



HEALTH ECONOMICS & REIMBURSEMENT



2026

KODIERHILFE GEFÄSSINTERVENTIONEN – PTA

10. 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 4

Hybrid-DRGs in der Gefäßmedizin 4

Take Home Messages 13

PCCL-Systematik 17

Bundesbasisfallwert 18

Spezielle Änderungen für die periphere Gefäßmedizin 19

Kodierung peripherer Gefäßinterventionen bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit 23

Hauptdiagnosekodierung 23

Nebendiagnosekodierung 24

Prozedurenkodierung 25

DRG-Gruppierung peripherer Interventionen (PTA und Stentimplantation) 29

Medikamentenfreisetzende Ballons 33

Großlumiger Gefäßverschlusskörper 34

aG-DRG-Gruppierung sonstiger interventioneller Verfahren 40

Atherektomie unter Embolieprotektion 43

Hydrodynamisches Thrombektomiesystem 44

Venous Stenting 45

ANHANG

Wichtige aG-DRG-Pauschalen 2026 für Gefäßinterventionen bei pAVK 49

Glossar / Abkürzungen 54

Quellen 57

Das könnte Sie auch interessieren 58

Wir für Sie 59

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 Gefäßmedizin von erheblicher Bedeutung. Während in den Jahren 2024 und 2025 keine gefäßmedizinischen Leistungen von dieser Vergütungsform betroffen waren, stellt der Bereich der Herz-Kreislaufmedizin 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.

Hybrid-DRGs in der Gefäßmedizin²

Mit dem Ausbau der Hybrid-DRGs 2026 erreicht die Reform erstmals die für Krankenhäuser besonders sensiblen Leistungsbereiche der interventionellen Gefäßmedizin. 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 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 Sys-

tematik 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 gefäßmedizinischen 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 auch zu sinkenden Erlösen führen wird. Da dieser Effekt jedoch vor dem Hintergrund der gesetzlichen Vorgaben zur Harmonisierung der Erlöse von AOP-Leistungen und Hybrid-Leistungen ohnehin als unausweichlich erscheint, kann kurzfristig bis mittelfristig zumindest eine vorübergehende Verbesserung der Deckungsbeiträge erzielt werden.

Bedeutung der Hybrid-DRGs für die Gefäßmedizin

Mit dem DRG-Jahr 2026 wird die Gefäßmedizin erstmals einen erheblichen Anteil ihrer Fälle über Hybrid-DRGs abbilden. In den Jahren 2024 und 2025 waren noch keine gefäßmedizinische 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.

Im Folgenden werden die einzelnen gefäßmedizinischen Hybrid-DRGs kurz dargestellt. Eine zusammenfassende Leistungsbeschreibung ist hierbei nur eingeschränkt möglich, da die Leistungsinhalte und Abgrenzungskriterien sehr komplex sind. Auch in den einzelnen Fallbeispielen dieser Kodierhilfe wird daher regelmäßig darauf eingegangen, für welche Konstellationen neben der stationären DRG-Abrechnung zusätzlich eine Eingruppierung in eine Hybrid-DRG relevant werden kann.

Sowohl im Bereich der PTAs als auch im Bereich der Stent gestützten sowie nicht Stent gestützten Interventionen existieren mit dem Systemjahr 2026 verschiedene Hybrid-DRGs. Diese sind sämtlich aus den jeweiligen Ausgangs-DRGs hervorgegangen, die bereits aus dem Vorjahr bekannt sind. Grundsätzlich ist zu beachten, dass jeder Ausgangs-DRG eine oder mehrere Hybrid-DRGs zugeordnet sind. Um eine spezifische Hybrid-DRG zu erreichen, müssen daher zunächst stets die Kriterien der jeweils zugeordneten Ausgangs-DRG erfüllt sein. Der Übergang aus den Ausgangs-DRGs in die zugeordneten Hybrid-DRGs ist dabei in der Basis-DRG F59 zumeist im Verhältnis 1:1. Lediglich die Hybrid-DRG F59M wird aus zwei Ausgangs-DRGs (F59B, F59C) gespeist. In der folgenden Tabelle ist der Unterschied im Erlös, der sich unter anderem durch die Einführung der Hybrid-DRGs ergibt zwischen den Jahren 2025 und 2026 dargestellt. Details zum genutzten Bundesbasisfallwert finden sich dabei im entsprechenden Kapitel.

Verweildauer = 1 Tag						
2025			2026		2026–2025	
F59B	1,064	4.675 €	F59M	5.367 €	691 €	14,8%
F59C	1,018	4.473 €	F59M	5.367 €	893 €	20,0%
F59D	0,729	3.203 €	F59N	3.423 €	219 €	6,8%
F59E	0,594	2.610 €	F59O	2.742 €	132 €	5,1%
F59F	0,488	2.144 €	F59P	2.088 €	–56 €	–2,6%

Verweildauer = 2 Tage						
2025			2026		2026–2025	
F59B	1,783	7.835 €	F59M	5.367 €	–2.468 €	–31,5%
F59C	1,605	7.053 €	F59M	5.367 €	–1.686 €	–23,9%
F59D	1,226	5.387 €	F59N	3.423 €	–1.965 €	–36,5%
F59E	0,944	4.148 €	F59O	2.742 €	–1.406 €	–33,9%
F59F	0,72	3.164 €	F59P	2.088 €	–1.076 €	–34,0%

Verweildauer = 3 Tage						
2025			2026		2026–2025	
F59B	1,783	7.835 €	F59B	1,743	7.887 €	52 € 0,7%
F59C	1,605	7.053 €	F59C	1,558	7.050 €	–3 € 0,0%
F59D	1,226	5.387 €	F59D	1,247	5.643 €	256 € 4,7%
F59E	0,944	4.148 €	F59E	1,003	4.539 €	391 € 9,4%
F59F	0,72	3.164 €	F59F	0,716	3.240 €	76 € 2,4%

Hybrid-DRGs und Zusatzentgelte

Fälle mit Zusatzentgelten und/oder NUB-Entgelten gelangen entgegen einer früheren Planung nicht in die Hybrid-DRGs. Der Einsatz von DCB (Drug coated balloon) ist dabei weiterhin Auslöser des Zusatzentgeltes ZE137. Dieses Zusatzentgelt schließt 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. Schaut man sich die breite Streuung der Hybrid-DRGs auf den gesamten interventionellen Bereich an, so wird deutlich, dass die Hybrid-DRGs im Jahr 2026 definitiv auch in den Kliniken der Maximalversorgung angekommen sind. Der bisher in großen Kliniken teilweise akzeptierte Verzicht auf einfache Fälle mit dem Risiko des ambulanten Potenzials ist hier nicht mehr zielführend.

Zusammenfassend können die Auswirkungen auf die Kliniken derzeit nur sehr bedingt abgeschätzt werden. Kliniken, welche bisher erfolgreich Kurzliegerabschlüsse vermieden haben, werden aufgrund der Berücksichtigung von Fällen mit mehr als einer Übernachtung im Krankenhaus deutlich mehr verlieren als Kliniken, welche bisher im Wesentlichen unter der unteren Grenzverweildauer abgerechnet haben. Im Gegensatz zu anderen Fachgebieten ist für die Gefäßmedizin zu beachten, dass bisher nur wenige Fälle bereits im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V in Krankenhaus oder MVZ abgerechnet wurden³. Für diese Fälle ist die Erlösentwicklung positiv. Trotzdem muss die Auswirkung der Hybrid-DRGs immer im Zusammenspiel aller Abrechnungsbereiche gesehen werden. Primäre Einschlusskriterien für die Hybrid-DRGs der Basis-DRG F59 sind:

Pr Hybrid MDC 05 – 9 (F59-V39)									
	Gef Schu/ OA	Gef UA	Gef US	Gef- Malf	Kü Gef	Aa abd/ pelv	Aa OS	Vv OS	Sonst
8-836.0- PTA	-2	-3	-c	-d	-e	-q	-s	-t	-x
8-836.1- Blade-Angiopl							-k		-x
8-836.3- Atherektomie	-2	-3	-c	-d	-e	-k	-m		-x
8-836.8- Thrombektomie	-2	-3	-c	-d	-e	-k	-m		-x
8-836.p- Rotationsthrombektomie							-k		-x
8-836.x- Sonstige	-2	-3	-c	-d	-e	-h	-k	-m	-x
8-836.y PTA, nnbez									
8-83c.f- Rotationsatherektomie							-b		-x
8-83c.m- Abbruch PTA	-1	-2	-9	-a	-b	-m	-p	-q	-x
8-840.0- 1 BMS						-q	-s		-x
8-840.1- 2 BMS						-q	-s		-x
8-84d.0- EinzDr NitStent							-s		-x

Die Logik der Hybrid-DRG-Zuordnung ist komplex und an vielen Stellen auch nicht unmittelbar logisch aus dem klinischen Kontext heraus erschließbar. Im Folgenden werden typische Gruppierung einfacher Konstellationen, welche jeweils auf einem OPS-Kode beruhen dargestellt. Kombinationen können dabei teilweise erheblich abweichend eingruppiert werden.

	OPS	Lokali- sation	170.20-23	170.24	170.25
			Verweildauer 3/2/1 Tage	Verweildauer 3/2/1 Tage	Verweildauer 3/2/1 Tage
PTA	8-836.02	Gef Schu/ OA	F59F/-P/-P	F59F/-P/-P	F59D/-N/-P
	8-836.03	Gef UA	F59E/-O/-P	F59E/-O/-P	F59D/-N/-P
	8-836.0c	Gef US	F59E/-O/-P	F59E/-O/-P	F59D/-N/-P
	8-836.0d	GefMalf	F59C/-M/-M	F14B/-B/-B	F14B/-B/-B
	8-836.0e	KüGef	F59F/-P/-P	F59F/-P/-P	F59D/-N/-P
	8-836.0q	Aa abd/ pelv	F59F/-P/-P	F59F/-P/-P	F59D/-N/-P
	8-836.0s	Aa OS	F59F/-P/-P	F59F/-P/-P	F59D/-N/-P
	8-836.0t	Vv OS	F59E/-O/-P	F59E/-O/-P	F59D/-N/-P
	8-836.0x	Sonst	F59F/-P/-P	F59F/-P/-P	F59D/-N/-P

	OPS	An- zahl	Lokali- sation	170.20-23	170.24	170.25
				Verweildauer 3/2/1 Tage	Verweildauer 3/2/1 Tage	Verweildauer 3/2/1 Tage
PT IMPL BMS	8-840.0q	1 Stent	Aa abd/ pelv	F59F/-P/-P	F59F/-P/-P	F59D/-N/-P
	8-840.0s		Aa OS	F59E/-O/-O	F59E/-O/-O	F59D/-N/-O
	8-840.0x		Sonst	F59F/-P/-P	F59F/-P/-P	F59D/-N/-P
	8-840.1q	2 Stents	Aa abd/ pelv	F59E/-O/-O	F59E/-O/-O	F59D/-N/-O
	8-840.1s		Aa OS	F59E/-O/-O	F59E/-O/-O	F59D/-N/-O
	8-840.1x		Sonst	F59E/-O/-O	F59E/-O/-O	F59D/-N/-O
EINZ-DR NITST	8-84d.0s	1 Stent	Aa OS	F59E/-O/-O	F59E/-O/-O	F59D/-N/-O
	8-84d.0x		Sonst	F59F/-P/-P	F59F/-P/-P	F59D/-N/-P
	8-84d.1s	2 Stents	Aa OS	F59E/-E/-E	F59E/-E/-E	F59D/-D/-E
	8-84d.1x		Sonst	F59E/-E/-E	F59E/-E/-E	F59D/-D/-E

Die Implantation von 2 aus Einzeldrähten verwobenen Nitinolstents (z.B. Supera™ Peripheral Stent System) in Oberschenkelarterien führt, wie in der Tabelle dargestellt, im Gegensatz zur Implantation 2er BMS in die aG-DRG F59E, auch bei einer VWD von unter 3 Tagen.

