



Abbott



2020

**KODIERLEITFADEN
STRUCTURAL HEART**

UNSERE MISSION

Leben Sie nicht einfach nur länger, sondern besser

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

UNSER ANLIEGEN

Wir möchten Sie bei Ihrer täglichen Arbeit unterstützen

„Die Abteilung Health Economics und Reimbursement (HE&R) arbeitet jeden Tag daran, den Zugang der Patienten zu lebensverbessernden Abbott-Technologien zu gewährleisten und als weltweit führendes Unternehmen den Mehrwert für die Patienten zu erhöhen und eine Kostenerstattung zu erreichen.“



INHALT

ABRECHNUNG WICHTIGER INTERVENTIONEN BEI STRUKTURELLEN HERZERKRANKUNGEN

Kodierung im aG-DRG-System	4
Aortenklappe: Chirurgischer Ersatz	8
Aortenklappe: Transkatheter-Ersatz	11
Mitralklappe: Chirurgischer Ersatz	12
Mitralklappe: Chirurgische Rekonstruktion	14
Mitralklappe: Transkatheter-Ersatz	17
Mitralklappe: Transkatheter-Rekonstruktion	18
Trikuspidalklappe: Chirurgische Rekonstruktion	19
Trikuspidalklappe: Transkatheter-Rekonstruktion	20
Übersicht minimalinvasive Eingriffe an den Herzklappen 2020	22
Kombinierte minimalinvasive Eingriffe an den Herzklappen	24
Okkludertherapie: Persistierender Ducuts arteriosus	25
Okkludertherapie: Vorhofseptumdefekt	27
Vorhofohr-Verschluss (LAA closure)	29
Okkludertherapie: Ventrikelseptumdefekt	30
Okkludertherapie: PVL	31

ANHANG

DRG-Liste	32
Berechnung des Fallerlöses und Basisfallwert	34
Glossar/Abkürzungen	35
Das könnte Sie auch interessieren	36
Wir für Sie	37

KODIERUNG IM aG-DRG-SYSTEM

Der ICD-Katalog Bei der Kodierung der Diagnosen wird nach dem ICD-System in der deutschen Modifikation verfahren. Die vollständige Systematik der ICD-Kodierung wird jährlich vom DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) veröffentlicht. Bei der Diagnosekodierung muss zwischen der Kodierung der Hauptdiagnose (nur eine Hauptdiagnose pro stationärem Behandlungsfall möglich) und der Kodierung von Nebendiagnosen (keine bis mehrere Nebendiagnosen pro Fall) unterschieden werden.

Die Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose eines Behandlungsfalles ist die, welche rückblickend bei Entlassung für die Veranlassung der stationären Aufnahme verantwortlich war. Insbesondere kommen hier die allgemeinen und die speziellen Kodierrichtlinien (DKR) in der Version 2020 zur Anwendung, welche für viele Standard- und Ausnahmesituationen die Kodierung regeln. Der korrekten Wahl der Hauptdiagnose kommt im G-DRG-System eine erhebliche Bedeutung zu, da eine falsch zugeordnete ICD-Kodierung nicht selten auch in die falsche Abrechnungspauschale mündet.

Die Nebendiagnosen

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

Der patientenbezogene Gesamtschweregrad (PCCL)

Während die kodierte Hauptdiagnose in der Zuweisung der korrekten G-DRG-Fallpauschale für die Ansteuerung der Hauptdiagnosekategorie verantwortlich ist, wirken Nebendiagnosen auf den sogenannten Schweregrad eines Falles, den PCCL. Dieser ist bei vielen DRG-Pauschalen beim Überschreiten eines definierten Wertes (in der Regel $PCCL > 3$) mit einem höheren Erlös verbunden. Hierbei können sich mehrere Schweregrad steigernde Nebendiagnosen unter Umständen in ihrer Wirkung auf den PCCL ergänzen. Bereits die Fortführung der häuslichen Medikation ist hierbei ausreichend, den

in den Deutschen Kodierrichtlinien geforderten Ressourcenverbrauch der kodierten Erkrankung zu begründen. Daher ist darauf zu achten, dass alle aktuell für die Diagnostik, Therapie oder pflegerische Betreuung relevanten Diagnosen in der Patientenakte ausreichend dokumentiert sind.

Prozedurenkodierung (OPS)

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

Die G-DRG-Gruppierung

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

Vorbemerkung zum aG-DRG-System 2020

Auf Basis des Pflegepersonalstärkungs-Gesetzes (PpSG), wurde für die Kalkulation des DRG-Systems 2020 ein großer Teil der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen ausgegliedert. Das bedeutet, dass die Kosten für den Pflegedienst, welche auf die Kostenstellen „Normalstation“, „Intensivstation“ und „Dialyseabteilung“ entfallen, nicht mehr Teil der DRG-Vergütung sind. Diese Kosten sollen ab dem Jahr 2020 über das sogenannte Pflegebudget finanziert werden, welches jede Klinik individuell mit den Kostenträgern im Rahmen der Entgeltverhandlungen vereinbaren muss, um die tatsächlichen Pflegekosten zu kompensieren.

Durch die Ausgliederung eines großen Teils der Pflegekosten kommt es zu einer deutlichen Reduktion der DRG-Bewertungsrelationen der als aG-DRGs („a“ für „ausgegliedert“) bezeichneten Fallpauschalen 2020 gegenüber den G-DRGs des Jahres 2019, welche die Pflegekosten noch in vollem Umfang enthielten.

Um eine bessere Vergleichbarkeit der beiden Systemjahre 2019 und 2020 herzustellen und den technischen Katalogeffekt von den Auswirkungen der Pflegekostenausgliederung abgrenzen zu können, hat das InEK mit dem aG-DRG-Katalog 2020 gleichzeitig einen simulierten aG-DRG-Katalog 2019 veröffentlicht. Dieser beinhaltet bei unveränderter Gruppierungslogik zum G-DRG-System 2019 nicht mehr die ausgegliederten Pflegekosten.

