

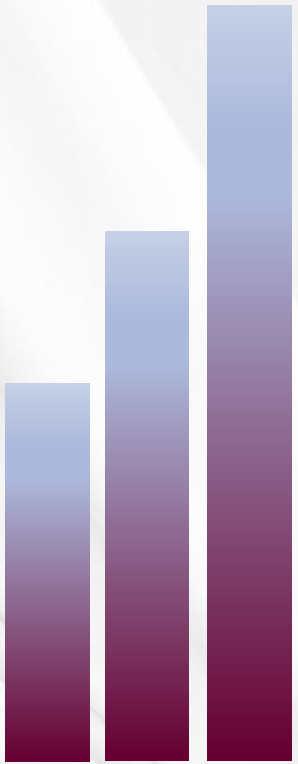


Dr. Hellmich Institut

Zukunftsgestaltung im Krankenhaus

H-DRG IN DER KARDIOLOGIE

21.01.2026



AGENDA

- Kardiologische H-DRG
 - Fallauswahl
 - Vergütung
 - Schweregrad / Split
 - Einzelleistung versus Pauschale
- Wer darf was?
- Was ist drin?
- Aufteilung
- WL
- Sehr viele Grouperbeispiele...
- DeQS-RL





„ICH SAGE NICHT,
DASS WIR ES GUT
MACHEN – WIR
HÄTTEN ES NOCH VIEL
SCHLECHTER MACHEN
KÖNNEN...“

Herr Dr. Heimig
DGfM 25. Herbstsymposium 2025
Frankfurt 13.10.2025
InEK – Institut für das Entgeltsystem
im Krankenhaus

KHVVG DEZEMBER 2024

Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen

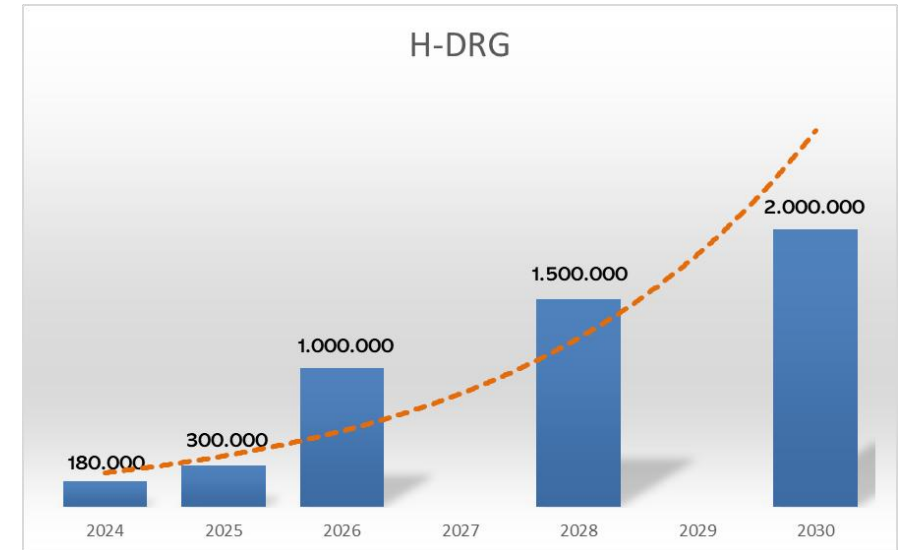
Die Auswahl hat so zu erfolgen, dass bezogen auf [...] für das Jahr 2023 [...], ab dem Jahr **2026 jährlich** mindestens **eine Million**, ab dem **Jahr 2028** jährlich mindestens **1,5 Millionen** und ab dem **Jahr 2030** jährlich mindestens **zwei Millionen** Fälle erfasst werden.

Leistungen für **Kinder**, die das 18.

Lebensjahr noch nicht vollendet haben,

und Leistungen für **Menschen mit**

Behinderungen sollen **nicht** ausgewählt.



