



HEALTH ECONOMICS & REIMBURSEMENT

2025

**KODIERHILFE  
KORONARINTERVENTIONEN – PCI**

11. AUFLAGE

## UNSERE MISSION

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

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

## UNSER ANLIEGEN

### Wir möchten Sie bei Ihrer täglichen Arbeit unterstützen

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



## INHALT

<b>Allgemeine Veränderung für das aG-DRG-System 2025</b> .....	<b>4</b>
Krankenhausreform und Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz .....	4
Take Home Messages I .....	6
Ambulantisierung .....	7
Sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRGs) .....	11
PCCL-Systematik .....	11
Abwertung von Kurzliegerfällen .....	13
Bundesbasisfallwert .....	15
Take Home Messages II .....	16
<b>Spezielle Veränderung für die Kardiologie mit dem aG-DRG-System 2025</b> .....	<b>17</b>
Neuer OPS-Kode für Twin-Ballon in der Kardiologie .....	17
Neue OPS-Kodes Hybrid-Stents in der Kardiologie .....	17
Neue OPS-Kodes für systemische Fibrinolyse .....	18
Aufwertung CTO-Rekanalisation bei retrograder Sondierung und Stentimplantation .....	19
<b>Koronarangiographie und koronare Interventionen</b> .....	<b>21</b>
Hauptdiagnose .....	21
Prozeduren: Koronare Katheterdiagnostik .....	22
DRG-Gruppierung: Koronare Katheterdiagnostik .....	23
Bedeutung zusätzlicher Prozeduren für die Gruppierung katheterdiagnostischer Fälle .....	25
Prozeduren: perkutane Koronarintervention (PTCA) .....	26
Prozeduren: Drug Coated Balloons (DCB) .....	27
Prozeduren: perkutane Koronarintervention (Koronare Stent-Implantation) .....	29
Prozeduren: perkutane Koronarintervention (med.-freisetzende Stents) .....	30
Nicht vollständig erbrachte Leistung .....	32
DRG-Gruppierung: perkutane Koronarintervention (med.-freisetzende Stents) .....	35
Sachkosten und Zusatzentgelt ZE101 .....	38
Zusatzentgelt ZE2023-107 (bioresorbierbare medikamentefreisetzende Stents) .....	40
<b>Fraktionelle Flussreserve</b> .....	<b>40</b>
<b>Optische Kohärenztomographie (OCT)</b> .....	<b>45</b>
<b>CTO-Rekanalisation</b> .....	<b>45</b>
<b>Rotablation an den Koronargefäßen – Orbitale Atherektomie (OAS)</b> .....	<b>47</b>
<b>Koronare Lithoplastie</b> .....	<b>48</b>
<b>ANHANG</b>	
<b>Wichtige aG-DRG-Pauschalen für die perkutane Koronarintervention</b> .....	<b>49</b>
<b>Änderungen in der CCL-Matrix</b> .....	<b>52</b>
<b>Glossar/ Abkürzungen</b> .....	<b>53</b>
<b>Quellen</b> .....	<b>55</b>
<b>Wir für Sie</b> .....	<b>59</b>

## ALLGEMEINE VERÄNDERUNG FÜR DAS AG-DRG-SYSTEM 2025

Die Regeln für die Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen sind jährlichen Änderungen unterworfen. Auch für das Jahr 2025 finden sich wieder Anpassungen der Klassifikationssysteme ICD und OPS sowie Überarbeitungen der DRG-Systematik. Vor dem Hintergrund der erheblichen Herausforderungen, welche die geplante Krankenhausreform auch an das InEK stellt, fallen die Änderungen für das Jahr 2025 auch für die Kardiologie deutlich geringer aus, als dies in den Vorjahren zu beobachten war. Trotzdem finden sich für 2025 wieder relevante Anpassungen in Kodierung und Abrechnung stationärer Behandlungsfälle.

Zusätzlich zu den spezifischen Änderungen in den Klassifikationssystemen und den Veränderungen in den DRG-Algorithmen kommen für das Jahr 2025 unverändert vielfältige zusätzliche Herausforderungen für die Krankenhäuser zum Tragen.

Weiterhin gilt die vom MDK-Reformgesetz geregelte Dynamisierung von Prüfquoten und ggf. resultierenden Strafzahlungen, welche zusätzlich Druck auf die Kodierung und die Leistungserbringung aufbauen. Zusätzlich wirft die Krankenhausreform in Gestalt des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) ihre Schatten voraus.

Alle zu erwartenden Änderungen darzustellen, würde den Rahmen dieser Kodierhilfe sprengen, sodass im Folgenden nur eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte erfolgen soll.

### **Krankenhausreform und Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz**

Die anstehende Krankenhausreform basiert im Wesentlichen auf dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, welches aktuell vom Bundestag verabschiedet wurde.

Auch wenn das KHVVG in der derzeitigen Fassung außerordentlich komplex ist, lassen sich die Hauptpunkte folgendermaßen zusammenfassen:

### **Einführung von Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierung als Teil der Krankenhausfinanzierung**

Krankenhäusern werden nach dem Willen des Gesetzgebers bestimmte Leistungsgruppen zugewiesen, oft basierend auf regionalen Vorgaben. Die Zuweisung wird voraussicht-

lich streng datengetrieben sein und wenig Möglichkeiten individueller Sonderlösungen bieten.

Diese Zuweisung schränkt die Flexibilität der Krankenhäuser ein, da sie nur für die zugewiesenen Leistungen vergütet werden. Zudem ist die Abrechnung von Leistungsgruppen an die Erfüllung von schlussendlich nicht validierten Qualitätsvorgaben gebunden. Insbesondere die hier geforderten Personalschlüssel werden viele kardiologische Fachabteilungen vor erhebliche Herausforderungen stellen. Auch wenn aktuell die Vorgaben auf Bundesebene noch nicht final sind, so existiert ein solches Leistungsgruppenmodell bereits in der Krankenhausplanung Nordrhein-Westfalen. Ein erhebliches Problem wird immer dann resultieren, wenn trotz zugewiesener Leistungsgruppe z. B. die personellen Strukturen durch den Weggang von Mitarbeiter:innen nicht mehr erfüllt werden und auch keine kurzfristige Abhilfe auf dem umkämpften Arbeitsmarkt geschaffen werden kann.

Die Regelungen zur Vorhaltefinanzierung ergänzen die Abrechnung der allgemeinen Krankenhausleistungen und knüpfen sich eng an die Leistungsgruppen. Die Vorhaltepauschalen sollen die fixen Kosten der Krankenhäuser abdecken, unabhängig von der tatsächlichen Auslastung. Diese werden jedoch voraussichtlich häufig unzureichend sein, um, insbesondere bei spezialisierten Leistungen, die tatsächlichen Vorhaltungskosten für Personal, Technik und Infrastruktur abzudecken.

Die Abrechnung erfolgt dann über Entgelte, die anteilig gesondert für die Vorhaltevergütung abgerechnet werden. Diese erfolgt unabhängig von der tatsächlichen Fallzahl, sondern wird sukzessive im Laufe eines Jahres vergütet. Dabei werden Vorhaltevolumina als Summe der Vorhaltebewertungsrelationen definiert. Das InEK ermittelt diese Volumina für jedes Land und je Leistungsgruppe. Das BMG ist berechtigt, Leistungsgruppen und Qualitätskriterien festzulegen, um eine bundeseinheitliche Einteilung des stationären Behandlungsspektrums zu erreichen. Diese dienen als Grundlage für die Vorhaltefinanzierung und zur Stärkung der Versorgungsqualität.

Im Endergebnis sollen dann ca. 60% der Fallvergütung im Krankenhaus über Vorhaltevergütung und Pflegebudget erfolgen, während die verbleibenden ca. 40% über sogenannte residuale Fallpauschalen (r-DRGs) vergütet werden.

### Einführung von Mindestvorhaltezahlen für Leistungsgruppen

Damit eine Klinik eine Leistungsgruppe beantragen und die Leistungen erbringen und abrechnen darf, müssen nach den Plänen des Gesetzes noch zu definierende Mindestvorhaltezahlen nachgewiesen werden. Zu diesem Thema existieren vielfältige und sehr kontroverse Positionen. Im Wesentlichen lassen sich die Bedenken gegenüber diesem Punkt des KHVVG so zusammenfassen:

- Die im Gesetz vorgesehenen Qualitätsanforderungen, etwa Mindestfallzahlen, die für bestimmte Leistungsgruppen erforderlich sind, sind kritisch zu betrachten.
- Besonders kleinere Krankenhäuser in ländlichen Regionen könnten diese Anforderungen nicht erfüllen, was deren Existenz voraussichtlich gefährden wird.
- Zudem ist die fehlende Evidenz für die festgelegten Mindestvorhaltezahlen zu bemängeln.

Insgesamt stellt das KHVVG die Kliniken voraussichtlich vor erhebliche Herausforderungen und erhöht den administrativen Aufwand noch einmal erheblich. Die Änderungen sollen zunächst in den Jahren 2025 und 2026 budgetneutral eingeführt werden. Daran schließt sich eine Konvergenzphase an, in der eine anteilige Finanzierung der Krankenhäuser nach dem neuen Verfahren erfolgt. Die vollumfängliche Vergütung der Häuser mit Vorhaltepauschalen und r-DRGs greift nach dem KHVVG dann voraussichtlich ab dem Jahr 2029. Inwieweit hier dann tatsächlich eine Verbesserung der Finanzierung und eine Loslösung von aktuell rein über die Fallzahl definierten Erlösvolumina einer Klinik erfolgen, bleibt abzuwarten.

## TAKE HOME MESSAGES I

### ZUR KOMMENDEN KRANKENHAUSREFORM

Aktuell wurde das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom Bundestag verabschiedet. Hauptpunkte des Gesetzes sind die Einführung von Leistungsgruppen einschließlich der für die Zuweisung von Leistungsgruppen an eine Klinik gekoppelte

Erfüllung von Qualitätskriterien, sowie die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf einen aus der DRG-Vergütung auszukoppelnden Vorhaltefinanzierungsanteil, welcher eng mit den Leistungsgruppen verknüpft ist. Eine große Hürde für Kliniken werden voraussichtlich auch die erheblichen Personalanforderungen der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen sein, da eine nicht oder nicht mehr erfüllte Vorgabe eine gesamte Fachabteilung aus der Leistungserbringung wird herauslösen können.

### Ambulantisierung

Nachdem der AOP-Katalog 2023 erstmalig in Anlehnung an das IGES-Gutachten eine vollständige Umgestaltung der Kriterien für das ambulante Potenzial mit sich gebracht hat, wurden mit der Verabschiedung des AOP-Kataloges 2024<sup>1</sup> und den überarbeiteten Regularien der Kontextprüfung neue Aspekte auch für die Kardiologie eingebracht. Weitere wesentliche Änderungen ergaben sich auch nicht durch den zum Jahresende 2024 veröffentlichten AOP Katalog für das Kalenderjahr 2025.

### Neuerungen des AOP-Kataloges und der Kontextfaktoren für 2024

#### Aufnahme der OPS-Kodes für PTCA und Implantation eines koronaren Stents

In den AOP-Katalog wurden die nachfolgenden OPS-Kodes aufgenommen:

OPS	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	
8-837.00	Ballon-Angioplastie	Eine Koronararterie
8-837.k0	Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzen Stents	Ein Stent in eine Koronararterie
8-837.m0	Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents	Ein Stent in eine Koronararterie

Das bedeutet, dass beim Fehlen von Kontextfaktoren Fälle mit einer PTCA an einem Koronargefäß bzw. mit Implantation eines koronaren Stents prinzipiell ambulant erbracht und abgerechnet werden müssen. Eine besondere KV-Zulassung ist hierfür nicht erforderlich, analog zu allen anderen Positionen des AOP-Kataloges muss die Leistungserbringung vom Krankenhaus nach § 1 Abs. 1 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V den zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und Verbänden der Ersatzkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Zulassungsausschüssen mitgeteilt werden.

Für die benannten Leistungen ist im EBM eine Nachbeobachtung vorgesehen, welche gemäß der EBM-Abrechnungsbestimmungen mehr als zwölf Stunden betragen muss. Basierend auf den dreiseitigen Beratungen zur Anpassung des AOP-Kataloges wurde vorgesehen, eine Nachbeobachtung bei Einlage eines Stents von sechs Stunden durch Beschluss des Bewertungsausschusses im EBM aufzunehmen.

Vertragsärztinnen und -ärzte konnten die dargestellten koronaren Stentimplantationen auch bisher ambulant durchführen und nach EBM abrechnen. Neu ist (s.o.), dass die postoperative Nachbeobachtung nicht mindestens zwölf Stunden betragen muss, um eine Vergütung zu erhalten.

Der Bewertungsausschuss hat empfohlen, dass alle Koronarangiographien (GOP 34291 und 34292) und die Nachbeobachtung bei einer Stentimplantation (GOP 01521 und 01522) extrabudgetär und damit in voller Höhe vergütet werden<sup>2</sup>.

