauschalen-Katalog finden Sie die bepreisten ZEs in den Anlagen 2 und 5, die krankenhausesindividuell zu vereinbarenden in den Anlagen 4 und 6.

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

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

# PROZEDURENVERZEICHNIS

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

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

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

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



# PROZEDURENVERZEICHNIS

## Implantation eines Defibrillators (5-377)

OPS	Beschreibung
<b>5-377.5</b>	<b>Defibrillator mit Einkammer-Stimulation</b>
<b>5-377.50</b>	Ohne atriale Detektion
<b>5-377.51</b>	Mit atrialer Detektion
<b>5-377.6</b>	<b>Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation</b>
<b>5-377.7</b>	<b>Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation</b>
<b>5-377.70</b>	Ohne Vorhofelektrode
<b>5-377.71</b>	Mit Vorhofelektrode
<b>5-377.d</b>	Verwendung von Herzschrittmachern, Defibrillatoren oder Ereignis-Rekordern mit automatischem Fernüberwachungssystem
<b>5-377.f_</b>	Verwendung von Defibrillatoren mit zusätzlicher Mess- oder spezieller Stimulationsfunktion <b>.f0</b> Mit zusätzlicher Messfunktion für das Lungenwasser <b>.f1</b> Mit zusätzlichem Drucksensor zur nicht-invasiven Messung des rechtsventrikulären Druckes <b>.f2</b> Mit zusätzlicher Messfunktion für die Kontraktilität des Herzmuskels <b>.f3</b> Mit zusätzlicher Funktion zum Monitoring der ST-Strecke <b>.f4</b> Mit quadripolarer Stimulationsfunktion

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

OPS	Beschreibung
<b>8-83a.1-</b>	<b>Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreiselpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär</b>
<b>8-83a.10</b>	Bis unter 48 Stunden
<b>8-83a.11</b>	48 bis unter 96 Stunden
<b>8-83a.13</b>	96 bis unter 144 Stunden
<b>8-83a.14</b>	144 bis unter 192 Stunden
<b>8-83a.15</b>	192 bis unter 240 Stunden
<b>8-83a.16</b>	240 bis unter 288 Stunden
<b>8-83a.17</b>	288 bis unter 384 Stunden
<b>8-83a.18</b>	384 bis unter 480 Stunden
<b>8-83a.19</b>	480 bis unter 576 Stunden
<b>8-83a.1a</b>	576 oder mehr Stunden

## (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention an Gefäßen des Lungenkreislaufes (8-838)

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

# PROZEDURENVERZEICHNIS

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

OPS	Beschreibung
<b>8-852.0-</b>	<b>Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung</b>
<b>8-852.00</b>	Dauer der Behandlung bis unter 48 Stunden
<b>8-852.01</b>	Dauer der Behandlung 48 bis unter 96 Stunden
<b>8-852.03</b>	Dauer der Behandlung 96 bis unter 144 Stunden
<b>8-852.04</b>	Dauer der Behandlung 144 bis unter 192 Stunden
<b>8-852.05</b>	Dauer der Behandlung 192 bis unter 240 Stunden
<b>8-852.06</b>	Dauer der Behandlung 240 bis unter 288 Stunden
<b>8-852.07</b>	Dauer der Behandlung 288 bis unter 384 Stunden
<b>8-852.08</b>	Dauer der Behandlung 384 bis unter 480 Stunden
<b>8-852.09</b>	Dauer der Behandlung 480 bis unter 576 Stunden
<b>8-852.0b</b>	Dauer der Behandlung 576 bis unter 768 Stunden
<b>8-852.0c</b>	Dauer der Behandlung 768 bis unter 960 Stunden
<b>8-852.0d</b>	Dauer der Behandlung 960 bis unter 1.152 Stunden
<b>8-852.0f</b>	Dauer der Behandlung 1.152 bis unter 1.344 Stunden
<b>8-852.0g</b>	Dauer der Behandlung 1.344 bis unter 1.536 Stunden
<b>8-852.0h</b>	Dauer der Behandlung 1.536 bis unter 1.728 Stunden
<b>8-852.0j</b>	Dauer der Behandlung 1.728 bis unter 1.920 Stunden
<b>8-852.0k</b>	Dauer der Behandlung 1.920 bis unter 2.112 Stunden
<b>8-852.0m</b>	Dauer der Behandlung 2.112 bis unter 2.304 Stunden
<b>8-852.0n</b>	Dauer der Behandlung 2.304 bis unter 2.496 Stunden
<b>8-852.0p</b>	Dauer der Behandlung 2.496 bis unter 2.688 Stunden
<b>8-852.0q</b>	Dauer der Behandlung 2.688 bis unter 2.880 Stunden
<b>8-852.0r</b>	Dauer der Behandlung 2.880 bis unter 3.072 Stunden
<b>8-852.0s</b>	Dauer der Behandlung 3.072 bis unter 3.264 Stunden
<b>8-852.0t</b>	Dauer der Behandlung 3.264 bis unter 3.456 Stunden
<b>8-852.0u</b>	Dauer der Behandlung 3.456 bis unter 3.648 Stunden
<b>8-852.0v</b>	Dauer der Behandlung 3.648 bis unter 3.840 Stunden
<b>8-852.0w</b>	Dauer der Behandlung 3.840 bis unter 4.032 Stunden
<b>8-852.0z</b>	Dauer der Behandlung 4.032 oder mehr Stunden

