



HEALTH ECONOMICS & REIMBURSEMENT



2026

KODIERHILFE
STRUCTURAL HEART

13. 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 Veränderung für das aG-DRG-System 2026	5
Krankenhausreform und Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz	5
Take Home Messages zur kommenden Krankenhausreform	9
Hybrid-DRGs in der Kardiologie	9
Take Home Messages zu Hybrid-DRGs	13

Kodierung im aG-DRG-System 2026	14
Aortenklappe: Chirurgischer Ersatz	17
Aortenklappe: Transkatheter Ersatz	23
Mitralklappe: Chirurgischer Ersatz	25
Mitralklappe: Chirurgische Rekonstruktion	28
Mitralklappe: Transkatheter Ersatz	31
Mitralklappe: Transkatheter Rekonstruktion	33
Trikuspidalklappe: Chirurgischer Ersatz	35
Trikuspidalklappe: Endovaskulärer Ersatz	37
Trikuspidalklappe: Chirurgische Rekonstruktion	38
Trikuspidalklappe: Transkatheter Rekonstruktion	40
Pulmonalklappe: Chirurgische Rekonstruktion	43
Pulmonalklappe: Endovaskulärer Ersatz	45
Pulmonalklappe: Offen Chirurgische Rekonstruktion	47
Übersicht minimalinvasive Eingriffe an den Herzklappen 2026	48
Kombinierte Minimalinvasive Eingriffe an den Herzklappen	50
Okkludertherapie: Persistierender Ductus Arteriosus	52
Okkludertherapie: Vorhofseptumdefekt	54
Vorhoföhr-Verschluss (LAA Closure)	56
Okkludertherapie: Ventrikelseptumdefekt	57
Okkludertherapie: PVL	58

ANHANG

Wichtige aG-DRG-Pauschalen und ihre Kennzahlen	61
Berechnung des Fallerlöses und Basisfallwert	63
Glossar / Abkürzungen	64
Quellen	65
Das könnte Sie auch interessieren	66
Wir für Sie	67

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.

Insbesondere ist die Einführung der sogenannten Hybrid-DRGs (sektorenübergreifende Vergütung gemäß § 115f SGB V) für die Kardiologie von erheblicher Bedeutung. Während in den Jahren 2024 und 2025 keine kardiologischen Leistungen von dieser Vergütungsform betroffen waren, stellt das Fachgebiet der Kardiologie im Jahr 2026 die mit Abstand meisten Hybrid-DRGs des 69 solche Pauschalen umfassenden Gesamtkontingentes.

Zusätzlich zu den spezifischen Änderungen in den Klassifikationssystemen und den Veränderungen in den DRG-Algorithmen kommen für das Jahr 2026 noch vielfältige zusätzliche Herausforderungen für die Krankenhäuser zum Tragen. Weiterhin gilt die vom MDK-Reformgesetz geregelte Dynamisierung von Prüfquoten und ggf. resultierenden Strafzahlungen, welche zusätzlich Druck auf die Kodierung und die Leistungserbringung aufbauen. Zusätzlich werfen das Krankenhaustransparenzgesetz sowie das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz ihre Schatten voraus. Insbesondere wird die Umsetzung der künftigen Vorhaltefinanzierung transparenter. Der erstmalig zur Verfügung stehende zerlegte Fallpauschalenkatalog 2026 (Vorhaltebewertungsrelationen) des InEK¹ kann zwar die in den einzelnen Kliniken prospektiv zur Verfügung stehende Vorhaltevergütung nicht darstellen, allerdings sind die verbleibenden rDRG-Bewertungsrelationen schon klar zu erkennen. Alle zu erwartenden Änderungen darzustellen, würde den Rahmen dieser Zusammenstellung sprengen, sodass im Folgenden nur eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte erfolgen soll. Insbesondere ist zu beachten, dass die gesetzlichen Grundlagen zum Jahreswechsel 2025/26 teilweise noch keine Rechtskraft erlangt haben, sodass sich beispielsweise zu den Änderungen der Qualitätsanforderungen zu den Leistungsgruppen noch keine abschließenden Aussagen treffen lassen.

Krankenhausreform und Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

Mittlerweile befindet sich die Umsetzung des KHVVG in vollem Gang. Insbesondere das für die Kardiologie sehr relevante Thema der Leistungsgruppen ist in vielen Bundesländern bereits in Umsetzung.

Zukünftig soll sich die Vergütung nach Leistungsgruppen richten, welche von den Planungsbehörden der Länder zugewiesen werden. Diese Gruppen sollen dabei einerseits die bisherige Fachabteilungsstruktur ersetzen, benötigen diese aber in Gestalt der Fachabteilungsschlüssel teilweise selbst zur Definition. Die Anlage 1 zu §135e, SGB V² legt die Leistungsgruppen und Qualitätskriterien in vier Anforderungsbereichen fest. Medizinische Dienste prüfen derzeit bereits vielerorts die Einhaltung der Qualitätskriterien, wobei die Zertifizierung durch den Medizinischen Dienst maximal zwei Jahre gilt.

Dabei ist zu beachten, dass insbesondere die personellen Anforderungen an die Zuteilung von Leistungsgruppen herausfordernd sind und von vielen Kliniken, auch solchen, die seit langen Jahren an der Leistungserbringung im entsprechenden Fach beteiligt sind, nicht oder doch zumindest nicht konstant erfüllt werden können.

Die derzeit gültigen Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 1 zu §135e, SGB V sind hinsichtlich der Voraussetzung für die Zuweisung einer Leistungsgruppe komplex. So müssen für die meisten Leistungsgruppen mehrere andere vorgehalten werden, für welche dann auch wieder weitere Gruppen erforderlich sein können. Auch wenn manche dieser Leistungsgruppen nicht am eigenen Standort vorgehalten werden müssen und in Kooperation erbracht werden können, so stellt gerade die formal belastbare Schaffung von Kooperationsverträgen viele Kliniken aktuell vor erhebliche Herausforderungen.

Für die Erfüllung der Kriterien der interventionellen Kardiologie müssen immerhin fünf Vollzeitäquivalente aus dem fachärztlichen Bereich vorgehalten werden. Neben den Mindestvoraussetzungen (MV) finden sich in Qualitätskriterien auch noch sogenannte Auswahlkriterien (AK). Diese kommen dann zur Anwendung, wenn sich mehrere Kliniken in einem Planungsgebiet um dieselbe Leistungsgruppe beworben haben, aus planerischen Gründen aber nur ein Teil der Kliniken den Zuschlag erhalten soll. Die Klärung von Details durch das KHAG bleibt abzuwarten.

Vorhaltevergütung

Einen weiteren Bestandteil der Krankenhausreform stellt die sogenannte Vorhaltevergütung dar. Die Vorhaltevergütung, eine neue Finanzierungssäule, wird ab 2026 eingeführt und voraussichtlich ab 2028 im Rahmen einer Konvergenzphase budgetwirksam umgesetzt werden. Dabei liegt der Planung der Gedanke zugrunde, dass eine reine Vergütung nach der behandelten Fallzahl einen Fehlanreiz zur Leistungssteigerung im Krankenhaus setze, in Kliniken demzufolge also Patienten ohne medizinischen Grund oder doch zumindest fraglicher Indikation stationären Behandlungen zugeführt würden.

Erstmalig für das Jahr 2026 veröffentlicht das InEK den sogenannten „zerlegten Fallpauschalenkatalog“. Dieser weist für alle DRGs für Bewertungsrelationen, Zu- und Abschläge getrennte Werte für die Vorhaltebewertungsrelation und die rDRG-Bewertungsrelation aus. Unter der rDRG versteht das InEK die „restliche“ DRG, also die um Pflegekosten und Vorhaltevergütung reduzierte DRG.

Aktuell ist dieser Katalog noch von rein nachrichtlichem Interesse, da im Jahr 2026 die Summe der beiden Bewertungskomponenten zu 100% im „normalen“ Fallpauschalenkatalog als Bewertungsrelation der DRG ausgewiesen wird. Trotzdem ist hier bereits sichtbar, wie hoch der Anteil der fallbezogenen Vergütung künftig in einer DRG ausfallen wird. Nur dieser ist derzeit absehbar, da der Vorhalteanteil auf der Grundlage einer komplexen InEK-Berechnung auf die Bundesländer und von dort auf die Klinikstandorte verteilen werden wird.

Die nachfolgende Tabelle weist für die entsprechenden Kennzahlen die nach Vorhaltung und Fallbezug differenzierten Ergebnisse der Zerlegung des DRG-Kataloges für die hier relevanten und typischen DRGs aus.

DRG	F03A	F03B	F03C	F03D	F03E	F95A	F95B	F98A	F98B	F98C
Vorhalte-BWR Hauptabteilung	2,4988	2,0838	1,7981	1,4598	1,2161	0,3995	0,3552	0,9831	0,694	0,6315
uGVD: Vorhalte- BWR pro Tag	0,209	0,1756	0,1676	0,1472	0,1187	0,0298	0,0082	0,0506	0,0436	0,0227
oGVD: Vorhalte- BWR pro Tag	0,0741	0,0715	0,0663	0,0656	0,0747	0,0146	0,0162	0,0124	0,0115	0,0062
Ext. Verleg.: Abschl./ Tag (Vorhalte-BWR)	0,061	0,0589	0,0496	0,0428	0,0407	0,0171	0,0184	0,0164	0,0146	0,0078
rDRG-BWR Hauptabteilung	6,2772	5,1832	4,3469	3,2692	2,8079	1,6145	1,4108	5,9059	4,301	6,2955
uGVD: rDRG- BWR pro Tag	0,527	0,4384	0,4064	0,3308	0,2753	0,1202	0,0328	0,3074	0,2734	0,2293
oGVD: rDRG- BWR pro Tag	0,1869	0,1785	0,1607	0,1474	0,1733	0,0594	0,0648	0,0756	0,0725	0,0628
Ext. Verleg.: Abschl./ Tag (rDRG-BWR)	0,154	0,1471	0,1204	0,0962	0,0943	0,0699	0,0736	0,0996	0,0914	0,0792
Anteil Vorhalte- BWR	28,47%	28,67%	29,26%	30,87%	30,22%	19,84%	20,11%	14,27%	13,89%	9,12%
Anteil rDRG- BWR	71,53%	71,33%	70,74%	69,13%	69,78%	80,16%	79,89%	85,73%	86,11%	90,88%

Dabei ist der Anteil des Vorhalteanteils nicht für jede DRG identisch. Eine wesentliche, bestimmende Größe liegt im Sachkostenanteil einer DRG. Je höher dieser ausfällt, umso geringer wird der Vorhalteanteil und umso höher wird folgerichtig der Anteil der rDRG-Vergütung. Dies folgt aus der Überlegung, dass Sachkosten immer fallbezogen und prinzipiell nicht im Sinne einer Vorhaltung anfallen. Insofern werden sie vor der Zerlegung der Bewertungsrelation ausgekoppelt und im Nachgang der Berechnungen, vereinfacht dargestellt, auf die rDRG-Bewertungsrelation aufgeschlagen.

Selbstverständlich darf nicht geschlussfolgert werden, dass sich die Vergütung von stationären Fällen künftig auf den rDRG-Anteil reduzieren wird. Auch wenn dies die einzigen fallbezogen abrechenbaren DRG-Erlöse sein werden, nimmt jede Klinik, welche die entsprechende Leistungsgruppe zugewiesen bekommen hat, auch an der Vorhaltevergütung teil. Ob der dadurch der Klinik zufließende Betrag mit dem aus der DRG-Vergütung wegfallenden Volumen identisch sein wird bzw. dieses über- oder unterschreitet, ist derzeit noch nicht absehbar.

TAKE HOME MESSAGES

ZUR KOMMENDEN KRANKENHAUSREFORM

Aktuell wurde das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom Bundestag verabschiedet. Der Bundesrat hat sich derzeit noch nicht abschließend zur Vorlage im Vermittlungsausschuss positioniert, sodass über die letztlichen Gesetzesinhalte und die Timeline noch keine abschließende Sicherheit besteht.

Hauptpunkte des Gesetzes sind die Einführung von Leistungsgruppen einschließlich der für die Zuweisung von Leistungsgruppen an eine Klinik gekoppelte Erfüllung von nicht validierten 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 sicherlich 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. Ggf. werden Passagen des Gesetzes aber bis zur Verabschiedung angepasst werden.

Hybrid-DRGs in der Kardiologie³

Mit dem Ausbau der Hybrid-DRGs 2026 erreicht die Reform erstmals die für Krankenhäuser besonders sensiblen Leistungsbereiche der invasiven Kardiologie. Die politisch vorgegebenen Fallzahlziele erzwangen eine Erweiterung des Hybrid-Katalogs auch in herausfordernden Bereichen. Für die Kliniken bedeutet das eine erhebliche Ausweitung der Fallzahlen im Hybrid-System mit zum Teil geringeren Erlösen. Je nach Ausrichtung einer kardiologischen Fachabteilung sind Hybrid-Fallanteile zwischen 40 und 50% durchaus keine Seltenheit.

Prinzipiell werden Fälle mit einer Verweildauer von weniger als drei Tagen, einem Patientenalter von mehr als 17 Jahren ohne, zum Teil sehr Hybrid-DRG spezifische, Ausschlusskriterien in eine Hybrid-DRG eingruppiert. Das bedeutet, dass die bisherige Verweildauergrenze von zwei Tagen bei diesen Fällen ihre Bedeutung verliert. War bisher die Argumentation der zweiten stationären Übernachtung maßgeblich, um bei den impliziten Ein-Belegungstag-DRGs den Kurzliegerabschlag zu vermeiden, so verschiebt sich diese Argumentationsgrenze jetzt auf die dritte Übernachtung. Hier ist in aller Regel keine belastbare Begründung gegenüber dem Medizinischen Dienst anzuführen, da auch bisher in diesen Indikationsbereichen die Regelverweildauer kaum jenseits der zweiten Nacht lag. Aus unterschiedlichen Gründen ist die strategische Verlängerung der stationären Verweildauer für diese Fälle unter keinen Umständen zu empfehlen.

Vergütungswirkungen der Hybrid-DRGs im Vergleich zur stationären Abrechnung

Vielfach wird pauschal davon ausgegangen, dass die Vergütung über Hybrid-DRGs zwangsläufig zu einer wirtschaftlichen Verschlechterung gegenüber der stationären Abrechnung führt. Die tatsächlichen Effekte sind jedoch in hohem Maße davon abhängig, wie die Verweildauersteuerung in der jeweiligen Klinik bislang ausgestaltet war.

Kliniken, die die in 2026 in Hybrid-DRGs überführte Leistungen bislang regelhaft mit mehr als einer Übernachtung erbracht haben, sind in der Tat tendenziell häufiger von Erlösverlusten betroffen. Dies resultiert daraus, dass Fälle mit zwei Übernachtungen im stationären Setting immer oberhalb der unteren Grenzverweildauer lagen und somit als abschlagsfreie stationäre DRGs vergütet wurden. Hybrid-DRGs sind demgegenüber grundsätzlich niedriger bewertet als vollstationäre DRGs, was sich unmittelbar aus ihrer Kalkulationslogik erklärt. Bei der Ermittlung der Hybrid-DRG-Bewertungen wird stets von einer Kostenstruktur ausgegangen, die Ein- und Zweitages-Fälle sowie ambulante Fälle umfasst. Eine hieraus gebildete gewichtete Durchschnittsbewertung kann systematisch niemals das Niveau einer abschlagsfreien stationären DRG erreichen.

Kliniken mit traditionell kürzeren Verweildauern, bei denen entsprechende Leistungen überwiegend als Eintages-Fälle erbracht wurden, mussten bereits in der Vergangenheit Abschläge auf die volle DRG-Vergütung hinnehmen. Aufgrund der kalkulatorischen Systematik ist es daher folgerichtig, dass die Erlösverluste der Hybrid-DRG gegenüber der Tagesfall-DRG in diesen Fällen entweder geringer ausfallen oder sich sogar Erlöszuwächse ergeben können. Dies gilt insbesondere dort, wo die Hybrid-DRG höher bewertet ist als die entsprechende Ein-Tages-Fall-DRG.

