



2026

KODIERHILFE
HEART FAILURE

5. AUFLAGE

UNSERE MISSION

Leben Sie nicht einfach nur länger, sondern besser

„Wir führen mit Strategie, wissenschaftlicher Exzellenz und datengestützten Erkenntnissen, um Innovation durch kollaborative Lösungen voranzutreiben, die Abbotts Geschäftsbereiche für Medizinprodukte befähigen, die globale Gesundheit zu fördern und Leben zu verbessern.“

UNSER ANLIEGEN

Wir möchten Sie bei Ihrer täglichen Arbeit unterstützen

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



INHALT

Allgemeine Veränderungen für das aG-DRG System 2026	5
Hybrid-DRGs in der Kardiologie	5
Take Home Messages I	6
Leistungsgruppen als krankenhaushausplanerisches Element	6
Vorhaltevergütung	10
Take Home Messages II	10
Bundesbasisfallwert	11

I

Was ist Herzinsuffizienz?	13
Continuum of Care	15

II

Implantierbarer Defibrillator im stationären Bereich	16
Der Gruppierungsalgorithmus für Defibrillatoren	16
ag-DRGs für Defibrillatoren	17
Prozeduren für 1- und 2-Kammer ICDs sowie 3-Kammer ICDs (CRT-D)	18
Implantierbarer Defibrillator im ambulanten Bereich – EBM 2000	20
Implantierbarer Defibrillator – Hybrid DRGs	22

III

Pulmonal-Arterien Drucksensor	23
-------------------------------------	----

IV

Katheterbasierte Trikuspidalklappentherapie	24
Katheterbasierte Mitralklappentherapie	25
Mitralklappen Transkatheter Ersatz	26
Herzunterstützungssystem (VAS) und Extra-Korporale Membranoxygenierung (ECMO)	27
Linksherzunterstützungssystem (LVAS)	31

Zusatzentgelte (ZE)	33
Prozedurenverzeichnis	34
Ausgewählte Diagnosecodes	38
Häufige Nebendiagnosen	42

Glossar	43
Quellen	45
Das könnte Sie auch interessieren	46
Wir für Sie	47

ALLGEMEINE VERÄNDERUNG FÜR DAS AG-DRG-SYSTEM 2026

Die Regeln für die Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen sind jährlichen Änderungen unterworfen. Auch für das Jahr 2026 finden sich wieder Anpassungen der Klassifikationssysteme ICD und OPS sowie Überarbeitungen der DRG-Systematik.

Von besonderer Bedeutung ist die Einführung der Hybrid-DRGs gemäß § 115f SGB V im Bereich der Kardiologie. Während in den Jahren 2024 und 2025 keine kardiologischen Leistungen hiervon betroffen waren, nimmt die Kardiologie im Jahr 2026 eine zentrale Rolle ein. Sie stellt den mit Abstand größten Anteil der Hybrid-DRGs innerhalb des insgesamt 69 Pauschalen umfassenden Katalogs.

Neben den inhaltlichen Anpassungen der Klassifikationssysteme und der DRG-Algorithmen stehen die Krankenhäuser 2026 vor weiteren strukturellen Herausforderungen. Die im MDK-Reformgesetz verankerte Dynamisierung der Prüfquoten sowie mögliche Strafzahlungen erhöhen weiterhin den Druck auf Kodierung und Leistungserbringung. Gleichzeitig schreitet die Umsetzung des Krankenhaustransparenzgesetzes voran.

Insbesondere wird die Umsetzung der künftigen Vorhaltefinanzierung transparenter. Der erstmalig zur Verfügung stehende zerlegte Fallpauschalenkatalog 2026 (Vorhaltebewertungsrelationen) des InEK kann zwar die in den einzelnen Kliniken prospektiv zur Verfügung stehende Vorhaltevergütung nicht darstellen, allerdings sind die verbleibenden rDRG-Bewertungsrelationen schon klar zu erkennen.

Eine vollständige Darstellung aller zu erwartenden Änderungen würde den Rahmen dieser Kodierhilfe sprengen. Im Folgenden erfolgt daher eine fokussierte Zusammenfassung der wesentlichen Aspekte. Zu beachten ist zudem, dass einzelne gesetzliche Grundlagen zum Jahreswechsel 2025/26 noch nicht abschließend in Kraft getreten sind. Insbesondere zu den Qualitätsanforderungen im Zusammenhang mit den Leistungsgruppen können daher noch keine abschließenden Aussagen getroffen werden.

Hybrid-DRGs in der Kardiologie

Mit dem Ausbau der Hybrid-DRGs im Jahr 2026 erreicht die Reform erstmals besonders sensible Leistungsbereiche der Kardiologie. Politisch vorgegebene Fallzahlziele haben zu einer Erweiterung des Hybrid-Katalogs geführt, auch in fachlich und ökonomisch herausfordernden Bereichen.

Für die Krankenhäuser bedeutet dies eine erhebliche Ausweitung der Fallzahlen im Hybrid-System, teilweise bei geringeren Erlösen. Abhängig von der fachlichen Ausrichtung einer kardiologischen Abteilung sind Hybrid-Fallanteile von 40 bis 50 Prozent keine Seltenheit.

Grundsätzlich werden Fälle mit einer Verweildauer von weniger als drei Tagen, einem PCCL < 3 und einem Patientenalter über 17 Jahren in eine Hybrid-DRG eingruppiert, sofern keine spezifischen Ausschlusskriterien greifen. Damit verliert die bisher für die Abrechnung einer abschlagsfreien DRG relevante Verweildauergrenze von zwei Tagen ebenso ihre Bedeutung, wie die Frage nach der stationären Leistungserbringung mit einer Übernachtung im Gegensatz zur ambulanten Abrechnung.

Besonders betroffen von der Vielzahl neuer Hybrid-DRGs sind die interventionelle Kardiologie sowie die Rhythmologie, insbesondere Defibrillator-Leistungen und Ablationen. Die in dieser Broschüre im Schwerpunkt dargestellten klinischen Leistungsbereiche sind derzeit noch nicht betroffen.

TAKE HOME MESSAGES I

ZU HYBRID-DRGS

- Mit dem Jahr 2026 werden viele Leistungen der Kardiologie über Hybrid-DRGs vergütet.
- Dabei sind neben Fällen der Rhythmologie insbesondere auch Fälle mit Herzkatheteruntersuchungen und Koronarinterventionen betroffen.
- Bei einer Verweildauer von weniger als drei Tagen erfolgt für viele dieser Fälle die Vergütung künftig über Hybrid-DRGs.
- Für diese Fälle werden die untere Grenzverweildauer und die MD-Argumentation um die medizinisch notwendige zweite Übernachtung im Krankenhaus obsolet.
- Für bisherige stationäre Tagesfälle erfolgt in den meisten Hybrid-DRGs eine höhere Vergütung als in der stationären DRG mit Kurzliegerabschlag.
- Bei der Beurteilung der Auswirkungen müssen immer auch die bisher ambulant erbrachten und abgerechneten Fälle berücksichtigt werden, da hier die Erlöse zum Teil deutlich ansteigen.
- Die Leistungen im Bereich Heart Failure sind, mit Ausnahme der ICD-Wechsel, nicht von dieser Neuregelung betroffen.

Leistungsgruppen als krankenhauserplanerisches Element

Die Umsetzung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes¹ (KHVVG) befindet sich inzwischen in vollem Gang. Das für die Kardiologie besonders relevante Thema der Leistungsgruppen wird in vielen Bundesländern bereits praktisch umgesetzt.

Künftig soll sich die Vergütung an Leistungsgruppen orientieren, die von den Landesplanungsbehörden zugewiesen werden. Diese Leistungsgruppen ersetzen grundsätzlich die bisherige Fachabteilungsstruktur. Gleichzeitig greifen sie zur Definition teilweise weiterhin auf Fachabteilungsschlüssel zurück.

