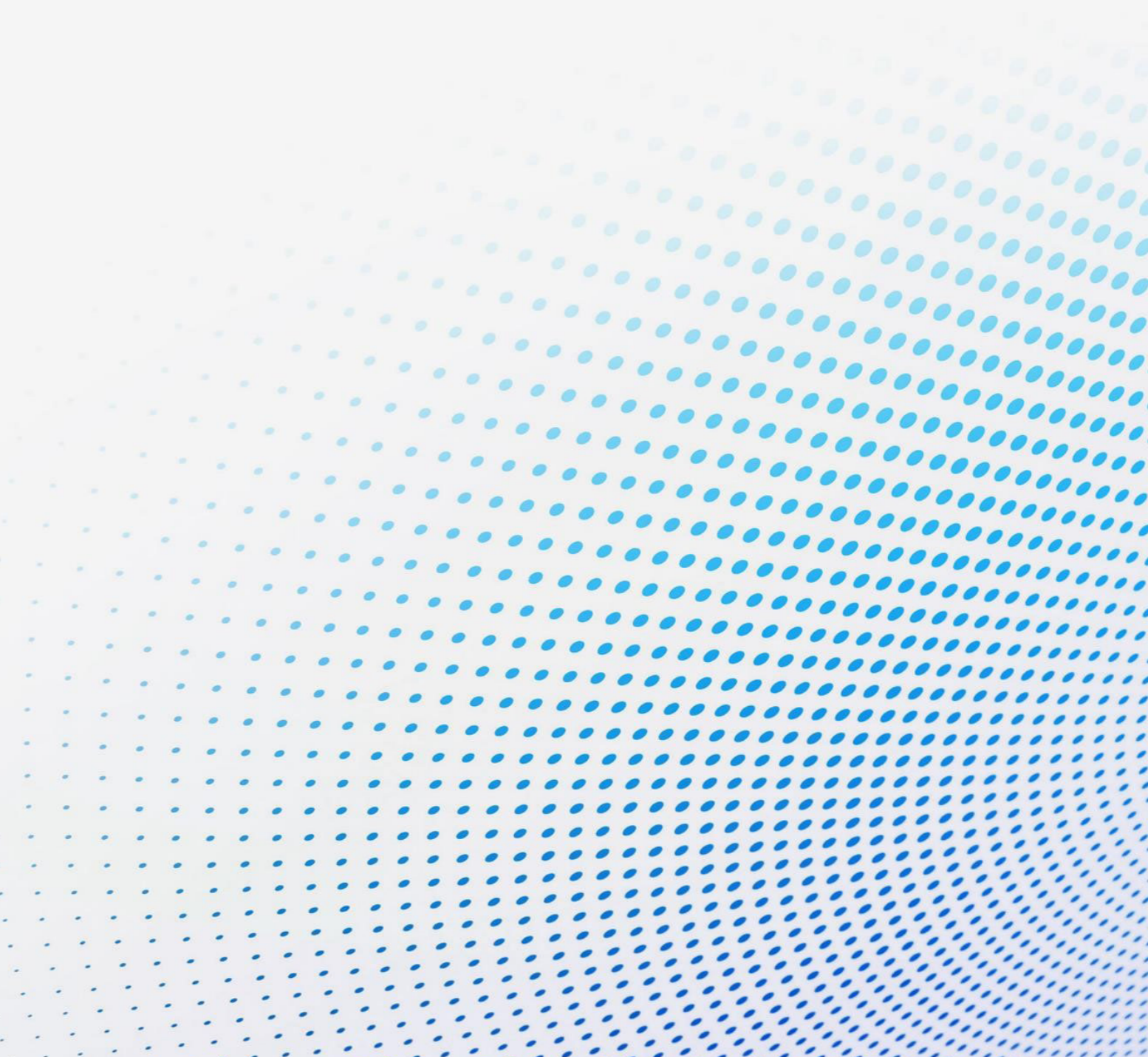


# Medtronic

## Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung

Kodierung und Vergütung in der  
stationären und nicht-stationären  
Versorgung 2026 inkl. Hybrid-DRG



## 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 2026

- 2.1 Wichtige Neuerungen für 2026
- 2.2 Diagnosen ICD 10-2026
- 2.3 Prozeduren OPS 2026
- 2.4 Relevante aG-DRG-Positionen
- 2.5 Zusatzentgelte
- 2.6 Hybrid-DRGs

## 3. Kodierbeispiele

- 3.1 Renale Denervierung
- 3.2 Koronare Angiographie
- 3.3 Koronare Gefäßinterventionen

