



HEALTH ECONOMICS & REIMBURSEMENT



2026

KODIERHILFE

KORONARINTERVENTIONEN – PCI

12. 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 Kardiologie	4
Take Home Messages	10
PCCL-Systematik	16
Bundesbasisfallwert	18
Spezielle Veränderung für die Kardiologie mit dem aG-DRG-System 2026	19
Koronarangiographie und koronare Interventionen	23
Hauptdiagnose	23
Prozeduren: Koronare Katheterdiagnostik	24
DRG-Gruppierung: Koronare Katheterdiagnostik	25
Gruppierungslogik in den Hybrid-DRGs der Basis-DRG F49	28
Prozeduren: perkutane Koronarintervention (PTCA)	32
Prozeduren: Drug Coated Balloons (DCB)	33
Prozeduren: perkutane Koronarintervention (medikamentenfreisetzende Stents)	34
Nicht vollständig erbrachte Leistung	37
DRG-Gruppierung: perkutane Koronarintervention (medikamentenfreisetzende Stents)	39
Hybrid-DRGs der PCI-DRGs	42
Sachkosten und Zusatzentgelt ZE101	46
Zusatzentgelt ZE2026-107 (bioresorbierbare medikamentenfreisetzende Stents)	47
Fraktionelle Flussreserve	47
Optische Kohärenztomographie (OCT)	52
CTO-Rekanalisation	52
Rotablation an den Koronargefäßen – Orbitale Atherektomie (OAS)	54
Koronare Lithoplastie	56
ANHANG	
Wichtige aG-DRG-Pauschalen für die perkutane Koronarintervention	57
Glossar / Abkürzungen	61
Quellen	63
Das könnte Sie auch interessieren	65
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.

Hybrid-DRGs in der Kardiologie²

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 Auswei-

tung 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-Leistungen³ 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.

Im Folgenden werden die einzelnen kardiologischen 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 diagnostischen Herzkatheteruntersuchungen als auch im Bereich der perkutanen Koronarinterventionen 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 nicht immer im Verhältnis 1:1. Während aus den Ausgangs-DRGs F19B, F24B und F52B jeweils eine Hybrid-DRG entsteht, sind den übrigen DRGs jeweils zwei unterschiedlich definierte Hybrid-DRGs zugeordnet. 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						Verweildauer = 2 Tage						Verweildauer = 3 Tage					
2025		2026		2026-2025		2025		2026		2026-2025		2025		2026		2026-2025	
F49E	2.474 €	F49M	2.728 €	254 €	10,3%	F49E	4.807 €	F49M	2.728 €	-2.079 €	-43,3%	F49E	4.807 €	F49D	5.204 €	397 €	8,3%
		F49N	2.504 €	30 €	1,2%			F49N	2.504 €	-2.303 €	-47,9%			F49F	3.757 €	F49E	4.141 €
F49F	1.938 €	F49O	2.616 €	678 €	35,0%	F49F	3.757 €	F49O	2.616 €	-1.141 €	-30,4%						F49G
		F49P	2.047 €	110 €	5,7%			F49P	2.047 €	-1.710 €	-45,5%						
F49G	1.402 €	F49Q	1.928 €	526 €	37,5%	F49G	2.597 €	F49Q	1.928 €	-669 €	-25,8%	F49G	2.597 €	F49G	3.068 €	471 €	18,1%
		F49R	1.144 €	-258 €	-18,4%			F49R	1.144 €	-1.453 €	-55,9%						
F19B	4.399 €	F19M	4.878 €	479 €	10,9%	F19B	6.591 €	F19M	4.878 €	-1.714 €	-26,0%	F19B	6.591 €	F19B	7.516 €	925 €	14,0%
F24B	3.282 €	F24M	3.702 €	420 €	12,8%	F24B	5.985 €	F24M	3.702 €	-2.283 €	-38,1%	F24B	5.985 €	F24B	6.380 €	396 €	6,6%
F52B	2.707 €	F52M	3.165 €	458 €	16,9%	F52B	4.719 €	F52M	3.165 €	-1.555 €	-32,9%	F52B	4.719 €	F52B	4.760 €	41 €	0,9%
F56B	2.707 €	F56M	3.467 €	760 €	28,1%	F56B	4.632 €	F56M	3.467 €	-1.165 €	-25,2%	F56B	4.632 €	F56B	5.530 €	898 €	19,4%
		F56N	3.015 €	308 €	11,4%			F56N	3.015 €	-1.617 €	-34,9%						
F58B	2.074 €	F58M	2.939 €	865 €	41,7%	F58B	3.471 €	F58M	2.939 €	-532 €	-15,3%	F58B	3.471 €	F58B	4.064 €	592 €	17,1%
		F58N	2.310 €	235 €	11,4%			F58N	2.310 €	-1.162 €	-33,5%						

Schaut man sich die breite Streuung der Hybrid-DRGs auf den gesamten Herzkatheterbereich 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. Zusätzlich zu den in diesem Zusammenhang relevanten Leistungen wird die Einführung der Hybrid-DRGs auch in anderen zentralen Leistungsbereichen der Kardiologie bedeutsam. Insbesondere die Rhythmologie ist hier betroffen. Ebenso findet sich im Bereich der Ablationen teilweise ein Anteil von mehr als drei Vierteln der bisherigen Fälle mit einer Verlagerung in die Hybrid-DRGs.

Zusammenfassend kann 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.

Andererseits ist zu beachten, dass viele Fälle mit diagnostischem Herzkatheter und/oder Implantation geringer Stentanzahlen bisher bereits im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V in Krankenhaus oder MVZ abgerechnet wurden. Diese Fälle werden nunmehr mit Hybrid-DRGs abgebildet, wobei hier die Erlösentwicklung positiv ausfällt. Insofern muss die Auswirkung der Hybrid-DRGs immer auch im Zusammenspiel aller Abrechnungsbereiche gesehen werden.

TAKE HOME MESSAGES

ZU HYBRID-DRGS

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

Dabei sind neben Fällen der Rhythmologie insbesondere auch Fälle mit Herzkatheteruntersuchungen und Koronarinterventionen betroffen.

Bei einer Verweildauer von weniger als drei Tagen erfolgt für viele dieser Fälle die Vergütung künftig über Hybrid-DRGs.

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

Für bisherige stationäre Tagesfälle erfolgt in den meisten Hybrid-DRGs eine höhere Vergütung als in der stationären DRG mit Kurzliegerabschlag 2025.

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

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

LG Nr	LG	Kriterium	Anforderungsbereiche			Anforderungsbereiche			
			Erbringung verwandter LG			Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur und Prozessvor- aussetzungen
			Standort	Kooperation			Qualifikation	Verfügbarkeit	
10	EPU/ Ablation	MV	LG Allg Innere Medizin LG Intensiv- medizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Interventionelle Kardiologie LG Kardiale Devices, Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche		CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, Transösophageale Echokardiographie (TEE)	FA Innere Medizin und Kardiologie	Drei FA, minde- stens Rufbereit- schaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonal- untergrenzen
10	EPU/ Ablation	AK	LG Kardiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			Kardio-MRT			
11	Inter- ventio- nelle Kardio- logie	MV	LG Allg Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Kardiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Herz- chirurgie oder LG Herz- chirurgie – Kinder und Jugendliche		Katheterlabor, Rönt- gen, CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	Fünf FA, minde- stens Rufbereit- schaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonal- untergrenzen
11	Inter- ventio- nelle Kardio- logie	AK	LG EPU/Ablation LG Kardiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße, Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche			Kardio-MRT			Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 28 Nummer 1 bis 6 oder Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallversor- gung gemäß den §§ 13 bis 17 oder Erfüllung der Voraussetzungen der umfassenden Notfallversorgung (...)
12	Kardiale Devices	MV	LG Allg Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitäts- anforderung Komplex	LG E-PU/Ablation LG Interventionelle Kardiologie, Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche		CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, Transösophageale Echokardiographie (TEE)	FA Innere Medizin und Kardiologie	Drei FA, minde- stens Rufbereit- schaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonal- untergrenzen
12	Kardiale Devices	AK	LG EPU/Ablation Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße, Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche			Kardio-MRT			

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.

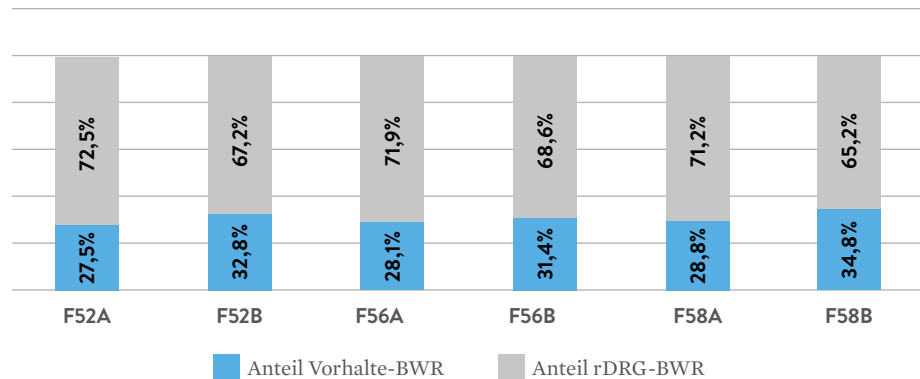
Erstmalig für das Jahr 2026 veröffentlicht das InEK den sogenannten „zerlegten Fallpauschalenkatalog“. Dieser weist für alle DRGs für Bewertungsrelationen, Zu- und Abschläge getrennte Werte für die Vorhaltebewertungsrelation und die rDRG-Bewertungsrelation aus. Unter der rDRG versteht das InEK die „restliche“ 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	F52A	F52B	F56A	F56B	F58A	F58B
Vorhalte-BWR Hauptabteilung	0,8147	0,3446	0,8112	0,3834	0,6475	0,3127
uGVD: Vorhalte-BWR pro Tag	0,0989	0,1150	0,1025	0,1283	0,1090	0,1066
oGVD: Vorhalte-BWR pro Tag	0,0228	0,0268	0,0256	0,0235	0,0236	0,0240
Ext. Verleg.: Abschl./Tag (Vorhalte-BWR)	0,0308	0,0321	0,0340	0,0275	0,0313	0,0278
rDRG-BWR Hauptabteilung	2,1483	0,7074	2,0728	0,8386	1,6035	0,5853
uGVD: rDRG-BWR pro Tag	0,2611	0,2360	0,2625	0,2807	0,2700	0,1994
oGVD: rDRG-BWR pro Tag	0,0602	0,0552	0,0654	0,0515	0,0584	0,0450
Ext. Verleg.: Abschl./Tag (rDRG-BWR)	0,0812	0,0659	0,0870	0,0605	0,0777	0,0522
Anteil Vorhalte-BWR	27,5%	32,8%	28,1%	31,4%	28,8%	34,8%
Anteil rDRG-BWR	72,5%	67,2%	71,9%	68,6%	71,2%	65,2%
VWD = 1: Vorhalte-BWR	0,7158	0,2296	0,7087	0,2551	0,5385	0,2061
VWD = 1: rDRG-BWR	1,8872	0,4714	1,8103	0,5579	1,3335	0,3859

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. Die Verteilung von Vorhaltung und rDRG-Anteil zeigt nachstehende Grafik.