Die Anlage 1 zu §135e, SGB V definiert die Leistungsgruppen sowie die zugehörigen Qualitätskriterien in vier Bereichen. In zahlreichen Bundesländern prüfen die Medizinischen Dienste bereits die Einhaltung dieser Kriterien. Die jeweilige Zertifizierung durch den Medizinischen Dienst ist auf maximal zwei Jahre befristet.

Dabei ist zu beachten, dass insbesondere die personellen Anforderungen für die Zuweisung von Leistungsgruppen erheblich sind. Viele Kliniken, die seit Jahren entsprechende Leistungen erbringen, können diese Anforderungen nicht durchgängig oder dauerhaft erfüllen.

Die aktuell geltenden Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 1 zu §135e, SGB V sind komplex ausgestaltet. Für die Zuweisung einer Leistungsgruppe müssen regelmäßig mehrere weitere Leistungsgruppen vorgehalten werden, die ihrerseits wiederum weitere Voraussetzungen nach sich ziehen. Zwar können einzelne Leistungsgruppen standortübergreifend in Kooperation erbracht werden, die formal belastbare Ausgestaltung entsprechender Kooperationsverträge stellt jedoch viele Kliniken vor erhebliche Herausforderungen.

Besonders anspruchsvoll ist die personelle Vorhaltung im fachärztlichen Bereich, gemessen in Vollkräften. Für die Leistungsgruppe Herzchirurgie müssen beispielsweise 5 Vollzeitäquivalente 24/7 vorgehalten werden. Neben den Mindestvoraussetzungen (MV) enthalten die Qualitätskriterien auch sogenannte Auswahlkriterien (AK). Diese kommen zur Anwendung, wenn sich mehrere Kliniken in einem Planungsgebiet um dieselbe Leistungsgruppe bewerben, aus planerischen Gründen jedoch nur ein Teil der Einrichtungen berücksichtigt werden kann.

LG Nr	LG	Kri- te- rium	Anforderungsbereiche			Anforderungsbereiche			
			Erbringung verwandter LG			Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation			Qualifikation	Verfügbarkeit	
11	Interven- tionelle Kardiologie	MV	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Kardiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herz- chirurgie – Kinder und Jugendliche		Katheterlabor, Röntgen, CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	Fünf FA, mindestens Rufbereit-schaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonal- untergrenzen
		AK	LG EPU/Ablation LG Kardiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße, Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche			Kardio-MRT			Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 28 Nummer 1 bis 6 oder Erfüllung der Vorausset- zungen der erweiterten Notfall- versorgung gemäß den §§ 13 bis 17 oder Erfüllung der Vorausset- zungen der umfassenden Not- fallversorgung (...)
21	Herz- chirurgie	MV	LG Allg Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Interventionelle Kardiologie	LG Allgemeine Chirurgie		Katheterlabor, Echokardiographie, EKG, Doppler- oder Duplex- Sonographie, DSA, Röntgen, CT täglich rund um die Uhr, Teleradi- ologischer Befund möglich, Herz- Lungen-Maschine	FA Herzchirurgie	Fünf FA, mindestens Rufbereit-schaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonal- untergrenzen
		AK	LG Herztransplantation Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			Hybrid-OP Extrakorporale Membranoxyge- nierung (ECMO)			
64	Intensiv- medizin	MV	Qualitätsanforderung Hochkomplex			Notfall-Labor am Standort oder Notfall-Labor in Kooperation plus PoC-Laboranalytik	FA aus einem Gebiet der unmittelbaren Pati- entenversorgung ZW Intensivmedizin FA Anästhesiologie	Drei intensivmedizi- nisch erfahrene FA, mindestens Rufbereit- schaft täglich rund um die Uhr, davon minde- stens ein FA mit ZW Intensivmedizin oder ein FA Anästhesiologie	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonal- untergrenzen
		AK				Verfügbarkeit folgender Untersu- chungs- oder Behandlungsverfah- ren auf der Intensivstation: a. kontinuierliche Nierenersatzver- fahren (täglich rund um die Uhr) b. Flexible Bronchoskopie (täglich rund um die Uhr) c. Ultraschall-Verfahren (täglich rund um die Uhr): Abdomen, TTE, TEE am Standort (täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr)	ZW Intensivmedizin	Drei intensivmedizi- nisch erfahrene FA, mindestens Rufbereit- schaft täglich rund um die Uhr, davon minde- stens ein FA mit ZW Intensivmedizin oder ein FA Anästhesiologie	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonal- untergrenzen

Vorhaltevergütung

Ein weiterer Bestandteil der Krankenhausreform ist die sogenannte Vorhaltevergütung. Diese neue Finanzierungskomponente wird ab dem Jahr 2026 eingeführt und soll ab 2028 im Rahmen einer Konvergenzphase budgetwirksam werden.

Grundlage der Reform ist die Annahme, dass eine rein fallzahlabhängige Vergütung Fehlanreize zur Leistungsausweitung setzt. Krankenhäuser würden demnach Patienten ohne zwingende medizinische Notwendigkeit stationär behandeln.

Erstmals veröffentlicht das InEK für das Jahr 2026 den sogenannten „zerlegten Fallpauschalenkatalog“. Dieser weist für jede DRG getrennte Werte für die Vorhaltebewertungsrelation und die rDRG-Bewertungsrelation aus, welche für Bewertungsrelationen sowie Zu- und Abschläge gelten. Die rDRG beschreibt dabei die um Pflegekosten und künftig auch um die Vorhaltevergütung reduzierte DRG.

Für das Jahr 2026 hat dieser Katalog noch keinen unmittelbaren Abrechnungseffekt. Die Summe aus Vorhalte- und rDRG-Bewertungsrelation wird weiterhin vollständig als DRG-Bewertungsrelation im regulären Fallpauschalenkatalog ausgewiesen. Dennoch lässt sich bereits erkennen, wie hoch der künftig verbleibende fallbezogene Vergütungsanteil je DRG ausfallen wird.

Der Vorhalteanteil wird nicht einheitlich für alle DRGs festgelegt. Eine wesentliche Einflussgröße ist der Sachkostenanteil einer DRG. Je höher dieser ist, desto geringer fällt der Vorhalteanteil aus und desto höher der rDRG-Anteil. Hintergrund ist, dass Sachkosten grundsätzlich fallbezogen anfallen und nicht als Vorhalteleistung gelten. Sie werden daher vor der Zerlegung ausgekoppelt und anschließend rechnerisch der rDRG-Bewertungsrelation zugeschlagen.

Aus der Einführung der rDRG darf jedoch nicht geschlossen werden, dass sich die künftige Vergütung stationärer Leistungen auf diesen Anteil beschränkt. Kliniken mit zugewiesener Leistungsgruppe nehmen zusätzlich an der Vorhaltevergütung teil. Ob der hieraus resultierende Erlös das aus der DRG-Vergütung ausgegliederte Volumen ausgleicht, über- oder unterschreitet, ist derzeit noch offen.

TAKE HOME MESSAGES II

ZUR KRANKENHAUSREFORM

- Leistungsgruppen gewinnen als Instrument der Krankenhausplanung weiter an Bedeutung; Qualitätsprüfungen durch die Medizinischen Dienste laufen bundesweit.
- Die Vorhaltevergütung wurde weiter konkretisiert; der erstmals veröffentlichte zerlegte Fallpauschalenkatalog 2026 hat aktuell noch keine unmittelbaren Auswirkungen auf Erlös- und Budgetplanung.

Bundesbasisfallwert

Der DRG-Fallpauschalenkatalog weist für jede bewertete DRG eine Bewertungsrelation aus. Damit ein Behandlungsfall gegenüber den Kostenträgern abrechenbar ist, wird diese Bewertungsrelation mit dem zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme gültigen Landesbasisfallwert des jeweiligen Bundeslandes multipliziert.

Die Landesbasisfallwerte werden auf Landesebene zwischen den beteiligten Organisationen verhandelt. Der Bundesbasisfallwert stellt hingegen keine unmittelbare Abrechnungsgrundlage dar. Er dient vielmehr als Referenzgröße zur Festlegung eines Korridors, innerhalb dessen sich die Landesbasisfallwerte bewegen sollen.