Bei der Bewertung der Auswirkungen ist zusätzlich zu berücksichtigen, dass die Hybrid-DRGs zwar in aller Regel niedriger vergütet sind als die Tagesfall-DRGs desselben Jahres. Vergleicht man jedoch die Hybrid-DRG-Erlöse mit den Tagesfall-Erlösen des Jahres 2025, ergibt sich nicht selten ein Erlöszuwachs. Dieser Effekt ist darauf zurückzuführen, dass in vielen DRGs durch die Auskopplung der Hybrid-DRGs die durchschnittlichen Kosten der in der stationären DRG verbleibenden Fälle deutlich angestiegen sind. In der Folge kam es zu einer Aufwertung der Kurzlieger-DRG und teilweise auch der Katalog-Bewertungsrelationen der abschlagsfreien DRG.

Vor diesem Hintergrund sind differenzierte Analysen der klinikeigenen Leistungs- und Verweildauerdaten zwingend erforderlich, um die tatsächlichen wirtschaftlichen Auswirkungen der Hybrid-DRGs valide bewerten zu können.

Auswirkungen der Einführung der Hybrid-DRGs auf das Verweildauermanagement

Die Einführung der Hybrid-DRGs hat erhebliche Auswirkungen auf das Verweildauermanagement in kardiologischen Fachabteilungen und Kliniken. Während bislang die Diskussion um die Erreichung einer vollstationären DRG-Vergütung und damit die Notwendigkeit der zweiten Übernachtung vielfach im Vordergrund stand, tritt dieser Aspekt nun weitestgehend in den Hintergrund.

Diese Entwicklung ist nicht ausschließlich negativ zu bewerten. In der Vergangenheit wurden zahlreiche Fälle zwar faktisch mit zwei Übernachtungen durchgeführt, im Rahmen aufwendiger Prüfverfahren durch den Medizinischen Dienst jedoch nachträglich dann doch auf die Abrechnung lediglich eines Belegungstages gekürzt. Dies führte zur Abrechnung einer abschlagsbehafteten DRG und je nach Klinik gegebenenfalls auch zu den bekannten Strafzahlungen. Die Hybrid-DRGs reduzieren dieses Konfliktpotenzial durch Aufhebung der Verweildauerrelevanz weitgehend.

Auch die Schnittstelle zwischen ambulanter Leistungserbringung und stationärer Behandlung mit einem Belegungstag war bislang häufig problembehaftet. Im Medizincontrolling mussten in erheblichem Umfang medizinische Begründungen für Fälle erstellt werden, die gemäß AOP-Katalog dem ambulanten Sektor zuzuordnen waren, deren Leistungserbringung jedoch im stationären Setting erfolgte. Diese Begründungen banden personelle Ressourcen im Medizincontrolling, welche künftig nicht mehr in diesem Umfang erforderlich sein werden.

Der Erlös für ambulant erbrachte Fälle ohne Übernachtung sowie für Fälle mit einer oder zwei Übernachtungen ist innerhalb der Hybrid-DRGs identisch. Damit verlieren

sowohl die Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung als auch die Diskussion um das Unter- oder Überschreiten der unteren Grenzverweildauer ihre Bedeutung.

Dies erfordert jedoch ein Umdenken in der Fallsteuerung. Da die Erlöse fixiert und unabhängig von der Verweildauer sind, ist es Aufgabe aller an den relevanten Prozessen Beteiligten, sicherzustellen, dass keine Übernachtungen erfolgen, welche medizinisch nicht indiziert sind. Unstrittig bleibt, dass die Entscheidung über die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme sowie gegebenenfalls einer zweiten Übernachtung ausschließlich medizinischen Kriterien folgen muss.

Die Hybrid-DRGs eröffnen hier die Möglichkeit einer konsequenten Ambulantisierung mit gleichzeitiger Reduktion der Kosten, ohne dass die Erlöse unmittelbar negativ beeinflusst werden.

Dabei bleibt bestehen, dass eine nachhaltige Reduktion der tatsächlich anfallenden Kosten in den Krankenhäusern in den folgenden Kalkulationsrunden perspektivisch zu sinkenden Erlösen führen wird. Da dieser Effekt jedoch vor dem Hintergrund der gesetzlichen Vorgaben zur Harmonisierung der Erlöse von AOP-Leistungen⁴ und Hybrid-Leistungen ohnehin als unausweichlich erscheint, kann kurzfristig bis mittelfristig zumindest eine vorübergehende Verbesserung der Deckungsbeiträge erzielt werden.

Hybrid-DRGs und Zusatzentgelte

Fälle mit Zusatzentgelten und/oder NUB-Entgelten gelangen entgegen einer früheren Planung nicht in die Hybrid-DRGs. Dies hätte vor dem Hintergrund des ZE101 für die Drug eluting Stents bedeutet, dass diese Fälle nicht in die Hybrid-DRGs hätten eingruppiert werden können. Der Wegfall des ZE101 für das Jahr 2026 führt aber dazu, dass auch diese Fälle in großem Umfang aus der stationären Vergütung in die Hybrid-DRGs verschoben werden.

Der Einsatz von DCB (Drug coated balloon) ist weiterhin Auslöser des Zusatzentgeltes ZE136 (koronar) und ZE137 (peripher). Diese Zusatzentgelte schließen die entsprechenden Fälle konsequent aus den Hybrid-DRGs aus. Es ist dabei dringend zu empfehlen, die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit des Einsatzes auch auf den Einzelfall bezogen im Interventionsprotokoll zu dokumentieren, um Indikationsprüfungen der Kassen bereits von Beginn an zu begegnen.

Bedeutung der Hybrid-DRGs für die interventionellen Kardiologie

Mit dem DRG-Jahr 2026 wird die Kardiologie erstmals einen erheblichen Anteil ihrer Fälle über Hybrid-DRGs abbilden. In den Jahren 2024 und 2025 waren noch keine kardiologischen Leistungsinhalte in den Hybrid-DRGs enthalten. Ab 2026 nehmen die Fachgebiete Kardiologie und Angiologie gemeinsam mit nahezu 40 % aller Hybrid-DRGs den Spitzenplatz hinsichtlich der Anzahl der Hybrid-DRGs im gesamten Katalog ein.

Für die hier relevanten Inhalte aus dem klinischen Bereich der Herzklappeneingriffe sind dabei lediglich die Hybrid-DRGs F95M und F95N von Bedeutung.

OPS	TEXT	HYBRID-DRG	ERLÖS
8-837.d0	Verschluss eines Septumdefektes: Vorhofseptum	F95N	5.443,60 €
8-837.s0	Maßnahmen zur Embolieprotektion am linken Herzhohr: Implantation eines permanenten Embolieprotektionssystems	F95M	7.123,54 €

Zusammenfassend können die Auswirkungen auf die Kliniken derzeit nur sehr bedingt abgeschätzt werden. Kliniken, welche bisher erfolgreich Kurzliegerabschlüsse vermieden haben, werden aufgrund der Berücksichtigung auch von Fällen mit mehr als einer Übernachtung im Krankenhaus deutlich mehr verlieren als Kliniken, welche auch bisher im Wesentlichen unter der unteren Grenzverweildauer abgerechnet haben.

TAKE HOME MESSAGES

ZU HYBRID-DRGS

Mit dem Jahr 2026 werden viele Leistungen der Kardiologie über Hybrid-DRGs vergütet.

Hier relevant sind die Hybrid-DRGs F95M und F95N. Bei einer Verweildauer von weniger als drei Tagen erfolgt für viele dieser Fälle die Vergütung künftig über Hybrid-DRGs. Für diese Fälle wird die untere Grenzverweildauer und die MD-Argumentation um die medizinisch notwendige zweite Übernachtung im Krankenhaus obsolet. Dies gilt aber nicht für alle DRGs/Hybrid-DRGs. Fälle mit zwei Übernachtungen werden im Vergleich zur stationären Vergütung in den Hybrid-DRGs immer geringer vergütet. Aufgrund der konstanten Erlöse ist es wirtschaftlich günstig, die Verweildauer so kurz wie medizinisch vertretbar zu halten, um bei fixen Erlösen die Kosten so gering wie möglich zu gestalten.

KODIERUNG IM aG-DRG-SYSTEM

Der ICD-Katalog

Bei der Kodierung der Diagnosen wird nach dem ICD-System in der deutschen Modifikation verfahren. Die vollständige Systematik der ICD-Kodierung wird jährlich vom BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) veröffentlicht. Bei der Diagnosekodierung muss zwischen der Kodierung der Hauptdiagnose (nur eine Hauptdiagnose pro stationärem Behandlungsfall möglich) und der Kodierung von Nebendiagnosen (keine bis mehrere Nebendiagnosen pro Fall) unterschieden werden.

Die Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose eines Behandlungsfalles ist die, welche rückblickend bei Entlassung für die Veranlassung der stationären Aufnahme verantwortlich war. Insbesondere kommen hier die allgemeinen und die speziellen Kodierrichtlinien (DKR) in der Version 2026 zur Anwendung, welche für viele Standard- und Ausnahmesituationen die Kodierung regeln. Der korrekten Wahl der Hauptdiagnose kommt im G-DRG-System eine erhebliche Bedeutung zu, da eine falsch zugeordnete ICD-Kodierung nicht selten auch in die falsche Abrechnungspauschale mündet.

Die Nebendiagnosen

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

Der patientenbezogene Gesamtschweregrad (PCCL)

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

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

Prozedurenkodierung (OPS)

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

Die DRG-Gruppierung

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

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.

Bundesbasisfallwert

Der DRG-Fallpauschalenkatalog weist für jede bewertete DRG immer eine Bewertungsrelation aus. Damit ein Fall gegenüber den Kostenträgern abrechenbar wird, muss diese Bewertungsrelation mit dem für das jeweilige Bundesland zum Zeitpunkt der stationären

Aufnahme des Falles gültigen Landesbasisfallwert ausmultipliziert werden. Die Höhe der Landesbasisfallwerte ist dabei das Ergebnis von Verhandlungen der jeweiligen Organisationen auf Landesebene. Der Bundesbasisfallwert stellt keine Abrechnungsgrundlage per se dar, sondern dient der Definition eines Korridors um den rechnerischen Bundesbasisfallwert, in welchem die Landesbasisfallwerte liegen sollen. Seit dem Jahr 2021 besteht eine grundsätzliche Änderung für die Ermittlung des Bundesbasisfallwertes.

Aus diesem Grunde liegt zum Jahreswechsel 2025/26 noch kein aktueller Bundesbasisfallwert vor. Für die Gruppierungsbeispiele dieser Zusammenstellung werden Fälle mit Gruppierung im DRG-System des Jahres 2025 immer mit dem in diesem Jahr gültigen Bundesbasisfallwert bewertet. Dieser beläuft sich auf 4.394,22 €. Für das Jahr 2026 erfolgt behelfsweise eine Berechnung mit einem Basisfallwert, welcher durch eine Erhöhung des Vorjahreswertes aus 2025 um den voraussichtlichen Veränderungswert ermittelt wurde. Der Veränderungswert stand zum Erstellungszeitpunkt noch nicht fest.

Die geplante gesetzliche Absenkung war neben anderen Aspekten des Sparpaketes für das Gesundheitswesen noch in der Debatte, sodass hier vom „worst case“ mit einer Anhebung von lediglich 2,98% ausgegangen wird. Dies führt zum für Gruppierungen im DRG-System 2026 angewandten Basisfallwert von 4.525,17 €. 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 lediglich einer Verdeutlichung der aus den fixierten und endgültigen Bewertungsrelationen der DRGs resultierenden pekuniären Ergebnisse.

AORTENKLAPPE: CHIRURGISCHER ERSATZ

Diagnosekodierung gemäß ICD-10-GM 2026⁵

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

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

Prozedurenkodierung OPS 2026⁶

OPS	ERSATZ VON HERZKLAPPEN DURCH PROTHESE: AORTENKLAPPE	ERWORBENER KLAPPENFEHLER
5-351.01	Durch Allotransplantat	
5-351.02	Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	
5-351.03	Durch Xenotransplantat, stentless	
5-351.04	Durch Kunstprothese	
5-351.05	Durch selbstexpandierendes Xenotransplantat, nahtfrei	
5-351.06	Durch ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten	
5-351.07	Durch dezellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese	
5-351.08	Durch Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese	
5-351.09	Durch Xenotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese	
5-351.0a	Durch Kunstprothese mit klappentragender Gefäßprothese	
5-351.0b	Durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat (Ross-Op)	
5-351.0c	Durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungoplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Op)	
5-351.0d	Durch Autotransplantat und dezellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese (Ross-Op)	ERWORBENER KLAPPENFEHLER
5-351.0e	Durch Autotransplantat und dezellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese mit Erweiterungoplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Op)	
5-351.0f	Durch kalziumprotegiertes und glyzerolisiertes Xenotransplantat (Bioprothese)	

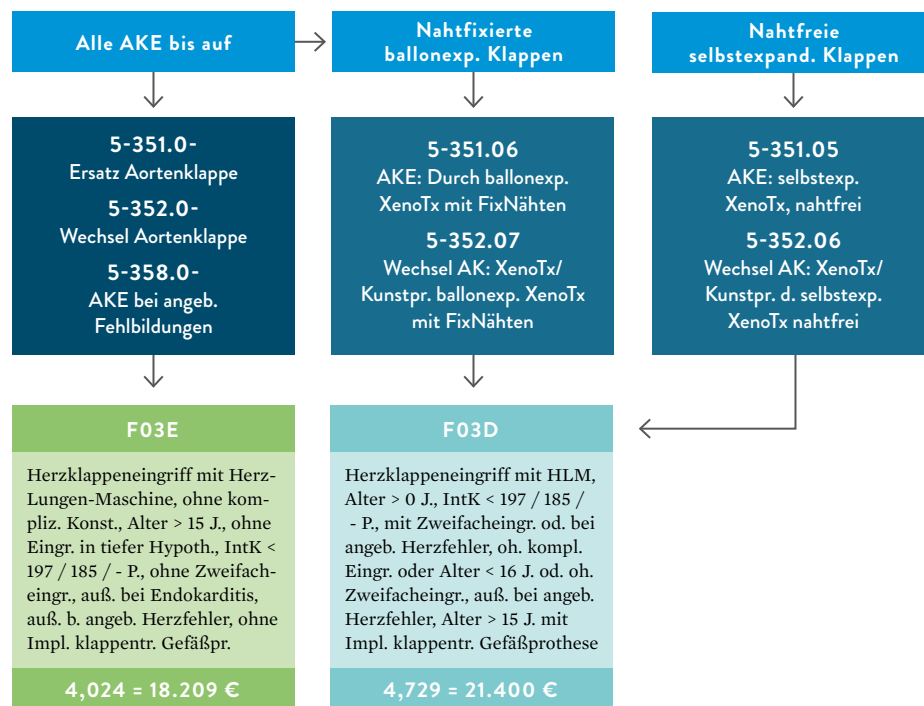
OPS	ERSATZ VON HERZKLAPPEN DURCH PROTHESE: AORTENKLAPPE	ERWORBENER KLAPPENFEHLER
5-351.0g	Durch kalziumprotegiertes und glyzerolisiertes Xenotransplantat, stentless	
5-351.0h	Durch selbstexpandierendes kalziumprotegiertes und glyzerolisiertes Xenotransplantat, nahtfrei	
5-351.0j	Durch ballonexpandierbares kalziumprotegiertes und glyzerolisiertes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten	
5-351.0k	Durch kalziumprotegiertes und glyzerolisiertes Xenotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese	
5-351.0m	Durch Autotransplantat und kalziumprotegiertes und glyzerolisiertes Xenotransplantat (Ross-Operation)	
5-351.0n	Durch Autotransplantat und kalziumprotegiertes und glyzerolisiertes Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)	
5-351.0x	Sonstige	