	OPS	Lokali- sation	170.20-23	170.24	170.25
			Verweildauer 3/2/1 Tage	Verweildauer 3/2/1 Tage	Verweildauer 3/2/1 Tage
Blade- Angiopl	8-836.1k	Aa OS	F59D/-N/-O	F59D/-N/-O	F59D/-N/-O
	8-836.1x	Sonst	F59D/-N/-O	F59D/-N/-O	F59D/-N/-O
Atherek- tomie	8-836.32	Gef Schu/ OA	F59C/-M/-N	F14B/-B/-B	F14B/-B/-B
	8-836.33	Gef UA	F59C/-M/-N	F14B/-B/-B	F14B/-B/-B
	8-836.3c	Gef US	F59C/-M/-N	F59C/-M/-N	F59C/-M/-N
	8-836.3d	GefMalf	F59C/-M/-N	F14B/-B/-B	F14B/-B/-B
	8-836.3e	KüGef	F59C/-M/-N	F14B/-B/-B	F14B/-B/-B
	8-836.3k	Aa OS	F59D/-N/-N	F59D/-N/-N	F59D/-N/-N
	8-836.3m	Vv OS	F59D/-N/-N	F59D/-N/-N	F59D/-N/-N
	8-836.3x	Sonst	F59D/-N/-N	F59D/-N/-N	F59D/-N/-N
Throm- bektomie	8-836.82	Gef Schu/ OA	F59E/-O/-O	F59E/-O/-O	F59D/-N/-O
	8-836.83	Gef UA	F59E/-O/-O	F59E/-O/-O	F59D/-N/-O
	8-836.8c	Gef US	F59E/-O/-O	F59E/-O/-O	F59D/-N/-O
	8-836.8d	GefMalf	F59C/-M/-N	F14B/-B/-B	F14B/-B/-B
	8-836.8e	KüGef	F59C/-M/-O	F59C/-M/-O	F59C/-M/-O
	8-836.8k	Aa OS	F59F/-P/-P	F59F/-P/-P	F59D/-N/-P
	8-836.8m	Vv OS	F59E/-O/-O	F59E/-O/-O	F59D/-N/-O
	8-836.8x	Sonst	F59F/-P/-P	F59F/-P/-P	F59D/-N/-P
Rotations- thrombek- tomie	8-836.pk	Aa OS	F59C/-M/-M	F59C/-M/-M	F59C/-M/-M
	8-836.px	Sonst	F59C/-M/-M	F59C/-M/-M	F59C/-M/-M
Rotations- Atherek- tomie	8-83c.fb	Gef OS	F59B/-M/-M	F59B/-M/-M	F59B/-M/-M
	8-83c.fx	Sonst	F59B/-M/-M	F59B/-M/-M	F59B/-M/-M

TAKE HOME MESSAGES

ZU HYBRID-DRGS

Mit dem Jahr 2026 werden viele Leistungen der Gefäßmedizin 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.

Dabei hängt die Einordnung in eine spezifische Hybrid-DRG häufig davon ab, ob der Patient 1 oder 2 Tage verweilt.

Für diese Fälle wird die untere Grenzverweildauer und die MD-Argumentation um die medizinisch notwendige zweite Übernachtung im Krankenhaus obsolet.

Für bisherige stationäre Tagesfälle erfolgt in vielen Hybrid-DRGs eine höhere Vergütung als in der stationären DRG mit Kurzliegerabschlag.

Fälle mit zwei Übernachtungen werden im Vergleich zur stationären Vergütung in den Hybrid-DRGs geringer vergütet.

Dabei kann ein erheblicher Vergütungsunterschied zwischen Fällen mit 1 und 2 Übernachtung hinsichtlich der Einstufung in eine spezielle Hybrid-DRG bestehen, so dass sich hier wieder, quasi durch die Hintertür, Relevanz für den zweiten Belegtag ergibt

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.

Leistungsgruppen als krankenhaushausplanerisches Element

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, aber benötigen diese in Gestalt der Fachabteilungsschlüssel teilweise selbst zur Definition. Die Anlage 1 SGB zu §135e, V 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 solche, 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 SGB zu §135e, 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 können⁴. 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.

Gerade für die gefäßmedizinische Leistungsgruppe „Komplexe periphere arterielle Gefäße“ muss eine formale Kooperation mit einer Klinik nachgewiesen werden, welche die Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“ vorhält. Diese Kliniken sind rar, sodass sich Kooperationen bisweilen kaum realisieren lassen.

Ein sehr großer Anteil auch der maximalversorgenden Gefäßmedizin bildet sich allerdings weiterhin nicht in den spezifischen Leistungsgruppen ab. So gelangen alle hier relevanten Interventionen in die Leistungsgruppe „Allgemeine Chirurgie“, sodass die Fortsetzung der Leistungserbringung nicht an die Zuweisung einer der sehr komplexen Leistungsgruppen der Gefäßmedizin gebunden ist.

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.

Erstmals für das Jahr 2026 veröffentlicht das InEK den sogenannten „zerlegten Fallpauschalenkatalog“. Dieser weist für alle DRGs für Bewertungsrelationen, Zu- und Abschläge getrennte ausgeführte 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 verteilt 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	F14A	F14B	F59A	F59B	F59C	F59D	F59E	F59F
Vorhalte-BWR Hauptabteilung	1,5695	0,8560	1,1799	0,4518	0,5626	0,4394	0,3608	0,2609
uGVD: Vorhalte-BWR pro Tag	0,113	0,1018	0,1154	0,1449	0,1404	0,142	0,1072	0,059
oGVD: Vorhalte-BWR pro Tag	0,0272	0,0247	0,0281	0,0369	0,0318	0,0303	0,0327	0,0401
Ext. Verleg.: Abschl./Tag (Vorhalte-BWR)	0,0373	0,0322	0,0383	0,0433	0,039	0,0366	0,0388	0,0444
rDRG-BWR Hauptabteilung	3,0995	1,4320	2,5211	1,2912	0,9954	0,8076	0,6422	0,4551
uGVD: rDRG-BWR pro Tag	0,223	0,1702	0,2466	0,4141	0,2486	0,261	0,1908	0,103
oGVD: rDRG-BWR pro Tag	0,0538	0,0413	0,0599	0,1061	0,0562	0,0557	0,0583	0,0699
Ext. Verleg.: Abschl./Tag (rDRG-BWR)	0,0737	0,0538	0,0817	0,1247	0,069	0,0674	0,0692	0,0776
Anteil Vorhalte-BWR	33,62%	37,41%	31,88%	25,92%	36,11%	35,24%	35,97%	36,44%
Anteil rDRG-BWR	66,38%	62,59%	68,12%	74,08%	63,89%	64,76%	64,03%	63,56%

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.

PCCL-Systematik⁵

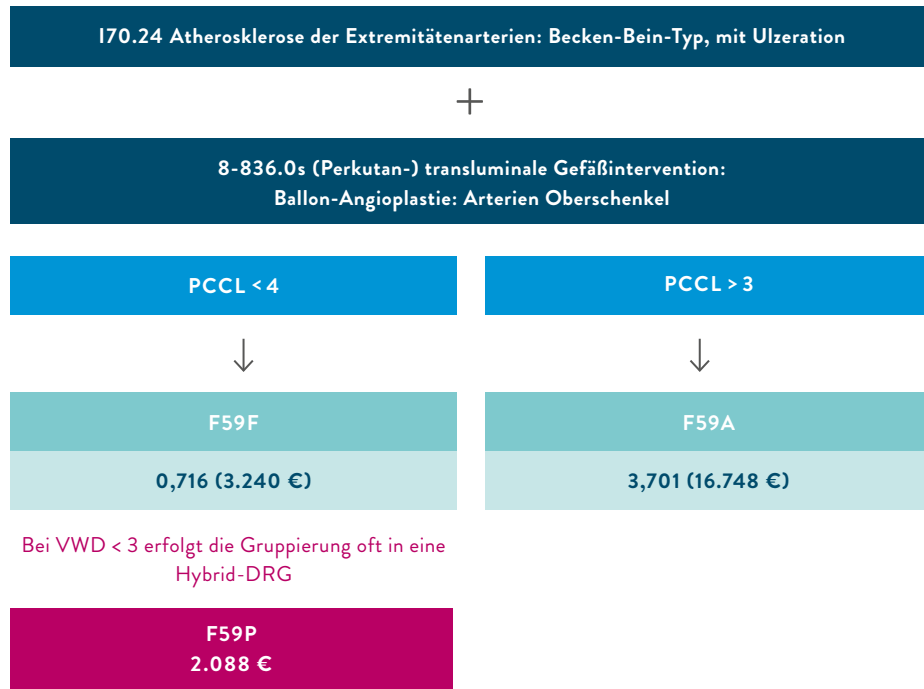
Die Bewertung von Nebendiagnosen bei der Ermittlung des Gesamtschweregrades (PCCL) eines Abrechnungsfalles erfolgt seit 2013 differenziert für die Basis-DRGs des Fallpauschalenkataloges.

Das führt dazu, dass eine Nebendiagnose, welche in einer DRG eine Bewertung für den Schweregrad aufweist, in einer anderen DRG nicht gleichermaßen bewertet sein muss. Die CCL-Matrix bildet die Grundlage für die Berechnung des PCCL und damit neben der Zuordnung zu höher bewerteten stationären DRGs auch für die Abgrenzung zwischen Hybrid- und nicht-Hybrid-DRGs. 2026 wurde die CCL-Matrix wieder einmal überarbeitet, da der Bewertungsausschuss vorgegeben hat, dass auch weiterhin nur Fälle mit PCCL < 3 in Hybrid-DRGs eingruppiert werden dürfen, die Anzahl der Hybrid-DRGs aber erheblich angehoben wurde, sodass die Bedeutung auch des PCCL bei diesen Fällen angewachsen ist. Da ein hoher Schweregrad unter Umständen bereits mit wenigen Diagnosen erreicht werden kann, mussten die CCL-Werte in allen Basis-DRGs mit Hybrid-Bezug einzeln geprüft und angepasst werden.

Für die Kliniken bedeutet dies, dass auch für 2026 wieder zahlreiche Diagnosen abgewertet wurden, insbesondere unspezifische Infektionsdiagnosen (z. B. A49-Kodes) und bestimmte kardiologische Diagnosen wie die Aortenklappenstenose, da sie in Hybridnähe oft zu einer zu hohen PCCL-Einstufung führten und damit die Abgrenzung verzerrten.

Durch diese Maßnahmen wurde das System für Hybrid-DRGs sicher trennschärfer, dafür steigt der Dokumentationsdruck noch einmal erheblich an. Jede Nebendiagnose kann darüber entscheiden, ob ein Fall in eine Hybrid-DRG eingruppiert wird, oder ob sie im regulären DRG-System verbleibt. Kliniken müssen daher 2026 einmal mehr auf korrekte, spezifische Dokumentation und Kodierung von Nebendiagnosen achten, um eine unnötige Hybrid-Eingruppierung zu vermeiden. Dies gilt insbesondere dort, wo der Erlösunterschied zwischen stationärer (Tagesfall-)DRG und Hybrid-DRG zu Lasten der stationären DRG erheblich ausfällt.

Gerade in Kardiologie und Gefäßmedizin findet sich aber auch weiterhin die bereits aus den Vorjahren bekannte und erhebliche Bedeutung des PCCL-Wertes für die Erlösfindung bei unstrittig stationären Fällen, sodass hier auch weiterhin akribisch sichergestellt werden muss, dass keine kodierbare Nebendiagnose verloren wird.



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.

SPEZIELLE ÄNDERUNGEN FÜR DIE PERIPHERE GEFÄSSMEDIZIN

Differenzierung des ICD-Kodes T82.7 (Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen)⁶

Mit dem ICD-Katalog 2026 erfolgt eine erhebliche Differenzierung des klassischen Komplikations-ICD-Kodes T82.7 nach der Ursache.