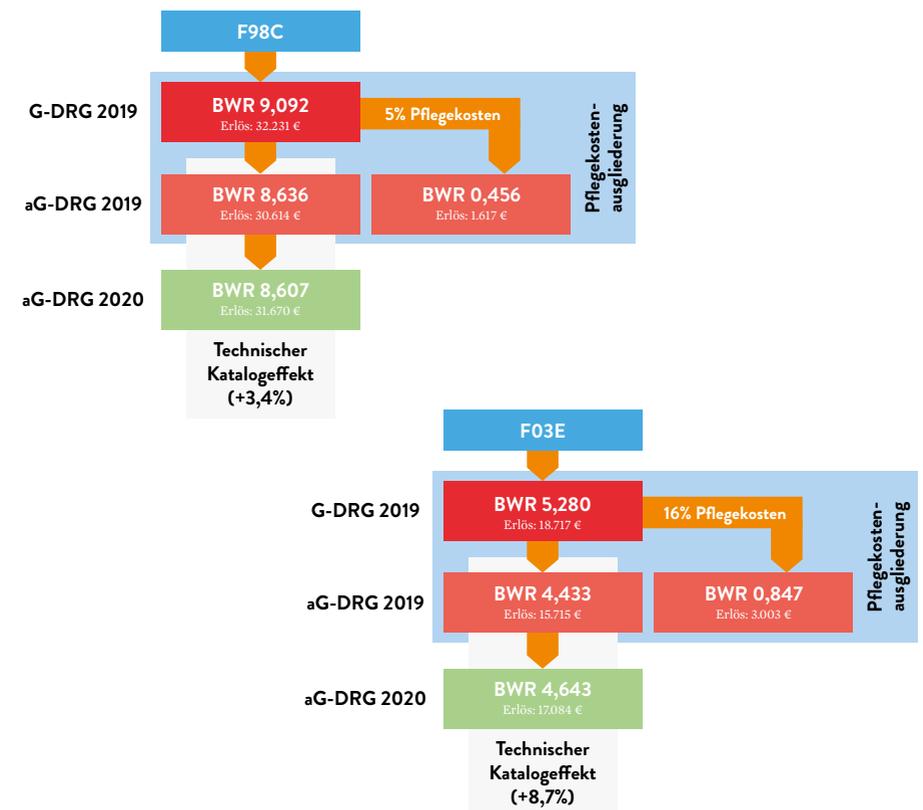
Der Vergleich der beiden aG-DRG-Systeme 2019 und 2020 ermöglicht es, die durch Umsortierungen, ICD- und OPS-Kode-Verschiebungen und anderen Mechanismen der inhaltlichen Entwicklung des DRG-Systems resultierenden Veränderungen in Form echter Katalogeffekte zu beurteilen.

Für die hier relevanten Darstellungen ergibt sich damit, dass im Gegensatz zu den Vorjahren neben den Bewertungsrelationen des G-DRG-Systems 2019 auch immer die des aG-DRG-Systems 2019 aufgeführt werden müssen. Bewertungsrelations- und Erlösvergleiche finden immer zwischen dem aG-DRG-System 2019 und dem aG-DRG-System 2020 statt, um die Verzerrungen durch die Ausgliederung der Pflegekosten auszublenden.

Inwieweit die ausgegliederten Pflegekosten durch das neue Konstrukt des Pflegebudgets und die neu in den aG-DRG-Katalog aufgenommenen Pflege-Bewertungsrelationen für eine Klinik einen Verlust oder einen Zugewinn gegenüber den bisher über das G-DRG-System anteilig finanzierten Pflegeerlösen darstellen wird, bleibt der inhaltlichen Ausgestal-

tung der Verhandlungen vor Ort und auch der individuellen Ausstattung mit Pflegekräften überlassen. Grundsätzlich ist aber davon auszugehen, dass Kliniken mit einer über die bisherigen Pflegekosten der G-DRGs hinausgehenden Pflegeausstattung eher zu den Gewinnern der dargestellten Veränderungen zählen dürften, während Kliniken mit geringer pflegerischer Besetzung im Sinne der Pflegebudgetkalkulation vermutlich Einbußen in Kauf nehmen müssen.

Die nachfolgende Abbildung erläutert die unterschiedlichen Effekte der nur für das Systemjahr 2020 relevanten drei DRG-Systeme exemplarisch anhand des Beispiels der DRG F24A. Die Berechnung der Erlöse für das Jahr 2019 erfolgt dabei, wie auch in allen folgenden Beispielen, auf der Grundlage des Bundesbasisfallwertes 2019 (3.544,97 €), der Berechnung der Erlöse für das Jahr 2020 liegt der Bundesbasisfallwert 2020 (3.679,62 €) zugrunde.



AORTENKLAPPE: CHIRURGISCHER ERSATZ

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2020

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

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

Prozedurenkodierung OPS 2020

OPS	ERSATZ VON HERZKLAPPEN DURCH PROTHESE: AORTENKLAPPE:	ERWORBENE KLAPPENFEHLER
5-351.01	Durch Allotransplantat	
5-351.02	Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	
5-351.03	Durch Xenotransplantat, stentless	
5-351.04	Durch Kunstprothese	
5-351.05	Durch selbstexpandierendes Xenotransplantat, nahtfrei	
5-351.06	Durch ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten	
5-351.07	Durch dezellularisiertes Allotransplantat („mitwachsende Herzklappe“)	
5-351.0x	Sonstige	

OPS	OPERATIONEN BEI KONGENITALEN KLAPPENANOMALIEN DES HERZENS: AORTENKLAPPE:	ANGEBORBENE KLAPPENFEHLER
5-358.01	Klappenersatz durch Allotransplantat	
5-358.02	Klappenersatz durch Xenotransplantat (Bioprothese)	
5-358.03	Klappenersatz durch Xenotransplantat, stentless	
5-358.04	Klappenersatz durch Kunstprothese	
5-358.05	Klappenersatz durch klappentragendes Conduit	
5-358.09	Klappenersatz durch dezellularisiertes Allotransplantat („mitwachsende Herzklappe“)	

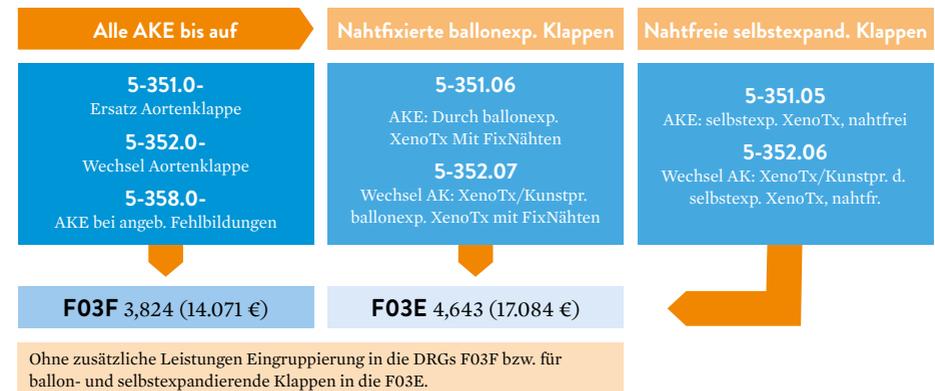
OPS	WECHSEL VON HERZKLAPPENPROTHESEN	KLAPPENWECHSEL
5-352.00	Xenotransplantat durch Kunstprothese	
5-352.01	Kunstprothese durch Xenotransplantat	
5-352.02	Kunstprothese durch Kunstprothese	
5-352.03	Xenotransplantat durch Xenotransplantat	
5-352.04	Xenotransplantat/Kunstprothese durch klappentragende Gefäßprothese, mechanisch	
5-352.05	Xenotransplantat/Kunstprothese durch klappentragende Gefäßprothese, biologisch	
5-352.06	Xenotransplantat/Kunstprothese durch selbstexpandierendes Xenotransplantat, nahtfrei	
5-352.07	Xenotransplantat/Kunstprothese durch ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten	
5-352.08	Xenotransplantat/Kunstprothese durch dezellularisiertes Allotransplantat („mitwachsende Herzklappe“)	
5-352.0x	Sonstige	

- Die Eingruppierung des chirurgischen Klappenersatzes bzw. Klappenwechsels erfolgt unabhängig von der gewählten Hauptdiagnose.
- Voraussetzung ist lediglich eine Hauptdiagnose aus dem Bereich der kardialen Erkrankungen, da ansonsten der Zugang zur Hauptdiagnosekategorie 05 (MDC05) nicht gegeben ist.
- Die Wahl des OPS-Kodes für den Herzklappenersatz bleibt ebenfalls für die G-DRG-

