



Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung

Kodierung und Vergütung
in der stationären Versorgung
(Hauptabteilung) und als AOP 2025

Vorwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

wir freuen uns sehr, Ihnen mit dieser Broschüre eine praxisnahe Orientierungshilfe zur Kodierung und Abrechnung unserer Verfahren vorzustellen. Unser Ziel ist es, Sie bei der Leistungsdokumentation in Ihrem klinischen Alltag effizient zu begleiten. Eine Übersicht über weitere Broschüren und Flyer zur Kodierung finden Sie unter

<https://www.medtronic.com/de-de/fachkreise/reimbursement.html>

Mit freundlichen Grüßen

Sabine Clemens
Reimbursement & Health Economics



Inhaltsverzeichnis

1. Unser Reimbursement Leistungsangebot

2. Kodierung und Vergütung im aG-DRG-System 2025

- 2.1 Diagnosen ICD 10-2025
- 2.2 Prozeduren OPS 2025
- 2.3 Relevante DRG-Positionen
- 2.4 Zusatzentgelte

3. Kodierbeispiel Renale Denervierung

4. Kodierbeispiele Koronare Interventionen

- 4.1 Koronare Angiographie
- 4.2 Koronare Gefäßinterventionen

5. Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

- 5.1 Gesetzliche Grundlagen
- 5.2 Zulassung von Leistungserbringern
- 5.3 Sachkostenvergütung
- 5.4 Abrechnungsbeispiel ambulante Koronarangiographie mit PTCA/Stent gemäß AOP-Katalog

6. Abkürzungsverzeichnis

7. Wichtige Links

1. Unser Reimbursement Leistungsangebot

Was bedeutet Reimbursement für uns?

Unter Reimbursement verstehen wir nicht nur eine adäquate Refinanzierung unserer Therapien, sondern auch Leistungen oder Informationen, die unseren Kunden eine solche Refinanzierung ermöglichen.

Zu diesen Leistungen gehören zum Beispiel



AOP-, EBM-,
GOÄ- und
DRG-Hinweise



Informationen
zur Abrechnung
und Kodierung



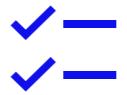
Hinweise zu
Änderungs- und
Weiterentwick-
lungsanträgen



Informationen
zu Fragen des
MD und der
Kostenträger



Hinweise zum
Strategie- &
Leistungs-
portfolio



Informationen
zum NUB-
Verfahren inkl.
§137h SGB V



Hinweise zu
gesundheits-
politischen
Entwicklungen

Unser Reimbursement-Service im Überblick



Kostenberechnungen, Erlösbetrachtungen

Wir unterstützen Sie mit Erlös- und Kostenanalysen bei der Planung, Anpassung und Weiterentwicklung Ihres Leistungsangebots. Diese Konzepte entwickeln wir in Zusammenarbeit mit medizinischem Fachpersonal und Klinikverwaltungen. DRG-Kodierhilfen, Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen oder Prozesskostenanalysen sind einige Beispiele.



Weiterbildung und Training

Unsere Weiterbildungs- und Trainingsprogramme vermitteln die Grundlagen der stationären (DRG) und ambulanten (EBM, GOÄ, AOP) Abrechnung, sowie den aktuellen Stand der Kodierung und Kostenerstattung. Dabei steht die Kodierung und Refinanzierung unserer Therapien im Mittelpunkt.

2. Kodierung und Vergütung im aG-DRG-System 2025

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär (Hauptabteilung) und AOP 2025

2.1 Diagnosen ICD 10-2025

Maßgeblich für die korrekte Kodierung ist die Hauptdiagnose. Die Hauptdiagnose wird definiert als: „*Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.*“

Die folgenden fünf Stellen sind bei den Kategorien I10-I15 zu benutzen, um das Vorliegen einer hypertensiven Krise anzugeben:

| | | | |
|--------|---|--------|---|
| 0 | Ohne Angabe einer hypertensiven Krise | I25.0 | Atherosklerotische Herz-Kreislauf-Krankheit, so beschrieben |
| 1 | Mit Angabe einer hypertensiven Krise | I25.1- | Atherosklerotische Herzkrankheit |
| I10.0- | Benigne essentielle Hypertonie | I25.10 | Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen |
| I10.1- | Maligne essentielle Hypertonie | I25.11 | Ein-Gefäß-Erkrankung |
| I10.9- | Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet | I25.12 | Zwei-Gefäß-Erkrankung |
| I11.0- | Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz | I25.13 | Drei-Gefäß-Erkrankung |
| I11.9- | Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz | I25.14 | Stenose des linken Hauptstammes |
| I20.0 | Instabile Angina pectoris | I25.15 | Mit stenosierten Bypass-Gefäßen |
| I20.1 | Angina pectoris mit nachgewiesenem Koronarspasmus | I25.16 | Mit stenosierten Stents |
| I20.8 | Sonstige Formen der Angina pectoris | I25.19 | Nicht näher bezeichnet |
| I20.9 | Angina pectoris, nicht näher bezeichnet | I50.1- | Linksherzinsuffizienz |
| I21.0 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand | Q21.0 | Ventrikelseptumdefekt |
| I21.1 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand | | |
| I21.2 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonst. Lokalisationen | | |
| I21.3 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation | | |
| I21.4 | Akuter subendokardialer Myokardinfarkt | | |
| I21.40 | Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-1-Infarkt Nicht-ST-Hebungsinfarkt [STEMI], Typ-1-Infarkt | | |
| I21.41 | Akuter subendokardialer Myokardinfarkt, Typ-2-Infarkt | | |
| I21.48 | Sonstiger und nicht näher bezeichneter akuter subendokardialer Myokardinfarkt Innenschichtinfarkt Nicht-ST-Hebungsinfarkt [STEMI] Nichttransmuraler Myokardinfarkt | | |
| I21.9 | Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet | | |

2.2 Prozeduren OPS 2025

Die Einbindung der Medizintechnologie ins aG-DRG-Fallpauschalsystem

Leistungen im Zusammenhang mit Medizintechnologien sind grundsätzlich im Prozedurenschlüssel (OPS) dokumentiert.
D.h. ein Medizinprodukt wird – soweit vorhanden – durch einen oder mehrere OPS-Kodes definiert.

