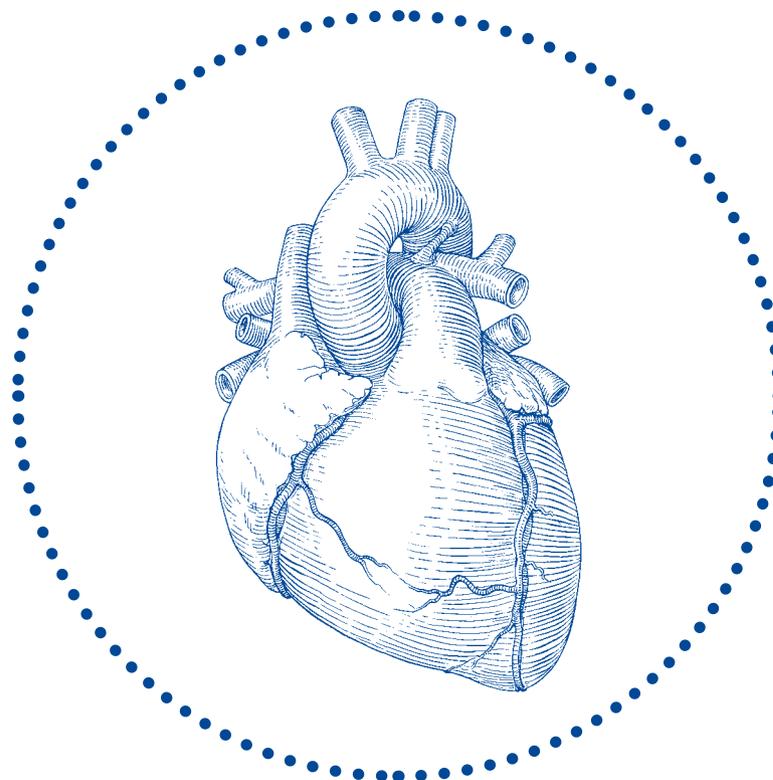




Kodierung und Vergütung in der stationären und ambulanten Versorgung 2024

Herzchirurgie



Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kodierung im aG-DRG-System 2024

Vergütung im aG-DRG-System 2024

Spezielle Hinweise

Kodierbeispiele

Wichtige Links & Abkürzungen

Vorwort



Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

in der zehnten Auflage der Reimbursement Broschüre möchten wir Sie über die Veränderungen durch die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems beim Einsatz unserer Produkte beraten. In dieser Broschüre geht es um die Einführung von Behandlungen für Ihre Patienten, die von einer Herzklappenerkrankung betroffen sind. Eine Herzklappenerkrankung, wie beispielsweise die Atherosklerotische Herzkrankheit, kann mit minimal-invasiven Eingriffen oder einer Operation am offenen Herzen behandelt werden. Um eine Herzklappe wieder herzustellen oder zu ersetzen, stehen zudem verschiedene Technologien zur Verfügung.

Wir bewegen uns in einem zunehmend komplexer werdenden Umfeld. Der jährliche Aktualisierungsprozess des zwischenzeitlich vielfach kritisierten aG-DRG-Systems wird begleitet von zum Teil gravierenden Umbauten in der Struktur und Finanzierung unseres Gesundheitssystems. Die Auseinandersetzung und sorgsame Berücksichtigung der damit verbundenen Änderungen stellt unter der wachsenden Arbeitsbelastung aller Akteure im Gesundheitswesen eine wesentliche Belastung dar.

Das Vermögen, für Fragestellungen in Bezug auf die Finanzierung unserer Produkte und Therapien Antworten zu finden, ist eine der größten Verantwortungen im steten Wandel der Gesundheitssysteme.

Wir würden uns sehr freuen, Ihnen mit dieser Übersicht eine Hilfestellung für die Planung und den täglichen Umgang mit den wesentlichen aG-DRG-Abbildungsinformationen und Änderungen bei den Finanzierungssystemen des deutschen Gesundheitssystems, insbesondere im Hinblick auf unsere Verfahren bereitstellen zu können.

Mit freundlichen Grüßen

Lukas Schwegmann

Manager Reimbursement & Health Economics

 Die Berechnung der Erlöse in dieser Unterlage erfolgt **mittels fiktivem Bundesbasisfallwert in Höhe von 4.200,00 €**. Gemäß der ab dem 1.1.2024 geltenden Fassung des § 10 KHEntgG wird der Bundesbasisfallwert erst bis zum 31. März eines jeden Jahres veröffentlicht und stand daher zu dem Zeitpunkt der Erstellung dieser Unterlage nicht zur Verfügung (<https://www.bvmed.de/de/versorgung/krankenhaus/bundesbasisfallwert>). Die krankenhausindividuellen Erlöskalkulationen sollten davon unabhängig mit dem jeweils geltenden Landesbasisfallwert erfolgen.

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Was bedeutet Reimbursement für uns?

Unter Reimbursement verstehen wir nicht nur eine adäquate Refinanzierung unserer Therapien, sondern auch Leistungen oder Informationen, die unseren Kunden eine solche Refinanzierung ermöglichen.

ZU DIESEN LEISTUNGEN GEHÖREN ZUM BEISPIEL



EBM, GOÄ und DRG Hinweise zu unseren Produkten/Services



Informationen zu Abrechnung und Kodierung



Hinweise zu Änderungs- und Weiterentwicklungsanträgen



Informationen zu Fragen des MD und der Kassen



Hinweise bei Strategie & Leistungsportfolio



Informationen zu NUB-Verfahren inkl. §137h SGB V



Hinweise zu gesundheitspolitischen Entwicklungen

UNSER REIMBURSEMENT-SERVICE IM ÜBERBLICK



Kostenbetrachtungen, Erlösbetrachtungen

Wir unterstützen Sie mit Erlös- und Kostenanalysen bei der Planung, Anpassung und Weiterentwicklung Ihres Leistungsangebots. Diese Konzepte entwickeln wir in Zusammenarbeit mit medizinischem Fachpersonal und Klinikverwaltungen. DRG Kodierhilfen, Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen oder Prozesskostenanalysen sind einige Beispiele.



Weiterbildung und Training

Unsere Weiterbildungs- und Trainingsprogramme vermitteln die Grundlagen der stationären (DRG) und ambulanten (EBM, GOÄ, AOP) Abrechnung, sowie den aktuellen Stand der Kodierung und Kostenerstattung. Dabei steht die Kodierung und Refinanzierung unserer Therapien im Mittelpunkt.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kodierung im aG-DRG-System 2024

Vergütung im aG-DRG-System 2024

Spezielle Hinweise

Kodierbeispiele

Wichtige Links & Abkürzungen

Inhaltsverzeichnis

1. Worauf es in diesem Jahr ankommt

- 1.1 Neu seit 01.01.2024 Hybrid-DRG-Verordnung tritt zum 1. Januar 2024 in Kraft
- 1.2 Neu seit 01.01.2023 Kontextfaktoren lösen G-AEP Kriterien für Leistungen aus dem AOP-Katalog ab
- 1.3 Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)
- 1.4 Änderungen im aG-DRG-System 2021
- 1.5 Änderungen in den Jahren 2019 und 2020

2. Kodierung im aG-DRG System 2024

- 2.1 Prozeduren OPS-2024
- 2.2 Diagnosen ICD 10-2024

3. Vergütung im aG-DRG-System 2024

4. Spezielle Hinweise

5. Kodierbeispiele

- 5.1 Koronare Herzkrankheit
- 5.2 Aortenklappenerkrankungen
- 5.3 Mitralklappenerkrankungen
- 5.4 Lone AF
- 5.5 Kinderherzchirurgie

1. Worauf es in diesem Jahr ankommt

1.1 **Neu seit 01.01.2024** Hybrid-DRG-Verordnung tritt zum 1. Januar 2024 in Kraft

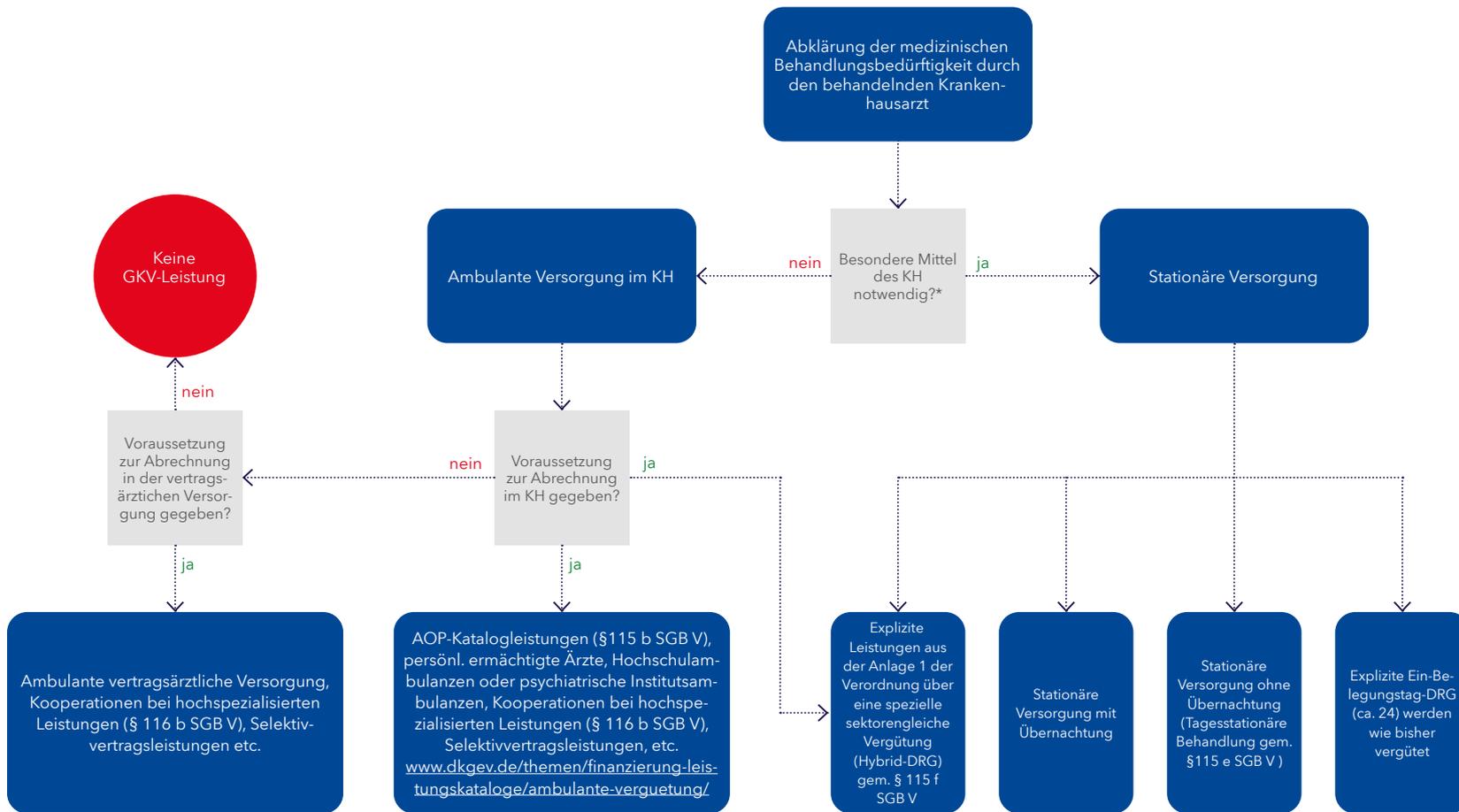
! WICHTIGER HINWEIS: HERZCHIRURGISCHE EINGRIFFE SIND KEINE HYBRID-DRG-LEISTUNGEN GEMÄSS ANLAGE 1 DER VERORDNUNG VOM 21.12.2023

Das Bundesgesundheitsministerium hat Ende des Jahres 2023 eine „Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung“ (Hybrid-DRG) gem. § 115 f SGB V veröffentlicht.