## 4. Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

- 4.1 Gesetzliche Grundlagen
- 4.2 Zulassung von Leistungserbringern
- 4.3 Sachkostenvergütung
- 4.4 Abrechnungsbeispiel ambulante Koronarangiographie mit PTCA/Stent gemäß AOP-Katalog

## 5. Abkürzungsverzeichnis

## 6. 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



#### Kostenbetrachtungen, 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.



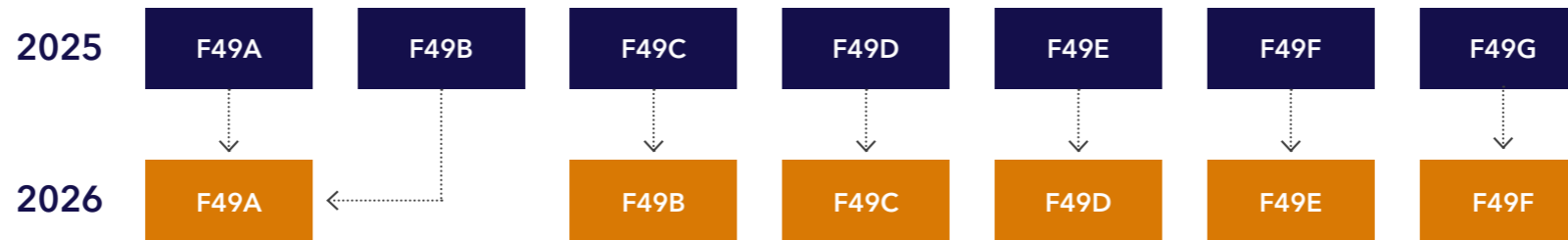
#### Weiterbildung und Training

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 2026

## 2.1 Wichtige Neuerungen für 2026

### Kondensation der Basis-DRG F49



### Streichung des ZE101 Medikamente-freisetzende Koronarstents

# Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär / nicht-stationär und Hybrid-DRGs 2026

## 2.2 Diagnosen ICD 10-2026

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 fünften Stellen sind bei den Kategorien I10-I15 zu benutzen, um das Vorliegen einer hypertensiven Krise anzuzeigen:

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

## 2.3 Prozeduren OPS 2026

### Die Einbindung der Medizintechnologie ins aG-DRG-Fallpauschalensystem

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.

<b>1-273</b>	<b>Rechtsherz-Katheteruntersuchung</b> <i>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</i> <i>Hinw.: Bei einer kombinierten Links- und Rechtsherz-Katheteruntersuchung ist jeweils ein Kode für die Rechtsherz-Katheteruntersuchung und ein Kode für die Linksherz-Katheteruntersuchung anzugeben</i>	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
		1-276.22	Rechter und linker Ventrikel
		1-276.x	Sonstige
<b>1-275</b>	<b>Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung</b> <i>Hinw.: Bei einer kombinierten Links- und Rechtsherz-Katheteruntersuchung ist jeweils ein Kode für die Rechtsherz-Katheteruntersuchung und ein Kode für die Linksherz-Katheteruntersuchung anzugeben</i>	<b>1-279</b>	<b>Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen</b>
1-275.0	Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	1-279.a	Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung <i>Inkl.: Bestimmung der fraktionellen myokardialen Flussreserve (FFR<sub>myo</sub>)</i> <i>Bestimmung von Druckindizes ohne Vasodilatation</i>
1-275.1	Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	<b>8-837</b>	<b>Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen</b> <i>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.).</i>
1-275.2	Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	8-837.0	Ballon-Angioplastie <i>Inkl.: Bypassgefäß</i> <i>Hinw.: Die Art und die Anzahl der verwendeten medikamentefreisetzenden 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).</i>
1-275.3	Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	8-837.00	Eine Koronararterie
1-275.4	Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	8-837.01	Mehrere Koronararterien
1-275.5	Koronarangiographie von Bypassgefäßen		
1-275.6	Ventrikulographie mit Druckmessung im linken Ventrikel und Aortenbogendarstellung		
1-275.x	Sonstige		

# Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär / nicht-stationär und Hybrid-DRGs 2026