FALLAUSWAHL

FALLAUSWAHL H-DRG 2026

Nach Fallzählerreichung nicht nach Eignung

Bestimmte Hernieneingriffe

Arthrodesen Zehengelenk

Eingriffe Galle, Leber, Pankreas

Exzision Sinus pilonidalis

Entfernung Harnleitersteine

Ovariectomien

Eingriffe an Analfisteln

Eingriffe Hoden/Nebenhoden

Lymphknotenbiopsien

Weitere Hernieneingriffe, z.B. bei Rezidiv

Bestimmte Osteosynthesen bei Frakturen

Laparoskopische Eingriffe an Gallenblase/Blinddarm

Diagnostische Herzkatheter/Koronarinterventionen

Bestimmte Herzschrittmacher und Defibrillatoren

Ablationen bei Herzrhythmusstörungen

Bestimmte Gefäßinterventionen

HÖHE FALLZAHLEN IN DER MUTTER DRG

992.000 Fallzahlen auf Datenjahr 2023

Hybrid-DRG	Bezeichnung der Hybrid-DRG	Bezeichnung der "Mutter"-DRG	Fallzahl in §-21-Daten 2024
G24Q	Hybrid-DRG 2 der DRG G24D	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 17 Jahre	105.531/ 105.601
F50M	Hybrid-DRG der DRG F50A	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen [...]	67.371/ 70.749
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, [...]	66.891
H08M	Hybrid-DRG der DRG H08C	Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand, [...]	66.283
L20N	Hybrid-DRG der DRG L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder [...]	58.744
F58N	Hybrid-DRG 2 der DRG F58B	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC	49.686 /57.048
L20M	Hybrid-DRG der DRG L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC oder [...]	57.031
I21M	Hybrid-DRG der DRG I21Z	Lokale Exzision [...] oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder bestimmte Eingriffe an der Klavikula	52.628
G26N	Hybrid-DRG der DRG G26B	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 17 Jahre, [...]	36.680
N25M	Hybrid-DRG der DRG N25Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder [...]	32.995

KEIN SOG VON AOP NACH H-DRG

992.000 Fallzahlen auf Datenjahr 2023

Warum gibt es für HSM
keine Hybrid-DRG ?

H-DRG
§115f

AOP
§115b

Anhang 2
KV

Code	Code Bezeichnung	H-DRG 2026	Abschnitt AOP	OP Kategorie
5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders			
5-377.1	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Einkammersystem		1	L2
5-377.2	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit einer Schrittmachersonde		1	L2
5-377.3	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden			
5-377.30	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykardie		1	L4
5-377.31	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Mit antitachykardie		1	L4
5-377.4	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem]			
5-377.40	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem]: Ohne Vorhofelektrode			L5
5-377.41	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem]: Mit Vorhofelektrode			L5
5-377.5	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation			
5-377.50	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Ohne atriale Detektion	Kardiologie		L3
5-377.51	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Mit atrialer Detektion			L4
5-377.6	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	Kardiologie		L5
5-377.7	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation			
5-377.70	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation: Ohne Vorhofelektrode	Kardiologie		L5
5-377.71	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation: Mit Vorhofelektrode	Kardiologie		L5

KEIN SOG VON AOP NACH H-DRG

992.000 Fallzahlen auf Datenjahr 2023

Warum gibt es für HSM
keine Hybrid-DRG ?

Code	Code Bezeichnung	H-DRG 2026	Abschnitt AOP	OP Kategorie
5-378.5	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde)			
5-378.51	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem		1	L2
5-378.52	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem		1	L2
5-378.55	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Zweikammer-Stim	Kardiologie	1	L2
5-378.57	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Ereignis-Rekorder			
5-378.5a	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, biventrikuläre Stim		1	L3
5-378.5b	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, biventrikuläre Stim		1	L3
5-378.5c	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Einkammer-Stim	Kardiologie	1	L2
5-378.5d	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Einkammer-Stim	Kardiologie	1	L2
5-378.5e	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit biventrikulärer Sti	Kardiologie	1	L3
5-378.5f	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit biventrikulärer Sti	Kardiologie	1	L3
5-378.5g	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit subkutaner Elektr	Kardiologie		
5-378.5j	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Kabelloses Stimulationssystem			
5-378.5k	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit substernaler Elek			L2
5-378.5x	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Sonstige			