Die Verordnung enthält in der Anlage 1 einen Katalog mit expliziten Leistungen, die ab 01.01.2024 nach den neuen Hybrid-DRG vergütet werden sollen. Auch die Höhe und Art der Vergütung ist darin festgelegt. Vertragsärztinnen/-ärzte und Krankenhäuser erhalten für die dort aufgeführten Leistungen dieselbe Vergütung. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Eingriff der in Anlage 1 benannten Leistungen ambulant oder stationär durchgeführt wird. **Herzchirurgische Eingriffe sind keine Hybrid-DRG-Leistungen im Sinne der Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG) gem. § 115 f SGB V.**

Weiterführende Hinweise unter: <https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2023/380/VO>

Die vereinfachte Darstellung soll einen Ausblick auf die Entscheidungsfindung zur Art der medizinischen Leistungserbringung im Krankenhaus inkl. des § 115 e SGB V und des neuen § 115 f SGB V geben.



Wichtiger Hinweis: Herzchirurgische Eingriffe sind **keine** Hybrid-DRG-Leistungen im Sinne der Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG) gem. § 115 f SGB V.

* Im Besonderen, Dokumentation der allgemeinen Tatbestände gemäß § 8 des AOP-Vertrag nach § 115b SGB V, bei deren Vorliegen die stationäre Durchführung von Leistungen gemäß Anlage 1 des AOP-Katalogs erforderlich sein kann (Kontextfaktoren für Leistungen aus dem AOP-Katalog)

1.2 **Neu seit 01.01.2023** Kontextfaktoren lösen G-AEP Kriterien für Leistungen aus dem AOP-Katalog ab

Seit dem 01.01.2023 werden die bisherigen G-AEP-Kriterien durch die Kontextfaktoren ersetzt. In diesem Zusammenhang wird auch die bisherige Differenzierung der Leistungen im AOP-Katalog in die Kategorien 1 und 2 abgeschafft. Bisher bestehende OPS-bezogene Regelungen der Kategorisierungsordnung wurden weitestgehend in die Kontextfaktoren integriert.

Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben sich auf einen gemeinsamen Katalog von Kontextfaktoren verständigt.

Die Kontextfaktoren dienen der Begründung einer stationären Durchführung von expliziten Leistungen nach § 3 des AOP-Vertrages, die regelhaft ambulant erbracht werden können.

Das Vorliegen eines Kontextfaktors nach Satz 1 ist hierbei ausreichend für die Begründung einer stationären Durchführung einer Leistung nach § 3 des AOP-Vertrages. Dennoch kann jede dieser Leistungen auch bei Vorliegen einer oder mehrere Kontextfaktoren weiterhin ambulant erbracht werden, sofern dies aus medizinischen Gründen vertretbar ist.

Die Kontextfaktoren zur Begründung der stationären Durchführung einer Leistung nach § 3 des AOP-Vertrages sind vom Krankenhaus zu dokumentieren und im Rahmen der Abrechnung dieses Krankenhausfalles nach § 301 SGB V zu übermitteln. Für die Dokumentation der Kontextfaktoren gelten die Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils aktuellen Fassung.

Liegen abweichend von den in Anlage 2 des AOP-Vertrages genannten Kontextfaktoren medizinische Gründe oder soziale Gründe vor, die dazu führen, dass die Versorgung des Patienten in der Häuslichkeit nicht sichergestellt werden kann und dadurch der medizinische Behandlungserfolg gefährdet ist, so sind diese Gründe bei einer stationären Durchführung der Leistung nach Anlage 1 des AOP-Vertrages fallindividuell darzustellen.

GKV-Spitzenverband, DKG und KBV haben sich hierfür insbesondere auf die Aufnahme der nachfolgend genannten Kontextfaktoren in den AOP-Vertrag geeinigt:

- Liste von stationär durchführbaren OPS-Kodes
- Beatmungspflichtige Patienten, operationalisiert über Beatmungstunden im Datenaustausch nach § 301 SGB V
- Liste von stationär zu behandelnden Diagnosen (ICD-Kodes)
- Gebrechlichkeit, operationalisiert über Pflegegrad und Barthel-Index
- Untere Altersgrenze: bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres

Vorwort

Im Ergebnis hat man sich in diesem Jahr auf eine Erweiterung der Kontextfaktoren geeinigt. So werden die Kontextfaktoren, insbesondere für Kinder mit Pflegegrad sowie mit angeborenen Herzfehlern, erweitert sowie die Liste der stationär zu behandelnden Diagnosen um definierte Gerinnungsstörungen und Lebererkrankungen ergänzt.

Unser Reimbursement Leistungsangebot

ÜBERGANGSREGELUNG GEMÄSS § 24 AOP-VERTRAG

Aufgrund von Vorlaufzeiten in der Umstellung des AOP-Katalogs samt Kontextfaktoren werden ähnlich zu 2023 folgende Übergangsregelungen getroffen:

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Sofern Patienten bis einschließlich 31.03.2024 zur stationären Durchführung einer Leistung, die in Anlage 1 mit „neu“ gekennzeichnet ist, in ein Krankenhaus aufgenommen werden, wird die Abrechnung des Krankenhauses für diese Leistung nicht im Hinblick darauf überprüft, ob die Leistung im Rahmen des § 115b SGB V erbracht werden konnte.

Kodierung im aG-DRG-System 2024

Meldeformular: Gemäß § 1 Absatz 1 des AOP-Vertrags sind die ambulanten Leistungen über ein Meldeformular an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss zu melden. Für Leistungen nach Anlage 1 kann das Meldeformular für die Mitteilung nach § 1 Absatz 1 bis zum 31.01.2024 nachgereicht werden.

Vergütung im aG-DRG-System 2024

Spezielle Hinweise

Kodierbeispiele

Wichtige Links & Abkürzungen

Nähere Informationen: AOP Katalog 2023, Anlage 1

1.3 Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)

SACHKOSTENFINANZIERUNG IM G-DRG-SYSTEM 2024

Die jährliche Anpassung des G-DRG-Systems und das damit einhergehende Studium der Änderungen wurde ab dem Jahr 2020 erheblich komplexer. Neben den in der Vergangenheit durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) eingeführten und weiterhin gültigen Maßnahmen zur Mengensteuerung im Krankenhaus müssen wir uns mit einem vollkommen neuen aG-DRG-System auseinandersetzen.

Der Leitfaden „Sachkostenfinanzierung im aG-DRG-System“ vom Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) befasst sich mit den Fragen zu den Auswirkungen des Pflegepersonalstärkungsgesetzes (PpSG 2019) und des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG 2016) auf die Vergütung der Medizinprodukte im aG-DRG-System. Die nachfolgend zitierten Hinweise des BVMed finden Ihre Anwendung zum Teil ebenso auf die von uns vertriebenen Verfahren.

Auszüge aus der BVMed Information zzgl. notwendiger Aktualisierungen:

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) wurde die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten am Bett im Krankenhaus erstmals für 2020 umgesetzt. Mehr als 20 Prozent der Leistungen werden aus den Fallpauschalen herausgelöst und in das Pflegebudget überführt. Die Finanzierung der Leistungen wird zweigeteilt; in die leistungsbezogenen Fallpauschalen des neuen aG-DRG-Systems zzgl. möglicher individueller Entgeltbestandteile (z.B. Zusatzentgelte) und in die selbstkostendeckenden krankenhausesindividuellen und tagesbezogenen Pflegeentgelte.



Abbildung 1:
Die Zusammensetzung des Krankenhausbudgets ab 2020

Vorwort

Hierbei wurde nicht einfach nur die Pflege am Bett herausgerechnet. Es ist ein vollkommen neues und nicht mehr mit den Vorjahren vergleichbares aG-DRG-System entstanden.

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kodierung im aG-DRG-System 2024

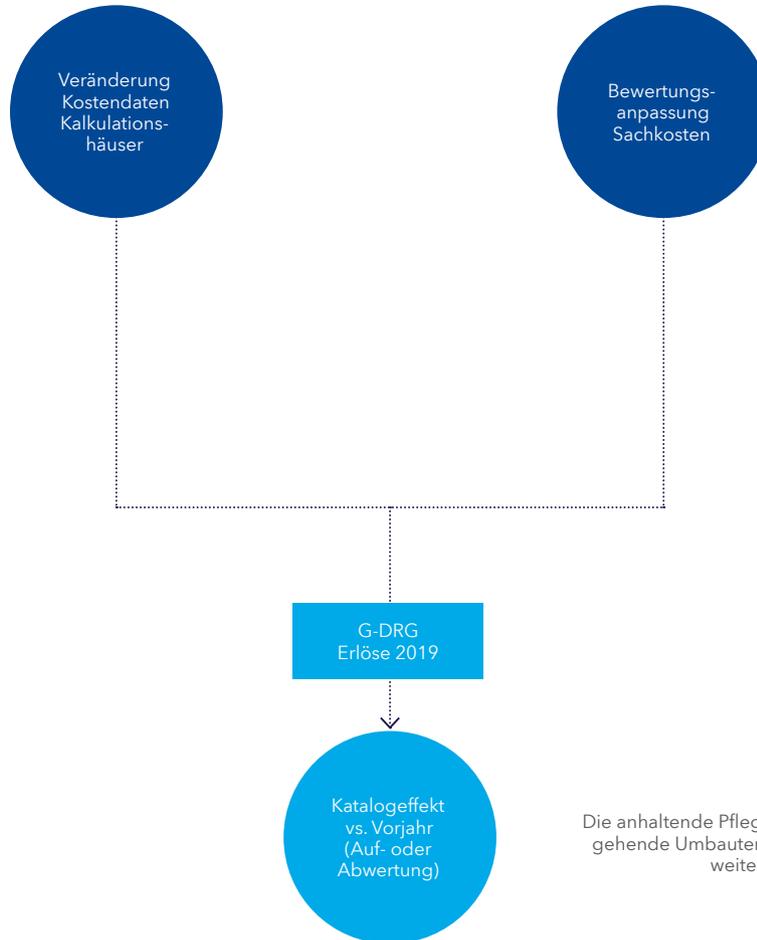
Vergütung im aG-DRG-System 2024

Spezielle Hinweise

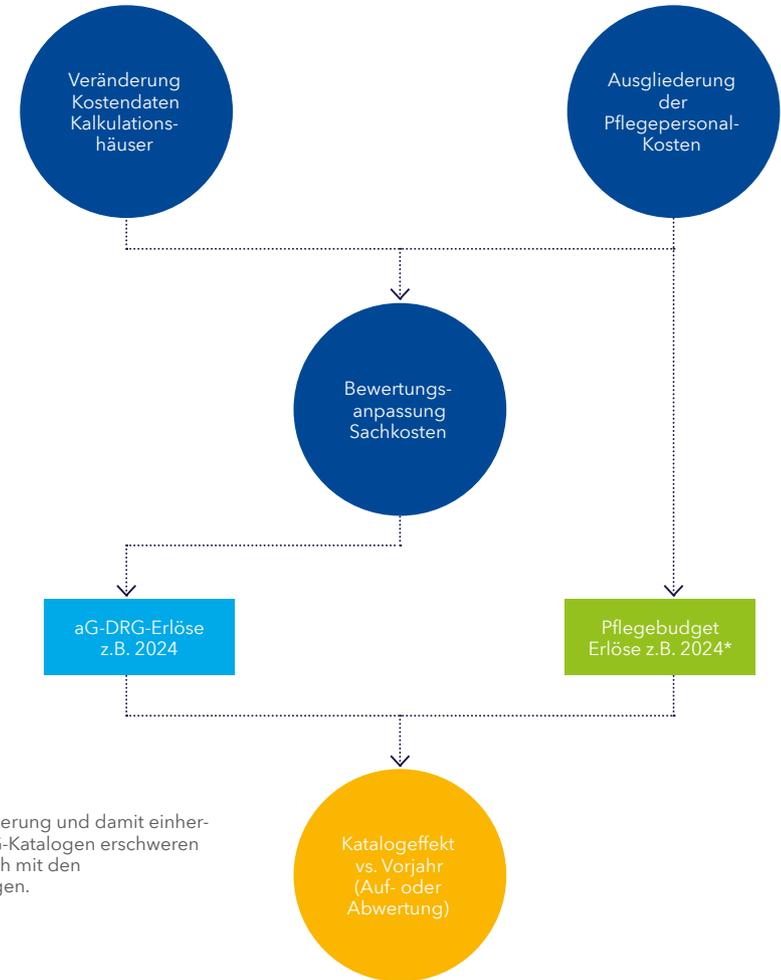
Kodierbeispiele

Wichtige Links & Abkürzungen

2019



AB 2020



Die anhaltende Pflegekostenausgliederung und damit einhergehende Umbauten an den aG-DRG-Katalogen erschweren weiterhin den Vergleich mit den Vorjahreskatalogen.