#### Erweiterung der Kontextfaktoren für die Kinderkardiologie

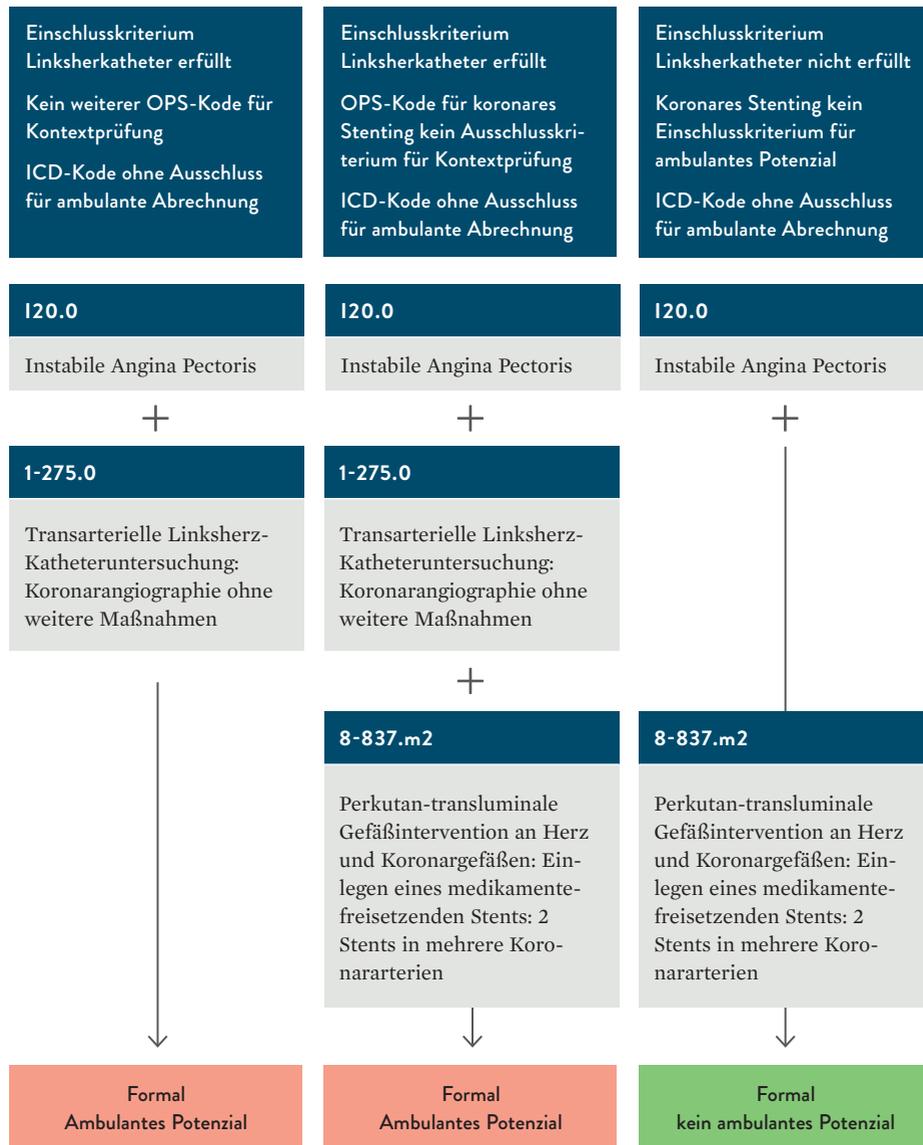
Für die interventionelle Kinderkardiologie erfolgte für 2024 eine Erweiterung der Kontextfaktoren. Bei den nachfolgend aufgelisteten Eingriffen ist bei angeborenen Herzfehlern (Hauptdiagnose ICD Q20-Q26) eine stationäre Durchführung der Leistung bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres begründet.

OPS	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
1-275.0	Kronarangiographie ohne weitere Maßnahmen
1-275.1	Kronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel
1-275.2	Kronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel
1-275.3	Kronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung
1-275.4	Kronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung
1-275.5	Kronarangiographie von Bypassgefäßen

Wie bereits im vergangenen Jahr an dieser Stelle dargestellt, ist gerade die Kontextprüfung für Kliniken nicht unkritisch. Insbesondere die deutliche Reduktion von Kontextkriterien gegenüber dem ursprünglichen Entwurf des IGES führen hier regional unterschiedlich ausgeprägt zu erheblichen Herausforderungen.

Unverändert zu den Vorjahren finden sich auch für das aktuelle Jahr weiterhin Konstellationen, bei welchen mehr oder weniger begleitende bzw. nicht die zentrale medizinische Leistung tragende OPS-Kodes zu einer Aufnahme ins ambulante Potenzial führen, ebenfalls als Ausdruck komplexer Eingriffe im Datensatz kodierte OPS-Kodes dann aber durch das Fehlen in den Ausschlusskriterien (Kontextfaktoren) eine Rückführung dieser Fälle in das stationäre Kontingent formal nicht ermöglichen.

Das nachfolgende Beispiel soll dies verdeutlichen. Hier führt die Linksherzkatheteruntersuchung formal ins ambulante Potenzial. Die Kodierung eines koronaren Stentings alleine würde im Gegensatz dazu den Fall formal im stationären Setting halten. Bei Kodierung von Linksherzkatheteruntersuchung und Stenting, was nach den Deutschen Kodierrichtlinien korrekt ist, führt dann zu der beachtenswerten Situation, dass die Linksherzkatheteruntersuchung den Fall ins ambulante Potenzial führt, das Stenting durch fehlende Aufnahme in die Kontextfaktoren dann aber keine Auswirkung im Sinne einer stationären Indikation hat.



Formal können damit diese Fälle von den Krankenkassen als ambulantes Potenzial klassifiziert werden, sodass dann seitens der Klinik eine medizinische Begründung des Falles hinsichtlich der stationären Notwendigkeit (MBeg) fällig wird, welche spätestens zum Abrechnungszeitpunkt an die Kassen übermittelt werden muss.

### Sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRGs)

Mit der Einführung des § 115f SGB V ist der Startschuss für die sogenannte sektorengleiche Vergütung gefallen. Im initialen Startkatalog des BMG für das Jahr 2024 fanden sich keine Leistungen der Kardiologie und auch die Hybrid-DRG-Vereinbarung für das Jahr 2025 enthält keine Leistungsbereiche der Kardiologie.

Bereits im Vorjahr hatte das Bundesministerium für Gesundheit im Zusammenhang mit dem viel diskutierten Referentenentwurf zur Rechtsverordnung zu § 115f SGB V deutlich gemacht, dass eine erhebliche Ausweitung der Hybrid-DRG-Leistungsbereiche seitens des BMG gewünscht und auch geplant sei. Die sogenannte Anlage 3 des Referentenentwurfs enthielt dabei ein breit gefächertes Portfolio auch kardiologischer Leistungen, welche bei einer Verweildauer von weniger als zwei Tagen, einem PCCL-Wert von weniger als drei und fehlenden Kontextfaktoren kurzfristig in die Hybrid-DRGs überführt werden sollten. Die Umsetzung für das Jahr 2025 hätte zu einer erheblichen Leistungsverchiebung in die Hybrid-DRGs hinein geführt.

Für das Jahr 2025 ist es durch die frühzeitige Einigung der Selbstverwaltung nicht zu einer Rechtsverordnung des BMG gekommen, sodass die Ausweitung der Leistungen für die Hybrid-DRGs eher moderat ausgefallen ist. Insbesondere finden sich unter den neu aufgenommenen Leistungsbereichen auch weiterhin keine kardiologischen Inhalte. Inwieweit der Ansatz der Selbstverwaltung weiterhin treibende oder bremsende Kraft für die Weiterentwicklung des Hybrid-DRG-Kataloges sein wird, ist fraglich. Seitens des BMG werden gesetzliche Möglichkeiten ausgelotet, eine „stringentere“ Beauftragung der Selbstverwaltung zu ermöglichen. Dies wird neben der Ausweitung des AOP-Kataloges dann voraussichtlich auch Auswirkungen auf den Hybrid-DRG-Katalog haben.

### PCCL-Systematik

Seit 2013 wird die Bewertung von Nebendiagnosen zur Bestimmung des Gesamtschweregrades (PCCL) eines Abrechnungsfalles für jede Basis-DRG im Fallpauschalenkatalog differenziert vorgenommen. Diese Vorgehensweise bedeutet, dass eine Nebendiagnose in verschiedenen DRGs unterschiedlich zur Schweregradbewertung beiträgt: Eine Diagnose, die in einer DRG für koronare Diagnostik den Schweregrad erhöht, muss diese Wirkung nicht zwangsläufig auch in einer DRG für eine koronare Intervention entfalten.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) aktualisiert die Bewertung der Schweregrade einzelner ICD-Codes für Nebendiagnosen jährlich im Rahmen der Kalkulation des neuen DRG-Systems. Für das Jahr 2025 wurden nur sehr wenige ICD-Codes in Hinblick auf die Schweregrade überprüft. Konkret wurden 21 ICD-Codes in verschiedenen Basis-DRGs abgewertet, während lediglich drei Codes neu in die CCL-Matrix aufgenommen oder aufgewertet wurden (Anhang: Änderungen in der CCL-Matrix).

Der größte Teil der vom InEK geprüften Nebendiagnosen wurde abgewertet, und diese Abwertungen wirken sich – je nach Fall – in unterschiedlichem Umfang auf die abzurechnenden DRGs aus. Aufwertungen oder neu aufgenommene ICD-Codes kommen seltener vor und entfalten daher nur eine begrenzte Wirkung. Trotz der insgesamt eher geringen Anzahl von neu bewerteten Nebendiagnosen sind solche Fälle im DRG-System 2025 in jeder Klinik zu finden. Daher bleibt die präzise Kodierung und Dokumentation von Nebendiagnosen ein wesentlicher Faktor. Besonders in der Kardiologie und Gefäßmedizin hat der PCCL-Wert eine hohe Bedeutung für die Erlösfindung. Hier ist es unerlässlich, sorgfältig darauf zu achten, dass keine kodierbare Nebendiagnose übersehen wird und die Dokumentation in der Patientenakte eine vollständige Kodierung ermöglicht.

In der Praxis zeigt sich, dass im Bereich der koronaren Interventionen die Schwelle zur Erlössteigerung häufig zwischen den PCCL-Werten 3 und 4 liegt. Bei der koronaren Diagnostik hingegen ist auch zwischen den PCCL-Werten 2 und 3 oft eine Erlösdifferenz zu beobachten.

I25.12 Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung		
+	+	+
PCCL < 3	PCCL = 3	PCCL > 3
↓	↓	↓
F49G	F49D	F49B
Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P, Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Dg, ohne best. Eingr.	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, mit schweren CC, mehr als ein Belegungstag	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, ohne komplexen Eingriff, Alter > 9 Jahre
0,591 2.598 €	1,584 6.964 €	2,566 11.281 €

### Abwertung von Kurzliegerfällen

Die "Arbeitsgruppe Normierung" ist ein Gremium, welches sich mit der Standardisierung und Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems (German Diagnosis Related Groups) befasst. Sie setzt sich aus Vertretern der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen zusammen. Diese Gruppe arbeitet eng mit dem InEK zusammen, um die Abrechnungssystematik für stationäre Krankenhausleistungen an aktuelle medizinische sowie ökonomische Gegebenheiten anzupassen.

Diese Arbeitsgruppe hat das InEK gebeten, ein Schema zur angepassten Berechnung der Bewertungsrelationen für den aG-DRG-Katalog 2025 zu entwickeln. Dabei sollten, gemäß den Vorgaben der Selbstverwaltungspartner, die effektiven Bewertungsrelationen für Fälle in expliziten und impliziten Ein-Belegungstag-DRGs um 15 % reduziert werden.

Explizite Ein-Belegungstag-DRGs sind DRGs, welche ausschließlich mit einer Verweildauer von einem Belegungstag zu erreichen sind. Diese sind für die interventionelle Kardiologie nicht von Interesse. Implizite Ein-Belegungstag-DRGs sind dem gegenüber von erheblicher Bedeutung. Implizite Ein-Belegungstag-DRGs sind DRGs, bei denen der erste Tag mit Abschlag der erste Belegungstag ist, demzufolge mit der zweiten Übernachtung der volle DRG-Erlös abgerechnet wird.

Im aG-DRG-Katalog 2025 wurden in Übereinstimmung mit dem Konsens der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene die Relativgewichte für Fälle in expliziten und impliziten Ein-Belegungstag-DRGs um 15 % gesenkt, wobei die Ausgangs-DRGs der Hybrid-DRGs von dieser Anpassung ausgenommen sind. Die Relativgewichte der übrigen Fälle wurden entsprechend erhöht, um das Case-Mix-Volumen stabil zu halten. Beispielhaft wird in der nachfolgenden Tabelle die Auswirkung auf die typischen Basis-DRGs der Katheterdiagnostik (F41, F49) und der PCI (F19, F24, F52, F56, F58) dargestellt.

DRG 2024	F41B	F49C	F49E	F49F	F49G	F24B	F52B	F56B	F58B	F19B
Tag 1 Abschlag	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
BWR VWD = 1	0,458	0,912	0,64	0,518	0,346	0,916	0,718	0,716	0,552	1,2
Erlös VWD = 1	1.928 €	3.840 €	2.695 €	2.181 €	1.457 €	3.857 €	3.023 €	3.015 €	2.324 €	5.053 €
DRG 2025	F41B	F49C	F49E	F49F	F49G	F24B	F52B	F56B	F58B	F19B
Tag 1 Abschlag	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
BWR VWD = 1	0,38	0,692	0,563	0,441	0,319	0,747	0,616	0,616	0,472	1,001
Erlös VWD = 1	1.671 €	3.042 €	2.475 €	1.939 €	1.402 €	3.284 €	2.708 €	2.708 €	2.075 €	4.401 €
	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Δ BWR VWD = 1	-0,078	-0,22	-0,077	-0,077	-0,027	-0,169	-0,102	-0,1	-0,08	-0,199
Δ % Erlös VWD = 1	-17,2%	-24,1%	-12,0%	-14,9%	-7,8%	-18,4%	-14,2%	-14,0%	-14,5%	-16,6%

Hier sinken die Bewertungsrelationen für Tagesfälle um bis zu 24,1% ab, wobei es auffällt, dass eine der in der Praxis häufigsten DRG, die Diagnostik-DRG F49G deutlich unter den sonstigen Bewertungsabsenkungen bleibt. Der PCI-Bereich ist mit Werten zwischen 14,1% und 18,4% besonders betroffen, wobei hier die häufigsten Pauschalen (F56B, F58B) ungefähr in der Vorgabe der Absenkung implizierter Ein-Belegungstag-DRGs liegen.