<b>8-83b</b>	<b>Zusatzinformationen zu Materialien</b>
8-83b.b	Art der verwendeten Ballons <i>Hinw.: Diese Zusatzinformation ist für jeden implantierten Stent oder für jedes implantierte OPD-System anzugeben</i>
8-83b.b6	Ein medikamentenfreisetzender Ballon an Koronargefäßen
8-83b.b7	Zwei medikamentefreisetzende Ballons an Koronargefäßen
8-83b.b8	Drei medikamentefreisetzende Ballons an Koronargefäßen
8-83b.b9	Vier und mehr medikamentefreisetzende Ballons an Koronargefäßen
8-837.k	Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents, <i>Inkl.: Bypassgefäß</i>
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 medikamentefreisetzenden Stents <i>Inkl.: Bypassgefäß</i> <i>Hinw.: Die Art der medikamentefreisetzenden Stents ist gesondert zu kodieren (8-83b.0 ff.)</i>
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
<b>8-83b.0</b>	<b>Art der medikamentefreisetzenden Stents oder OPD-Systeme</b> <i>Hinw.: Diese Zusatzinformation ist für jeden implantierten Stent oder für jedes implantierte OPD-System anzugeben</i>
8-837.t	Thrombektomie aus Koronargefäßen <i>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.).</i>
<b>8-83c.5</b>	<b>Renale Denervierung über die A. renalis</b>
8-83c.52 ↔	Durch nicht gekühlte Radiofrequenzablation

## 2.4 Relevante aG-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 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	7.574,16 €
F24B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC	1,410	5,5	1	0,467	12	0,082	6.429,60 €
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.	0,915	6,8	1	0,342	15	0,066	4.172,40 €
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.	0,678	4,7	1	0,248	10	0,069	3.091,68 €
F52B	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal, ohne bestimmte Aortenprothesenkombination	3,205	5,9	1	0,357	12	0,085	14.614,80 €
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	5.572,32 €
F58B	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC	0,898	4,3	1	0,306	9	0,069	4.094,88 €
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.	0,681	7,9	2	0,221	16	0,059	3.105,36 €

\* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2026 in Höhe von 4.560 € (s. auch [Wichtige Links](#))

## 2.5 Zusatzentgelte

Haupteingriff	OPS	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
Ballon	8-837.0*	Ballon-Angioplastie
Ballon	8-83b.b*	Art der verwendeten Ballons

Prevail™  
 Paclitaxel  
 Coated PTCA  
 Balloon Catheter



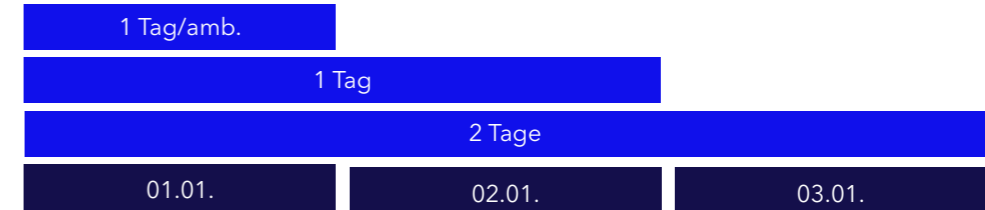
ZE	Bezeichnung	ZE	OPS	Text	Betrag
1	2	3	4	5	6
			8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie	
			8-837.01	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Mehrere Koronararterien	
ZE136	Medikamentefreisetzende Ballons an Koronargefäßen	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 €

# Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär / nicht-stationär und Hybrid-DRGs 2026

## 2.6 Hybrid-DRGs

### Grundsätzliche Kriterien zur Eingruppierung in eine Hybrid-DRG

1. Verweildauer < 3 Tage und Tagesdifferenz ≤ 2 (ambulant, 1 oder 2 Übernachtungen)
2. Patientenalter bei Aufnahme älter als 17 Jahre
3. Pflegegrad < 4
4. PCCL < 3
5. Keine Kontextfaktoren



Hybrid-DRGs	Text-Hybrid-DRG	Erlös ohne postoperative Nachbehandlung im Krankenhaus*
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. Ingr.)	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. Ingr.)	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. Ingr.)	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. Ingr.)	1.144,01 €
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 €
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 €

\*Im Falle einer postoperativen Nachbehandlung kann zusätzlich ein Betrag von 30€ abgerechnet werden.

# Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär / nicht-stationär und Hybrid-DRGs 2026

**Auszug aus der Vereinbarung zur Umsetzung des Abrechnungsverfahrens der speziellen sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f SGB V (Hybrid-DRG) im Rahmen der Datenübermittlung gemäß § 301 Absätze 1 und 2 SGB V (Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung) vom 17.12.2025:**

## §1 Abs. 1

Für eine Abrechnung der in der Anlage 1 der für das Jahr 2026 gültigen Vereinbarung nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V genannten Leistung (Hybrid-OPS-Kode) mit einer in Anlage 2 der für das Jahr 2026 gültigen Vereinbarung nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V genannten Fallpauschale (Hybrid-DRG) gelten die vom ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses (ergEBA) am 11.11.2025 (10. Sitzung) des Teil C des Beschlusses des ergEBA am 03.07.2025 (9. Sitzung) beschlossenen Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026.