| | | | |
|----------|--|----------|---|
| 1-273 | Rechtsherz-Katheteruntersuchung Inkl.: Katheteruntersuchung von A. pulmonalis, rechtem Ventrikel, rechtem Vorhof und V. cava Druckmessung, Druckgradientenbestimmung, Messung des Herzzeitvolumens, Bestimmung des pulmonalen Gefäßwiderstandes und Messung unter Belastung Hinw.: Bei einer kombinierten Links- und Rechtsherz-Katheteruntersuchung ist jeweils ein Kode für die Rechtsherz-Katheteruntersuchung und ein Kode für die Linksherz-Katheteruntersuchung anzugeben | 1-276 | Angiokardiographie als selbständige Maßnahme |
| 1-273.1 | Oxymetrie | 1-276.0 | Pulmonalisangiographie |
| 1-273.2 | Druckmessung mit Messung des Shuntvolumens | 1-276.1 | Aortographie |
| 1-273.5 | Messung der pulmonalen Flussreserve | 1-276.2 | Ventrikulographie |
| 1-273.6 | Messung des Lungenwassers | 1-276.20 | Rechter Ventrikel |
| 1-273.x | Sonstige | 1-276.21 | Linker Ventrikel |
| 1-273.22 | | 1-276.22 | Rechter und linker Ventrikel |
| 1-273.x | | 1-276.x | Sonstige |
| 1-275 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung Hinw.: Bei einer kombinierten Links- und Rechtsherz-Katheteruntersuchung ist jeweils ein Kode für die Rechtsherz-Katheteruntersuchung und ein Kode für die Linksherz-Katheteruntersuchung anzugeben | 1-279 | Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen |
| 1-275.0 | Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen | 1-279.a | Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung Inkl.: Bestimmung der fraktionellen myokardialen Flussreserve (FFRmyo) Bestimmung von Druckindizes ohne Vasodilatation |
| 1-275.1 | Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel | 8-837 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen |
| 1-275.2 | Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel | | Hinw.: Die Anwendung eines Embolieprotektionssystems ist gesondert zu kodieren (8-83b.9). Ein Kode aus diesem Bereich ist auch zu verwenden, wenn eine der aufgeführten Prozeduren im Rahmen einer Hybridchirurgie eingesetzt wird. Die Anwendung der Hybridchirurgie ist gesondert zu kodieren (5-98a.0). Die Verwendung von mehr als einem Mikrokathetersystem ist gesondert zu kodieren (8-83b.7 ff.). Die Verwendung von Rekanalisationssystemen zur perkutanen Passage organisierter Verschlüsse ist gesondert zu kodieren (8-83b.a ff.). |
| 1-275.3 | Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung | | Ballon-Angioplastie Inkl.: Bypassgefäß |
| 1-275.4 | Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung | | Hinw.: Die Art und die Anzahl der verwendeten medikamentefreisetzen Ballons sind gesondert zu kodieren (8-83b.b6 bis 8-83b.b9). Die Art der verwendeten antikörperbeschichteten Ballons ist gesondert zu kodieren (8-83b.b1). |
| 1-275.5 | Koronarangiographie von Bypassgefäßen | 8-837.00 | Eine Koronararterie |
| 1-275.6 | Ventrikulographie mit Druckmessung im linken Ventrikel und Aortenbogendarstellung | 8-837.01 | Mehrere Koronararterien |
| 1-275.x | Sonstige | | |

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär (Hauptabteilung) und AOP 2025

| 8-83b Zusatzinformationen zu Materialien | |
|---|--|
| 8-83b.b | Art der verwendeten Ballons Hinw.: Diese Zusatzinformation ist für jeden implantierten Stent oder für jedes implantierte OPD-System anzugeben |
| 8-83b.b6 | Ein medikamentenfreisetzender Ballon an Koronargefäßen |
| 8-83b.b7 | Zwei medikamentenfreisetzende Ballons an Koronargefäßen |
| 8-83b.b8 | Drei medikamentenfreisetzende Ballons an Koronargefäßen |
| 8-83b.b9 | Vier und mehr medikamentenfreisetzende Ballons an Koronargefäßen |
| 8-837.k | Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden Stents, Inkl.: Bypassgefäß |
| 8-837.k0 | Ein Stent in eine Koronararterie |
| 8-837.k3 | 2 Stents in eine Koronararterie |
| 8-837.k4 | 2 Stents in mehrere Koronararterien |
| 8-837.k5 | 3 Stents in eine Koronararterie |
| 8-837.k6 | 3 Stents in mehrere Koronararterien |
| 8-837.k7 | 4 Stents in eine Koronararterie |
| 8-837.k8 | 4 Stents in mehrere Koronararterien |
| 8-837.k9 | 5 Stents in eine Koronararterie |
| 8-837.ka | 5 Stents in mehrere Koronararterien |
| 8-837.kb | Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie |
| 8-837.kc | Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien |
| 8-837.kx | Sonstige |
| 8-837.m | Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents Inkl.: Bypassgefäß Hinw.: Die Art der medikamentenfreisetzenden Stents ist gesondert zu kodieren (8-83b.0 ff.) |
| 8-837.m0 | Ein Stent in eine Koronararterie |
| 8-837.m1 | 2 Stents in eine Koronararterie |
| 8-837.m2 | 2 Stents in mehrere Koronararterien |
| 8-837.m3 | 3 Stents in eine Koronararterie |
| 8-837.m4 | 3 Stents in mehrere Koronararterien |
| 8-837.m5 | 4 Stents in eine Koronararterie |
| 8-837.m6 | 4 Stents in mehrere Koronararterien |
| 8-837.m7 | 5 Stents in eine Koronararterie |
| 8-837.m8 | 5 Stents in mehrere Koronararterien |
| 8-837.m9 | Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie |
| 8-837.ma | Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien |
| 8-837.mx | Sonstige |
| 8-83b.0 Art der medikamentenfreisetzenden Stents oder OPD-Systeme | |
| Hinw.: Diese Zusatzinformation ist für jeden implantierten Stent oder für jedes implantierte OPD-System anzugeben | |
| 8-837.t | Thrombektomie aus Koronargefäßen Hinw.: Die Verwendung eines hydrodynamischen Thrombektomiesystems ist gesondert zu kodieren (8-83b.4). Die Verwendung eines Instruments zur Thrombektomie ist gesondert zu kodieren (8-83b.8 ff.). |
| 8-83c.5 Renale Denervierung über die A. renalis | |
| 8-83c.52 ↔ Durch nicht gekühlte Radiofrequenzablation | |

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär (Hauptabteilung) und AOP 2025

2.3 Relevante DRG-Positionen

| DRG | Bezeichnung | BWR | MVD | UGVD | | OGVD | | DRG-Erlös* |
|------|---|-------|-----|---------------------|---------|---------------------|---------|------------|
| | | | | 1. Tag mit Abschlag | BWR/Tag | 1. Tag zus. Entgelt | BWR/Tag | |
| 1 | 3 | 4 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| F19B | Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungen-gefäßen ohne äußerst schwere CC oder Ablation über A. renalis oder komplexe Rekanalisation von Koronargefäßen | 1,51 | 3,8 | 1 | 0,509 | 9 | 0,085 | 6.644 € |
| F24B | Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexe Intervention oder mit bestimmten Rekanalisations-verfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC | 1,362 | 5,4 | 1 | 0,615 | 11 | 0,082 | 5.993 € |
| 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. | 0,855 | 5,8 | 1 | 0,414 | 14 | 0,068 | 3.762 € |
| F49G | 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. | 0,591 | 3,6 | 1 | 0,272 | 8 | 0,074 | 2.600 € |
| F52B | Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention | 1,074 | 5,0 | 1 | 0,458 | 11 | 0,082 | 4.726 € |
| F56B | Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexe Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie oder koronare Lithoplastie | 1,054 | 3,5 | 1 | 0,438 | 8 | 0,073 | 4.638 € |
| F58B | Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC | 0,79 | 3,3 | 1 | 0,318 | 7 | 0,072 | 3.476 € |
| F62C | Herzinsuffizienz und Schock ohne äuß. schw. CC od. ohne Dialyse, ohne kompliz. Diagnose, ohne kompliz. Konst., ohne best. hoch- aufw. Beh., mehr als 1 Belegungstag, ohne best. akut. Nierenvers. od. ohne äuß. schw. CC. ohne Komplexbeh. des akut. Schlaganf. | 0,184 | 8,0 | 2 | 0,229 | 17 | 0,061 | 3.098 € |

* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2025 in Höhe von 4.400 € (s. auch [Wichtige Links](#))

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär (Hauptabteilung) und AOP 2025

2.4 Zusatzentgelte

| Haupteingriff | OPS | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen |
|---------------|----------|---|
| Ballon | 8-837.0* | Ballon-Angioplastie |
| Stent | 8-837.m* | Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents (Anzahl der Stents) |
| Stent | 8-83b.0* | Art der verwendeten medikamente-freisetzenden Stents |
| Ballon | 8-83b.b* | Art der verwendeten Ballons |

Prevail™
Paclitaxel
Coated PTCA
Balloon Catheter



| ZE | Bezeichnung | ZE | OPS | Text | Betrag |
|-------|---------------------------------------|----------|----------|--|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ZE101 | Medikamentefreisetzende Koronarstents | ZE101.01 | 8-837.m0 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie | 39,18 € |
| | | ZE101.02 | 8-837.m1 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie | 78,36 € |
| | | ZE101.03 | 8-837.m2 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 2 Stents in mehrere Koronararterien | |
| | | ZE101.03 | 8-837.m3 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 3 Stents in eine Koronararterie | 117,54 € |
| | | ZE101.04 | 8-837.m4 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 3 Stents in mehrere Koronararterien | |
| | | ZE101.04 | 8-837.m5 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 4 Stents in eine Koronararterie | 156,72 € |
| | | ZE101.05 | 8-837.m6 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 4 Stents in mehrere Koronararterien | |
| | | ZE101.05 | 8-837.m7 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 5 Stents in eine Koronararterie | 195,90 € |
| | | ZE101.06 | 8-837.m8 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: 5 Stents in mehrere Koronararterien | |
| | | ZE101.06 | 8-837.m9 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie | 235,08 € |
| | | ZE101.06 | 8-837.ma | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamente-freisetzenden Stents: Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien | |

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung
Kodierung & Vergütung stationär (Hauptabteilung) und AOP 2025

| ZE | Bezeichnung | ZE | OPS | Text | Betrag |
|-------|--|----------|----------|---|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ZE136 | Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen | | 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie | |
| | | | 8-837.01 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Mehrere Koronararterien | |
| | | ZE136.01 | 8-83b.b6 | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamente-freisetzender Ballon an Koronargefäßen | 179,36 € |
| | | ZE136.02 | 8-83b.b7 | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen | 587,07 € |
| | | ZE136.03 | 8-83b.b8 | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Drei medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen | 994,78 € |
| | | ZE136.04 | 8-83b.b9 | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Vier und mehr medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen | 1.402,49 € |

3. Kodierbeispiel Renale Denervierung

Symplicity Spyral™-System zur Renalen Denervierung

RDN Standard

| Kode | |
|----------------------|--|
| Hauptdiagnose | |
| I10.90 | Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise |
| Prozedur(en) | |
| 8-83c.52 | Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention: Renale Denervierung über die A. renalis: Durch nicht gekühlte Radiofrequenzablation |
| DRG | BWR |
| F19B | 1,510 |
| DRG-Erlös* | 6.644,00 € |

DRG-Erlös bei einer Verweildauer von:

1 Belegungstag: 4.404,40 €, 2 Belegungstagen: **6.644,00 €**

Bewertung bei Belegabteilung:

Rel.gew. 1,275 ergibt 5.610,00 €*.

Der Belegarzt rechnet seine ärztliche Leistung nach dem EBM mit der KV ab.



* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2025 in Höhe von 4.400 € (s. auch [Wichtige Links](#))

4. Kodierbeispiele Koronare Interventionen

4.1 Koronare Angiographie

Koronarangiographie bei Angina pectoris

| Kode | |
|---------------|--|
| Hauptdiagnose | |
| I20.8 | Sonstige Formen der Angina pectoris |
| Prozedur(en) | |
| 1-275.2 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel |
| DRG | |
| F49G | 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. |
| BWR | |
| | 0,591 |
| Erlös* | |
| | 2.600,40 € |

Ventrikulographie bei Linksherzinsuffizienz

| Kode | |
|---------------|---|
| Hauptdiagnose | |
| I50.11 | Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden |
| Prozedur(en) | |
| 1-276.21 | Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Ventrikulographie: Linker Ventrikel |
| DRG | |
| F62C | Herzinsuffizienz und Schock ohne äuß. schw. CC od. ohne Dialyse, ohne kompliz. Diagnose, ohne kompliz. Konst., ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 Belegungstag, ohne best. akut. Nierenvers. od. ohne äuß. schw. CC. ohne Komplexbeh. des akut. Schlaganf. |
| BWR | |
| | 0,704 |
| Erlös* | |
| | 3.097,60 € |

* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2025 in Höhe von 4.400 € (s. auch [Wichtige Links](#))

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär (Hauptabteilung) und AOP 2025

Rechtsherzkatheteruntersuchung bei angeborenem Ventrikelseptumdefekt,
Alter unter 18 Jahre

| Kode | | |
|----------------------|--|-------------------|
| Hauptdiagnose | | |
| Q21.0 | Ventrikelseptumdefekt | |
| Prozedur(en) | | |
| 1-273.1 | Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie | |
| DRG | | BWR |
| F49C | Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandpunkte, Alter < 18 Jahre | 0,940 |
| Erlös* | | 4.136,00 € |

* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2025 in Höhe von 4.400 € (s. auch [Wichtige Links](#))

4.2 Koronare Gefäßinterventionen

Drug Eluting Stent (DES)

PTCA bei Angina Pectoris oder Atherosklerotischer Herzkrankheit

1 DES

| Kode | | |
|---------------|---|------------|
| Hauptdiagnose | | |
| Prozedur(en) | | |
| I20.0 | Instabile Angina pectoris | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie | |
| 8-837.m0 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie | |
| 8-83b.00 | ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer | |
| DRG | | BWR |
| F58B | Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC | 0,790 |
| DRG-Erlös* | | 3.476,00 € |
| ZE 101.01 | | 39,18 € |
| Erlös | | 3.515,18 € |

2 DES

| Kode | | |
|---------------|--|------------|
| Hauptdiagnose | | |
| Prozedur(en) | | |
| I20.0 | Instabile Angina pectoris | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie | |
| 8-837.m1 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie | |
| 8-83b.00 | ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer | |
| DRG | | BWR |
| F58B | Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC | 0,790 |
| DRG-Erlös* | | 3.476,00 € |
| ZE 101.02 | | 78,36 € |
| Erlös | | 3.554,36 € |

* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2025 in Höhe von 4.400 € (s. auch [Wichtige Links](#))

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär (Hauptabteilung) und AOP 2025

3 DES

| Kode | | |
|---------------|---|-------------------|
| Hauptdiagnose | | |
| I20.0 | Instabile Angina pectoris | |
| Prozedur(en) | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie | |
| 8-837.m3 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 3 Stents in eine Koronararterie | |
| 8-83b.00 | ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer | |
| DRG | | |
| F56B | Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie oder koronare Lithoplastie | 1,054 |
| DRG-Erlös* | | 4.637,60 € |
| ZE 101.03 | | 117,54 € |
| Erlös | | 4.755,14 € |

1 DES und Thrombektomie

| Kode | | |
|---------------|---|-------------------|
| Hauptdiagnose | | |
| I20.0 | Instabile Angina pectoris | |
| Prozedur(en) | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie | |
| 8-837.m0 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie | |
| 8-83b.00 | ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer | |
| 8-837.t | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Thrombektomie aus Koronargefäßen | |
| DRG | | |
| F52B | Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention | 1,074 |
| DRG-Erlös* | | 4.725,60 € |
| ZE 101.01 | | 39,18 € |
| Erlös | | 4.764,78 € |

* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2025 in Höhe von 4.400 € (s. auch [Wichtige Links](#))

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär (Hauptabteilung) und AOP 2025

2 DES und Thrombektomie

| Kode | | |
|----------------------|--|-------------------|
| Hauptdiagnose | | |
| I20.0 | Instabile Angina pectoris | |
| Prozedur(en) | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie | |
| 8-837.m1 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie | |
| 8-83b.00 | ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer | |
| 8-837.t | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Thrombektomie aus Koronargefäßen | |
| DRG | | BWR |
| F52B | Perkutane Koronangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention | 1,074 |
| DRG-Erlös* | | 4.725,60 € |
| ZE 101.02 | | 78,36 € |
| Erlös | | 4.803,96 € |



Onyx TruStar™
Drug-Eluting Stent System

* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2025 in Höhe von 4.400 € (s. auch [Wichtige Links](#))

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär (Hauptabteilung) und AOP 2025

PTCA bei Myokardinfarkt

1 DES

| Kode | | |
|---------------|---|-------------------|
| Hauptdiagnose | | |
| I21.0 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand | |
| Prozedur(en) | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie | |
| 8-837.m0 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie | |
| 8-83b.00 | ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer | |
| DRG | | |
| F52B | Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention | 1,074 |
| DRG-Erlös* | | 4.725,60 € |
| ZE 101.01 | | 39,18 € |
| Erlös | | 4.764,78 € |

2 DES

| Kode | | |
|---------------|--|-------------------|
| Hauptdiagnose | | |
| I21.0 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand | |
| Prozedur(en) | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie | |
| 8-837.m1 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie | |
| 8-83b.00 | ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer | |
| DRG | | |
| F52B | Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention | 1,074 |
| DRG-Erlös* | | 4.725,60 € |
| ZE 101.01 | | 78,36 € |
| Erlös | | 4.803,96 € |

* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2025 in Höhe von 4.400 € (s. auch [Wichtige Links](#))

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär (Hauptabteilung) und AOP 2025

3 DES

| Kode |
|--|
| Hauptdiagnose |
| I21.0 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand |
| Prozedur(en) |
| 8-837.00 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie |
| 8-837.m3 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 3 Stents in eine Koronararterie |
| 8-83b.00 ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer |

| DRG | BWR |
|--|-------------------|
| F24B Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC | 1,362 |
| DRG-Erlös* | 5.992,80 € |
| ZE 101.03 | 117,54 € |
| Erlös | 6.110,34 € |

1 DES und Thrombektomie

| Kode |
|---|
| Hauptdiagnose |
| I21.0 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand |
| Prozedur(en) |
| 8-837.00 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie |
| 8-837.m0 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie |
| 8-83b.00 ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer |
| 8-837.t Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Thrombektomie aus Koronargefäßen |

| DRG | BWR |
|---|-------------------|
| F52B Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention | 1,074 |
| DRG-Erlös* | 4.725,60 € |
| ZE 101.01 | 39,18 € |
| Erlös | 4.764,78 € |

* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2025 in Höhe von 4.400 € (s. auch [Wichtige Links](#))

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär (Hauptabteilung) und AOP 2025

2 DES und Thrombektomie

| Kode | | |
|----------------------|--|-------------------|
| Hauptdiagnose | | |
| I21.0 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand | |
| Prozedur(en) | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie | |
| 8-837.m1 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie | |
| 8-83b.00 | ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer | |
| 8-837.t | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Thrombektomie aus Koronargefäßen | |
| DRG | | BWR |
| F52B | Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention | 1,074 |
| DRG-Erlös* | | 4.725,60 € |
| ZE 101.02 | | 78,36 € |
| Erlös | | 4.803,96 € |



Export Advance™
Aspiration Catheter

* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2025 in Höhe von 4.400 € (s. auch [Wichtige Links](#))

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär (Hauptabteilung) und AOP 2025

3 DES und Thrombektomie

| Kode | | |
|----------------------|---|------------|
| Hauptdiagnose | | |
| I21.0 | Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand | |
| Prozedur(en) | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie | |
| 8-837.m3 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzenden Stents: 3 Stents in eine Koronararterie | |
| 8-83b.00 | ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzende Stents oder OPD-Systeme mit Polymer | |
| 8-837.t | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Thrombektomie aus Koronargefäßen | |
| DRG | | BWR |
| F24B | Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC | 1,362 |
| DRG-Erlös* | | 5.992,80 € |
| ZE 101.03 | | 117,54 € |
| Erlös | | 6.110,34 € |

NEU: CathWorks FFRangio® System

Das CathWorks FFRangio®-System kombiniert künstliche Intelligenz und moderne Simulationswissenschaft, um anhand von Routineangiografien physiologische Daten zu erlangen -medikamentöse Stimulation und invasive Druckmessdrähte erübrigen sich hierdurch. Das System liefert Ärzten eine schnelle und zuverlässige intraprozedurale physiologische Beurteilung des gesamten Koronarbaums (Quelle: CathWorks FFRangio System Broschüre).

Aktuell kann das System nicht spezifisch kodiert werden. Eine Abrechnung im stationären Sektor ist bei einer Anwendung im Bereich Diagnostik für die begleitende Koronarangiographie möglich. Bei Anwendung im Bereich Intervention sind die jeweiligen PCI-Prozeduren zusätzlich abrechenbar.

CathWorks FFRangio® System ist Teil eines Co-promotion agreements zwischen den Firmen Medtronic und CathWorks. Nähere Informationen zum System können unter <https://cath.works/> eingesehen werden.