Damit sinkt der Anreiz der stationären Leistungserbringung zumindest für die Nicht-Infarkt-Fälle deutlich ab. Gerade im Bereich der PCI lagen die AOP-Abrechnungsbeträge auch bisher teilweise bereits über denen der Tagesfälle in der DRG-Abrechnung. Durch Absenkung der kurzstationären Erlöse verschärft sich diese Situation jetzt weiter.

### Bundesbasisfallwert

Der DRG-Fallpauschalenkatalog weist für jede bewertete DRG immer eine Bewertungsrelation aus. Damit ein Fall gegenüber den Kostenträgern abrechenbar wird, muss diese Bewertungsrelation mit dem für das jeweilige Bundesland zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme des Falles gültigen Landesbasisfallwert ausmultipliziert werden. Die Höhe der Landesbasisfallwerte ist das Ergebnis von Verhandlungen der jeweiligen Organisationen auf Landesebene. Der Bundesbasisfallwert stellt keine Abrechnungsgrundlage per se dar, sondern dient der Definition eines Korridors um den rechnerischen Bundesbasisfallwert, in welchem die Landesbasisfallwerte liegen sollen. Seit dem Jahr 2021 besteht eine grundsätzliche Änderung für die Ermittlung des Bundesbasisfallwertes.

Aus diesem Grund liegt zum Jahreswechsel 2024/25 noch kein aktueller Bundesbasisfallwert vor. Für die Gruppierungsbeispiele dieser Kodierhilfe werden Fälle des Jahres 2024 immer mit dem in diesem Jahr gültigen Bundesbasisfallwert bewertet. Dieser beläuft sich auf 4.210,59 €. Für das Jahr 2025 erfolgt behelfsweise eine Berechnung mit einem Basisfallwert, welcher durch eine Erhöhung des Wertes aus 2024 um die 4,41% des Veränderungswertes 2025<sup>3</sup> ermittelt wurde und somit bei 4.396,28 € liegt. Es ist davon auszugehen, dass der endgültige Wert hiervon abweichen wird, da mit der Umstellung der Berechnung die automatische Anwendung des Veränderungswertes auf den Bundesbasisfallwert aufgehoben wurde. Insofern dienen die hier dargestellten Erlöse letztlich einer Verdeutlichung der aus den fixierten und endgültigen Bewertungsrelationen der DRGs resultierenden pekuniären Ergebnisse.

## TAKE HOME MESSAGES II

### ZU DEN ALLGEMEINEN ÄNDERUNGEN DES AG-DRG-SYSTEMS 2025

#### AOP-KATALOG UND KONTEXTFAKTOREN

Die Eingefäß-PTCA und die Implantation eines koronaren Stents sind 2024 neu in den AOP-Katalog aufgenommen worden. Auch eine Nachbeobachtung nach Katheterintervention von weniger als 12 Stunden ist ambulant abrechenbar. Bestimmte kinder-kardiologische Interventionen sind seit 2024 Bestandteil der Kontextfaktoren. Der AOP-Katalog 2025 war bei Drucklegung dieser Kodierhilfe noch nicht veröffentlicht.

#### HYBRID-DRGs

Für das Jahr 2025 finden sich keine Leistungen der Kardiologie in den Leistungsbereichen der Hybrid-DRGs.

#### PCCL-SYSTEMATIK

Für das Jahr 2025 erfolgten Anpassungen der Nebendiagnosenbewertungen für die PCCL-Berechnung nur in geringem Umfang. Trotzdem bleibt der PCCL weiterhin eine wichtige Erlös-komponente in der Abrechnung kardiologischer Fälle. Hier ist immer auf eine entsprechende Dokumentation in der Patientenakte zu achten.

#### ABWERTUNG IMPLIZITER EIN-BELEGUNGSTAG-DRGs

Der erneute normative Eingriff in das DRG-System führt zu einer erheblichen Abwertung von Fällen mit maximal einer Übernachtung bei stationärer Abrechnung. Besonders sind hier die häufigsten PCI-DRGs betroffen.

Die ambulante Abrechnung als AOP-Fall wird damit in vielen Bereichen gegenüber der Tagesfall-DRG ökonomisch interessanter, wobei dies eben nicht durch eine höhere Bewertung der ambulanten Leistungserbringung geschieht, sondern durch eine Abwertung der stationären Abrechnung.

## SPEZIELLE VERÄNDERUNG FÜR DIE KARDIOLOGIE MIT DEM AG-DRG-SYSTEM 2025

### Neuer OPS-Kode für Twin-Ballon in der Kardiologie<sup>4</sup>

Twin-Wall-Ballonkatheter bieten eine außergewöhnliche Formstabilität und fast vernachlässigbare Compliance bis zu einem Druck von 35 atm, wodurch eine gleichmäßige Druckverteilung auf die Stenose ohne Verformung des Ballons erreicht wird, was durch die Doppelballon-Konstruktion unterstützt wird. Mit dem OPS-Katalog 2025 sind diese Ballons auf Betreiben der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie kodierbar.

OPS	OPS-TEXT 2025
8-83b.bj	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Doppelwandiger Ballon [Twin-wall-Ballon] an Koronargefäßen <b>Hinw.:</b> Ein Twin-wall-Ballon wird in der Super-Hochdruck-Anwendung mit mindestens 32 atm verwendet

### Neue OPS-Kodes Hybrid-Stents in der Kardiologie

Hybrid-Stents kombinieren die Vorteile von Metall- und bioresorbierbaren Stents, indem sie Metall-Komponenten mit resorbierbaren Verbindungen verbinden. Da diese Stents nicht vollständig resorbierbar sind, war der OPS-Kode für bioresorbierbare Stents bisher nicht anwendbar, während die Kodierung als rein metallischer Stents ebenfalls nicht zutraf.

Mit dem OPS-Katalog 2025 sind diese Stents auf Betreiben der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie kodierbar. Analog zu den bisher bereits kodierbaren Stent-Typen wurde dabei auch der Basis-Kode 8-83d.b nach Anzahl der Hybrid-Stents und Anzahl der versorgten Koronargefäßen differenziert. Die Hybrid-Stents sind analog zu den DES auch im Zusatzentgelt ZE101 abgebildet.

OPS	OPS-TEXT 2025
8-83d.b	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden adaptierenden Hybrid-Stents <b>Hinw.:</b> Adaptierende Hybrid-Stents weisen bioresorbierbare Kopplungselemente auf, die eine Beweglichkeit des metallischen Stentgeflechts ermöglichen. Die Art der medikamentefreisetzenden Stents ist zusätzlich zu kodieren (8-83b.0 ff.)

OPS	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden adaptierenden Hybrid-Stents:
8-83d.b0	1 adaptierender Hybrid-Stent in eine Koronararterie
8-83d.b1	2 adaptierende Hybrid-Stents in eine Koronararterie
8-83d.b2	2 adaptierende Hybrid-Stents in mehrere Koronararterien
8-83d.b3	3 adaptierende Hybrid-Stents in eine Koronararterie
8-83d.b4	3 adaptierende Hybrid-Stents in mehrere Koronararterien
8-83d.b5	4 adaptierende Hybrid-Stents in eine Koronararterie
8-83d.b6	4 adaptierende Hybrid-Stents in mehrere Koronararterien
8-83d.b7	5 adaptierende Hybrid-Stents in eine Koronararterie
8-83d.b8	5 adaptierende Hybrid-Stents in mehrere Koronararterien
8-83d.b9	Mindestens 6 adaptierende Hybrid-Stents in eine Koronararterie
8-83d.ba	Mindestens 6 adaptierende Hybrid-Stents in mehrere Koronararterien

### Neue OPS-Kodes für systemische Fibrinolyse

Alteplase (Actilyse<sup>‡</sup>) und Tenecteplase (Metalyse<sup>‡</sup>) werden häufig bei akutem Herzinfarkt zur Fibrinolyse verwendet, um den Blutfluss in den Koronargefäßen wiederherzustellen.

Auf Betreiben einer einzelnen Klinik wurden im OPS-Katalog 2025 spezifische OPS-Kodes für diese Wirkstoffe etabliert, wobei auch eine Dosisstaffelung vorliegt. Zur Vereinfachung listen die nachfolgenden Tabellen jeweils die geringste und die höchste Dosisklasse auf.

OPS	OPS-TEXT 2025
6-00m.00	Applikation von Medikamenten, Liste 20: Alteplase, parenteral: 20 mg bis unter 25 mg
(...)	
6-00m.0g	Applikation von Medikamenten, Liste 20: Alteplase, parenteral: 100 mg oder mehr

OPS	OPS-TEXT 2025
6-00m.g0	Applikation von Medikamenten, Liste 20: Tenecteplase, parenteral: 12,5 mg bis unter 15,0 mg (entsprechend 2.500 U bis unter 3.000 U)
(...)	
6-00m.ga	Applikation von Medikamenten, Liste 20: Tenecteplase, parenteral: 50,0 mg oder mehr (entsprechend 10.000 U oder mehr)

### Aufwertung CTO-Rekanalisation bei retrograder Sondierung und Stentimplantation

Bis zum Jahr 2024 erfolgte die Eingruppierung einer CTO-Rekanalisation bei einem PCLL-Wert von weniger als vier grundsätzlich in die aG-DRG F52B. Bei zusätzlicher Implantation mindestens eines koronaren Stents wurde die F24B erreicht, wobei die kontralaterale Koronardarstellung ohne Doppeldrahttechnik auch bei Stentimplantation in der F52B verblieb.

Für das Jahr 2025 ändert sich die Eingruppierung von Fällen mit retrograder Sondierung und zusätzlicher Implantation mindestens eines Stents dahingehend, dass hier jetzt die aG-DRG F19B erreicht wird. Dies bedeutet eine erhebliche Aufwertung dieser Fälle um fast 11%.

	8-839.90	8-839.91	8-839.92	8-839.93
	Mit kontralateraler Koronardarstellung	Mit kontralateraler Koronardarstellung und Doppeldraht-Technik	Mit retrograder Sondierung über die Kollateralgefäße, ohne Externalisation	Mit retrograder Sondierung über die Kollateralgefäße, mit Externalisation
DRG 2024	<b>F52B</b>			
BWR 2024	1,052			
DRG 2025	<b>F52B</b>			
BWR 2025	1,074			
Δ BWR	0,022			
Δ BWR %	2,1%			
	↓	↓	↓	↓
	<b>Mit Implantation mindestens eines Stents (nicht DCB!)</b>			
	↓	↓	↓	↓
DRG 2024	<b>F52B</b>	<b>F24B</b>	<b>F24B</b>	<b>F24B</b>
BWR 2024	1,052	1,364	1,364	1,364
DRG 2025	<b>F52B</b>	<b>F24B</b>	<b>F19B</b>	<b>F19B</b>
BWR 2025	1,074	1,362	1,51	1,51
Δ BWR	0,022	-0,022	0,146	0,146
Δ BWR %	2,1%	-0,1%	10,7%	10,7%

Der Einsatz eines DCB alternativ zur Implantation eines Koronarstents ist dabei auch weiterhin kein aufwertendes Kriterium bei der CTO-Rekanalisation. Auch Fälle mit retrograder Sondierung und Anwendung eines DCB verbleiben 2025 in der aG-DRG F24B.

## KORONARANGIOGRAPHIE UND KORONARE INTERVENTIONEN

### Hauptdiagnose<sup>5</sup>

Die Kodierung der dem Behandlungsfall zugrunde liegenden Diagnosen erfolgt gemäß der International Classification of Diseases (ICD-10 GM 2025). Hier sind im für die hier angesprochenen Konstellationen im Wesentlichen die Diagnosegruppen „Koronare Herzkrankheit“, „Angina pectoris“ und „akuter Myokardinfarkt“ von Bedeutung. Die nachfolgenden Tabellen zeigen eine Auswahl der wichtigsten ICD-Kodes der aktuellen Version 2025. Dabei ist zu beachten, dass die Differenzierung des NSTEMI mit dem Jahr 2024 neu etabliert wurde. Eine differenzierte Erlösrelevanz besteht aktuell noch nicht, hier ist frühestens in zwei Jahren eine Kalkulation des InEK zu erwarten.

ICD	ICD-TEXT
<b>I25.10</b>	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen
<b>I25.11</b>	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung
<b>I25.12</b>	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung
<b>I25.13</b>	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung
<b>I25.14</b>	Atherosklerotische Herzkrankheit: Stenose des linken Hauptstammes
<b>I25.15</b>	Atherosklerotische Herzkrankheit: Mit stenosierten Bypass-Gefäßen
<b>I25.16</b>	Atherosklerotische Herzkrankheit: Mit stenosierten Stents
<b>I25.19</b>	Atherosklerotische Herzkrankheit: Nicht näher bezeichnet

ICD	ICD-TEXT
<b>I20.0</b>	Instabile Angina pectoris
<b>I20.1</b>	Angina pectoris mit nachgewiesenem Koronarspasmus
<b>I20.8</b>	Sonstige Formen der Angina pectoris
<b>I20.9</b>	Angina pectoris, nicht näher bezeichnet

ICD	ICD-TEXT
<b>I21.0</b>	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand
<b>I21.1</b>	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand
<b>I21.2</b>	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen
<b>I21.3</b>	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation
<b>I21.40</b>	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-1-Infarkt
<b>I21.41</b>	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-2-Infarkt
<b>I21.48</b>	Sonstiger und nicht näher bezeichneter akuter subendokardialer Myokardinfarkt
<b>I21.9</b>	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet

Die Hauptdiagnosen kommen sowohl für die nachfolgend dargestellten Prozeduren als auch für die der koronaren Interventionen infrage.