T82.7 Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen

↓	↓	↓		↓	↓	↓
T82.70	T82.71	T82.72		T82.73	T82.74	T82.75
Infektion und entzündliche Reaktion durch ein kardiales elektronisches Gerät	Infektion und entzündliche Reaktion durch Implantat und Transplantat im Herzen	Infektion und entzündliche Reaktion du. Herzunterstützungssystem und künstliches Herz		Infektion und entzündliche Reaktion durch Gefäßimplantat und Gefäßtransplantat	Infektion und entzündliche Reaktion durch zentralen Gefäßkatheter und Dialysekatheter	Infektion und entzündliche Reaktion durch Port
Inkl.: Infektion und entzündliche Reaktion durch: • Herzschrittmacher • implantierbarer Kardioverter-Defibrillator [ICD]	Inkl.: Infektion und entzündliche Reaktion durch: • Koronararterienstent • Okkluder (bei Septumdef.)	Inkl.: Infektion und entzündliche Reaktion durch: • epikardiales Ventrikulunterstützungssystem • Gegenpulsationsgerät in der Aorta		Inkl.: Infektion und entzündliche Reaktion durch arteriovenösen Shunt mit Implantat oder Transplantat	Inkl.: Infektion und entzündliche Reaktion durch: • Pulmonalkatheter • zentralen Venenkatheter	
Exkl.: Infektion und entzündliche Reaktion durch: • Gegenpulsationsgerät in der Aorta (T82.72) • Herzunterstützungssystem (T82.72) • künstliches Herz (T82.72)	Exkl.: Infektion und entzündliche Reaktion durch: • Herzklappenprothese (T82.6) • Herzklappentransplantat (allogen) (autolog) (xenogen) (T82.6) • Herzschrittmacher (T82.70) • Herzunterstützungssystem (T82.72) • implantierbarer Kardioverter-Defibrillator [ICD] (T82.70) • künstliches Herz (T82.72)	Exkl.: Infektion und entzündliche Reaktion durch: • Herzschrittmacher (T82.70) • implantierbarer Kardioverter-Defibrillator [ICD] (T82.70)				

Neuer OPS-Zusatzcode für Ballons zur Erzeugung von Mikrokanälen⁷

Mit der Version 2026 findet sich ein neuer OPS-Code für spezielle Techniken in der Intervention an den arteriellen Gefäßen des Unterschenkels.

OPS	OPS-TEXT 2026
8-83b.bk	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons; Ballon zur Erzeugung von Mikrokanälen (in der Media) durch ein rückholbares stacheltragendes Nitinolgerüst Hinw.: Dieser Code kann nur in Kombination mit dem Code 8-836.0c angegeben werden
OPS	OPS-TEXT 2026
8-836.0c	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterschenkel Hinw.: Die Verwendung eines Ballons zur Erzeugung von Mikrokanälen (in der Media) durch ein rückholbares stacheltragendes Nitinolgerüst ist zusätzlich zu kodieren (8-83b.bk)

Neuer OPS-Kode für 3D-Gefäßnavigation

OPS	OPS-TEXT 2026
5-39a.5	Zusatzinformationen zu Operationen an Blutgefäßen: Verwendung eines Führungsdrahtes mit Glasfasersensor zur Echtzeit-3D-Visualisierung Hinw.: Die jeweilige Gefäßoperation ist gesondert zu kodieren

Teilweise Aufwertung Blade-Angioplastie

Mit dem DRG-System 2026 werden einige Lokalisationen der Blade-Angioplastie aufgewertet. Allerdings ist zu beachten, dass die Durchführung am Oberschenkel bzw. die unspezifische Kodierung bei Erfüllung der sonstigen Kriterien in Hybrid-DRGs führt. Die Situation für 1 Belegtag ist in der Tabelle ausgeführt. Bei 2 Belegtagen gelangt man 2026, wie auch schon 2025, in die DRG F59F, außer bei Eingriffen am Oberschenkel und bei sonstigen Eingriffen, die bei 2 Übernachtungen 2026 in die Hybrid-DRG F59N führen.

OPS	Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon)	DRG 2025	DRG 2026	BWR 2025	BWR 2026	Diff.
8-836.12	Gefäße Schulter und Oberarm	F59F	F59E	0,488	0,705	0,217
8-836.13	Gefäße Unterarm	F59F	F59E	0,488	0,705	0,217
8-836.18	Andere Gefäße thorakal	F59F	F59E	0,488	0,705	0,217
8-836.1a	Gefäße viszeral	F59E	F59E	0,594	0,705	0,111
8-836.1c	Gefäße Unterschenkel	F59F	F59E	0,488	0,705	0,217
8-836.1d	Gefäßmalformationen	F59E	F59E	0,594	0,705	0,111
8-836.1e	Künstliche Gefäße	F59F	F59E	0,488	0,705	0,217
8-836.1f	Gefäße spinal	F59E	F59E	0,594	0,705	0,111
8-836.1g	V. portae	F59E	F59E	0,594	0,705	0,111
8-836.1h	Andere Arterien abdominal und pelvin	F59F	F59E	0,488	0,705	0,217
8-836.1j	Andere Venen abdominal und pelvin	F59F	F59E	0,488	0,705	0,217
8-836.1k	Arterien Oberschenkel	F59F	F59O	0,488		
8-836.1m	Venen Oberschenkel	F59F	F59E	0,488	0,705	0,217
8-836.1x	Sonstige	F59F	F59O	0,488		

KODIERUNG PERIPHERER GEFÄSS-INTERVENTIONEN BEI PERIPHERER ARTERIELLER VESCHLUSSKRANKHEIT

Die korrekte Vergütung stationärer Behandlungsfälle im G-DRG-System 2026 ist an die vollständige und sachgerechte Kodierung aller relevanten Diagnosen und Prozeduren unter Berücksichtigung der Deutschen Kodierrichtlinien gebunden. Hier müssen insbesondere folgende Fragen korrekt beantwortet werden:

- Welches ist die zutreffende Hauptdiagnose des Falles?
- Welche Nebendiagnosen dürfen vor dem Hintergrund der klinischen Dokumentation kodiert werden?
- Wie werden die erbrachten Leistungen vollständig und zutreffend im Klassifikationssystem des OPS 2026 kodiert?

Hauptdiagnosekodierung

Folgende Hauptdiagnosen kommen im Zusammenhang mit der pAVK im Katalog der ICD-10-GM 2026 infrage:

Diagnosecodes der ICD-10-GM 2026 für die Kodierung der pAVK

ICD	ATHEROSKLEROSE DER EXTREMITÄTENARTERIEN:	STAD. FONTAINE
I70.20	Becken-Bein-Typ, ohne Beschwerden	I
I70.21	Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr	IIa
I70.22	Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	IIb
I70.23	Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	III
I70.24	Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	IV
I70.25	Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	IV

Hierbei entspricht die Differenzierung des Basis-ICD-Kodes I70.2 den Fontaine-Stadien, wobei allerdings das Stadium IV für die Kodierung in die beiden Bereiche „mit Ulzeration“ und „mit Gangrän“ untergliedert werden. Diese Aufteilung ist von besonderer Bedeutung, da in vielen Fällen eine differenzierte Gruppierungsrelevanz zwischen diesen beiden Gruppen besteht. Für die Differenzierung von Ulkus und Gangrän findet sich beim BfArM ein Hinweis (FAQ Nr. GM 1014⁸⁾)

- Ulzeration (I70.23):

Hierbei handelt es sich um einen auf Haut (Kutis) und Unterhaut (Subkutis) begrenzten Substanzdefekt.
- Gangrän (I70.24):

Hierbei handelt es sich um eine Nekrose mit Autolyse und Verfärbung des Gewebes. Es werden zwei Formen der Gangrän unterschieden:

Nebendiagnosekodierung

Gerade bei der DRG-Gruppierung von Fällen mit peripherer Gefäßintervention spielt der PCCL-Wert eine erhebliche Rolle. Hierbei ist insbesondere auch auf fachfremde Diagnosen und auch Komplikationen im Aufenthalt zu achten. Herzerkrankungen, Nierenfunktionseinschränkungen oder auch neurologische Komorbiditäten sind hier genauso zu beachten wie Wundheilungsstörungen, Gerinnungsstörungen und andere Ereignisse.

Alle diese Diagnosen dürfen nur beim Vorliegen eines entsprechenden Ressourcenverbrauchs einschließlich der für den Nachweis erforderlichen Dokumentation in der Patientenakte kodiert werden, da ansonsten im Rahmen einer nicht seltenen Fallüberprüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) die nachträgliche Streichung dieser ICD-Kodes mit dem damit verbundenen Erlösverlust folgt.

Insofern ist eine lückenlose Aufzeichnung aller begleitenden Probleme außerordentlich wichtig für die Durchsetzung von finanziellen Ansprüchen der Klinik gegenüber den Kostenträgern.

Auch wenn Nebendiagnosen hinsichtlich ihrer Bewertung für die Ermittlung des Gesamtschweregrades von DRG-System zu DRG-System überwiegend regelmäßigen Abwertungen unterliegen, so führt ein hoher PCCL-Wert regelmäßig beim Erreichen eines entsprechenden Schweregrades zu deutlich höher bewerteten G-DRG-Pauschalen. Dies sollte immer beachtet werden, insbesondere auch vor dem Hintergrund einer ausreichenden Dokumentation in der Patientenakte. Hier kann durch unvollständige Dokumentation ein hohes Erlösrisiko resultieren.

Prozedurenkodierung

Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der vollständigen Kodierung von Behandlungsfällen mit pAVK ist die Erfassung aller durchgeführten Leistungen und Prozeduren. Hierbei wird bei den Gefäßinterventionen zwischen den Interventionen und der Implantation von Stents in die peripheren Gefäße unterschieden. Die Kodegruppe 8-836 ff. beschreibt allgemeine Interventionen, während die Kodegruppe 8-84 ff. Leistungen der Stent-Implantation repräsentiert. Die letzte Stelle der OPS-Kodierung transportiert dabei die Information der Lokalisation der Intervention bzw. der Stent-Implantation. Für die nachfolgenden Tabellen sind die relevanten Lokalisationskodes an der unteren Extremität ausgewählt worden.

OPS-Kodierung perkutan-transluminaler Gefäßinterventionen
(Auswahl ohne Embolisation)

PERKUTAN-TRANSLUMINALE GEFÄSSINTERVENTION	UNTER- SCHENKEL	BYPASS	ABDOMINAL / PELVIN	OBER- SCHENKEL
Ballon-Angioplastie	8-836.0c	8-836.0e	8-836.0q	8-836.0s
Blade-Angioplastie	8-836.1c	8-836.1e	8-836.1h	8-836.1k
Laser-Angioplastie	8-836.2c	8-836.2e	8-836.2h	8-836.2k
Atherektomie	8-836.3c	8-836.3e	8-836.3h	8-836.3k
Fremdkörperentfernung	8-836.6c	8-836.6e	8-836.6h	8-836.6k
Selektive Thrombolyse	8-836.7c	8-836.7e	8-836.7h	8-836.7k
Thrombektomie	8-836.8c	8-836.8e	8-836.8h	8-836.8k
Rotationsthrombektomie	8-836.pc	8-836.pe	8-836.ph	8-836.pk
Rotationsatherektomie	8-83c.fc	8-83c.fe	8-83c.f9	8-83c.fb
Lithoplastie	8-83c.bc	8-83c.be	8-83c.b9	8-83c.bb
Kryoplastie	8-836.rc	8-836.re	8-836.rh	8-836.rk

OPS-Kodierung perkutan-transluminaler Stent-Implantationen ohne spezifische Lokalisation

OPS	PERKUTAN-TRANSLUMINALE IMPLANTATION
8-840 ff.	Nicht medikamentenfreisetzende Stents
8-841 ff.	Medikamentenfreisetzende Stents
8-842 ff.	Nicht medikamentenfreisetzende gecoverte Stents (Stent-Graft)
8-843 ff.	Bioresorbierbare Stents
8-844 ff.	Selbstexpandierenden Mikrosten
8-845 ff.	Ungecoverte Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]
8-846 ff.	Gecoverte Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]
8-848 ff.	Medikamentenfreisetzende gecoverte Stents (Stent-Graft)
8-849 ff.	Sonstige ungecoverte großlumige Stents
8-84a ff.	Sonstige gecoverte großlumige Stents
8-84b ff.	Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen
8-84c ff.	Selbstexpandierende Bifurkationsstents, intrakraniell
8-84d ff.	Aus Einzeldrähten verwobene Nitinolstents (seit 2018 z. B. Supera™)
8-84e ff.	Stents mit Embolieprotektion bei Stenosen

Endstellige OPS-Kodierung perkutan-transluminaler Implantationen von Bare Metal Stents

(PERKUTAN-) TRANSLUMINALE IMPLANTATION VON NICHT MEDIKAMENTENFREISETZENDEN STENTS	UNTER-SCHENKEL	BYPASS	ABDOMINAL / PELVIN	OBER-SCHENKEL
Ein Stent	8-840.0c	8-840.0e	8-840.0q	8-840.0s
Zwei Stents	8-840.1c	8-840.1e	8-840.1q	8-840.1s
Drei Stents	8-840.2c	8-840.2e	8-840.2q	8-840.2s
Vier Stents	8-840.3c	8-840.3e	8-840.3q	8-840.3s
Fünf Stents	8-840.4c	8-840.4e	8-840.4q	8-840.4s
Sechs oder mehr Stents	8-840.5c	8-840.5e	8-840.5q	8-840.5s

Viele Leistungen in der Gefäßmedizin werden regelhaft über mehr als einen OPS-Code abgebildet. Auch bei der Implantation von peripheren Stents existieren derartige Zusatzcodes. Die nachfolgende Tabelle zeigt OPS-Zusatzcodes zur primären Kodierung der Stent-Implantation, die Angaben über die Länge des jeweiligen implantierten Stents machen. Diese OPS-Kodes sind auch weiterhin nicht relevant für den Erlös, können aber wichtige Informationen für die Kalkulation kommender DRG-Systeme beinhalten.