Medtronic | CATHWORKS



* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2025 in Höhe von 4.400 € (s. auch [Wichtige Links](#))

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär (Hauptabteilung) und AOP 2025

Drug Coated Balloons (DCB)

PTCA bei Angina Pectoris oder Atherosklerotischer Herzkrankheit

1 DCB

| Kode | | |
|---------------|--|------------|
| Hauptdiagnose | | |
| I20.0 | Instabile Angina pectoris | |
| Prozedur(en) | | |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronarterie | |
| 8-83b.b6 | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Ein medikamentenfreisetzender Ballon an Koronargefäßen | |
| DRG | | BWR |
| F58B | Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC | 0,790 |
| DRG-Erlös* | | 3.476,00 € |
| ZE 136.01 | | 179,36 € |
| Erlös | | 3.655,36 € |

2 DCB

| Kode | | |
|---------------|---|------------|
| Hauptdiagnose | | |
| I20.0 | Instabile Angina pectoris | |
| Prozedur(en) | | |
| 8-837.01 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Mehrere Koronarterien | |
| 8-83b.b7 | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Zwei medikamentenfreisetzende Ballons an Koronargefäßen | |
| DRG | | BWR |
| F58B | Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC | 0,790 |
| DRG-Erlös* | | 3.476,00 € |
| ZE 136.02 | | 587,07 € |
| Erlös | | 4.063,07 € |

* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2025 in Höhe von 4.400 € (s. auch [Wichtige Links](#))

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär (Hauptabteilung) und AOP 2025

3 DCB

| Kode | | |
|----------------------|--|-------------------|
| Hauptdiagnose | | |
| I20.0 | Instabile Angina pectoris | |
| Prozedur(en) | | |
| 8-837.01 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Mehrere Koronarterien | |
| 8-83b.b8 | Zusatzinformationen zu Materialien: Art der verwendeten Ballons: Drei medikamentenfreisetzende Ballons an Koronargefäßen, z.B. IN.PACT Falcon | |
| DRG | | BWR |
| F58B | Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC | 0,790 |
| DRG-Erlös* | | 3.476,00 € |
| ZE 136.03 | | 994,78 € |
| Erlös | | 4.470,78 € |



* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2025 in Höhe von 4.400 € (s. auch [Wichtige Links](#))

5. Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

5.1 Gesetzliche Grundlagen

EBM Anhang 2 und AOP-Vertrag nach §115b Absatz 1 SGB V

Der AOP-Katalog enthält alle Operationen und sonstigen Eingriffe, die die Krankenhäuser ambulant vornehmen und nach EBM abrechnen können. Er wurde zum 01.01.2025 modifiziert. Der Anhang 2 des EBM enthält alle Operationen, die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ambulant und belegärztlich durchführen und berechnen dürfen. Diese sind nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) kodiert. (Quelle: KBV)

Wichtig: Das Krankenhaus kann nur die Operationen über AOP abrechnen, die im AOP-Katalog im Abschnitt 1, 2 oder 3 aufgeführt sind. Die Koronarangiographie ist in Abschnitt 2 des AOP Katalogs aufgeführt. Abschnitt 2: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V außerhalb Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM.

Relevante Auszüge aus AOP-Katalog 2025: Abschnitt 2: Leistungen gemäß § 115 b SGB V außerhalb Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM

| OPS | Text | EBM-Nr. | EBM-Leistung | Anmerkungen |
|---------|---|---------|--|---------------|
| 1-275.0 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen | 34291 | Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie | 01520 |
| 1-275.1 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel | 34291 | Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie | 01520 |
| 1-275.2 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel | 34291 | Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie | 01520 |
| 1-275.3 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung | 34291 | Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie | 01520 |
| 1-275.4 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung | 34291 | Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie | 01520 |
| 1-275.5 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen | 34291 | Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie | 01520 |
| 1-275.6 | Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Ventrikulographie mit Druckmessung im linken Ventrikel und Aortenbogendarstellung | 34290 | Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie | 01501 + 01503 |

* Bei den Eingriffen 1-275.0, 1-275.1, 1-275.2, 1-275.3, 1-275.4 und 1-275.5 ist bei angeborenen Herzfehlern (ICD Q20-Q26) eine stationäre Durchführung der Leistung bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres begründet.

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär (Hauptabteilung) und AOP 2025

| OPS | Text | EBM-Nr. | EBM-Leistung | Anmerkungen |
|----------|--|------------------|---|---------------|
| 1-276.0 | Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Pulmonalisangiographie | 34290* | Angiokardiographie | 01501 + 01503 |
| 1-276.20 | Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Ventrikulographie: Rechter Ventrikel | 34290* | Angiokardiographie | 01501 + 01503 |
| 1-276.21 | Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Ventrikulographie: Linker Ventrikel | 34290* | Angiokardiographie | 01501 + 01503 |
| 1-276.22 | Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Ventrikulographie: Rechter und linker Ventrikel | 34290* | Angiokardiographie | 01501 + 01503 |
| 1-279.a | Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung | 34291 + 34298 | Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie + Zuschlag für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve | 01520 |
| 8-837.00 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie | 34291 + 34292 | Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie + Zuschlag Intervention (PTCA, Stent) | 01522 |
| 8-837.k0 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie | 34291 + 34292 | Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie + Zuschlag Intervention (PTCA, Stent) | 01522 |
| 8-837.m0 | Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenenden Stents: Ein Stent in eine Koronararterie | 34291 + 34292 | Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie + Zuschlag Intervention (PTCA, Stent) | 01522 |

* Bei den Eingriffen 1-275.0, 1-275.1, 1-275.2, 1-275.3, 1-275.4 und 1-275.5 ist bei angeborenen Herzfehlern (ICD Q20-Q26) eine stationäre Durchführung der Leistung bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres begründet.

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär (Hauptabteilung) und AOP 2025

Relevante EBM-Abrechnungspositionen für die Abrechnung interventioneller kardiologischer Maßnahmen nach AOP-Katalog

34 291

Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie

Beschreibung

Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie

Obligator Leistungsinhalt

- Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie,
- Begleitleistungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Leistungserbringung stehen,
- Kontrastmitteleinbringung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Selektive Darstellung auch bei Patienten mit einem oder mehreren Bypassen und/oder bei Patienten mit Herzvitium,
- Angiokardiographie (Nr. 34 290),
- Gerinnungsuntersuchung(en) (z.B. aktivierte Gerinnungszeit)
- Qualitätssicherung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) für das Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie,
- Aufklärungsgespräch gemäß DeQS-RL,

Abrechnungsbestimmung

| | | |
|---------------------------|----------|------|
| einmal im Behandlungsfall | 378,90 € | 3175 |
|---------------------------|----------|------|

Abrechnungsausschlüsse

Leistungen

in derselben Sitzung 01205, 01207, 02100, 02101, 02102, 02330, 02331, 34503

im Behandlungsfall 01530, 01531, 02300, 02301, 02302, 02310, 02320, 02321, 02322, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02342, 02343, 02350, 02360, 34283, 34284, 34285, 34286, 34287, 34290