Seit dem Jahr 2021 hat sich das Verfahren zur Ermittlung des Bundesbasisfallwertes grundlegend geändert. Diese Änderungen führen dazu, dass zum jeweiligen Jahreswechsel kein aktueller Bundesbasisfallwert vorliegt.

Für die in dieser Zusammenstellung dargestellten Gruppierungsbeispiele werden Fälle, die nach dem DRG-System des Jahres 2025 gruppiert sind, mit dem für dieses Jahr gültigen Bundesbasisfallwert bewertet. Dieser beträgt 4.394,22 Euro.

Für das Jahr 2026 erfolgt eine behelfsmäßige Berechnung. Hierzu wird der Bundesbasisfallwert 2025 um den angenommenen Veränderungswert² erhöht. Zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Zusammenstellung lag der Veränderungswert noch nicht verbindlich vor. Die gesetzlich vorgesehene Absenkung war Bestandteil der laufenden gesundheitspolitischen Debatte. Daher wird vorsorglich vom „worst case“ ausgegangen und lediglich eine Anhebung um 2,98 Prozent unterstellt. Daraus ergibt sich ein für die DRG-Gruppierungen 2026 verwendeter Basisfallwert von 4.525,17 Euro. Es ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass der endgültige Wert hiervon abweichen kann. Mit der Umstellung des Berechnungsverfahrens wurde die automatische Anwendung des Veränderungswertes auf den Bundesbasisfallwert aufgehoben.

Die in dieser Broschüre dargestellten Erlöse dienen daher primär der Veranschaulichung der wirtschaftlichen Effekte, die sich aus den festgelegten und verbindlichen Bewertungsrelationen der DRGs ergeben.

WAS IST HERZINSUFFIZIENZ?

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

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

WELCHE SYMPTOME TRETEN BEI EINER HERZINSUFFIZIENZ AUF?

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

WIE UNTERTEILT MAN EINE HERZINSUFFIZIENZ?

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

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

WIE LÄSST SICH EINE HERZINSUFFIZIENZ BEHANDELN?

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

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

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

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

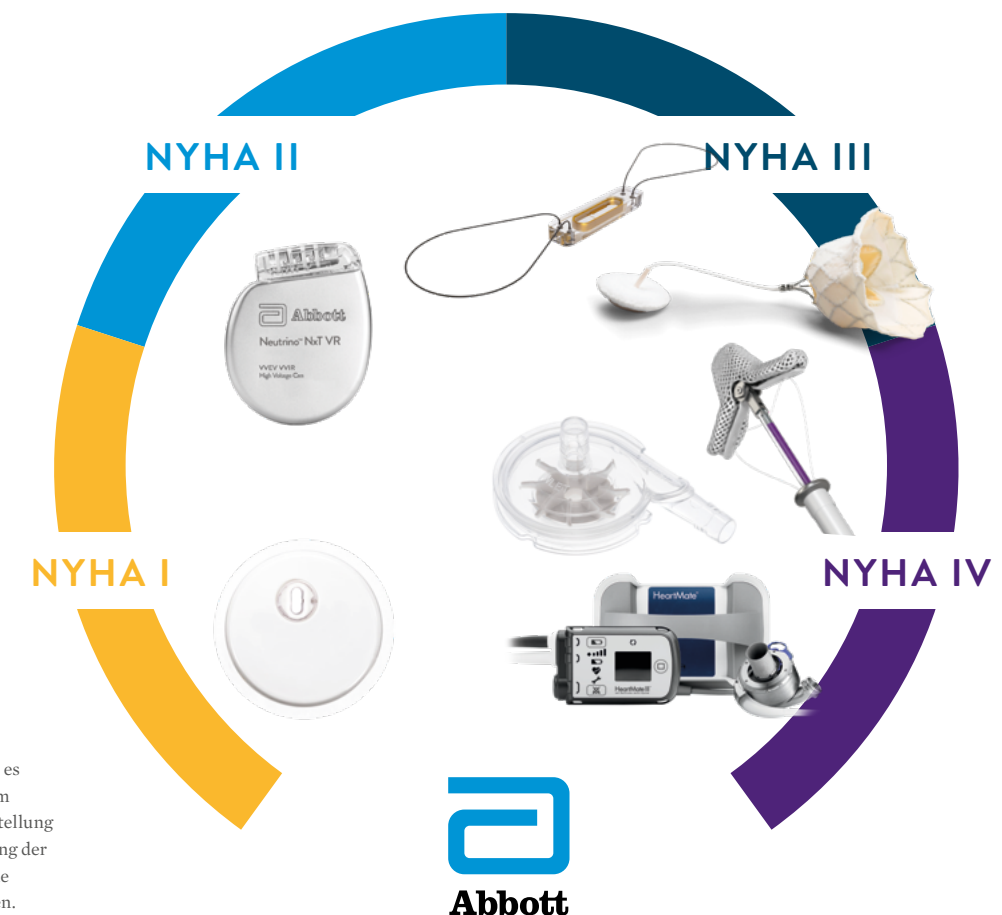
Eine chronische, fortschreitende Herzinsuffizienz kann jahrelang behandelt werden, bis sie im Endstadium angelangt ist. Dort angekommen, stehen nur noch eine Herztransplantation oder die Implantation eines Herzunterstützungssystems als Optionen zur Verfügung, um den vorzeitigen Tod der Patient:in zu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

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

CONTINUUM OF CARE

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

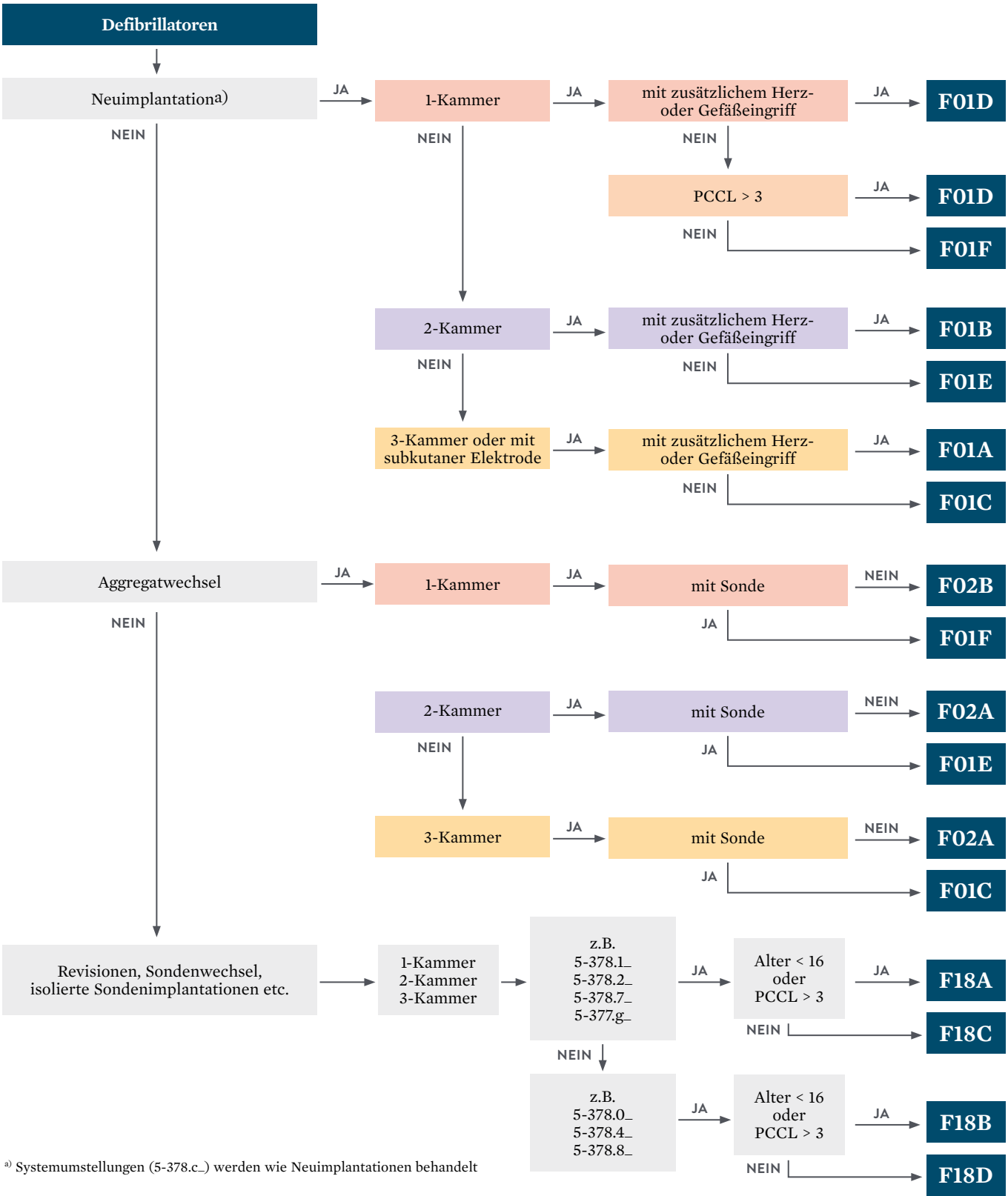
Das Ziel ist es, die Patient:in gezielt in ihrer Herzinsuffizienz aber auch in den vielen Begleiterkrankungen unterstützen zu können und ihr Therapiemöglichkeiten anzubieten. Dies beginnt bereits in NYHA Stadium I mit der kontinuierlichen Glukosemessung über den FreeStyle Libre Sensor, der zusammen mit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