* Akzeptiertes Testat des KH-Betriebsprüfers zum Pflegebudget wird am Ende des KH-Geschäftsjahres mit Jahreserlössumme abgeglichen. Danach Ausgleich Pflegebudget zu 100% gemäß Selbstkostendeckungsprinzip

Abbildung 2: Vergleich Katalogeffekt

Die Finanzierung der Pflege wird von der Zahl der Fälle und deren Erlösen abgekoppelt und als Jahresbudget ausgezahlt. Abgerechnet werden die Pflegekostenanteile nicht separat, sondern mit einem DRG-Bezug. Ein hoher Pflegeaufwand in einer Leistung wird höher vergütet (Pflegebewertungsrelation). Formal bleibt der DRG-Katalog erhalten, bekommt aber neben dem bekannten Relativgewicht je Fall nun auch ein Relativgewicht für den Pflegetagessatz („Spaltenlösung“).

DRG-KATALOG 2019

DRG	Partition	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beleghebamme	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungsfallpauschale	Ausnahme von Wiederaufnahme
					Erster Tag mit Abschlag	Bewertungsrelation /Tag	Erster Tag zus. Entgelt	Bewertungsrelation /Tag			
1	2	3	4	6	7	8	9	10	11	12	13

aG-DRG-KATALOG AB 2020

„SPALTENLÖSUNG“



DRG	Partition	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beleghebamme	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungsfallpauschale	Ausnahme von Wiederaufnahme	Pflegerlös Bewertungrelation/Tag
					Erster Tag mit Abschlag	Bewertungsrelation /Tag	Erster Tag zus. Entgelt	Bewertungsrelation /Tag				
1	2	3	4	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Abbildung 3: DRG-Kataloge aus 2019 und 2020 waren nicht vergleichbar. Notwendige Umbauten in 2021 erschweren weiterhin die Vergleichbarkeit mit dem Vorjahreskatalog.

Die Verhandlung des neuen ausgegliederten Pflegebudgets erfolgt auf der Ortsebene zwischen Krankenhaus und Kostenträger im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlung. Das Krankenhaus erstellt hierzu eine Darstellung der in der neuen Pflegevergütung umfassten Pflegekräfte und deren Kosten. Die Abgrenzung dieser Kosten entspricht hierbei der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene.

Auf Basis der Ist-Situation, wird dann ein prospektives Pflegekostenbudget verhandelt. Aus dem verhandelten Pflegekostenbudget wird ein Zahlbetrag/Tag für die Abrechnung der Pflegeerlöse gebildet. Diese werden im Laufe des Jahres mit jeder einzelnen abgerechneten DRG als vorläufiges Pflegeentgelt tagesbezogen ausgezahlt. Erst zum Jahresabschluss testiert dann ein Wirtschaftsprüfer die tatsächlich angefallenen Pflegepersonalkosten (nach Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung) und danach werden diese dann mit der unterjährig ausgezahlten Summe der Pflegeentgelte verglichen. Die beiden Beträge werden dann unter der Vorgabe des Selbstkostendeckungsprinzips in beide Richtungen zu 100 % ausgeglichen.

Die Pflegeerlösabrechnung über tagesbezogene vorläufige Pflegeentgelte stellt somit nur eine Abschlagszahlung auf das Pflegebudget dar. Der bisher im G-DRG-System verankerte Anreiz Kosten und Verweildauern medizinisch vertretbar zu senken, bleibt auch im neuen aG-DRG-System bestehen.

ERLÖSBETRACHTUNG IM aG-DRG SYSTEM 2024

(Rumpf)DRG-Abrechnung

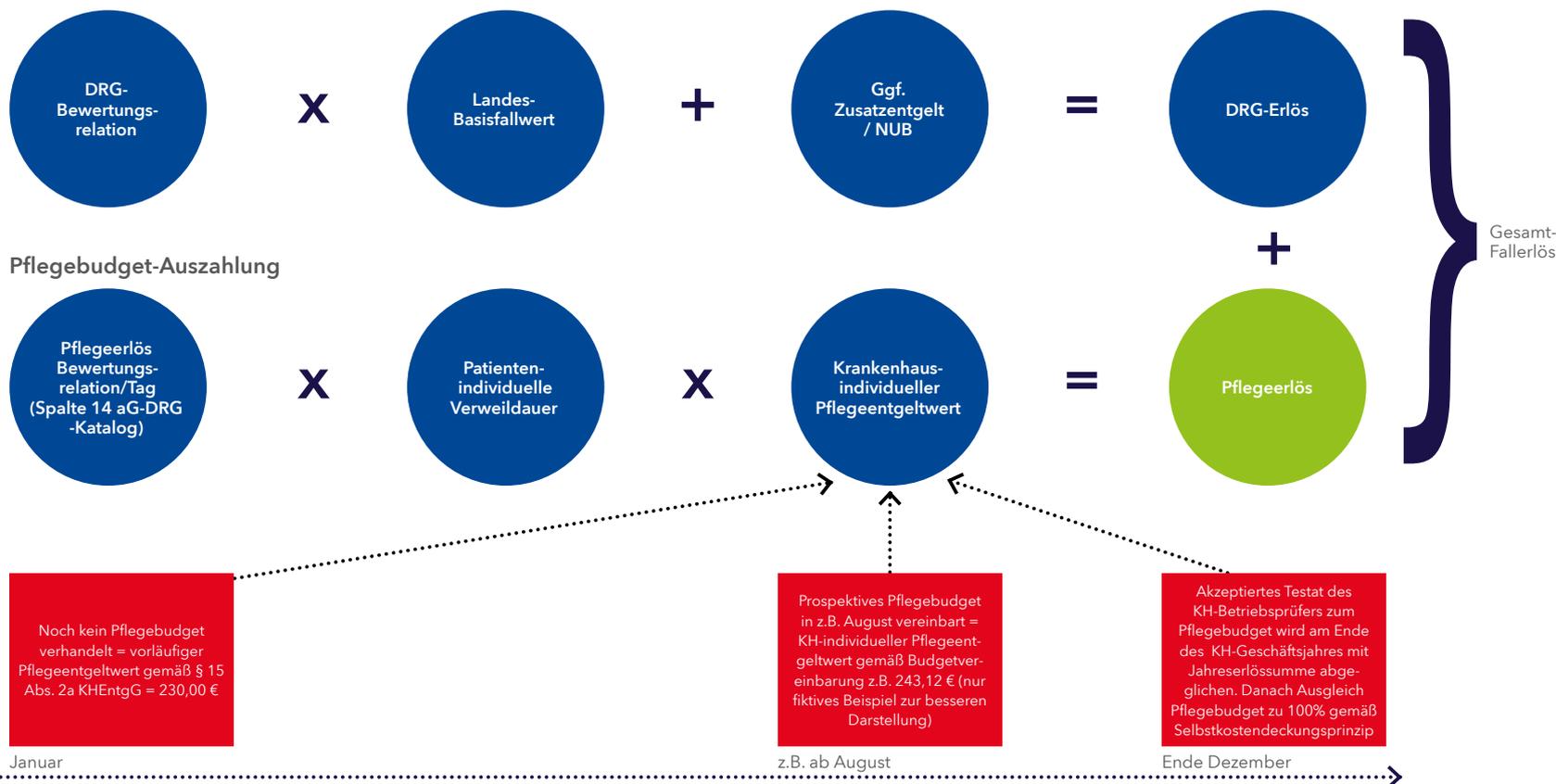


Abbildung 4: Erlösbetrachtung im aG-DRG System 2024

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung im
aG-DRG-System
2024

Vergütung im
aG-DRG-System
2024

Spezielle
Hinweise

Kodierbeispiele

Wichtige Links
& Abkürzungen

In der Praxis kann es zur Berücksichtigung unterschiedlicher Verweildauern kommen. Zur Abrechnung einer DRG wird die ggf. durch eine Einzelfallprüfung des MD(K) gekürzte Verweildauer berücksichtigt und kann zu einer Erlöskürzung führen. Die Berechnung des Pflegeerlöses erfolgt hiervon unabhängig mit der ungekürzten Verweildauer (Ausnahme primäre Fehlbelegung § 275c Absatz 6 Nummer 1 SGB V). Die tagesbezogenen Pflegeentgelte sollen nach dem Willen des Gesetzgebers nicht zu vermehrten Fehlbelegungsprüfungen der Kassen führen.

- Die DRG oder z.B. DRG + Zusatzentgelt beschreiben nach wie vor nur einen Durchschnittspreis innerhalb kalkulatorischer Grenzen und stellen keine Kostenrechnung für einzelne Behandlungsleistungen oder Medizinprodukte dar. Sie beschreiben nach wie vor primär das Verhältnis der Leistungen untereinander und dienen der Abrechnung des Krankenhausbudgets.
- Insbesondere bei Misch-DRGs besteht daher die Gefahr der Fehlinterpretation, wenn die dargestellten durchschnittlichen Kosten einer DRG oder z. B. DRG + Zusatzentgelt, die nicht die reale einzelne Behandlung widerspiegeln, eine ggf. überhaupt nicht existierende Unterdeckung vermuten lassen. Dies hätte zur Folge, dass eine Versorgung, statt bedarfsgerecht mit qualitativ hochwertigen Medizinprodukten, in ggf. verminderter Qualität oder im schlimmsten Fall überhaupt nicht mehr angeboten wird. Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten ist nur ein Element der DRG-Kalkulation des InEKs. Nach wie vor wirken sich primär Kostenveränderungen auf Basis von Ist-Kosten der Kalkulationshäuser auf die jeweiligen Personal- oder Sachkostenbestandteile einer DRG oder ggf. eines Zusatzentgeltes aus und sind immer im direkten Zusammenhang zu betrachten.
- Die bisherigen G-DRG-Report-Browser und auch die neuen aG-DRG-Report-Browser weisen weiterhin keinen sachgerechten Wert für das einzelne Medizinprodukt aus. Dies ist insbesondere bei Misch-DRGs zu berücksichtigen. Erlösvergleiche mit dem Vorjahr sind nur anhand krankenhau-sindividueller Kostenträgerrechnungen oder Prozesskostenanalysen unter gleichen Voraussetzungen realistisch. Die fallbezogene Erfassung und Aufschlüsselung der Kostendaten wird in den Krankenhäusern immer wichtiger.

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung im
aG-DRG-System
2024

Vergütung im
aG-DRG-System
2024

Spezielle
Hinweise

Kodierbeispiele

Wichtige Links
& Abkürzungen

WESENTLICHE ÄNDERUNGEN IN KURZFORM

- Ausgliederung der Pflegepersonalkosten (Pflege am Bett) aus den DRGs und ZEs.
- Es wurde nicht einfach nur die Pflege am Bett herausgerechnet. Es ist ein vollkommen neues und nicht mehr mit den Vorjahren vergleichbares aG-DRG-System entstanden.
- Das Krankenhausbudget wurde ab 2020 differenziert in ein „Rumpf“-aG-DRG-Budget und ein Pflegekostenbudget (Ist-Pflegepersonalkosten).
- Unterschied DRG-Fallkollektive
- Für die Pflegepersonalkosten gilt das Selbstkostendeckungsprinzip (Die Ist-Kosten werden in der nachgewiesenen Höhe bezahlt).
- Das Pflegekostenbudget wird über Pflegeentgelte ausgezahlt; Produkt aus „Pflegerlös Bewertungsrelation/Tag“ (neue Spalte 14 im aG-DRG-Fallpauschalen-Katalog), patientenindividueller tatsächlicher Verweildauer und krankenhausindividuellem Pflegeentgeltwert.
- Bis zur Einigung auf einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert in den jeweiligen Budgetverhandlungen, erfolgt die Vergütung über einen, auf Bundesebene vereinbarten, pauschalen Pflegeentgeltwert in Höhe von 230,00 €.
- Am Ende des Kalenderjahres werden die tatsächlich nachgewiesenen Pflegepersonalkosten durch einen Betriebsprüfer testiert, mit den abgerechneten vorläufigen Pflegeträgern des gleichen Zeitraums verglichen und angefallene Mehr- oder Mindererlöse dann zu 100 % ausgeglichen.
- DRG und Pflegebudget sind eine Pauschalvergütung. Sie sind nicht geeignet, einzelne Behandlungen oder Medizinprodukte sachgerecht abzubilden.
- Der bisherige G-DRG-Report-Browser und auch der neue aG-DRG-Browser weisen weiterhin keinen sachgerechten Wert für das einzelne Medizinprodukt aus.