- Fallauswahl nicht gut nachvollziehbar
- Fachgesellschaften nicht (mehr) in Auswahl involviert
- Vermeidung von AOP nach H-DRG
- Ziel Belegtagereduktion stationär
- Patientenrisiko in Fallauswahl (noch) unterrepräsentiert

REGELUNGEN ZUR HYBRID-DRG- VERGÜTUNG



© Andrey Popov / stock.adobe.com

HYBRID-DRG-VERGÜTUNGSVEREINBARUNG 2026

Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 ergEBA

Die Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 liegt vor und ersetzen die bisherige Vereinbarung zu der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) gemäß § 115f SGB V für das Jahr 2025 (Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung) vom 18.12.2024 einschließlich deren Anlagen.

Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung
Fassung mit Stand 19. Dezember 2025

Zusammengefasste Regelungen zu § 115f SGB V (Hybrid-DRG) für das Jahr 2026 gemäß den Beschlüssen des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V

- in seiner 9. Sitzung am 3. Juli 2025
Teil C
zu weiteren Regelungen zur speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) gemäß § 115f SGB V für das Jahr 2026 (Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026) mit Wirkung vom 1. Januar 2026 bis 31. Dezember 2026
- in seiner 10. Sitzung am 11. November 2025
Teil A
zum Austausch der Anlagen 1 und 2 des Teil C des Beschlusses des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 9. Sitzung am 3. Juli 2025 mit Wirkung zum 11. November 2025
- in seiner 10. Sitzung am 11. November 2025
Teil A
zum Umgang mit bundeseinheitlichen Zusatzentgelten gemäß Anlage 2 des Fallpauschalenkataloges und zum Austausch der Anlage 3 des Teil C des Beschlusses des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 9. Sitzung am 3. Juli 2025 mit Wirkung zum 11. November 2025

HYBRID-DRG-VERGÜTUNGSVEREINBARUNG 2026

Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 ergEBA

B E S C H L U S S

**des ergänzten erweiterten Bewertungs-
nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 9. Si**

Teil C

**zu weiteren Regelungen zur spezielle
Vergütung (Hybrid-DRG) gemäß § 115f S
(Regelungen zur Hybrid-DRG-Ver**

mit Wirkung vom 1. Januar 2026 bis

(5) Die folgenden Leistungen sind nicht zusätzlich zu einer Fallpauschale und ggf. den Zusatzentgelten abrechenbar:

1. Leistungen gemäß Anlage 1,
2. zusätzliche Eingriffe, sofern sich damit eine Hybrid-DRG gem. § 5 Absatz 1 ergibt,
3. Aufklärung über die gem. Anlage 1 vorgesehenen Leistungen,
4. perioperative Anästhesieleistungen beginnend mit der Feststellung der Operationsfähigkeit im Hinblick auf das Narkoserisiko, z. B. gemäß ASA, inklusive Anästhesieaufklärung, und Prämedikation,
5. perioperative Laboruntersuchungen,
6. histopathologische und zytologische Beurteilung von intraoperativ entnommenen Materials gemäß Indikation und diagnostischer oder therapeutischer Fragestellung,
7. perioperative bildgebende Verfahren,
8. postoperative Überwachung und Nachbeobachtung,
9. Sachkosten und Arzneimittel mit Ausnahme von Sprechstundenbedarf,
10. Kosten für Unterkunft und Verpflegung,
11. ärztliche Abschlussuntersuchung(en),
12. Dokumentation(en),
13. Erstellung und Übermittlung eines Abschlussberichts an die weiterbehandelnde Vertragsärztin und Hausärztin oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt und Hausarzt mit mindestens folgenden Informationen: Diagnose, Therapieangaben,