IMPLANTIERBARER DEFIBRILLATOR
IM STATIONÄREN BEREICH

Der Gruppierungsalgorithmus für Defibrillatoren

Bitte beachten Sie, dass die folgende Abbildung von vollstationären Fällen ausgeht und daher auf die Abbildung der Hybrid-DRGs verzichtet.



^{a)} Systemumstellungen (5-378.c_) werden wie Neuimplantationen behandelt

IMPLANTIERBARER DEFIBRILLATOR
IM STATIONÄREN BEREICH

aG-DRGs³⁾ für Defibrillatoren

aG-DRG	Par-tition	Beschreibung	RG	uGVD ^{a)}	Abschlag pro Tag	oGVD ^{b)}	Entgelt bei einem Basisfallwert von 4.525,17 €
F01A	O	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stim. od. Defibrillator mit subk. Elektrode od. intrak. Pulsgen. mit kompliz. Fakt. od. myokardstim. Sys. od. aufwendige Sondenentf. mit kompliz. Fakt. od. Zweikammer-Stim. mit kompliz. Fakt.	4,856	5	1.692 €	28	21.974 €
F01B	O	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation mit komplizierenden Faktoren oder neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mehr als 24 Stunden mit komplizierenden Faktoren	3,750	4	1.697 €	24	16.969 €
F01C	O	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode oder intrakardialer Pulsgenerator, ohne komplizierende Faktoren oder Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie	2,968	2	756 €	17	13.431 €
F01D	O	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei- oder Einkammer-Stim. mit äußerst schweren CC oder Einkammer-Stim. mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder mit IntK > 392 / 368 / - AP oder best. Sondenentfernung oder Alter < 18 Jahre	3,526	4	1.751 €	25	15.956 €
F01E	O	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation oder aufwendige Sondenentfernung, ohne Implantation eines Drucksensors in Pulmonalarterie, ohne Implantation eines intrakardialen Puls-generators, Alter > 17 Jahre	2,453	3	1.358 €	17	11.100 €
F01F	O	Impl. Kardioverter / Defibrillator (AICD), Einkammer-Stimulation, ohne zusätzl. Herz- od. Gefäßeingriff, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne äuß. schw. CC, ohne aufw. Sondenentf., ohne Impl. Drucksens. in Pulmonal-art., ohne Impl. Pulsgen., Alter > 17 J.	2,153	2	2.928 €	15	9.743 €
F02A	O	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Dreikammer-Stimulation	2,009	2	1.996 €	13	9.091 €
F02B	O	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Einkammer-Stimulation	1,712	2	1.113 €	11	7.747 €
F18A	O	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder mit aufwendiger Sondenentfernung	3,246	4	1.557 €	25	14.689 €
F18B	O	Revision Herzschrittmacher od. Kardioverter / Defibrillator (AICD) oh. Aggregatw., Alt. < 16 J. od. mit auß. schw. CC, oh. kompl. Eingr., oh. aufwend. Sondenentf. od. Alt. > 15 J., oh. auß. schw. CC mit kompl. Eingr., mit intralum. exp. Extraktionshilfe	2,683	4	1.810 €	26	12.141 €
F18C	O	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, mit komplexem Eingriff, ohne intraluminale expandierende Extraktionshilfe	1,181	2	1.643 €	11	5.344 €
F18D	O	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, ohne komplexen Eingriff	0,828	2	1.914 €	10	3.747 €

^{a)} erster Tag ohne Abschlag ^{b)} letzter Tag ohne Zuschlag

IMPLANTIERBARER DEFIBRILLATOR IM STATIONÄREN BEREICH

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

Prozedurenzuordnung⁴⁾

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

IMPLANTIERBARER DEFIBRILLATOR IM STATIONÄREN BEREICH

Prozedurenzuordnung

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

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

IMPLANTIERBARER DEFIBRILLATOR IM AMBULANTEN BEREICH – EBM 2000⁵⁾

Vergütung der ärztlichen Leistung (ohne Material)

1-Kammer-ICD Implantation

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	28,41 €	1	28,41 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	13,38 €	1	13,38 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,82 €	1	16,82 €
Operation	31213	Eingriff der Kategorie L3	327,17 €	1	327,17 €
	31823	Anästhesie oder Narkose 3	215,95 €	1	215,95 €
	31505	Postoperative Überwachung 5	124,47 €	1	124,47 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	25,10 €	2	50,20 €
	34280	Durchleuchtungen	12,10 €	1	12,10 €
Nach- sorge	31609	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	22,68 €	1	22,68 €
	13573	Funktionsanalyse, Defibrillator	50,96 €	1	50,96 €
	13577	Zuschlag zu GOP 13573	5,10 €	1	5,10 €
					867,24 €
					7% Sachkostenpauschale
					927,95 €

2-Kammer-ICD Implantation

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	28,41 €	1	28,41 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	13,38 €	1	13,38 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,82 €	1	16,82 €
Operation	31215	Eingriff der Kategorie L5	610,65 €	1	610,65 €
	31825	Anästhesie oder Narkose 5	349,60 €	1	349,60 €
	31506	Postoperative Überwachung 6	176,84 €	1	176,84 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	25,10 €	2	50,20 €
	34280	Durchleuchtungen	12,10 €	1	12,10 €
Nach- sorge	31611	Postoperative Behandlung Chirurgie I/3b	30,58 €	1	30,58 €
	13573	Funktionsanalyse, Defibrillator	50,96 €	1	50,96 €
	13577	Zuschlag zu GOP 13573	5,10 €	1	5,10 €
					1.339,54 €
					7% Sachkostenpauschale
					1.433,31 €

3-Kammer-ICD Implantation

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	28,41 €	1	28,41 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	13,38 €	1	13,38 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,82 €	1	16,82 €
Operation	31215	Eingriff der Kategorie L5	610,65 €	1	610,65 €
	31825	Anästhesie oder Narkose 5	349,60 €	1	349,60 €
	31506	Postoperative Überwachung 6	176,84 €	1	176,84 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	25,10 €	2	50,20 €
	34280	Durchleuchtungen	12,10 €	1	12,10 €
Nach- sorge	31611	Postoperative Behandlung Chirurgie I/3b	30,58 €	1	30,58 €
	13575	Funktionsanalyse, CRT	62,68 €	1	62,68 €
	13577	Zuschlag zu GOP 13573	5,10 €	1	5,10 €
					1.351,26 €
					7% Sachkostenpauschale
					1.445,85 €