OPS	WECHSEL VON HERZKLAPPENPROTHESEN: AORTENKLAPPE	KLAPPENWECHSEL
5-352.00	Xenotransplantat durch Kunstprothese	
5-352.01	Kunstprothese durch Xenotransplantat	
5-352.02	Kunstprothese durch Kunstprothese	
5-352.03	Xenotransplantat durch Xenotransplantat	
5-352.04	Xenotransplantat/Kunstprothese durch Kunstprothese mit klappentragender Gefäßprothese	
5-352.06	Xenotransplantat/Kunstprothese durch selbstexpandierendes Xenotransplantat, nahtfrei	
5-352.07	Xenotransplantat/Kunstprothese durch ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten	
5-352.08	Xenotransplantat/Kunstprothese durch dezellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese	
5-352.09	Dezellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese durch dezellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese	
5-352.0a	Xenotransplantat/Kunstprothese durch Xenotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese	
5-352.0b	Xenotransplantat/Kunstprothese durch Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese	
5-352.0c	Kunstprothese durch kalziumprotegiertes und glyzerolisiertes Xenotransplantat	
5-352.0d	Xenotransplantat durch kalziumprotegiertes und glyzerolisiertes Xenotransplantat	
5-352.0e	Xenotransplantat/Kunstprothese durch selbstexpandierendes kalziumprotegiertes und glyzerolisiertes Xenotransplantat, nahtfrei	
5-352.0f	Xenotransplantat/Kunstprothese durch ballonexpandierbares kalziumprotegiertes und glyzerolisiertes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten	
5-352.0g	Xenotransplantat/Kunstprothese durch kalziumprotegiertes und glyzerolisiertes Xenotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese	
5-352.0x	Sonstige	

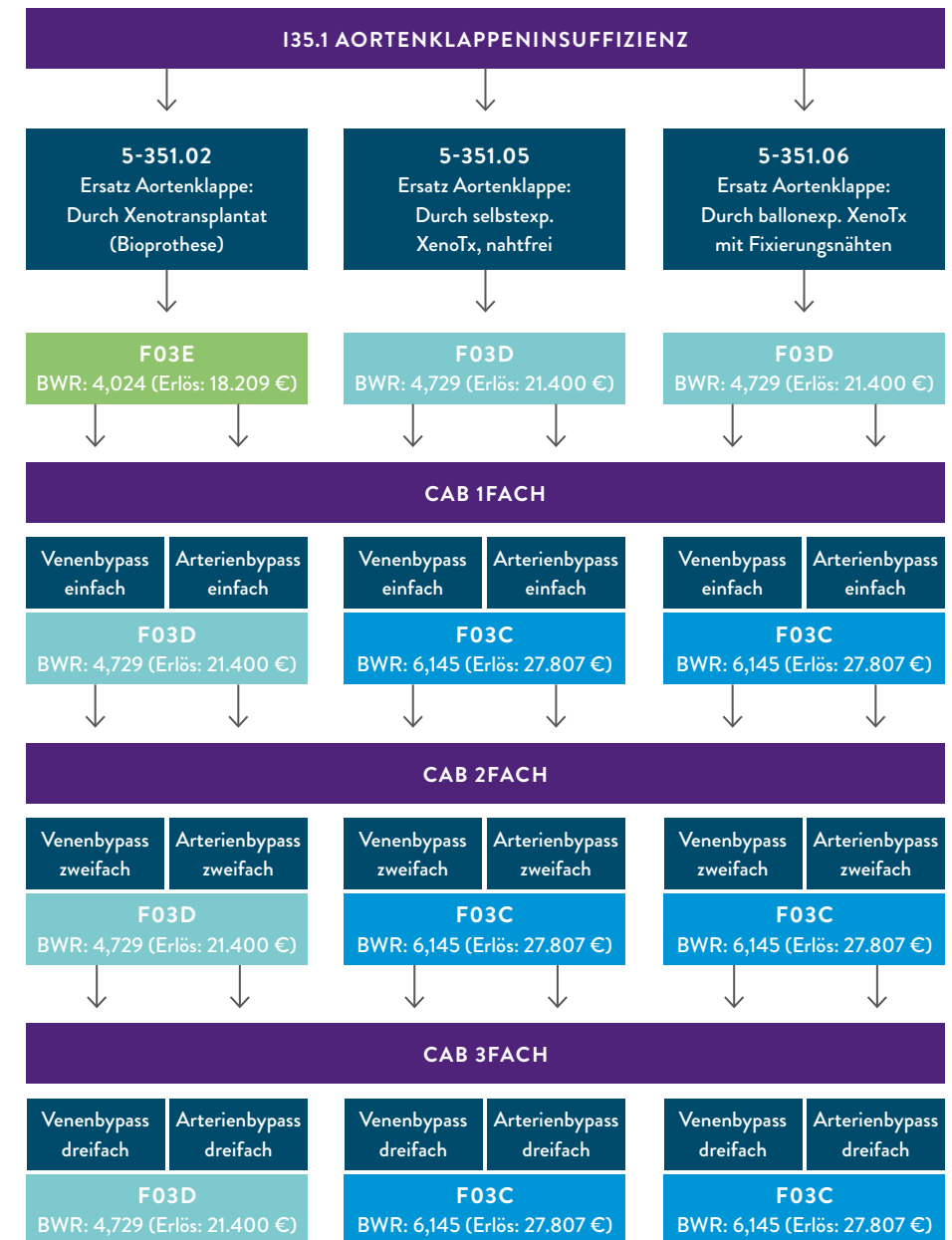
OPS	OPERATIONEN BEI KONGENITALEN KLAPPENANOMALIEN DES HERZENS: AORTENKLAPPE	ANGEBORENER KLAPPENFEHLER
5-358.00	Klappenrekonstruktion	
5-358.01	Klappenersatz durch Allotransplantat	
5-358.02	Klappenersatz durch Xenotransplantat (Bioprothese)	
5-358.03	Klappenersatz durch Xenotransplantat, stentless	
5-358.04	Klappenersatz durch Kunstprothese	
5-358.06	Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat (Ross-Op)	
5-358.07	Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Op)	
5-358.08	Valvulotomie, offen chirurgisch	
5-358.09	Klappenersatz durch dezellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese	
5-358.0a	Klappenersatz durch Xenotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese	
5-358.0b	Klappenersatz durch Kunstprothese mit klappentragender Gefäßprothese	
5-358.0c	Klappenersatz durch Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese	
5-358.0d	Klappenersatz durch Autotransplantat und dezellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese (Ross-Op)	
5-358.0e	Klappenersatz durch Autotransplantat und dezellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens	
5-358.0f	Klappenersatz durch kalziumprotegiertes und glyzerolisiertes Xenotransplantat (Bioprothese)	
5-358.0g	Klappenersatz durch kalziumprotegiertes und glyzerolisiertes Xenotransplantat, stentless	
5-358.0h	Klappenersatz durch Autotransplantat und kalziumprotegiertes und glyzerolisiertes Xenotransplantat (Ross-Operation)	
5-358.0j	Aortenklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und kalziumprotegiertes und glyzerolisiertes Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens	
5-358.0k	Klappenersatz durch kalziumprotegiertes und glyzerolisiertes Xenotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese	
5-358.0x	Sonstige	

- Die Eingruppierung des chirurgischen Klappenersatzes bzw. Klappenwechsels erfolgt unabhängig von der gewählten Hauptdiagnose.
- Voraussetzung ist lediglich eine Hauptdiagnose aus dem Bereich der kardialen Erkrankungen, da ansonsten der Zugang zur Hauptdiagnosekategorie 05 (MDC05) nicht gegeben ist.
- Die Wahl des OPS-Kodes für den Herzklappenersatz bleibt ebenfalls für die aG-DRG-Gruppierung ohne Relevanz. Es wird nicht zwischen Implantation oder Wechsel unterschieden. Ausnahmen bilden auch weiterhin selbst- bzw. ballonexpandierende Klappensysteme mit oder ohne Fixierungsnähten
- Relevant sind die Anzahl eingebrachter Herzklappen, sowie zusätzliche Leistungen (koronarer Bypass etc.), sowie bei der Implantation mehrerer Herzklappen oder in der Kombination mit koronaren Bypassen nahtfixierte Herzklappen.

Offen chirurgischer Eingriff⁷



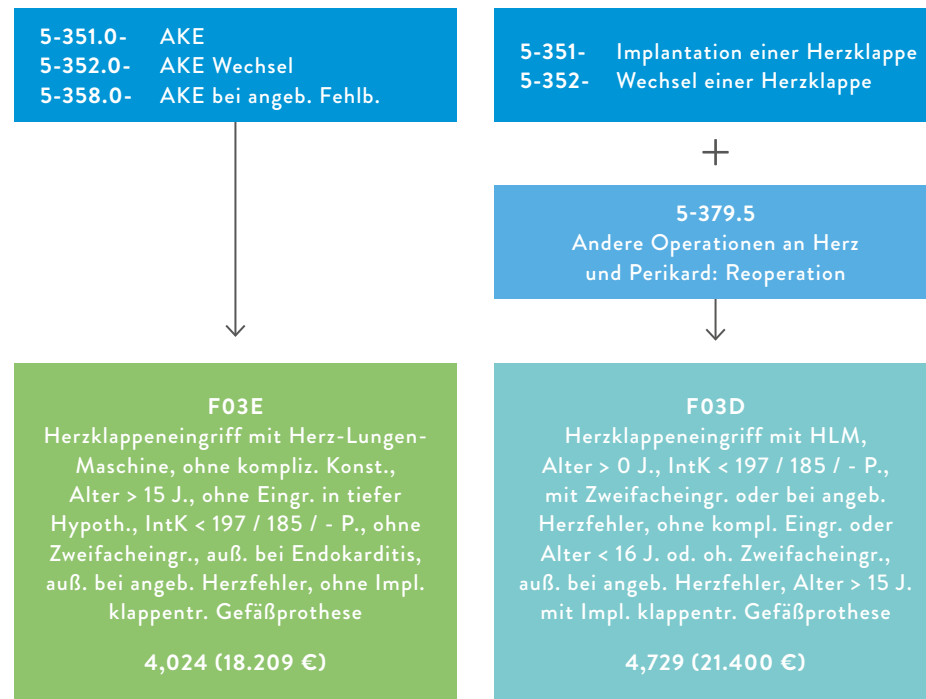
Sonderfall nahtfixierte Klappen



Hier fand letztmalig für das aG-DRG-System 2024 eine Abwertung der Kombination von nahtfixierten Klappen und Venenbypässen statt. Damit werden nahtfreie und nahtfixierte Klappen weiterhin höher vergütet als „normale“ Herzklappenprothesen. Dieser Umstand ist aufgrund der höheren Kosten der Implantate auch nachvollziehbar.

Eine Erlösdifferenz zwischen nahtfreien und nahtfixierten Klappen besteht im Fall des Kombinationseingriffs und auch sonst seit dem DRG-System 2024 nicht mehr.

Re-Operation an Herzklappen



Altes Problem der Re-Operation:

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

AORTENKLAPPE: TRANSKATHETER ERSATZ

Diagnosekodierung gemäß ICD-10-GM 2026

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

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

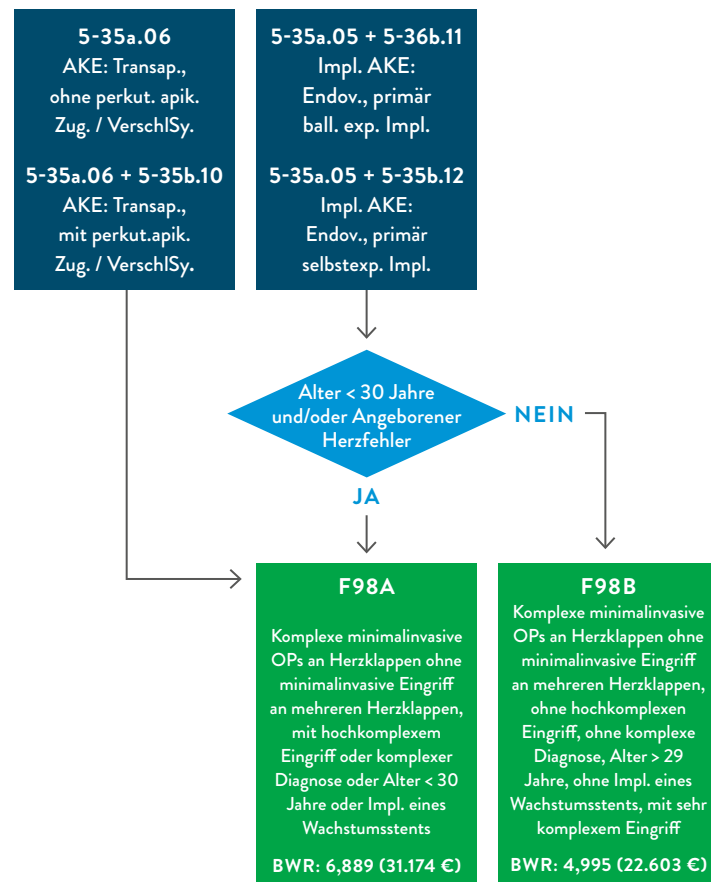
Prozedurenkodierung OPS 2026

MINIMALINVASIVER AORTENKLAPPENERSATZ		ZUSATZKODIERUNG	
5-35a.06	Transapikal		Kein Zusatzcode
5-35a.06	Transapikal	+	5-35b.10 Anwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystems
5-35a.05	Endovaskulär	+	5-35b.11 Anwendung eines primär ballon-expandierbaren Implantates
5-35a.05	Endovaskulär	+	5-35b.12 Anwendung eines primär selbst-expandierenden Implantates

Weitere Zusatzcodes im Zusammenhang mit minimalinvasivem Aortenklappenersatz finden sich ebenfalls im OPS-Katalog, wobei die Anwendung eines kalziumprotegierten und glyzerolisierten Xenotransplantates und die Anwendung der Valve-in-valve-Technik im Jahr 2025 neu eingeführt wurden.

ICD	Zusatzinformationen zu Operationen an Herzklappen:
5-35b.13	Anwendung spezieller Methoden bei minimalinvasivem Aortenklappenersatz: Anwendung eines kalziumprotegierten und glyzerolisierten Xenotransplantates
5-35b.14	Anwendung spezieller Methoden bei minimalinvasivem Aortenklappenersatz: Anwendung der Valve-in-valve-Technik
5-35b.1x	Anwendung spezieller Methoden bei minimalinvasivem Aortenklappenersatz: Sonstige

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle – Transkatheter Aortenklappenersatz



Keine Abhängigkeit der aG-DRG-Gruppierung von der Hauptdiagnose

- Auch hier letztlich nur Diagnose aus dem Bereich der Herzerkrankungen erforderlich, um die MDC05 zu erreichen
- Alle transapikalen Eingriffe werden immer direkt in die aG-DRG F98A eingruppiert.
- Eine Steigerung des Erlöses ist in der Praxis nur noch durch Beatmungen oder bestimmte kombinierte Klappenersatzeingriffe möglich.
- Auch eine intensivmedizinische Komplexbehandlung mit hoher Punktzahl ist zu einer Aufwertung in der Lage.