HYBRID-DRG-VERGÜTUNGSVEREINBARUNG 2026

Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 ergEBA

Anlage 1 (Leistungskatalog)

OPS-Kode	OPS-Text
1-265.4	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Tachykardien mit schmalen QRS-Komplex oder atrialen Tachykardien
1-265.8	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Bei Synkopen unklarer Genese
1-265.x	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: Sonstige
1-265.y	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt: N.n.bez.
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

HYBRID-DRG-VERGÜTUNGSVEREINBARUNG 2026

Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 ergEBA

Anlage 3 (Zusatzentgelte)

Zusätzlich zu einer Hybrid-DRG gemäß Anlage 2 sind keine bundeseinheitlichen Zusatzentgelte und keine krankenhausesindividuellen, unbewerteten Zusatzentgelte berechnungsfähig.

[Redaktionelle Anmerkung: Regelungen für Fälle mit bundeseinheitlichen Zusatzentgelten: Fälle mit Leistungen, für die im Katalog nach § 9 Abs. 1 Nr. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bewertete Zusatzentgelte (ZE) vorgesehen sind, werden nicht in die Hybrid-DRGs eingruppiert. Die den ZE im Katalog nach § 9 Abs. 1 Nr. 2 KHEntgG zugeordneten OPS-Kodes sind Ausschlusskriterien für die Zuordnung zu einer Hybrid-DRG, sofern die ZE für Fälle mit einer Verweildauer von bis zu zwei Tagen abrechnungsfähig sind. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für krankenhausesindividuelle ZE nach § 6 Abs. 1 und 2 KHEntgG. (s. Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 10. Sitzung am 11. November 2025 Teil A)]

HYBRID-DRG-VERGÜTUNGSVEREINBARUNG 2026

Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 ergEBA

[Redaktionelle Anmerkung: Gültige Anlage bei einem Veränderungswert nach § 9 Abs. 1b KHEntgG für das Jahr 2026 von 2,98 %]

Anlage 2b (Vergütung der Hybrid-DRG)

Leistungsbereich	Hybrid-DRG	Text-Hybrid-DRG	Fallpauschale der Hybrid-DRG ohne postoperative Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte A) in Euro	Fallpauschale der Hybrid-DRG zuzüglich postoperativer Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte B) in Euro
Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen	E02M	Hybrid-DRG der DRG E02D (Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 Jahre, mehr als 1 BT, ohne bestimmten Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwendigen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne endoskop. Lungenvolumenred., ohne anderen mäßig kompl. Eingriff)	2.011,30	2.041,30
Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD) oder Implantation eines myokardmodulierenden Systems oder eines Drucksensors in die Pulmonalarterie oder eines intrakardialen Pulsgenerators	F01M	Hybrid-DRG der DRG F01C (Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator oder intrakardialer Pulsgenerator, ohne komplizierende Faktoren)	10.067,56	10.097,56

HYBRID-DRG-VERGÜTUNGSVEREINBARUNG 2026

Regelungen zur Hybrid-DRG-Vergütung 2026 ergEBA

Anlage 4 (Kontextfaktoren)

Es gelten die Kontextfaktoren des Band 4 des Definitionshandbuchs (Vollversion) der aG-DRG German Diagnosis Related Groups Version 2026.

[Redaktionelle Anmerkung: Es sind alle Fälle mit den Kriterien PCCL < 3 und Verweildauer <= 2 zu berücksichtigen. Ausgeschlossen sind Fälle für Kinder, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, Fälle für Menschen mit Behinderungen, Fälle mit Kontextfaktoren und Fälle mit unbewerteten Zusatzentgelten (s. Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 9. Sitzung am 3. Juli 2025 Teil A Nr. 2 letzter Absatz)]