Berichtspflicht

Ja

Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung

Ja

| | Wert | Punkte* |
|--|----------|---------|
| | 393,49 € | 3175 |

* Der Punktwert beträgt ab 01.01.2025 12,3934 Cent

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär (Hauptabteilung) und AOP 2025

34 292

Zuschlag Intervention (PTCA, Stent)

Beschreibung

Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34291 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (z.B. PTCA, Stent),

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

Abrechnungsausschlüsse

Leistungen

in derselben Sitzung 01205, 01207, 02100, 02101, 02102, 02330, 02331, 34280, 34281, 34503

im Behandlungsfall 34283, 34284, 34285, 34286, 34287, 34290

Berichtspflicht

Ja

Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung

Ja

| | Wert | Punkte* |
|--|-------------|----------------|
| | 470,83 € | 3799 |

* Der Punktwert beträgt ab 01.01.2025 12,3934 Cent

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär (Hauptabteilung) und AOP 2025

Relevante leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen

40 300

Sachkosten für eine Koronarangiografie

Beschreibung

Kostenpauschale für die Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34291

Anmerkung

Die Kostenpauschale nach der Nr. 40300 enthält alle Sachkosten, einschl. der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.

Berichtspflicht

Nein

Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung

Nein

Gesamt

181,50 €

40 302

Sachkosten für PTCA / Stent an einem Gefäß bei Koronarangiografie

Beschreibung

Kostenpauschale für die Durchführung einer PTCA an einem Gefäß, ggf. einschl. Stent entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292

Anmerkung

Die Kostenpauschale nach der Nr. 40302 enthält alle Sachkosten, einschl. der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.

Berichtspflicht

Nein

Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung

Nein

Gesamt

1.058,40 €

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär (Hauptabteilung) und AOP 2025

40 306

Kostenpauschale zur Gebührenordnungsposition 34291

Beschreibung

Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34291 für die Qualitätssicherung gem. der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) für das Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Anmerkung

Die Kostenpauschale nach der Nr. 40306 beinhaltet alle Kosten zur Erfüllung der Maßnahmen der DeQS-RL. Hierzu gehören sämtliche Kosten für die EDV-technische Ausstattung und Verarbeitung.

Berichtspflicht

Nein

Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung

Nein

Gesamt

2,50 €

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär (Hauptabteilung) und AOP 2025

Relevante leistungsbezogene Zusatzpauschalen bei Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen

01 522

Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen

Beschreibung

Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen

Obligator Leistungsinhalt

- Im unmittelbaren Anschluss an eine therapeutische Herzkatheteruntersuchung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292,
- Dauer mehr als 6 Stunden,

Abrechnungsbestimmung

einmal im Behandlungsfall

Anmerkung

Die Gebührenordnungsposition 01522 ist berechnungsfähig, wenn die perkutantransluminale Gefäßintervention ausschließlich an einer Koronararterie erfolgt.

Abrechnungsausschlüsse

Leistungen

in derselben Sitzung 01510, 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01540, 01541, 01542, 01543, 01544, 01545, 01857, 01910, 01911, 02100, 02101, 02102, 04564, 04565, 04566, 04572, 04573, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621, 13622, 30326, 30708, 32247, 34503, 34504, 34505

im Behandlungsfall 13310, 13311

Berichtspflicht

Nein

Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung

Ja

| | Wert | Punkte* |
|--|----------|---------|
| | 161,98 € | 1307 |

* Der Punktwert beträgt ab 01.01.2025 12,3934 Cent

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär (Hauptabteilung) und AOP 2025

Relevante sonstige Abrechnungspositionen für Beratungs- und Untersuchungsleistungen

| Grundpauschale für den Vertragsarzt Innere Medizin - Kardiologie | | Wert | Punkte* |
|--|---|---------|---------|
| 13 540 | für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr | 19,09 € | 154 |
| 13 541 | für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr | 26,65 € | 215 |
| 13 542 | für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres | 27,64 € | 223 |

* Der Punktewert beträgt ab 01.01.2025 12,3934 Cent

5.2 Zulassung von Leistungserbringern

Zulassung von Krankenhäusern zur Erbringung von Eingriffen (gemäß AOP-Vertrag nach §115b Absatz 1 SGB V)

(1) Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog nach § 3 aufgeführten Eingriffe gemäß § 115 b SGB V in den Leistungsbereichen zugelassen, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlung erbringen. Hierzu bedarf es einer maschinenlesbaren Mitteilung des Krankenhauses an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss.

(2) In dieser Mitteilung sind die entsprechenden abteilungsbezogenen Leistungsbereiche und einzelnen Leistungen, die in diesem Krankenhaus ambulant durchgeführt werden sollen, auf der Grundlage des gemeinsamen Katalogs maschinenlesbar zu benennen. Die Krankenhäuser verwenden für diese Mitteilung das zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgestimmte Formular in der jeweils aktuellen Fassung.

Die Formulare können abgerufen werden unter

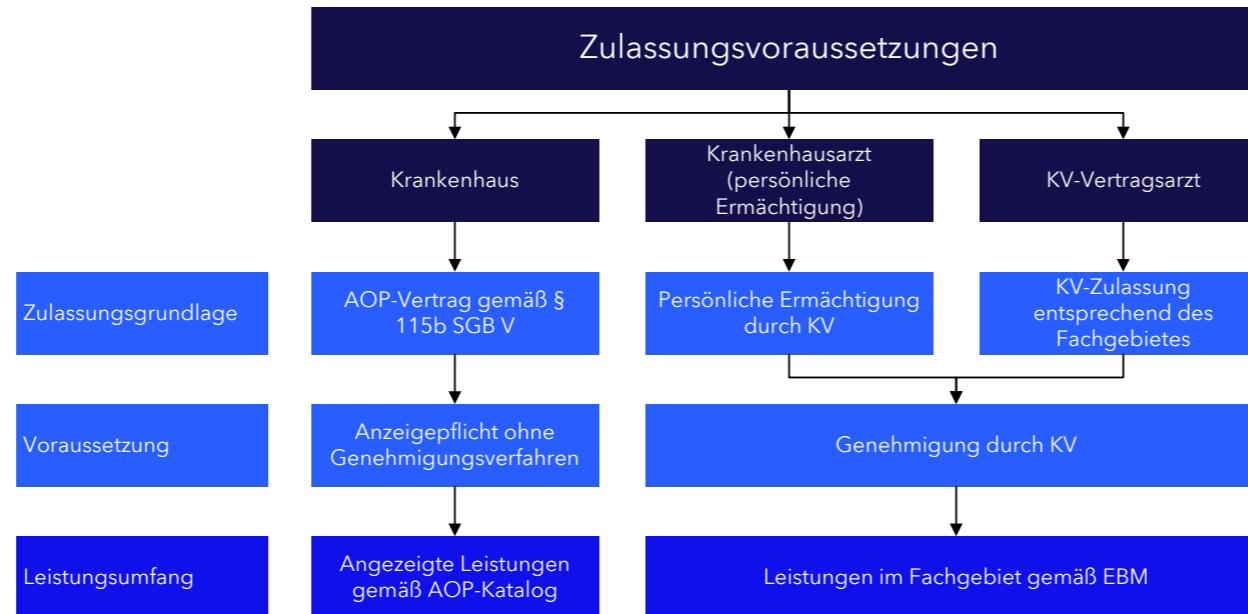
https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/ambulant_versorgung/index.html

Zulassung ermächtigter Krankenhausarzt

Ein im Krankenhaus angestellter Arzt kann auf seinen Antrag an den Zulassungsausschuss bei der KV persönlich ermächtigt werden, seine persönlich erbrachte Leistung gemäß EBM/EGO abzurechnen. Dazu muss er die angestrebten Leistungen nach EBM beantragen.