MITRALKLAPPE: CHIRURGISCHER ERSATZ

Diagnosekodierung gemäß ICD-10-GM 2026

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

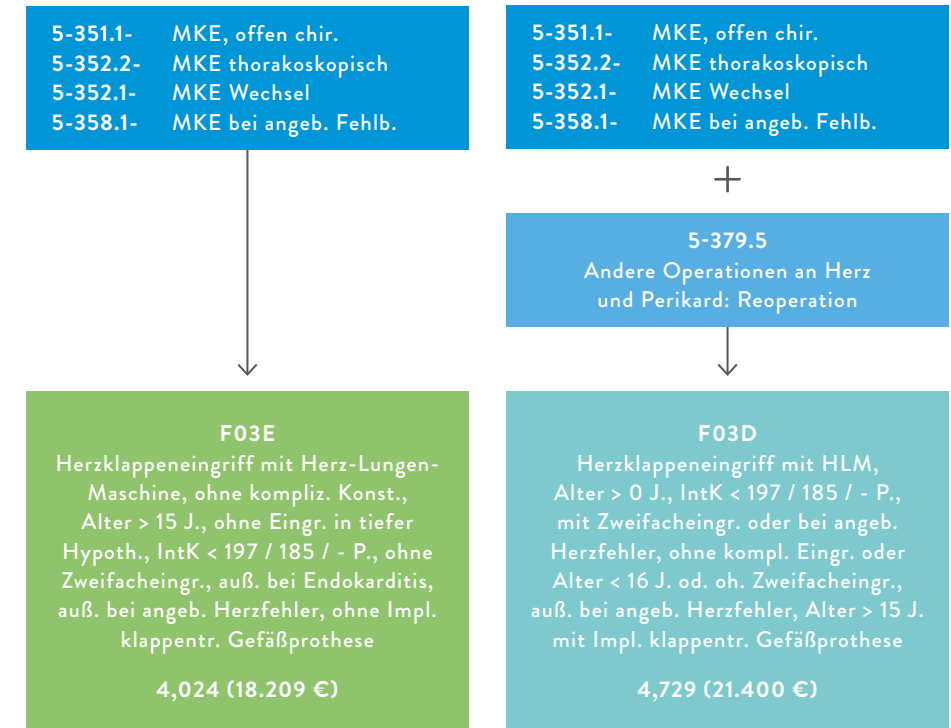
Prozedurenkodierung OPS 2026

OPS	ERSATZ VON HERZKLAPPEN DURCH PROTHESE: MITRALKLAPPE	ERWORBENER KLAPPENFEHLER
5-351.11	offen chirurgisch: Durch Allotransplantat	
5-351.12	offen chirurgisch: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	
5-351.13	offen chirurgisch: Durch Xenotransplantat, stentless	
5-351.14	offen chirurgisch: Durch Kunstprothese	
5-351.1f	offen chirurgisch: Durch kalziumprotegiertes und glyzerolisiertes Xenotransplantat (Bioprothese)	
5-351.1g	offen chirurgisch: Durch kalziumprotegiertes und glyzerolisiertes Xenotransplantat, stentless	
5-351.1x	offen chirurgisch: Sonstige	
5-351.21	thorakoskopisch: Durch Allotransplantat	
5-351.22	thorakoskopisch: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	
5-351.23	thorakoskopisch: Durch Xenotransplantat, stentless	
5-351.24	thorakoskopisch: Durch Kunstprothese	
5-351.2f	thorakoskopisch: Durch kalziumprotegiertes und glyzerolisiertes Xenotransplantat (Bioprothese)	
5-351.2g	thorakoskopisch: Durch kalziumprotegiertes und glyzerolisiertes Xenotransplantat, stentless	
5-351.2x	thorakoskopisch: Sonstige	

OPS	OPERATIONEN BEI KONGENITALEN KLAPPENANOMALIEN DES HERZENS: MITRALKLAPPE	KLAPPENWECHSEL
5-352.10	Xenotransplantat durch Kunstprothese	
5-352.11	Kunstprothese durch Xenotransplantat	
5-352.12	Kunstprothese durch Kunstprothese	
5-352.13	Xenotransplantat durch Xenotransplantat	
5-352.1c	Kunstprothese durch kalziumprotegiertes und glyzerolisiertes Xenotransplantat	
5-352.1d	Xenotransplantat durch kalziumprotegiertes und glyzerolisiertes Xenotransplantat	
5-352.1x	Sonstige	

OPS	WECHSEL VON HERZKLAPPENPROTHESEN: MITRALKLAPPE	ANGEBORENER KLAPPENFEHLER
5-358.10	Klappenrekonstruktion	
5-358.11	Klappenersatz durch Allotransplantat	
5-358.12	Klappenersatz durch Xenotransplantat (Bioprothese)	
5-358.13	Klappenersatz durch Xenotransplantat, stentless	
5-358.14	Klappenersatz durch Kunstprothese	
5-358.18	Valvulotomie, offen chirurgisch	
5-358.1a	Klappenersatz durch Xenotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese	
5-358.1b	Klappenersatz durch Kunstprothese mit klappentragender Gefäßprothese	
5-358.1c	Klappenersatz durch Allotransplantat mit klappentr. Gefäßprothese	
5-358.1f	Klappenersatz durch kalziumprotegiertes und glyzerolisiertes Xenotransplantat (Bi-oprothese)	
5-358.1g	Klappenersatz durch kalziumprotegiertes und glyzerolisiertes Xenotransplantat, stentless	
5-358.1k	Klappenersatz durch kalziumprotegiertes und glyzerolisiertes Xenotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese	
5-358.1x	Sonstige	

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



MITRALKLAPPE: CHIRURGISCHE REKONSTRUKTION

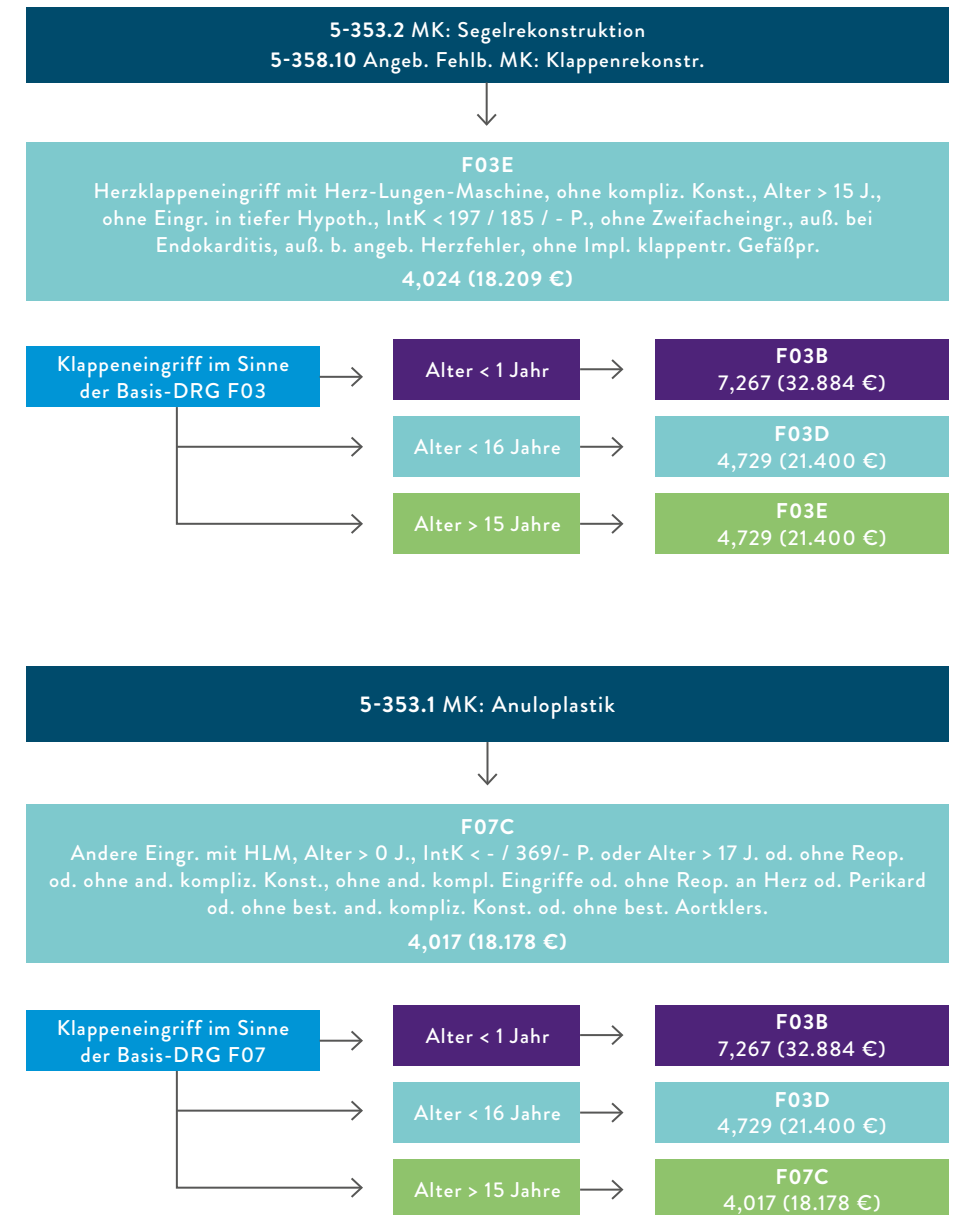
Diagnosekodierung gemäß ICD-10-GM 2026

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

Prozedurenkodierung OPS 2026

OPS	TEXT
5-353.1	Valvuloplastik: Mitralklappe, Anuloplastik
5-353.2	Valvuloplastik: Mitralklappe, Segelrekonstruktion
5-354.12	Andere Operationen an Herzklappen: Mitralklappe: Rekonstruktion Chordae tendineae und/oder Papillarmuskeln
5-358.10	Mitralklappe: Klappenrekonstruktion

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



5-354.12 MK: Reko- Chordae tend./ PapMusk

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

2,099 (9.498 €)

Klappeneingriff im Sinne der Basis-DRG F09

Alter < 16 Jahre

F09A

3,239 (14.657 €)

Alter > 15 Jahre

F09C

2,099 (9.498 €)

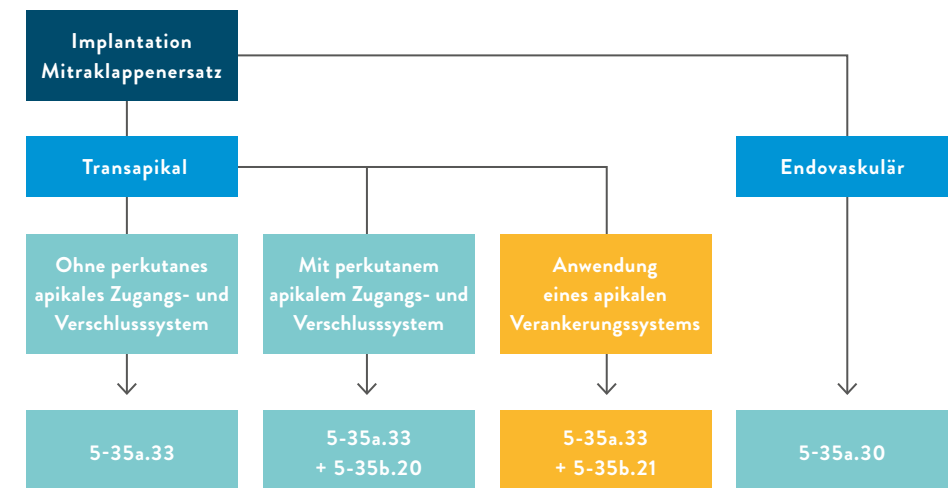
Dabei ist zu beachten, dass die Zugangskriterien für die Basis-DRG F07 für das DRG-Jahr 2026 weiter deutlich reduziert wurden. Bestimmte rekonstruktive Eingriffe gelangen daher nur noch in die Basis-DRG F09.

MITRALKLAPPE: TRANSKATHETER ERSATZ

Diagnosekodierung gemäß ICD-10-GM 2026

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

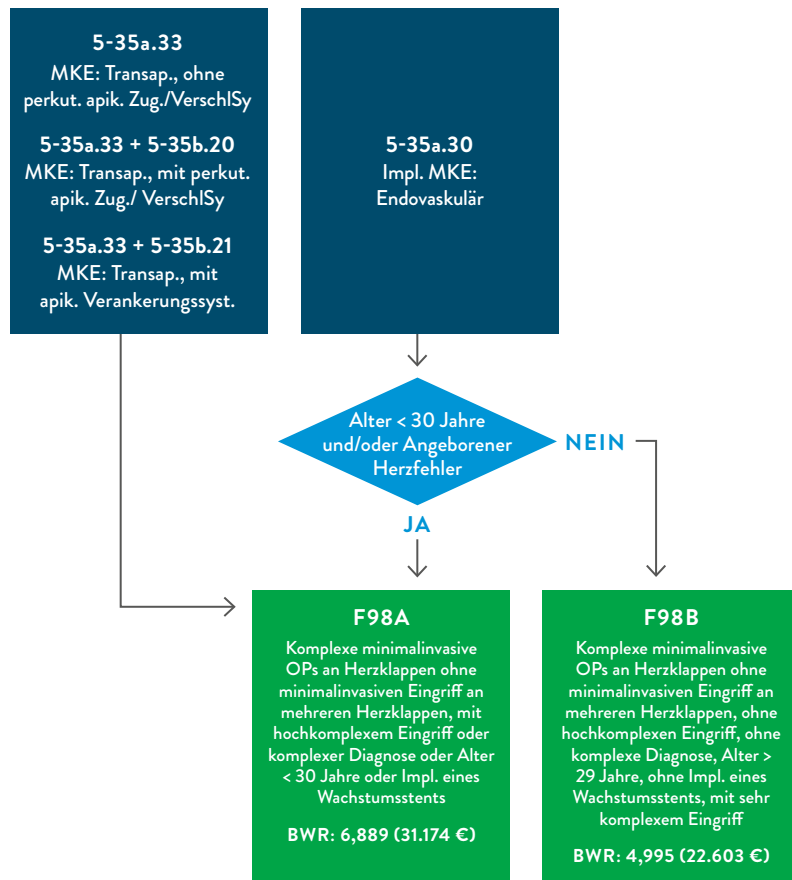
Prozedurenkodierung OPS 2026



Die OPS-Kodierung der minimalinvasiven Eingriffe hat sich dabei gemäß der bereits dargestellten Logik seit dem Jahr 2025 geändert. Insbesondere ist hier auf die ggf. erforderlichen Zusatz-OPS-Kodes zu achten. Im Zusammenhang mit den minimalinvasiven Eingriffen an der Mitralklappe existieren Zusatz-OPS-Kodes, wobei die Anwendung eines kalziumprotegierten und glyzerolisierten Xenotransplantates und die Anwendung der Valve-in-valve-Technik seit 2025 neu eingeführt wurden.