VERMITTLUNGSAUSSCHUSS



KLEINES SPARPAKET

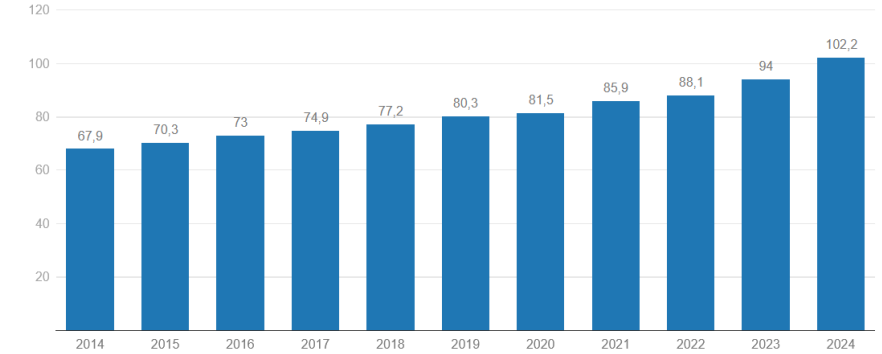
Maßnahme zur Beitragsstabilität bei ständig steigenden Kosten

„Kleines Sparpaket“

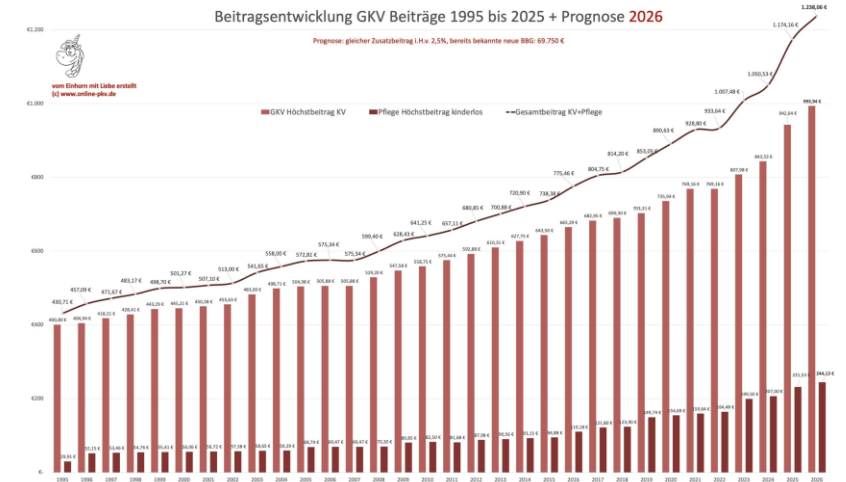
Hintergrund der Auseinandersetzung zwischen Bund und Ländern ist der Inhalt des „kleinen Sparpakets“ für die gesetzliche Krankenversicherung. Um die Krankenkassenbeiträge für 2026 „stabil“ zu halten, sollten rund zwei Milliarden Euro eingespart werden. Die Bundesregierung entschloss sich, 1,8 Milliarden Euro bei den Krankenhäusern, 100 Millionen Euro bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen und 100 Millionen Euro beim Innovationsfonds zu sparen. Andere Ideen, beispielsweise Abschläge auf Medikamente oder Einsparungen beim Honorar von Niedergelassenen, waren von den Mitgliedern eines schwarz-roten Koalitionsausschusses im Oktober abgelehnt worden.

Zahlungen der gesetzlichen Krankenkassen an Krankenhäuser

In Milliarden Euro, von 2014 bis 2024



Grafik: bpb.de • Quelle: https://www.vdek.com/presse/daten/d_versorgung_leistungsausgaben.html • Daten



PFLEGESTÄRKUNGSGESETZ (BEEP)

Maßnahmen für stabile GKV-Beiträge 15.10.2025

Formulierungshilfe für einen Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD (Umsetzung von Maßnahmen für stabile GKV-Beiträge im Jahr 2026)