IMPLANTIERBARER DEFIBRILLATOR IM AMBULANTEN BEREICH – EBM 2000

Vergütung der ärztlichen Leistung (ohne Material)

1- und 2-Kammer ICD Wechsel

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	28,41 €	1	28,41 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	13,38 €	1	13,38 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,82 €	1	16,82 €
Operation	31212	Eingriff der Kategorie L2	235,06 €	1	235,06 €
	31822	Anästhesie oder Narkose 2	171,49 €	1	171,49 €
	31503	Postoperative Überwachung 3	62,17 €	1	62,17 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	25,10 €	2	50,20 €
	34280	Durchleuchtungen	12,10 €	1	12,10 €
Nach- sorge	31609	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	22,68 €	1	22,68 €
	13573	Funktionsanalyse, Defibrillator	50,96 €	1	50,96 €
	13577	Zuschlag zu GOP 13573	5,10 €	1	5,10 €
					663,27 €
					7% Sachkostenpauschale
					46,43 €
					709,70 €

3-Kammer-ICD Wechsel

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	28,41 €	1	28,41 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	13,38 €	1	13,38 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,82 €	1	16,82 €
Operation	31213	Eingriff der Kategorie L3	327,17 €	1	327,17 €
	31823	Anästhesie oder Narkose 3	215,95 €	1	215,95 €
	31505	Postoperative Überwachung 5	124,47 €	1	124,47 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	25,10 €	2	50,20 €
	34280	Durchleuchtungen	12,10 €	1	12,10 €
Nach- sorge	31609	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	22,68 €	1	22,68 €
	13575	Funktionsanalyse, CRT	62,68 €	1	62,68 €
	13577	Zuschlag zu GOP 13573	5,10 €	1	5,10 €
					873,86 €
					7% Sachkostenpauschale
					61,17 €
					935,03 €

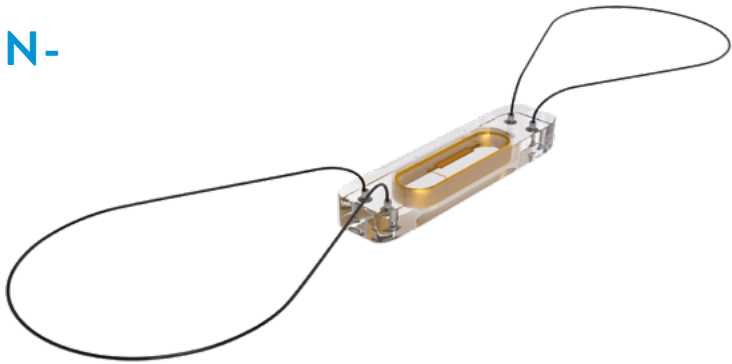
IMPLANTIERBARER DEFIBRILLATOR – HYBRID DRGS

Mit der Einführung und schrittweisen Ausweitung der Hybrid DRGs⁶ nach § 115f SGB V werden seit 2024 medizinische Leistungen sowohl im ambulanten als auch im kurzstationären Bereich einheitlich vergütet, sofern sie sicher und standardisiert in beiden Sektoren erbracht werden können. Ab dem Jahr 2026 wurde der Hybrid DRG Katalog nochmals deutlich erweitert – erstmals umfassen die Leistungen kardiologische Bereiche, darunter Eingriffe an implantierbaren kardialen Devices wie Defibrillatoren (ICDs).

Die folgende Übersicht zeigt Ihnen die relevanten Hybrid-DRGs für implantierbare Defibrillatoren und die zugehörige Vergütung:

Hybrid-DRG	Beschreibung	Vergütung
F01M	Hybrid-DRG der DRG F01C (Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator oder intrakardialer Pulsgenerator, ohne komplizierende Faktoren oder Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie)	10.068 €
F01N	Hybrid-DRG der DRG F01E (Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation oder aufwendige Sondenentfernung, ohne Implantation eines Drucksensors in Pulmonalarterie, ohne Implantation eines intrakardialen Pulsgenerators, Alter > 17 Jahre)	7.484 €
F01O	Hybrid-DRG der DRG F01F (Impl. Kardioverter / Defibrillator (AICD), Einkammer-Stimulation, ohne zusätzl. Herz- od. Gefäßeingriff, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne auß. schw. CC, ohne aufw. Sondenentf., ohne Impl. Drucksens. in Pulmonalart., ohne Impl. Pulsgen., Alter > 17 J.)	6.163 €
F02M	Hybrid-DRG der DRG F02A (Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Dreikammer-Stimulation)	6.490 €
F02N	Hybrid-DRG der DRG F02B (Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Einkammer-Stimulation)	5.088 €

PULMONAL-ARTERIEN-DRUCKSENSOR



HAUPTDIAGNOSE ⁷⁾

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

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

PROZEDUREN

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

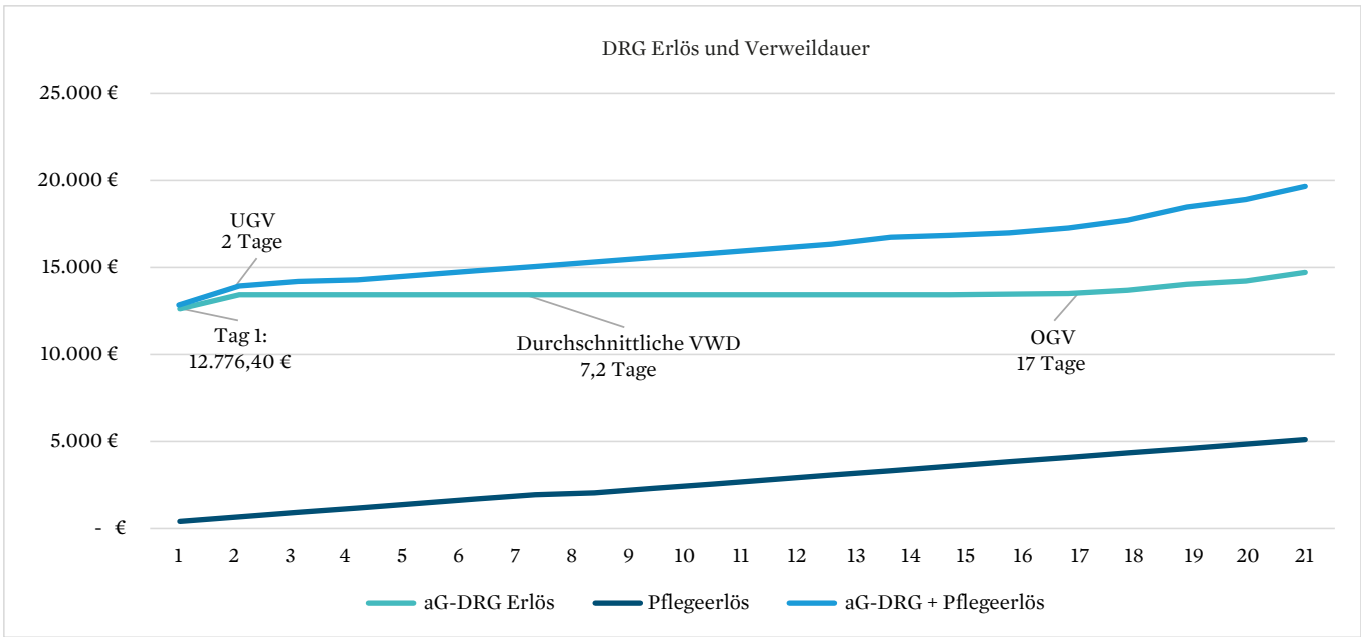
8-838.j Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie
Exkl.: Legen eines Katheters in die A. pulmonalis (8-832.0)

aG-DRG

Die Kombination aus Hauptdiagnose und Prozedur triggert in Abhängigkeit des Schweregrades folgende DRGs:

F01C Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator oder intrakardialer Pulsgenerator, ohne komplizierende Faktoren oder Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie mit einem Relativgewicht von 2,968, was einem Erlös von ca. 13.430 Euro entspricht*

VERGÜTUNG IM VERLAUF DER VERWEILDAUER



* Berechnet mit dem Orientierungswert 2026 in Höhe von 4.525,17 Euro.