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 Fallpauschalkataloges.

Das führt dazu, dass eine Nebendiagnose, welche in einer DRG der koronaren Diagnostik eine Bewertung für den Schweregrad aufweist, in einer anderen DRG für eine koronare Intervention 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 umfassend 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. Besonders betroffen sind fallzahlstarke kardiologische DRGs wie F49, F50, F56 und F58, bei denen die Vielzahl möglicher Nebendiagnosen eine konsistente Bewertung bisher erschwerte.

Für die Kliniken bedeutet dies, dass auch für 2026 wieder zahlreiche Diagnosen abgewertet wurden, insbesondere unspezifische Infektionsdiagnosen (z. B. A49-Codes) 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.

Während im Bereich der koronaren Interventionen die Schwelle zur Erlössteigerung regelhaft zwischen 3 und 4 liegt, ist bei der koronaren Diagnostik zusätzlich auch meist eine Erlösdifferenz zwischen den PCCL-Werten 2 und 3 zu beobachten.

125.12 Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung		
+	+	+
PCCL < 3	PCCL = 3	PCCL > 3
↓	↓	↓
F49F	F49C	F49A
Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P, Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, ohne best. Eingr.	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, mit schweren CC, mehr als ein Belegungstag	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten
0,678 3.068 €	1,735 7.851 €	2,735 12.376 €

HYBRID-DRG

F49F 2.728 €	Aufgrund PCCL > 2 keine Hybrid-DRG möglich
F49N 2.504 €	

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 Organi-

sationen 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 VERÄNDERUNG FÜR DIE KARDIOLOGIE MIT DEM AG-DRG-SYSTEM 2026

Aufnahme neuer Hinweise zum ICD I48 ff. (Vorhofflimmern)⁶

Für alle Varianten des Vorhofflimmerns wurden die Hinweistexte „Bradyarrhythmia absoluta“ und „Tachyarrhythmia absoluta“ ergänzt. Diese Ergänzung folgte einem Beschluss des Schlichtungsausschusses nach § 19 KHG zur Kodierung.

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

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 Ventrikelunterstützungssystem • 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)				

Aufnahme neuer Hinweise zum OPS 8-837.5 ff⁷

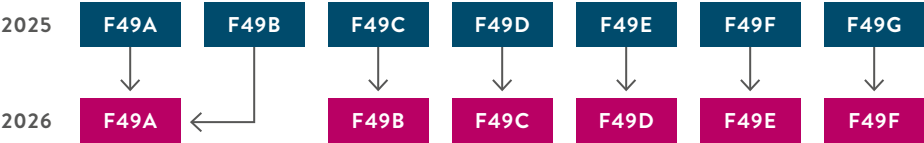
Im peripheren Gefäßbereich unterschied das OPS Klassifikationssystem bereits sauber zwischen Atherektomie-Verfahren, insbesondere Fräsatherektomie (OPS 8-836.3 ff.) und Rotationsatherektomie (OPS 8-83c.f ff.). Für den koronaren Bereich fehlte jedoch bislang eine vergleichbare Differenzierung. Diese Änderung zielt daher darauf ab, analog zu den peripheren Gefäßen eindeutig festzulegen, wie das entscheidende Merkmal

einer Rotablation definiert ist. Eine klarere Definition soll die Kodierung vereinheitlichen und Fehlzuordnungen vermeiden.

OPS	OPS-TEXT 2026
8-837.5	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Rotationsatherektomie Inkl: Bypassgefäß Rotablation, orbitale Atherektomie Hinw.: Die Abtragung erfolgt durch einen rotierenden Fräskopf an der Katheterspitze oder eine kreisende Fräszone am Katheter

Kondensation der DRGs F49A und F49B zur neuen F49A

Im DRG-System 2026 erfolgt die Kondensation der DRGs F49A und F49B zur neuen F49A. Daraus ergibt sich ein Wegfall der F49G durch die Verschiebung aller DRGs der Basis-DRG F49 um einen Ordnungsbuchstaben.



Kondensation der DRGs F41A und F41B zur neuen F41Z

Im DRG-System 2026 erfolgt die Kondensation der DRGs F41A und F41B zur neuen F41Z. Während Fälle aus der F41B dadurch nahezu gleich bewertet bleiben, sinkt die Bewertungsrelation der F41A von ehemals 2,840 auf nunmehr 0,773 in der F41Z.

DRG 2025	F41A	F41B	DRG 2026	F41Z	F41Z
BWR 2025	2,84	0,79	BWR 2026	0,773	0,773
Erlös 2025	11.958 €	3.326 €	Erlös 2026	3.255 €	3.255 €
BWR VWD = 1	0,86	0,38	BWR VWD = 1	0,468	0,468
Erlös VWD = 1	3.621 €	1.600 €	Erlös VWD = 1	2.057 €	2.057 €

Wegfall des Zusatzentgelts ZE101

Nachdem der ZE-Erlös im ZE101 im Jahr 2025 bereits auf den Tiefstwert von 39,18 € abgesunken war, wurde das Zusatzentgelt für das Jahr 2026 ersatzlos aus dem Zusatzentgeltkatalog entfernt. Dies ist sicher auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass dieses ZE die Eingruppierung fast aller Fälle in den Hybrid-DRGs der Basis-DRGs F56 und F58 verhindert hätte. Insofern hat die Streichung trotz des marginalen Erlösbetrages durchaus erhebliche Bedeutung für die Abrechnung. Mit der Streichung des ZE101 ging eine erhebliche Steigerung des Implantatsachkostenanteils in den entsprechenden DRGs einher, wie im Abschnitt "Sachkosten und Zusatzentgelt ZE101" ausführlich dargestellt wird.

KORONARANGIOGRAPHIE UND KORONARE INTERVENTIONEN

Hauptdiagnose

Die Kodierung der dem Behandlungsfall zugrunde liegenden Diagnosen erfolgt gemäß der International Classification of Diseases (ICD-10 GM 2026). Hier sind für die angesprochenen Konstellationen im Wesentlichen die Diagnosegruppen „Koronare Herzkrankheit“, „Angina pectoris“ und „akuter Myokardinfarkt“ von Bedeutung. Die nachfolgenden Tabellen zeigen eine Auswahl der wichtigsten ICD-Kodes der aktuellen Version 2026. Dabei ist zu beachten, dass die Differenzierung des NSTEMI mit dem Jahr 2024 neu etabliert wurde. Eine differenzierte Erlösrelevanz besteht weiterhin nicht.

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

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

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

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

Prozeduren: Koronare Katheterdiagnostik

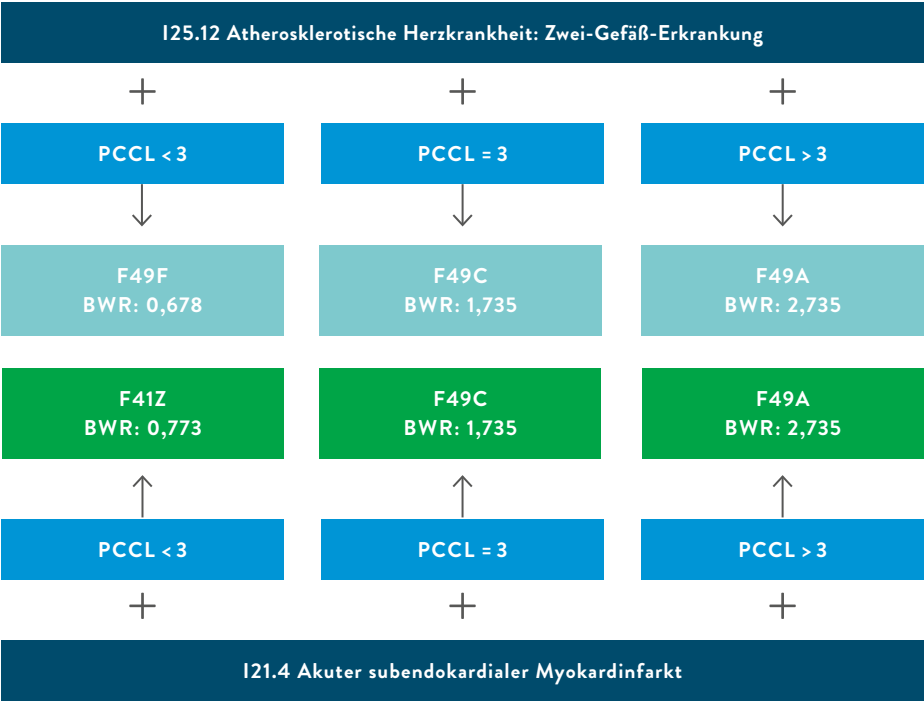
Die koronare Katheterdiagnostik wird im Klassifikationssystem des OPS mit Schlüsselnummern aus dem Kapitel 1-275 ff. (Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung) kodiert.