	Artikel	Vorschrift	Stichwort	Beschreibung
1	3	SGB V, § 4	Begrenzung des Ausgabenan- stiegs bei den Verwaltungskosten der Kranken- kassen im Jahr 2026	Der Ausgabenanstieg bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen im Bereich der sächlichen Verwaltungsausgaben wird im Jahr 2026 gegenüber dem Jahr 2024 auf 8 Prozent begrenzt.
2	3	SGB V, §§ 92a, 271	Reduktion des Fördervolumens des Innovations- fonds im Jahr 2026	• Einmalige Senkung der Fördersumme des Innovationsfonds von 200 Millionen Euro auf 100 Millionen Euro im Jahr 2026 zur Begrenzung des Ausgabenanstiegs der gesetzlichen Krankenkassen • Einmalige Senkung des Fördervolumens für neue Versorgungsformen mit kurzer Laufzeit von 20 Mio. Euro auf 10 Mio. Euro im Jahr 2026 • Einmalige Senkung des Fördervolumens für medizinische Leitlinien von 5 Mio. Euro auf 2,5 Mio. Euro im Jahr 2026 • Befreiung der gesetzlichen Krankenkassen an der Finanzierung des Innovationsfonds im Jahr 2026
3	13a 13b	KHEntgG, §§ 9, 10 BPflV, § 9	Aussetzen der Meistbegünsti- gungsklausel für das Jahr 2026	Zur finanziellen Entlastung insbesondere der gesetzlichen Krankenversicherung wird der Veränderungswert als Obergrenze für den Anstieg des Landesbasisfallwerts und der Budgets von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern für das Jahr 2026 auf die Höhe des veröffentlichten Orientierungswerts festgelegt.

Gesetz 29.12.2025

Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege

Inkrafttreten: 01.01.2026

Gesetz im Wortlaut  - Bundesgesetzblatt

MEISTBEGÜNSTIGUNGSKLAUSEL

Die Meistbegünstigungsklausel bedeutet: „Was du anderen besser gibst, musst du mir auch geben.“



AUSWIRKUNG

H-DRG Vergütung steht fest

Mit dem Kompromiss zum BEEP, dem Bundestag und Bundesrat zugestimmt haben, erfolgt die Vergütung unter Fortschreibung der stationären Fallkosten um den stationären Orientierungswert (2,98 Prozent).

Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss (ergEBA) hatte in seiner 10. Sitzung im November die Details für die Hybrid-DRG 2026 [beschlossen](#) – vor dem Hintergrund der anstehenden Gesetzgebung mit zwei möglichen Vergütungsvarianten:

- Anlage 2a mit einer Vergütung nach bisheriger Gesetzgebung unter Fortschreibung der stationären Fallkosten um die Grundlohnsumme (5,17 Prozent)
- Anlage 2b mit einer Vergütung nach neuer Gesetzgebung durch das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) unter Fortschreibung der stationären Fallkosten um den stationären Orientierungswert (2,98 Prozent)

Mit dem erarbeiteten Kompromiss zum Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP), dem der Bundestag und der Bundesrat am 19.12.2025 zugestimmt haben, erfolgt die Vergütung ab 1. Januar 2026 unter Fortschreibung der stationären Fallkosten um den stationären Orientierungswert (2,98 Prozent).

ERLÖSVERGLEICH 2025 - 2026

H-DRG – Kurzlieger aDRG – Normallieger aDRG

aDRG	Hybrid-DRG	Text-Hybrid-DRG	Leistungsbereich	Fallpauschale der Hybrid-DRG zuzüglich postoperativer Nachbehandlung im KH	KL 2025	NL 2025	Fallpauschale der Hybrid-DRG zuzüglich postoperativer Nachbehandlung im KH	KL 2026	NL 2026
F49D	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)	Diagnostische Herzkatheter / Koronarinterventionen		5.261,69 €	6.609,45 €	2.757,96 €	3.751,83 €	4.908,53 €
F49D	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)	Diagnostische Herzkatheter / Koronarinterventionen		5.261,69 €	6.609,45 €	2.534,25 €	3.751,83 €	4.908,53 €
F49E	F49O	Hybrid-DRG 1 der DRG F49E (Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr.)	Diagnostische Herzkatheter / Koronarinterventionen		2.349,19 €	4.564,86 €	2.645,59 €	2.445,73 €	3.905,49 €
F49E	F49P	Hybrid-DRG 2 der DRG F49E (Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr.)	Diagnostische Herzkatheter / Koronarinterventionen		2.349,19 €	4.564,86 €	2.077,45 €	2.445,73 €	3.905,49 €
F49F	F49Q	Hybrid-DRG 1 der DRG F49F (Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, ohne best. Eingr.)	Diagnostische Herzkatheter / Koronarinterventionen		1.840,13 €	3.567,60 €	1.957,53 €	1.835,36 €	2.893,90 €
F49F	F49R	Hybrid-DRG 2 der DRG F49F (Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, ohne best. Eingr.)	Diagnostische Herzkatheter / Koronarinterventionen		1.840,13 €	3.567,60 €	1.174,01 €	1.835,36 €	2.893,90 €