OPS	ZUSATZINFORMATIONEN ZU OPERATIONEN AN HERZKLAPPEN
5-35b.20	Anwendung spezieller Methoden bei minimalinvasivem Mitralklappenersatz: Anwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystems
5-35b.21	Anwendung spezieller Methoden bei minimalinvasivem Mitralklappenersatz: Anwendung eines apikalen Verankerungssystems
5-35b.22	Anwendung spezieller Methoden bei minimalinvasivem Mitralklappenersatz: Anwendung eines kalziumprotegierten und glyzerolierten Xenotransplantates
5-35b.23	Anwendung spezieller Methoden bei minimalinvasivem Mitralklappenersatz: Anwendung der Valve-in-valve-Technik
5-35b.2x	Anwendung spezieller Methoden bei minimalinvasivem Mitralklappenersatz: Sonstige

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle

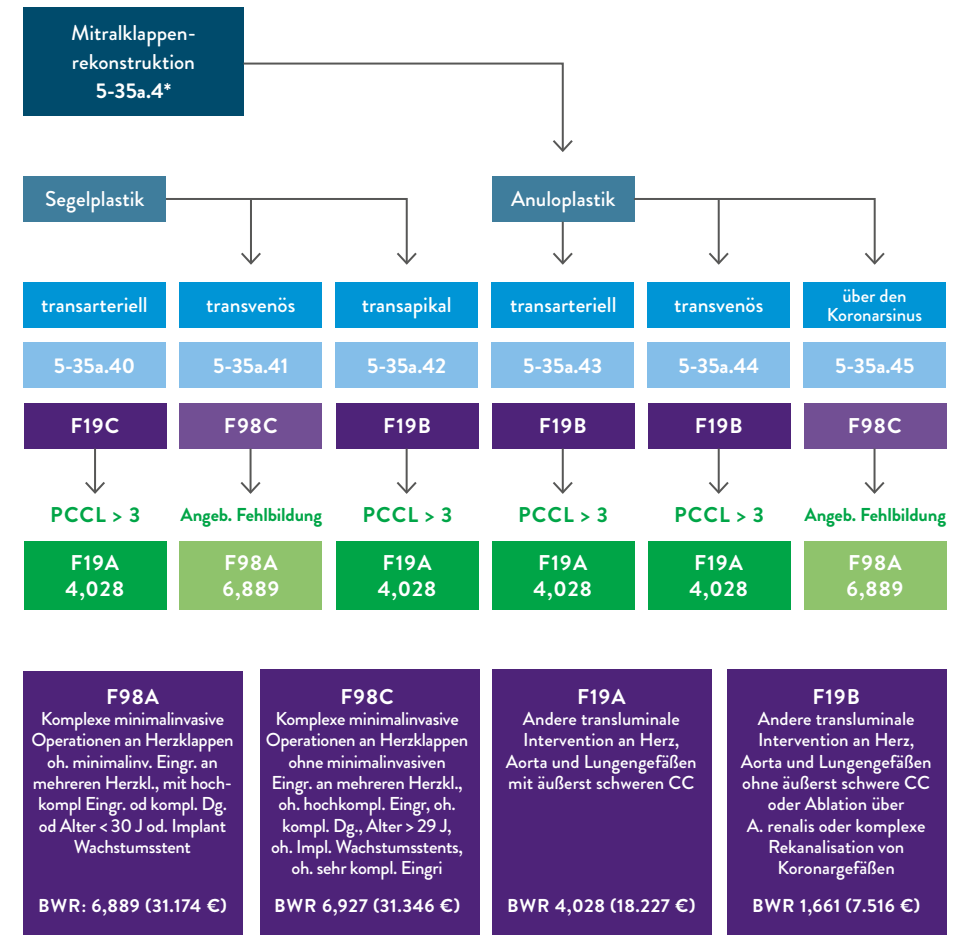


MITRALKLAPPE: TRANSKATHETER REKONSTRUKTION

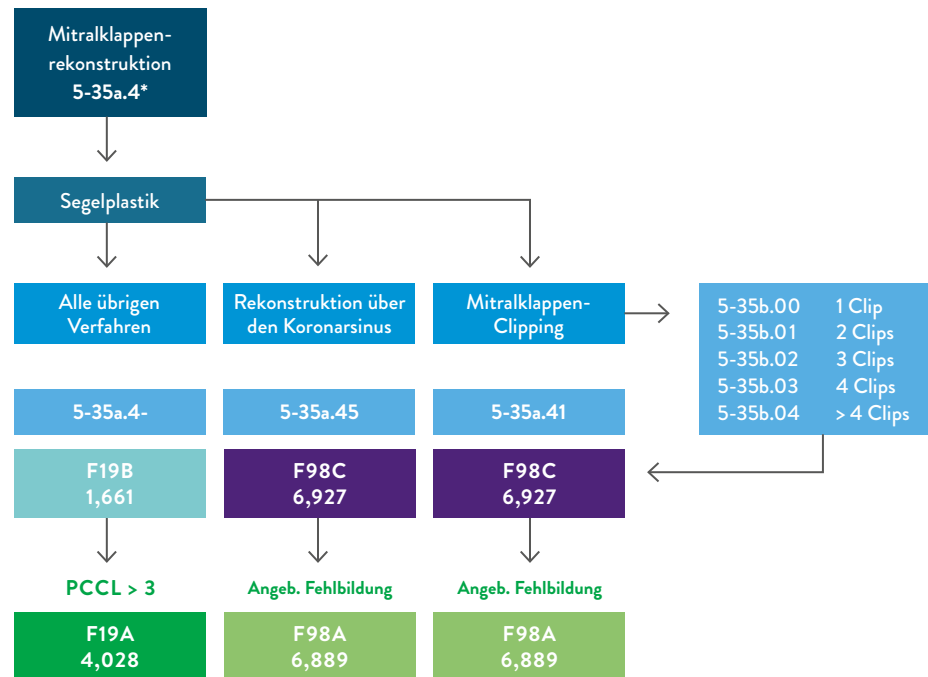
Diagnosekodierung gemäß ICD-10-GM 2026

siehe Diagnosekodierung Seite 31

Gruppierungsalgorithmus MK-Rekonstruktion



Sonderfall Mitralklappenrekonstruktion

TRIKUSPIDALKLAPPE:
CHIRURGISCHER
ERSATZ

Diagnosekodierung gemäß ICD-10-GM 2026

ICD	TEXT
107.0	Trikuspidalklappenstenose
107.1	Trikuspidalklappeninsuffizienz
107.2	Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz
I36.0	Nicht rheumatische Trikuspidalklappenstenose
I36.1	Nicht rheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz
I36.2	Nicht rheumatische Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz
Q22.4	Angeborene Trikuspidalklappenstenose

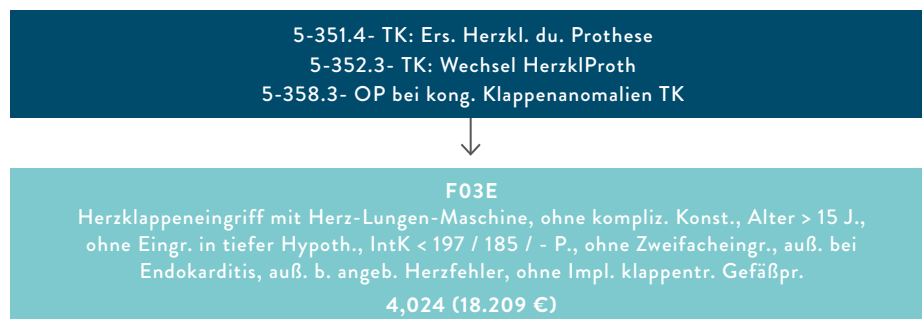
Prozedurenkodierung gemäß ICD-10-GM 2026

OPS	TEXT	ERWORBENER KLAPPENFEHLER
5-351.41	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Trikuspidalklappe: Durch Allotransplantat	
5-351.42	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Trikuspidalklappe: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	
5-351.43	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Trikuspidalklappe: Durch Xenotransplantat, stentless	
5-351.44	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Trikuspidalklappe: Durch Kunstprothese	
5-351.4x	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Trikuspidalklappe: Sonstige	

OPS	TEXT	KLAPPENWECHSEL
5-352.30	Wechsel von Herzklappenprothesen: Trikuspidalklappe: Xenotransplantat durch Kunstprothese	
5-352.31	Wechsel von Herzklappenprothesen: Trikuspidalklappe: Kunstprothese durch Xenotransplantat	
5-352.32	Wechsel von Herzklappenprothesen: Trikuspidalklappe: Kunstprothese durch Kunstprothese	
5-352.33	Wechsel von Herzklappenprothesen: Trikuspidalklappe: Xenotransplantat durch Xenotransplantat	
5-352.3x	Wechsel von Herzklappenprothesen: Trikuspidalklappe: Sonstige	

OPS	TEXT	ANGEBORENER KLAPPENFEHLER
5-358.31	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Trikuspidalklappe: Klappenersatz durch Allotransplantat	
5-358.32	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Trikuspidalklappe: Klappenersatz durch Xenotransplantat (Bioprothese)	
5-358.33	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Trikuspidalklappe: Klappenersatz durch Xenotransplantat, stentless	
5-358.34	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Trikuspidalklappe: Klappenersatz durch Kunstprothese	
5-358.3a	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Trikuspidalklappe: Klappenersatz durch Xenotransplantat mit klappen-tragender Gefäßprothese	
5-358.3b	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Trikuspidalklappe: Klappenersatz durch Kunstprothese mit klappentra-gender Gefäßprothese	
5-358.3c	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Trikuspidalklappe: Klappenersatz durch Allotransplantat mit klappen-tragender Gefäßprothese	

DRG-Gruppierung offen chirurgischer Ersatz der Trikuspidalklappe



TRIKUSPIDALKLAPPE: ENDOVASKULÄRER ERSATZ

Diagnosekodierung gemäß ICD-10-GM 2026

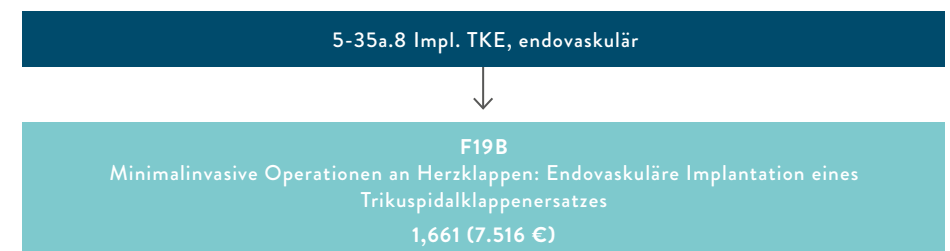
ICD	TEXT
I07.0	Trikuspidalklappenstenose
I07.1	Trikuspidalklappeninsuffizienz
I07.2	Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz
I36.0	Nicht rheumatische Trikuspidalklappenstenose
I36.1	Nicht rheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz
I36.2	Nicht rheumatische Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz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

Prozedurenkodierung gemäß ICD-10-GM 2026

OPS	TEXT
5-35a.8	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Endovaskuläre Implantation eines Trikuspidalklappenersatzes

Der OPS-Code für den endovaskulären Klappenersatz an der Trikuspidalklappe wurde mit dem OPS-Katalog 2025 neu eingeführt. Dem Verfahren wurde vom InEK für das Jahr 2025 der NUB-Status 1 verliehen, sodass Verhandlungen vor Ort mit den Kostenträgern für Kliniken mit Antragstellung möglich sind.

DRG-Gruppierung endovaskulärer Ersatz der Trikuspidalklappe



TRIKUSPIDALKLAPPE: CHIRURGISCHE REKONSTRUKTION

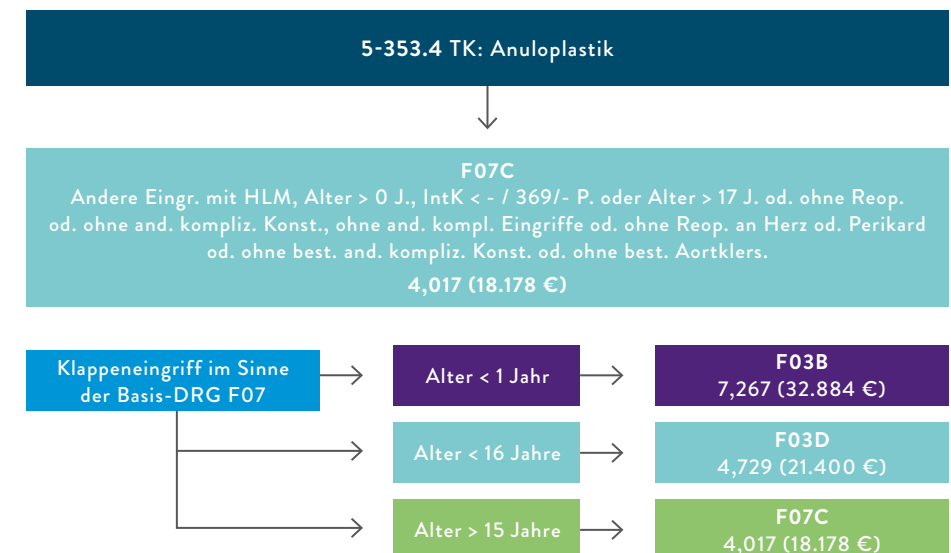
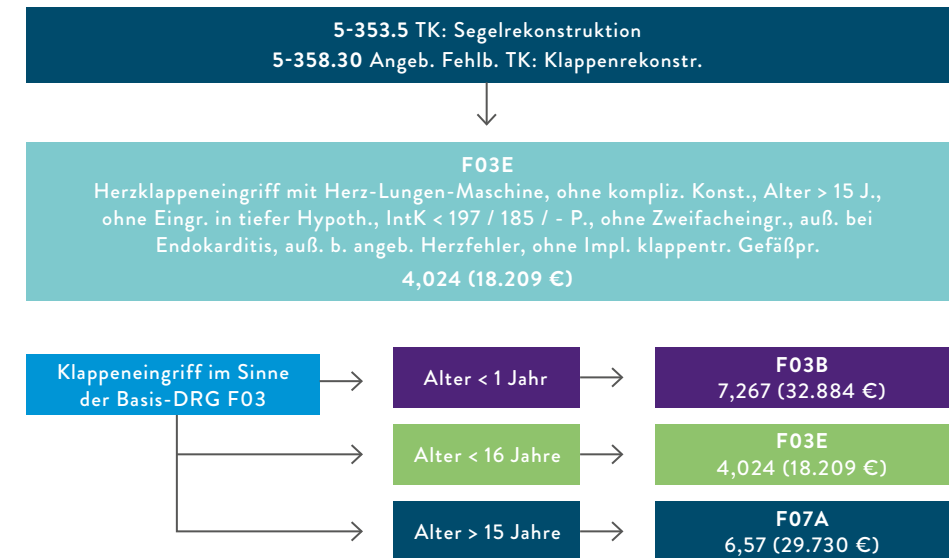
Diagnosekodierung gemäß ICD-10-GM 2026

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

Prozedurenkodierung OPS 2026

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

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



5-354.32 TK: Reko. Chordae tend./PapMusk



F07C

Andere Eingr. mit HLM, Alter > 0 J., IntK < - / 369/- P. oder Alter > 17 J. od. ohne Reop. od. ohne and. kompliz. Konst., ohne and. kompl. Eingriffe od. ohne Reop. an Herz od. Perikard od. ohne best. and. kompliz. Konst. od. ohne best. Aortklers.