# PROZEDURENVERZEICHNIS

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

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

# AUSGEWÄHLTE DIAGNOSECODES

## Chronisch rheumatische Herzkrankheiten

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

## Hypertonie

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

# AUSGEWÄHLTE DIAGNOSECODES

## Ischämische Herzkrankheiten

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

## Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten

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

# AUSGEWÄHLTE DIAGNOSECODES

## Kardiomyopathie

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

## Sonstige Formen der Herzkrankheit

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



# AUSGEWÄHLTE DIAGNOSECODES

## Herzinsuffizienz

ICD	Beschreibung
<b>I50.0-</b>	<b>Rechtsherzinsuffizienz</b> Soll das Stadium der Rechtsherzinsuffizienz angegeben werden, ist für die Schlüsselnummern I50.00 und I50.01 eine zusätzliche Schlüsselnummer aus I50.02! bis I50.05! zu benutzen.
<b>I50.00</b>	Primäre Rechtsherzinsuffizienz
<b>I50.01</b>	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz Globale Herzinsuffizienz Rechtsherzinsuffizienz infolge Linksherzinsuffizienz Rechtsherzinsuffizienz o.n.A.
<b>I50.02!</b>	Rechtsherzinsuffizienz ohne Beschwerden NYHA-Stadium I
<b>I50.03!</b>	Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung NYHA-Stadium II
<b>I50.04!</b>	Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichterer Belastung NYHA-Stadium III
<b>I50.05!</b>	Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe NYHA-Stadium IV
<b>I50.1-</b>	<b>Linksherzinsuffizienz</b> Asthma cardiale Diastolische Herzinsuffizienz Linksherzversagen Lungenödem (akut) mit Angabe einer nicht näher bezeichneten Herzkrankheit oder einer Herzinsuffizienz
<b>I50.11</b>	Ohne Beschwerden NYHA-Stadium I
<b>I50.12</b>	Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung NYHA-Stadium II
<b>I50.13</b>	Mit Beschwerden bei leichterer Belastung NYHA-Stadium III
<b>I50.14</b>	Mit Beschwerden in Ruhe NYHA-Stadium IV

## Zerebrovaskuläre Krankheiten

ICD	Beschreibung
<b>I61.-</b>	<b>Intrazerebrale Blutung</b> Soll die Ursache der intrazerebralen Blutung angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer aus I67.0-I67.1- oder aus Q28.0-Q28.3- zu verwenden.
<b>I63.-</b>	<b>Hirnfarkt</b>
<b>I64</b>	<b>Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet</b>