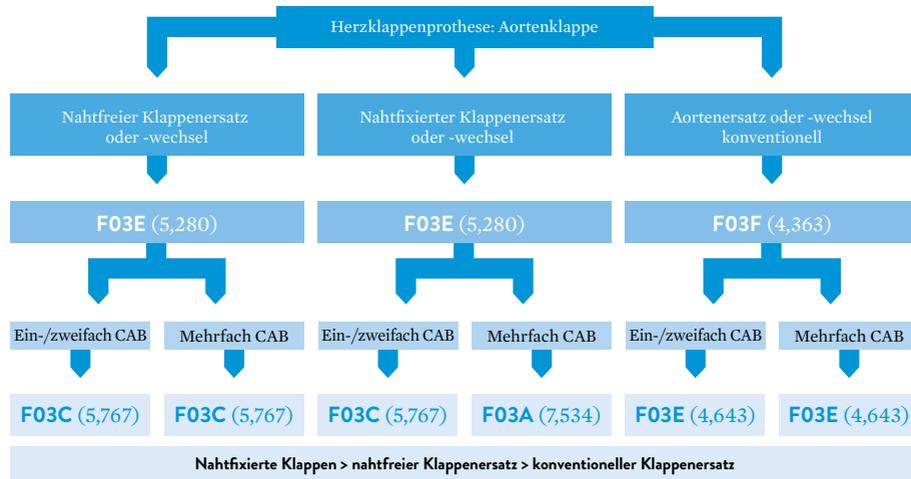
Gruppierung ohne Relevanz. Es wird nicht zwischen Implantation oder Wechsel unterschieden. Ausnahmen bilden auch weiterhin selbst- bzw. ballonexpandierende Klappensysteme mit oder ohne Fixierungsnähte

- Relevant ist die Anzahl eingebrachter Herzklappen, sowie zusätzliche Leistungen (koronarer Bypass etc.), sowie bei der Implantation mehrerer Herzklappen oder in der Kombination mit koronaren Bypassen nahtfixierte Herzklappen.

Offen chirurgischer Eingriff



Sonderfall nahtfixierte Klappen



Re-Operation an Herzklappen



Altes Problem der Re-Operation:

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

AORTENKLAPPE: TRANSKATHETER-ERSATZ

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2020

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

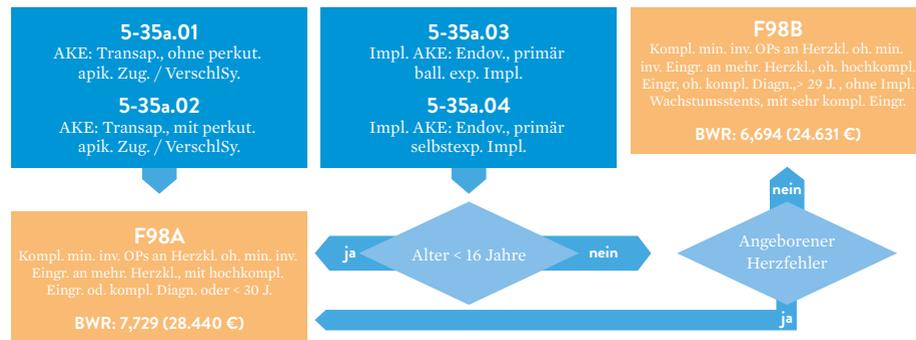
ICD	TEXT
I06.0	Rheumatische Aortenklappenstenose
I06.1	Rheumatische Aortenklappeninsuffizienz
I06.2	Rheumatische Aortenklappenstenose mit Insuffizienz
I06.8	Sonstige rheumatische Aortenklappenkrankheiten
I35.1	Aortenklappeninsuffizienz
I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz
Q23.0	Angeborene Aortenklappenstenose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

Prozedurenkodierung OPS 2020

OPS	MINIMALINVASIVE IMPLANTATION EINES AORTENKLAPPENERSATZES
5-35a.01	Transapikal, ohne Verwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystems
5-35a.02	Transapikal, mit Verwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystems
5-35a.03	Endovaskulär, mit primär ballonexpandierbarem Implantat
5-35a.04	Endovaskulär, mit primär selbstexpandierendem Implantat

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle

- Transkatheter Aortenklappenersatz



Keine Abhängigkeit der G-DRG-Gruppierung von der Hauptdiagnose

- Auch hier letztlich nur Diagnose aus dem Bereich der Herzerkrankungen erforderlich, um die MDC05 zu erreichen
- Alle transapikalen Eingriffe werden immer direkt in die G-DRG F98A eingruppiert.
- Eine Steigerung des Erlöses ist in der Praxis nur noch durch Beatmungen möglich.

MITRALKLAPPE: CHIRURGISCHER ERSATZ

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2020

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

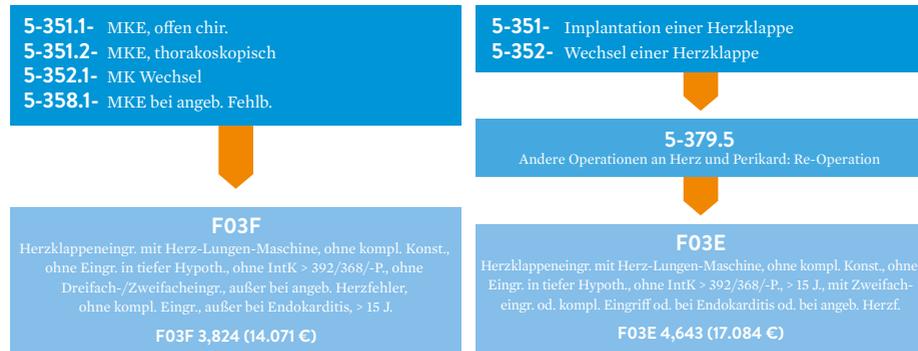
Prozedurenkodierung OPS 2020

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

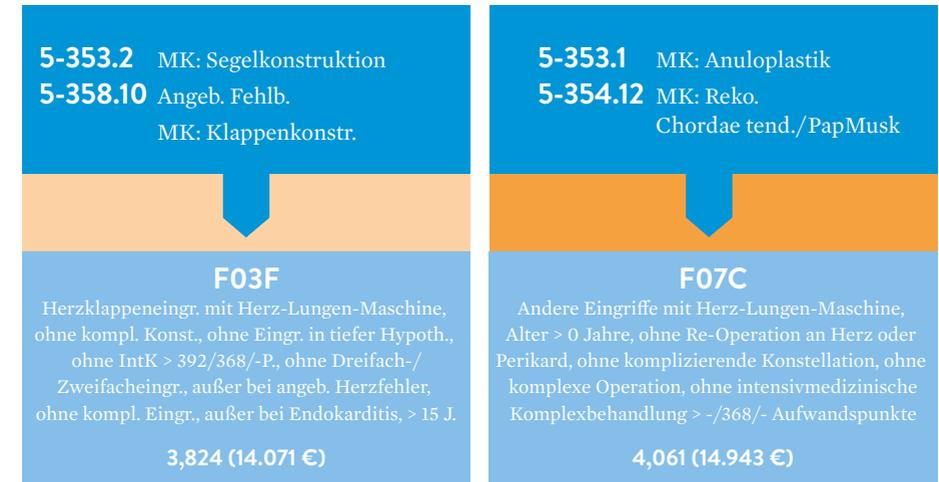
OPS	OPERATIONEN BEI KONGENITALEN KLAPPENANOMALIEN DES HERZENS:	ANGEBORENE KLAPPENFEHLER
5-358.11	Mitralklappe: Klappenersatz durch Allotransplantat	
5-358.12	Mitralklappe: Klappenersatz durch Xenotransplantat (Bioprothese)	
5-358.13	Mitralklappe: Klappenersatz durch Xenotransplantat, stentless	
5-358.14	Mitralklappe: Klappenersatz durch Kunstprothese	
5-358.15	Mitralklappe: Klappenersatz durch klappentragendes Conduit	