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär (Hauptabteilung) und AOP 2025

Zulassung von Krankenhäusern zur Erbringung von Eingriffen (gemäß AOP-Vertrag nach §115b Absatz 1 SGB V)



Der Vertragsarzt muss die angestrebten Leistungen nach EBM beim Zulassungsausschuss der zuständigen KV beantragen. Der Arzt rechnet seine persönlich erbrachte Leistung nach EBM/E-GO mit seiner KV ab.

Abrechnung erfolgt gemäß EBM

- pauschale Kostenerstattung, z.B. bei PTCA / Stent bei Koronarangiographie
- 7% vom Rechnungsbetrag*

Es können nur Leistungen abgerechnet werden, zu denen der Arzt ermächtigt bzw. zugelassen ist. Weiterhin können nur Leistungen berechnet werden, die im Gebührenverzeichnis aufgenommen sind. Eine analoge Bewertung ist nicht möglich.

* sog. Kleinmaterial wird durch einen 7%igen Aufschlag auf die Rechnungssumme berücksichtigt. Leistungen z.B. 34291 (Herzkatheteruntersuchungen), für die es eine Kostenpauschale gibt, sowie die Kostenpauschale z.B. 40302 müssen für die Ermittlung des 7% igen Aufschlag abgezogen werden.

5.3 Sachkostenvergütung

Auszug AOP-Vertrag nach §115b Absatz 1 SGB V

§ 11 Vergütung von Sachkosten (Verbrauchsmaterialien, Verbandmittel, Arzneimittel, Hilfsmittel)

(1) Die für die Durchführung der Leistungen gemäß § 3 und der Leistungen nach den §§ 4 bis 6 benötigten Verbrauchsmaterialien, Verbandmittel, Arzneimittel und Hilfsmittel werden vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt. Die Abrechnung der Sachkosten und Arzneimittel erfolgt zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen gemäß § 20. Der Krankenhausarzt ist nicht berechtigt, die in diesem Absatz aufgeführten Mittel auf Kassenrezept zu verordnen.

(2) Sachmittel nach Absatz 1, deren Kosten gemäß Nummer 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM (Praxisbedarf) mit der Gebühr für die ärztliche Leistung abgegolten sind, oder Sachmittel, die explizit Leistungsinhalt der Leistungen des EBM sind, sind nicht gesondert berechnungsfähig.

(3) Arznei- und Sachmittel, die weder nach Absatz 2 Bestandteil der berechnungsfähigen ärztlichen Leistungen des EBM sind noch gemäß den Absätzen 4 bis 7 gesondert abgerechnet werden können, werden durch einen pauschalen Zuschlag auf die gesamte Honorarsumme in Höhe von 7 % vergütet. Sofern eine leistungsbezogene Kostenpauschale nach Absatz 4 in Rechnung gestellt wird, ist die entsprechende ärztliche Leistung des EBM für die Berechnung der Zuschlagshöhe aus der Honorarsumme auszuklammern.

(4) Die im Kapitel 40 des EBM ausgewiesenen Kostenpauschalen sind berechnungsfähig. Die Kostenpauschalen sind nicht in die Honorarsumme zur Berechnung des pauschalen Zuschlags nach Absatz 3 einzurechnen.

(5) Nachfolgende Sachmittel werden dem Krankenhaus zusätzlich zu der Vergütung nach den Absätzen 3 und 4 nach Aufwand erstattet, soweit sie je nachfolgend aufgeführter Sachmittelposition (je Spiegelstrich) einen Betrag von 6,25 Euro im Behandlungsfall überschreiten:

- im Körper verbleibende Implantate in Summe
- Röntgenkontrastmittel
- Nahtmaterial
- diagnostische und interventionelle Katheter einschließlich Führungsdraht, Gefäßschleuse, Einführungsbesteck und Verschlussysteme im Zusammenhang mit angiologisch-diagnostischen und -therapeutischen, gefäßchirurgischen und phlebologischen Leistungen
- diagnostische und interventionelle Katheter einschließlich Führungsdraht, im Zusammenhang mit gastroenterologischen Leistungen (inklusive Leistungen an den Gallenwegen)
- Trokare, Endoclips und Einmalapplikatoren für Clips, im Zusammenhang mit laparoskopischen Leistungen

Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär (Hauptabteilung) und AOP 2025

- Narkosegase, Sauerstoff
- diagnostische und interventionelle Katheter (ausgenommen Transferkatheter) einschließlich Führungsdraht im Zusammenhang mit Leistungen zur In-vitro-Fertilisation abzüglich des Patienteneigenanteils
- Iris-Retraktoren, Kapselspannringe, Injektionshalterungen bei ophthalmochirurgischen Leistungen
- Ophthalmica (Viskoelastika, Perfluordecaline, Silikonöl, C3F8-Gas) bei ophthalmochirurgischen Leistungen
- Schienen, Kompressionsstrümpfe (nicht Anti-Thrombosestrümpfe)
- diagnostische und interventionelle Katheter einschließlich Führungsdraht, Ureterschleusen (Führungshülsen) im Zusammenhang mit urologischen Leistungen

(6) Das Krankenhaus wählt die gesondert berechnungsfähigen Materialien nach Absatz 5 unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus. Es hat die rechnungsbegründenden Unterlagen in Form der Originalrechnungen für die Dauer von fünf Jahren aufzubewahren und vorzuhalten. Aus den Originalrechnungen muss der Name des Herstellers bzw. des Lieferanten, die Artikelbezeichnung sowie die vom Hersteller bzw. Lieferanten festgelegte Artikelnummer hervorgehen. Das Krankenhaus ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen und nach Maßgabe der Krankenkasse nachzuweisen. Gegebenenfalls vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten, sind weiterzugeben. Ein Barzahlungsrabatt (Preisnachlass bei fristgerechter Zahlung) ist weiterzugeben, soweit dieser 3 % übersteigt. Werden die Materialien bei mehreren Patienten verbraucht, so ist ein durchschnittlicher Preis je Patient zu ermitteln und nach Maßgabe der Krankenkasse nachzuweisen.

(7) Übersteigt der Preis eines Arzneimittels, das nicht Bestandteil der Vergütungen gemäß den Absätzen 2 bis 5 ist, einen Betrag von 40,00 Euro, erfolgt eine Vergütung auf der Grundlage des in der Großen Deutschen Spezialitätentaxe (Lauertaxe) ausgewiesenen Apotheken-Einkaufspreises mit einem Abschlag in Höhe von 25 % zuzüglich Mehrwertsteuer. Der Preis ergibt sich aus den tatsächlich für den Behandlungsfall verbrauchten Einheiten des jeweiligen Arzneimittels und dem Preis einer Einzeldosis der größten, in der Lauertaxe angegebenen Packungseinheit.