## §1 Abs. 2

Eine Abrechnung für die in der Anlage 1 der für das Jahr 2026 gültigen Vereinbarung nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V genannten Leistungen über die Vergütungssystematik für Leistungen des Vertrages nach § 115b SGB V ist ausgeschlossen, sofern sich aus dem Definitionshandbuch „aG-DRG German Diagnosis Related Groups 2026“ des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus vom 10.12.2025 eine Zuordnung der jeweiligen Leistung zu der jeweiligen Hybrid-DRG ergibt.

## OPS-Kodes, die in die Hybrid-DRGs führen, wenn keine Ausschlusskriterien vorhanden sind (s. vorige Seite)

OPS 2026	OPS Text
1-273.1	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie
1-273.2	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Druckmessung mit Messung des Shuntvolumens
1-273.x	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Sonstige
1-273.y	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: N.n.bez.
1-274.0	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Druckmessung
1-274.30	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Sondierung des Vorhofseptums: Mit Nadel
1-274.3x	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Sondierung des Vorhofseptums: Sonstige
1-274.x	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Sonstige
1-274.y	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: N.n.bez.
1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen
1-275.1	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel
1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel
1-275.3	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung
1-275.4	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung
1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen
1-275.x	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Sonstige
1-275.y	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: N.n.bez.

# Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär / nicht-stationär und Hybrid-DRGs 2026

OPS 2026	OPS Text
1-279.0	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Bestimmung des Herzvolumens und der Austreibungsfraktion
1-279.a	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Koronarangiographie mit Bestimmung der intrakoronaren Druckverhältnisse durch Druckdrahtmessung
8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie
8-837.50	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Rotationsatherektomie: Eine Koronararterie
8-837.d0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Verschluss eines Septumdefektes: Vorhofseptum
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.s0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Maßnahmen zur Embolieprotektion am linken Herzhohr: Implantation eines permanenten Embolieprotektionssystems
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.b0	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden adaptierenden Hybrid-Stents: 1 adaptierender Hybrid-Stent in eine Koronararterie
8-83d.b1	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentefreisetzenden adaptierenden Hybrid-Stents: 2 adaptierende Hybrid-Stents in eine Koronararterie

## 3. Kodierbeispiele

### 3.1 Renale Denervierung

#### Symlicity Spyral™-System zur Renalen Denervierung

##### RDN Standard

Kode		
<b>Hauptdiagnose</b>		
I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	
<b>Prozedur(en)</b>		
8-83c.52	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention: Renale Denervierung über die A. renalis: Durch nicht gekühlte Radiofrequenzablation	
DRG	BWR	
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
<b>DRG-Erlös*</b>		<b>7.574,16 €</b>

##### DRG-Erlös bei einer Verweildauer von:

1 Belegungstag: 5.590,56 €, 2 Belegungstagen: **7.574,16 €**

Die Durchführung einer renalen Denervierung führt nicht in eine Hybrid-DRG.

\* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2026 in Höhe von 4.560 € (s. auch [Wichtige Links](#))



Simplicity G3™  
Renal Denervation  
RF Generator



Simplicity Spyral™  
Multi-Electrode Renal  
Denervation Catheter

## 3.2 Koronare Angiographie

### Koronarangiographie bei Angina pectoris

Kode		
<b>Hauptdiagnose</b>		
I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	
<b>Prozedur(en)</b>		
1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	
DRG		BWR
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.	0,678
<b>Erlös* vollstationäre Durchführung</b>		<b>3.091,68 €</b>
<b>F49R Hybrid-DRG 2 der DRG F49F</b>		<b>1.144,01 €</b>

Im Falle einer Verweildauer von 0-2 Tagen und der Abwesenheit von Kontextfaktoren, erfolgt die Eingruppierung in die Hybrid-DRG F49R.

### Ventrikulographie bei Linksherzinsuffizienz

Kode		
<b>Hauptdiagnose</b>		
I50.11	Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden	
<b>Prozedur(en)</b>		
1-276.21	Angiokardiographie als selbständige Maßnahme: Ventrikulographie: Linker Ventrikel	
DRG		BWR
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne auß. 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 auß. schw. CC. ohne Komplexbeh. des akut. Schlaganf.	0,681
<b>Erlös* bei VWD &gt; 1 Nacht</b>		<b>3.105,36 €</b>

Bei einer VWD von 1 Nacht wird die G-DRG F49F (0,430) erreicht.

Der OPS-Kode 1-276.21 führt nicht in eine Hybrid-DRG.

\* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2026 in Höhe von 4.560 € (s. auch [Wichtige Links](#))

# Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär / nicht-stationär und Hybrid-DRGs 2026

## Rechtsherzkatheteruntersuchung bei angeborenem Ventrikelseptumdefekt, Alter unter 18 Jahre

Kode		
<b>Hauptdiagnose</b>		
Q21.0	Ventrikelseptumdefekt	
<b>Prozedur(en)</b>		
1-273.1	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie	
DRG	BWR	
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre	1,033
<b>Erlös*</b>		<b>4.710,48 €</b>

Aufgrund des Patientenalters wird keine Hybrid-DRG erreicht.

\* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2026 in Höhe von 4.560 € (s. auch [Wichtige Links](#))

### 3.3 Koronare Gefäßinterventionen

#### Drug Eluting Stent (DES)

PTCA bei Angina Pectoris oder Atherosklerotischer Herzkrankheit

##### 1 DES

Kode	
<b>Hauptdiagnose</b>	
I20.0	Instabile Angina pectoris
<b>Prozedur(en)</b>	
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 0,898
<b>Erlös* vollstationäre Durchführung</b> 4.094,88 €	
<b>F58N Hybrid-DRG 2 der DRG F58B</b> 2.309,52 €	

##### 1 DES + IVUS

Kode	
<b>Hauptdiagnose</b>	
I20.0	Instabile Angina pectoris
<b>Prozedur(en)</b>	
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
3-05g.0	Endosonographie des Herzens: Intravaskulärer Ultraschall der Koronargefäße [IVUS]
DRG	BWR
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie oder koronare Lithoplastie 1,222
<b>Erlös* vollstationäre Durchführung</b> 5.572,32 €	
<b>F56M Hybrid-DRG 1 der DRG F56B</b> 3.466,64 €	

Die zusätzliche Durchführung eines IVUS führt in die Hybrid-DRG F56M.

\* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2026 in Höhe von 4.560 € (s. auch [Wichtige Links](#))

# Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär / nicht-stationär und Hybrid-DRGs 2026

## 1 DES + koronare Lithoplastie

Kode	
<b>Hauptdiagnose</b>	
I20.0	Instabile Angina pectoris
<b>Prozedur(en)</b>	
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
8-83d.6	Andere perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Koronare Lithoplastie
DRG	BWR
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie oder koronare Lithoplastie
<b>Erlös* vollstationäre Durchführung</b>	
5.572,32 €	

Bei Durchführung einer koronaren Lithoplastie erfolgt keine Gruppierung in eine Hybrid-DRG.

## 2 DES

Kode	
<b>Hauptdiagnose</b>	
I20.0	Instabile Angina pectoris
<b>Prozedur(en)</b>	
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
<b>Erlös* vollstationäre Durchführung</b>	
4.094,88 €	
<b>F58N Hybrid-DRG 2 der DRG F58B</b>	
2.309,52 €	

\* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2026 in Höhe von 4.560 € (s. auch [Wichtige Links](#))

# Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär / nicht-stationär und Hybrid-DRGs 2026

## 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	BWR
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie oder koronare Lithoplastie
	1,222
Erlös	5.572,32 €

Bei 3 DES in einer Koronararterie wird keine Hybrid-DRG erreicht.

## 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	BWR
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention
	1,052
Erlös* vollstationäre Durchführung	4.797,12 €
F52M Hybrid-DRG der DRG F52B	3.164,57 €

\* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2026 in Höhe von 4.560 € (s. auch [Wichtige Links](#))

# Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär / nicht-stationär und Hybrid-DRGs 2026

## 2 DES und Thrombektomie

Kode		
<b>Hauptdiagnose</b>		
I20.0	Instabile Angina pectoris	
<b>Prozedur(en)</b>		
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	1,052
<b>Erlös* vollstationäre Durchführung</b>		<b>4.797,12 €</b>
<b>F52M Hybrid-DRG der DRG F52B</b>		<b>3.164,57 €</b>



Onyx TruStar™  
Drug-Eluting Stent System

\* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2026 in Höhe von 4.560 € (s. auch [Wichtige Links](#))

# Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär / nicht-stationär und Hybrid-DRGs 2026

## 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		BWR
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention	1,052
<b>Erlös* vollstationäre Durchführung</b>		<b>4.797,12 €</b>

### 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		BWR
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention	1,052
<b>Erlös* vollstationäre Durchführung</b>		<b>4.797,12 €</b>

Myokardinfarkt ist ein Kontextfaktor, daher wird keine Hybrid-DRG ausgelöst.

\* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2026 in Höhe von 4.560 € (s. auch [Wichtige Links](#))

# Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär / nicht-stationär und Hybrid-DRGs 2026

## 3 DES

Kode	
<b>Hauptdiagnose</b>	
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand
<b>Prozedur(en)</b>	
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
<b>DRG</b>	
F24B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
<b>BWR</b>	
	1,410
<b>DRG-Erlös*</b>	
6.429,60 €	

Bei 3 DES in einer Koronararterie wird keine Hybrid-DRG erreicht. Darüber hinaus ist der Myokardinfarkt ein Kontextfaktor, der eine Eingruppierung in eine Hybrid-DRG ausschließt.

## 1 DES und Thrombektomie

Kode	
<b>Hauptdiagnose</b>	
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand
<b>Prozedur(en)</b>	
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
<b>DRG</b>	
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention
<b>BWR</b>	
	1,052
<b>DRG-Erlös*</b>	
4.797,12 €	

Der Myokardinfarkt ist ein Kontextfaktor, der eine Eingruppierung in eine Hybrid-DRG ausschließt.

\* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2026 in Höhe von 4.560 € (s. auch [Wichtige Links](#))

# Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär / nicht-stationär und Hybrid-DRGs 2026

## 2 DES und Thrombektomie

Kode	
<b>Hauptdiagnose</b>	
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand
<b>Prozedur(en)</b>	
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	
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention
BWR	
	1,052
<b>Erlös* vollstationäre Durchführung</b>	
	<b>4.797,12 €</b>

Der Myokardinfarkt ist ein Kontextfaktor, der eine Eingruppierung in eine Hybrid-DRG ausschließt.



Export Advance™  
Aspiration Catheter

\* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2026 in Höhe von 4.560 € (s. auch [Wichtige Links](#))

# Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär / nicht-stationär und Hybrid-DRGs 2026

## 3 DES und Thrombektomie

Kode		
<b>Hauptdiagnose</b>		
I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	
<b>Prozedur(en)</b>		
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 medikamentenfreisetzungsfähigen Stents: 3 Stents in eine Koronararterie	
8-83b.00	ABT-578-(Zotarolimus-)freisetzungsfähige 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	1,410
<b>DRG-Erlös*</b>		<b>6.429,60 €</b>

Der Myokardinfarkt ist ein Kontextfaktor, der eine Eingruppierung in eine Hybrid-DRG ausschließt.

## 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.



\* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2026 in Höhe von 4.560 € (s. auch [Wichtige Links](#))

# Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär / nicht-stationär und Hybrid-DRGs 2026

## Drug Coated Balloons (DCB)

### PTCA bei Angina Pectoris oder Atherosklerotischer Herzkrankheit

#### 1 DCB

Kode	
<b>Hauptdiagnose</b>	
I20.0	Instabile Angina pectoris
<b>Prozedur(en)</b>	
8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Eine Koronararterie
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
	0,898
DRG-Erlös*	4.094,88 €
ZE 136.01	186,96
<b>Erlös</b>	<b>4.281,84 €</b>

Bei dieser Fallkonstellation wird aufgrund des Zusatzentgeltes keine Hybrid-DRG erreicht.

#### 2 DCB

Kode	
<b>Hauptdiagnose</b>	
I20.0	Instabile Angina pectoris
<b>Prozedur(en)</b>	
8-837.01	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Mehrere Koronararterien
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
	0,898
DRG-Erlös*	4.094,88 €
ZE 136.02	575,07 €
<b>Erlös</b>	<b>4.669,95 €</b>

Bei dieser Fallkonstellation wird aufgrund des Zusatzentgeltes keine Hybrid-DRG erreicht.

\* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2026 in Höhe von 4.560 € (s. auch [Wichtige Links](#))

# Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär / nicht-stationär und Hybrid-DRGs 2026

## 3 DCB

Kode		
<b>Hauptdiagnose</b>		
I20.0	Instabile Angina pectoris	
<b>Prozedur(en)</b>		
8-837.01	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballon-Angioplastie: Mehrere Koronararterien	
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	0,898
DRG-Erlös*		4.094,88 €
ZE 136.03		963,18 €
<b>Erlös</b>		<b>5.058,06 €</b>

Bei dieser Fallkonstellation wird aufgrund des Zusatzentgeltes keine Hybrid-DRG erreicht.



Prevail™  
Paclitaxel Coated  
PTCA Balloon Catheter

\* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2026 in Höhe von 4.560 € (s. auch [Wichtige Links](#))

## 4. Ambulante Abrechnungsmöglichkeiten

## 4.1 Gesetzliche Grundlagen

### Hybrid-DRGs und AOP-Abrechnung

Gemäß §1 Abs. 2 der Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung vom 17.12.2025 ist eine Abrechnung für die in der Anlage 1 der für das Jahr 2026 gültigen Vereinbarung nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V genannten Leistungen über die Vergütungssystematik für Leistungen des Vertrages nach § 115b SGB V ist ausgeschlossen, sofern sich aus dem Definitionshandbuch „aG-DRG German Diagnosis Related Groups 2026“ des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus vom 10.12.2025 eine Zuordnung der jeweiligen Leistung zu der jeweiligen Hybrid-DRG ergibt.