OPS	WECHSEL VON HERZKLAPPENPROTHESEN	KLAPPENWECHSEL
5-352.10	Mitralklappe: Xenotransplantat durch Kunstprothese	
5-352.11	Mitralklappe: Kunstprothese durch Xenotransplantat	
5-352.12	Mitralklappe: Kunstprothese durch Kunstprothese	
5-352.13	Mitralklappe: Xenotransplantat durch Xenotransplantat	
5-352.1x	Mitralklappe: Sonstige	

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



MITRALKLAPPE: CHIRURGISCHE REKONSTRUKTION

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2020

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

Prozedurenkodierung OPS 2020

OPS	TEXT
5-351.1	Valvuloplastik: Mitralklappe, Anuloplastik
5-353.2	Valvuloplastik: Mitralklappe, Segelrekonstruktion
5-354.12	Andere Operationen an Herzklappen: Mitralklappe: Rekonstruktion Chordae tendineae und/oder Papillarmuskeln
5-358.10	Mitralklappe: Klappenrekonstruktion

Altersbedeutung in der F03 abweichend zur F07

Klappeneingriff im Sinne der Basis-DRG F03	Alter < 1 Jahr	F03B	Klappeneingriff im Sinne der Basis-DRG F07	Alter < 1 Jahr	F07A
	Alter < 16 Jahre	F03D		Alter > 1 Jahr	F07C
	Alter > 15 Jahre	F03F			

6,776 (24.933 €) 6,277 (23.097 €)
 4,757 (17.504 €) 4,061 (14.943 €)
 3,824 (14.071 €)

Änderung der Gruppierungsrelevanz von Klappenrekonstruktionen im Rahmen der Mehrfacheingriffe der Basis-DRG F03

Für viele Klappenrekonstruktionen fällt die Bewertung als Herzklappeneingriff im Rahmen der Mehrfacheingriffe der Basis-DRG F03 weg. Das führt zu Abwertungen.

OPS	TEXT
5-353.0	Valvuloplastik: Aortenklappe, Raffung
5-354.02	Andere Operationen an Herzklappen: Aortenklappe: Subvalvuläre fibröse Resektion
5-354.03	Andere Operationen an Herzklappen: Aortenklappe: Subvalvuläre muskuläre Resektion
5-354.05	Andere Operationen an Herzklappen: Aortenklappe: Prothesenrefixation
5-353.5	Valvuloplastik: Trikuspidalklappe, Segelrekonstruktion
5-354.33	Andere Operationen an Herzklappen: Trikuspidalklappe: Prothesenrefixation
5-354.34	Andere Operationen an Herzklappen: Trikuspidalklappe: Entkalkung
5-353.2	Valvuloplastik: Mitralklappe, Segelrekonstruktion
5-353.2	Valvuloplastik: Mitralklappe, Segelrekonstruktion

ICD	TEXT
I35.0	Aortenklappenstenose
I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung
5-379.5	Andere Operationen an Herz und Perikard: Re-Operation
5-361.17	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
5-354.02	Andere Operationen an Herzklappen: Aortenklappe: Subvalvuläre fibröse Resektion

DRG 2019_AGDRG	BWR	DRG 2020	BWR
F03C (2019 mit Pflege)	6,783	F03E	4,643
F03C	5,579		
19.777 €		17.084 €	

1. Tag Abschlag	4	1. Tag Abschlag	3
Abschlag/Tag	0,502 (1.843 €)	Abschlag/Tag	0,455 (1.613 €)

- 2.693 € (-16,8%)

F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, 196 / 184 / - < IntK < 393 / 369 / - P., mit Zweifacheingriff oder bei angeborenem Herzfehler, mit kompl. Eingriff oder best. Herzklappeneingriff oder andere komplizierende Konstellation
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 J., IntK < 197 / 185 / - P., mit Zweifacheingr. od. bei angeb. Herzfehler, oh. kompl. Eingr. od. oh. Zweifacheingr., auß. bei angeb. Herzfehler, Alter >15 J., mit Impl. klappentragende Gefäßprothese

MITRALKLAPPE: TRANSKATHETER-ERSATZ

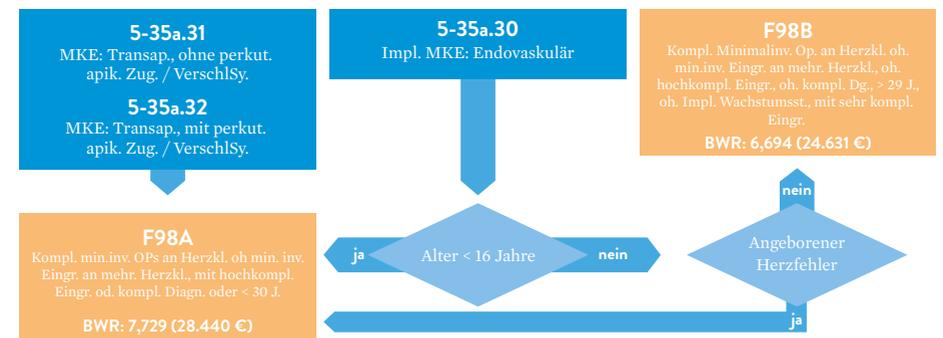
Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2020

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

Prozedurenkodierung OPS 2020



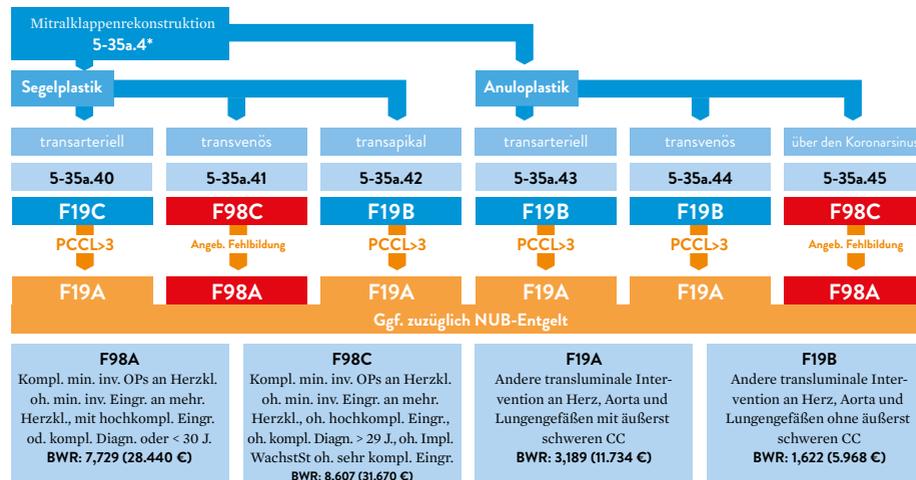
aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