### Prozeduren: Koronare Katheterdiagnostik

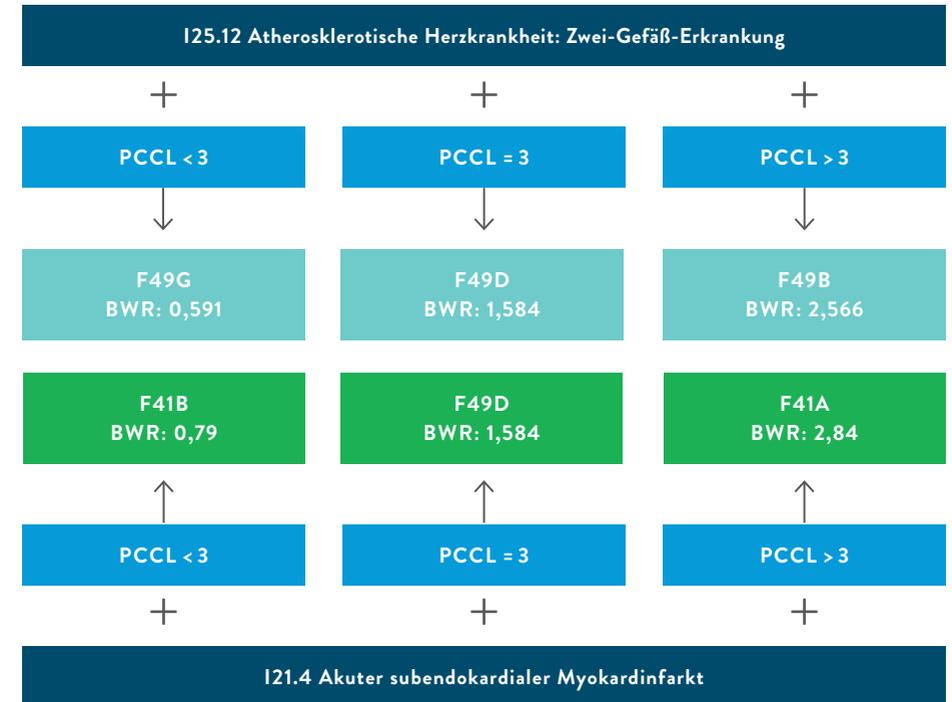
Die koronare Katheterdiagnostik wird im Klassifikationssystem des OPS mit Schlüsselnummern aus dem Kapitel 1-275 ff. (Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung) kodiert.

Die Untergliederung der endstelligen OPS-Kodierung erfolgt dabei nach dem Umfang zusätzlicher diagnostischer Maßnahmen, bzw. im Falle des endstelligen OPS-Kodes 1-275.5 in Abhängigkeit der Durchführung einer Diagnostik an Bypassgefäßen. Ggf. können auch mehrere OPS-Kodes miteinander kombiniert werden, wobei keine zusätzliche Gruppierungsauswirkung resultiert.

1-275 Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	
0	Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen
-1	Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel
-2	Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel
-3	Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung
-4	Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung
-5	Koronarangiographie von Bypassgefäßen
-6	Ventrikulographie mit Druckmessung im linken Ventrikel und Aortenbogendarstellung
-x	Sonstige
-y	N.n.bez.

### DRG-Gruppierung: Koronare Katheterdiagnostik<sup>6</sup>

Die Eingruppierung koronardiagnostischer Fälle ist in hohem Umfang abhängig von der Wahl der korrekten Hauptdiagnose und dem PCCL-Wert. Im Gegensatz zu vielen anderen Konstellationen findet sich hier neben der PCCL-Schwelle im Übergang von PCCL = 3 zu PCCL = 4 auch eine weitere Grenze zwischen den PCCL-Werten 2 und 3.



Andere Hauptdiagnosen, wie z. B. angeborene Fehlbildungen der Herz-Kreislaufsystems oder auch bestimmte Kardiomyopathien, Rechtsherzinsuffizienzen und Linksherzinsuffizienzen ab Stadium III führen im Zusammenhang mit einer Linksherzkatheterdiagnostik ohne weitere Maßnahmen primär in die aG-DRG F49F (Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr.).

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Veränderung der Bewertungsrelationen und Erlöse für die typischen aG-DRGs der koronaren Diagnostik.

		F41A	F41B	F49A	F49B	F49C	F49D	F49E	F49F	F49G
2024	BWR aG-DRG 2024	3,065	0,766	3,175	2,547	1,04	1,538	1,011	0,816	0,545
	Erlös aG-DRG 2024	12.905 €	3.225 €	13.369 €	10.724 €	4.379 €	6.476 €	4.257 €	3.436 €	2.295 €
2025	BWR aG-DRG 2025	2,84	0,79	3,093	2,566	0,94	1,584	1,094	0,855	0,591
	Erlös aG-DRG 2025	12.485 €	3.473 €	13.598 €	11.281 €	4.133 €	6.964 €	4.810 €	3.759 €	2.598 €
Δ 2025-2024	Δ BWR aG-DRG 2025-2024	-0,225	0,024	-0,082	0,019	-0,1	0,046	0,083	0,039	0,046
	Δ Erlös aG-DRG 2025-2024	-420 €	248 €	229 €	556 €	-247 €	488 €	553 €	323 €	303 €
	Δ %	-3,25%	7,68%	1,71%	5,19%	-5,63%	7,53%	12,98%	9,40%	13,22%

In vielen Fällen erfolgt die Linksherzkatheteruntersuchung bereits im Rahmen des ambulanten Operierens gemäß § 115b SGB V im nicht stationären Rahmen oder, deutlich häufiger, als Tagesfall mit nur einer Übernachtung. Dazu kommen Fälle, welche zwar primär mit einer längeren Verweildauer erbracht wurden, im Rahmen der Kostenträgerdiskussion (z. B. Falldialog) oder aufgrund eines negativen MD-Gutachtens auf einen Belegungstag gekürzt werden mussten.

Hier reduzieren sich die Bewertungsrelation der DRG und damit natürlich auch der DRG-Erlös erheblich. Grundsätzlich gilt das natürlich auch für die übrigen typischen Ziel-DRGs, wobei beim Erreichen eines für die Gruppierung relevanten PCCL-Wertes bzw. beim Vorliegen eines Myokardinfarktes die Leistungserbringung unterhalb der unteren Grenzverweildauer unwahrscheinlich ist. Die Erlössituation zeigt die nachfolgende Darstellung.

F49G	VWD > 1 TAG	BWR: 0,591	→	Erlös: 2.598 €
	VWD = 1 TAG	BWR: 0,319	→	Erlös: 1.402 €

Bereits im Einleitungsteil wurde dargestellt, dass ein erneuter normativer Eingriff ins DRG-System für 2025 eine erhebliche Abwertung von Ein-Belegungstag-DRGs zur Folge hatte. Dies wirkt sich natürlich auch auf den Bereich der Basis-DRG F49 in erheblicher Form aus.

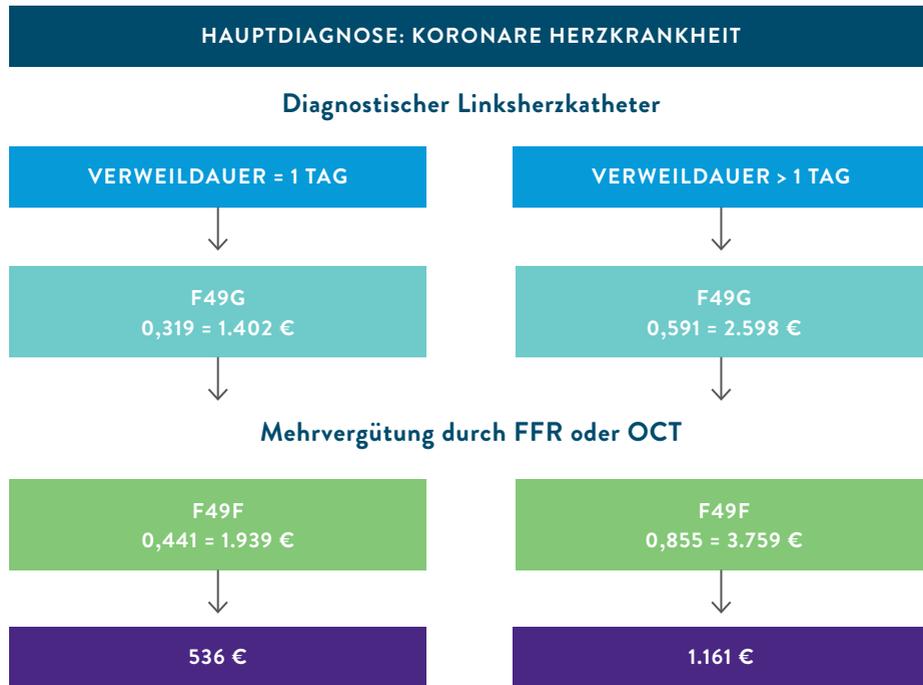
DRG 2024	F49C	F49E	F49F	F49G
Tag 1 Abschlag	1	1	1	1
BWR VWD = 1	0,912	0,64	0,518	0,346
Erlös VWD = 1	3.840 €	2.695 €	2.181 €	1.457 €

DRG 2025	F49C	F49E	F49F	F49G
Tag 1 Abschlag	1	1	1	1
BWR VWD = 1	0,692	0,563	0,441	0,319
Erlös VWD = 1	3.042 €	2.475 €	1.939 €	1.402 €

	↓	↓	↓	↓
Δ BWR VWD = 1	-0,22	-0,077	-0,077	-0,027
Δ % Erlös VWD = 1	-24,1%	-12,0%	-14,9%	-7,8%

### Bedeutung zusätzlicher Prozeduren für die Gruppierung katheterdiagnostischer Fälle

Eine Aufwertung erfahren auch Fälle mit Katheterdiagnostik ohne nachfolgende PCI häufig durch die Anwendung der intrakoronaren Druckmessung (FFR myo) und der Optischen Kohärenztomografie (OCT). Die nachfolgende Tabelle zeigt die typische Aufwertung von Fällen mit diagnostischem Herzkatheter bei einer Verweildauer von einem Tag (unterhalb der unteren Grenzverweildauer) und bei vollem DRG-Erlös ab 2 Tagen VWD bis zum Erreichen der oberen Grenzverweildauer



Damit ist in der Regel davon auszugehen, dass sich die Mehrkosten des Verfahrens aktuell im DRG-System bei diesen Fällen mehrheitlich sehr gut abbilden.

#### Prozeduren: perkutane Koronarintervention (PTCA)

Die Aufdehnung einer Stenose mit Hilfe eines Ballonkatheters wird im Klassifikationssystem des OPS mit Schlüsselnummern aus dem Kapitel 8-837.0 ff. (Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie) kodiert. Dabei erfolgt die Differenzierung auf OPS-Ebene nach der Anzahl der behandelten Koronargefäße.

OPS	OPS-TEXT 2025
<b>8-837.00</b>	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie
<b>8-837.01</b>	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Mehrere Koronararterien

Zu den OPS-Kodes aus 8-837.0 ff. existieren im Katalog 2025 Zusatzcodes, wobei der Zusatzcode für den Twin-wall-Ballon neu im OPS 2025 etabliert wurde:

OPS	Zusatzinformationen zu Materialien
<b>8-83b.b1</b>	Antikörperbeschichtete Ballons
<b>8-83b.bj</b>	Doppelwandiger Ballon [Twin-wall-Ballon] an Koronargefäßen

Antikörperbeschichtete Ballons haben für das Jahr 2024 einen NUB-Status 1 erhalten, können bei fristgerecht gestelltem Antrag entsprechend mit den Kostenträgern hinsichtlich einer individuellen Entgelthöhe verhandelt werden. Ggf. zulassungsrechtliche Aspekte bleiben von dieser Möglichkeit unberührt. Eine Gruppierungsrelevanz der Twin-wall-Ballons besteht im DRG-System in 2025 noch nicht, eine differenzierte Kalkulation der Leistungen ist frühestens für das DRG-System 2027 möglich.

Die Eingruppierung der PTCA im aktuellen DRG-System erfolgt weiterhin analog zu Fällen mit einem koronaren Stent.

#### Prozeduren: Drug Coated Balloons (DCB)

Drug Coated Balloons (DCB) sind in der Kardiologie ein etabliertes Verfahren zur Behandlung koronarer Gefäßläsionen. Sie geben ein Medikament, meist Paclitaxel, kontrolliert in die Gefäßwand ab, um das Wiederauftreten von Stenosen (Restenose) zu verhindern. Die spezifische Kodierung von DCB-Eingriffen ist entscheidend, um den Einsatz dieser Technologie korrekt abzubilden und entsprechend zu vergüten.

OPS	Zusatzinformationen zu Materialien
<b>8-83b.b6</b>	Ein medikamentefreisetzender Ballon an Koronargefäßen
<b>88-83b.b7</b>	Zwei medikamentefreisetzende Ballons an Koronargefäßen
<b>8-83b.b8</b>	Drei medikamentefreisetzende Ballons an Koronargefäßen
<b>8-83b.b9</b>	Vier oder mehr medikamentefreisetzende Ballons an Koronargefäßen

Die Zusatzcodes für DCB lösen im Zusammenhang mit der Kodierung einer PTCA ein entsprechendes Zusatzentgelt (ZE136) aus. Dabei ist es wichtig, neben dem OPS-Kode für die Anzahl der zur Anwendung gekommenen Ballons auch die PTCA mit einem OPS-Kode aus 8-837.0 ff. zu verschlüsseln, da das Zusatzentgelt nur durch diese OPS-Kombination ausgelöst wird.