KATHETERBASIERTE TRIKUSPIDALKLAPPEN-THERAPIE



HAUPTDIAGNOSE

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

I07.1	Trikuspidalklappeninsuffizienz Inkl.: Trikuspidalklappeninsuffizienz (rheumatisch)
I36.1	Nichtrheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz

PROZEDUREN

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

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

aG-DRG

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

F98C	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, ohne sehr komplexen Eingriff mit einem Relativgewicht von 6,927, was einem Erlös von ca. 31.346 Euro entspricht
F98A	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 30 Jahre oder Implantation eines Wachstumsstents mit einem Relativgewicht von 6,889 was einem Erlös von ca. 31.174 Euro entspricht*

* Berechnet mit dem Orientierungswert 2026 in Höhe von 4.525,17 Euro.

KATHETERBASIERTE MITRALKLAPPEN-THERAPIE



HAUPTDIAGNOSE

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

I34.0	Mitralklappeninsuffizienz
I05.1	Rheumatische Mitralklappeninsuffizienz

PROZEDUREN

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

5-35a.41	Mitralklappensegelplastik, transvenös Inkl.: Transvenöse Clip-Rekonstruktion der Mitralklappe Die Anzahl der Clips ist gesondert zu kodieren (5-35b.0 ff.) Diese Codes sind Zusatzkodes. 5-35b.0 – Anzahl der Clips bei einer transvenösen Mitralklappen- oder Trikuspidalklappensegelplastik 5-35b.00 1 Clip 5-35b.01 2 Clips 5-35b.02 3 Clips 5-35b.03 4 Clips 5-35b.04 5 oder mehr Clips
----------	--

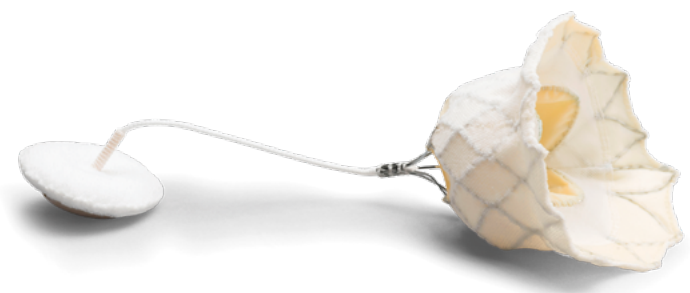
aG-DRG

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

F98C	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, ohne sehr komplexen Eingriff mit einem Relativgewicht von 6,927, was einem Erlös von ca. 31.346 Euro entspricht
F98A	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 30 Jahre oder Implantation eines Wachstumsstents mit einem Relativgewicht von 6,889 was einem Erlös von ca. 31.174 Euro entspricht*

* Berechnet mit dem Orientierungswert 2026 in Höhe von 4.525,17 Euro.

MITRALKLAPPEN
TRANSKATHETER
ERSATZ



HAUPTDIAGNOSE

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

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

PROZEDUREN

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

5-35a.3-	Implantation eines Mitralklappenersatzes
5-35a.30	Endovaskulär
5-35a.33	Transapikal
5-35b.21	Anwendung eines apikalen Verankerungssystems

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

aG-DRG

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

F98A	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 30 Jahre oder Implantation eines Wachstumsstents mit einem Relativgewicht von 6,889 was einem Erlös von ca. 31.174 Euro entspricht*
------	---

* Berechnet mit dem Orientierungswert 2026 in Höhe von 4.525,17 Euro.

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



HAUPTDIAGNOSE

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

I50.1-	Linksherzinsuffizienz
I50.13	Mit Beschwerden bei leichter Belastung, NYHA-Stadium III
I50.14	Mit Beschwerden in Ruhe, NYHA-Stadium IV

PROZEDUREN

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

5-376.2-	Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär
5-376.70	Implantation einer parakorporalen Pumpe, univentrikulär
5-376.80	Implantation einer parakorporalen Pumpe, biventrikulär

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

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

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

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

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

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

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

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

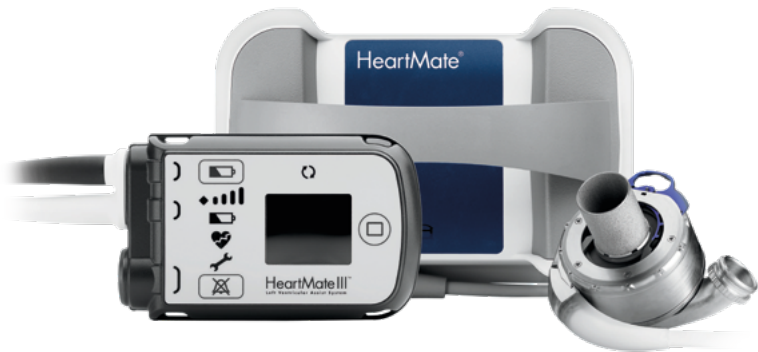
HERZUNTERSTÜTZUNGSSYSTEM (VAS) UND
EXTRA-KORPORALE MEMBRAN-OXYGENIERUNG (ECMO)

aG-DRG	
Die Kombination aus Hauptdiagnose und Prozedur kann verschiedene aG-DRGs triggern. In den meisten Fällen handelt es sich jedoch um eine der folgenden aG-DRGs:	
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff mit einem Relativgewicht von 14,305, was einem Erlös von ca. 64.733 Euro entspricht.*
F09C	Andere kardiothorakale Eingriffe, Alter > 15 Jahre, ohne kompl. Konst., ohne Exzision am Vorhof, ohne äußerst schwere CC oder ohne mäßig kompl. kardiothorakale Eingr., ohne best. kardiothorakalen Eingr., ohne best. Perikardektomie bei chron. Perikarditis mit einem Relativgewicht von 2,099, was einem Erlös von ca. 9.498 Euro entspricht.*
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 mit einem Relativgewicht von 4,995, was einem Erlös von ca. 22.603 Euro entspricht.*
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 mit einem Relativgewicht von 8,168, was einem Erlös von ca. 36.962 Euro entspricht.*
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 Punkte, mit angeb. Fehlbild. oder Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P., Alter < 16 J. mit einem Relativgewicht von 14,405, was einem Erlös von ca. 65.185 Euro entspricht.*

ZUSATZENTGELT
Die Prozedur führt zu einem Zusatzentgelt: ZE2026-02 Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“) , das jährlich krankenhausindividuell mit den Kostenträgern verhandelt werden muss und nur für ein Jahr jeweils gültig ist.
Die Verwendung des Kodes 8-852.0- sowie 8-852.3- führt zu einem Zusatzentgelt: ZE2026-03 ECMO und PECLA , das jährlich krankenhausindividuell mit den Kostenträgern verhandelt werden muss und nur für ein Jahr jeweils gültig ist.

* Berechnet mit dem Orientierungswert 2026 in Höhe von 4.525,17 Euro.