Auswahl wichtiger Zusatzcodes bzw. Kodegruppen

OPS	ZUSATZINFORMATIONEN ZU MATERIALIEN
8-83b.0 ff.	Art der medikamentenfreisetzenden Stents oder OPD-Systeme
8-83b.4	Verwendung eines hydrodynamischen Thrombektomiesystems
8-83b.9	Einsatz eines Embolieprotektionssystems
8-83b.5 ff.	Verwendung eines Modellier- oder Doppellumenballons
8-83b.6 ff.	Verwendung eines ablösbaren Ballons
8-83b.8 ff.	Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretreiver-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung
8-83b.c ff.	Verwendung eines Gefäßverschlussystems

Zusatzinformationen zu Materialien: Auswahl 6-stelliger Kodes

OPS	TAB 6A. ART DER MEDIKAMENTEFREISETZENDEN STENTS ODER OPD-SYSTEME
8-83b.0b	Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit biologisch abbaubarer Polymerbeschichtung
8-83b.0c	Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer

OPS	TAB 6B. VERWENDUNG EINES GEFÄSSVERSCHLUSSSYSTEMS
8-83b.c2	Nahtsystem
8-83b.c3	Clipsystem
8-83b.c4	Polymerdichtung mit äußerer Sperrscheibe
8-83b.c5	Resorbierbare Plugs ohne Anker
8-83b.c6	Resorbierbare Plugs mit Anker

OPS	TAB 6C. ZUSATZINFORMATIONEN ZU MATERIALIEN: LÄNGE PERIPHERER STENTS:
8-83b.f1	100 mm bis unter 150 mm
8-83b.f2	150 mm bis unter 200 mm
8-83b.f3	200 mm bis unter 250 mm
8-83b.f4	250 mm oder mehr

OPS	TAB 6D: ZUSATZINFORMATIONEN ZU MATERIALIEN: ART DER VERWENDETEN BALLONS
8-83b.be	Ein Ballon zur adventitiellen Mikroinjektion
8-83b.bf	Zwei Ballons zur adventitiellen Mikroinjektion
8-83b.bg	Drei Ballons zur adventitiellen Mikroinjektion
8-83b.bh	Vier oder mehr Ballons zur adventitiellen Mikroinjektion

Neu in 2026 sind die OPS-Kodes der beiden nachfolgenden Tabellen. Diese sind im Kapitel der Neuerungen bereits ausführlich dargestellt.

OPS	TAB 6E: OPS-TEXT 2026
88-839.c	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Rekanalisation eines Blutgefäßes mit retrograder Sondierung

OPS	TAB 6F: OPS-TEXT 2026
8-83c.m	Andere (perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Einführung eines Führungsdrahtes vor Abbruch einer Ballon-Angioplastie Hinw.: Diese Kodes sind anzuwenden, wenn bei vorzeitigem Abbruch einer Ballon-Angioplastie lediglich die Sondierung eines oder mehrerer Zielgefäße mit einem Führungsdraht erfolgt ist.

Eine primäre Gruppierungsrelevanz dieser OPS-Kodes besteht für das aG-DRG-System 2026 nicht. Ab 2026 kann letzterer "Abbruch-Kode" allerdings eine Eingruppierung in eine Hybrid-DRG bewirken.

DRG-GRUPPIERUNG PERIPHERER INTERVENTIONEN (PTA UND STENTIMPLANTATION)

Die DRG-Gruppierung von Fällen mit PTA bzw. Stent-Implantation [(8-840 ff. nicht medikamentenfreisetzende Stents, 8-841 ff. (medikamentenfreisetzende Stents)] ist von mehreren Faktoren abhängig:

- Haupt- oder Nebendiagnose pAVK mit Ulcus bzw. Gangrän
- Nebendiagnosen (PCCL < 4 oder PCCL > 3)
- Art der Intervention (PTA, Stent)
- Lokalisation der Intervention
- Anzahl und teilweise Art der Stents

Die Eingruppierung von Fällen mit peripherer Stent-Implantation erfolgt auch im Jahr 2026 im Wesentlichen in die Basis-DRGs F59 und F14. An den grundsätzlichen, oben genannten Gruppierungskriterien ändert sich für das G-DRG-Jahr 2026 primär nichts, jedoch ändern sich die Gruppierungsziele für viele Konstellationen durch eine Veränderung der DRG-Logik.

Für das Jahr 2026 wurden die Bewertungsrelationen der sechs weiterhin bestehenden aG-DRG-Splits in der Basis-DRG F59 im Rahmen der Kalkulation angepasst. Dabei ergibt sich zwar auch für Fälle, welche den hohen PCCL-Wert von vier erreichen in typischer Weise eine deutliche Aufwertung in den Fallpauschalen F14A und F59A, die größte Aufwertung zeigt aber die aG-DRG F59A.

Entwicklung der Bewertungsrelationen⁹ und Erlöse 2025–2026

		F14A	F14B	F59A	F59B	F59C	F59D	F59E	F59F
2025	BWR aG-DRG 2025	4,543	2,237	3,294	1,783	1,605	1,226	0,944	0,720
	Erlös aG-DRG 2025	19.963 €	9.830 €	14.475 €	7.835 €	7.053 €	5.387 €	4.148 €	3.164 €
2026	BWR aG-DRG 2026	4,669	2,288	3,701	1,743	1,558	1,247	1,003	0,716
	Erlös aG-DRG 2026	21.128 €	10.354 €	16.748 €	7.887 €	7.050 €	5.643 €	4.539 €	3.240 €
Δ 2026 - 2025	Δ BWR aG-DRG 2026 - 2025	0,126	0,051	0,407	-0,040	-0,047	0,021	0,059	-0,004
	Δ Erlös aG-DRG 2026 - 2025	1.165 €	524 €	2.273 €	52 €	-3 €	256 €	391 €	76 €
	Δ %	5,84%	5,33%	15,70%	0,67%	-0,04%	4,74%	9,42%	2,41%
		↓ ↓ ↓ ↓ ↓							
		F59M	F59M	F59N	F59O	F59P			
		5.367 €	5.367 €	3.423 €	2.742 €	2.088 €			

Speziell bei Behandlungsfällen mit peripherer Gefäßintervention ist immer die Situation der Kurzlieger mit Entlassung unterhalb der unteren Grenzverweildauer der jeweiligen DRG zu betrachten. Im Spannungsgefüge zwischen den meist relativ niedrigen unteren Grenzverweildauern und der im individuellen Einzelfall oftmals nur schwer gegenüber Kostenträgern und Medizinischem Dienst argumentierbaren Notwendigkeiten einer prolongierten stationären Behandlungsdauer fallen hier entweder bereits bei der primären Leistungserbringung oder ggf. dann nach Prüfung der Fälle durch die Kostenträger ausreichend Verweildauertage für die Abrechnung weg, sodass die Abrechnung dann mit Abschlägen wegen Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer erfolgen muss.

Viele dieser Fälle mit einer Verweildauer von einem oder zwei Belegungstagen gelangen im Jahr 2026 in eine der neuen Hybrid-DRGs. Dies führt dazu, dass die um die Fälle geringeren Aufwands reduzierten Kosten in diesen DRGs ansteigen. Im Rahmen der DRG-Kalkulation wirkt sich das dahingehend aus, dass die restlichen DRGs zum Teil deutlich aufgewertet werden. Dies kann man insbesondere an der DRG F59E gut erkennen.

DRG-Gruppierungsschema für PTA und Stentimplantation

Das Eingruppierungsschema für Stent gestützte periphere Interventionen des Vorjahres folgt den dargestellten Mechanismen. Alle Kriterien des Vorjahres bleiben unverändert erhalten. Die wesentlichen Ausnahmen für die Intervention bestehen dabei in den oben dargestellten Konstellationen. Das aktuelle Gruppierungsschema zeigt die nachfolgende Abbildung, wobei der neuen Situation der Hybrid-DRGs dahingehend Rechnung getragen wird, dass mögliche Hybrid-Leistungen farblich markiert sind.

Falls zwei Hybrid-Möglichkeiten gegeben sind, bezieht sich der erste Buchstabe auf 2 Tage Verweildauer, der letzte auf eine Verweildauer von 1 Tag. Ist nur eine Hybrid-Option dargestellt, wird diese sowohl bei einem als auch bei 2 Belegtagen genutzt. Bewertungsrelationen und Erlöse beziehen sich immer auf die schwarz dargestellte aG-DRG.

PCCL > 3	F59A 3,701 (16.748 €)						
	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
I70.20-23	F59F/P 0,716 (3.240 €)	F59E/O 1,003 (4.539 €)	F59D 1,247 (5.643 €)		F59C 1,558 (7.050 €)		
Aa. abd/pelv	PTA/1 BMS	2 St. (1 DES)	3/4 St.		> 4 St.		
Aa. OS	PTA	1/2 St.		3/4 St.			> 4 St.
Gef-US		PTA*/1 St.		2 St.		> 2 St.	
Kü Gef.	PTA					1 St.	> 1 St.
	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
I70.24	F59F/P 0,716 (3.240 €)	F59E/O 1,003 (4.539 €)	F14B 2,288 (10.354 €)	F59D 1,247 (5.643 €)	F14B 2,288 (10.354 €)	F59C 1,558 (7.050 €)	F14B 2,288 (10.354 €)
	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
I70.25	F59D/N/P 1,247 (5.643 €)	F59D/N/O 1,247 (5.643 €)	F14B 2,288 (10.354 €)	F59D 1,247 (5.643 €)	F14B 2,288 (10.354 €)	F59C 1,558 (7.050 €)	F14B 2,288 (10.354 €)

Violett markierte Leistungen gelangen ab 2026 bei Erfüllung der übrigen Kriterien in Hybrid-DRGs

Gruppierungsschema häufiger peripherer Gefäßinterventionen in den Basis-DRGs F59 und F14.
*Bei PTA am US werden abweichende Hybrid-DRGs angesteuert, siehe das entsprechende Kapitel.
(BMS: Bare Metal Stent, DES: Drug Eluting Stent, PTA: Perkutane Angioplastie; St: Stent unabhängig von der Freisetzung von Medikamenten. Nur bei der Nutzung von BMS kann eine Hybrid-DRG angesteuert werden.)