ZE136		Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen	
	<b>8-837.00</b>	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie	
	<b>8-837.01</b>	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Mehrere Koronararterien	
<b>ZE136.01</b>	<b>8-83b.b6</b>	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentefreisetzender Ballon an Koronargefäßen	179,36 €
<b>ZE136.02</b>	<b>8-83b.b7</b>	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamentefreisetzende Ballons an Koronargefäßen	587,07 €
<b>ZE136.03</b>	<b>8-83b.b8</b>	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Drei medikamentefreisetzende Ballons an Koronargefäßen	994,78 €
<b>ZE136.04</b>	<b>8-83b.b9</b>	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Vier oder mehr medikamentefreisetzende Ballons an Koronargefäßen	1.402,49 €

### Prozeduren: perkutane Koronarintervention (Koronare Stent-Implantation)

Die Applikation von Stents wird im Klassifikationssystem des OPS mit Schlüsselnummern aus dem Kapitel 8-837 ff. (Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen) kodiert.

Die Untergliederung der endstelligen OPS-Kodierung erfolgt dabei nach Art und Anzahl der implantierten Stents, sowie der Anzahl der versorgten Koronargefäße.

OPS	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
<b>8-837.k-</b>	Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents
<b>8-837.m-</b>	Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents
<b>8-837.w-</b>	Einlegen eines beschichteten Stents
<b>8-83d.0-</b>	Einlegen eines medikamentefreisetzenden bioresorbierbaren Stents
<b>8-83d.1-</b>	Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden selbstexpandierenden Stents
<b>8-83d.2-</b>	Einlegen eines medikamentefreisetzenden selbstexpandierenden Stents
<b>8-83d.b-</b>	Einlegen eines medikamentefreisetzenden adaptierenden Hybrid-Stents
<b>-0</b>	Ein Stent in eine Koronararterie
<b>-1</b>	2 Stents in eine Koronararterie
<b>-2</b>	2 Stents in mehrere Koronararterien
<b>-3</b>	3 Stents in eine Koronararterie
<b>-4</b>	3 Stents in mehrere Koronararterien
<b>-5</b>	4 Stents in eine Koronararterie
<b>-6</b>	4 Stents in mehrere Koronararterien
<b>-7</b>	5 Stents in eine Koronararterie
<b>-8</b>	5 Stents in mehrere Koronararterien
<b>-9</b>	Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie
<b>-a</b>	Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien
<b>-x</b>	Sonstige (nicht 8-83d.1-, 8-83d.2-, 8-83d.b-)

Mit dem Jahr 2025 wurden spezifische Codes für die Implantation von medikamentefreisetzenden adaptierenden Hybrid-Stents (8-83d.b- ) eingeführt. Diese verfügen analog zu den bisher kodierbaren Stents über eine entsprechende Differenzierung nach Anzahl von Stents und versorgten Koronararterien.

Dabei ist es für die Kodierung der Anzahl implantierter Stents nicht relevant, ob die applizierten Stents tatsächlich im Patienten verblieben sind, entscheidend ist allein die Tatsache, dass der zu kodierende Stent nachweisbar dokumentiert in die Gefäßbahn des Patienten eingebracht wurde. Ein misslungener Versuch der Stentimplantation kann regelhaft auch im Konsens mit dem Medizinischen Dienst kodiert und abgerechnet werden<sup>7</sup>.

Zusätzlich finden sich im OPS-Katalog auch nicht nach Anzahl der implantierten Stents differenzierte Schlüsselnummern:

OPS	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
8-837.p	Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft)
8-837.u	Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Bifurkationsstents
8-837.v	Einlegen eines medikamentefreisetzenden Bifurkationsstents

#### Prozeduren: perkutane Koronarintervention (medikamentefreisetzende Stents)

Medikamentefreisetzende Stents werden von den oben bereits dargestellten Sonderformen in der Regel mit OPS-Kodes aus 8-837.m- (Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents) verschlüsselt. Auch hier erfolgt die Differenzierung der Anzahl der eingebrachten Stents an der letzten Stelle des OPS-Kodes.

Sonderformen des medikamentefreisetzende Stents stellen die bioresorbierbaren, selbstexpandierenden und adaptierenden Hybrid-Stents dar. Auch diese werden endstellig nach Anzahl der eingebrachten Implantate kodiert.

Gemäß den Hinweisen im OPS-Katalog ist die Art der medikamentefreisetzenden Stents gesondert zu kodieren. Diesen Zusatzcodes kommt auch im aG-DRG-System

2025 keinerlei Gruppierungsrelevanz zu, trotzdem ist die Kodierung obligatorisch vorzunehmen. Für die Kodierung stehen im OPS-System 2025 folgende Schlüsselnummern zur Verfügung:

OPS	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme:
8-83b.00	ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer
8-83b.01	Biolimus-A9-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer
8-83b.03	Paclitaxel-freisetzende Stents oder OPD-Systeme ohne Polymer
8-83b.05	Paclitaxel-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit biologisch abbaubarer Polymerbeschichtung
8-83b.06	Paclitaxel-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer
8-83b.07	Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme ohne Polymer
8-83b.08	Sirolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer
8-83b.09	Tacrolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme
8-83b.0a	Pimecrolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit biologisch abbaubarer Polymerbeschichtung
8-83b.0b	Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit biologisch abbaubarer Polymerbeschichtung
8-83b.0c	Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer
8-83b.0d	Novolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit biologisch abbaubarer Polymerbeschichtung
8-83b.0e	Novolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer
8-83b.0f	Biolimus-A9-freisetzende Stents oder OPD-Systeme ohne Polymer
8-83b.0x	Sonstige

Für das XIENCE™ Drug Eluting Stent System ist der farblich markierte Zusatzcode 8-83b.0c (Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer) zu verwenden.

Für die Implantation eines medikamentefreisetzenden bioresorbierbaren Stents kommen wiederum Zusatzcodes zum Tragen. Diese sind dazu geeignet, Polymerbasierte von z. B. auf einer Magnesiumgrundlage aufgebauten bioresorbierbaren Stents zu unterscheiden. Die nachfolgende Tabelle zeigt die entsprechenden OPS-Kodes.

OPS	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten bioresorbierbaren Stents
8-83b.m0	Polymer-basiert
8-83b.m1	Metallisch
8-83b.mx	Sonstige

Ebenfalls kodierbar ist die koronare Lithoplastie mit dem nachfolgenden OPS-Kode.

OPS	OPS-TEXT 2025
8-83d.6	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Koronare Lithoplastie

Seit dem Jahr 2024 findet sich der OPS-Kode für die intrakoronare hyperoxämische Therapie im Katalog.

OPS	OPS-TEXT 2025
8-83d.a	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Intrakoronare hyperoxämische Therapie

### Nicht vollständig erbrachte Leistung

Grundsätzlich regelt die DKR P004 die nicht vollendete Prozedur<sup>8</sup>. Reduziert man die Inhalte dieser Kodierrichtlinie auf die in dieser Thematik relevanten Aspekte, so ist wie folgt zu verfahren:

- Gibt es einen spezifischen Kode für eine misslungene Prozedur, so ist dieser zu verwenden. In diesen Fall ist der Zusatzkode 5-995 Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt) nicht anzugeben.
- Lässt sich die bisher erbrachte Teilleistung mit dem OPS kodieren, so wird nur die Teilleistung kodiert.
- Wird eine Prozedur nahezu vollständig erbracht, so wird sie ohne Zusatzkode 5-995 kodiert.
- In allen anderen Fällen ist die geplante, aber nicht komplett durchgeführte Prozedur zu kodieren; bei Operationen ist zusätzlich der OPS-Kode 5-995 anzugeben.

Seit dem Jahr 2024 existiert ein neuer OPS-Kode, welcher für die unvollständige Erbringung einer PTCA mit erfolgreicher Einführung des Führungsdrahtes in das Zielgefäß bzw. die Zielgefäße steht.

OPS	OPS-TEXT 2025
	Einführung eines Führungsdrahtes vor Abbruch einer Ballon-Angioplastie
8-83d.9	<b>Inkl.:</b> PTCA-Draht <b>Hinw.:</b> Dieser Kode ist anzuwenden, wenn bei vorzeitigem Abbruch einer Ballon-Angioplastie lediglich die Sondierung eines oder mehrerer Zielgefäße mit einem Führungsdraht erfolgt ist

Damit gilt:

Fallkonstellation	Kodierrichtlinie	Beurteilung	OPS	DRG
Stenting bei aus dem MR bekannter KHK mit höhergradiger RIVA-Stenose geplant. Nach der Koronarangiographie erscheint die Maßnahme nicht aussichtsreich und der Patient wird in die Herzchirurgie extern verlegt.	Lässt sich die bisher erbrachte Teilleistung mit dem OPS kodieren, so wird nur die Teilleistung kodiert.	Hier ist die Teilleistung kodierbar	1-275.2	F49G
Zusätzlich zum vorherigen Fall wird der Versuch unternommen, einen DES im RIVA zu platzieren. Dabei wird der Führungsdraht bis ins Zielgefäß vorgeschoben, eine Fortführung der Maßnahme ist nicht möglich.	Gibt es einen spezifischen Kode für eine misslungene Prozedur, so ist dieser zu verwenden.	Ein solcher OPS-Kode existiert seit 2023	1-275.2 8-83d.9	F58B
Zusätzlich zum vorherigen Fall wird der Führungsdraht bis ins Zielgefäß vorgeschoben, der Ballon kann eingeführt am Ort der Stenose aber nicht erfolgreich expandiert werden.	Wird eine Prozedur nahezu vollständig erbracht, so wird sie ohne Zusatzcode 5-995 kodiert. In allen anderen Fällen ist die geplante, aber nicht komplett durchgeführte Prozedur zu kodieren.	Hier geht die Leistung über die 8-83d.9 hinaus, die Teilleistung ist kodierbar.	1-275.2 8-837.00	F58B
Zusätzlich zum vorherigen Fall kann die PTCA erfolgreich durchgeführt werden, ein bis zur Engstelle vorgeschobener Stent kann jedoch nicht abgesetzt werden und wird wieder aus der Blutbahn entfernt.	Wird eine Prozedur nahezu vollständig erbracht, so wird sie ohne Zusatzcode 5-995 kodiert. In allen anderen Fällen ist die geplante, aber nicht komplett durchgeführte Prozedur zu kodieren.	Hier wurde der Versuch der Stentimplantation soweit vorgenommen, dass der Stent bereits in der Blutbahn war. Damit ist er kodierbar	1-275.2 8-837.m0	F58B
	Wird eine Prozedur nahezu vollständig erbracht, so wird sie ohne Zusatzcode 5-995 kodiert. In allen anderen Fällen ist die geplante, aber nicht komplett durchgeführte Prozedur zu kodieren; bei Operationen ist zusätzlich der OPS-Kode 5-995 anzugeben.	Der Abbruchcode darf nur bei Leistungen aus dem Kapitel 5 angegeben werden. Formal ist hier aber immer von einer nahezu vollständigen Leistung auszugehen, sodass der Abbruchcode kaum jemals zur Anwendung kommt (nie bei OPS aus Kapitel 8!)		

## DRG-Gruppierung: perkutane Koronarintervention (medikamentenfreisetzende Stents)

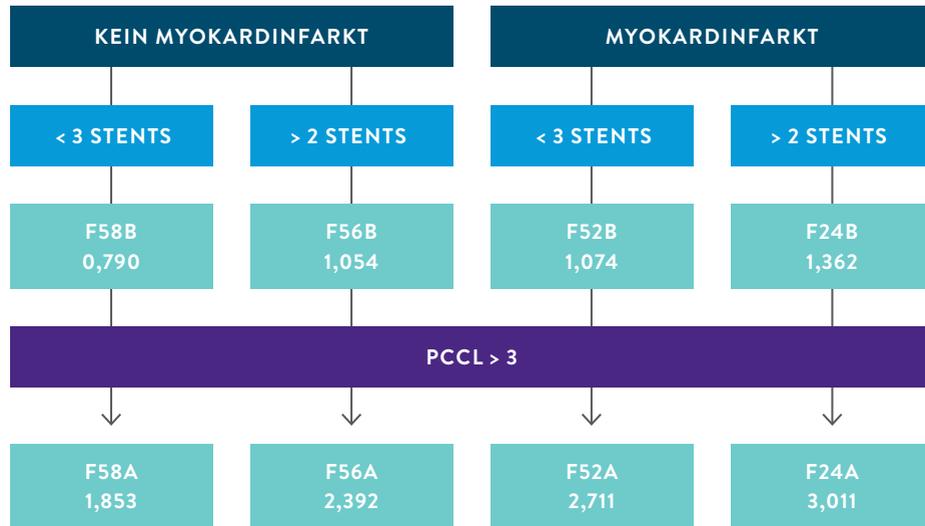
### Gruppierung im aG-DRG-System 2025

Auch im Jahr 2025 erfolgt die aG-DRG-Gruppierung von Fällen mit koronarer Intervention im Jahr 2025 weiterhin im Wesentlichen anhand der Kriterien der Hauptdiagnose, des patientenbezogenen Gesamtschweregrades (PCCL) und anhand der Anzahl der kodierten Stents. Dabei werden bare metal stents und drug eluting stents identisch eingruppiert.

Grundsätzlich gelten die nachfolgenden Gruppierungsschemata für alle unterschiedlichen, nach Anzahl der Stents differenzierten OPS-Kodes für koronare Implantationen. Als Sonderfall wurden selbstexpandierende Koronarstents und koronare Bifurkationsstents vom InEK mit einem NUB-Status 1 versehen.

Bei der Kodierung eines Myokardinfarktes (ICD I21 ff [Akuter Myokardinfarkt], I22 ff. [Rezidivierender Myokardinfarkt]) als Hauptdiagnose werden die Basis-DRGs F24 (> 2 Stents) und F52 (< 3 Stents) erreicht, wobei ein Fall mit einem PCCL-Wert von mindestens 4 jeweils in den A-Split gruppiert wird, wohingegen bei einem geringeren PCCL-Wert eine Eingruppierung in die G-DRGs F24B bzw. F52B erfolgt.