**Eine Abrechnung gemäß §115b (AOP) ist demnach nur dann möglich, wenn keine Abrechnung über Hybrid-DRGs möglich ist.**

### 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 01.01.2026 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 stationärsersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V außerhalb Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM.

### Relevante Auszüge aus AOP-Katalog 2026: 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 / nicht-stationär und Hybrid-DRGs 2026

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 medikamentefreisetzenden 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 medikamentefreisetzenden 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 / nicht-stationär und Hybrid-DRGs 2026

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

34 291 Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie			
<b>Beschreibung</b>			
Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie			
<b>Obligater Leistungsinhalt</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie,</li> <li>• Begleitleistungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Leistungserbringung stehen,</li> <li>• Kontrastmitteleinbringung(en)</li> </ul>			
<b>Fakultativer Leistungsinhalt</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selektive Darstellung auch bei Patienten mit einem oder mehreren Bypässen und/oder bei Patienten mit Herzvitium,</li> <li>• Angiokardiographie (Nr. 34 290),</li> <li>• Gerinnungsuntersuchung(en) (z.B. aktivierte Gerinnungszeit)</li> <li>• 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,</li> <li>• Aufklärungsgespräch gemäß DeQS-RL,</li> </ul>			
<b>Abrechnungsbestimmung</b>			
einmal im Behandlungsfall		404,51 €	3175
<b>Abrechnungsausschlüsse</b>			
	<b>Leistungen</b>		
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		
<b>Berichtspflicht</b>			
Ja			
<b>Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung</b>			
Ja			
		<b>Wert</b>	<b>Punkte*</b>
		404,51 €	3175

\* Der Punktwert beträgt ab 01.01.2026 12,7404 Cent

# Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär / nicht-stationär und Hybrid-DRGs 2026

## 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*
484,01 €	3799

\* Der Punktwert beträgt ab 01.01.2026 12,7404 Cent

# Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär / nicht-stationär und Hybrid-DRGs 2026

## Relevante leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen

40 300	Sachkosten für eine Koronarangiografie
<b>Beschreibung</b>	
Kostenpauschale für die Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34291	
<b>Anmerkung</b>	
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.	
<b>Berichtspflicht</b>	
Nein	
<b>Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung</b>	
Nein	
<b>Gesamt</b>	
181,50 €	
<hr/>	
40 302	Sachkosten für PTCA / Stent an einem Gefäß bei Koronarangiografie
<b>Beschreibung</b>	
Kostenpauschale für die Durchführung einer PTCA an einem Gefäß, ggf. einschl. Stent entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292	
<b>Anmerkung</b>	
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.	
<b>Berichtspflicht</b>	
Nein	
<b>Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung</b>	
Nein	
<b>Gesamt</b>	
1.058,40 €	

# Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär / nicht-stationär und Hybrid-DRGs 2026

## 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 €



## 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	19,62 €	154
13 541	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	27,39 €	215
13 542	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	28,41 €	223

\* Der Punktwert beträgt ab 01.01.2026 12,7404 Cent

## 4.2 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**

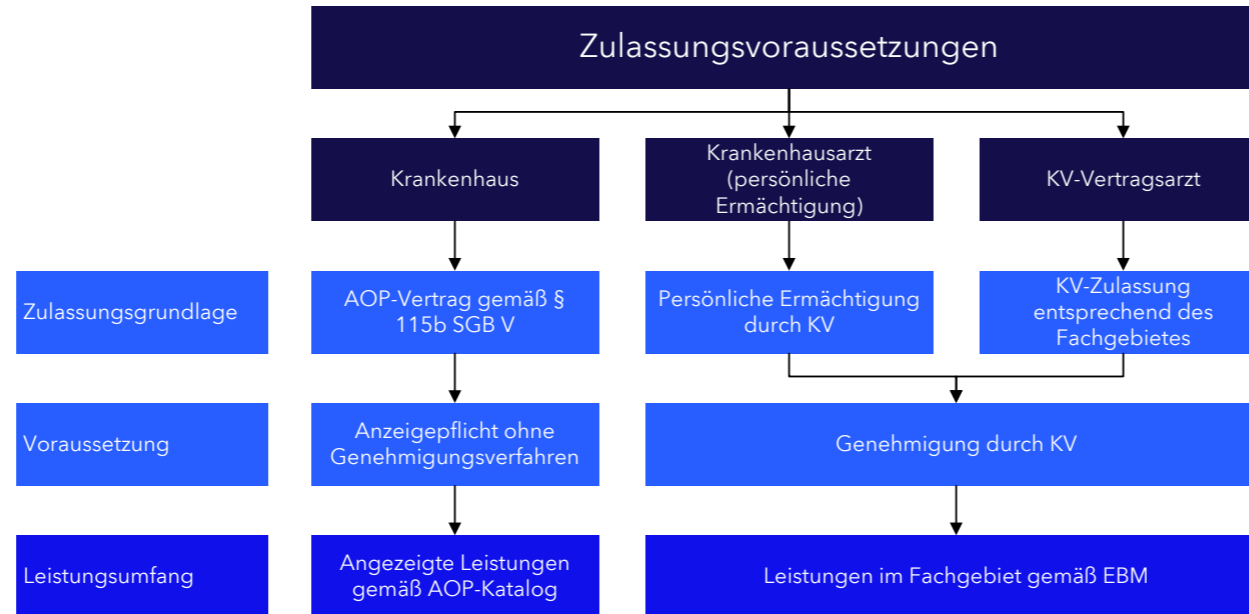
[https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/ambulant\\_versorgung/index.html](https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/ambulant_versorgung/index.html)