1.4 Änderungen im aG-DRG-System 2021

REDUKTION DER F03 BASIS-DRG VON 6 AUF 5 DRGS

Die Anzahl DRGs zur Abbildung chirurgischer Herzklappeneingriffe mit Herz-Lungen-Maschine wurde von 6 auf 5 DRGs reduziert. Die DRG F03F ist nicht mehr im InEK Fallpauschalenkatalog 2021 aufgeführt.

Die DRG F03E wurde entsprechend abgewertet. Gleichzeitig wurde jedoch die DRG Zuordnung geändert. So werden bestimmte Herzklappeneingriffe (Beispielsweise bei Einsatz eines nahtlosen Aortenklappenersatzes & unipolar gekühlter Radiofrequenzablation) nun regelhaft über die DRG F03D vergütet, die im Vorjahr durch die DRG F03E vergütet wurden.

Hierdurch ergibt sich für einige Konstellationen ein um 354,71 € höhere DRG-Vergütung bei Annahme des fiktiven Bundesbasisfallwerts 2021 (3.750,00 €).

1.5 Änderungen in den Jahren 2019 und 2020

- Größtenteils Aufwertung der Relativgewichte der für die Herzchirurgie relevanten Basis-DRG F03.
- Kinderherzchirurgie - Implantation von mechanischen und biologischen klappentragenden Gefäßprothesen neu bewertet.
- Eine der für die Herzchirurgie wesentlichen Änderungen im G-DRG-System 2019 war die Einordnung der mechanischen und biologischen klappentragenden Gefäßprothesen in die höher bewertete G-DRG F03E bei angeborenen Aortenklappenstenosen (ICD-10-GM Q23.1)

2. Kodierung im aG-DRG-System 2024

DIE EINBINDUNG DER MEDIZINTECHNOLOGIE INS AG-DRG-FALLPAUSCHALENSYSTEM

Leistungen im Zusammenhang mit Medizintechnologien sind grundsätzlich im Prozedurenschlüssel (OPS) dokumentiert. D.h. ein Medizinprodukt wird – soweit vorhanden – durch einen oder mehrere OPS-Kodes definiert.

2.1 Prozeduren OPS-2024

5-35 Operationen an Klappen und Septen des Herzens und herznaher Gefäße

Hinweis: Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist, sofern im Kode nicht enthalten, gesondert zu kodieren (8-851 ff).

5-351 Ersatz von Herzklappen durch Prothesen

Hinweis: Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist im Kode enthalten.

Wenn der Einsatz der Herz-Lungen-Maschine in tiefer oder profund der Hypothermie erfolgt, ist der entsprechende Kode (8-851.40, 8-851.41, 8-851.50, 8-851.51) zusätzlich anzugeben.

Wenn die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine mit intraaortaler Ballonokklusion erfolgt, ist der entsprechende Kode aus dem Bereich 8-851 zusätzlich anzugeben.

Eine gleichzeitig durchgeführte Valvuloplastik ist gesondert zu kodieren (5-353).

Bei Ersatz mehrerer Herzklappen ist jede Klappe einzeln zu kodieren.

Bei Ersatz von Herzklappen durch dezellularisiertes Allotransplantat ist die Mitimplantation eines klappentragenden Gefäßstückes im Kode enthalten.

Die Art des Transplantates ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 1 Durch Allotransplantat, z.B. Mosaic™ Mitral Valve, Model 310
- 2 Durch Xenotransplantat (Bioprothese), z.B. Avalus™, Hancock™ II, Mosaic™ (Ultra) Aortic Valve
- 3 Durch Xenotransplantat, stentless
- 4 Durch Kunstprothese
- 5 Durch selbstexpandierendes Xenotransplantat, nahtfrei
- 6 Durch ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten

- 7 Durch dezellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese
- 8 Durch Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese
- 9 Durch Xenotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese
- a Durch Kunstprothese mit klappentragender Gefäßprothese
- b Durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat (Ross-Operation)
- c Durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflustraktes (Ross-Konno-Operation)
- d Durch Autotransplantat und dezellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese (Ross-Operation)
- e Durch Autotransplantat und dezellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflustraktes (Ross-Konno-Operation)
- x Sonstige

5-351.0** Aortenklappe, z.B. Avalus™, Hancock™ II, Mosaic™ (Ultra) Aortic Valve oder z.B. Contegra™ [6. Stelle: 1-6,x]

5-351.1** Mitralklappe, offen chirurgisch, z.B. Mosaic™ Mitral Valve, Model 310 [6. Stelle: 1-4,x]

5-351.2** Mitralklappe, thorakoskopisch [6.Stelle: 1-4,x]

5-351.3** Pulmonalklappe, z.B. Contegra™ [6. Stelle: 1-4,7,x]

5-351.4** Trikuspidalklappe [6. Stelle: 1-4,x]

5-352 Wechsel von Herzklappenprothesen

Hinweis: Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist im Kode enthalten.

Wenn der Einsatz der Herz-Lungen-Maschine in tiefer oder profund der Hypothermie erfolgt, ist der entsprechende Kode (8-851.40,

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kodierung im aG-DRG-System 2024

Vergütung im aG-DRG-System 2024

Spezielle Hinweise

Kodierbeispiele

Wichtige Links & Abkürzungen

8-851.41, 8-851.50, 8-851.51) zusätzlich anzugeben.
Wenn die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine mit intraaortaler Ballonokklusion erfolgt, ist der entsprechende Code aus dem Bereich 8-851 zusätzlich anzugeben.
Bei Ersatz von Herzklappen durch dezellularisiertes Allotransplantat ist die Mitimplantation eines klappentragenden Gefäßstückes im Kode enthalten.
Die Art des Wechsels ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Xenotransplantat durch Kunstprothese
- 1 Kunstprothese durch Xenotransplantat
- 2 Kunstprothese durch Kunstprothese
- 3 Xenotransplantat durch Xenotransplantat
- 4 Xenotransplantat/Kunstprothese durch Kunstprothese mit klappentragender Gefäßprothese
- 6 Xenotransplantat/Kunstprothese durch selbstexpandierendes Xenotransplantat, nahtfrei
- 7 Xenotransplantat/Kunstprothese durch ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten
- 8 Xenotransplantat/Kunstprothese durch dezellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese
- 9 Dezellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese durch dezellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese
 - a Xenotransplantat/Kunstprothese durch Xenotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese
 - b Xenotransplantat/Kunstprothese durch Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese
 - x Sonstige

- 5-352.0** Aortenklappe, z.B. Avalus™, Hancock™ II, Mosaic™ (Ultra) Aortic Valve [6. Stelle: 0-4,6-7,x]
5-352.1** Mitralklappe [6. Stelle: 0-3,x]
5-352.2** Pulmonalklappe [6. Stelle: 0-5,8,x]
5-352.3** Trikuspidalklappe [6. Stelle: 0-3,x]

5-353 Valvuloplastik

Exkl.: Valvuloplastik bei kongenitalen Klappenanomalien (5-358 ff)
Hinweis: Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist im Kode enthalten.

Wenn der Einsatz der Herz-Lungen-Maschine in tiefer oder profunder Hypothermie erfolgt, ist der entsprechende Code (8-851.40, 8-851.41, 8-851.50, 8-851.51) zusätzlich anzugeben.
Wenn die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine mit intraaortaler Ballonokklusion erfolgt, ist der entsprechende Code aus dem Bereich 8-851 ff zusätzlich anzugeben. Ein gleichzeitig durchgeführter Herzklappenersatz ist gesondert zu kodieren (5-351).

- 5-353.0 Aortenklappenraffung
5-353.1 Mitralklappe, Anuloplastik, z.B. Simulus, Simplici-T™, CG Future™, Duran AnCore™, Profile 3D
5-353.2 Mitralklappe, Segelrekonstruktion
5-353.4 Trikuspidalklappe, Anuloplastik, z.B. Tri-Ad™, Simplici-T™, Contour 3D™, Duran AnCore™
5-353.5 Trikuspidalklappe, Segelrekonstruktion
5-353.6 Aortenklappe, Anuloplastik mit Implantat
5-353.7 Aortenklappe, Taschenrekonstruktion

5-354 Andere Operationen an Herzklappen

Hinweis: Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist im Kode enthalten.

Wenn der Einsatz der Herz-Lungen-Maschine in tiefer oder profunder Hypothermie erfolgt, ist der entsprechende Code (8-851.40, 8-851.41, 8-851.50, 8-851.51) zusätzlich anzugeben.

Wenn die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine mit intraaortaler Ballonokklusion erfolgt, ist der entsprechende Code aus dem Bereich 8-851 zusätzlich anzugeben.

- 5-354.0 Aortenklappe
5-354.01 Exploration (mit Thrombektomie)
5-354.02 Subvalvuläre fibröse Resektion
5-354.03 Subvalvuläre muskuläre Resektion
5-354.04 Supra- und subvalvuläre Resektion
5-354.05 Prothesenrefixation
5-354.06 Entkalkung
5-354.0a Rekonstruktion der Aortenwurzel mit Implantation einer Gefäßprothese nach David
5-354.0b Rekonstruktion der Aortenwurzel mit Implantation einer Gefäßprothese nach Yacoub
5-354.0x Sonstige
5-354.1 Mitralklappe
5-354.11 Exploration (mit Thrombektomie)
5-354.12 Rekonstruktion Chordae tendineae und Papillarmuskel
5-354.13 Prothesenrefixation
5-354.14 Entkalkung
5-354.1x Sonstige
5-354.3 Trikuspidalklappe
5-354.31 Exploration (mit Thrombektomie)
5-354.32 Rekonstruktion Chordae tendineae und Papillarmuskel
5-354.33 Prothesenrefixation
5-354.34 Entkalkung
5-354.3x Sonstige

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung im
aG-DRG-System
2024

Vergütung im
aG-DRG-System
2024

Spezielle
Hinweise

Kodierbeispiele

Wichtige Links
& Abkürzungen

5-358 Operationen b. kongenitalen Klappenanomalien d. Herzens
Exkl.: Operationen im Rahmen einer Fallot-Korrektur (5-359.0).
Hinweis: **Bei Ersatz mehrerer Herzklappen ist jede Klappe einzeln zu kodieren.**

Hinweis: Die Art der Operation ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:

- 0 Klappenrekonstruktion
- 1 Klappenersatz durch Allotransplantat
- 2 Klappenersatz durch Xenotransplantat (Bioprothese)
- 3 Klappenersatz durch Xenotransplantat, stentless
- 4 Klappenersatz durch Kunstprothese
- 5 Klappenersatz durch klappentragendes Conduit
- 6 Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/ Xenotransplantat (Ross-Operation)
- 7 Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/ Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
- 8 Valvulotomie, offen chirurgisch
- 9 Klappenersatz durch dezellularisiertes Allotransplantat („mitwachsende Herzklappe“)
- a Klappenersatz durch Xenotransplantat m. klappentragender Gefäßprothese
- b Klappenersatz durch Kunstprothese mit klappentragender Gefäßprothese
- c Klappenersatz durch Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese
- d Klappenersatz durch Autotransplantat und dezellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese (Ross-Operation)
- e Klappenersatz durch Autotransplantat und dezellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
- x Sonstige

- 5-358.0** Aortenklappe
- 5-358.1** Mitralklappe
- 5-358.3** Trikuspidalklappe

5-36 Operationen an den Koronargefäßen
Exkl.: Operationen bei kongenitalen Gefäßanomalien (5-357)
Hinweis: Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist, sofern nicht im Kode enthalten, gesondert zu kodieren (8-851).
Die Art des Transplantates ist für die Codes 5-361 und 5-362 nach folgender Liste zu kodieren:

- 3 Mit autogenen Arterien
- 5 Mit Xenotransplantat

- 6 Mit Prothese
- 7 Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
- 8 Mit autogenen Venen mit externem Stabilisierungsnetz
- x Sonstige

5-361 Anlegen eines aortokoronaren Bypass
Hinweis: Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist im Kode enthalten. Wenn der Einsatz der Herz-Lungen-Maschine in tiefer oder profunder Hypothermie erfolgt, ist der entsprechende Kode (8-851.40, 8-851.41, 8-851.50, 8-851.51) zusätzlich anzugeben. Eine gleichzeitig durchgeführte Aneurysmaresektion ist gesondert zu kodieren (5-369.1).
Die offen chirurgische Entnahme eines Gefäßes zur Transplantation ist im Kode enthalten.
Die endoskopische Entnahme eines Gefäßes zur Transplantation ist gesondert zu kodieren (5-38b ff.).
Die Art der Konditionierung von entnommenen Gefäßen zur Transplantation ist gesondert zu kodieren (5-93a ff.)
Die Art des Transplantates ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-360 zu kodieren.