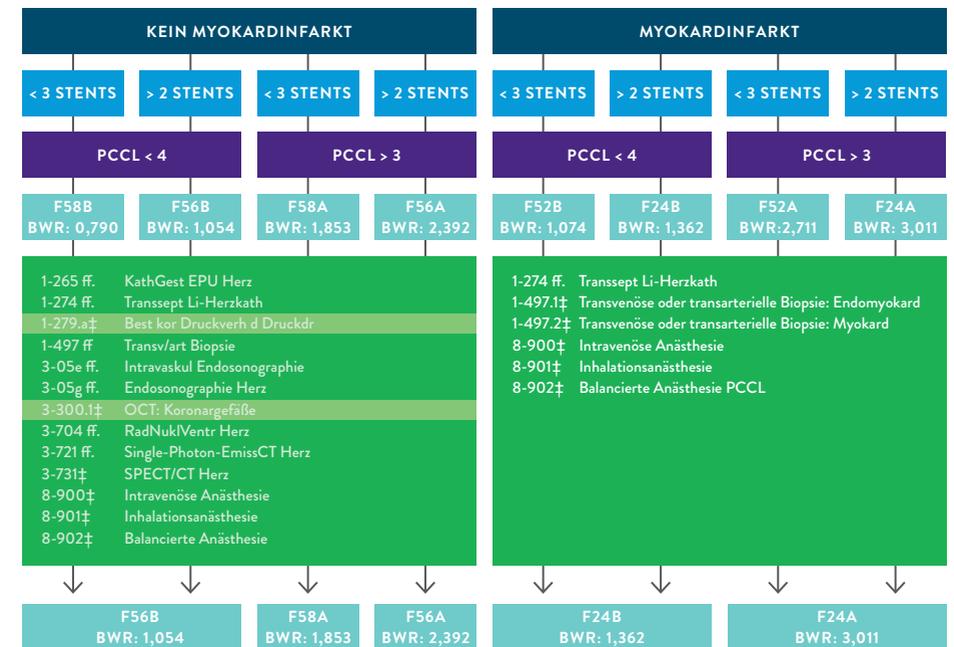
Bei einer Hauptdiagnose aus den typischen Bereichen „Koronare Herzkrankheit“ (ICD I25.1 ff. [Atherosklerotische Herzkrankheit]. Angina pectoris (ICD I20 ff [Angina pectoris]) werden in den Basis-DRGs F56 (> 2 Stents) und F58 (< 3 Stents) wieder anhand des PCCL-Wertes die A- bzw. B-Splits erreicht.



Mit dem G-DRG-System 2025 haben sich bei inhaltlich unveränderter Struktur und Inhalten der relevanten G-DRG-Pauschalen die Bewertungsrelationen als Folge der aktuellen Kalkulationsrunde erneut verändert. Die nachfolgende Tabelle zeigt Bewertungsrelationen und Erlöse für die beiden relevanten Systeme auf. Dabei ist zu beachten, dass die bis 2019 in den Bewertungsrelationen noch enthaltenen Pflegekosten nicht mehr Bestandteil der aG-DRG-Bewertungsrelationen sind.

		F19A	F19B	F24A	F24B	F52A	F52B	F56A	F56B	F58A	F58B
2024	BWR aG-DRG 2024	3,094	1,586	2,908	1,364	2,705	1,052	2,426	1,018	1,841	0,78
	Erlös aG-DRG 2024	13.028 €	6.678 €	12.224 €	5.743 €	11.390 €	4.430 €	10.215 €	4.286 €	7.752 €	3.284 €
2025	BWR aG-DRG 2025	3,175	1,51	3,011	1,362	2,711	1,074	2,392	1,054	1,853	0,79
	Erlös aG-DRG 2025	13.958 €	6.638 €	13.237 €	5.988 €	11.918 €	4.722 €	10.516 €	4.634 €	8.146 €	3.473 €
Δ 2025-2024	Δ BWR aG-DRG 2025-2024	0,081	-0,076	0,103	-0,002	0,006	0,022	-0,034	0,036	0,012	0,01
	Δ Erlös aG-DRG 2025-2024	930,61 €	-39,62 €	992,79 €	224,48 €	528,66 €	292,06 €	301,00 €	347,30 €	394,61 €	188,80 €
	Δ %	7,14%	-0,59%	8,11%	4,26%	4,64%	6,59%	2,95%	8,10%	5,09%	5,75%

Zusätzlich zu den bereits genannten Kriterien für die Eingruppierung von PCI-Fällen, wie Hauptdiagnose, PCCL und Anzahl implantierter Stents kommen alternativ noch einige andere, im Vergleich zu den Vorjahren unveränderte, gruppierungsrelevante Prozeduren zum Tragen. Die relevanten Parameter zeigt die folgende Abbildung, wobei das im Weiteren noch dargestellte Zusatzentgelt ZE101 je nach Anzahl der implantierten medikamentenfreisetzenden Stents zum Erlös hinzuzurechnen ist.



Im Zusammenhang mit Fällen ohne Hauptdiagnose „Myokardinfarkt“ sind insbesondere die Prozeduren der Messung der fraktionellen Flussreserve und der Durchführung der optischen Kohärenztomographie aufwertend auf Fälle mit koronarer Stentimplantation zu nennen, während das Kriterium der transeptalen Punktion im Zusammenhang mit Fällen mit Myokardinfarkt eher als Seltenheit zu beurteilen sind.

Gerade bei Fällen mit weniger komplexen koronaren Interventionen und/oder geringeren Komorbiditäten drängen die Kostenträger in den vergangenen Jahren zunehmend auf eine Leistungserbringung unterhalb der abschlagsfreien Verweildauer. Die Anpassung der unteren Grenzverweildauern (1. Tag mit Abschlag) und der unteren Grenzverweildauer-Abschläge für die drei DRG-Systeme zeigt die nachfolgende Tabelle.

	F24A	F24B	F52A	F52B	F56A	F56B	F58A	F58B
<b>uGVD (erster Tag mit Abschlag)</b>								
<b>aG-DRG 2024</b>	4	1	5	1	3	1	3	1
<b>aG-DRG 2025</b>	4	1	5	1	3	1	3	1
<b>Abschlag pro Tag bei uGVD-Unterschreitung</b>								
<b>aG-DRG 2024</b>	0,381	0,448	0,337	0,334	0,361	0,302	0,295	0,228
<b>aG-DRG 2025</b>	0,391	0,615	0,338	0,458	0,359	0,438	0,311	0,318

- F24A** Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
- F24B** Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
- F52A** Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC
- F52B** Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention
- F56A** Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC
- F56B** Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie oder koronare Lithoplastie
- F58A** Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC
- F58B** Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC

**Insgesamt findet sich für das Jahr 2025 eine Steigerung des Erlöses bei den meisten relevanten DRG-Pauschalen für die perkutane Koronarintervention (Normal-lieger). Kurzlieger werden für 2025 im Wesentlichen geringer vergütet werden.**

### Sachkosten und Zusatzentgelt ZE101

Sachkosten werden traditionell überwiegend innerhalb der erzielten DRG-Fallpauschalen vergütet. Für die Kalkulation des InEK stehen unterschiedliche Kostenarten für Medikalprodukte, medizinischen Sachbedarf und Implantate zur Verfügung, welche Eingang in die Kostenmatrix des InEK finden. Im aG-DRG-System 2025 liegen die kalkulierten Kosten für Implantate je nach Ziel-DRG zwischen 94 € und 452 €, welche, zusätzlich zum Zusatzentgelterlös, Fall bezogen zur Finanzierung z. B. von Stents zur Verfügung stehen.

aG-DRG 2025	KALKULIERTE KOSTEN FÜR IMPLANTATE
<b>F24A</b>	451,90 €
<b>F24B</b>	264,48 €
<b>F52A</b>	201,20 €
<b>F52B</b>	106,12 €
<b>F56A</b>	337,07 €
<b>F56B</b>	193,90 €
<b>F58A</b>	146,42 €
<b>F58B</b>	93,77 €

Aufgrund der Tatsache, dass die im Kostenbrowser ausgewiesenen Euro-Beträge auf der Basis der InEK-Bezugsgröße beruhen, welche systembedingt immer geringer als die Landesbasisfallwerte ausfällt, stehen je nach Bundesland in der Praxis immer noch höhere Beträge zur Implantate-Finanzierung aus den DRG-Erlösen zur Verfügung.

Zusätzlich zur aG-DRG-Vergütung existiert für die Implantation von medikamentenfrei-setzenden Stents weiterhin das bundeseinheitlich bewertete Zusatzentgelt ZE101. Dieses soll die für medikamentenfreisetzung Stents gegenüber den bare metal stents anfallenden Kosten auffangen. Da der Marktanteil der bare metal stents mittlerweile eher gering ist, geht auch die Bewertung des für die Differenzfinanzierung der in der Kalkulation sonst nicht berücksichtigten Mehrkosten für drug eluting stents jährlich zurück. Gegenüber den in der jeweiligen DRG bereits beinhalteteten Sachkosten über den Implantate-Anteil hat das ZE mittlerweile einen nachrangigen Stellenwert, wobei allerdings bei der Implantation mehrerer Stents aufgrund der quantitativen Staffelung des ZE doch noch ein relevanter Zusatzbetrag resultieren kann. Das Zusatzentgelt ZE101 in der aktuellen Bewertung und Staffelung zeigt die nachfolgende Tabelle.

ZUSATZENTGELT	OPS-KODE	ZE-TEXT	BEWERTUNG
<b>ZE101.01</b>	8-837.m0	Ein Stent in eine Koronararterie	39,18 €
<b>ZE101.02</b>	8-837.m1 / m2	2 Stents in eine / mehrere Koronararterie	78,36 €
<b>ZE101.03</b>	8-837.m3 / m4	3 Stents in eine / mehrere Koronararterie	117,54 €
<b>ZE101.04</b>	8-837.m5 / m6	4 Stents in eine / mehrere Koronararterie	156,72 €
<b>ZE101.05</b>	8-837.m7 / m8	5 Stents in eine / mehrere Koronararterie	195,90 €
<b>ZE101.06</b>	8-837.m9 / ma	> 5 Stents in eine / mehrere Koronararterie	235,08 €

### Zusatzentgelt ZE2025-107 (bioresorbierbare medikamentefreisetzende Stents)

Weiterhin existiert ein nicht bundeseinheitlich bewertetes Zusatzentgelt für die Einlage medikamentenfreisetzender bioresorbierbarer Stents. Bei der Kalkulation und auch der Verhandlung dieses Zusatzentgeltes ist darauf zu achten, dass aktuell in der Praxis im Wesentlichen nur über den Zusatz-OPS-Kode für metallisch basierte Stents eine Vereinbarung möglich sein wird.

Wichtig für die Kodierung dieser Leistungen ist die Differenzierung zwischen medikamentefreisetzenden Stents mit voller Bioresorbierbarkeit von medikamentefreisetzenden Stents mit bioresorbierbarem Polymer. Während sich erstere vollständig im menschlichen Körper auflösen, verbleibt bei letzteren das Metallgerüst des Stents im Koronargefäß, nachdem das medikamenten tragende Polymer resorbiert wurde. Das Zusatzentgelt wird nur bei vollständig resorbierbaren Stents abrechenbar.

ZUSATZENTGELT	OPS-KODE	ZE-TEXT
ZE2025-107	8-83d.0*	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden bioresorbierbaren Stents

## FRAKTIONELLE FLUSSRESERVE

Die OPS-Kodierung der Bestimmung der FFRmyo erfolgt auch im Jahr 2025 weiterhin mit dem OPS-Kode 1-279.a.

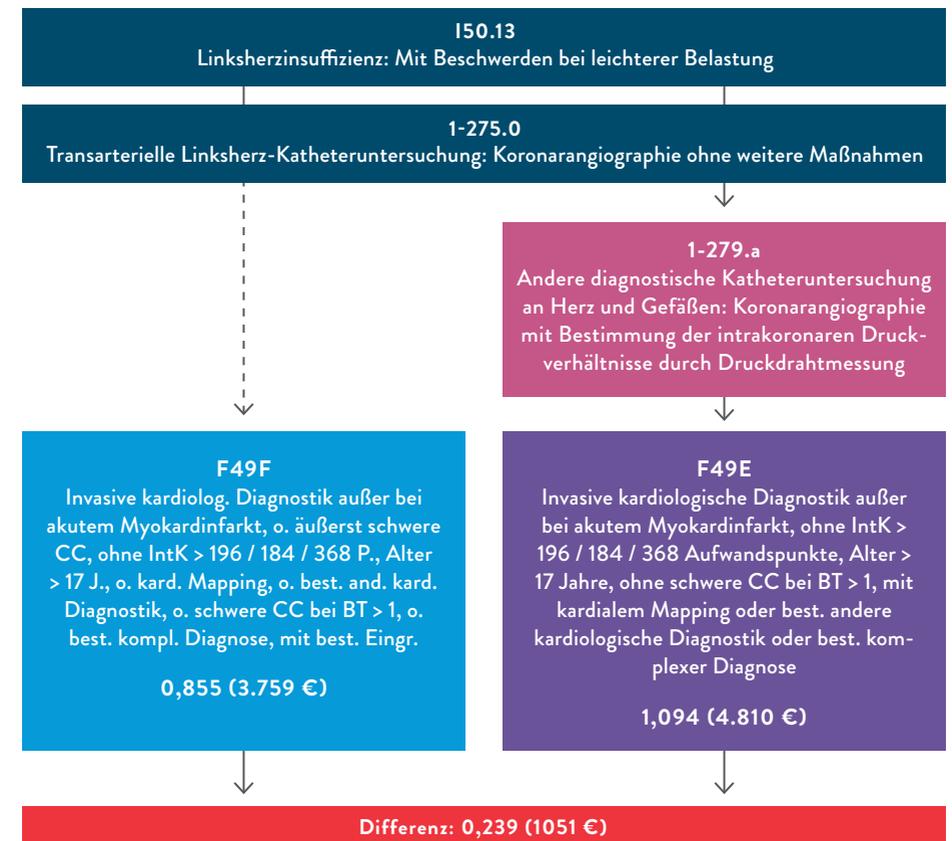
OPS	OPS-TEXT 2025
1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung <b>Inkl.:</b> Bestimmung der fraktionellen myokardialen Flussreserve (FFRmyo) Bestimmung von Druckindizes ohne Vasodilatation

Damit existiert ein unstrittiger Bezug des OPS-Kodes auf alle relevanten modernen diagnostischen Verfahren:

- **FFR** Fraktionelle Flussreserve
- **RFR** Resting Full-Cycle Ratio
- **IFR** instantaneous wave-free ratio, instant wave-free ratio, instant flow reserve

Eine Gruppierungsrelevanz für den OPS-Kode 1-279.a besteht in mehreren aG-DRG-Pauschalen des Jahres 2025.