# AUSGEWÄHLTE DIAGNOSECODES

## Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems

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

# HÄUFIGE NEBENDIAGNOSEN

## Stoffwechselerkrankungen

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

## Nierenerkrankungen

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

# HÄUFIGE NEBENDIAGNOSEN

## Infektionen

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

## Krankheiten des Verdauungssystems

ICD	Beschreibung
<b>K92.-</b>	<b>Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems</b>
<b>K92.2</b>	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet

# GLOSSAR

## BFW

Der Basisfallwert, baserate (br): bezeichnet den Betrag, der bei der Berechnung der aG-DRG-Erlöse für die Behandlung eines Patienten zugrunde gelegt wird. Die Basisfallwerte sind jeweils für ein Jahr landesweit gültig (Landesbasisfallwert (LBFW)).

## BMG

Bundesministerium für Gesundheit ([www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de))

## CCL

Complication and Comorbidity Level (Schweregrad einer Nebendiagnose)

Jeder Nebendiagnose (ND) ist in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose (HD) ein Schweregrad zugeordnet

0 = Nebendiagnose zahlt nicht als Begleiterkrankung oder Komplikation (ohne CC)

1 = leichte CC

3 = schwere CC

5 = schwerste CC

2 = mäßig schwere CC

4 = äußerst schwere CC

6 = schwerste CC

## CRT

Cardiac Resynchronization Therapy (Geräte zur kardialen Resynchronisationstherapie)

## DIMDI

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information. Das DIMDI ist eine nachgeordnete Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und wurde 1969 gegründet. Zu seinen Aufgaben gehört es, der fachlich interessierten Öffentlichkeit Informationen aus dem gesamten Gebiet der Medizin zugänglich zu machen ([www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)).

## DKG

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

## aG-DRG

Diagnosis Related Groups (deutsch **Diagnosebezogene Fallgruppen**, das a steht für "ausgegliedert") bezeichnen ein ökonomisch-medizinisches Klassifikationssystem, bei dem Patienten anhand ihrer Diagnosen und der durchgeführten Behandlungen in Fallgruppen klassifiziert werden, die nach dem für die Behandlung erforderlichen ökonomischen Aufwand unterteilt und bewertet sind. In Deutschland wurde das aus Australien kommende DRG-System 2003 eingeführt und zu einem Fallpauschalensystem weiterentwickelt. Seither wird es zur Vergütung der einzelnen Krankenhausfälle verwendet. Seit dem Jahr 2020 löst das aG-DRG-System das bisherige G-DRG-System ab.

## GKV SPIBU

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

## HD

**Hauptdiagnose**

## HI/HF

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

## ICD

Implantierbarer Cardioverter/Defibrillator. ICDs überwachen den Herzrhythmus einer Patient:in und können über elektrische Impulse den Herzmuskel stimulieren sowie durch Schockabgabe schwerwiegende Formen von Herzrhythmusstörungen beenden und wieder einen normalen Herzrhythmus herstellen.

# GLOSSAR

## INEK

**I**nstitut für das **E**ntgeltssystem im **K**rankenhaus (Deutsches DRG-Institut), wurde am 10. Mai 2001 in der Rechtsform einer gemeinnützigen GmbH gegründet. Die Selbstverwaltungspartner im deutschen Gesundheitswesen – die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung haben dem InEK die Aufgaben im Zusammenhang mit der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des Vergütungssystems übertragen ([www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)).

## KHK

**K**oronare **H**erz**K**rankheit. Eine Erkrankung in deren Folge die Herzkranzgefäße durch Atherosklerose verengt und verkalkt sind.

## LVAD

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

## MDC

**M**ajor **D**iagnostic **C**ategory

Hauptdiagnosekategorie im aG-DRG-System, z.B. befinden sich die für die Rhythmologie relevanten aG-DRGs in der MDC 05 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems).