MITRALKLAPPE: TRANSKATHETER-REKONSTRUKTION

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2020
siehe Diagnosekodierung Seite 17

Gruppierungsalgorithmus MK-Rekonstruktion



Sonderfall MitraClip™



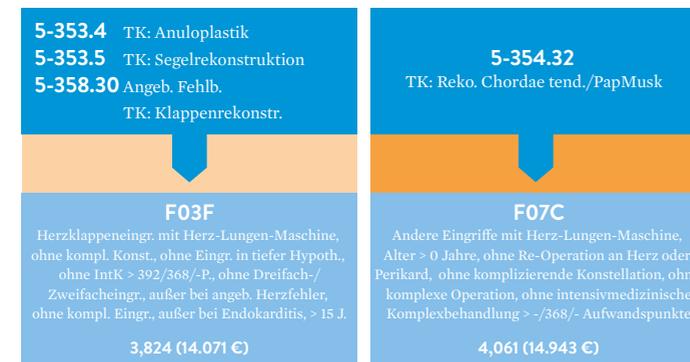
TRIKUSPIDALKLAPPE: CHIRURGISCHE REKONSTRUKTION

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2020

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

Prozedurenkodierung OPS 2020

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



aG-DRG-
Gruppierungs-
algorithmus
Standardfälle

Altersbedeutung in der F03 abweichend zur F07

Klappen-eingriff im Sinne der Basis-DRG F03	Alter < 1 Jahr	F03B 6,776 (24.993 €)	Klappen-eingriff im Sinne der Basis-DRG F07	Alter < 1 Jahr	F07A 6,277 (23.097 €)
	Alter < 16 Jahre	F03D 4,757 (17.504 €)		Alter > 1 Jahr	F07C 4,061 (14.943 €)
	Alter > 15 Jahre	F03F 3,824 (14.071 €)			

TRIKUSPIDALKLAPPE: TRANSKATHETER- REKONSTRUKTION

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2020

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

Prozedurenkodierung OPS 2020

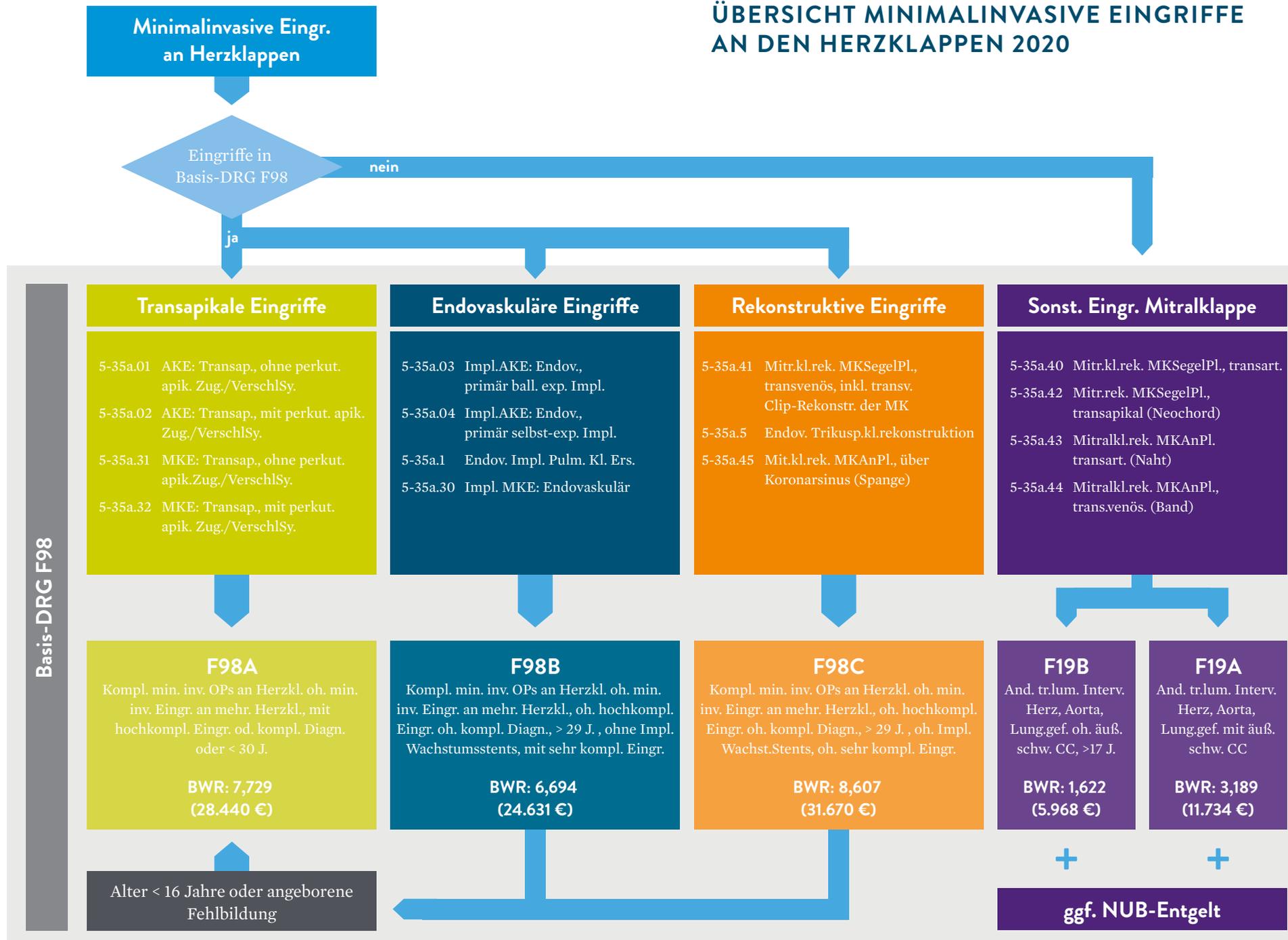
OPS	TEXT
5-35a.5	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Endovaskuläre Trikuspidalklappenrekonstruktion

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



- Die transkathetergestützte Trikuspidalklappen-Rekonstruktion wird für alle bestehenden Techniken immer mit dem OPS-Kode 5-35a.5 kodiert.
- Damit gelangen alle entsprechenden Techniken in die G-DRG F98C.
- Im Vergleich zu Eingriffen an der Mitralklappe entfällt damit die unterschiedliche Vergütung für Anuloplastien und transvenöse Segelrekonstruktionen (MitraClip™)

ÜBERSICHT MINIMALINVASIVE EINGRIFFE AN DEN HERZKLAPPEN 2020



KOMBINIERTE MINIMALINVASIVE EINGRIFFE AN DEN HERZKLAPPEN

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle

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

Mit dem DRG-Jahr 2020 erfolgt in der Basis-DRG F36 bei kombinierter Leistungserbringung mehrerer minimalinvasiver Herzklappeneingriffe gemäß nachfolgender Tabelle auch eine Aufwertung von Fällen aus der aG-DRG F36B in die F36A bei zusätzlicher Kodierung einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung ab 1.105 Aufwandspunkten bzw. einer aufwändigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung ab 829 Aufwandspunkten.