Seit 2023 besteht eine Aufwertung bestimmter komplexer kardiologischer Diagnostik (z.B. FFRmyo, IVUS, OCT etc.) oder Kardioversion in Verbindung mit einer Hauptdiagnose wie z.B. Links- oder Rechtsherzinsuffizienz:

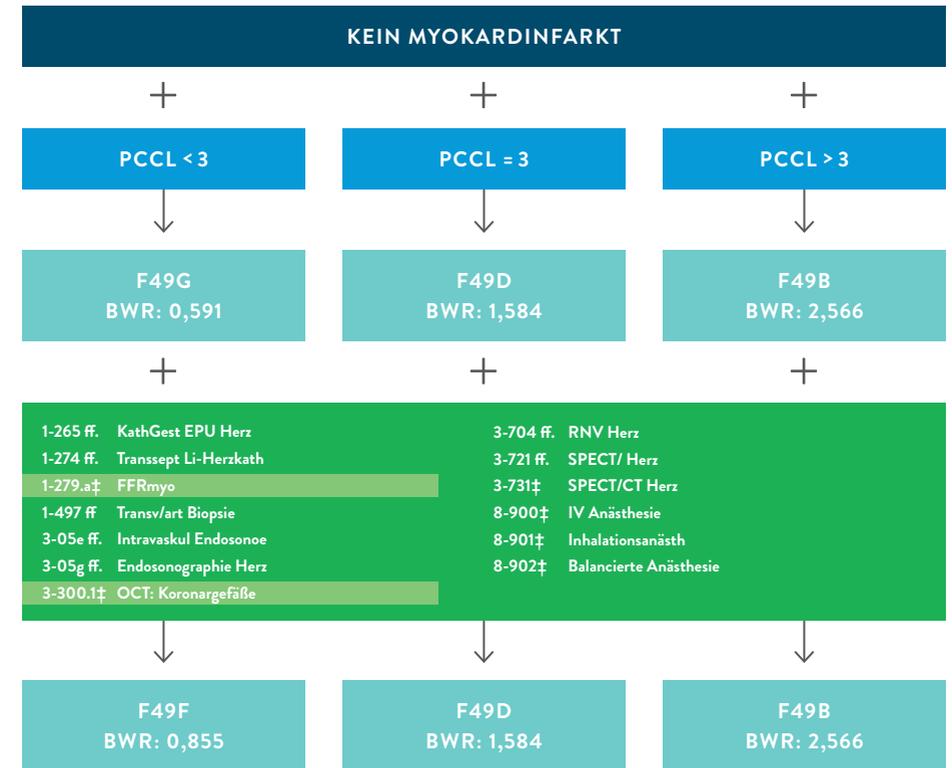


Bedeutsam ist die Aufwertung eines Behandlungsfalles mit interventioneller Koronar-diagnostik in der Basis-DRG F49 (Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt) durch den OPS-Kode 1-279.a. Hier erfolgt bei Durchführung der Katheterdiagnostik und Messung der fraktionellen myokardialen Flussreserve eine Aufwertung des Falles.

Dabei gibt es für die ICD-Codes der Gruppe I50 (Herzinsuffizienz) unterschiedliche Aufwertungsmechanismen. Während die NYHA-Stadien I und II sowie unspezifische Codes von der F62C in die F49F aufgewertet werden, erfolgt die Gruppierung der NYHA-Stadien III und IV in die F49E statt die F49F, jeweils durch FFR.

		LHK		LHK + FFR	
ICD	ICD-Text	DRG	BWR/Erlös	DRG	BWR/Erlös
<b>I50.00</b>	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	<b>F49F</b>	0,855	<b>F49E</b>	1,094 4810 €
<b>I50.01</b>	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz		3759 €		
<b>I50.13</b>	Linksherzinsuffizienz: NYHA III	<b>F49F</b>	0,855		
<b>I50.14</b>	Linksherzinsuffizienz: NYHA IV		3759 €		
<b>I50.11</b>	Linksherzinsuffizienz: NYHA I	<b>F62C</b>	0,704	<b>F49F</b>	0,855 3759 €
<b>I50.12</b>	Linksherzinsuffizienz: NYHA II		3095 €		
<b>I50.19</b>	Linksherzinsuffizienz: nnbez	<b>F62C</b>	0,704		
<b>I50.9</b>	Herzinsuffizienz, nnbez		3095 €		

Neben dem OPS-Kode 1-279.a führen auch die weiteren Prozedurenkodes der nachfolgenden Ablaufdarstellung zu einer höheren Bewertung von Fällen, welche aufgrund ihrer Hauptdiagnose in die aG-DRG F49G eingruppiert werden. Diese gelangen aufgrund z. B. einer zusätzlichen Kodierung einer Druckdrahtmessung unmittelbar in die aG-DRG F49F. Ab einem PCCL-Wert von 3 erfolgt keine höhere Bewertung durch diese Maßnahmen.



Zusätzlich zur Berücksichtigung in der Basis-DRG für koronare Katheterdiagnostik erfolgt die bereits dargestellte Anhebung der Bewertungsrelation und damit des Erlöses auch in der Koronarintervention bei Fällen mit weniger als drei implantierten Stents und ohne Hauptdiagnose Myokardinfarkt. Dort werden alle Behandlungsfälle unabhängig von der Stent-Anzahl durch die zusätzliche Kodierung des OPS-Kodes 1-279.a in die Basis-DRG F56 eingruppiert.

## HAUPTDIAGNOSE: KORONARE HERZKRANKHEIT

Diagnostischer Linksherzkatheter		Stent-PTCA (< 3 Stents)	
VWD = 1 TAG	VWD > 1 TAG	VWD = 1 TAG	VWD > 1 TAG
F49G		F58B	
0,319	0,591	0,472	0,79
1.402 €	2.598 €	2.075 €	3.473 €

## Mehrvergütung durch FFR oder OCT

F49F		F56B	
0,441	0,855	0,616	1,018
1.939 €	3.759 €	2.708 €	4.634 €
↓	↓	↓	↓
536 €	1.161 €	633 €	1.161 €

Bei den genannten Fallkonstellationen führt die Durchführung der intrakoronaren Druckdrahtmessung ebenso wie die OCT zu Aufwertungen, welche die Finanzierung des Verfahrens zum Teil sogar überschreiten.

## OPTISCHE KOHÄRENZTOMOGRAPHIE (OCT)

Die OPS-Kodierung der Bestimmung der FFRmyo erfolgt auch im Jahr 2025 weiterhin mit dem OPS-Code 3-300.1.

OPS	OPS-TEXT 2025
3-300.1	Optische laserbasierte Verfahren: Optische Kohärenztomographie [OCT]: Koronargefäße

Auch die Kodierung der OCT wirkt in vielen Fällen Erlös steigernd. Die Wirkungsweise ist dabei identisch zu der bei der Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung in allen auch dort relevanten aG-DRG-Pauschalen. Neben der Erlössteigerung bei diagnostischen Fällen in der Basis-DRG F49 erfolgt auch auf der Basis dieser Leistung die direkte Eingruppierung von Fällen ohne Myokardinfarkt ohne weitere Relevanz der Anzahl implantierter Koronarstents in die Basis-DRG F56.

## CTO-REKANALISATION

Die CTO-Rekanalisation wird regelhaft mit OPS-Kodes aus 8-839.9 ff. verschlüsselt.

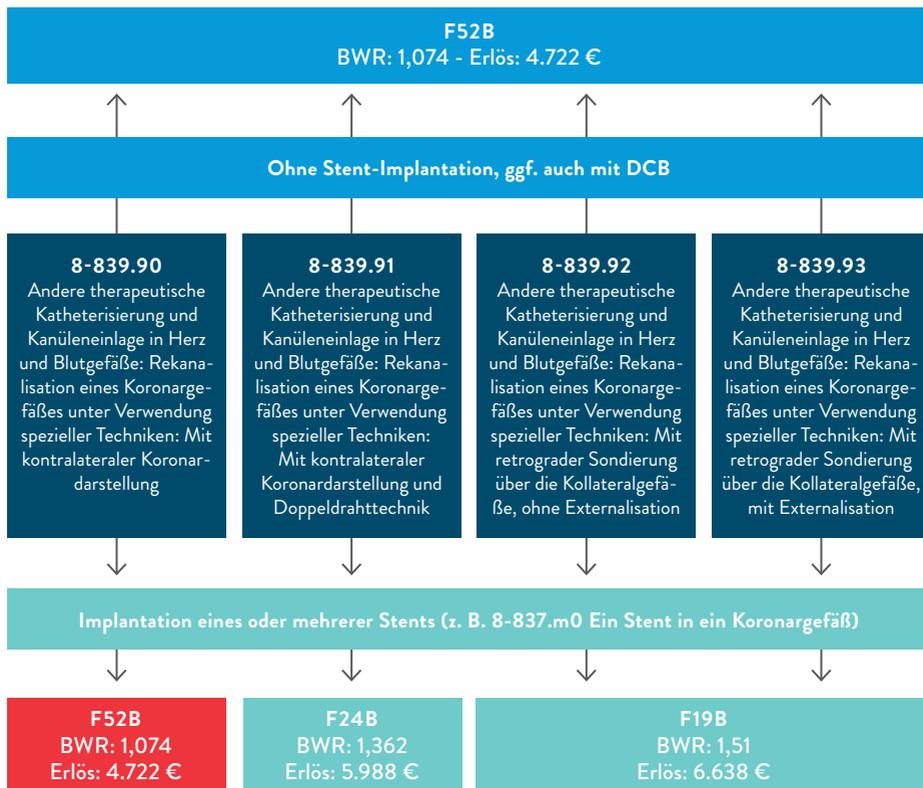
OPS	OPS-TEXT 2025
8-839.90	Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit kontralateraler Koronardarstellung
8-839.91	Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit kontralateraler Koronardarstellung und Doppeldrahttechnik
8-839.92	Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit retrograder Sondierung über die Kollateralgefäße, ohne Externalisation
8-839.93	Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit retrograder Sondierung über die Kollateralgefäße, mit Externalisation

Die Rekanalisation organisierter Koronarverschlüsse wirkt auch im Jahr 2025 aufwertend im Zusammenhang mit unterschiedlichen Konstellationen der koronaren Intervention. Fälle ohne Stent-Implantation bzw. mit Verwendung eines medikamentenbeschichteten Ballons führen unabhängig von der Technik ohne weitere gruppenrelevante Aspekte immer in die F52B.

Bei Vorliegen einer Stent-Implantation werden Fälle ohne Doppeldrahttechnik auch weiterhin in die F52B eingruppiert, ohne dass es durch die Kombination aus CTO-Rekanalisation und Stent zu einer höheren Bewertung käme.

Fälle mit Doppeldrahttechnik werden mit der Implantation des ersten koronaren Stents in die F24B aufgewertet. Diese Gruppierungslogik besteht seit Jahren und ist auch für 2025 unverändert.

Fälle mit retrograder Sondierung über Kollateralgefäße führen seit dem DRG-Jahr 2025 in die DRG F19B und sind damit gegenüber den anderen Konstellationen deutlich höher bewertet. Basis ist dabei immer die zusätzliche Implantation mindestens eines koronaren Stents. Beim Vorliegen eines höheren PCCL-Wertes kann die Eingruppierung jeweils auch in den A-Split der entsprechenden Basis-DRG erfolgen.

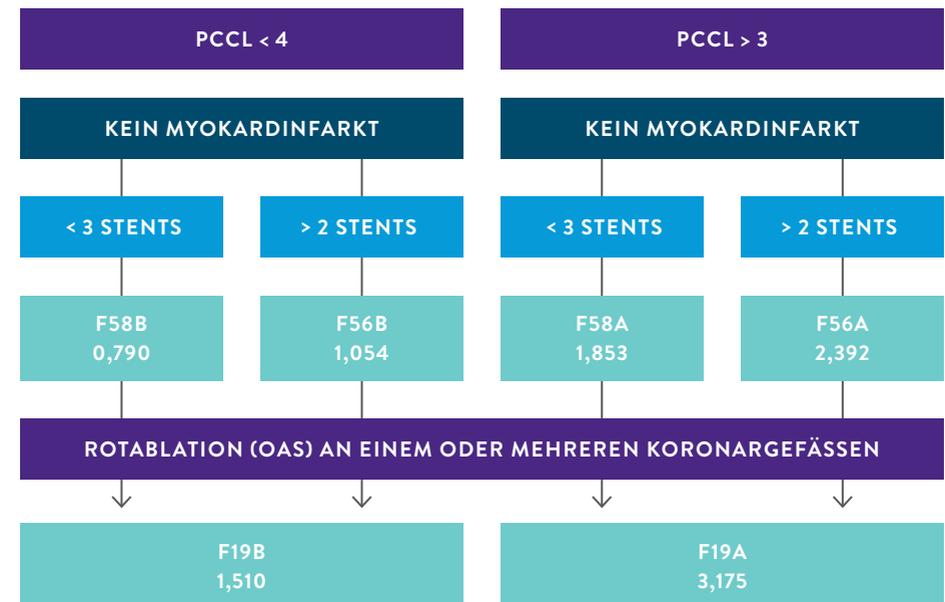


## ROTABLATION AN DEN KORONARGEFÄSSEN - ORBITALE ATHEREKTOMIE (OAS)

Die Kodierung der Rotablationen an den Koronargefäßen erfolgt ebenso wie die Kodierung der Orbitalen Atherektomie (OAS) mit den OPS-Kodes der nachfolgenden Tabelle. Dabei wird quantitativ zwischen der Durchführung an einem oder an mehreren Koronargefäßen unterschieden, ohne dass die Differenzierung eine Auswirkung auf die DRG-Gruppierung nimmt.