## NDx

**N**ebendiagnose(n)

## NYHA

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

## OPS

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

# QUELLEN

### 1. Qualitätskriterien NRW:

[https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/nd\\_anlage\\_2\\_uebersichtstabelle\\_der\\_qualitaetskrite.xlsx](https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/nd_anlage_2_uebersichtstabelle_der_qualitaetskrite.xlsx)

### 2. GKV-Spitzenverband, Veränderungswert 2024:

[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/orientierungswert/2023\\_10\\_26\\_Vereinbarung\\_Veraenderungswert\\_2024\\_KHEntg.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/orientierungswert/2023_10_26_Vereinbarung_Veraenderungswert_2024_KHEntg.pdf)

### 3. InEK, Fallpauschalenkatalog 2024:

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

### 4. BfArM, OPS Version 2024: [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html)

### 5. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Einheitlicher Bewertungsmaßstab 2024:

[https://www.kbv.de/media/sp/EBM\\_Gesamt\\_-\\_Stand\\_1.\\_Quartal\\_2024.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/EBM_Gesamt_-_Stand_1._Quartal_2024.pdf)

### 6. BfArM, ICD-10 GM Version 2024:

[https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html)

### 7. Nationale Versorgungsleitlinien, NVL Chronische Herzinsuffizienz, 3. Auflage:

<https://www.leitlinien.de/themen/herzinsuffizienz/3-auflage/kapitel-7>

# DAS KÖNNTE SIE AUCH INTERESSIEREN



Kodierhilfe  
Gefäßinterventionen – PTA



Kodierhilfe  
Koronarinterventionen – PCI



Kodierhilfe  
Neurostimulation



Kodierhilfe  
Ambulante Abrechnung  
Neurostimulation



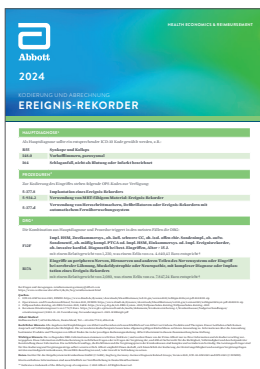
Kodierhilfe  
Structural Heart



Kodierhilfe  
Rhythmologie

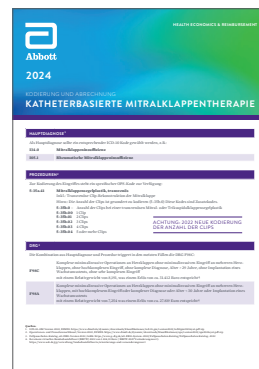


Kodierhilfe  
Ambulante Abrechnung  
Cardiac Rhythm Management



Ereignis-Rekorder

EP-Ablation



Katheterbasierte  
Mitralklappentherapie



Mitralklappen  
Transkatheter Ersatz

WEITERE INFORMATIONEN UND KODIERHINWEISE FINDEN SIE UNTER

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



# WIR FÜR SIE



## KATHARINA BECK

**Associate Manager  
Health Economics & Reimbursement**

Telefon: +49 (0) 6196 7711-172



## JANNIS RADELEFF

**Head of Health Economics &  
Reimbursement DACH**

Telefon: +49 (0) 6196 7711-144

## IHR ANSPRECHPARTNER

### Abbott Medical GmbH

Helfmann-Park 7  
65760 Eschborn

Tel: +49 6196 771111-0

Fax: +49 6169 7711-117

Bei Fragen und Anregungen: [reimbursement-germany@abbott.com](mailto:reimbursement-germany@abbott.com)

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

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

**Daten:** Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (© InEK), Siegburg, Germany: German Diagnosis Related Groups, Version 2024, ICD-10-GM 2024 und OPS 2024 (© BfArM).

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

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

Archivierung der Daten und Fotoaufnahmen durch Abbott Medical.  
Hierin enthaltene Informationen sind ausschließlich zur Veröffentlichung in Deutschland bestimmt.

**ABBOTT MEDICAL GMBH**  
Helfmann-Park 7 | 65760 Eschborn  
Tel: +49 6196 771111-0 | Fax: +49 6169 7711-117

™ kennzeichnet eine Marke der Abbott Unternehmensgruppe.  
© 2024 Abbott. Alle Rechte vorbehalten.  
MAT-2403073 v1.0