- 5-361.0** Bypass einfach
- 5-361.1** Bypass zweifach
- 5-361.2** Bypass dreifach
- 5-361.3** Bypass vierfach
- 5-361.4** Bypass fünffach
- 5-361.5** Bypass sechsfach oder mehr
- 5-361.y** N.n.bez.

5-37 Rhythmuschirurgie u. and. Operationen an Herz u. Perikard
Hinweis: Die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist, sofern nicht im Kode enthalten, gesondert zu kodieren (8-851 ff.).

- 5-371 Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmien**
- 5-371.3 Endokardial
 - 5-371.30 Durch unipolare konventionelle Radiofrequenzablation
 - 5-371.31 Durch unipolare gekühlte Radiofrequenzablation
 - 5-371.32 Durch bipolare Radiofrequenzablation
 - 5-371.33 Durch Kryoablation
 - 5-371.34 Durch Mikrowellenablation
 - 5-371.35 Durch Hochfrequenzultraschallablation
 - 5-371.36 Durch Laserablation
 - 5-371.3x Durch sonstige Energiequellen

 - 5-371.4 Epikardial, offen chirurgisch

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kodierung im aG-DRG-System 2024

Vergütung im aG-DRG-System 2024

Spezielle Hinweise

Kodierbeispiele

Wichtige Links & Abkürzungen

5-371.40 Durch unipolare konventionelle Radiofrequenzablation
5-371.41 Durch unipolare gekühlte Radiofrequenzablation
5-371.42 Durch bipolare Radiofrequenzablation
5-371.43 Durch Kryoablation
5-371.44 Durch Mikrowellenablation
5-371.45 Durch Hochfrequenzultraschallablation
5-371.46 Durch Laserablation
5-371.4x Durch sonstige Energiequellen

5-371.5 Epikardial, endoskopisch
5-371.50 Durch unipolare konventionelle Radiofrequenzablation
5-371.51 Durch unipolare gekühlte Radiofrequenzablation
5-371.52 Durch bipolare Radiofrequenzablation
5-371.53 Durch Kryoablation
5-371.54 Durch Mikrowellenablation
5-371.55 Durch Hochfrequenzultraschallablation
5-371.56 Durch Laserablation
5-371.5x Durch sonstige Energiequellen

5-371.x Sonstige
5-371.y N.n.bez.

5-373 Exzision u. Destruktion v. erkranktem Gewebe des Herzens

5-373.0 Exzision am Vorhof
5-373.1 Exzision am Ventrikel
5-373.2 Partielle linksventrikuläre Reduktionsplastik (Batista)
5-373.3 Resektion eines Aneurysmas, am Vorhof
5-373.4 Resektion eines Aneurysmas, am Ventrikel
5-373.5 MAZE-Verfahren (Alternative Verfahren)
5-373.6 Exzision am Reizleitungssystem, am Ventrikel
5-373.7 Destruktion am Reizleitungssystem, am Vorhof
Exkl.: Radiofrequenzablation durch Katheterisierung (8-835)
5-373.8 Destruktion am Reizleitungssystem, am Ventrikel
Exkl.: Radiofrequenzablation durch Katheterisierung (8-835)
5-373.x Sonstige
5-373.y N.n.bez.

5-379 Andere Operationen an Herz und Perikard

5-379.1 **Ligatur eines Herzohres**
Inkl.: Clip, Klammernahtgerät
Exkl.: Perkutan-transluminale Verschluss eines Herzohres durch perkutan epikardial eingebrachte Schlinge (8-837.s1)

8-85 Extrakorporale Zirkulation und Behandlung von Blut

8-851 Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine)

Hinweis: Es gilt die niedrigste Körpertemperatur während des Eingriffs.
Eine Volumenreduktion im Rahmen der Anwendung der Herz-Lungen-Maschine ist nicht gesondert zu kodieren.

8-851.0 Mit Normothermie (mehr als 35°C)
8-851.00 Ohne intraaortale Ballonokklusion
8-851.01 Mit intraaortaler Ballonokklusion

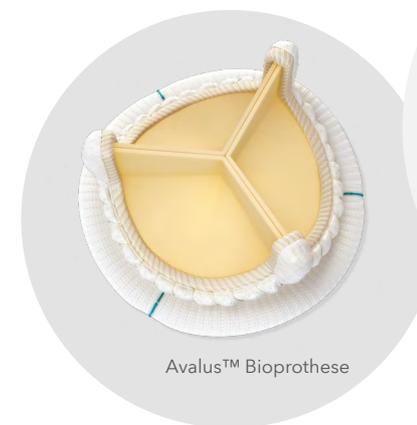
8-851.1 Mit milder Hypothermie (32 bis 35°C)
8-851.10 Ohne intraaortale Ballonokklusion
8-851.11 Mit intraaortaler Ballonokklusion

8-851.3 Mit moderater Hypothermie (26 bis unter 32°C)
8-851.30 Ohne intraaortale Ballonokklusion
8-851.31 Mit intraaortaler Ballonokklusion

8-851.4 Mit tiefer Hypothermie (20 bis unter 26°C)
8-851.40 Ohne intraaortale Ballonokklusion
8-851.41 Mit intraaortaler Ballonokklusion

8-851.5 Mit profunder Hypothermie (unter 20°C)
8-851.50 Ohne intraaortale Ballonokklusion
8-851.51 Mit intraaortaler Ballonokklusion

8-851.x Sonstige
8-851.y N.n.bez.



2.2 Diagnosen ICD 10-2024

Maßgeblich für die korrekte Kodierung ist die Hauptdiagnose. Die Hauptdiagnose wird definiert als:

„Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.“

105.- Rheumatische Mitralklappenkrankheiten

Inkl.: Zustände, die unter I05.0 und I05.2-I05.9 klassifizierbar sind, unabhängig davon, ob als rheumatisch bezeichnet oder nicht.
Exkl.: Als nichtrheumatisch bezeichnet (I34.-)

- I05.0 Mitralklappenstenose
Mitralklappenobstruktion (rheumatisch)
- I05.1 Rheumatische Mitralklappeninsuffizienz
- I05.2 Mitralklappenstenose mit Insuffizienz
Mitralklappenstenose mit Insuffizienz o. Regurgitation
- I05.8 Sonstige Mitralklappenkrankheiten
Mitralklappenfehler
Mitralklappenprolaps
- I05.9 Mitralklappenkrankheit, n.n.bez.
Mitralklappenkrankheit (chronisch) o.n.A.

106.- Rheumatische Aortenklappenkrankheiten

Exkl.: Nicht als rheumatisch bezeichnet (I35.-)

- I06.0 Rheumatische Aortenklappenstenose
Rheumatische Aortenklappenobstruktion
- I06.1 Rheumatische Aortenklappeninsuffizienz
- I06.2 Rheumatische Aortenklappenstenose mit Insuffizienz
Rheumatische Aortenstenose mit Insuffizienz oder Regurgitation
- I06.8 Sonstige rheumatische Aortenklappenkrankheiten
- I06.9 Rheumatische Aortenklappenkrankheit, n.n.bez.
Rheumatische Aortenklappenkrankheit o.n.A.

107.- Rheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten

Inkl.: Als rheumatisch bezeichnet
Ursache nicht näher bezeichnet
Exkl.: Als nicht rheumatisch bezeichnet (I36.-)

- I07.0 Trikuspidalklappenstenose
Trikuspidalklappenstenose (rheumatisch)
- I07.1 Trikuspidalklappeninsuffizienz
Trikuspidalklappeninsuffizienz (rheumatisch)
- I07.2 Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz
- I07.8 Sonstige Trikuspidalklappenkrankheiten
- I07.9 Trikuspidalklappenkrankheit, n.n.bez.
Trikuspidalklappenkrankheit o.n.A.

125.- Chronische ischämische Herzkrankheit

Exkl.: Herz-Kreislauf-Krankheit o.n.A. (I51.6)

- I25.0 Atherosklerotische Herz-Kreislauf-Krankheit, so beschrieben
- I25.1 Atherosklerotische Herzkrankheit Koronar- (Arterien):
* Atherom
* Atherosklerose
* Krankheit
* Okklusion
* Sklerose
* Stenose
- I25.10 Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen
- I25.11 Ein-Gefäß-Erkrankung
- I25.12 Zwei-Gefäß-Erkrankung
- I25.13 Drei-Gefäß-Erkrankung
- I25.14 Stenose des linken Herzstammes
- I25.15 Mit stenosierten Bypass-Gefäßen
- I25.16 Mit stenosierten Stents
- I25.19 N.n.bez.

134.- Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten

Exkl.: Als angeboren bezeichnet (Q23.2, Q23.3)
Als rheumatische bezeichnet (I05.-)

- Mitralklappen:
* Fehler (I05.8)
* Krankheit (I05.9)
* Stenose (I05.0)
N.n.bez. Ursache, jedoch mit Angabe von:
* Krankheiten der Aortenklappe (I08.0)
* Mitralklappenstenose oder -obstruktion (I05.0)
- I34.0 Mitralklappeninsuffizienz
Mitralklappen:
* Insuffizienz
* Regurgitation
o.n.A. oder näher bez. Ursache, ausgenommen rheumatisch
- I34.1 Mitralklappenprolaps
Floppy-Valve-Syndrom
Exkl.: Marfan-Syndrom (Q87.4)
- I34.2 Nichtrheumatische Mitralklappenstenose

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kodierung im aG-DRG-System 2024

Vergütung im aG-DRG-System 2024

Spezielle Hinweise

Kodierbeispiele

Wichtige Links & Abkürzungen

I34.8- Sonstige nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten
I34.80 Nichtrheumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz

I34.88 Sonstige nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten
I34.9 Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheit, n.n.bez.

I35.- Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten
Exkl.: Als angeboren bezeichn. (Q23.0, Q23.1, Q23.4-Q23.9)
Als rheumatisch bezeichnet (I06.-)
Hyperthrophische Subaortenstenose (I42.1)
Nicht näher bezeichnete Ursache, jedoch mit Angabe von Mitralklappenkrankheiten (I08.0)

I35.0 Aortenklappenstenose
I35.1 Aortenklappeninsuffizienz

Aortenklappen:
* Insuffizienz
* Regurgitation
o.n.A. oder näher bezeichnete Ursache, ausgenommen rheumatisch

I35.2 Aortenklappenstenose mit Insuffizienz
I35.8 Sonstige Aortenklappenkrankheiten
I35.9 Aortenklappenkrankheit, n.n.bez.

I36.- Nichtrheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten
Exkl.: Als angeboren bezeichnet (Q22.4, Q22.8, Q22.8)
Als rheumatische bezeichnet (I07.-)
Nicht näher bezeichnete Ursache (I07.-)

I36.0 Nichtrheumatische Trikuspidalklappenstenose
I36.1 Nichtrheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz

Trikuspidalklappe:
* Insuffizienz
* Regurgitation
näher bezeichnete Ursache, ausgenommen rheumatisch
I36.2 Nichtrheumatische Trikuspidalklappenstenose m. Insuffizienz
I36.8 Sonstige nichtrheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten
I36.9 Nichtrheumatische Trikuspidalklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet

I48.- Vorhofflimmern und Vorhofflattern

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
I48.9 Vorhofflimmern und Vorhofflattern, n.n.bez.