ERLÖSVERGLEICH 2025 - 2026

H-DRG – Kurzlieger aDRG – Normallieger aDRG

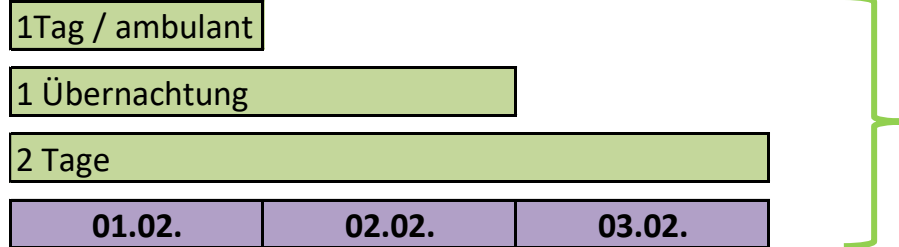
aDRG	Hybrid-DRG	Text-Hybrid-DRG	Leistungsbereich	Fallpauschale der Hybrid-DRG zuzüglich postoperativer Nachbehandlung im KH	KL 2025	NL 2025	Fallpauschale der Hybrid-DRG zuzüglich postoperativer Nachbehandlung im KH	KL 2026	NL 2026
F01C	F01M	Hybrid-DRG der DRG F01C (Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator oder intrakardialer Pulsgenerator, ohne komplizierende Faktoren oder Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie)	Herzschrittmacher und Defibrillatoren		8.916,91 €	12.317,60 €	10.097,56 €	11.955,48 €	12.668,28 €
F01E	F01N	Hybrid-DRG der DRG F01E (Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation oder aufwendige Sondenentfernung, ohne Implantation eines Drucksensors in Pulmonalarterie, ohne Implantation eines intrakardialen Pulsgenerators, Alter > 17 Jahre)	Herzschrittmacher und Defibrillatoren		5.975,21 €	9.855,75 €	7.514,31 €	9.189,63 €	10.470,12 €
F01F	F01O	Hybrid-DRG der DRG F01F (Impl. Kardioverter / Defibrillator (AICD), Einkammer-Stimulation, ohne zusätzl. Herz- od. Gefäßeingriff, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne auß. schw. CC, ohne aufw. Sondenentf., ohne Impl. Drucksens. in Pulmonalart., ohne Impl. Pulsger., Alter > 17 J.)	Herzschrittmacher und Defibrillatoren		5.190,75 €	8.399,50 €	6.193,41 €	6.428,04 €	9.189,63 €
F02A	F02M	Hybrid-DRG der DRG F02A (Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Dreikammer-Stimulation)	Herzschrittmacher und Defibrillatoren		5.783,27 €	7.535,77 €	6.519,52 €	6.692,68 €	8.574,99 €
F02B	F02N	Hybrid-DRG der DRG F02B (Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Einkammer-Stimulation)	Herzschrittmacher und Defibrillatoren		4.715,07 €	6.409,16 €	5.118,25 €	6.257,31 €	7.307,31 €
F50A	F50M	Hybrid-DRG der DRG F50A (Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen oder Implantation eines Ereignisrekorders oder Alter < 16 Jahre oder best. angeb. Herzfehler oder mit kompl. Ablation, Alter < 18 Jahre)	Ablation bei Herzrhythmusstörung		5.954,34 €	8.324,40 €	7.436,84 €	6.598,78 €	8.370,12 €
F50B	F50N	Hybrid-DRG der DRG F50B (Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne hochkomplexe Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne best. angeb. Herzfehler, mit komplexer Ablation, Alter > 17 Jahre)	Ablation bei Herzrhythmusstörung		4.481,40 €	6.751,32 €	5.098,89 €	5.164,63 €	6.820,73 €
F50C	F50O	Hybrid-DRG der DRG F50C (Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne hochkomplexe Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne best. angeb. Herzfehler, ohne komplexe Ablation, Alter > 15 Jahre)	Ablation bei Herzrhythmusstörung		3.012,64 €	4.619,10 €	3.629,30 €	3.709,14 €	5.066,46 €