1 PR AUS MIND. 2 TAB.:		
Minimalinvasiver Aortenklappenersatz	Minimalinvasiver Pulmonalklappenersatz	Minimalinvasiver Mitralklappenersatz/-Rekonstruktion
<p>5-35a.01 Implantation eines Aortenklappenersatzes: Transapikal, ohne Verwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystems</p> <p>5-35a.02 Implantation eines Aortenklappenersatzes: Transapikal, ohne Verwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystems</p> <p>5-35a.03 Implantation eines Aortenklappenersatzes: Endovaskulär, mit primär ballonexpandierbarem Implantat</p> <p>5-35a.04 Implantation eines Aortenklappenersatzes: Endovaskulär, mit primär selbstexpandierbarem Implantat</p>	<p>5-35a.1 Endovaskuläre Implantation eines Pulmonalklappenersatzes</p>	<p>5-35a.30 Implantation eines Mitralklappenersatzes: Endovaskulär</p> <p>5-35a.31 Implantation eines Mitralklappenersatzes: Transapikal, ohne Verwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystems</p> <p>5-35a.32 Implantation eines Mitralklappenersatzes: Transapikal, ohne Verwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystems</p> <p>5-35a.41 Mitralklappenrekonstruktion: Transvenös</p>
<p>F36B Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Stör. d. Kreislaufst. m. kompliz. Fakt., > 588 /828/-P. od. >-/1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Eingr. od. >-/552/522 P. m. best. Aortenstent od. minimal-inv. Eingr. an mehrer. Herzkl. BWR: 10,639 (39.147 €)</p> <p>+</p> <p>Intensivmed. Komplexbehandlung ab 1105 AWP oder Aufw. Intensivmed. Komplexbehandlung ab 829 AWP</p>		
<p>F36A Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 /1380/- Aufwandspunkte oder > 588 /828 /114 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff BWR: 13,681 (50.341 €)</p>		

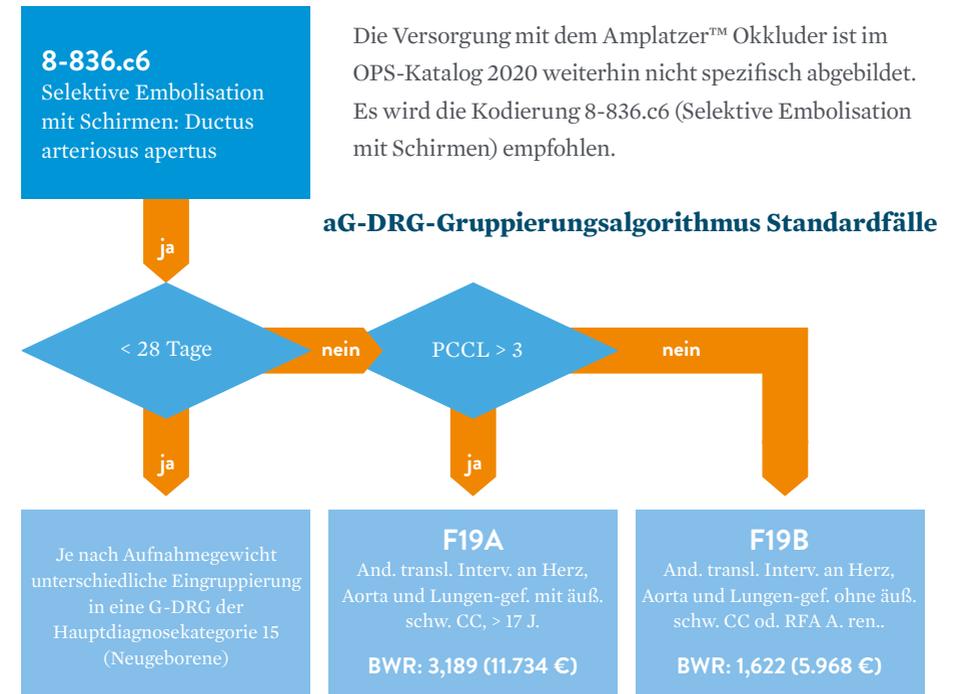
OKKLUDERTHERAPIE: PERSISTIERENDER DUCTUS ARTERIOSUS

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2020

ICD	TEXT
Q25.0	Offener Ductus arteriosus

Prozedurenkodierung OPS 2019

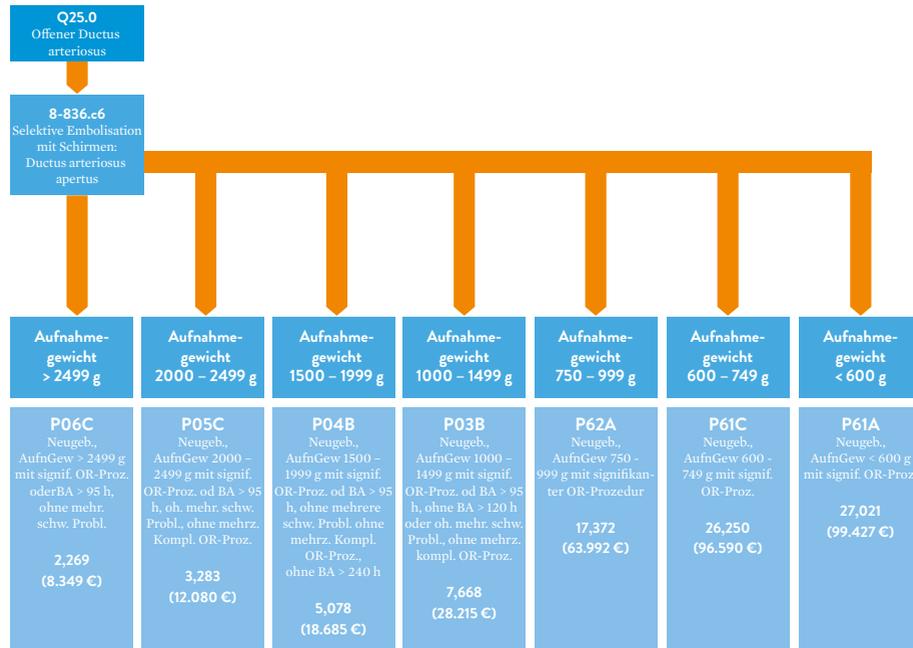
OPS	TEXT
8-836.96	Selektive Embolisation mit embolisierenden Flüssigkeiten: Ductus arteriosus apertus
8-836.b6	Selektive Embolisation mit ablösbaren Ballons: Ductus arteriosus apertus
8-836.c6	Selektive Embolisation mit Schirmen: Ductus arteriosus apertus
8-836.k6	Selektive Embolisation mit Partikeln: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



aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Neugeborene in der MDC15

Spezialfall in der Hauptdiagnosekategorie 15:

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



OKKLUDERTHERAPIE: VORHOFSEPTUMDEFEKT

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2020

ICD-Kodierung erworbener Septumdefekte

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

ICD-Kodierung angeborener Septumdefekte (PFO)