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

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

DRG-Gruppierung: Koronare Katheterdiagnostik⁸

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



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

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

		F41A	F41B	F49A	F49B	F49C	F49D	F49E	F49F	F49G
2025	BWR aG-DRG 2025	2,84	0,79	3,093	2,566	0,94	1,584	1,094	0,855	0,591
	Erlös aG-DRG 2025	12.480 €	3.471 €	13.591 €	11.276 €	4.131 €	6.960 €	4.807 €	3.757 €	2.597 €
		F41Z	F41Z	F49A	F49A	F49B	F49C	F49D	F49E	F49F
2026	BWR aG-DRG 2026	0,773	0,773	2,735	2,735	1,033	1,735	1,15	0,915	0,678
	Erlös aG-DRG 2026	3.498 €	3.498 €	12.376 €	12.376 €	4.674 €	7.851 €	5.204 €	4.141 €	3.068 €
Δ 2026-2025	Δ BWR aG-DRG 2026-2025	-2,067	-0,017	-0,358	0,169	0,093	0,151	0,056	0,06	0,087
	Δ Erlös aG-DRG 2026-2025	-8.982 €	27 €	-1.215 €	1.101 €	544 €	891 €	397 €	383 €	471 €
	Δ %	-71,97%	0,76%	-8,94%	9,76%	13,17%	12,80%	8,25%	10,21%	18,14%

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

Mit den neuen Hybrid-DRGs des Jahres 2026 wird ein erheblicher Teil der Fälle aus den einzelnen DRG-Splits der Basis-DRG F49 dort eingruppiert. Damit verringert sich regelhaft der Erlös bei bisher stationär abgerechneten Fällen, hingegen werden bereits ambulant erbrachte und abgerechnete Fälle in den Hybrid-DRGs mit höheren Erlösen versehen. Durch die Kürzung von Fällen, mit einer VWD von 1 Tag, die nicht in eine Hybrid-DRG Eingang finden, reduziert sich auch weiterhin die Bewertungsrelation der DRG und damit der DRG-Erlös erheblich. Die Erlössituation zeigt die nachfolgende Darstellung.

F49G	VWD > 1 TAG	BWR: 0,678	→	Erlös: 3.068 €
	VWD = 1 TAG	BWR: 0,430	→	Erlös: 1.946 €

Bei VWD < 3 Tagen meist Eingruppierung in Hybrid-DRG

F49Q	VWD < 3 TAGE	N.V.	1.928 €
F49R	VWD < 3 TAGE	N.V.	1.144 €

Die Verschiebung von Katheterfällen in die Vielzahl zur Verfügung stehender Hybrid-DRGs führt zu den nachstehenden Ergebnissen für den Erlös.

Verweildauer = 1 Tag					
2025		2026		2026-2025	
F49E	2.474 €	F49M	2.728 €	254 €	10,3%
		F49N	2.504 €	30 €	1,2%
F49F	1.938 €	F49O	2.616 €	678 €	35,0%
		F49P	2.047 €	110 €	5,7%
F49G	1.402 €	F49Q	1.928 €	526 €	37,5%
		F49R	1.144 €	-258 €	-18,4%

Verweildauer = 2 Tage					
2025		2026		2026-2025	
F49E	4.807 €	F49M	2.728 €	-2.079 €	-43,3%
		F49N	2.504 €	-2.303 €	-47,9%
F49F	3.757 €	F49O	2.616 €	-1.141 €	-30,4%
		F49P	2.047 €	-1.710 €	-45,5%
F49G	2.597 €	F49Q	1.928 €	-669 €	-25,8%
		F49R	1.144 €	-1.453 €	-55,9%

Verweildauer = 3 Tage					
2025		2026		2026-2025	
F49E	4.807 €	F49D	5.204 €	397 €	8,3%
F49F	3.757 €	F49E	4.141 €	383 €	10,2%
F49G	2.597 €	F49G	3.068 €	471 €	18,1%

Gruppierungslogik in den Hybrid-DRGs der Basis-DRG F49

Fälle, welche die oben bereits dargestellten allgemeinen Kriterien der Hybrid-DRGs hinsichtlich Alter, PCCL, Verweildauer und Pflegegrad erfüllen, werden aus den Ausgangs-DRGs F49D, F49E und F49F des Jahres 2026 unter bestimmten Voraussetzungen in die zugeordneten Hybrid-DRGs überführt.

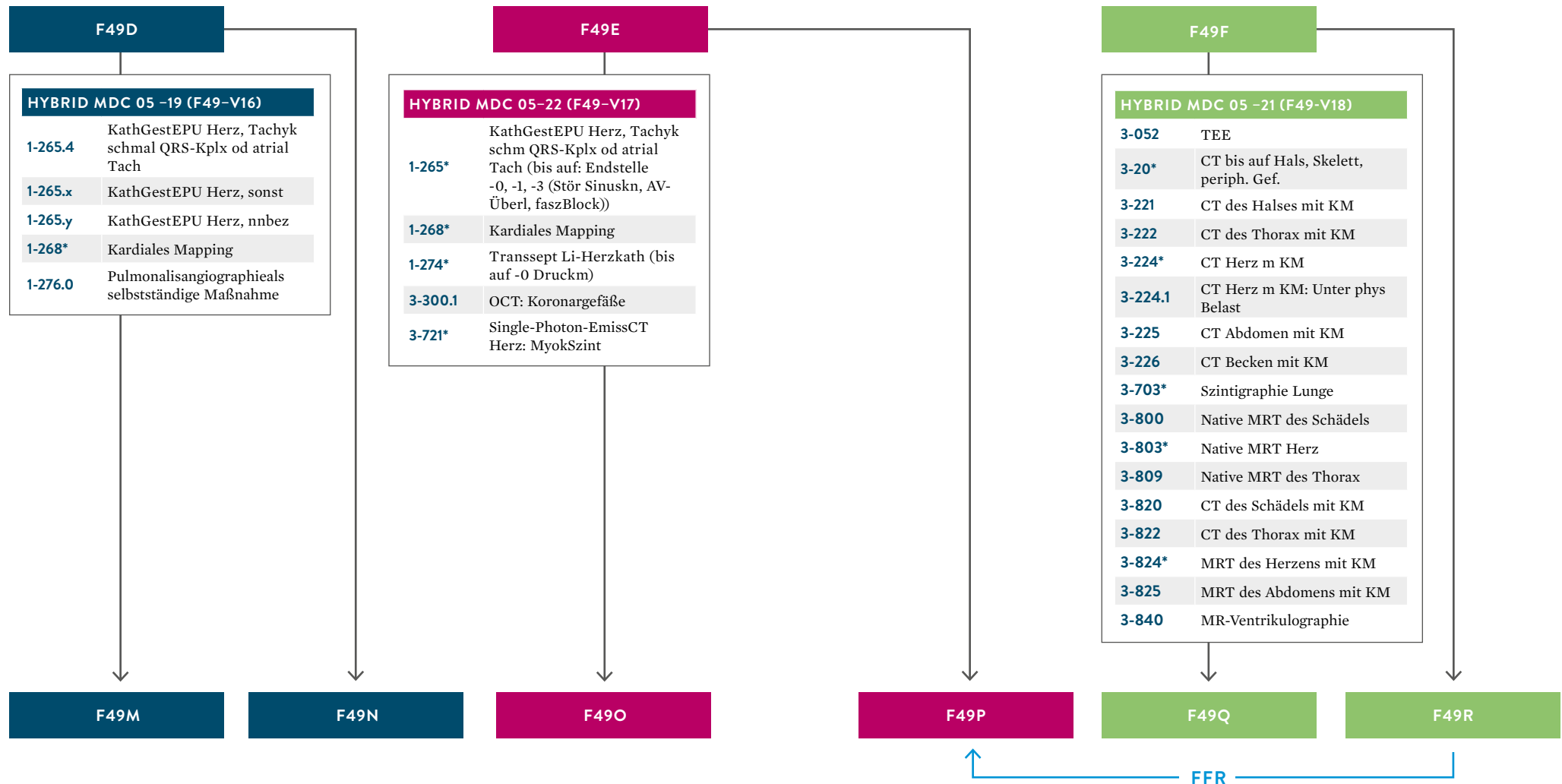
Dabei sind die Kriterien für die Zuordnung zur Hybrid-DRG zunächst einmal für alle Ausgangs-DRGs der Basis-DRG F49 identisch. Liegen OPS-Kodes aus den beiden nachfolgenden Tabellen im Datensatz vor und werden die Kriterien einer der drei benannten Ausgangs-DRGs erfüllt, so erfolgt die Einstufung in eine dann noch näher zu spezifizierende Hybrid-DRG.

OPS	Bezeichnung (nach Tabelle F49-V13)
1-265.4	KathGest EPU Herz, Tachyk schmal QRS-Kplx od atrial Tach
1-265.8	KathGest EPU Herz, Synk unkl Genese
1-265.x/y	KathGest EPU Herz, sonst/nnbez
1-273.1	Rechts-HKT: Oxymetrie
1-273.2	Rechts-HKT: Oxymetrie Druckmess Mess Shuntvolumen
1-273.x/v	Rechts-HKT: Oxymetrie: sonst/nnbez
1-274.0	Transsept Li-Herzkath, Druckmess
1-274.30	Transsept Li-HKT, Sond ASD: Mit Nadel
1-274.3x	Transsept Li-HKT, Sond ASD: Sonstige
1-274.x	Transsept Li-Herzkath, sonst
1-274.y	Transsept Li-Herzkath, nnbez
1-275*	Transart LHK (bis auf 1-275.6 VentrGr Druckm LV u AoBoDarst)
1-279.0	HKT: Bestimm Herzvol u AustrFrakt
1-279.a	Koronarangiogr Bestim intrakor Druckverh d Druckdrahtmess

OPS	Bezeichnung (nach Tabelle F49-V6)
1-265*	KathGest EPU Herz, Tachyk schm QRS-K od atr Tach
1-268*	Kardiales Mapping
1-273*	Rechtsherz-Katheteruntersuchung
1-274*	Transsept Li-Herzkath
1-275*	Transart LHK
1-276*	Angiokardiogr (bis auf 1-276.1: Aortogr)
1-277*	HKU fkt/morph univent Herz
1-279*	And diagn KathUS Herz/gef (bis auf -0 HZV, -b* Pfortader)
3-05g.1	Intrak Flussm
3-05g.2	ICE
3-300.1	OCT: Koronargefäße

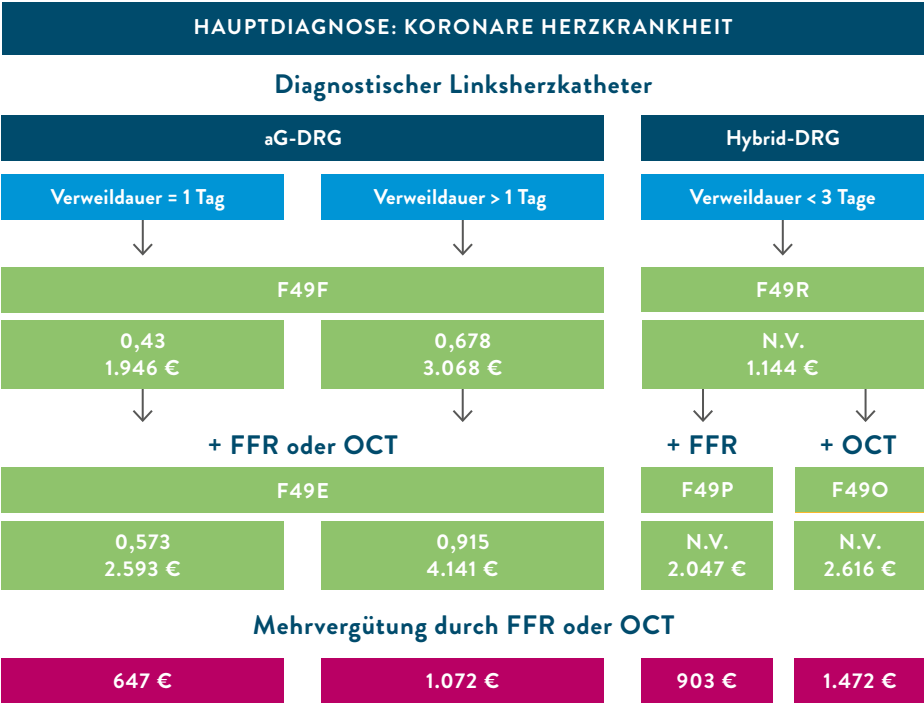
Betrachtet man die beiden Tabellen, so fällt auf, dass die klassische Linksherzkatheteruntersuchung mit den OPS-Kodes aus 1-275 ff. mit Ausnahme der 1-275.6 in beiden Tabellen vorhanden ist. Das bedeutet, dass kein zweiter OPS-Kode erforderlich ist, um die Hybrid-DRG zu erreichen.