LINKSHERZ-
UNTERSTÜTZUNGS-
SYSTEM (LVAS)



HAUPTDIAGNOSE	
Als Hauptdiagnose sollte ein entsprechender ICD-10 Kode gewählt werden, z.B.:	
I50.1-	Linksherzinsuffizienz
I50.13	Mit Beschwerden bei leichter Belastung, NYHA-Stadium III
I50.14	Mit Beschwerden in Ruhe, NYHA-Stadium IV
PROZEDUREN	
Zur Kodierung stehen zwei spezifische OPS-Kodes zur Verfügung, die zu kodieren sind: Implantation / Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch:	
5-376.40	Implantation einer univentrikulären intrakorporalen Pumpe
5-376.41	Entfernung einer univentrikulären intrakorporalen Pumpe

aG-DRG		
Die Kombination aus Hauptdiagnose und Prozedur kann verschiedene aG-DRGs triggern. In den meisten Fällen handelt es sich jedoch um eine der folgenden aG-DRGs:		
		Verteilung
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff mit einem Relativgewicht von 14,305, was einem Erlös von ca. 64.733 Euro entspricht.*	36,11 %
A09A	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit IntK > 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre, mit IntK > 1764 / 1932 / - Punkten oder mit sehr komplexem Eingriff und IntK > - / 2208 / - Punkten mit einem Relativgewicht von 22,11, was einem Erlös von ca. 100.051 Euro entspricht.*	15,28 %
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsystem m. kompliz. Fakt., > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Eingr. od. > - / 552 / 552 P. m. best. Aortenstent od. minimalinv. Eingr. an mehrer. Herzkl. mit einem Relativgewicht von 10,302, was einem Erlös von ca. 46.618 Euro entspricht.*	14,58 %
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 Aufwandsp. mit einem Relativgewicht von 17,928, was einem Erlös von ca. 81.127 Euro entspricht.*	11,11 %
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 Punkte, mit angeb. Fehlbild. oder Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P., Alter < 16 J. mit einem Relativgewicht von 14,405, was einem Erlös von ca. 65.185 Euro entspricht.*	4,86 %

ZUSATZENTGELT
Die Prozedur führt zu einem spezifischen Zusatzentgelt: ZE2026-02 Links- und rechtsventrikuläre Herzassistenzsysteme („Kunstherz“) , das jährlich krankenhausindividuell mit den Kostenträgern verhandelt werden muss und nur für ein Jahr jeweils gültig ist.

* Berechnet mit dem Orientierungswert 2026 in Höhe von 4.525,17 Euro.

NATIONALE VERSORGUNGSLEITLINIE (NVL) CHRONISCHE HERZINSUFFIZIENZ

Die erste Auflage der NVL Chronische Herzinsuffizienz wurde 2009 veröffentlicht. Seit 2015 befindet sich die Leitlinie⁸⁾ in kontinuierlicher Prüfung und kapitelweiser Überarbeitung. Für die 2. Auflage (2017) der Leitlinie wurden die Kapitel „Medikamentöse Therapie“, „Invasive Therapie“ und „Versorgungskoordination“ komplett überarbeitet. Mit der 3. Auflage (2019) wurden die weiteren Kapitel, wie unter anderem „Diagnostik“ und „Komorbiditäten“ aktualisiert. Die Inhalte der bereits 2017 aktualisierten Kapitel wurden geprüft und bestätigt. Im September 2021 wurde aufgrund aktueller Entwicklungen ein neuer Abschnitt im Kapitel Medikamentöse Therapie eingefügt (3. Auflage, Version 3). Die aktuelle Version 4.0 wurde im Dezember 2023 veröffentlicht.

VENTRIKULÄRE UNTERSTÜTZUNGSSYSTEME

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

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

Die Empfehlung zur Indikation von Herzunterstützungssystemen beruht auf einer systematischen Recherche nach Primärstudien und Registerdaten. Die Empfehlungen zu Versorgungsaspekten stellen jeweils einen Expertenkonsens dar.

ZUSATZENTGELTE IM aG-DRG-SYSTEM

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

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

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

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

Eine Besonderheit im Bereich des krankenhausindividuellen Zusatzentgeltes ZE2026-02 ist die Verhandlung einer sogenannten Ambulanzpauschale. Diese wird gegebenenfalls als zusätzlicher Bestandteil des Zusatzentgeltes mit den Kostenträgern verhandelt und dient der finanziellen Unterstützung der Krankenhäuser für die aufwändige Nachbetreuung von LVAD-Patient:innen.

Zeitpunkt der Verhandlung

Das 2023 in Kraft getretene Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfEG) enthält Regelungen, die den Verhandlungsrückstau in Krankenhäusern auflösen und die Budgetverhandlungen beschleunigen sollen. Dazu wurden neue Fristen für die Übermittlung der Forderungsunterlagen eingeführt – und diese Fristen erzwingen eine prospektive Budgetverhandlung, ab 2026 ist diese Regelung verbindlich.

Für alle Vereinbarungszeiträume ab 2026 müssen Krankenhäuser ihre vollständigen Forderungsunterlagen – einschließlich der krankenhausindividuellen Zusatzentgelte – bis spätestens 31. Dezember des Vorjahres einreichen. Der Abschluss der Vereinbarung diesen Jahres muss bis spätestens 31.07.2026 erfolgt sein.

Bitte beachten Sie diese Änderung auch fortlaufend für die nächsten Jahre, um eine rechtzeitige Verhandlung und Vergütung sicherzustellen.

Falls Sie Fragen zu dieser Thematik haben, hilft Ihnen das Abbott Reimbursement Team gerne weiter. Unsere Kontaktdaten finden Sie auf Seite 47 dieser Kodierhilfe.

PROZEDURENVERZEICHNIS

Minimalinvasive Operationen an Herzklappen (5-35a)

OPS	Beschreibung
5-35a.0	Implantation eines Aortenklappenersatzes
5-35a.1	Endovaskuläre Implantation eines Pulmonalklappenersatzes
5-35a.3-	Implantation eines Mitralklappenersatzes
5-35a.30	Endovaskulär
5-35a.33	Transapikal
5-35a.4-	Mitralklappenrekonstruktion
5-35a.41	Mitralklappensegelplastik, transvenös Inkl.: Transvenöse Clip-Rekonstruktion der Mitralklappe Hinw.: Die Anzahl der Clips ist gesondert zu kodieren (5-35b.0 ff.)
5-35a.5-	Endovaskuläre Trikuspidalklappenrekonstruktion
5-35a.50	Trikuspidalklappensegelplastik, transvenös Inkl.: Transvenöse Clip-Rekonstruktion der Trikuspidalklappe Hinw.: Die Anzahl der Clips ist gesondert zu kodieren (5-35b.0 ff.)
5-35b.0	Anzahl der Clips bei einer transvenösen Mitrал- oder Trikuspidalklappensegelplastik 5-35b.00 1 Clip 5-35b.01 2 Clips 5-35b.02 3 Clips 5-35b.03 4 Clips 5-35b.04 5 oder mehr Clips
5-35a.7	Verschluss einer paravalvulären Leckage, transapikal
5-35a.8	Endovaskuläre Implantation eines Trikuspidalklappenersatzes

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

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

PROZEDURENVERZEICHNIS

Implantation eines Defibrillators (5-377)

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

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

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

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

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

PROZEDURENVERZEICHNIS

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

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

PROZEDURENVERZEICHNIS

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

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

AUSGEWÄHLTE DIAGNOSECODES

Chronisch rheumatische Herzkrankheiten

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

Hypertonie

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

AUSGEWÄHLTE DIAGNOSECODES

Ischämische Herzkrankheiten

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

Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten

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

AUSGEWÄHLTE DIAGNOSECODES

Kardiomyopathie

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

Sonstige Formen der Herzkrankheit

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

AUSGEWÄHLTE DIAGNOSECODES

Herzinsuffizienz

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

Zerebrovaskuläre Krankheiten

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

AUSGEWÄHLTE DIAGNOSECODES

Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems

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

HÄUFIGE NEBENDIAGNOSEN

Stoffwechselerkrankungen

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

Nierenerkrankungen

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

HÄUFIGE NEBENDIAGNOSEN

Infektionen

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

Krankheiten des Verdauungssystems

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

GLOSSAR

AK: Auswahlkriterien nach dem KHVVG. Diese kommen zur Anwendung, wenn sich mehrere Kliniken in einem Planungsgebiet um dieselbe Leistungsgruppe bewerben, aus planerischen Gründen jedoch nur ein Teil der Einrichtungen berücksichtigt werden kann

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

BMG: Bundesministerium für Gesundheit (www.bmg.bund.de)

CCL: Complication and Comorbidity Level (Schweregrad einer Nebendiagnose)
Jeder Nebendiagnose (ND) ist in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose (HD) ein Schweregrad zugeordnet
0 = Nebendiagnose zählt nicht als Begleiterkrankung oder Komplikation (ohne CC)
1 = leichte CC 3 = schwere CC 5 = schwerste CC
2 = mäßig schwere CC 4 = äußerst schwere CC 6 = schwerste CC

CRT: Cardiac Resynchronization Therapy (Geräte zur kardialen Resynchronisationstherapie)

CT: Computertomografie

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

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

GLOSSAR

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

rG-DRG: Die rDRG löst im Zuge des KHVVG die aG-DRG ab und finanziert die Kosten, die nach Ausgliederung jener Kosten, die für die Vorhaltevergütung vorgesehen sind, übrig geblieben sind.