OPS	OPS-TEXT
<b>8-837.50</b>	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Rotablation: Eine Koronararterie
<b>8-837.51</b>	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Rotablation: Mehrere Koronararterien

Fälle mit koronarer Rotablation bzw. OAS werden auch in 2025 unabhängig von der Hauptdiagnose und unabhängig von etwaig implantierten koronaren Stents in die Basis-DRG F19 gruppiert. Die Differenzierung innerhalb dieser Basis-DRG erfolgt anhand des PCCL-Wertes, wobei Fälle mit einem PCCL-Wert von > 3 in die F19A eingruppiert werden.

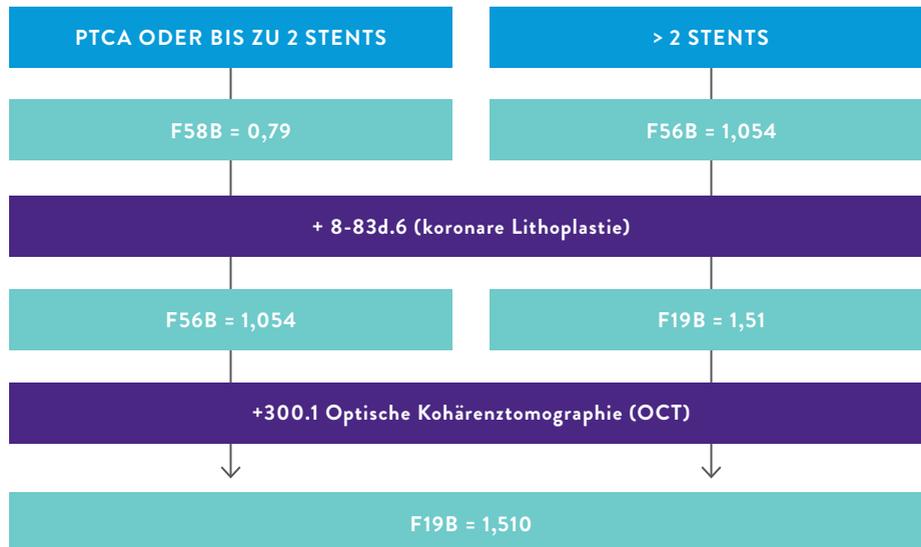


## KORONARE LITHOPLASTIE

Die koronare Lithoplastie kann seit dem Katalog 2019 spezifisch durch einen OPS-Kode abgebildet werden.

OPS	OPS-TEXT
8-83d.6	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Koronare Lithoplastie

Dabei erfolgt die Lithoplastie bestimmungsgemäß bei der Hauptdiagnose einer KHK zur Vorbereitung einer PTCA bzw. eine koronaren Stentimplantation bei kalzifizierenden Stenosen. Seit dem Jahr 2024 erfolgt eine deutliche Höhergruppierung von Fällen mit koronarer Lithoplastie, wobei hier insbesondere die Erbringung einer intrakoronaren Bildgebung wie z.B. OCT konsequent kodiert werden muss, um die Aufwertung in die Basis-DRG F19 sicherzustellen.



## ANHANG: WICHTIGE AG-DRG-PAUSCHALEN FÜR DIE PERKUTANE KORONARINTERVENTION

### aG-DRGs für Rotablationen an den Koronargefäßen

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	KAT MVWD	UGVD (1. Tag Abschl)	KurzI AbschI	OGVD (1. Tag Zuschl)	LangI Zuschl
F19A	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC	3,175	13,7	4	0,386	28	0,098
F19B	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Ablation über A. renalis oder komplexe Rekanalisation von Koronargefäßen	1,50	3,8	1	0,509	9	0,085

### aG-DRGs für koronare Stentimplantation bei akutem Myokardinfarkt

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	KAT MVWD	UGVD (1. Tag Abschl)	KurzI AbschI	OGVD (1. Tag Zuschl)	LangI Zuschl
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC	3,011	14,8	4	0,391	29	0,093
F24B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC	1,362	5,4	1	0,615	11	0,082
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC	2,711	17,3	5	0,338	34	0,082
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention	1,074	5,0	1	0,458	11	0,082

## aG-DRGs für koronare Stentimplantation außer bei akutem Myokardinfarkt

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	KAT MVWD	UGVD (1. Tag Abschl)	Kurzl Abschl	OGVD (1. Tag Zuschl)	Langl Zuschl
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC	2,392	11,7	3	0,359	23	0,086
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie oder koronare Lithoplastie	1,054	3,5	1	0,438	8	0,073
F58A	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC	1,853	10,7	3	0,311	22	0,081
F58B	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC	0,790	3,3	1	0,318	7	0,072

## aG-DRGs für Linksherzkatheterdiagnostik

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	KAT MVWD	UGVD (1. Tag Abschl)	Kurzl Abschl	OGVD (1. Tag Zuschl)	Langl Zuschl
F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC	2,84	17,5	5	0,396	34	0,095
F41B	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC	0,790	4,8	1	0,410	11	0,082

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	KAT MVWD	UGVD (1. Tag Abschl)	Kurzl Abschl	OGVD (1. Tag Zuschl)	Langl Zuschl
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, mit komplexem Eingriff oder Alter < 10 Jahre	3,093	19,8	6	0,383	37	0,094
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, ohne komplexen Eingriff, Alter > 9 Jahre	2,566	17,8	5	0,383	34	0,090
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre	0,94	2,40	1	0,248	5	0,152
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, mit schweren CC, mehr als ein Belegungstag	1,584	13,0	3	0,323	27	0,070
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne schwere CC bei BT > 1, mit kardialen Mapping oder best. andere kardiologische Diagnostik oder bestimmter komplexer Diagnose	1,094	7,3	1	0,531	16	0,068
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., ohne kardiales Mapping, ohne best. andere kardiologische Diagnostik, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne best. kompl. Diagnose, mit best. Eingriff	0,855	5,8	1	0,414	14	0,068
F49G	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., ohne kardiales Mapping, ohne best. andere kardiologische Diagnostik, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne best. kompl. Diagnose, ohne best. Eingriff	0,591	3,6	1	0,272	8	0,074

## Berechnungsgrundlage Erlöse:

2024: Bundesbasisfallwert 2024 (4.210,59 €)

2025: Bundesbasisfallwert 2024 zzgl. Veränderungsrate von 4,41% (4.396,28 €)

## ANHANG: ÄNDERUNGEN IN DER CCL-MATRIX

ICD-KODE	ICD-TEXT	KATEGORIE
D62	Akute Blutungsanämie	
J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	
J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	
J96.09	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet	Abwertung in 10-29 Basis-DRGs
J98.10	Dystelektase	
J98.11	Partielle Atelektase	
J98.18	Sonstiger und nicht näher bezeichneter Lungenkollaps	
R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	
E87.6	Hypokaliämie	Abwertung in 3-9 Basis-DRGs
J91	Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	
D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet	
J95.0	Funktionsstörung eines Tracheostomas	
J95.80	Iatrogener Pneumothorax	
J95.88	Sonstige Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen	
K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	
R58	Blutung, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung in mindestens 30 Basis-DRGs
R65.0	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen	
R65.1	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen	
R65.2	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen	
R65.3	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikationen	
U07.1	COVID-19, Virus nachgewiesen	
K86.10	Autoimmunpankreatitis [AIP]	Aufwertung
K86.11	Hereditäre Pankreatitis	
K20.1	Radiogene Ösophagitis	Neuaufnahme

## GLOSSAR / ABKÜRZUNGEN

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

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

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

**BfArM:** Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

**BMG:** Bundesministerium für Gesundheit

**BMS:** Bare metal stent (nicht medikamentefreisetzender Stent)

**BWR:** Bewertungsrelation

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

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

**CTO:** Chronic Total Occlusion (Chronischer Totalverschluss)

**DES:** Drug eluting stent (medikamentefreisetzender Stent)

**DGK:** Deutsche Gesellschaft für Kardiologie

**DIMDI:** Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

**FÄ:** Fachärzte

**FF.:** und folgende (untergeordnete Kodes)

**FFR:** Fraktionale Flussreserve

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

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

**IFR:** Instantaneous wave-free ration

**IGES:** Institut für Gesundheits- und Sozialforschung

**InEK:** Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

**IVUS:** Intravaskulärer Ultraschall

**Kat-BWR:** Katalog-Bewertungsrelation

**KHVVG:** Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

**Kurzl Abschl:** Abschlag pro Tag bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer

**KV:** Kassenärztliche Vereinigung

**Langl Zuschl:** Zuschlag pro Tag bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer

**LG:** Leistungsgruppe

**MDC:** Major Diagnosis Category (Hauptdiagnosekategorie)

**MD(K):** Medizinischer Dienst (der Krankenversicherung)

**MVWD:** Mittlere Verweildauer

**OAS:** Orbital Atherectomy System

**OCT:** Optical Coherence Tomography (Optische Kohärenztomografie)

**OGVD:** Obere Grenzverweildauer

**OPS:** Operationenschlüssel (Prozedurenklassifikationssystem)

**PCCL:** Patient Comorbidity and Complexity Level (fallbezogener Gesamtschweregrad)

**PCI:** Percutaneous Coronary Intervention (Perkutane Koronarintervention, auch PTCA)

**PKMS:** Pflegekomplexmaßnahmen-Score

**PTCA:** Perkutane transluminale Koronarangioplastie

**r-DRG:** residuale Fallpauschale

**RFR:** Resting Full-Cycle Ratio

**UGVD:** Untere Grenzverweildauer

**VZÄ:** Vollzeitäquivalent

**ZE:** Zusatzentgelt

## QUELLEN

1. **AOP Katalog:** [https://www.kbv.de/media/sp/AOP-Vertrag\\_Anlage\\_1.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/AOP-Vertrag_Anlage_1.pdf)

2. **Hybrid-DRG Verordnung:** <https://www.kvno.de/aktuelles/aktuelles-detail/nachricht/hybrid-drg-verordnung-tritt-zum-1-januar-in-kraft>

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

4. **OPS Version 2025 Systematisches Verzeichnis:** [https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/klassifikationen/ops/version2025/ops2025syst-pdf.zip.html?nn=841246&cms\\_dlConfirm=true&cms\\_calledFromDoc=841246](https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/klassifikationen/ops/version2025/ops2025syst-pdf.zip.html?nn=841246&cms_dlConfirm=true&cms_calledFromDoc=841246)

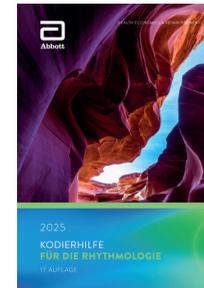
5. **ICD 10 GM Version 2025 Systematisches Verzeichnis:** [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/\\_node.html#anker-ops-downloads](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html#anker-ops-downloads)

6. **Fallpauschalenkatalog 2025:** <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2025/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-2025>

7. **Kodierempfehlung:** <https://www.medizinischerdienst.de/leistungserbringer/kodierempfehlungen/>

8. **Deutsche Kodierrichtlinien:** <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2025/kodierrichtlinien/deutsche-kodierrichtlinien-2025/deutsche-kodierrichtlinien-2025>

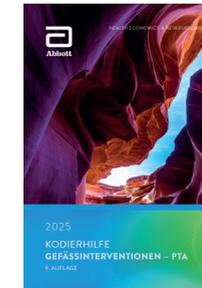
# DAS KÖNNTE SIE AUCH INTERESSIEREN



Kodierhilfe  
Rhythmologie



Kodierhilfe  
Neurostimulation



Kodierhilfe  
Gefäßintervention – PTA



Kodierhilfe  
Structural Heart

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

**Weitere Informationen und Kodierhinweise finden Sie unter:**

[www.cardiovascular.abbott/int/en/hcp/reimbursement/europe.html](http://www.cardiovascular.abbott/int/en/hcp/reimbursement/europe.html)

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

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

# WIR FÜR SIE



## **DR. CHRISTOPH RATH**

**Manager DACH**

**Health Economics & Reimbursement**

Mobil: +49 170 - 33 39 519



## **JANNIS RADELEFF**

**Head of Health Economics &  
Reimbursement DACH**

Telefon: +49 (0) 6196 7711-144

## **IHR ANSPRECHPARTNER**

**Abbott Medical GmbH**

Schanzenfeldstrasse 2

35578 Wetzlar

Tel: +49 6441 87075 0

ACHTUNG: Dieses Produkt ist für die Verwendung durch einen Arzt oder unter dessen Anleitung bestimmt. Lesen Sie vor der Verwendung die Gebrauchsanweisung in der Produktverpackung (sofern verfügbar) oder unter [manuals.eifu.abbott](https://manuals.eifu.abbott), um ausführlichere Informationen zu Indikationen, Kontraindikationen, Warnhinweisen, Vorsichtsmaßnahmen und Nebenwirkungen zu erhalten. Dieses Material ist nur für die Verwendung durch medizinisches Fachpersonal bestimmt.

Hierin enthaltene Informationen sind ausschließlich zur Veröffentlichung in Deutschland bestimmt.

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.

‡ Kennzeichnet eine Marke eines Drittanbieters, die Eigentum des jeweiligen Inhabers ist.

[www.cardiovascular.abbott](https://www.cardiovascular.abbott)

© 2025 Abbott. Alle Rechte vorbehalten. MAT-2415225 v3.0