Dabei folgt die Verteilung der Fälle auf die sechs infrage kommenden Ziel-Hybrid-DRGs dem folgenden Schema.



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

gestellt. Auch hier kommt es durch die zusätzliche Kodierung zu einer Aufwertung des Falles, wobei zu beachten ist, dass hier FFR und OCT nicht identisch behandelt werden, sondern die Zuordnung zur Hybrid-DRG unterschiedlich je nach gewählter Prozedur ausfällt. Dabei sind die Erlösunterschiede bei quasi-ambulanter Abrechnung und Leistungserbringung in den Hybrid-DRGs keinesfalls mit denen der stationären Abrechnung identisch. Bei der Hybrid-DRG führt auch IVUS zu einer Aufwertung von der F49R in die F49P.



ZE136	Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen		
ZE136.01	8-83b.b6	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentefreisetzender Ballon an Koronargefäßen	186,96 €
ZE136.02	8-83b.b7	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamentefreisetzende Ballons an Koronargefäßen	575,07 €
ZE136.03	8-83b.b8	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Drei medikamentefreisetzende Ballons an Koronargefäßen	963,18 €
ZE136.04	8-83b.b9	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Vier oder mehr medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen	1.351,29 €

Prozeduren: perkutane Koronarintervention (medikamentenfreisetzende Stents)

Für die Implantation von DES steht der OPS-Kode 8-837.m ff zur Verfügung. Die endstellige Untergliederung erfolgt dabei nach der Anzahl der implantierten DES , sowie der Anzahl der versorgten Koronargefäße.

8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	8-837.m	Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents	0	Ein Stent in eine Koronararterie
				-1	2 Stents in eine Koronararterie
				-2	2 Stents in mehrere Koronararterien
				-3	3 Stents in eine Koronararterie
				-4	3 Stents in mehrere Koronararterien
				-5	4 Stents in eine Koronararterie
				-6	4 Stents in mehrere Koronararterien
				-7	5 Stents in eine Koronararterie
				-8	5 Stents in mehrere Koronararterien
				-9	Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie
				-a	Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien
				-x	Sonstige

Dabei ist es für die Kodierung nicht relevant, ob die applizierten Stents tatsächlich im Patienten verblieben sind, entscheidend ist allein die Tatsache, dass der zu kodierende Stent nachweisbar dokumentiert in die Gefäßbahn des Patienten eingebracht wurde. Ein misslungener Versuch der Stentimplantation kann regelhaft auch im Konsens mit dem Medizinischen Dienst kodiert und abgerechnet werden⁹.

Gemäß den Hinweisen im OPS-Katalog ist die Art der medikamentenfreisetzenden Stents gesondert zu kodieren. Diesen Zusatzkodes kommt auch im aG-DRG-System 2026 keinerlei Gruppierungsrelevanz zu, trotzdem ist die Kodierung obligatorisch vorzunehmen. Für die Kodierung stehen im OPS-System 2026 folgende Schlüsselnummern zur Verfügung:

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

Für XIENCE™ medikamente-freisetzende Stents ist der farblich markierte Zusatzkode 8-83b.0c (Everolimus-freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer) zu verwenden.

Alternativ existieren auch noch weitere OPS-Gruppen für medikamentenfreisetzende Stents, welche in der letzten OPS-Stelle ebenfalls nach demselben Schema wie die OPS-Kodes aus 8-837.m ff. differenziert werden.

OPS	OPS-TEXT
8-83d.0 ff.	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden bioresorbierbaren Stents
8-83d.2 ff.	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden selbstexpandierenden Stents

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

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

OPS-Kodes für die Anwendung einer koronaren Lithoplastie finden sich seit dem Jahr 2019 im OPS-Katalog.

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

Mit dem Jahr 2025 findet sich erstmalig der OPS-Kode für die intrakoronare hyperoxämische Therapie im Katalog.

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

Nicht vollständig erbrachte Leistung

Grundsätzlich regelt die DKR P004 die nicht vollendete Prozedur¹⁰. Reduziert man die Inhalte dieser Kodierrichtlinie auf die in dieser Thematik relevanten Aspekte, so ist wie folgt zu verfahren:

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

Seit dem Jahr 2023 existiert ein neuer OPS-Kode, welcher für die unvollständige Erbringung einer PTCA mit erfolgreicher Einführung des Führungsdrahtes in das Zielgefäß bzw. die Zielgefäße steht.

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

Damit gilt:

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

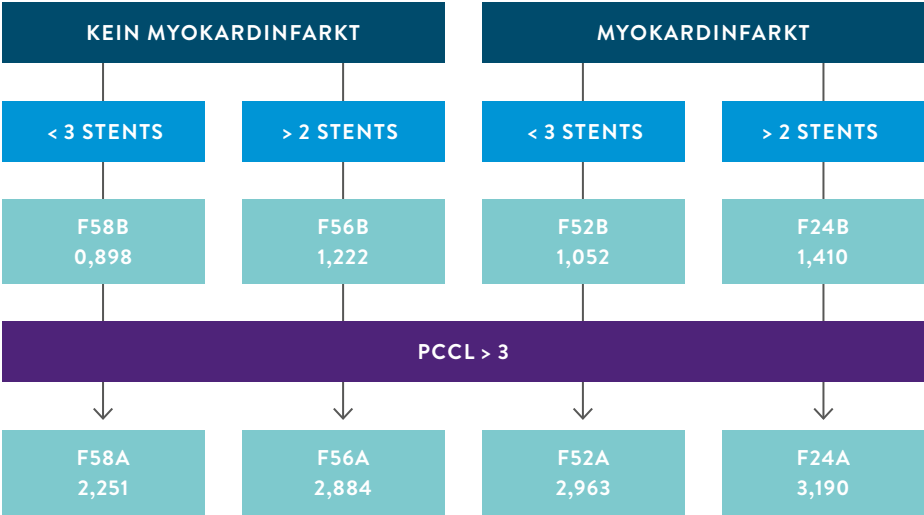
DRG-Gruppierung: perkutane Koronarintervention
(medikamentenfreisetzende Stents)

Gruppierung im aG-DRG-System 2026

Auch im Jahr 2026 erfolgt die aG-DRG-Gruppierung von Fällen mit koronarer Intervention weiterhin im Wesentlichen anhand der Kriterien der Hauptdiagnose, des patientenbezogenen Gesamtschweregrades (PCCL) und anhand der Anzahl der kodierten Stents. Dabei werden bare metal stents und drug eluting stents identisch eingruppiert.

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

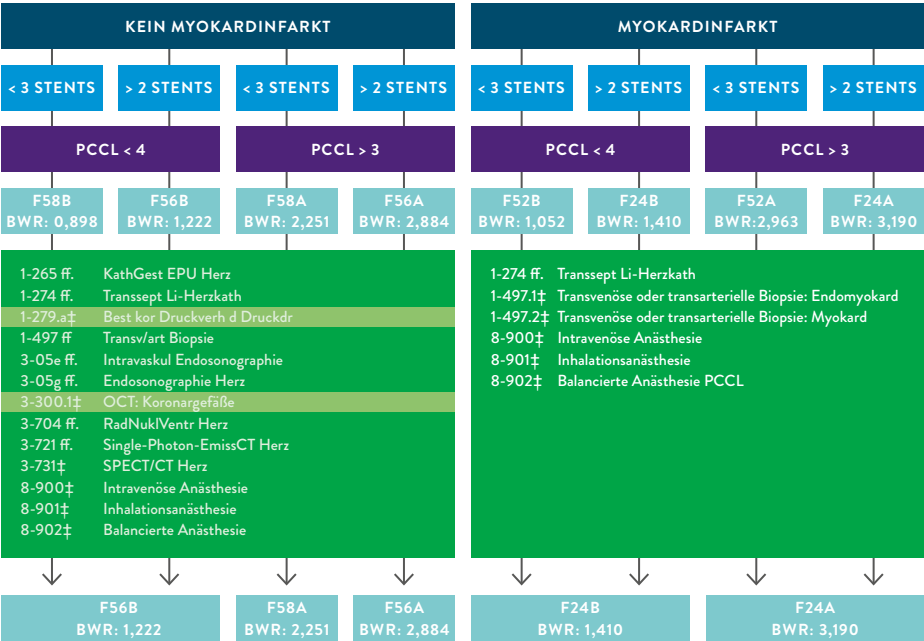
Bei einer Hauptdiagnose aus den typischen Bereichen „Koronare Herzkrankheit“ (ICD I25.1 ff. [Atherosklerotische Herzkrankheit]. Angina pectoris (ICD I20 ff [Angina pectoris]) werden in den Basis-DRGs F56 (> 2 Stents) und F58 (< 3 Stents) wieder anhand des PCCL-Wertes die A- bzw. B-Splits erreicht.



Mit dem G-DRG-System 2026 haben sich bei inhaltlich unveränderter Struktur und Inhalten der relevanten G-DRG-Pauschalen die Bewertungsrelationen als Folge der aktuellen Kalkulationsrunde erneut verändert. Die nachfolgende Tabelle zeigt Bewertungsrelationen und Erlöse für die beiden relevanten Systeme auf.