Q23.- Angeborene Fehlbildungen der Aorten- und d. Mitralklappe

Q23.0 Angeborene Aortenklappenstenose
Angeborene Aortenatresie
Angeborene Aortenstenose
Exkl.: Angeborene subvalvuläre Aortenstenose (Q24.4), bei hypoplastischem Linksherzsyndrom (Q23.4)
Q23.1 Angeborene Aortenklappeninsuffizienz
Angeborene Aorteninsuffizienz
Bikuspidale Aortenklappe
Q23.2 Angeborene Mitralklappenstenose
Angeborene Mitralatresie
Q23.3 Angeborene Mitralklappeninsuffizienz
Q23.4 Hypoplastisches Linksherzsyndrom
Atresie oder deutliche Hypoplasie des Aortenostiums oder der Aortenklappe, mit Hypoplasie der Aorta ascendens und fehlerhafter Entwicklung des linken Ventrikels (mit Mitralklappenstenose oder -atresie).
Q23.8 Sonstige angeb. Fehlbildungen der Aorten- und Mitralklappe
Q23.9 Angeborene Fehlbildung der Aorten- und Mitralklappe, nicht näher bezeichnet

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kodierung im aG-DRG-System 2024

Vergütung im aG-DRG-System 2024

Spezielle Hinweise

Kodierbeispiele

Wichtige Links & Abkürzungen

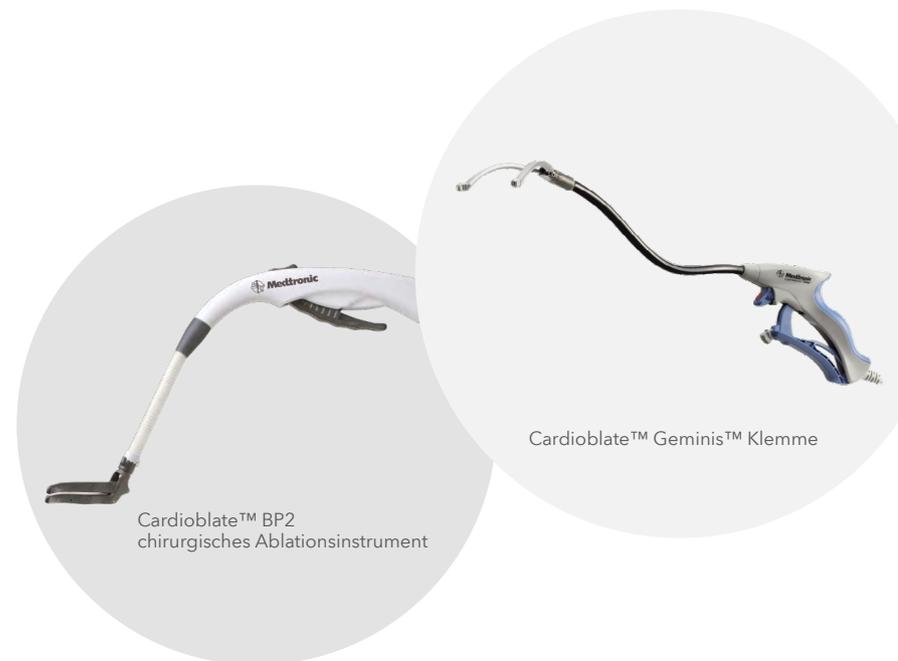
3. Vergütung im aG-DRG-System 2024

aG-DRG System 2024

Ausgliederung der Pflegepersonalkosten (Pflege am Bett) aus den DRGs und ZEs. Das Krankenhausbudget wird ab 2020 differenziert in ein „Rumpf“-aG-DRGBudget und ein Pflegekostenbudget (Ist-Pflegepersonalkosten). Nähere Hinweise finden Sie unter: <https://www.bvmed.de/>

Die Leistungen der Krankenhäuser wie z.B. Operationen, der Einsatz von Sachmitteln wie Medizinprodukten, Arzneimitteln und Hotelleistungen werden nach DRGs (German Diagnosis Related Groups) abgerechnet. G-DRG ist ein durchgängig leistungsorientiertes und pauschaliertes Vergütungssystem. DRGs sind Fallpauschalen für bestimmte Behandlungen, die u.a. aufgrund der Diagnose-Kodierung nach ICD und evtl. erbrachter Prozedur nach OPS definiert werden. Die DRGs werden in einem Fallpauschalenkatalog gelistet und jährlich aktualisiert. Da nicht alle Behandlungen im DRG Katalog abbildbar sind, gibt es für besonders kostenintensive Leistungen - hier insbesondere kostenintensive Medizinprodukte bzw. kostenintensive Arzneimittel - sog. ZE (Zusatzentgelte).

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



Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kodierung im aG-DRG-System 2024

Vergütung im aG-DRG-System 2024

Spezielle Hinweise

Kodierbeispiele

Wichtige Links & Abkürzungen

DRG-Auflistung

DRG	Partition	Bezeichnung	Bew.rel. Hauptabteilung	Mittlere Verweildauer 1)	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bew.rel.)	Erlös*	Pflegerlös Bew. rel./Tag**
					1. Tag 2) mit Abschlag	Bew.rel./Tag	1. Tag 3) zus. Entgelt	Bew.rel./Tag			
1	2	3	4	6	7	8	9	10	11		14
F03B	0	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 Enderarteriektomie	6,891	16,8	5	0,579	33	0,244	0,194	28.942,2 €	1,9112
F03C	0	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	0,161	25.221,00 €	1,6055
F03D	0	Herzklappeneingriff mit HLM, Alter > 0 J., IntK < 197 / 185 / - P., mit Zweifacheingr. od. bei angegeb. Herzfehler, oh. kompl. Eingr. oder Alter < 16 J. od. oh. Zweifacheingr., auß. bei angegeb. Herzfehler, Alter > 15 J. mit Impl. klappentr. Gefäßprothese	4,606	13,3	3	0,463	24	0,207	0,129	19.345,20 €	1,3354
F03E	0	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. angegeb. Herzfehler, ohne Impl. klappentr. Gefäßpr.	3,966	11,1	3	0,388	19	0,223	0,124	16.657,20 €	1,3169
F06D	0	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation oder schwersten CC oder Implantation eines herzunterstützenden Systems	4,509	13,6	4	0,414	25	0,206	-	18.937,80 €	1,6075
F06E	0	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation, ohne schwerste CC, ohne Implantation eines herzunterstützenden Systems	3,510	10,8	3	0,379	18	0,208	-	14.742,00 €	1,3606
F07C	0	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.	4,200	11,4	3	0,419	20	0,224	0,137	17.640,00 €	1,4178

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 €. ([weitere Infos](#))

** vorläufiger tagesbezogener Pflegeentgeltwert 230,00 € (ggfs. unterjährige Anpassung gem. Krankenhaustransparenzgesetz)

 [Weitere Infos siehe hier](#)

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kodierung im aG-DRG-System 2024

Vergütung im aG-DRG-System 2024

Spezielle Hinweise

Kodierbeispiele

Wichtige Links & Abkürzungen

DRG	Partition	Bezeichnung	Bew.rel. Hauptabteilung	Mittlere Verweildauer 1)	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bew.rel.)	Erlös*	Pflegerlös Bew. rel./Tag**
					1. Tag 2) mit Abschlag	Bew.rel./Tag	1. Tag 3) zus. Entgelt	Bew.rel./Tag			
1	2	3	4	6	7	8	9	10	11		14
F09A	O	Andere kardi thorakale Eingriffe, Alter < 16 Jahre, mit komplizierender Konstellation oder Exzision am Vorhof	3,422	9,4	2	0,527	19	0,170	0,163	14.372,40 €	1,7433
F09B	O	Andere kardi thorakale Eingriffe, Alter > 15 Jahre, ohne kompl. Konst., ohne Exzision am Vorhof, mit mäßig kompl. kardi thorakalen Eingriffe. mit äußerst schweren CC oder best. kardi thorakalem Eingriff oder best. Perikardektomie bei chron. Perikarditis	3,707	11,6	3	0,389	23	0,096	0,122	15.569,40 €	1,3972
F09C	O	Andere kardi thorakale Eingriffe, Alter > 15 Jahre, ohne kompl. Konst., ohne Exzision am Vorhof, ohne äußerst schwere CC oder ohne mäßig kompl. kardi thorakale Eingr., ohne best. kardi thorakalen Eingr., ohne best. Perikardektomie bei chron. Perikarditis	2,279	8,0	2	0,357	18	0,091	0,120	9.571,80 €	1,2402
F68B	M	Angeborene Herzkrankheit ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter > 15 Jahre	0,436	3,3	1	0,187	8	0,093	0,099	1.831,20 €	1,0711

Formel zur Berechnung der Pflegeerlöse in 2024

! FORMEL: $\text{Pflegerlös} = \text{Bewertungsrelation/Tag} \times \text{patientenindividueller Verweildauer} \times \text{Pflegeentgeltwert (hier Beispielhaft 230,00 €)}$.

Da vor der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 KHEntG noch nicht berechnet werden kann, ist bis dahin nach Satz 1 ersatzweise ein Betrag in Höhe von 230,00 € abzurechnen. Dies ist nur der vorläufige tagesbezogene Pflegeentgeltwert bis zur Pflegebudgetvereinbarung. Nach akzeptiertem Testat des KH-Betriebsprüfers zum Pflegebudget wird dann am Ende des KH-Geschäftsjahres mit der Jahrespflegeerlössumme abgeglichen. Danach Ausgleich des Pflegebudget zu 100% gemäß Selbstkostendeckungsprinzip.

Bitte geben Sie den Begriff „Sachkostenfinanzierung ag drg“ in das Suchfeld der Internetseite des Bundesverbandes Medizinprodukte e.V. ein und erhalten Sie weiterführende Hinweise zum Thema: <https://www.bvmed.de/de/startseite>

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 €. ([weitere Infos](#))

** vorläufiger tagesbezogener Pflegeentgeltwert 230,00 € (ggfs. unterjährige Anpassung gem. Krankenhaustransparenzgesetz)

! [Weitere Infos siehe hier](#)

4. Spezielle Hinweise

Ablation

Vorhofflimmern ist eine bekannte und häufige Nebenerkrankung im Bereich der Herzchirurgie, oft im Zusammenhang mit Mitralklappenerkrankungen (bis 50%) oder bei koronarer Herzkrankheit (bis 15%). Bei diesen Patienten ist die Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt und Mortalität sowie Schlaganfallrisiko steigen erheblich.

Ist das Herz im Rahmen einer herzchirurgischen Operation frei zugänglich, sollte bei Risikopatienten die Notwendigkeit einer Ablationstherapie geprüft werden.¹ Die chirurgische Vorhofflimmer-Ablation ist dabei seit der Entwicklung durch Dr. Cox im Jahr 1987 (Cox-Maze-Procedure) stetig weiterentwickelt und verbessert worden. Durch die elektrische Isolation von Bereichen, in denen das Vorhofflimmern entsteht, kann der natürliche Herzschlag des Patienten wieder die Steuerung des Herzens übernehmen. Die Erfolgsaussichten einer solchen sorgfältig durchgeführten Ablation können im Bereich von 80% und mehr liegen. Dadurch können Patienten beschwerdefrei werden und weisen ein deutlich verringertes Risiko eines Schlaganfalles auf.²

DAS CARDIABLATE RF-SYSTEM

Das Cardioblate RF-System besteht aus einem Generator, der hochfrequente Energie erzeugt, und einem daran angeschlossenen Stift (unipolare Ablation) oder einer Zange (bipolare Ablation). Eine Besonderheit des Systems ist, dass es kontinuierlich mit Kochsalzlösung gespült wird. Dadurch wird der Energiefluss durch die ganze Herzwand gefördert bzw. unterstützt, damit die Leitfähigkeit der Herzmuskelzellen unterbrochen werden kann. Für minimalinvasive Eingriffe (zum Beispiel wenn die Ablation nicht im Rahmen einer Herzoperation durchgeführt wird), steht eine spezielle flexible Zange zur Verfügung. Diese kann über endoskopische Techniken angewendet werden¹.

DAS CARDIABLATE SYSTEM MIT ARGON TECHNOLOGIE

Das Cardioblate-System mit Argon-Technologie besteht aus einer Kontroll-Einheit mit angeschlossenen Gas-Tank und passenden Sonden, die auf das Herzgewebe gelegt werden. Wenn sich das Gas entspannt, sinkt die Temperatur an der Sondenspitze stark ab. So wird das Muskelgewebe eingefroren. Bei der nachfolgenden Erwärmung bildet sich durchgehendes Narbengewebe².