### 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/E-GO abzurechnen. Dazu muss er die angestrebten Leistungen nach EBM beantragen.

# Perkutane Koronarintervention (PCI) und Renale Denervierung Kodierung & Vergütung stationär / nicht-stationär und Hybrid-DRGs 2026

## 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.

## 4.3 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 Verschlusssysteme im Zusammenhang mit angiologisch-diagnostischen und -therapeutischen, gefäßchirurgischen und phlebologischen Leistungen
- diagnostische und interventionelle Katheter einschließlich Führungsdraht, im Zusammenhang mit gastrokopischen 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 / nicht-stationär und Hybrid-DRGs 2026

- Narkosegase, Sauerstoff
- diagnostische und interventionelle Katheter (ausgenommen Transferkatheter) einschließlich Führungsdraht im Zusammenhang mit Leistungen zur In-vitro-Fertilisation abzüglich des Patienteneigenanteils
- Iris-Reraktoren, Kapselspannringe, Injektionshalterungen bei ophthalmochirurgischen Leistungen
- Ophthalmica (Viskoelastika, Perfluorodecaline, 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.

## 4.4 Abrechnungsbeispiel ambulante Koronarangiographie mit PTCA/Stent gemäß AOP-Katalog

Koronarangiographie mit Stent (DES)		
EBM Ziffer	Bezeichnung	Alternativ
13 542	Kardiologische Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	28,41 €
34 291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	404,51 €
34 292	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34 291 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (z.B. PTCA, Stent)	484,01 €
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	166,52 €
	<b>Summe</b>	<b>2.323,35 €</b>
	7% Sachkostenpauschale (auf 194,93 €, Ziffer 13542 und 01522)	13,65 €
	<b>Summe</b>	<b>2.337,00 €</b>
* 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 €
<b>Zuschläge:</b>		
34 298	Zuschlag für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve	124,86 €

## 5. Abkürzungsverzeichnis

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

## 6. Wichtige Links

**Landesbasisfallwerte auf der Internetseite des vdek**

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

**Kostenfreier Online Grouper für eine individuelle Groupierungssimulation:**

[https://www.drg-research-group.de/index.php?option=com\\_webgrouper&view=webgrouper&Itemid=107](https://www.drg-research-group.de/index.php?option=com_webgrouper&view=webgrouper&Itemid=107)

**Hinweise zum aG-DRG-System 2026 auf der Website des InEK**

<https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2026>

**Kodierkataloge auf der Website des BfArM**

[https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/_node.html)

**Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu Hybrid-DRGs**

<https://www.kbv.de/praxis/abrechnung/ambulantes-operieren/hybrid-drg>



Die Berechnung der Erlöse in dieser Unterlage erfolgt mittels fiktivem Bundesbasisfallwert in Höhe von 4.560,00 €. Die krankenhaushausindividuellen Erlöskalkulationen sollten davon unabhängig mit dem jeweils geltenden Landesbasisfallwert erfolgen.

## 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](mailto:rs.dusreimbursement@medtronic.com)

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

### Ihr Ansprechpartner

Sabine Clemens  
Reimbursement & Health Economics

21851926-de-emea  
© Medtronic GmbH  
All Rights Reserved. 02/2026

### 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](http://medtronic.de).

Informationen zu den jeweiligen Produkten finden Sie in der Gebrauchsanweisung unter [www.medtronic.com/manuals](http://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.