		F19A	F19B	F24A	F24B	F52A	F52B	F56A	F56B	F58A	F58B
2025	BWR aG-DRG 2025	3,175	1,51	3,011	1,362	2,711	1,074	2,392	1,054	1,853	0,79
	Erlös aG-DRG 2025	13.952 €	6.635 €	13.231 €	5.985 €	11.913 €	4.719 €	10.511 €	4.632 €	8.142 €	3.471 €
2026	BWR aG-DRG 2026	4,028	1,661	3,19	1,41	2,963	1,052	2,884	1,222	2,251	0,898
	Erlös aG-DRG 2026	18.227 €	7.516 €	14.435 €	6.380 €	13.408 €	4.760 €	13.051 €	5.530 €	10.186 €	4.064 €
Δ 2026–2025	Δ BWR aG-DRG 2026–2025	0,853	0,151	0,179	0,048	0,252	–0,022	0,492	0,168	0,398	0,108
	Δ Erlös aG-DRG 2026–2025	4.275,73 €	881,03 €	1.204,29 €	395,56 €	1.495,34 €	41,08 €	2.539,61 €	898,25 €	2.043,66 €	592,17 €
	Δ %	30,65%	13,28%	9,10%	6,61%	12,55%	0,87%	24,16%	19,39%	25,10%	17,06%

Zusätzlich zu den bereits genannten Kriterien für die Eingruppierung von PCI-Fällen, wie Hauptdiagnose, PCCL und Anzahl implantierter Stents kommen alternativ noch einige andere, im Vergleich zu den Vorjahren unveränderte, gruppierungsrelevante Prozeduren zum Tragen. Die relevanten Parameter zeigt die folgende Abbildung, wobei das Zusatzentgelt ZE101 im Jahr 2026 nicht mehr besteht.



Das Doppelkreuz ‡ bezeichnet in dieser Graphik eine NonOR-Prozedur

Im Zusammenhang mit Fällen ohne Hauptdiagnose „Myokardinfarkt“ sind insbesondere die Prozeduren der Messung der fraktionellen Flussreserve und der Durchführung der optischen Kohärenztomographie aufwertend auf Fälle mit koronarer Stentimplantation zu nennen, während das Kriterium der transeptalen Punktion im Zusammenhang mit Fällen mit Myokardinfarkt eher als Seltenheiten zu beurteilen sind. Besonderheiten im Bereich der neuen Hybrid-DRGs werden in einem eigenen Kapitel dargestellt.

Hybrid-DRGs der PCI-DRGs

Auch im Bereich der PCI sind etliche Hybrid-DRGs für das Jahr 2026 in den Katalog aufgenommen worden. Die Verschiebung von PCI-Fällen in die Vielzahl zur Verfügung stehender Hybrid-DRGs führt zu den nachstehenden Ergebnissen für den Erlös.

Verweildauer = 1 Tag					
2025		2026		2026-2025	
F19B	4.399 €	F19M	4.878 €	479 €	10,9%
F24B	3.282 €	F24M	3.702 €	420 €	12,8%
F52B	2.707 €	F52M	3.165 €	458 €	16,9%
F56B	2.707 €	F56M	3.467 €	760 €	28,1%
		F56N	3.015 €	308 €	11,4%
F58B	2.074 €	F58M	2.939 €	865 €	41,7%
		F58N	2.310 €	235 €	11,4%

Verweildauer = 2 Tage					
2025		2026		2026-2025	
F19B	6.591 €	F19M	4.878 €	-1.714 €	-26,0%
F24B	5.985 €	F24M	3.702 €	-2.283 €	-38,1%
F52B	4.719 €	F52M	3.165 €	-1.555 €	-32,9%
F56B	4.632 €	F56M	3.467 €	-1.165 €	-25,2%
		F56N	3.015 €	-1.617 €	-34,9%
F58B	3.471 €	F58M	2.939 €	-532 €	-15,3%
		F58N	2.310 €	-1.162 €	-33,5%

Verweildauer = 3 Tage					
2025		2026		2026-2025	
F19B	6.591 €	F19B	7.516 €	925 €	14,0%
F24B	5.985 €	F24B	6.380 €	396 €	6,6%
F52B	4.719 €	F52B	4.760 €	41 €	0,9%
F56B	4.632 €	F56B	5.530 €	898 €	19,4%
F58B	3.471 €	F58B	4.064 €	592 €	17,1%

Fälle, welche die oben bereits dargestellten allgemeinen Kriterien der Hybrid-DRGs hinsichtlich Alter, PCCL, Verweildauer und Pflegegrad erfüllen, werden aus den Ausgangs-DRGs F19B, F24B, F52B, F56B und F58B des Jahres 2026 unter bestimmten Voraussetzungen in die Hybrid-DRGs überführt.

Im Weiteren soll exemplarisch für die klassischen PCI-DRGs erläutert werden, nach welchen Kriterien die Zuordnung von Fällen zu den einzelnen Hybrid-DRGs erfolgt. Es fällt auf, dass mit den Hybrid-DRGs F24M und F52M typische Infarkt-PCI-DRGs in die Hybrid-DRGs aufgenommen wurden. Infarktdiagnosen stellen jedoch auch im Jahr 2026 noch Kontextfaktoren zum Ausschluss aus den Hybrid-DRGs dar. Insofern werden hier nahezu ausnahmslos Fälle mit CTO-Rekanalisationen geringerer Komplexität in die Hybrid-DRGs überführt. Relevant sind hier die OPS-Kodes 8-839.90 (kontralaterale Koronardarstellung) und 8-839.91 (kontralaterale Koronardarstellung und Doppeldrahttechnik). Details sind dem Kapitel über CTO zu entnehmen.

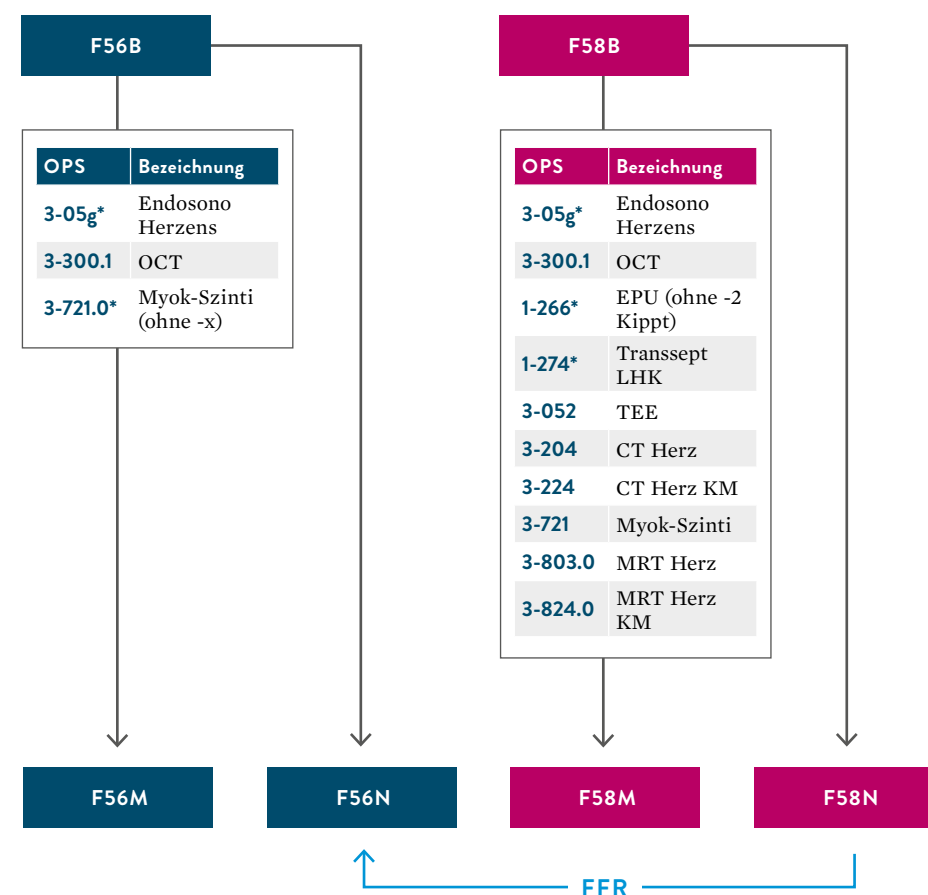
Prinzipiell stellen die nachfolgend dargestellten OPS-Kodes die Einschlusskriterien von Fällen der relevanten Ausgangs-DRGs F24B, F52B, F56B und F58B in die neuen Hybrid-DRGs dar.

OPS	OPS-TEXT
8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie
8-837.k0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents: 1 Stent in eine Koronararterie
8-837.k3	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie
8-837.kx	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents: Sonstige
8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 1 Stent in eine Koronararterie
8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie
8-837.mx	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents: Sonstige

8-837.q	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon)
8-837.w0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines beschichteten Stents: 1 Stent in eine Koronararterie
8-837.w1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines beschichteten Stents: 2 Stents in eine Koronararterie
8-837.wx	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines beschichteten Stents: Sonstige
8-837.x	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Sonstige
8-837.y	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: N.n.bez.
8-839.90	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit kontralateraler Koronardarstellung
8-839.91	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit kontralateraler Koronardarstellung und Doppeldrahttechnik
8-83d.9	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einführung eines Führungsdrahtes vor Abbruch einer Ballon-Angioplastie
8-83d.00	Andere perkutan-traunsluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden adaptierenden Hybrid-Stents: 1 Stent in in eine Koronararterie
8-83d.01	Andere perkutan-traunsluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden adaptierenden Hybrid-Stents: 2 Stents in in eine Koronararterie

Dabei ist zu beachten, dass immer nur die PTCA an einem Koronargefäß und die Implantation von einem Stent (BMS, DES) oder zwei Stents, dann aber nur in ein Koronargefäß, in die Hybrid-DRGs führen. Bereits die Implantation von zwei Stents in zwei Koronargefäße ist, wie auch die PTCA an mehreren Koronargefäßen, von den Hybrid-DRGs ausgeschlossen. Grundsätzlich führen Eingriffe an mehreren Gefäßen zu einem Ausschluss aus den Hybrid-DRGs.

Der F56B und der F58B sind jeweils wieder zwei Hybrid-DRGs zugeordnet. Die folgende Abbildung zeigt die relevanten Gruppierungskriterien in die jeweils höher bewerteten Pauschalen.