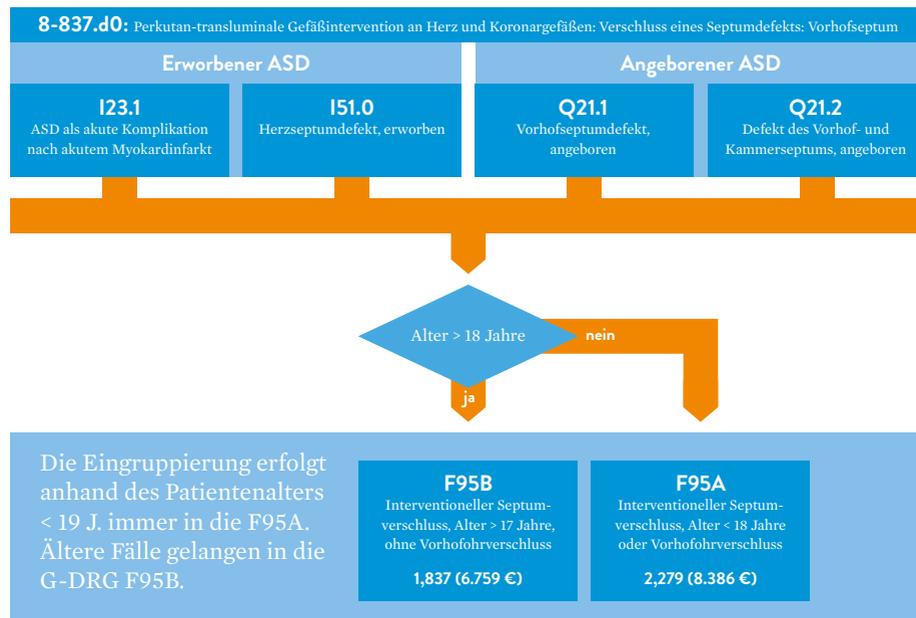
ICD	TEXT
Q21.1	Vorhofseptumdefekt
Q21.2	Defekt des Vorhof- und Kammerseptums

Prozedurenkodierung OPS 2020

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

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

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



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

VORHOFUHR-VERSCHLUSS (LAA CLOSURE)

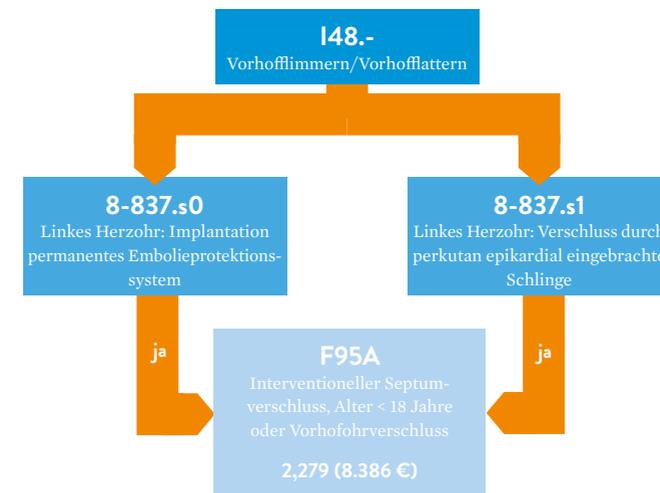
Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2020

ICD	TEXT
148.0	Vorhofflimmern, paroxysmal
148.1	Vorhofflimmern, persistierend
148.2	Vorhofflimmern, permanent
148.3	Vorhofflattern, typisch
148.4	Vorhofflattern, atypisch
148.9	Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet

Prozedurenkodierung OPS 2020

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

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



Mit dem aG-DRG-System 2020 entfällt das Alterskriterium der Eingruppierung. Bis einschließlich 2019 erfolgte der Herzohrverschluss mittels perkutan epikardial eingebrachter Schlinge lediglich bei einem Patientenalter von weniger als 18 Jahren in die aG-DRG F95A, während ältere Fälle in die F95B eingruppiert wurden. Bei Implantation eines permanenten Embolieprotektionssystems existierte auch im Vorjahr kein Alterssplit und alle Fälle gelangten bereits in die F95A.

OKKLUDERTHERAPIE: VENTRIKELSEPTUMDEFEKT

Diagnosekodierung gemäß ICD-10 GM 2020

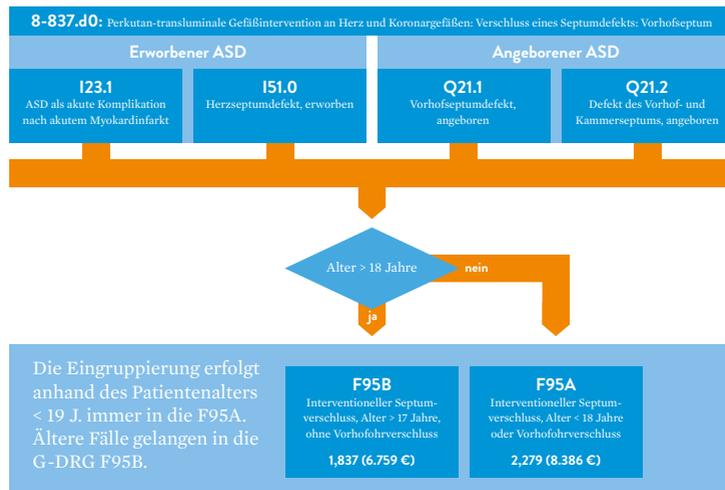
ICD	TEXT
I23.2	Ventrikelseptumdefekt als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt
I51.0	Herzseptumdefekt, erworben
Q21.0	Ventrikelseptumdefekt
Q21.2	Defekt des Vorhof- und Kammerseptums, angeboren

Prozedurenkodierung OPS 2020

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

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

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



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

OKKLUDERTHERAPIE: PVL

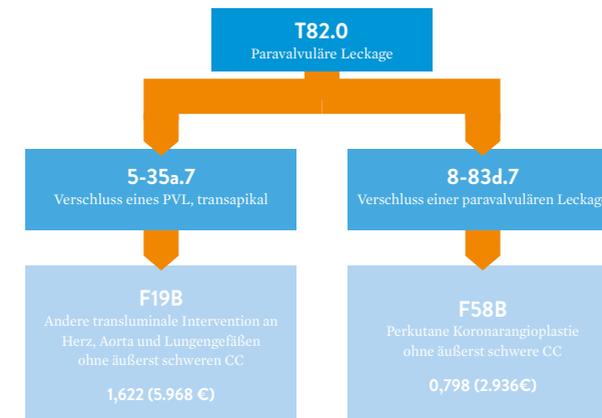
Diagnosekodierung gemäß ICD: T82.0

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

Prozedurenkodierung

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

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



2020 kann der Verschluss einer paravalvulären Leckage (PVL) erstmalig spezifisch kodiert werden. Dabei stehen zwei unterschiedliche Codes zur Verfügung: einer für transapikale Eingriffe (5-35a.7) und ein weiterer für perkutan-transluminale Gefäßinterventionen (8-83d.7). Die Anzahl der verwendeten Okkluder ist bis zu einer Anzahl von 3 mit dem Zusatzcode 8-83b.r ff. zu kodieren. Der Zusatzcode hat 2020 jedoch, vorbehaltlich ggf. verhandelter NUB Entgelte, keine Erlösrelevanz in der DRG Logik.