4,017 (18.178 €)

Klappeneingriff im Sinne
der Basis-DRG F09



Alter < 1 Jahr



F07A

6,57 (29.730 €)

Alter > 1 Jahr



F07C

4,017 (18.178 €)

TRIKUSPIDALKLAPPE: TRANSKATHETER REKONSTRUKTION

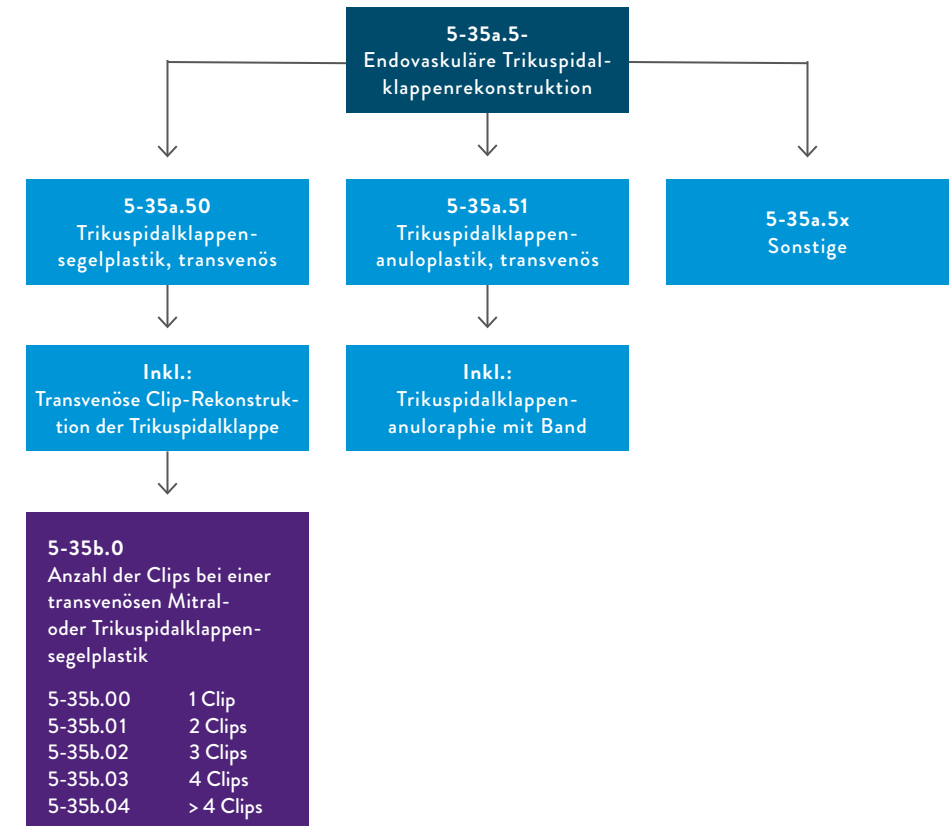
Diagnosekodierung gemäß ICD-10-GM 2026

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

Prozedurenkodierung OPS 2026

OPS	TEXT
5-35a.50	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Endovaskuläre Trikuspidalklappenrekonstruktion: Trikuspidalklappensegelplastik, transvenös
5-35a.51	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Endovaskuläre Trikuspidalklappenrekonstruktion: Trikuspidalklappenanuloplastik, transvenös
5-35a.5x	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Endovaskuläre Trikuspidalklappenrekonstruktion: Sonstige

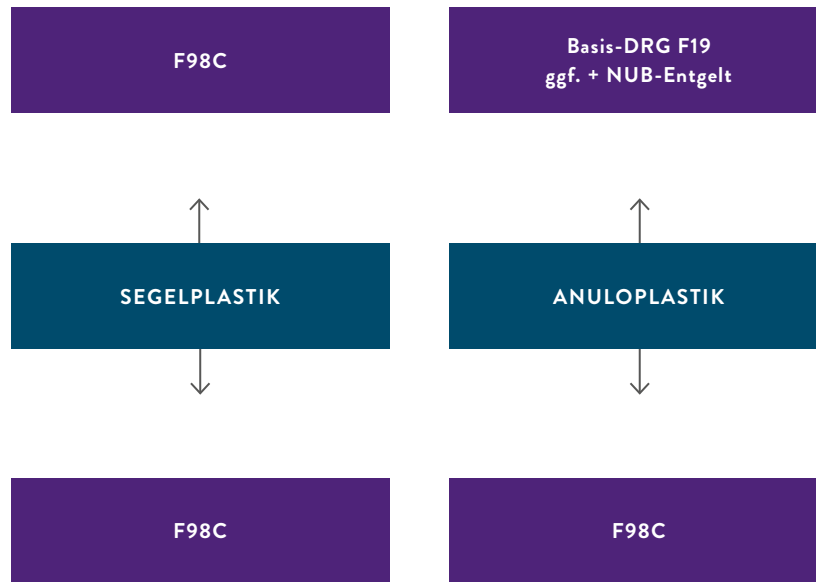
Für die Kodierung der Prozeduren der endovaskulären Trikuspidalklappenrekonstruktion stehen getrennte OPS-Kodes für die Segelplastik (Clip) und die Anuloplastik (Band) zur Verfügung.



Die Gruppierung der beiden OPS-Kodes erfolgt identisch und damit für beide Techniken in die aG-DRG F98C.

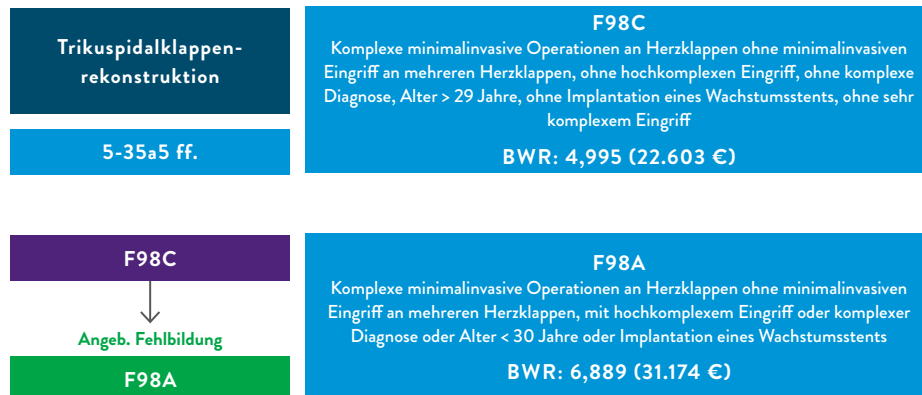
Das führt weiterhin zu einer Situation, in welcher die Clip-Technik an der Mitralklappe und an der Trikuspidalklappe in die aG-DRG F98C eingruppiert werden, während die Band-Rekonstruktionen an der Mitralklappe in die Basis-DRG F19 zzgl. ggf. NUB-Entgelt und die Clip-Rekonstruktionen abweichend wieder in die F98C gelangen.

MITRALKLAPPE



TRIKUSPIDALKLAPPE

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



PULMONALKLAPPE: CHIRURGISCHE REKONSTRUKTION

Diagnosekodierung gemäß ICD-10-GM 2026

ICD	ICD-TEXT
I37.0	Pulmonalklappenstenose
I37.1	Pulmonalklappeninsuffizienz
I37.2	Pulmonalklappenstenose mit Insuffizienz
I37.8	Sonstige Pulmonalklappenkrankheiten
I37.9	Pulmonalklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet

Prozedurenkodierung gemäß ICD-10-GM 2026

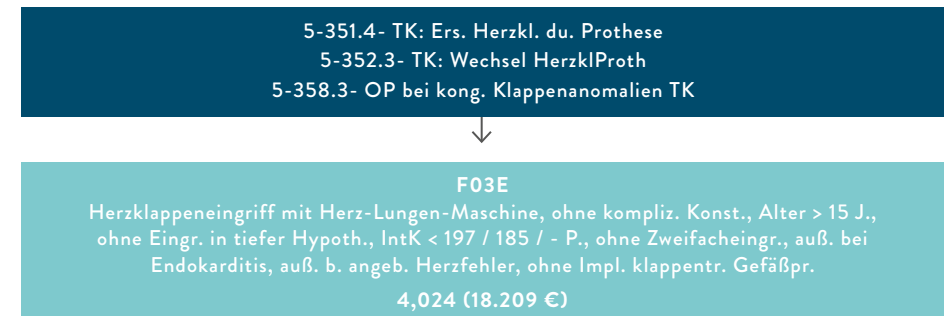
OPS	TEXT	ERWORBENER KLAPPENFEHLER
5-351.31	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Pulmonalklappe: Durch Allotransplantat	
5-351.32	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Pulmonalklappe: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)	
5-351.33	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Pulmonalklappe: Durch Xenotransplantat, stentless	
5-351.34	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Pulmonalklappe: Durch Kunstprothese	
5-351.37	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Pulmonalklappe: Durch de-zellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese	
5-351.38	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Pulmonalklappe: Durch Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese	
5-351.39	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Pulmonalklappe: Durch Xenotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese	
5-351.3a	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Pulmonalklappe: Durch Kunstprothese mit klappentragender Gefäßprothese	
5-351.3x	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Pulmonalklappe: Sonstige	

OPS	TEXT	KLAPPENWECHSEL
5-352.20	Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Xenotransplantat durch Kunstprothese	
5-352.21	Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Kunstprothese durch Xenotransplantat	
5-352.22	Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Kunstprothese durch Kunstprothese	
5-352.23	Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Xenotransplantat durch Xenotransplantat	
5-352.24	Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Xenotransplantat/Kunstprothese durch Kunstprothese mit klappentragender Gefäßprothese	
5-352.28	Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Xenotransplantat/Kunstprothese durch dezellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese	
5-352.29	Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Dezellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese durch dezellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese	
5-352.2a	Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Xenotransplantat/Kunstprothese durch Xenotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese	
5-352.2b	Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Xenotransplantat/Kunstprothese durch Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese	
5-352.2x	Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Sonstige	

OPS	TEXT	ANGEBORENER KLAPPENFEHLER
5-358.21	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenersatz durch Allotransplantat	
5-358.22	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenersatz durch Xenotransplantat (Bioprothese)	
5-358.23	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenersatz durch Xenotransplantat, stentless	
5-358.24	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenersatz durch Kunstprothese	
5-358.29	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenersatz durch dezellularisiertes Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese	

OPS	TEXT	ANGEBORENER KLAPPENFEHLER
5-358.2a	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenersatz durch Xenotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese	
5-358.2b	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenersatz durch Kunstprothese mit klappentragender Gefäßprothese	
5-358.2c	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenersatz durch Allotransplantat mit klappentragender Gefäßprothese	
5-358.2x	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Sonstige	

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



PULMONALKLAPPE: ENDOVASKULÄRER ERSATZ

Diagnosekodierung gemäß ICD-10-GM 2026

ICD	ICD-TEXT
I37.0	Pulmonalklappenstenose
I37.1	Pulmonalklappeninsuffizienz
I37.2	Pulmonalklappenstenose mit Insuffizienz
I37.8	Sonstige Pulmonalklappenkrankheiten
I37.9	Pulmonalklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet

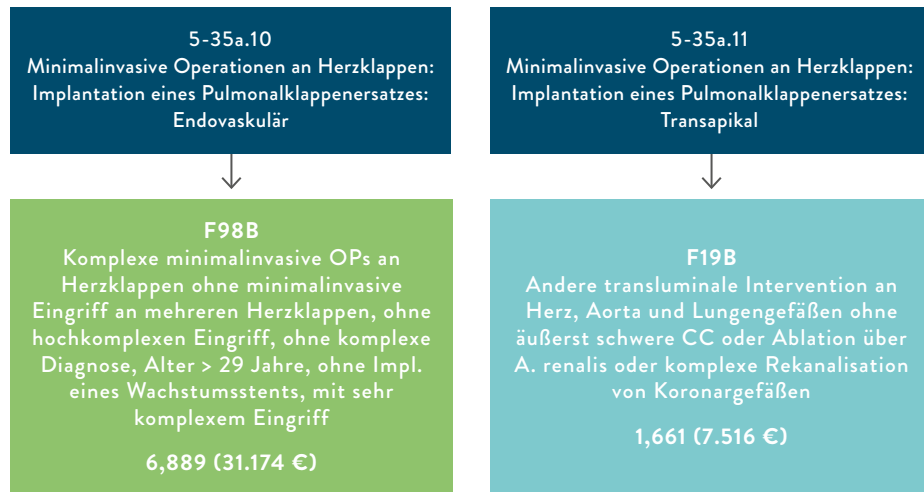
Prozedurenkodierung OPS 2026

OPS	TEXT
5-35a.10	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Implantation eines Pulmonalklappenersatzes: Endovaskulär
5-35a.11	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Implantation eines Pulmonalklappenersatzes: Transapikal

Zu den OPS-Kodes für die minimalinvasiven Eingriffe an der Pulmonalklappe existieren seit dem OPS-Katalog 2026 Zusatzkodes.

OPS	ZUSATZINFORMATIONEN ZU OPERATIONEN AN HERZKLAPPEN:
5-35b.30	Anwendung spezieller Methoden bei minimalinvasivem Pulmonalklappenersatz: Anwendung eines ballonexpandierbaren Implantates
5-35b.31	Anwendung spezieller Methoden bei minimalinvasivem Pulmonalklappenersatz: Anwendung eines selbstexpandierenden Implantates
5-35b.32	Anwendung spezieller Methoden bei minimalinvasivem Pulmonalklappenersatz: Anwendung der Valve-in-valve-Technik
5-35b.3x	Anwendung spezieller Methoden bei minimalinvasivem Pulmonalklappenersatz: Sonstige

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



PULMONALKLAPPE: OFFEN CHIRURGISCHE REKONSTRUKTION

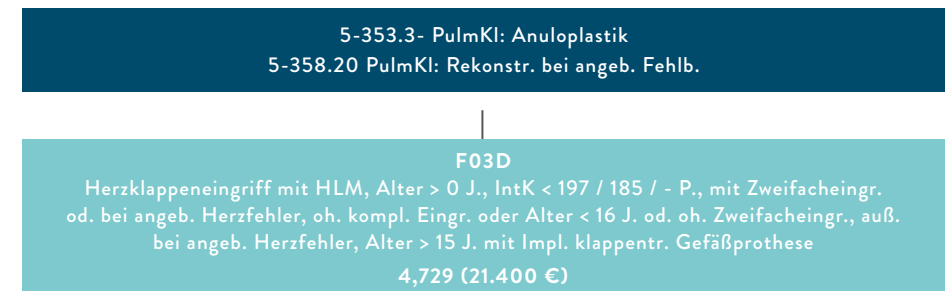
Diagnosekodierung gemäß ICD-10-GM 2026

ICD	TEXT
I37.0	Pulmonalklappenstenose
I37.1	Pulmonalklappeninsuffizienz
I37.2	Pulmonalklappenstenose mit Insuffizienz
I37.8	Sonstige Pulmonalklappenkrankheiten
I37.9	Pulmonalklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet

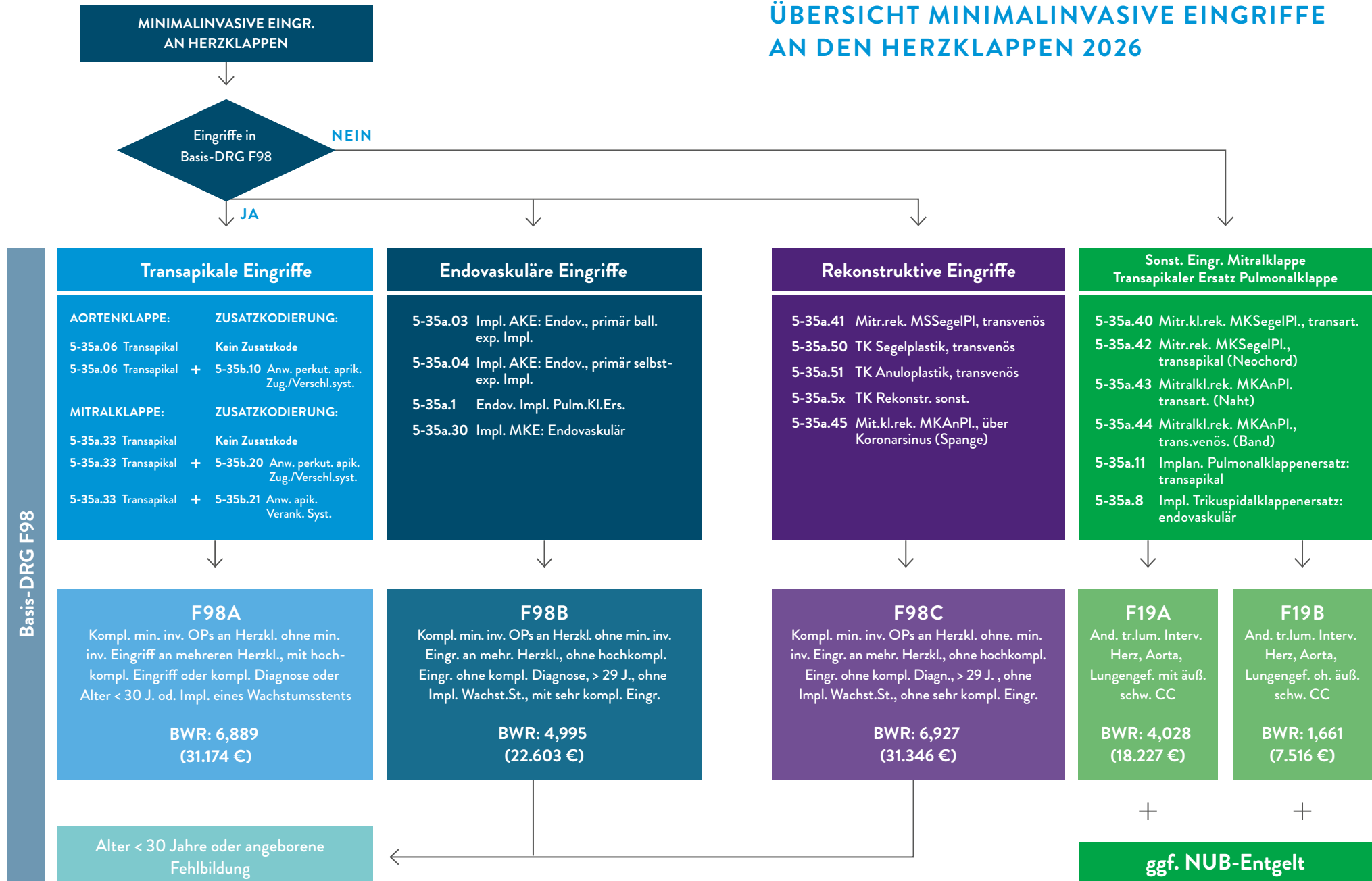
Prozedurenkodierung OPS 2026

OPS	TEXT
5-353.3	Valvuloplastik: Pulmonalklappe, Anuloplastik
5-358.20	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenrekonstruktion

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



ÜBERSICHT MINIMALINVASIVE EINGRIFFE AN DEN HERZKLAPPEN 2026



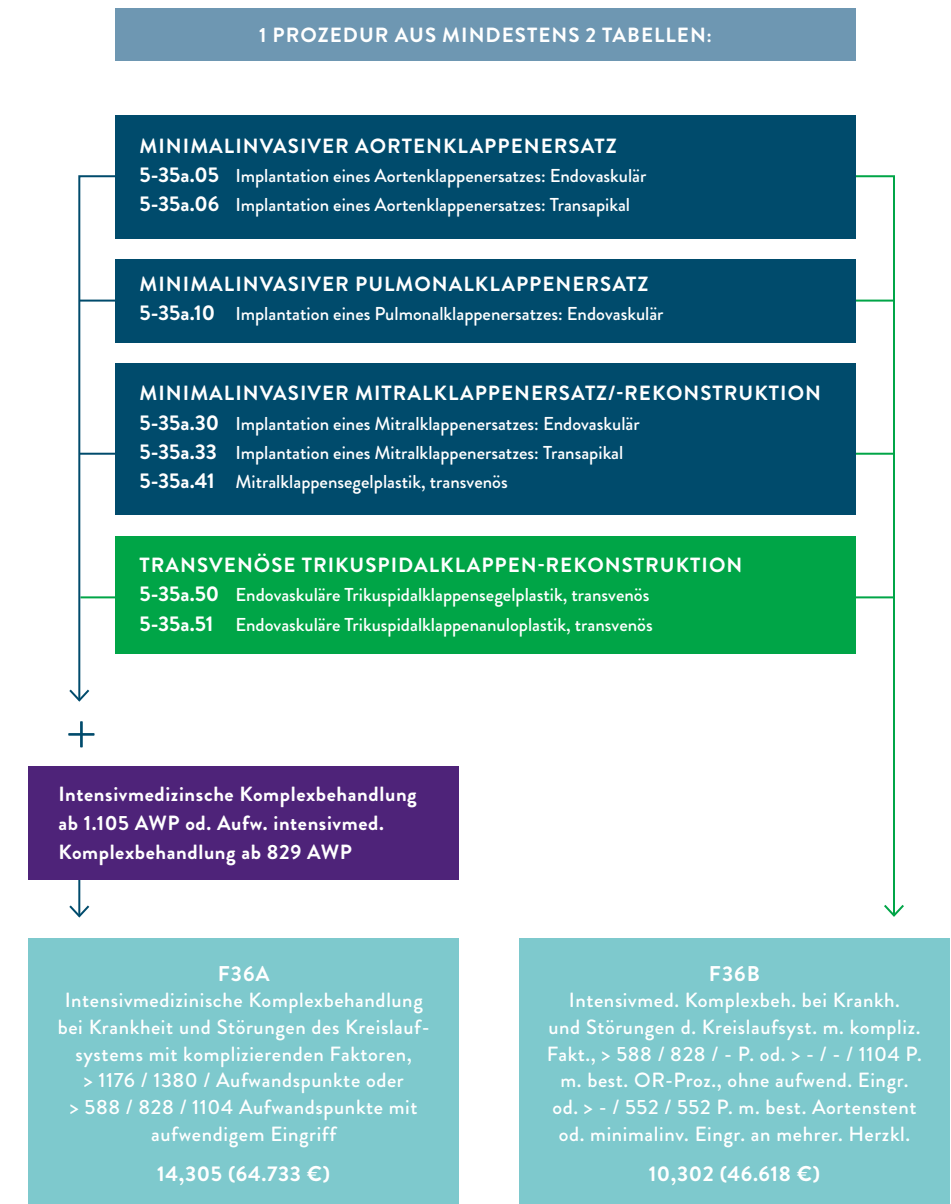
KOMBINIERTE MINIMALINVASIVE EINGRIFFE AN DEN HERZKLAPPEN

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle

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

Diese Aufwertung in die aG-DRG F36A erfolgt explizit nicht bei einem Kombinations-eingriff mit Beteiligung von weniger als drei Klappen unter Beteiligung der Trikuspidalklappe.

Mit dem Jahr 2026 werden auch Fälle mit einer transvenösen Trikuspidalsegel- bzw. anuloplastik in Verbindung mit aufwändigen Intensivkomplexbehandlung von mindestens 829 AWP in die F36A eingruppiert.



OKKLUDERTHERAPIE: PERSISTIERENDER DUCTUS ARTERIOSUS

Diagnosekodierung gemäß ICD-10-GM 2026

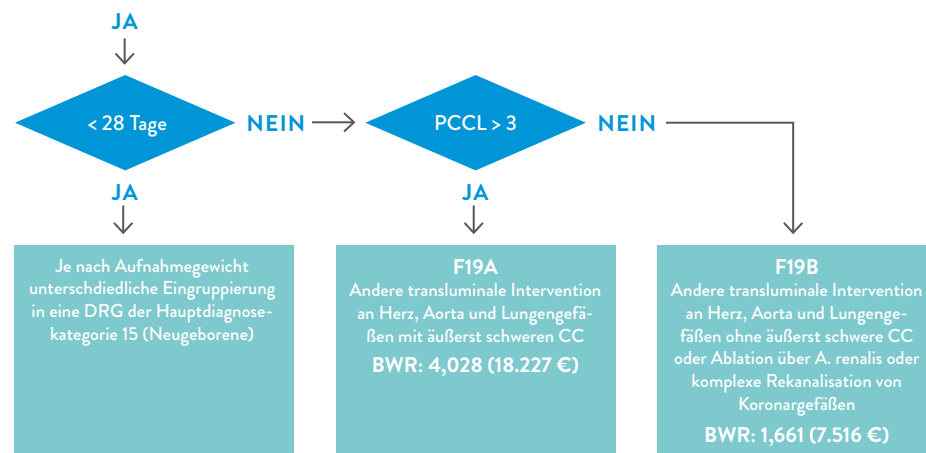
ICD	TEXT
Q25.0	Offener Ductus arteriosus

Prozedurenkodierung OPS 2026

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

Die Versorgung mit dem Amplatzer™ Okkluder ist im OPS-Katalog 2026 weiterhin nicht spezifisch abgebildet. Es wird empfohlen "selektive Emolisation mit Schirmen" zu wählen

8-836.c6 (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention:
Selektive Embolisation mit Schirmen: Ductus arteriosus apertus



aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Neugeborene in der MDC 15

Spezialfall in der Hauptdiagnosekategorie 15:

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

Beim Einsatz eines Amplatzer Piccolo™ Occluder werden dabei die nachfolgenden DRGs erreicht, wobei zusätzliche diagnostische und therapeutische Prozeduren und auch weitere Diagnosen zu einer erheblich abweichenden Gruppierung und Erlössituation führen.

Q25.0 Offener Ductus arteriosus						
+						
8-836.c6 Selektive Embolisation mit Schirmen: Ductus arteriosus apertus						
> 2.499 g	2000 – 2499 g	1.500 – 1.999 g	1.000 – 1.499 g	750 – 999 g	600 – 749 g	< 600 g
P06C	P05C	P04B	P03B	P62A	P61C	P61A
Neugeborenes, Aufnahmewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme oder ohne sig. OR-Prozedur oder ohne Beatmung > 120 Std., ohne bestimmte aufwendige OR-Prozedur	Aufnahmewicht 2000 – 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne temporären Verschluss eines Bauchwanddefektes	Aufnahmewicht 1500 – 1999 g, sig. OR-Proz. od. Beat. > 120 Std., oh. meh. schw. Probl. od. oh. Beat. > 320 Std., oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. sig. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. temp. Verschluss BW-Defekt	Aufnahmewicht 1000 – 1499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beat. > 120 Std., oh. Beat. > 599 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme, oh. Beat. > 479 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme oder oh. sig. OR-Prozedur oder oh. mehrzeitige komplexe OR-Prozedur	Aufnahmewicht 750 – 999 g mit signifikanter OR-Prozedur	Neugeborenes, Aufnahmewicht 600 – 749 g mit signifikanter OR-Prozedur	Neugeborenes, Aufnahmewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur
2,573 11.643 €	3,284 14.861 €	5,360 24.255 €	8,036 36.364 €	19,928 90.178 €	28,540 129.148 €	31,404 142.108 €

OKKLUDERTHERAPIE: VORHOFSEPTUMDEFEKT

Diagnosekodierung gemäß ICD-10-GM 2026

ICD-Kodierung erworbener Septumdefekte

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

ICD-Kodierung angeborener Septumdefekte (PFO)

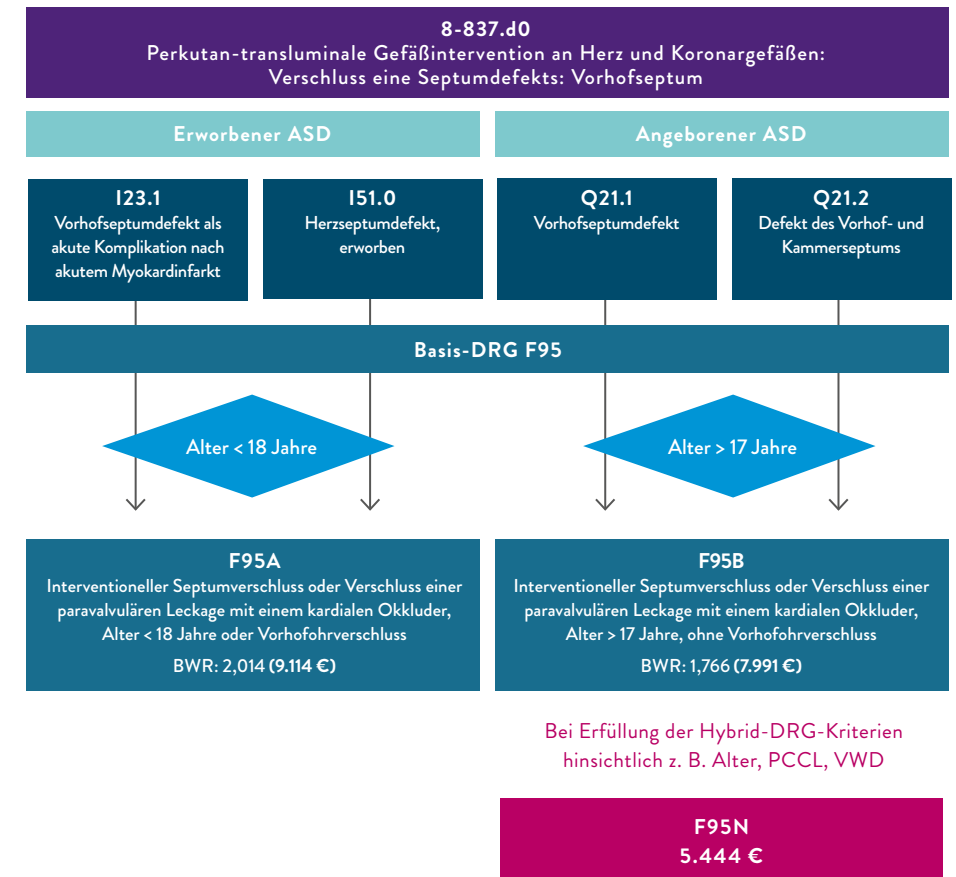
ICD	TEXT
Q21.1	Vorhofseptumdefekt
Q21.2	Defekt des Vorhof- und Kammerseptums

Prozedurenkodierung OPS 2026

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

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

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



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

Hier kommen dann ggf. auch die Hybrid-DRGs des Jahres 2026 zum Tragen. Fälle mit einem Alter von mehr als 17 Jahren, einer Verweildauer von unter 3 Tagen und dem Fehlen von sonstigen Ausschlussfaktoren werden in die Hybrid-DRG F95M eingruppiert. Dabei ist es dann ohne Belang, ob die Leistung ambulant, mit einer oder zwei stationären Übernachtungen erbracht und abgerechnet wird.

VORHOFOHR-VERSCHLUSS (LAA CLOSURE)

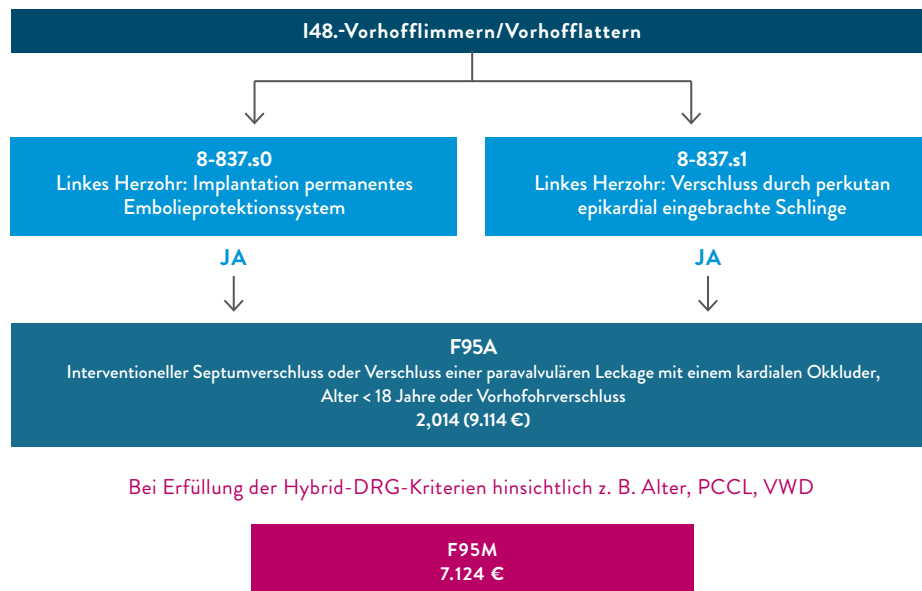
Diagnosekodierung gemäß ICD-10-GM 2026

ICD	TEXT
I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal
I48.1	Vorhofflimmern, persistierend
I48.2	Vorhofflimmern, permanent
I48.3	Vorhofflattern, typisch
I48.4	Vorhofflattern, atypisch
I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet

Prozedurenkodierung OPS 2026

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

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



Seit dem aG-DRG-System 2020 entfällt das Alterskriterium der Eingruppierung. Damit werden alle diese Fälle in die F95A eingruppiert.