Auswirkungen auf die stationären DRGs finden sich in teilweise erheblicher Form für alle betroffenen Basis-DRGs. Durch die Auskopplung der aufwandsgeringeren Fälle aus der Kalkulation der stationären DRGs aufgrund der Verschiebung in die Hybrid-DRGs kommt es zu Aufwertungen in zweistelliger Größenordnung. Dem ist natürlich immer auch die sinkende Fallzahl in den Kliniken hinsichtlich der klassischen stationären DRGs gegenüberzustellen. Die individuellen Auswirkungen können an dieser Stelle nicht verallgemeinert werden.

Sachkosten und Zusatzentgelt ZE101

Sachkosten werden traditionell überwiegend innerhalb der erzielten DRG-Fallpauschalen vergütet. Für die Kalkulation des InEK stehen unterschiedliche Kostenarten für Medikalprodukte, medizinischen Sachbedarf und Implantate zur Verfügung, welche Eingang in die Kostenmatrix des InEK finden. Im aG-DRG-System 2026 liegen die kalkulierten Kosten für Implantate je nach Ziel-DRG zwischen 148 € und 552 €, welche Fall bezogen zur Finanzierung z. B. von Stents zur Verfügung stehen. Aufgrund der Tatsache, dass die im Kostenbrowser ausgewiesenen Euro-Beträge auf der Basis der InEK-Bezugsgröße beruhen, welche systembedingt immer geringer als die Landesbasisfallwerte ausfällt, stehen je nach Bundesland in der Praxis sogar noch höhere Beträge zur Implantate-Finanzierung aus den DRG-Erlösen zur Verfügung.

aG-DRG 2025/26	KALKULIERTE KOSTEN FÜR IMPLANTATE	
	2025	2026
F24A	398,10 €	551,74 €
F24B	277,63 €	404,29 €
F52A	200,03 €	263,49 €
F52B	111,65 €	155,85 €
F56A	340,23 €	529,36 €
F56B	205,95 €	267,57 €
F58A	166,00 €	269,64 €
F58B	96,21 €	148,23 €

Zusätzlich zur G-DRG-Vergütung existierte für die Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents bis einschließlich 2025 das bundeseinheitlich bewertete Zusatzentgelt ZE101. Dieses ist mit dem DRG-System 2026 weggefallen. Während der Verlust des ohnehin in den letzten Jahren eher marginalen Erlöses keine Auswirkungen auf die Erlössituation einer Klinik haben wird, so ist der Wegfall des ZE101 im Zusammenhang mit den Hybrid-DRGs von erheblicher Bedeutung. Betrachtet man zusätzlich isoliert die Erhöhung der Sachkostenanteile für Implantate in den einzelnen DRGs, so liegt sie in allen Pauschalen, teilweise sogar deutlich, über dem letzten Wert des Zusatzentgeltes von 39,19 €.

Fälle mit Zusatzentgelt gelangen grundsätzlich nicht in die Hybrid-DRGs. Ohne die Streichung des ZE101 wären somit kaum Fälle in die PCI-Hybrid-DRGs gelangt, da hier nahezu ausnahmslos die Implantation von DES vorlag. Insofern sind die Auswirkungen des nicht mehr bestehenden ZE101 vor diesem Hintergrund erheblich.

Zusatzentgelt ZE2026-107 (bioresorbierbare medikamentefreisetzende Stents)

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

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

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

FRAKTIONELLE FLUSSRESERVE

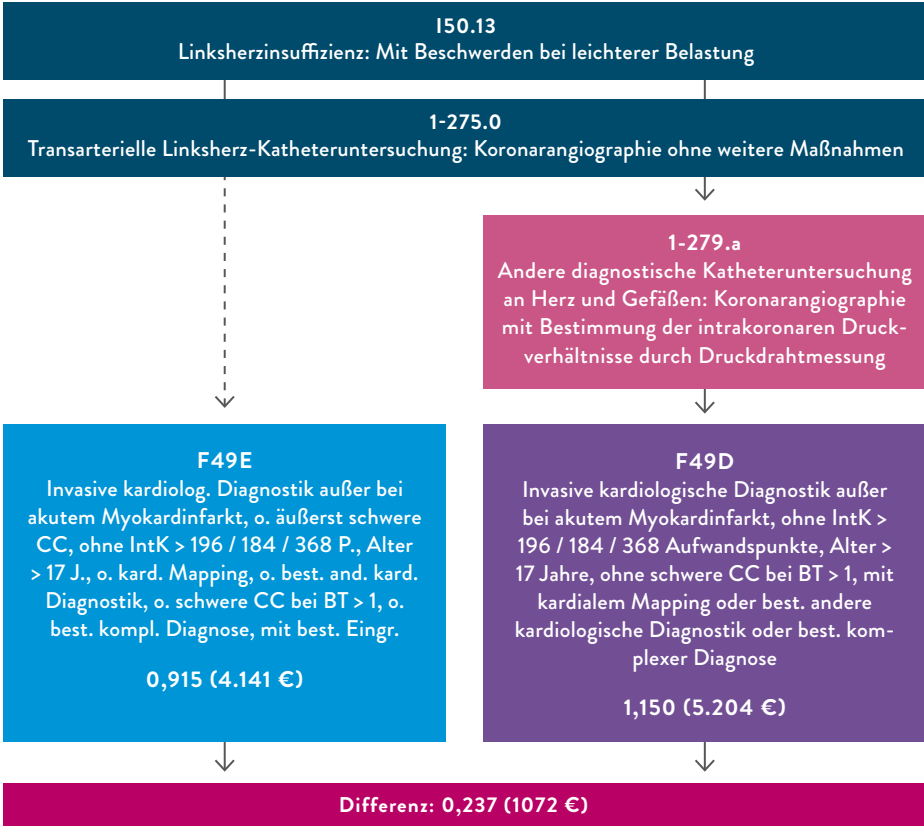
Die OPS-Kodierung der Bestimmung der FFRmyo erfolgt auch im Jahr 2026 weiterhin mit dem OPS-Kode 1-279.a.

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

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

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

Eine Gruppierungsrelevanz für den OPS-Kode 1-279.a besteht in mehreren aG-DRG-Pauschalen des Jahres 2026. Seit 2023 besteht eine Aufwertung bestimmter komplexer kardiologischer Diagnostik (z.B. FFRmyo, IVUS, OCT etc.) oder Kardioversion in Verbindung mit einer Hauptdiagnose wie z.B. Links- oder Rechtsherzinsuffizienz:



Dabei gilt die Aufwertung nicht gleichermaßen für alle ICD-Kodes aus der Gruppe I50 (Herzinsuffizienz):

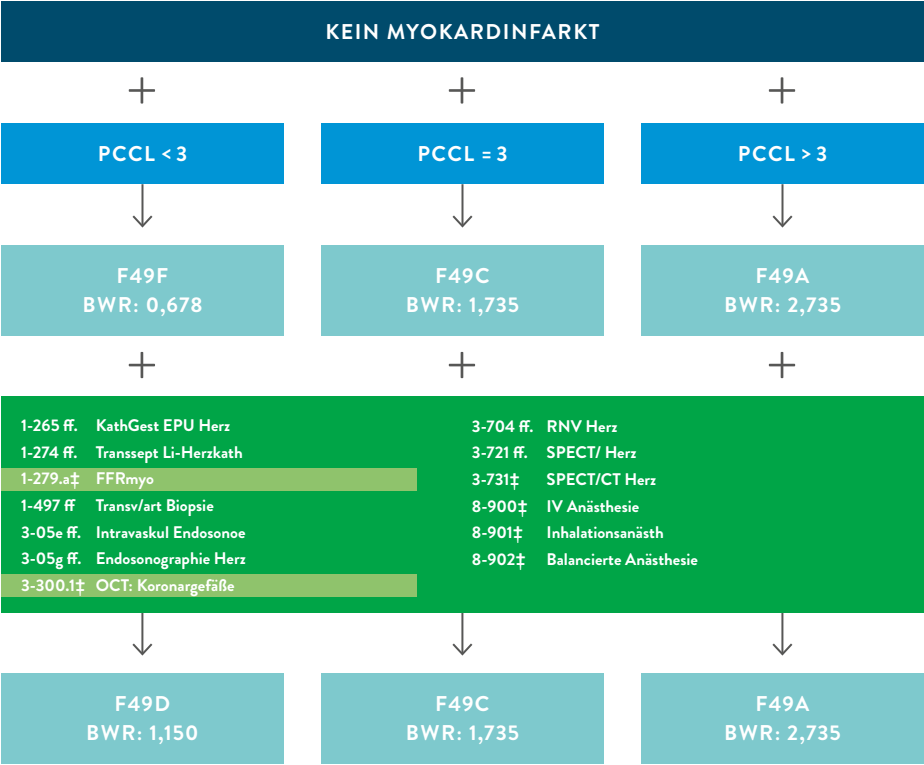
		LHK		LHK + FFR	
ICD	ICD-Text	DRG	BWR/Erlös	DRG	BWR/Erlös
150.00	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	F49E	0,915 4.141 €	F49D	1,150 5.204 €
150.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz				
150.13	Linksherzinsuffizienz: NYHA III				
150.14	Linksherzinsuffizienz: NYHA IV				
150.11	Linksherzinsuffizienz: NYHA I	F62C	0,681 3.082 €	F49E	0,915 4.141 €
150.12	Linksherzinsuffizienz: NYHA II				
150.19	Linksherzinsuffizienz: nnbez				
150.9	Herzinsuffizienz, nnbez				

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

Auch hier ist wieder zu beachten, dass diese Fälle bei insgesamt zumeist eher geringer Verweildauer nicht selten in die Hybrid-DRGs eingruppiert werden. Bemerkenswert ist dabei, dass auch Fälle, wie die Kombination aus einer Herzinsuffizienz NYHA I mit LHK, welche primär nicht in die Basis-DRG F49 eingruppiert werden, im Hybrid-Sys-tem einer Hybrid-DRG der F49 zugeführt werden (bei 1 Belegtag, 2 Belegtage: F62C!).