1: In summary, all patients with AF undergoing other cardiac surgery should be considered for AF ablation", HRS/EHRA/ECAS Expert Consensus Statement on Catheter and Surgical Ablation of Atrial Fibrillation - May 2007

2: M.A. Knaut et al., Herzchirurgische Therapie von Vorhofflimmern, Z Herz-Thorax-Gefäßchir 2013 · 27:100-112

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kodierung im aG-DRG-System 2024

Vergütung im aG-DRG-System 2024

Spezielle Hinweise

Kodierbeispiele

Wichtige Links & Abkürzungen

5. Kodierbeispiele

Koronare Herzkrankheit

Lone AF

Aortenklappenerkrankungen

Kinder-Herzchirurgie

Mitralklappenerkrankungen

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kodierung im aG-DRG-System 2024

Vergütung im aG-DRG-System 2024

Spezielle Hinweise

Kodierbeispiele

Wichtige Links & Abkürzungen

5.1 Koronare Herzkrankheit

		ICD-Kode	OPS-Kode	DRG	Bew.Rel.	Erlös*	Bemerkungen	Diff. Bew.rel. o/m Ablat.	Diff. Erlös o/m Ablation
CABG	ohne Ablation	I25.1-I48.1	5-361.07	F06E	3,510	14.742,00 €	Bypass ohne chirurgische Ablation des Vorhofflimmerns		
	mit Ablation	I25.1-I48.1	5-361.07 5-371.42	F06D	4,509	18.937,80 €	Bypass & bipolare Radiofrequenzablation	Δ 0,999	Δ 4.195,80 €

5.2 Aortenklappenerkrankungen

		ICD-Kode	OPS-Kode	DRG	Bew.Rel.	Erlös*	Bemerkungen
Aortenklappe	ohne Ablation	I35.-I48.0	5-351.02	F03E	3,966	16.657,20 €	Aortenklappenersatz - ohne chirurgische Ablation des Vorhofflimmerns
	mit Ablation	I35.-I48.0	5-351.02 5-371.31	F03E	3,966	16.657,20 €	Aortenklappenersatz & unipolare gekühlte Radiofrequenzablation
Aortenklappe + Mitralklappe	ohne Ablation	I35.-I34.-I48.0	5-351.02 5-351.12	F03D	4,606	19.345,20 €	Aortenklappen- & Mitralklappenersatz - aber keine Ablation des Vorhofflimmerns
	mit Ablation	I35.-I34.-I48.0	5-351.02 5-371.31	F03D	4,606	19.345,20 €	Aortenklappen- & Mitralklappenersatz & endokardial, unipolare gekühlte RF
	ohne Ablation	I35.-I34.-I48.0	5-351.02 5-354.13	F03D	4,606	19.345,20 €	Aortenklappenersatz, Mitralklappenrekonstruktion - aber keine Ablation des Vorhofflimmerns
	mit Ablation	I35.-I34.-I48.0	5-351.02 5-354.13 5-371.31	F03D	4,606	19.345,20 €	Aortenklappenersatz, Mitralklappenrekonstruktion & endokardial, unipolare gekühlte RF
	mit Ablation und profunder Hypothermie	I35.-I34.-I48.0	5-351.02 5-354.13 5-371.31 8-851.50	F03B	6,891	28.942,20 €	Aortenklappenersatz, Mitralklappenrekonstruktion & endokardial, unipolare gekühlte RF und Anwendung eines operativen äußeren Kreislaufs mit profunder Hypothermie
	mit Ablation	I35.-I34.-I48.0	5-351.02 5-371.31	F03B	6,891	28.942,20 €	Aortenklappenersatz, Mitralklappenrekonstruktion & endokardial, unipolare gekühlte RF und Anwendung eines operativen äußeren Kreislaufs mit profunder Hypothermie
Aortenklappe + Bypass	ohne Ablation	I06.-I35.-I48.0	5-351.02 5-361.07	F03D	4,606	19.345,20 €	Aortenklappenersatz & Bypass - ohne chirurgische Ablation des Vorhofflimmerns
	mit Ablation	I06.-I35.-I48.0	5-351.02 5-361.07 5-371.42	F03D	4,606	19.345,20 €	Aortenklappenersatz, Bypass & bipolare Radiofrequenzablation

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 €. ([weitere Infos](#))

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kodierung im aG-DRG-System 2024

Vergütung im aG-DRG-System 2024

Spezielle Hinweise

Kodierbeispiele

Wichtige Links & Abkürzungen

		ICD-Kode	OPS-Kode	DRG	Bew.Rel.	Erlös*	Bemerkungen
Nahtfreie Aortenklappe	ohne Ablation	I35.-	5-351.05	F03D	4,606	19.345,20 €	Nahtloser Aortenklappenersatz - ohne chirurgische Ablation des Vorhofflimmerns
	mit Ablation	I35.- I48.0	5-351.05 5-371.41	F03D	4,606	19.345,20 €	Nahtloser Aortenklappenersatz & unipolar gekühlte Radiofrequenzablation
Degenerative Aortenklappenkrankung		I35.-	5-351.0-[6. Stelle: 1-4]	F03E	3,966	16.657,20 €	Nichtreumatische Aortenklappenkrankheiten mit Klappenersatz
			5-351.0-[6. Stelle: 5,6]	F03D	4,606	19.345,20 €	Nichtreumatische Aortenklappenkrankheiten mit Klappenersatz
			5-352.0-[6. Stelle: 1-4]	F03E	3,966	16.657,20 €	Nichtreumatische Aortenklappenkrankh. m. Aortenklappenwechsel
			5-352.0-[6. Stelle: 6,7]	F03D	4,606	19.345,20 €	Nichtreumatische Aortenklappenkrankh. m. Aortenklappenwechsel
			5-354.0-[6. St.: 4,b]	F07C	4,200	17.640,00 €	Andere Operationen an der Aortenklappe
			5-354.0-[6. St.: 1,x]	F09B	3,707	15.569,40 €	Andere Operationen an der Aortenklappe
			5-354.0a	F03D	4,606	19.345,20 €	Andere Operationen an der Aortenklappe
	5-358.0**	F03E	3,966	16.657,20 €	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien der Aortenklappe		

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 €. ([weitere Infos](#))
 ** oder - : weitere Untergruppen verfügbar

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kodierung im aG-DRG-System 2024

Vergütung im aG-DRG-System 2024

Spezielle Hinweise

Kodierbeispiele

Wichtige Links & Abkürzungen

5.3 Mitralklappenerkrankungen

		ICD-Kode	OPS-Kode	DRG	Bew.Rel.	Erlös*	Bemerkungen
Trikuspidal- klappe	ohne Ablation	I36.- I48.0	5-353.4	F07C	4,200	17.640,00 €	Trikuspidalklappen-Anuloplastik
	mit Ablation	I36.- I48.0	5-353.4 5-371.41	F07C	4,200	17.640,00 €	Trikuspidalklappen-Anuloplastik & unipolare gekühlte Radiofrequenzablation
Mitralklappe	ohne Ablation	I34.- I48.0	5-351.12	F03E	3,966	16.657,20 €	Mitralklappenersatz - ohne chirurgische Ablation des Vorhofflimmerns
	mit Ablation	I34.- I48.0	5-351.12 5-371.41	F03E	3,966	16.657,20 €	Mitralklappenersatz & unipolare gekühlte Radiofrequenzablation
	ohne Ablation	I34.- I48.0	5-354.13	F03E	3,966	16.657,20 €	Mitralklappenrekonstruktion - ohne chirurgische Ablation des Vorhofflimmerns
	mit Ablation	I34.- I48.0	5-354.13 5-371.41	F03E	3,966	16.657,20 €	Mitralklappenrekonstruktion & unipolare gekühlte Radiofrequenzablation
Mitralklappe + Bypass	ohne Ablation	I34.- I25.1- I48.0	5-354.13 5-361.17	F03D	4,606	19.345,20 €	Mitralklappenrekonstruktion & Bypass - aber keine Ablation des Vorhofflimmerns
	mit Ablation	I34.- I25.1- I48.0	5-354.13 5-361.17 5-371.33	F03D	4,606	19.345,20 €	Mitralklappenrekonstruktion, Bypass & endokardial, Kryoablation
	mit Ablation und profunder Hypothermie	I34.- I25.1- I48.0	5-354.13 5-361.17 5-371.33 8-851.50	F03B	6,891	28.942,20 €	Mitralklappenrekonstruktion, Bypass & endokardial, Kryoablation und Anwendung eines operativen äußeren Kreislaufs mit profunder Hypothermie
Mitralklappe + Trikuspidal- klappe + Ablation	ohne Ablation	I34.- I36.- I48.0	5-354.13 5-354.33	F03E	3,966	16.657,20 €	Mitralklappen- & Trikuspidalklappenrekonstruktion - aber keine Ablation des Vorhofflimmerns
	mit Ablation	I34.- I36.- I48.0	5-354.13 5-354.33 5-371.31	F03E	3,966	16.657,20 €	Mitralklappen- & Trikuspidalklappenrekonstruktion & endokardial, unipolare gekühlte RF
	mit Ablation	I05.1 + I07.1 + I48.1	5-353.1 5-353.4 5-371.42	F07C	4,200	17.640,00 €	Mitralklappen-Anuloplastik Trikuspidalklappen-Anuloplastik Bipolare Radiofrequenzablation

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 €. ([weitere Infos](#))

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kodierung im aG-DRG-System 2024

Vergütung im aG-DRG-System 2024

Spezielle Hinweise

Kodierbeispiele

Wichtige Links & Abkürzungen

		ICD-Kode	OPS-Kode	DRG	Bew.Rel.	Erlös*	Bemerkungen
Degenerative Mitralklappenkrankung	I34.-		5-351.1- [6. St.: 1-4,x]	F03E	3,966	16.657,20 €	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten mit Klappenersatz, offen chirurgisch
			5-351.2- [6. St.: 1-4,x]	F03E	3,966	16.657,20 €	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten mit Klappenersatz, thorakoskopisch
			5-352.1- [6. St.: 0-3,x]	F03E	3,966	16.657,20 €	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten mit Mitralklappenwechsel
			5-353.1	F07C	4,200	17.640,00 €	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten Valvuloplastik Mitralklappe, Anuloplastik
			5-353.2	F03E	3,966	16.657,20 €	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten Valvuloplastik Mitralklappe, Segelrekonstruktion
			5-354.11	F07C	4,200	17.640,00 €	Andere Operationen an der Mitralklappe, Exploration (mit Thrombektomie)
			5-354.12	F09C	2,279	9.571,80 €	Andere Operationen an der Mitralklappe, Rekonstruktion Chordae tendineae u. Papillarmuskel
			5-354.13	F03E	3,966	16.657,20 €	Andere Operationen an der Mitralklappe, Prothesenrefixation
			5-354.14	F03E	3,966	16.657,20 €	Andere Operationen an der Mitralklappe, Entkalkung
			5-354.1x	F09C	2,279	9.571,80 €	Andere Operationen an der Mitralklappe, Sonstige
		5-358.** [6. St.: 0-4,x]	F03E	3,966	16.657,20 €	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien der Mitralklappe	

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 €. ([weitere Infos](#))

** oder - : weitere Untergruppen verfügbar

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kodierung im aG-DRG-System 2024

Vergütung im aG-DRG-System 2024

Spezielle Hinweise

Kodierbeispiele

Wichtige Links & Abkürzungen

5.4 Lone AF

	ICD-Kode	OPS-Kode	DRG	Bew.Rel.	Erlös*	Bemerkungen
Lone AF	I48.2	5-371.51	F09B	3,707	15.569,40 €	Epikardial, endoskopisch, unipolare gekühlte Radiofrequenzablation
		5-371.52	F09B	3,707	15.569,40 €	Epikardial, endoskopisch, bipolare Radiofrequenzablation
Lone AF + Exzision des Vorhofs	I48.2	5-371.52 5-373.0	F09A	3,422	14.372,40 €	Epikardial, endoskopisch, bipolare Radiofrequenzablation & Exzision des Vorhofohrs

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 €. ([weitere Infos](#))

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kodierung im aG-DRG-System 2024

Vergütung im aG-DRG-System 2024

Spezielle Hinweise

5.5 Kinderherzchirurgie

Bei den aufgeführten Beispielen ist bei der Gruppierung das Alter des Patienten mit < 16 Jahren berücksichtigt. Bei Patienten > 16 Jahren ändert sich die DRG F03D in F03E sowie die F03C in F03D.