Bei Implantation eines Stents am Oberschenkel wird unabhängig von der Art des Stents primär die G-DRG F59E erreicht. In Analogie zum Vorjahr wird ein pelviner BMS abweichend in die G-DRG F59F gruppiert, während ein DES an identischer Lokalisation in die F59E gelangt. Wird ein PCCL-Wert von mindestens 4 erreicht, so erfolgt die Eingruppierung beider Konstellationen in die G-DRG F59A. Bei einem niedrigeren PCCL-Wert wird beim Vorliegen einer Haupt- oder Nebendiagnose einer pAVK mit Gangrän die G-DRG F59D erzielt. Wird vor einem Stenteinsatz im Unterschenkel eine Ballondilatation durchgeführt, kann es bei entsprechender Verweildauer zu einer Eingruppierung in eine Hybrid-DRG kommen, obwohl die Stentprozedur alleine dazu nicht qualifiziert.

Wird hingegen ein Stent in ein Bypassgefäß implantiert, so erreicht diese Konstellation unmittelbar die G-DRG F59C. Eine Aufwertung durch das Stadium der pAVK erfolgt nicht. Ebenfalls in die F59C werden Fälle mit mehr als einem Stent im Bypass-Gefäß eingruppiert. Diese gelangen dann jedoch beim Vorliegen einer pAVK mindestens mit Ulcus in die G-DRG F14B. Diese Gruppierung gilt ausschließlich für Fälle mit einer Verweildauer von mehr als einem Tag. Auch ganz allgemein kann es bei einer VWD von nur 1 Tag wegen der Komplexität der Definitionen im DHB in einigen Fällen zu Abweichungen der in der Graphik dargestellten Zusammenhänge kommen. Bei einer VWD von 2 Tagen ist alles korrekt. Letztlich kann grundsätzlich nur die Eingruppierung des individuellen Falles Sicherheit bringen.

Neben den dargestellten Gruppierungskriterien gilt für die aG-DRG F59B seit dem Verfahrensjahr 2020 eine Sondersituation, bei der Fälle aufgrund inhaltlicher Kriterien unter besonderer Berücksichtigung aufwändigerer technischer Verfahren bzw. Implantate dort eingruppiert werden. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um folgende Verfahren.

Inhalte der aG-DRG F59B im Jahr 2026

OPS	INHALT
8-836.p ff., 8-83c.f ff.	Rotationsthrombektomie, Rotationsatherektomie
8-83b.4	Verwendung hydrodynamisches Thrombektomiesystems
8-83b.8 ff.	Verwendung Mikrodrahtretriever-System
8-842 ff.	Stent-Graft (BMS) (abd/pelvin > 1 Stent-Graft)
8-848 ff.	Stent-Graft (DES) (abd/pelvin > 1 Stent-Graft)
8-84a.1a/q	Sonst. gecov. großl. Stents: > 1 Stent: Gefäße viszeral/abd/pelvin

MEDIKAMENTENFREISETZENDE BALLONS

Die Verwendung von medikamentenbeschichteten Ballons (Drug Coated Balloons, DCB) in der Peripherie ist seit vielen Jahren unverändert kodierbar. Hierbei ist zunächst einmal ein OPS-Kode für die Durchführung der PTA zu kodieren:

OPS-Kodes für Ballon-Angioplastie

OPS	TEXT
8-836.0c	Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterschenkel
8-836.0e	Ballon-Angioplastie: Künstliche Gefäße
8-836.0q	Ballon-Angioplastie: Andere Arterien abdominal und pelvin
8-836.0s	Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel

Die Anwendung des DCB wird zusätzlich durch einen Material-Zusatzcode aus der Gruppe 8-83b.b ff verschlüsselt:

OPS-Kodes für die Anzahl von DCBs

OPS	ZUSATZINFORMATIONEN ZU MATERIALIEN: ART DER VERWENDETEN BALLONS
8-83b.ba	Ein medikamentefreisetzender Ballon an anderen Gefäßen
8-83b.bb	Zwei medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen
8-83b.bc	Drei medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen
8-83b.bd	Vier oder mehr medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen

Die Kodierung dieser OPS-Kombination führt dann auch im DRG-Jahr 2026 weiterhin in das bundeseinheitlich bewertete Zusatzentgelt ZE137, welches bis zu 4 Ballons spezifisch mit einem Erlös hinterlegt. Ab 4 DCB erfolgt keine weitere additive Finanzierung.

ERFORDERLICHE KODIERUNG FÜR PTA		KODIERUNG DCB NACH ANZAHL		ZUSATZ-ENTGELT	ERLÖS
PTA: Gefäße Unterschenkel		8-83b.ba	1 DCB an and. Gefäßen →	ZE137.01	98,35 €
PTA: Künstliche Gefäße	+	8-83b.bb	2 DCB an and. Gefäßen →	ZE137.02	467,98 €
PTA: Andere Arterien abd/pelvin		8-83b.bc	3 DCB an and. Gefäßen →	ZE137.03	837,61 €
PTA: Arterien Oberschenkel		8-83b.bd	> 3 DCB an and. Gefäßen →	ZE137.04	1.207,24 €

Bemerkenswert hierbei ist die ungewöhnliche Kalkulation des Zusatzentgeltes. Während der erste Ballon vom InEK aus den Differenzkosten von Fällen mit und ohne Ballonanwendung berechnet wird, werden die ZE-Erlöse ab dem 2. Stent einschließlich aus den von den Kalkulationshäusern des InEK gelieferten Kostendaten ermittelt. Dies führt dazu, dass der erste Ballon in der Regel nicht oder nur unvollständig finanziert ist, ab der Verwendung des zweiten Ballons aber beide ein ausreichendes Reimbursement erzielen. Für das Jahr 2026 kommt dem DCB insofern eine Sonderstellung zu, als Zusatzentgelte für die Hybrid-DRGs Ausschlusskriterien darstellen. Die Kodierung eines DCB verhindert somit immer die Hybrid-DRG. Es ist zu empfehlen, hier immer auf den einzelnen Behandlungsfall bezogen eine entsprechende Dokumentation hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit und des wirtschaftlichen Einsatzes von Methoden in der Patientenakte vorzuhalten, um entsprechenden Indikationsprüfungen des Medizinischen Dienstes erfolgreich begegnen zu können.

GROSSLUMIGER GEFÄßVERSCHLUSSKÖRPER

Diagnosen

Die möglichen Diagnosen, welche indikationsbestimmend für den Einsatz eines großlumigen Gefäßverschlusskörpers sein können, sind sowohl in der Literatur als auch in der Praxis außerordentlich vielfältig. Hier kommen insbesondere AV-Malformationen wie Fisteln und begleitende Aneurysmata infrage, wie auch Steal-Phänomene, welche allein oder auch im Gefolge medizinischer Maßnahmen beobachtet werden können. Zusätzlich können auch Gefäße im Rahmen der Traumatherapie mit Plugs verschlossen und elektive Gefäßverschlüsse z. B. im Rahmen der Varikozelenbehandlung oder im Vorfeld z. B. der SIRT-Therapie mit dieser Technik vorgenommen werden. Die gesamte Spannbreite der möglichen Diagnosen kann hier nicht erschöpfend dargestellt werden, so dass exemplarisch vor dem Hintergrund der Gruppierungsbedeutung folgende Diagnosen betrachtet werden sollen.

OPS-Kodes für die Anzahl von DCBs

ICD	TEXT
I28.0	Arteriovenöse Fistel der Lungengefäße
I72.3	Aneurysma und Dissektion der A. iliaca
I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität
I77.0	Arteriovenöse Fistel, erworben
I86.1	Skrotumvarizen
S35.2	Verletzung des Truncus coeliacus oder der A. mesenterica
S35.4	Verletzung von Blutgefäßen der Niere
S36.04	Massive Parenchymruptur der Milz
S37.03	Komplette Ruptur des Nierenparenchyms
T82.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate
T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen

Prozeduren:

Grundsätzlich stehen für 2026 folgende OPS-Kodes im Umfeld der Implantation eines großlumigen Gefäßverschlusskörpers zur Verfügung:

OPS	ZUSATZINFORMATIONEN ZU MATERIALIEN:
8-83b.34	Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Nicht gecoverter großlumiger Gefäßverschlusskörper [Vascular Plug] Exkl.: Selektive Embolisation mit einem Gefäßverschlusskörper [Plug] aus Kunststoff-Formgedächtnis-Polymer (8-83c.k ff.)
8-83b.35	Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Nicht gecoverter großlumiger Gefäßverschlusskörper [Vascular Plug] Hinw.: Großvolumige Metallspiralen haben einen Durchmesser von mindestens 0,51 mm im Einführungszustand Mikrokatheter haben einen Durchmesser von 0,5 mm bis 1 mm
8-83b.38	Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Gecoverter großlumiger Gefäßverschlusskörper [Vascular Plug] Exkl.: Selektive Embolisation mit einem Gefäßverschlusskörper [Plug] aus Kunststoff-Formgedächtnis-Polymer (8-83c.k ff.)
8-83b.3c	Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Großvolumige Metallspiralen [Volumencoil], ohne Einbringung über Mikrokatheter

Die Kodierung der Prozedur der Implantation eines oder mehrerer großlumiger Gefäß-verschlusskörper erfolgt immer durch eine vom OPS-Katalog legitimierte Mehrfachkodierung. Während ein Zusatzkode aus 8-83b.3 ff. die Embolisation mit dem Verschlusskörper verschlüsselt, muss die Embolisation grundsätzlich über einen OPS-Kode aus 8-836.m ff. und die Anzahl der zur Anwendung kommenden Plugs mit einem OPS-Kode aus 8-836.n ff. angegeben werden. Bei der Betrachtung des Zusatzentgeltes ZE105 wird noch deutlich werden, dass die obligate Kombination hoch relevant für die Realisierung des Zusatzentgeltes ist.

Prozedurenkomponente 1: Implantation von Metallspiral

8-836.M - (PERKUTAN-) TRANSLUMINALE GEFÄSSINTERVENTION: ANZAHL DER METALLSPIRALEN							
6. Stelle	Lokal.	6. Stelle	Lokal.	6. Stelle	Lokal.	6. Stelle	Lokal.
- 0:	Gef. Intra-kran.	- 5:	Aortenisthm.	- c:	Gef. US	- h:	And. Aa. abd./pelvin
- 1:	Gef. Kopf extrakran./Hals	- 6:	Ductus art. Ap.	- d:	Gefäßmal f.	- j:	And. Vv. abd./pelvin
- 2:	Gef. Schulter/OA	- 7:	V. cava	- e:	Künstl. Gef.	- k:	Aa. OS
- 3:	Gef. UA	- 8:	And. Gef. thorak.	- f:	Gef. spinal	- m:	Vv. OS
- 4:	Aorta	- a:	Gef. viszeral	- g:	. portae	- x:	Sonst.

Prozedurenkomponente 2: Implantation eines Vascular Plug

OPS	TEXT
8-83b.34	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Nicht gecoverter großlumiger Gefäßverschlusskörper [Vascular Plug]
8-83b.35	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Großvolumige Metallspiralen [Volumencoils], mit Einbringung über Mikrokatheter

8-83b.38 Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikrospiralen zur selektiven Embolisation: Gecoverter großlumiger Gefäßverschlusskörper [Vascular Plug]

Für Vascular Plugs kommt hierbei der OPS Kode 8-83b.34 zum Einsatz.