		LHK		LHK + FFR	
ICD	ICD-Text	DRG	BWR/Erlös	DRG	BWR/Erlös
150.00	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	F49P	2.047 €	F49N	2.504 €
150.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz				
150.13	Linksherzinsuffizienz: NYHA III				
150.14	Linksherzinsuffizienz: NYHA IV				
150.11	Linksherzinsuffizienz: NYHA I	F49R	1.144 €	F49P	2.047 €
150.12	Linksherzinsuffizienz: NYHA II				
150.19	Linksherzinsuffizienz: nnbez				
150.9	Herzinsuffizienz, nnbez				

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



Das Doppelkreuz ‡ bezeichnet in dieser Graphik eine NonOR-Prozedur

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

HAUPTDIAGNOSE: KORONARE HERZKRANKHEIT									
Diagnostischer Linksherzkatheter					Stent-PTCA (< 3 Stents)				
aG-DRG			Hybrid-DRG		aG-DRG			Hybrid-DRG	
VWD = 1 TAG	VWD > 1 TAG	VWD < 3 TAGE			VWD = 1 TAG	VWD > 1 TAG	VWD < 3 TAGE		
F49F		F49R			F58B		F58N		
0,43	0,678	N.V.			0,592	0,898	N.V.		
1.946 €	3.068 €	1.144 €			2.679 €	4.064 €	2.310 €		
+ FFR oder OCT		+ FFR	+ OCT		+ FFR oder OCT		+ FFR	+ OCT	
F49E		F49P	F49O		F56B		F56N	F56M	
0,573	0,915	N.V.	N.V.		0,813	1,222	N.V.	N.V.	
2.593 €	4.141 €	2.047 €	2.616 €		3.679 €	5.530 €	3.015 €	3.467 €	
Mehrvergütung durch FFR oder OCT									
647 €	1072 €	903 €	1473 €		1.000 €	1.466 €	705 €	1.157 €	

Bei den genannten Fallkonstellationen führt die Durchführung der intrakoronaren Druckdrahtmessung ebenso wie die OCT zu Aufwertungen, welche die Finanzierung des Verfahrens zum Teil sogar überschreiten. Dabei folgt die Gruppierung in den Hybrid-DRGs teilweise anderen Regeln als bei den stationären DRGs.

Bei einer 1-2 Stent PCI und Einstufung in Hybrid-DRGs führt auch IVUS zu einer Aufwertung in die F56M.

OPTISCHE KOHÄRENZTOMOGRAPHIE (OCT)

Die OPS-Kodierung der Bestimmung der FFRmyo erfolgt auch im Jahr 2026 weiterhin mit dem OPS-Code 3-300.1.

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

Auch die Kodierung der OCT wirkt in vielen Fällen Erlös steigernd. Die Wirkungsweise ist dabei identisch zu der bei der Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung in allen auch dort relevanten aG-DRG-Pauschalen. Neben der Erlössteigerung bei diagnostischen Fällen in der Basis-DRG F49 erfolgt auch auf der Basis dieser Leistung die direkte Eingruppierung von Fällen ohne Myokardinfarkt ohne weitere Relevanz der Anzahl implantierter Koronarstents in die Basis-DRG F56. Im Gegensatz zur identischen Erhöhung des Erlöses bei aG-DRGs durch FFR und OCT, zeichnet sich OCT durch eine vermehrte Erlössteigerung bei Hybrid-DRGs aus. Details sind den Abschnitten über Hybrid-DRGs bei diagnostischen Prozeduren und PCIs zu entnehmen.

CTO-REKANALISATION

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

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

Die Rekanalisation organisierter Koronarverschlüsse wirkt auch im Jahr 2026 aufwer- tend im Zusammenhang mit unterschiedlichen Konstellationen der koronaren Interven- tion. Fälle mit Doppeldrahttechnik führen seit dem DRG-Jahr 2023 in die Basis-DRG F24. Seit dem Jahr 2025 gruppieren Fälle mit retrograder Sondierung über Kollateralgefäße noch etwas höher in die F19B. Basis ist dabei immer die zusätzliche Implantation min- destens eines koronaren Stents.

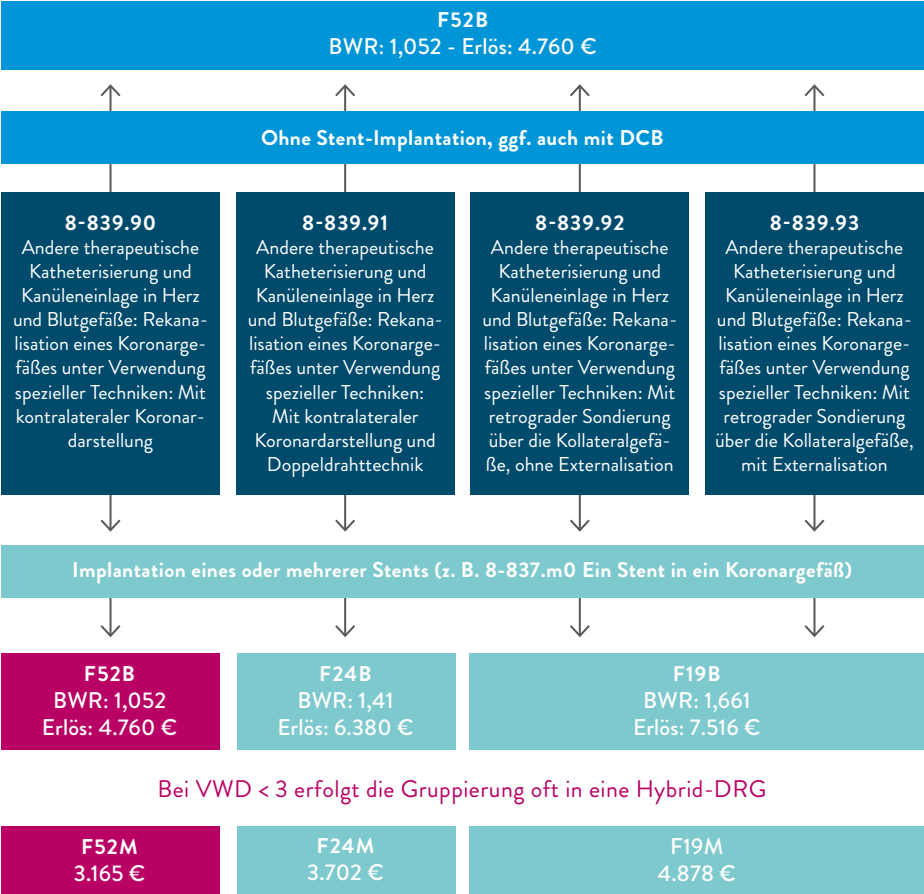
Die folgende Abbildung zeigt die aufwertenden Gruppierungskriterien für chronische Totalverschlüsse in der Basis-DRG F24.

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



OPS	OPS-TEXT
8-837.k*	Einlegen BMS
8-837.m*	Einlegen DES
8-837.w*	Einlegen beschichteter Stent
8-83d.0*	Einlegen bioresorbierbarer DES
8-83d.1*	Einlegen selbstexpandierender Stent
8-83d.2*	Einlegen selbstexpandierender DES

Fälle ohne Koronarstent oder mit einer Leistung im Sinne des OPS-Kodes 8-839.90 (Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken: Mit kontralateraler Koronardarstellung) werden weiterhin in die Basis-DRG F52 eingestuft. Ebenso führt die zusätzliche Dilatation mit einem DEB anstelle der Implantation eines Koronarstents nicht in die Basis-DRG F24 bzw. F19.



Fälle mit einem OPS-Code 8-839.9 ff gelangen mit dem Jahr 2026 grundsätzlich auch in Hybrid-DRGs. Hier werden die DRGs F19M, F24M oder F52M in Abhängigkeit von der Ausgangs-DRG angesteuert. Bei Verwendung eines DCB wird das Zusatzentgelt ZE137 ausgelöst, sodass dann ein Ausschluss für die Hybrid-DRGs resultiert.

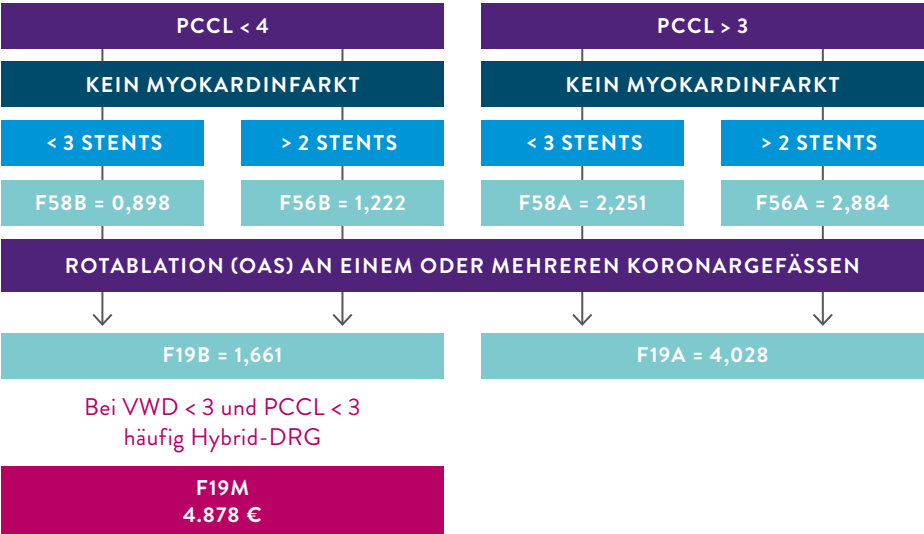
ROTABLATION AN DEN KORONARGEFÄSSEN – ORBITALE ATHEREKTOMIE (OAS)

Die Kodierung der Rotablationen an den Koronargefäßen erfolgt ebenso wie die Kodierung der Orbitalen Atherektomie (OAS) mit den OPS-Kodes der nachfolgenden Tabelle. Dabei wurde 2026 erstmalig die orbitale Atherektomie explizit in den OPS-Text als In-

klusivum übernommen. Die fortdauernde Differenzierung zwischen einem oder mehreren Gefäßen hatte bis 2026 keine Erlösrelevanz. Seitdem bedingt der Mehrgefäßeingriff eine Gruppierung in die aG-DRG F19A oder F19B wogegen die Rotationsatherektomie an einem Gefäß im Allgemeinen in die Hybrid-DRG F19M führt.

OPS	OPS-TEXT
	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Rotationsatherektomie
8-837.5	Inkl.: Bypassgefäß Rotablation, orbitale Atherektomie Hinw.: Die Abtragung erfolgt durch einen rotierenden Fräskopf an der Katheterspitze oder eine kreisende Fräszone am Katheter
8-837.50	Eine Koronararterie
8-837.51	Mehrere Koronararterien

Fälle mit koronarer Rotablation bzw. OAS werden auch in 2026 unabhängig von der Hauptdiagnose und unabhängig von etwaig implantierten koronaren Stents in die Basis-DRG F19 gruppiert. Die Differenzierung innerhalb dieser Basis-DRG erfolgt anhand des PCCL-Wertes, wobei Fälle mit einem PCCL-Wert von > 3 in die F19A eingruppiert werden. Bei Erfüllung der allgemeinen Kriterien für Hybrid-DRGs werden Fälle aus der F19B mit Rotablation mit dem Jahr 2026 auch in die Hybrid-DRG F19M eingruppiert.