(8) Abweichend von Absatz 7 erfolgt für Photosensibilisatoren (z. B. Verteporfin) bei der Photodynamischen Therapie und Hormonpräparate bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung eine Vergütung auf der Grundlage des in der Lauertaxe ausgewiesenen Apotheken-Einkaufspreises mit einem Abschlag in Höhe von 20 % zuzüglich Mehrwertsteuer. Der Preis ergibt sich aus den tatsächlich für den Behandlungsfall verbrauchten Einheiten des jeweiligen Arzneimittels und dem Preis einer Einzeldosis der größten, in der Lauertaxe angegebenen Packungseinheit. Der Rechnungsbetrag für Hormonpräparate zur In-vitro-Fertilisation ist um den Eigenanteil der Patienten zu reduzieren. Der Betrag nach Absatz 7 Satz 1 (40,00 Euro) gilt für Photosensibilisatoren (z. B. Verteporfin) bei der Photodynamischen Therapie und Hormonpräparate bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nicht.

5.4 Abrechnungsbeispiel ambulante Koronarangiographie mit PTCA/Stent gemäß AOP-Katalog

| Koronarangiographie mit Stent (DES) | | Alternativ |
|--|---|-------------------|
| EBM Ziffer | Bezeichnung | |
| 13 542 | Kardiologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres | 27,64 € |
| 34 291 | Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie | 393,49 € |
| 34 292 | Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34 291 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (z.B. PTCA, Stent) | 470,83 € |
| 40 300* | Kostenpauschale für die Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34 291 | 181,50 € |
| 40 302* | Kostenpauschale für die Durchführung einer PTCA an einem Gefäß, ggf. einschl. Stent entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292 | 1.058,40 € |
| 01 522 | Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken, entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen, Dauer mehr als 6 Stunden | 161,98 € |
| Summe | | 2.293,84 € |
| 7% Sachkostenpauschale (auf 189,62 €, Ziffer 13542 und 01522) | | 13,27 € |
| Summe | | 2.307,11 € |

* Sofern eine leistungsbezogene Kostenpauschale nach Abs. 4 des AOP Vertrages § 9 in Rechnung gestellt wird, ist die entsprechende ärztliche Leistung des EBM für die Berechnung der Zuschlagshöhe aus der Honorarsumme auszuklammern.

Evtl. Kosten für Kopien oder Porto können mit den Kostenpauschalen 40110 ff. berechnet werden.

| | | |
|--------|---|--------|
| 40 110 | Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen | 0,96 € |
|--------|---|--------|

Zuschläge:

| | | |
|--------|--|----------|
| 34 298 | Zuschlag für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve | 121,46 € |
|--------|--|----------|

6. Abkürzungsverzeichnis

| | | | |
|---------------|---|----------------|---|
| AOP | ambulantes Operieren im Krankenhaus gem. §115b SGB V | InEK | Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus |
| BBFW | Bundesbasisfallwert | KHEntgG | Krankenhausentgeltgesetz |
| BfArM | Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte | KHG | Krankenhausfinanzierungsgesetz |
| BWR | Bewertungsrelation | KIE | Krankenhausindividuelles Entgelt |
| BVMed | Bundesverband Medizintechnologie | KV | Kassenärztliche Vereinigung |
| CC | Komplikationen und/oder Komorbiditäten | LBFW | Landesbasisfallwert |
| DCB | Drug coated balloon | MD | Medizinischer Dienst |
| DES | Drug eluting stent | MVD | Mittlere Verweildauer |
| DIMDI | Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information | ND | Nebendiagnose |
| DRG | Diagnosis Related Group | NUB | Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden |
| EBM | Einheitlicher Bewertungsmaßstab | OGVD | Obere Grenzverweildauer |
| FDA | Fixkostendegressionsabschlag | OPS | Operationen- und Prozeduren Schlüssel |
| FPV | Fallpauschalenvereinbarung | PTCA | Perkutane transluminale Koronarangioplastie |
| aG-DRG | German Diagnosis Related Group | RDN | renale Denervierung |
| GOÄ | Gebührenordnung für Ärzte | RF | Radiofrequenzablation |
| HA | Hauptabteilung | UGVD | Untere Grenzverweildauer |
| HD | Hauptdiagnose | ZE | Zusatzentgelt |

7. Wichtige Links

Landesbasisfallwerte auf der Internetseite des vdek

<https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/landesbasisfallwerte.html>



Die Berechnung der Erlöse in dieser Unterlage erfolgt mittels fiktivem Bundesbasisfallwert in Höhe von 4.400,00 €. Die krankenhausindividuellen Erlöskalkulationen sollten davon unabhängig mit dem jeweils geltenden Landesbasisfallwert erfolgen.

Kostenfreier Online Grouper für eine individuelle Groupierungssimulation:

https://www.drg-research-group.de/index.php?option=com_webgrouper&view=webgrouper&Itemid=107

Hinweise zum aG-DRG-System 2025 auf der Website des InEK

<https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2025>

Kodierkataloge auf der Website des BfArM

https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/_node.html

Medtronic

Medtronic GmbH
Earl-Bakken-Platz 1
40670 Meerbusch

Telefon: +49-2159-81 49-0
Telefax: +49-2159-81 49-100
E-Mail: rs.dusreimbursement@medtronic.com

www.medtronic-reimbursement.de

Ihr Ansprechpartner

Sabine Clemens
Reimbursement & Health Economics

15264942-de-emea
© Medtronic GmbH
All Rights Reserved. 03/2025

Rechtlicher Hinweis

Alle Angaben sind Empfehlungen von Medtronic, beziehen sich ausschließlich auf von Medtronic vertriebene Produkte und Therapien und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Richtigkeit. Die verwendeten Kodierbeispiele lassen keine allgemein gültigen Rückschlüsse auf deren Anwendung zu. Informationen über die Anwendung bestimmter Produkte und Therapien von Medtronic finden Sie in der jeweiligen Gebrauchsanweisung. Medtronic übernimmt daher in diesem Zusammenhang keine Haftung.

Detaillierte Informationen über die Gebrauchsanweisung, Implantationsverfahren, Indikationen, Kontraindikationen, Warnhinweise, Vorsichtsmaßnahmen und mögliche Komplikationen sind dem Produkthandbuch zu entnehmen. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrem zuständigen Medtronic-Vertreter und/oder auf der Medtronic Website unter medtronic.de.

Informationen zu den jeweiligen Produkten finden Sie in der Gebrauchsanweisung unter www.medtronic.com/manuals. Handbücher können unter Verwendung der aktuellen Version eines gängigen Internet-Browsers eingesehen werden. Für optimale Ergebnisse verwenden Sie den Adobe Acrobat® Reader zusammen mit dem Browser.