Hier kommen dann ggf. auch die Hybrid-DRGs des Jahres 2026 zum Tragen. Fälle mit einem Alter von mehr als 17 Jahren, einer Verweildauer von unter 3 Tagen und dem Fehlen von sonstigen Ausschlussfaktoren werden in die Hybrid-DRG F95M eingruppiert. Dabei ist es dann ohne Belang, ob die Leistung ambulant, mit einer oder zwei stationären Übernachtungen erbracht und abgerechnet wird.

OKKLUDERTHERAPIE: VENTRIKELSEPTUMDEFEKT

Diagnosekodierung gemäß ICD-10-GM 2026

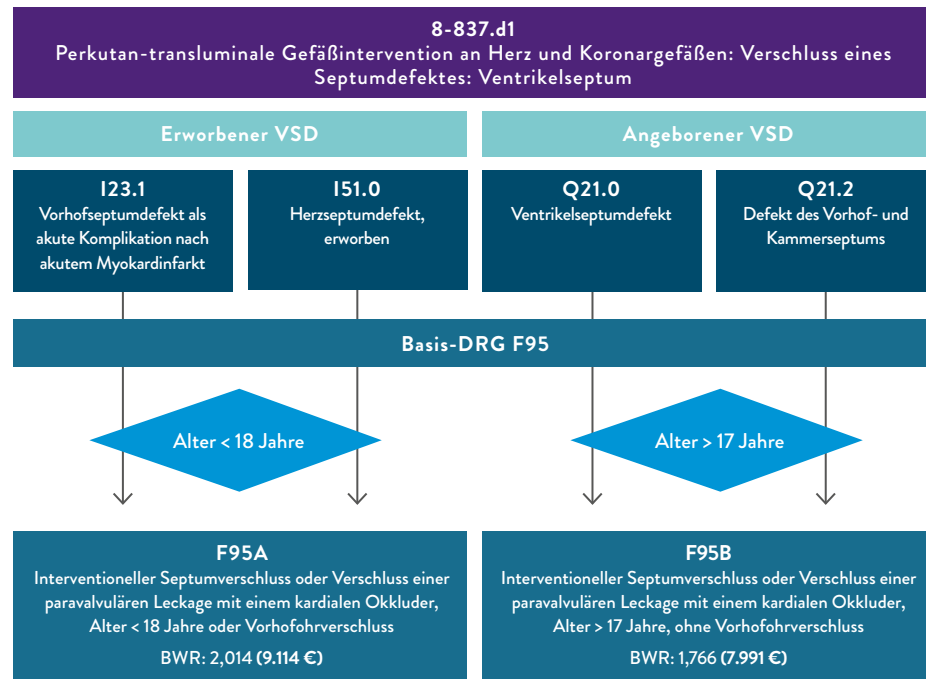
ICD	TEXT
I23.2	Ventrikelseptumdefekt als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt
I51.0	Herzseptumdefekt, erworben
Q21.0	Ventrikelseptumdefekt
Q21.2	Defekt des Vorhof- und Kammerseptums

Prozedurenkodierung OPS 2026

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

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

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



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

OKKLUDERTHERAPIE: PVL

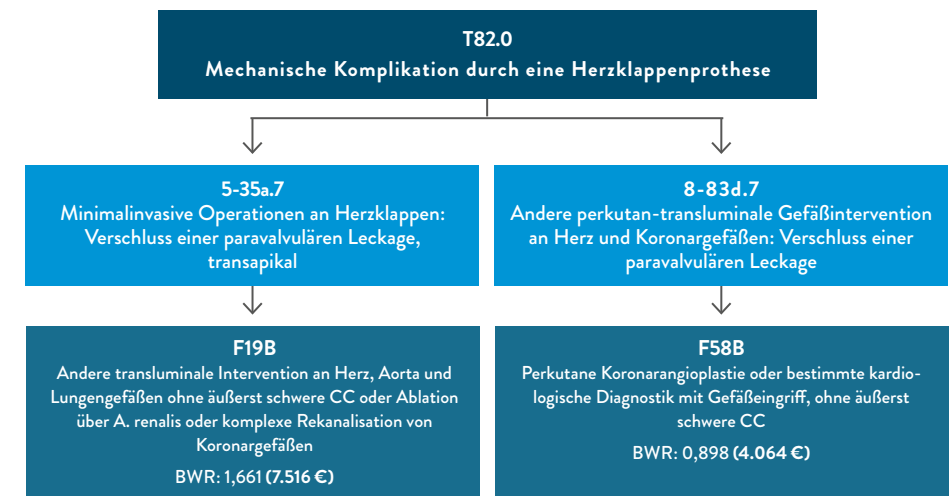
Diagnosekodierung gemäß ICD-10-GM 2026

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

Prozedurenkodierung

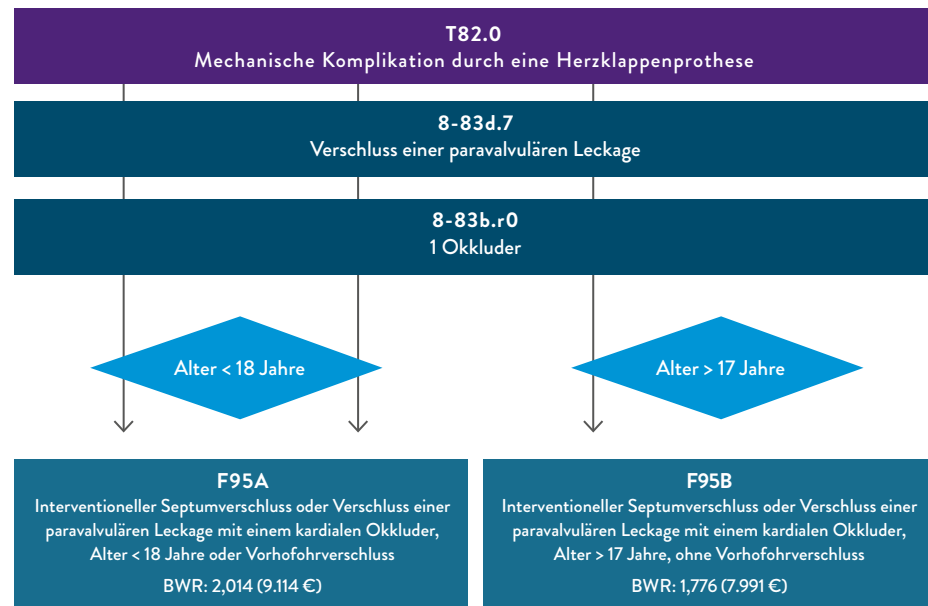
OPS	TEXT
5-35a.7	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Verschluss einer para-valvulären Leckage, transapikal. Hinw.: Die Verwendung von Okkludern ist gesondert zu kodieren (8-83b.r ff.)
8-83d.7	Verschluss einer paravalvulären Leckage. Hinw.: Die Verwendung von Okkludern ist gesondert zu kodieren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

aG-DRG-Gruppierungsalgorithmus Standardfälle



Seit dem Jahr 2020 kann der Verschluss einer paravalvulären Leckage (PVL) erstmalig spezifisch kodiert werden. Dabei stehen zwei unterschiedliche Codes zur Verfügung: einer für transapikale Eingriffe (5-35a.7) und ein weiterer für perkutan-transluminale Gefäßinterventionen (8-83d.7). Die Anzahl der verwendeten Okkluder ist bis zu einer Anzahl von 3 mit dem Zusatzkode 8-83b.r ff. zu kodieren.

Dabei hat der Zusatzcode 8-83b.r ff für die Anzahl der verwendeten Okkluder eine Gruppierungsrelevanz. Findet dieser Code Anwendung, gruppiert der Verschluss der PVL in die Basis-DRG F95.



ANHANG: WICHTIGE AG-DRG-PAUSCHALEN UND IHRE KENNZAHLEN

aG-DRG	BEZEICHNUNG	Kat BWR	Tag 1 Abschl.	Abschl./ Tag	Tag 1 Zuschl.	Zuschl./ Tag
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit bestimmter komplizierender Konstellation	8,776	19,5	5	0,736	37
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Mehrfacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder bestimmter anderer komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie	7,267	16,9	5	0,614	32
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 J., IntK > 196 / 184 / - P. und IntK < 393 / 369 / - P., mit Zweifacheingriff od. bei angeborenem Herzfehler, mit kompl. Eingr. od. best. Herzklappeneingriff oder andere komplizierende Konstellation	6,145	15,9	4	0,574	29
F03D	Herzklappeneingriff mit HLM, Alter > 0 J., IntK < 197 / 185 / - P., mit Zweifacheingr. od. bei angeb. Herzfehler, oh. kompl. Eingr. oder Alter < 16 J. od. oh. Zweifacheingr., auß. bei angeb. Herzfehler, Alter > 15 J. mit Impl. klappentr. Gefäßprothese	4,729	12,7	3	0,478	23
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne Eingr. in tiefer Hypoth., IntK < 197 / 185 / - P., ohne Zweifacheingr., auß. bei Endokarditis, auß. b. angeb. Herzfehler, ohne Impl. klappentr. Gefäßpr.	4,024	10,7	3	0,394	18
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit best. kompliz. Konstellation od. kompl. Operation oder IntK > - / 368 / - P. oder Alter < 18 Jahre mit Reop. Herz od. Perikard oder and. kompliz. Konstellation, mit best. kompl. Eingriffen	6,57	14,3	4	0,634	28
F07B	And. Eingr. mit HLM, Alter < 1 J. od. mit best. kompl. Konst. od. IntK > -/368 / - P., oh. best. kompl. Eingr. od. Alter > 0 J., IntK < -/369 / - P., m. and. kompl. Eingr. mit Reop. Herz od. Perik. od. mit best. and. kompliz. Konst. od. mit best. Aortklers.	5,287	13,8	4	0,45	26
F07C	Andere Eingr. mit HLM, Alter > 0 J., IntK < - / 369 / - P. oder Alter > 17 J. od. ohne Reop. od. ohne and. kompliz. Konst., ohne and. kompl. Eingriffe od. ohne Reop. an Herz od. Perikard od. ohne best. and. kompliz. Konst. od. ohne best. Aortklers.	4,017	10,8	3	0,414	19
F19A	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC	4,028	16,9	5	0,41	33
F19B	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Ablation über A. renalis oder komplexe Rekanalisation von Koronargefäßen	1,661	4,4	1	0,435	11

F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff	14,305	34,9	11	0,841	53
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.	10,302	24,9	7	0,843	43
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > - / 552 / 552 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne bestimmten Aortenstent oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff	8,168	22,5	6	0,785	40
F95A	Interventioneller Septumverschluss oder Verschluss einer paravalvulären Leckage mit einem kardialen Okkluder, Alter < 18 Jahre oder Vorhofohrverschluss	2,014	4,5	1	0,15	11
F95B	Interventioneller Septumverschluss oder Verschluss einer paravalvulären Leckage mit einem kardialen Okkluder, Alter > 17 Jahre, ohne Vorhofohrverschluss	1,766	4	1	0,041	9
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	6,889	11,4	3	0,358	25
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	4,995	8	2	0,317	16
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	6,927	7,7	2	0,252	19

Hybrid-DRG	BEZEICHNUNG	Erlös
F95M	Hybrid-DRG der DRG F95A (Interventioneller Septumverschluss oder Verschluss einer paravalvulären Leckage mit einem kardialen Okkluder, Alter < 18 Jahre oder Vorhofohrverschluss)	7.123,54 €
F95N	Hybrid-DRG der DRG F95B (Interventioneller Septumverschluss oder Verschluss einer paravalvulären Leckage mit einem kardialen Okkluder, Alter > 17 Jahre, ohne Vorhofohrverschluss)	5.443,60 €

BERECHNUNG DES FALLERLÖSES UND BASISFALLWERT

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

Für die Beispiele in dieser Darstellung wird ein einheitlicher Basisfallwert herangezogen. Da aufgrund der Berechnungssystematik des Bundesbasisfallwertes dieser noch nicht veröffentlicht wurde, wird hier der Bundes-Basisfallwert für das Jahr 2025 (4.394,22 €) zzgl. einer Erhöhung um den noch nicht abschließend festgelegten Veränderungswert (2,98 %) angewandt (4.525,17 €)

Katalog-Bewertungsrelation	×	Basisfallwert	=	Fallerlös
----------------------------	---	---------------	---	-----------

In der Praxis können je nach individueller Verweildauer Langliegerzuschläge bzw. Kurzlieger- oder Verlegungsabschläge zum Tragen kommen. Diese sind in den hier dargestellten Beispielen nicht berücksichtigt.

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
AK: Aortenklappe
AKE: Aortenklappenersatz
ASD: Atriumseptumdefekt (Vorhofseptumdefekt)
AWP: Aufwandpunkte
BfArM: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMG: Bundesministerium für Gesundheit
BWR: Bewertungsrelation
CAB: Koronararterien-Bypass
CC: Comorbidities and Complications (Berechnungsbasis für den PCCL-Wert)
CCL: Clinical Complexity oder Comorbidity and Complication Level (Schweregradstufe)
DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
FÄ: Fachärzte
FF.: und folgende (untergeordnete Codes)
(G)-DRG: (German) Diagnosis Related Groups (Fallpauschalensystem)
ICD-10-GM: International Classification of Diseases 10, German Modification
IGES: Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
IKB: Intensivmedizinische Komplexbehandlung
InEK: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IntK = IKB: Intensivmedizinische Komplexbehandlung
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
LAA: Left Atrial Appendage (Linkes Herzohr)
LG: Leistungsgruppe
MDC: Major Diagnosis Category (Hauptdiagnosekategorie)
MK: Mitralklappe
MKE: Mitralklappenersatz
MVWD: Mittlere Verweildauer

NUB: Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode
OGVD: Obere Grenzverweildauer
OPS: Operationenschlüssel (Prozedurenklassifikationssystem)
PCCL: Patient Comorbidity and Complexity Level (fallbezogener Gesamtschweregrad)
PVL: Paravalvuläre Leckage
r-DRG: residuale Fallpauschale
RFR: Resting Full-Cycle Ratio
TKE: Trikuspidalklappenersatz
UGVD: Untere Grenzverweildauer
VSD: Ventrikelseptumdefekt
XENOTX: Xenotransplantat
ZE: Zusatzentgelt

QUELLEN

- 1. Zerlegter Fallpauschalenkatalog:** <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2026/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-2026>
- 2. Leistungsgruppen und Qualitätskriterien:** https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/anlage_1.html
- 3. Hybrid-DRG Katalog 2026:** <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2026/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-2026>
- 4. AOP Katalog:** <https://www.dkgev.de/themen/finanzierung-leistungskataloge/ambulante-verguetung/ambulantes-operieren-115b-rgb-v/>
- 5. ICD-10-GM Version 2026:** <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/klassifikationen/icd-10-gm/version2026/icd10gm2026syst-pdf.zip.html?nn=841246&dlConfirm=true&calledFromDoc=841246>
- 6. OPS Version 2026:** <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/klassifikationen/ops/version2026/ops2026syst-pdf.zip.html?nn=841246&dlConfirm=true&calledFromDoc=841246>
- 7. Fallpauschalenkatalog 2026:** <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2026/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-2026>

DAS KÖNNTE SIE AUCH INTERESSIEREN



Kodierhilfe
Rhythmologie



Kodierhilfe
Neurostimulation



Kodierhilfe
Koronarinterventionen – PCI



Kodierhilfe
Gefäßintervention – PTA

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

Weitere Informationen und Kodierhinweise finden Sie unter:
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 Kostenersatzungsspezialist für alle Fragen im Zusammenhang mit Kodierung, Abrechnung, Kostenersatzung und 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.

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: 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.

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
www.cardiovascular.abbott/de/de/hcp/reimbursement.html

™ kennzeichnet eine Marke der Abbott Unternehmensgruppe.

© 2026 Abbott. Alle Rechte vorbehalten. MAT-2601090 v1.0