ANHANG

Wichtige aG-DRG-Pauschalen und ihre Kennzahlen

aG-DRG	BEZEICHNUNG	Kat-BWR	Tag 1 Abschl.	Abschl./ Tag	Tag 1 Zuschl.	Zuschl./ Tag
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit bestimmter komplizierender Konstellation oder bestimmtem Zweifacheingriff	7,534	4	0,638	30	0,284
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Mehrfacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder bestimmter anderer komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie	6,776	4	0,619	30	0,246
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, 196 / 184 / - < IntK < 393 / 369 / - P., mit Zweifacheingriff oder bei angeborenem Herzfehler, mit kompl. Eingriff oder best. Herzklappeneingriff oder andere komplizierende Konstellation	5,767	4	0,513	28	0,223
F03D	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 0 Jahre, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, IntK < 197 / 185 / - P., ohne Zweifacheingriff, außer bei Endokarditis, außer bei angeborenem Herzfehler, Alter > 16 Jahre	4,757	2	0,577	15	0,298
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 J., IntK < 197 / 185 / - P., mit Zweifacheingr. od. bei angeb. Herzfehler, oh. kompl. Eingr. od. oh. Zweifacheingr., auß. bei angeb. Herzfehler, Alter > 15 J., mit Impl. klappentragende Gefäßprothese	4,643	3	0,455	24	0,213
F03F	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 0 J., ohne Eingr. in tiefer Hypoth., IntK < 197 / 185 / - P., ohne Zweifacheingr., auß. bei Endokarditis, auß. b. angeb. Herzfehler, Alter > 15 J., ohne Impl. klappentr. Gefäßpr.	3,824	3	0,376	19	0,225
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit best. kompliz. Konst. oder komp. Operation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte oder < 18 J. mit Reop. od. and. kompliz. Konst., mit best. komp. Eingr.	6,277	3	0,717	27	0,276
F07B	Andere Eingriffe mit HLM, Alter < 1 J. od. mit best. kompliz. Konst. od. IntK > - / 368 / - P., ohne best. komp. Eingr. oder Alter > 0 J., IntK < - / 369 / - P., mit and. kompl. Eingr. mit Reop. an Herz oder Perikard oder mit best. and. kompliz. Konst.	6,181	5	0,452	31	0,239

aG-DRG	BEZEICHNUNG	Kat-BWR	Tag 1 Abschl.	Abschl./ Tag	Tag 1 Zuschl.	Zuschl./ Tag
F07C	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, IntK < - / 369 / - P. oder Alter > 17 Jahre oder ohne Reop. oder ohne and. kompliz. Konst., ohne and. kompl. Eingriffe oder ohne Reop. an Herz oder Perikard oder ohne best. andere kompliz. Konst.	4,061	3	0,413	20	0,228
F19A	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC	3,189	3	0,391	27	0,084
F19B	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC	1,622	1	0,313	10	0,083
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff	13,681	11	0,816	53	0,282
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsys. m. kompliz. Fakt., > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Eingr. od. > - / 552 / 552 P. m. best. Aortenstent od. minimalinv. Eingr. an mehrer. Herzkkl.	10,639	8	0,769	44	0,269
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > - / 552 / 552 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne bestimmten Aortenstent oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff	8,37	7	0,68	42	0,228
F95A	Interventioneller Septumverschluss, Alter < 18 Jahre oder Vorhofohrverschluss	2,279	1	0,43	12	0,067
F95B	Interventioneller Septumverschluss, Alter > 17 Jahre, ohne Vorhofohrverschluss	1,837	1	0,276	5	0,076
F98A	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 30 Jahre oder Implantation eines Wachstumsstents	7,729	4	0,374	27	0,093
F98B	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, mit sehr komplexem Eingriff	6,694	3	0,334	22	0,081
F98C	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, ohne sehr komplexen Eingriff	8,607	2	0,273	24	0,07

BERECHNUNG DES FALLERLÖSES UND BASISFALLWERT

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

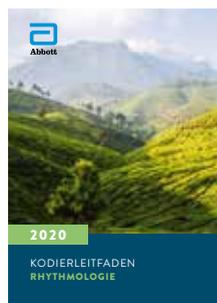
Für die Beispiele in dieser Darstellung wird zur Vereinheitlichung der Bundes-Basisfallwert für das Jahr 2020 herangezogen (3.679,62 €)



GLOSSAR / ABKÜRZUNGEN

ABSCHL. / TAG	Abschlag pro Tag bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer
AK	Aortenklappe
AKE	Aortenklappenersatz
ASD	Atriumseptumdefekt (Vorhofseptumdefekt)
AWP	Aufwandpunkte
CAB	Koronararterien-Bypass
CC	Comorbidities and Complications (Berechnungsbasis für den PCCL-Wert)
DRG	Diagnosis Related Groups (Pauschaliertes Entgeltsystem für vollstationäre und teilstationäre Behandlung somatischer Fälle)
ICD	International Classification of Diseases (Diagnoseklassifikationssystem)
IKB	Intensivmedizinische Komplexbehandlung
INTK	Intensivmedizinische Komplexbehandlung
KAT-BWR	Katalog-Bewertungsrelation
MDC	Major Diagnosis Category (Hauptdiagnosekategorie)
MK	Mitralklappe
MKE	Mitralklappenersatz
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode
OPS	Operationenschlüssel (Prozedurenklassifikationssystem)
PCCL	Patient Comorbidity and Complexity Level (Fallbezogener Schweregrad)
PVL	Paravalvuläre Leckage
TAG 1 ABSCHL.	Erster Tag mit Abschlag bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer
TAG 1 ZUSCHL.	Erster Tag mit Zuschlag bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer
TKE	Trikuspidalklappenersatz
VSD	Ventrikelseptumdefekt
XENOTX	Xenotransplantat
ZUSCHL. / TAG	Zuschlag pro Tag bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer

DAS KÖNNTE SIE AUCH INTERESSIEREN



Kodierleitfaden
Rhythmologie



Kodierleitfaden
Neurostimulation



Kodierleitfaden
Koronarintervention – PCI



Kodierleitfaden
Gefäßintervention – PTA

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

Weitere Informationen und Kodierhinweise finden Sie unter:

<https://www.de.abbott/health-economics-and-reimbursement.html>

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

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

Daten: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (© InEK), Siegburg, Germany: German Diagnosis Related Groups, Version 2020, ICD-10-GM 2020 und OPS 2020 (© DIMDI).

WIR FÜR SIE



DR. CHRISTOPH RATH
Manager DACH
Health Economics & Reimbursement

Mobil: +49 170 - 33 39 519



JANNIS RADELEFF
Senior Manager Reimbursement

Telefon: +49 (0) 6196 7711-144

IHR ANSPRECHPARTNER

Abbott Medical GmbH

Schanzenfeldstrasse 2

35578 Wetzlar

Tel: +49 6441 87075 0

NOTIZEN

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

Hierin enthaltene Informationen sind ausschließlich zur Veröffentlichung in Deutschland bestimmt.

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

Abbott Medical

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

™ kennzeichnet eine Marke der Abbott Unternehmensgruppe.

www.cardiovascular.abbott

© 2020 Abbott. Alle Rechte vorbehalten. 9-GE-1-10783-02 01-2020