Prozedurenkomponente 3: Kodierung der Anzahl von Metallspiral

8-836.N - (PERKUTAN-) TRANSLUMINALE GEFÄSSINTERVENTION: ANZAHL DER METALLSPIRALEN											
6. Stelle	Anzahl	6. Stelle	Anzahl	6. Stelle	Anzahl	6. Stelle	Anzahl	6. Stelle	Anzahl	6. Stelle	Anzahl
- 1:	1	- 6:	6	- b:	11	- g:	16	- p:	21	- u:	26
- 2:	2	- 7:	7	- c:	12	- h:	17	- q:	22	- v:	27
- 3:	3	- 8:	8	- d:	13	- j:	18	- r:	23		
- 4:	4	- 9:	9	- e:	14	- k:	19	- s:	24		
- 5:	5	- a:	10	- f:	15	- m:	20	- t:	25		

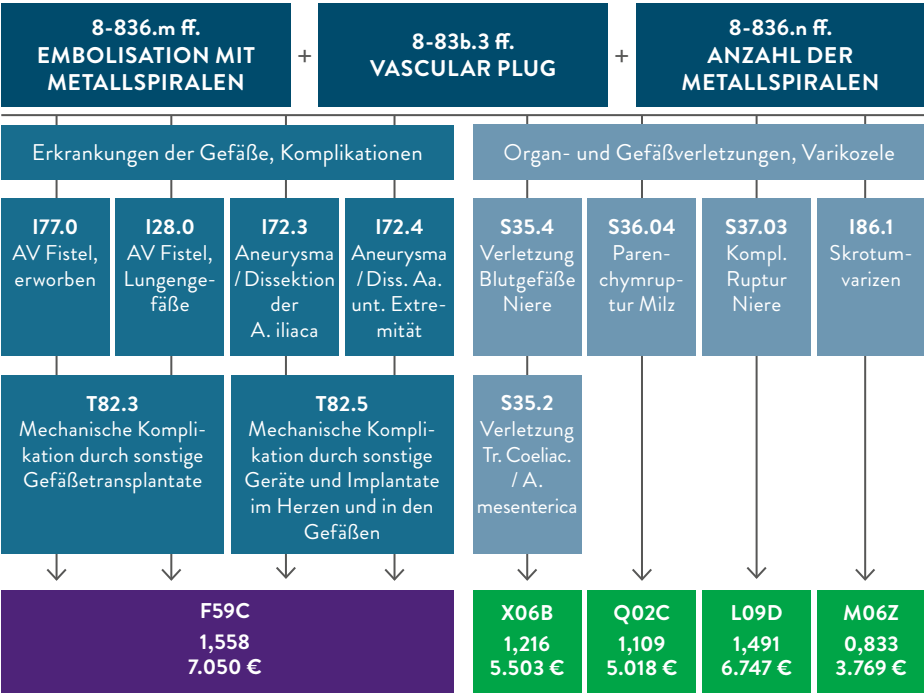
8-83C.J - (PERKUTAN-) TRANSLUMINALE GEFÄSSINTERVENTION: ANZAHL DER METALLSPIRALEN											
6. Stelle	Anzahl	6. Stelle	Anzahl	6. Stelle	Anzahl	6. Stelle	Anzahl	6. Stelle	Anzahl	6. Stelle	Anzahl
- 0:	28	- 3:	35–37	- 6:	46–50	- 9:	61–65	- c:	81–90	- f:	> 150
- 1:	29–31	- 4:	38–40	- 7:	51–55	- a:	66–70	- d:	91–120		
- 2:	32–34	- 5:	41–45	- 8:	56–60	- b:	71–80	- e:	121–150		

Die Basis-Kodes 8-836.n ff./ 8-83c.j ff. werden in der letzten Stelle nach der Anzahl der zur Anwendung gebrachten Plugs verschlüsselt, wobei eine spezifische Kodierung bis hin zu 150 Plugs möglich ist. Die sehr große und für die Klinik in der Regel sicher nicht relevante Anzahl kodierbarer Plugs rührt daher, dass dieselben OPS-Kodes in identischer Staffe lung auch für das Coiling mit üblichen Metallspiral

DRG-Gruppierung

Der primäre OPS-Kode für die Embolisation (8-836.m ff.) führt dazu, dass Fälle mit Im-plantation eines Vascular Plug nicht in die jeweiligen konservativen DRGs der betreffen-den Hauptdiagnosekategorien eingruppiert werden. Der OPS-Kode für die Embolisation mit einem großlumigen Gefäßverschlusskörper hat im G-DRG-System 2026 weiterhin keine Gruppierungsrelevanz. Entgegen den OPS-Kodes für das Coiling mit üblichen Metallspiral

Hierbei werden breit gestreut G-DRGs unterschiedlichster Hauptdiagnosekategorien erreicht, wobei zusätzlich immer noch das im Weiteren noch dargestellte Zusatzentgelt unabhängig von der G-DRG abgerechnet werden wird.



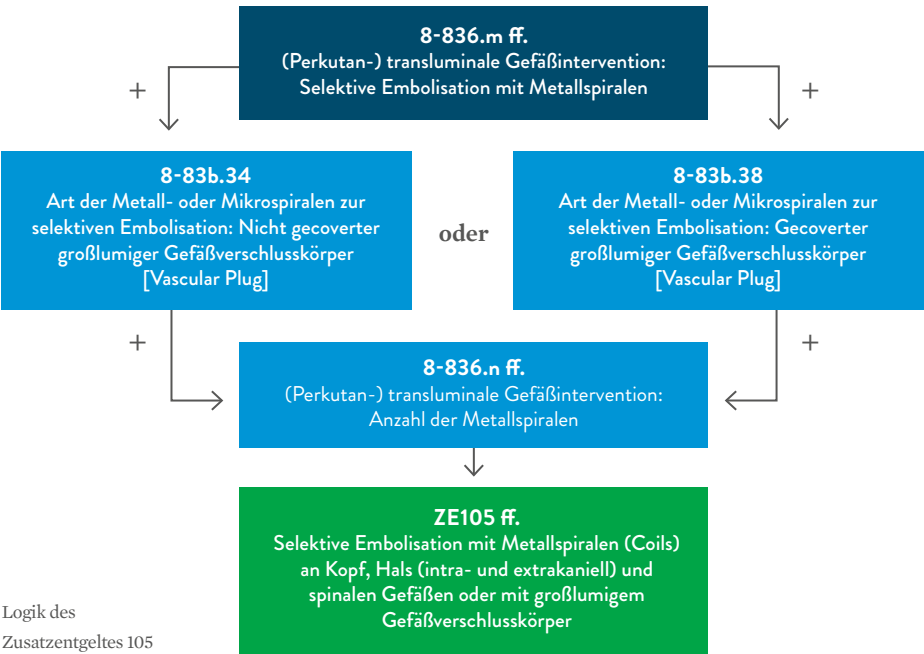
Gruppierungsschema Embolisation 2025

- F59C** Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit aufwendigem Eingriff oder Mehrfacheingriff oder bestimmter Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag
- X06B** Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder Alter > 65 Jahre mit bestimmtem Eingriff oder mit schweren CC
- Q02C** Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe u. des Immunsystems oh. äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre, oh. bestimmte Exzisionen u. Resektionen Mediastinum od. Thymus, oh. best. aufwendige / hochaufwendige Behandlung
- L09D** Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunt bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse, ohne Kalziphyllaxie, ohne best. Laparotomie, mit best. anderen Eingriff od. Alter < 18 Jahre
- M06Z** Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen oder Stanzbiopsie an der Prostata, ein Belegungstag

Zusatzentgelt

Coiling und Implantation von Vascular Plugs sind Auslöser für Zusatzentgelte. Vascular Plugs führen dabei in Analogie zur intrakraniellen (auch: Hals, extrakraniell oder spinal) Coil-Implantation zur Auslösung des ZE105 in Höhe von 218,55 € pro Stück. Coils an allen anderen Lokalisationen erlösen das niedrigere ZE 106 (45,21 € pro Stück). Um das entsprechende Zusatzentgelt auszulösen, muss neben einem OPS-Kode für das Coiling aus 8-836.m ff. ein weiterer OPS-Kode aus dem Bereich der Zusatzcodes für die Art der Metall- oder Mikrospiralen (8-83b.3 ff.) und ein OPS-Kode für die Anzahl der implantierten Metallspiralen bzw. Plugs verschlüsselt werden.

In beiden Zusatzentgelten wurde die maximale spezifisch kodierbare Anzahl von Coils von 27 bzw. 28 und mehr auf 151 und mehr erweitert. Diese Erweiterung wird in der Angiologie nur geringe Praxisrelevanz entfalten, bietet jetzt aber in teuren Einzelfällen doch eine Verbesserung der Vergütung.



Logik des
Zusatzentgeltes 105

Das Zusatzentgelt ist dabei in Analogie zum quantitativen OPS-Kode gestaffelt, wobei pro implantiertem Plug 218,55 € erlöst werden. Ab dem 150. Implantat erfolgt keine zusätzliche Vergütung mehr, was bei Coils eher in extremen Ausnahmefällen, bei Vascular Plugs jedoch

nie relevant für die Praxis ist, da derartige Anzahlen von großlumigen Verschlusskörpern nicht zum Einsatz kommen. Die Gesamtvergütung setzt sich damit letztlich immer aus dem G-DRG-Erlös unter Berücksichtigung der Zu- bzw. Abschläge und dem Erlös aus dem Zusatzentgelt zusammen.

AG-DRG-GRUPPIERUNG SONSTIGER INTERVENTIONELLER VERFAHREN

Auf Seite 25 wurden OPS-Kodes aufwändigerer interventioneller Verfahren an den Gefäßen dargestellt. Die aG-DRG-Gruppierung dieser OPS-Kodes erfolgt in Fällen ohne weitere gruppierungsrelevante Faktoren gemäß der nachfolgenden tabellarischen Aufstellung.

aG-DRG-Gruppierung von Fällen ausgewählter Gefäßinterventionen in Abhängigkeit vom PAVK-Stadium

170.20 - 170.23	Gef. Schu /OA	Gef. UA	And Gef. tho.	Gef. viz.	Gef. US	Kü- Gef	Aa. abd/ pelv	Vv. abd/ pelv	Aa. OS	Vv. OS
Ballon-Angioplastie	F59F	F59E	F59F	F59E		F59F		F59E	F59F	F59E
Blade-Angioplastie	F59D									
Laser-Angioplastie	F59D									
Atherektomie	F59C								F59D	
Fremdkörper-entfernung	F59E					F59C	F59E			
Selektive Thrombolyse	F59C	F59D	F59C			F59E	F59C			
Thrombektomie	F59E					F59C	F59E		F59F	F59E
Rotations-thrombektomie	F59B						F59C	F59B	F59C	F59B
Rotations-atherektomie	F59B									
Lithoplastie	F59D									
Kryoplastie	F56B									

170.24	Gef. Schu /OA	Gef. UA	And Gef. tho.	Gef. viz.	Gef. US	Kü- Gef	Aa. abd/ pelv	Vv. abd/ pelv	Aa. OS	Vv. OS
Ballon-Angioplastie	F59F	F59E	F59F	F59E		F59F		F59E	F59F	F59E
Blade-Angioplastie	F59D									
Laser-Angioplastie	F59D					F14B	F59D			
Atherektomie	F14B			F59C		F14B	F59C		F59D	
Fremdkörper-entfernung	F59E					F14B	F59E			
Selektive Thrombolyse	F59C	F59D	F14B	F59C		F59E	F59C			
Thrombektomie	F59E					F59C	F59E		F59F	F59E
Rotations-thrombektomie	F59B					F14B	F59C	F59B	F59C	F59B
Rotations-atherektomie	F59B					F14B	F59B			
Lithoplastie	F59D									
Kryoplastie	F56B									

170.25	Gef. Schu /OA	Gef. UA	And Gef. tho.	Gef. viz.	Gef. US	Kü- Gef	Aa. abd/ pelv	Vv. abd/ pelv	Aa. OS	Vv. OS
Ballon-Angioplastie	F59D									
Blade-Angioplastie	F59D									
Laser-Angioplastie	F59D					F14B	F59D			
Atherektomie	F14B			F59C		F14B	F59C		F59D	
Fremdkörper-entfernung	F59D					F14B	F59D			
Selektive Thrombolyse	F59C	F59D	F14B	F59C		F59D	F59C			
Thrombektomie	F59D					F59C	F59D			
Rotations-thrombektomie	F59B					F14B	F59C	F59B	F59C	F59B
Rotations-atherektomie	F59B					F14B	F59B			
Lithoplastie	F59D									
Kryoplastie	F59D					F14B	F59D			

Auch diese Verfahren werden regelhaft in die Basis-DRGs F14 und F59 eingruppiert. Allein die Kryoplastie wird bei einer pAVK ohne Gangrän in die Basis-DRG F56 (Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie) eingestuft. Dabei gilt es zu beachten, dass die angegebenen Fallpauschalen für eine Verweildauer von mindestens "2" gelten. Bei nur einem Belegtag gibt es häufig Verschiebungen. So gruppiert z.B. die Bladeangioplastie bei einem Tag Verweildauer regelhaft in die F59E und bei der Durchführung einer selektiven Thrombolyse wird idR bei Tagesliegern die F59E oder F59F angesteuert.