	ICD-Kode	OPS-Kode	DRG	Bew.Rel.	Erlös*	Bemerkungen
Angeborene Herzfehler Aortenklappe	Q23.0	5-351.0- [6. Stelle: 1-4]	F03D	4,606	19.345,20 €	Angeborene Aortenklappenstenose mit Klappenersatz
		5-351.0- [6. Stelle: 5,6]	F03C	6,005	25.221,00 €	Angeborene Aortenklappenstenose mit Klappenersatz
		5-352.0- [6. Stelle: 1-4]	F03D	4,606	19.345,20 €	Angeborene Aortenklappenstenose mit Aortenklappenwechsel
		5-352.0- [6. Stelle: 6,7]	F03C	6,005	25.221,00 €	Angeborene Aortenklappenstenose mit Aortenklappenwechsel
		5-354.0- [6. Stelle: 1,x]	F09A	3,422	14.372,40 €	Andere Operationen an der Aortenklappe
		5-354.0- [6. Stelle: 4,b]	F07C	4,200	17.640,00 €	Andere Operationen an der Aortenklappe
		5-354.0- [6. Stelle: 2,3,5,6]	F03D	4,606	19.345,20 €	Andere Operationen an der Aortenklappe
		5-358.0**	F03D	4,606	19.345,20 €	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien der Aortenklappe
	Q23.1	5-351.0- [6. Stelle: 1-4]	F03D	4,606	19.345,20 €	Angeborene Aortenklappeninsuffizienz mit Klappenersatz
		5-351.0- [6. Stelle: 5,6]	F03C	6,005	25.221,00 €	Angeborene Aortenklappeninsuffizienz mit Klappenersatz
		5-352.0- [6. Stelle: 1-4]	F03D	4,606	19.345,20 €	Angeborene Aortenklappeninsuffizienz mit Aortenklappenwechsel
		5-352.0- [6. Stelle: 6,7]	F03C	6,005	25.221,00 €	Angeborene Aortenklappeninsuffizienz mit Aortenklappenwechsel
		5-354.0- [6. Stelle: 1,x]	F09A	3,422	14.372,40 €	Andere Operationen an der Aortenklappe
		5-354.0- [6. Stelle: 4,b]	F07C	4,200	17.640,00 €	Andere Operationen an der Aortenklappe
5-354.0- [6. Stelle: 2,3,5,6]		F03D	4,606	19.345,20 €	Andere Operationen an der Aortenklappe	
5-358.0**		F03D	4,606	19.345,20 €	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien der Aortenklappe	

Kodierbeispiele

Wichtige Links & Abkürzungen

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kodierung im aG-DRG-System 2024

Vergütung im aG-DRG-System 2024

Spezielle Hinweise

Kodierbeispiele

Wichtige Links & Abkürzungen

	ICD-Kode	OPS-Kode	DRG	Bew.Rel.	Erlös*	Bemerkungen
Angeborene Herzfehler Mitralklappe	Q23.2	5-351.1- [6. Stelle: 1-4,x]	F03D	4,606	19.345,20 €	Angeborene Mitralklappenstenose/Mitralatresie mit Klappenersatz, offen chirurgisch
		5-351.2- [6. Stelle: 1-4,x]	F03D	4,606	19.345,20 €	Angeborene Mitralklappenstenose/Mitralatresie mit Klappenersatz, thorakoskopisch
		5-352.1- [6. Stelle: 0-3,x]	F03D	4,606	19.345,20 €	Angeborene Mitralklappenstenose/Mitralatresie mit Mitralklappenwechsel
		5-353.1	F03D	4,606	19.345,20 €	Angeborene Mitralklappenstenose/Mitralatresie Valvuloplastik Mitralklappe, Anuloplastik
		5-353.2	F03D	4,606	19.345,20 €	Angeborene Mitralklappenstenose/Mitralatresie Valvuloplastik Mitralklappe, Segelrekonstrukt.
		5-354.11	F07C	4,200	17.640,00 €	Andere Operationen an der Mitralklappe, Exploration (mit Thrombektomie)
		5-354.12	F09A	3,422	14.372,40 €	Andere Operationen an der Mitralklappe, Rekonstruktion Chordae tendineae u. Papillarmuskel
		5-354.13	F03D	4,606	19.345,20 €	Andere Operationen an der Mitralklappe, Prothesenrefixation
		5-354.14	F03D	4,606	19.345,20 €	Andere Operationen an der Mitralklappe, Entkalkung
		5-354.1x	F09A	3,422	14.372,40 €	Andere Operationen an der Mitralklappe, Sonstige
		5-358.1** [6. Stelle: 0-4,8,x]	F03D	4,606	19.345,20 €	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien der Mitralklappe
		5-358.1** [6. Stelle: a,b,c]	F68B	0,436	1.831,20 €	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien der Mitralklappe
Angeborene Herzfehler Mitralklappe	Q23.3	5-351.1- [6. Stelle: 1-4,x]	F03D	4,606	19.345,20 €	Angeborene Mitralklappeninsuffizienz mit Klappenersatz, offen chirurgisch
		5-351.2- [6. Stelle: 1-4,x]	F03D	4,606	19.345,20 €	Angeborene Mitralklappeninsuffizienz mit Klappenersatz, thorakoskopisch
		5-352.1- [6. Stelle: 0-3,x]	F03D	4,606	19.345,20 €	Angeborene Mitralklappeninsuffizienz mit Mitralklappenwechsel
		5-353.1	F03D	4,606	19.345,20 €	Angeborene Mitralklappeninsuffizienz Valvuloplastik Mitralklappe, Anuloplastik
		5-353.2	F03D	4,606	19.345,20 €	Angeborene Mitralklappeninsuffizienz Valvuloplastik Mitralklappe, Segelrekonstruktion
		5-354.11	F07C	4,200	17.640,00 €	Andere Operationen an der Mitralklappe, Exploration (mit Thrombektomie)
		5-354.12	F09A	3,422	14.372,40 €	Andere Operationen an der Mitralklappe, Rekonstruktion Chordae tendineae u. Papillarmuskel
		5-354.13	F03D	4,606	19.345,20 €	Andere Operationen an der Mitralklappe, Prothesenrefixation
		5-354.14	F03D	4,606	19.345,20 €	Andere Operationen an der Mitralklappe, Entkalkung
		5-354.1x	F09A	3,422	14.372,40 €	Andere Operationen an der Mitralklappe, Sonstige
		5-358.1** [6. Stelle: 0-4,x]	F03D	4,606	19.345,20 €	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien der Mitralklappe
		5-358.1** [6. Stelle: a,b,c]	F68B	0,436	1.831,20 €	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien der Mitralklappe

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2024 von 4.200,00 €. ([weitere Infos](#))

** oder - : weitere Untergruppen verfügbar

Die aufgeführten Beispiele sind exemplarisch! Aus Gründen der Übersichtlichkeit können die vielen möglichen Prozedur-Konstellationen hier nicht dargestellt werden.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kodierung im aG-DRG-System 2024

Vergütung im aG-DRG-System 2024

Spezielle Hinweise

Kodierbeispiele

Wichtige Links & Abkürzungen



MICS IT –
INDIVIDUELLE
LÖSUNGEN
FÜR IHRE
PATIENTEN

Profile® 3D

Bio-Medicus™
NextGen Kanülen

Octopus
Evolution AS®

Medtronic
Further. Together

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kodierung im aG-DRG-System 2024

Vergütung im aG-DRG-System 2024

Spezielle Hinweise

Kodierbeispiele

Wichtige Links & Abkürzungen

Wichtige Links

Kostenfreier Online Grouper für eine individuelle Groupierungssimulation:

https://www.drg-research-group.de/index.php?option=com_webgrouper&view=webgrouper&Itemid=107

Hinweise zum aG-DRG-System 2024 auf der Website des InEK

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

Kodierkataloge auf der Website des BfArM

https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/_node.html

Sachkostenfinanzierung im aG-DRG-System

<https://www.bvmed.de/de/versorgung/krankenhaus/sachkostenfinanzierung>

Ambulante Vergütung im Krankenhaus

<https://www.dkgev.de/themen/finanzierung-leistungskataloge/ambulante-verguetung/>

Weiterführende Hinweise zur Hybrid-DRG-Verordnung

<https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2023/380/VO>

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kodierung im aG-DRG-System 2024

Vergütung im aG-DRG-System 2024

Spezielle Hinweise

Kodierbeispiele

Wichtige Links & Abkürzungen

Abkürzungen

aG-DRG	German Diagnosis Related Groups (nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)
AWAR	Ausnahme Wiederaufnahmeregelung
BBFW	Bundesbasisfallwert
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BR	Bewertungsrelation
BVMed	Berufsverband Medizintechnologie
CC	Komplikationen und/oder Komorbiditäten
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis Related Group
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EV	Externe Verlegung
FDA	Fixkostendegressionsabschlag
FPV	Fallpauschalenvereinbarung
G-DRG	German Diagnosis Related Group
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
HD	Hauptdiagnose
iCARS	Individual Cost Acquisition Request Service (Einzelfallkostenübernahmeantragservice)

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kodierung im aG-DRG-System 2024

Vergütung im aG-DRG-System 2024

Spezielle Hinweise

Kodierbeispiele

Wichtige Links & Abkürzungen

ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
KIE	Krankenhausindividuelles Entgelt
LBFW	Landesbasisfallwert
MD	Medizinischer Dienst
MD Bund	Medizinischer Dienst Bund
MVD	Mittlere Verweildauer
ND	Nebendiagnose
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
OGVD	Obere Grenzverweildauer
OPS	Operationen- und Prozeduren Schlüssel
SKK	Sachkostenkorrektur
UGVD	Untere Grenzverweildauer
ZE	Zusatzentgelt

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Kodierung im aG-DRG-System 2024

Vergütung im aG-DRG-System 2024

Spezielle Hinweise

Kodierbeispiele

Wichtige Links & Abkürzungen

Weitere Informationsbroschüren



Transkatheter-Klappenimplantation (TCV)



Ablationen



Endovaskuläre Eingriffe an der Aorta



Periphere Eingriffe und Embolisationen



Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Koronargefäßen und Renale Denervierung



Endoluminale Intervention

Diese und weitere Broschüren können Sie direkt bei Medtronic bestellen. Senden Sie hierzu bitte einfach eine E-Mail an: rs.dusreimbursement@medtronic.com

Die Broschüren erhalten Sie ebenso im Download unter: www.medtronic-reimbursement.de

Vorwort

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Kodierung im
aG-DRG-System
2024

Vergütung im
aG-DRG-System
2024

Spezielle
Hinweise

Kodierbeispiele

Wichtige Links
& Abkürzungen

Medtronic

Medtronic GmbH
Earl-Bakken-Platz 1
40670 Meerbusch

Telefon: +49-2159-81 49-0
Telefax: +49-2159-81 49-100
E-Mail: rs.dusreimbursement@medtronic.com

www.medtronic-reimbursement.de

UC202408494 DE
© Medtronic GmbH
All Rights Reserved. 03/2024

Rechtlicher Hinweis

Alle Angaben sind Empfehlungen von Medtronic, beziehen sich ausschließlich auf von Medtronic vertriebene Produkte und Therapien und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Richtigkeit. Die verwendeten Kodierbeispiele lassen keine allgemein gültigen Rückschlüsse auf deren Anwendung zu. Informationen über die Anwendung bestimmter Produkte und Therapien von Medtronic finden Sie in der jeweiligen Gebrauchsanweisung. Medtronic übernimmt daher in diesem Zusammenhang keine Haftung.

Detaillierte Informationen über die Gebrauchsanweisung, Implantationsverfahren, Indikationen, Kontraindikationen, Warnhinweise, Vorsichtsmaßnahmen und mögliche Komplikationen sind dem Produkthandbuch zu entnehmen. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrem zuständigen Medtronic-Vertreter und/oder auf der Medtronic Website unter medtronic.de.

Informationen zu den jeweiligen Produkten finden Sie in der Gebrauchsanweisung unter www.medtronic.com/manuals. Handbücher können unter Verwendung der aktuellen Version eines gängigen Internet-Browsers eingesehen werden. Für optimale Ergebnisse verwenden Sie den Adobe Acrobat® Reader zusammen mit dem Browser.