DSA: **D**igitale **S**ubstraktions**a**ngiografie

EKG: **E**lektro**k**ardiogramm

EPU: **E**lektro**p**hysiologische **U**ntersuchung

FA: Facharzt

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

GOP: **G**ebühren**o**rdnungs**p**osition

HD: **H**aupt**d**iagnose

HI/HF: **H**erz**i**nsuffizienz (oder Herzschwäche, englisch **Heart Failure**). Eine Krankheit, bei der das Herz nicht mehr in der Lage ist, den Körper mit ausreichend Blut und damit einhergehend mit Sauerstoff zu versorgen.

ICD: **I**mplantierbarer **C**ardioverter/**D**efibrillator. ICDs überwachen den Herzrhythmus einer Patient:in und können über elektrische Impulse den Herzmuskel stimulieren sowie durch Schockabgabe schwerwiegende Formen von Herzrhythmusstörungen beenden und wieder einen normalen Herzrhythmus herstellen.

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

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

KHVVG: **K**ranken**h**aus**v**ersorgungs**v**erbesserungsgesetz

KHPfIEG: **K**ranken**h**aus**p**flegeentlastungsgesetz

LG: **L**eistungs**g**ruppe

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

MD/MDK: Der **M**edizinische **D**ienst ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung.

MDC: **M**ajor **D**iagnostic **C**ategory Hauptdiagnosekategorie im aG-DRG-System, z.B. befinden sich die für die Rhythmologie relevanten aG-DRGs in der MDC 05 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems).

GLOSSAR

MRT: **M**agnet**r**esonanz**t**omographie

MV: **M**indest**v**oraussetzungen. Das KHVVG führt eine grundlegende Reform der Krankenhausstruktur und -vergütung in Deutschland ein. Die Mindestvoraussetzungen (Qualitätskriterien) sind das Herzstück dieser Reform und zielen auf eine Spezialisierung und Qualitätssteigerung ab.

NDx: **N**ebendiagnose(n)

NYHA: Die NYHA-Klassifikation ist ein Schema zur Einteilung des Schweregrades von Herzschwäche (Stadium I–IV), die den Empfehlungen der **New York Heart Association** folgt.

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

PECLA: Pumpenlose extrakorporale Lungenunterstützung

PpUGV: Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern

TEE: Transösophageale Echokardiographie

TTE: Transthorakale Echokardiographie

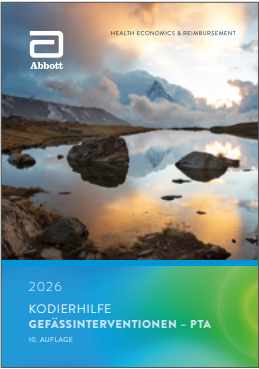
ZE: **Z**usatz**e**ntgelt

ZW: **Z**usatz**w**eiterbildung

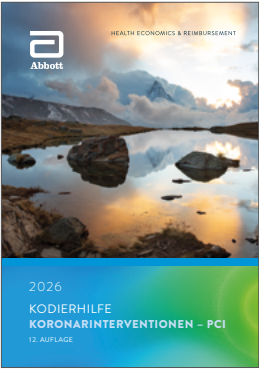
QUELLEN

1. **Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit, Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhaus-versorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG:**
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/KHVVG_GE_Kabinett.pdf
2. **GKV-Spitzenverband, Veränderungswert 2026:**
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/orientierungswert/2025_11_14_Vereinbarung_Veraenderungswert_2026_KHEntgG.pdf
3. **InEK, Fallpauschalenkatalog 2026:**
<https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2026/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-2026>
4. **BfArM, OPS Version 2026:**
https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html
5. **Kassenärztliche Bundesvereinigung, Einheitlicher Bewertungsmaßstab 2026:**
<https://www.kbv.de/documents/praxis/abrechnung/ebm/2026-1-ebm.pdf>
6. **Ergänzter erweiterter Bewertungsausschuss, Hybrid-DRG Katalog:**
<https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2026/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-2026>
7. **BfArM, ICD-10 GM Version 2026:**
https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Downloads/_node.html
8. **Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz – Langfassung:**
https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-006L_S3_Chronische_Herzinsuffizienz_2023-12.pdf

DAS KÖNNTE SIE
AUCH INTERESSIEREN



Kodierhilfe
Gefäßinterventionen –
PTA



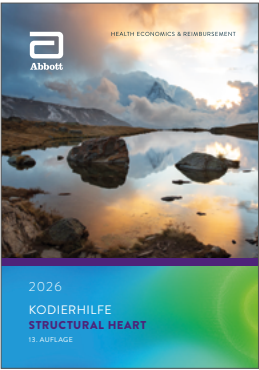
Kodierhilfe
Koronarinterventionen –
PCI



Kodierhilfe
Neurostimulation



Kodierhilfe
Ambulante Abrechnung
Neurostimulation



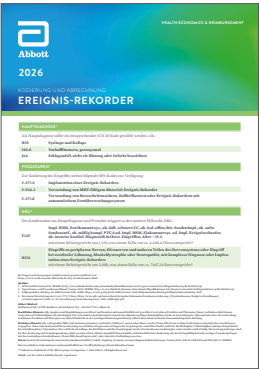
Kodierhilfe
Structural Heart



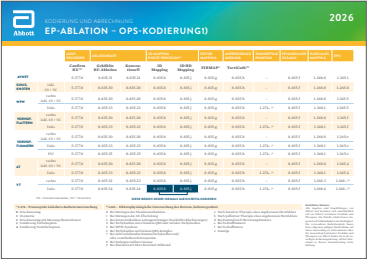
Kodierhilfe
Rhythmologie



Kodierhilfe
Ambulante Abrechnung
Cardiac Rhythm Management



Ereignis-Rekorder



EP-Ablation



Katheterbasierte
Mitralklappentherapie



Mitralklappen
Transkatheter Ersatz

WEITERE INFORMATIONEN UND KODIERHINWEISE FINDEN SIE UNTER

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

WIR FÜR SIE



KATHARINA BECK
Associate Manager
Health Economics & Reimbursement



JANNIS RADELEFF
Head of Health Economics &
Reimbursement DACH

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

IHR ANSPRECHPARTNER

Abbott Medical GmbH
Helfmann-Park 7
65760 Eschborn
Tel: +49 6196 771111-0
Fax: +49 6169 7711-117

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

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

Daten: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (© InEK), Siegburg, Germany: German Diagnosis Related Groups, Version 2026, ICD-10-GM 2026 und OPS 2026 (© BfArM).

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

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

Archivierung der Daten und Fotoaufnahmen durch Abbott Medical.

Hierin enthaltene Informationen sind ausschließlich zur Veröffentlichung in Deutschland bestimmt.

ABBOTT MEDICAL GMBH

Helfmann-Park 7 | 65760 Eschborn

Tel: +49 6196 771111-0 | Fax: +49 6169 7711-117

www.cardiovascular.abbott

™ kennzeichnet eine Marke der Abbott Unternehmensgruppe.

© 2026 Abbott. Alle Rechte vorbehalten. MAT-2601826 v1.0