Bei prinzipieller Erfüllung der Hybrid-DRG-Kriterien gruppieren manche dieser Verfahren an speziellen Lokalisationen in Hybrid-DRGs, wobei die spezifische Hybrid-DRG teilweise auch von der Verweildauer abhängt. Das ist in den folgenden Tabellen dargestellt. Wenn 2 Möglichkeiten angegeben sind, bezieht sich die erste auf eine VWD von 2 Tagen, die zweite auf einen Tageslieger.

I70.20 -I70.23	Gef. Schu/OA	Gef. UA	Gef. US	KüGef	Aa. abd/ pelv	Aa. OS	Vv. OS
Ballon-Angioplastie	F59P	F59O / -P	F59O / -P	F59P	F59P	F59P	F59O / -P
Blade-Angioplastie						F59N / -O	
Atherektomie	F59M / -N	F59M / -N	F59M / -N	F59M / -N		F59N	F59N
Thrombektomie	F59O	F59O	F59O	F59M / -O		F59P	F59O
Rotations-Thrombektomie						F59M	
Rotation-Atherektomie						F59M	F59M

I70.24	Gef. Schu/OA	Gef. UA	Gef. US	KüGef	Aa. abd/ pelv	Aa. OS	Vv. OS
Ballon-Angioplastie	F59P	F59O / -P	F59O / -P	F59P	F59P	F59P	F59O / -P
Blade-Angioplastie						F59N / -O	
Atherektomie			F59M / -N			F59N	F59N
Thrombektomie	F59O	F59O	F59O	F59M / -O		F59P	F59O
Rotations-Thrombektomie						F59M	
Rotation-Atherektomie						F59M	F59M

I70.25	Gef. Schu/OA	Gef. UA	Gef. US	KüGef	Aa. abd/ pelv	Aa. OS	Vv. OS
Ballon-Angioplastie	F59P	F59N / -P	F59O / -P	F59P	F59P	F59P	F59N / -P
Blade-Angioplastie						F59N / -O	
Atherektomie			F59M / -N			F59N	F59N
Thrombektomie	F59N / -O	F59N / -O	F59N / -O	F59N / -O		F59N / -P	F59N / -O
Rotations-Thrombektomie						F59M	
Rotation-Atherektomie						F59M	F59M

ATHEREKTOMIE UNTER EMBOLIEPROTEKTION

Seit dem Jahr 2020 führt der Zusatzkode 8-83b.9 für den Einsatz eines Embolieprotektionssystems in höher bewertete aG-DRGs. Auch im Jahr 2026 führt der zusätzliche Gebrauch eines solchen Systems im Vergleich einer Atherektomie ohne Embolieschutz zur Aufwertung.

OPS	OPS-TEXT
8-836.3k	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Atherektomie: Arterien Oberschenkel
8-836.3m	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Atherektomie: Venen Oberschenkel
8-836.3x	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Atherektomie: Sonstige
+	
8-83b.9	Zusatzinformationen zu Materialien: Einsatz eines Embolieprotektionssystems

Aufwertung Atherektomie unter Embolieprotektion

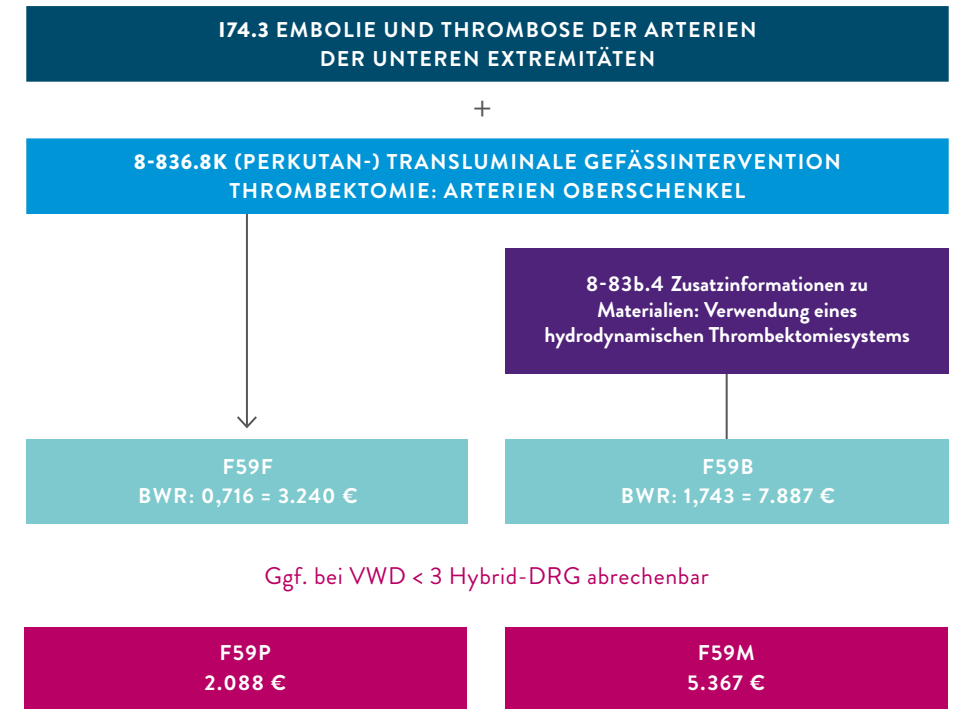
ICD	OPS	OPS ATHEREKTOMIE TEXT	Ohne Embolieprotektion	Mit Embolieprotektion
I70.20-23	8-836.3k	Atherektomie: Arterien Oberschenkel	F59D / -N	F59C / -M / -N
	8-836.3m	Atherektomie: Venen Oberschenkel		
	8-836.3x	Atherektomie: Sonstige		
I70.24	8-836.3c	Atherektomie: Gefäße Unterschenkel	F59C / -M / -N	F14B
	8-836.3k	Atherektomie: Arterien Oberschenkel	F59D / -N	F14B
	8-836.3m	Atherektomie: Venen Oberschenkel		
	8-836.3x	Atherektomie: Sonstige		
I70.25	8-836.3c	Atherektomie: Gefäße Unterschenkel	F59C / -M / -N	F14B
	8-836.3k	Atherektomie: Arterien Oberschenkel	F59D / -N	F14B
	8-836.3m	Atherektomie: Venen Oberschenkel		
	8-836.3x	Atherektomie: Sonstige		

HYDRODYNAMISCHES THROMBEKTOMIESYSTEM

Die Kodierung des Einsatzes eines hydrodynamischen Thrombektomiesystems erfolgt auch im Jahr 2026 weiterhin mit dem OPS-Kode 8-83b.4 (Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines hydrodynamischen Thrombektomiesystems). Bei diesem Kode handelt es sich um einen Zusatzkode, welcher mit dem Inklusivum „Hochdruck-Wasserjet-Katheter zur Thrombektomie“ im OPS-Katalog gelistet ist. Die Kodierung erfolgt für die peripheren Gefäßeingriffe dabei zusätzlich zu einem OPS-Kode aus 8-836.8** (Thrombektomie).

Eine Erlösrelevanz dieses OPS-Kodes besteht für die Eingruppierung von Behandlungsfällen in die aG-DRG F59B, wobei Fälle mit alleiniger Thrombektomie ohne die Anwendung eines hydrodynamischen Thrombektomiesystems in die deutlich geringer vergütete aG-DRG F59F eingestuft werden.

Aufwertung von Fällen mit Thrombektomie durch Hydrodynamische Systeme



VENOUS STENTING

Auch die Applikation von Stents oder Stentgrafts in das venöse Gefäßsystem ist im DRG-System kodierbar. Dabei finden sich unterschiedliche Hauptdiagnosekodes im ICD-Katalog:

ICD	THROMBOSE, PHLEBITIS UND THROMBOPHLEBITIS
I80.1	V. femoralis
I80.20	Beckenvenen
I80.28	Sonst. tiefe Gefäße der unteren Extremitäten
I80.3	Untere Extremitäten, nnbez.

ICD	TEXT
I87.00	Postthrombotisches Syndrom ohne Ulzeration
I87.01	Postthrombotisches Syndrom mit Ulzeration

ICD	TEXT
I87.1	Venenkompression

Für das May-Turner-Syndrom existiert kein spezifischer ICD-Kode, sodass hier lediglich der unspezifische ICD-Kode für die Venenkompression zur Anwendung kommen kann.

Interventionen an den peripheren venösen Gefäßen werden letztlich in derselben Logik verschlüsselt wie die Eingriffe an den peripheren Arterien. Nachfolgend die OPS-Kodes für die nicht Stent gestützten Verfahren.

(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention	And. Venen abd/pelvin	Venen Oberschenkel
Ballon-Angioplastie	8-836.0r	8-836.0t
Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon)	8-836.1j	8-836.1m
Laser-Angioplastie	8-836.2j	8-836.2m
Atherektomie	8-836.3j	8-836.3m
Fremdkörperentfernung	8-836.6j	8-836.6m
Selektive Thrombolyse	8-836.7j	8-836.7m
Thrombektomie	8-836.8j	8-836.8m
Rotationsthrombektomie	8-836.pj	8-836.pm
Kryoplastie	8-836.rj	8-836.rm

Die Eingruppierung dieser Fälle erfolgt unabhängig von einer der benannten Hauptdiagnosen in Abhängigkeit von der Lokalisation in DRGs der Basis-DRG F59.

(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention	And. Venen abd/pelvin	Venen Oberschenkel
Ballon-Angioplastie	F59E/P	F59E/P
Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon)	F59D	F59D/O
Laser-Angioplastie	F59D	F59D
Atherektomie	F59C	F59D/N
Fremdkörperentfernung	F59E	F59E
Selektive Thrombolyse	F59C	F59C
Thrombektomie	F59E	F59E/P
Rotationsthrombektomie	F59B	F59B/M
Kryoplastie	F56B	F56B

Die Kodierung von typischen Stents bzw. Stentgrafts erfolgt nach dem folgenden Schema:

Art des Stents	OPS Viersteller	+	Anzahl Stents	OPS 5. Stelle	+	Anzahl Stents	OPS 6. Stelle
BMS	8-840-		1 Stent	-0-		And. Vv. abd/pelvin	-r
DES	8-841-		2 Stent	-1-		Vv. Oberschenkel	-t
Stent-Graft	8-842-		3 Stent	-2-			
Ungecov. großl. Stent	8-849-		4 Stent	-3-			
Gecov. großl. Stent	8-84a-		5 Stent	-4-			
			> 5 Stents	-5-			

Auch hier erfolgt die Eingruppierung in die unterschiedlichen DRG-Splits C und D:

OPS	Art der Stents	Anzahl	And. Venen abd/pelvin	Venen Oberschenkel
8-840-	BMS	1	F59E	F59D
	BMS	2 - 4	F59D	F59D
	BMS	> 4	F59C	F59C
8-841-	DES	1	F59E	F59D
	DES	1 - 4	F59D	F59D
	DES	> 4	F59C	F59C
8-842-	Stent-Graft	1	F59D	F59D
	Stent-Graft	> 1	F59C	F59C
8-849-	Ungecov. großl. Stent	> 0	F59D	F59D
8-84a-	Gecov. großl. Stent	1	F59D	F59D
	Gecov. großl. Stent	> 1	F59C	F59C

Die zum Teil nicht unerheblichen Kosten des venösen Stentings werden dabei nur unvollständig finanziert.