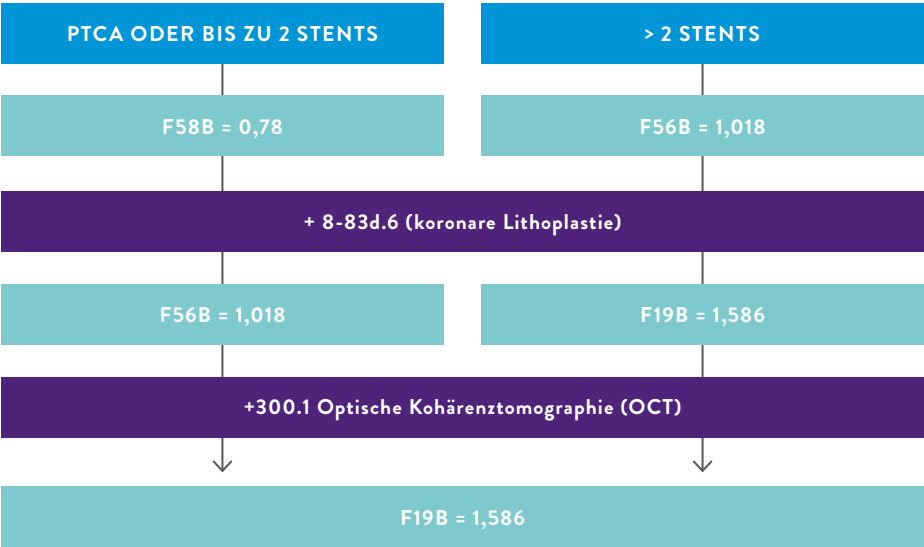


KORONARE LITHOPLASTIE

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

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

Dabei erfolgt die Lithoplastie bestimmungsgemäß bei der Hauptdiagnose einer KHK zur Vorbereitung einer PTCA bzw. eine koronaren Stentimplantation bei kalzifizierten Stenosen. Seit dem Jahr 2023 erfolgt eine deutliche Höhergruppierung von Fällen mit koronarer Lithoplastie, wobei hier insbesondere die Erbringung einer intrakoronaren Bildgebung wie z.B. OCT konsequent kodiert werden muss, um die Aufwertung in die Basis-DRG F19 sicherzustellen.



Die Lithoplastie stellt in allen Hybrid-DRGs der interventionellen Kardiologie ein Ausschlusskriterium dar, sodass diese Fälle auch beim Erreichen der DRG F19B und Erfüllung aller sonstigen Kriterien der F19M nicht aus der stationären DRG verschoben wird.

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

aG-DRGs für Rotablationen an den Koronargefäßen

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	KAT MVWD	UGVD (1. Tag Abschl)	Kurzl Abschl	OGVD (1. Tag Zuschl)	Langl Zuschl
F19A	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC	4,028	16,9	5	0,41	33	0,102
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	0,086

aG-DRGs für koronare Stentimplantation bei akutem Myokardinfarkt

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	KAT MVWD	UGVD (1. Tag Abschl)	Kurzl Abschl	OGVD (1. Tag Zuschl)	Langl Zuschl
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC	3,19	15,7	4	0,426	31	0,095
F24B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC	1,41	5,5	1	0,467	12	0,082
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC	2,963	18,3	5	0,36	34	0,083
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention	1,052	4,9	1	0,351	11	0,082

aG-DRGs für koronare Stentimplantation außer bei akutem Myokardinfarkt

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	KAT MVWD	UGVD (1. Tag Abschl)	Kurzl Abschl	OGVD (1. Tag Zuschl)	Langl Zuschl
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC	2,884	14,1	4	0,365	27	0,091
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie oder koronare Lithoplastie	1,222	4,7	1	0,409	10	0,075
F58A	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC	2,251	13	3	0,379	26	0,082
F58B	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC	0,898	4,3	1	0,306	9	0,069

aG-DRGs für Linksherzkatheterdiagnostik

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	KAT MVWD	UGVD (1. Tag Abschl)	Kurzl Abschl	OGVD (1. Tag Zuschl)	Langl Zuschl
F41Z	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt	0,773	4,8	1	0,305	11	0,081

aG-DRG	BEZEICHNUNG	KAT BWR	KAT MVWD	UGVD (1. Tag Abschl)	Kurzl Abschl	OGVD (1. Tag Zuschl)	Langl Zuschl
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, mit komplexem Eingriff oder Alter < 10 Jahre	2,735	18	5	0,394	34	0,092
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre	1,033	2,6	1	0,219	7	0,165
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, mit schweren CC, mehr als ein Belegungstag	1,735	14,1	4	0,288	28	0,071
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne schwere CC bei BT > 1, mit kardialen Mapping oder best. andere kardiologische Diagnostik oder bestimmter komplexer Diagnose	1,15	8,3	2	0,271	17	0,068
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., ohne kardiales Mapping, ohne best. andere kardiologische Diagnostik, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne best. kompl. Diagnose, mit best. Eingriff	0,915	6,8	1	0,342	15	0,066
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., ohne kardiales Mapping, ohne best. andere kardiologische Diagnostik, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne best. kompl. Diagnose, ohne best. Eingriff	0,678	4,7	1	0,248	10	0,069

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.

HYBRID-DRG	BEZEICHNUNG	Erlös
F19M	Hybrid-DRG der DRG F19B (Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Ablation über A. renalis oder komplexe Rekanalisation von Koronargefäßen)	4.877,78 €
F24M	Hybrid-DRG der DRG F24B (Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC)	3.702,33 €
F49M	Hybrid-DRG 1 der DRG F49D (Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne schwere CC bei BT > 1, mit kardialen Mapping oder best. andere kardiologische Diagnostik oder best. komplexer Diagnose)	2.727,96 €
F49N	Hybrid-DRG 2 der DRG F49D (Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne schwere CC bei BT > 1, mit kardialen Mapping oder best. andere kardiologische Diagnostik oder best. komplexer Diagnose)	2.504,25 €
F49O	Hybrid-DRG 1 der DRG F49E (Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr.)	2.615,59 €
F49P	Hybrid-DRG 2 der DRG F49E (Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr.)	2.047,45 €
F49Q	Hybrid-DRG 1 der DRG F49F (Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, ohne best. Eingr.)	1.927,53 €
F49R	Hybrid-DRG 2 der DRG F49F (Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, ohne best. Eingr.)	1.144,01 €
F52M	Hybrid-DRG der DRG F52B (Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention)	3.164,57 €
F56M	Hybrid-DRG 1 der DRG F56B (Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie oder koronare Lithoplastie)	3.466,64 €
F56N	Hybrid-DRG 2 der DRG F56B (Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie oder koronare Lithoplastie)	3.014,91 €
F58M	Hybrid-DRG 1 der DRG F58B (Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC)	2.938,99 €
F58N	Hybrid-DRG 2 der DRG F58B (Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC)	2.309,52 €

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: Auswahlkriterium

AOP: Ambulantes Operieren (im Krankenhaus)

BfArM: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

BMS: Bare metal stent (nicht medikamentefreisetzender Stent)

BWR: Bewertungsrelation

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

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

CT: Computertomograph / ie

CTO: Chronic Total Occlusion (Chronischer Totalverschluss)

DCB: Drug Coated Balloon (medikamentefreisetzender Ballon)

DES: Drug eluting stent (medikamentefreisetzender Stent)

DKR: Deutsche Kodierrichtlinie

DRG: Diagnosis Related Groups (Fallpauschalensystem)

EKG: Elektrokardiogramm

FA: Facharzt / Fachärztin

FF.: und folgende (untergeordnete Codes)

FFR: Fraktionale Flussreserve

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

HE&R: Health Econonim & Reimbursement

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

IFR: Instantaneous wave-free ration

InEK: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

IVUS: Intravaskulärer Ultraschall

Kat-BWR: Katalog-Bewertungsrelation

KHAG: Krankenhausreformenpassungsgesetz

KHG: Krankenhausfinanzierungsgesetz

KHK: Koronare Herzkrankheit

KHVVG: Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

KM: Kontrastmittel

Kurzl Absch: Abschlag pro Tag bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer

Langl Zusch: Zuschlag pro Tag bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer

LG: Leistungsgruppe

LHK: Linksherzkatheter

MDC: Major Diagnosis Category (Hauptdiagnosekategorie)

MD(K): Medizinischer Dienst (der Krankenversicherung)

MRT: Magnetresonanztomograph / ie

MV: Mindestvoraussetzung

MVWD: Mittlere Verweildauer

MVZ: Medizinisches Versorgungszentrum

NUB: Neue Untersuchungs und Behandlungsmethode

OAS: Orbital Atherectomy System

OCT: Optical Coherence Tomography (Optische Kohärenztomografie)

OGVD: Obere Grenzverweildauer

OPD: Ostial Protection Device

OPS: Operationenschlüssel (Prozedurenklassifikationssystem)

PCCL: Patient Comorbidity and Complexity Level (fallbezogener Gesamtschweregrad)

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

PpUGV: Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung

PTCA: Perkutane transluminale Koronarangioplastie

rDRG: residuale Fallpauschale

RFR: Resting Full-Cycle Ratio

SGB V: Sozialgesetzbuch 5

TEE: Transösophageale Echokardiographie

UGVD: Untere Grenzverweildauer

VWD: Verweildauer

ZE: Zusatzentgelt

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/sgeb_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. **Fallpauschalenkatalog 2026:** <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2026/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-2026>

9. **Kodierempfehlung SEG 4:** <https://www.medicinischerdienst.de/kranken-pflegekassen/kodierempfehlungen>

10. **Deutsche Kodierrichtlinien:** <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2026/kodierrichtlinien/deutsche-kodierrichtlinien-2026>

DAS KÖNNTE SIE AUCH INTERESSIEREN



Kodierhilfe
Rhythmologie



Kodierhilfe
Neurostimulation



Kodierhilfe
Gefäßintervention – PTA



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 Kostenerstattungsspezialist für alle Fragen im Zusammenhang mit Kodierung, Abrechnung, Kostenerstattung oder damit zusammenhängenden Problemen wenden. Dieses Material reproduziert Informationen nur zu Referenzzwecken. Es wird nicht für Marketingzwecke bereitgestellt oder autorisiert.

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

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-2600576 v1.0