ANHANG: WICHTIGE aG-DRG-PAUSCHALEN 2026 FÜR GEFÄSSINTERVENTIONEN BEI PAVK

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	KAT MVWD	1. Tag Abschl.	Abschl./ Tag	1. Tag Zuschl.	Zuschl./ Tag
F14A	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit äußerst schweren CC	4,669	23,3	7	0,336	41	0,081
F14B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe, ohne äußerst schwere CC	2,288	11,6	3	0,272	24	0,066
F59A	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC	3,701	20,2	6	0,362	38	0,088
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit aufwendiger Gefäßintervention, ohne äußerst schwere CC	1,743	4,6	1	0,559	12	0,143
F59C	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit aufwendigem Eingriff oder Mehrfacheingriff oder bestimmter Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag	1,558	6,2	1	0,389	14	0,088
F59D	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit bestimmtem Eingriff oder anderem Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag oder mit pAVK mit Gangrän, mehr als ein Belegungstag	1,247	5,8	1	0,403	15	0,086
F59E	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwend. Gefäßinterv., mit best. anderen Eingriff oder best. Mehrfacheingriff oder PTA, mehr als ein Belegungstag, ohne aufwendigen oder bestimmten Eingr., Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag	1,003	4,9	1	0,298	12	0,091
F59F	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, ohne aufwendigen, bestimmten oder bestimmten anderen Eingriff, ohne Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag	0,716	3,5	1	0,162	8	0,11

HYBRID-DRG	BEZEICHNUNG	HYDRG 2026 (VW 2,98%)
F59M	Hybrid-DRG der DRGs F59B und F59C (Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit aufwendigem Eingriff oder Mehrfacheingriff oder bestimmter Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag)	5.366,75 €
F59N	Hybrid-DRG der DRG F59D (Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit bestimmtem Eingriff oder anderem Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag oder mit pAVK mit Gangrän, mehr als ein Belegungstag)	3.422,66 €
F59O	Hybrid-DRG der DRG F59E (Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwend. Gefäßinterv., mit best. anderen Eingriff oder best. Mehrfacheingriff oder PTA, mehr als ein Belegungstag, ohne aufwendigen oder bestimmten Eingr., Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag)	2.742,29 €
F59P	Hybrid-DRG der DRG F59F (Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, ohne aufwendigen, bestimmten oder bestimmten anderen Eingriff, ohne Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag)	2.087,96 €

Berechnungsgrundlage Erlöse:

2025: Bundesbasisfallwert 2025 (4.394,22 €)
2026: Bundesbasisfallwert 2025 zzgl. Veränderungswert von 2,98% (4.525,17 €)

Der Veränderungswert ist zum Fertigstellungszeitpunkt noch nicht festgelegt worden, sodass sich hier noch Änderungen ergeben können. Diese haben keine nennenswerte Auswirkung auf die hier beispielhaft aufgeführten Konstellationen.

Ausgewählte Zusatzentgelte für Gefäßinterventionen bei pAVK

OPS VERSION 2025					
ZE	BEZEICHNUNG	ZE	OPS-KODE	OPS TEXT	BETRAG
ZE137	Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen		8-836.02	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Schulter und Oberarm	
			8-836.03	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterarm	
			8-836.08	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Gefäße thorakal	
			8-836.0a	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße viszeral	
			8-836.0c	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Gefäße Unterschenkel	
			8-836.0e	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Künstliche Gefäße	
			8-836.0q	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Arterien abdominal und pelvin	
			8-836.0r	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Andere Venen abdominal und pelvin	
			8-836.0s	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	
			8-836.0t	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: Venen Oberschenkel	
		ZE137.01	8-83b.ba	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentefreisetzender Ballon an anderen Gefäßen	98,35 €
		ZE137.02	8-83b.bb	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen	467,98 €
		ZE137.03	8-83b.bc	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Drei medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen	837,61 €
		ZE137.04	8-83b.bd	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Vier oder mehr medikamentefreisetzende Ballons an anderen Gefäßen	1.207,24 €

Embolisation mit Vascular Plugs

OPS VERSION 2025					
ZE	BEZEICHNUNG	ZE	OPS-KODE	OPS TEXT	BETRAG
ZE105	Selektive Embolisation mit Metallschrauben (Coils) an Kopf, Hals (intra- und extrakraniell) und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlussskörper		8-836.m0	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallschrauben: Gefäße intrakraniell	
			8-836.m1	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallschrauben: Gefäße Kopf extrakraniell und Hals	
			8-836.mf	(Perkutan-) transluminale Gefäßintervention: Selektive Embolisation mit Metallschrauben: Gefäße spinal	
			8-83b.34	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikroschrauben zur selektiven Embolisation: Nicht gecoverter großlumiger Gefäßverschlussskörper [Vascular Plug]	
			8-83b.35	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikroschrauben zur selektiven Embolisation: Großvolumige Metallschrauben [Volumencoils]	
			8-83b.38	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der Metall- oder Mikroschrauben zur selektiven Embolisation: Gecoverter großlumiger Gefäßverschlussskörper [Vascular Plug]	
		ZE105.01	8-836.n1	1 Metallschraube	218,55 €
		ZE105.02	8-836.n2	2 Metallschrauben	437,10 €
		ZE105.03	8-836.n3	3 Metallschrauben	655,65 €
		ZE105.04	8-836.n4	4 Metallschrauben	874,20 €
		ZE105.05	8-836.n5	5 Metallschrauben	1.092,75 €
		ZE105.06	8-836.n6	6 Metallschrauben	1.311,30 €
		ZE105.07	8-836.n7	7 Metallschrauben	1.529,85 €
		ZE105.08	8-836.n8	8 Metallschrauben	1.748,40 €
		ZE105.09	8-836.n9	9 Metallschrauben	1.966,95 €
		ZE105.10	8-836.na	10 Metallschrauben	2.185,50 €
		ZE105.11	8-836.nb	11 Metallschrauben	2.404,05 €
		ZE105.12	8-836.nc	12 Metallschrauben	2.622,60 €
		ZE105.13	8-836.nd	13 Metallschrauben	2.841,15 €
		ZE105.14	8-836.ne	14 Metallschrauben	3.059,70 €
		ZE105.15	8-836.nf	15 Metallschrauben	3.278,25 €
		ZE105.16	8-836.ng	16 Metallschrauben	3.496,80 €
		ZE105.17	8-836.nh	17 Metallschrauben	3.715,35 €

ZE105

Selektive Embolisation mit Metallschrauben (Coils) an Kopf, Hals (intra- und extrakraniell) und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlussskörper

ZE105.18	8-836.nj	18 Metallschrauben	3.933,90 €
ZE105.19	8-836.nk	19 Metallschrauben	4.152,45 €
ZE105.20	8-836.nm	20 Metallschrauben	4.371,00 €
ZE105.21		Siehe weitere Differenzierung ZE105.22 - ZE105.29	
ZE105.22	8-836.np	21 Metallschrauben	4.589,55 €
ZE105.23	8-836.nq	22 Metallschrauben	4.808,10 €
ZE105.24	8-836.nr	23 Metallschrauben	5.026,65 €
ZE105.25	8-836.ns	24 Metallschrauben	5.245,20 €
ZE105.26	8-836.nt	25 Metallschrauben	5.463,75 €
ZE105.27	8-836.nu	26 Metallschrauben	5.682,30 €
ZE105.28	8-836.nv	27 Metallschrauben	5.900,85 €
ZE105.29	8-836.nw	Siehe weitere Differenzierung ZE105.30 - ZE105.45	
ZE105.30	8-83c.j0	28 Metallschrauben	6.119,40 €
ZE105.31	8-83c.j1	29 bis 31 Metallschrauben	6.556,50 €
ZE105.32	8-83c.j2	32 bis 34 Metallschrauben	7.212,15 €
ZE105.33	8-83c.j3	35 bis 37 Metallschrauben	7.867,80 €
ZE105.34	8-83c.j4	38 bis 40 Metallschrauben	8.523,45 €
ZE105.35	8-83c.j5	41 bis 45 Metallschrauben	9.397,65 €
ZE105.36	8-83c.j6	46 bis 50 Metallschrauben	10.490,40 €
ZE105.37	8-83c.j7	51 bis 55 Metallschrauben	11.583,15 €
ZE105.38	8-83c.j8	56 bis 60 Metallschrauben	12.675,90 €
ZE105.39	8-83c.j9	61 bis 65 Metallschrauben	13.768,65 €
ZE105.40	8-83c.ja	66 bis 70 Metallschrauben	14.861,40 €
ZE105.41	8-83c.jb	71 bis 80 Metallschrauben	16.172,70 €
ZE105.42	8-83c.jc	81 bis 90 Metallschrauben	18.358,20 €
ZE105.43	8-83c.jd	91 bis 120 Metallschrauben	21.855,00 €
ZE105.44	8-83c.je	121 bis 150 Metallschrauben	28.630,05 €
ZE105.45	8-83c.jf	151 oder mehr Metallschrauben	33.001,05 €

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

Aa: Arterien

abd/pelv: abdominal oder pelvin

Abschl: Abschlag pro Tag bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer

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

AOP: Ambulantes Operieren (im Krankenhaus)

BfArM: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

BMS: Bare metal stent (nicht medikamentefreisetzender Stent)

BT: Belegtag

BWR: Bewertungsrelation

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

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

DCB: Drug Coated Balloon (medikamentefreisetzender Ballon)

DES: Drug eluting stent (medikamentefreisetzender Stent)

DKR: Deutsche Kodierrichtlinie

DRG: Diagnosis Related Groups (Fallpauschalensystem)

FAQ: Frequently asked Questions

FF.: und folgende (untergeordnete Codes)

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

Gef: Gefäße

HE&R: Health Econonim & Reimbursement

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

InEK: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

Kat-BWR: Katalog-Bewertungsrelation

KHAG: Krankenhausreformenpassungsgesetz

KHG: Krankenhausfinanzierungsgesetz

KHVVG: Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

Kü: Künstlich

MD: Medizinischer Dienst

MVWD: Mittlere Verweildauer

MVZ: Medizinisches Versorgungszentrum

nnbez: nicht näher bezeichnet

NUB: Neue Untersuchungs und Behandlungsmethode

OGVD: Obere Grenzverweildauer

OPD: Ostial Protection Device

OPS: Operationenschlüssel (Prozedurenklassifikationssystem)

OS: Oberschenkel

PAVK: Periphere arterielle Verschlusskrankheit

PCCL: Patient Comorbidity and Complexity Level (fallbezogener Gesamtschweregrad)

Pr: Prozedur

PTA: Perkutan-transluminale Angioplastie (Ballon-Angioplastie)

rDRG: residuale Fallpauschale

SGB V: Sozialgesetzbuch 5

Schu/OA: Schulter oder Oberarm

UA: Unterarm

UGVD: Untere Grenzverweildauer

US: Unterschenkel

Vv: Venen

VWD: Verweildauer

ZE: Zusatzentgelt

Zuschl: Zuschlag pro Tag bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer

QUELLEN

1. **Zerlegter Fallpauschalenkatalog:** <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2026/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-2026>
2. **Hybrid-DRG Katalog 2026:** <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2026/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-2026>
3. **AOP Katalog:** <https://www.dkgev.de/themen/finanzierung-leistungskataloge/ambulante-verguetung/ambulantes-operieren-115b-sgb-v/>
4. **Leistungsgruppen und Qualitätskriterien:** https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/anlage_1.html
5. **Definitionshandbuch 5:** <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2026/definitionshandbuch-2026>
6. **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
7. **OPS Version 2026:** https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/klassifikationen/ops/version2026/ops2026syst-pdf_zip.html?nn=841246&dlConfirm=true&calledFromDoc=841246
8. **Kodierfragen zur ICD-10-GM:** https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Kodierfragen/ICD-10-GM/_node.html
9. **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
Structural Heart

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: 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 manuals.eifu.abbott zu lesen für detaillierte Informationen über Indikationen, Kontraindikationen, Warnungen, Vorsichtsmaßnahmen und mögliche Komplikationen, die bei der Verwendung dieses Produkts auftreten können. Dieses Material ist nur für die Nutzung von medizinischem Fachpersonal gedacht.

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-2601091 v1.0