VERWEILDAUER UND SCHWEREGRAD



VERWEILDAUER IN HYBRID-DRGs

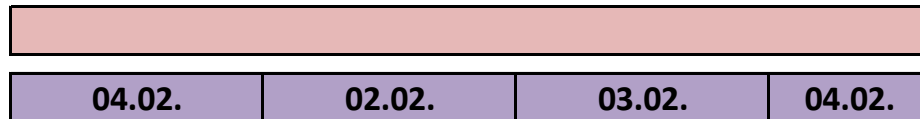
Verweildauer 1 oder 2 Tage (VWD < 3 Tage) enthalten



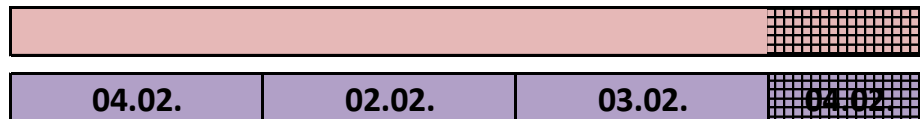
H-DRG Verweildauerkriterien:

VWD < 3 Tage

Tagesdifferenz [von ADAT zu EDAT] ≤ 2 Tage

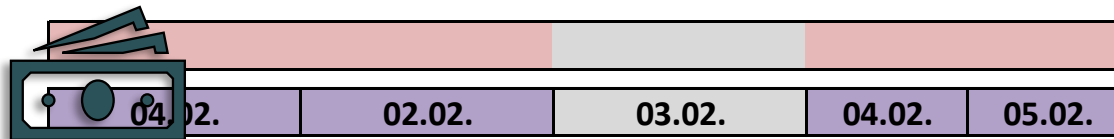


Primäre Leistungserbringung = 3 Tage → stationäre DRG

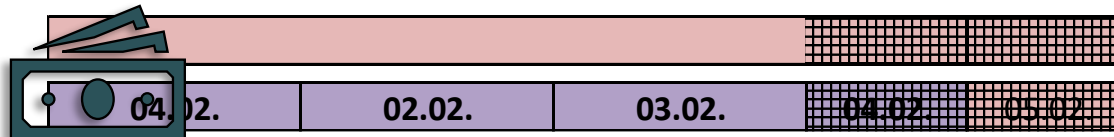


Fallkürzung gemäß MD-Gutachten = **H-DRG**

Verweildauerkriterien nicht erfüllt → stationäre DRG; ggf. KL



Abwesenheit / FZF = **H-DRG Verweildauerkriterien** nicht erfüllt → stationäre DRG



Fallkürzung gemäß MD-Gutachten = **H-DRG**

Verweildauerkriterien nicht erfüllt → stationäre DRG

ABRECHNUNG | MD | FZF IN HYBRID-DRGs

Verweildauer 1 oder 2 Tage (VWD < 3 Tage) enthalten

1Tag / ambulant

1 Übernachtung

2 Tage

01.02.

02.02.

03.02.

H-DRG Verweildauerkriterien:

VWD < 3 Tage

Tagesdifferenz [von ADAT zu EDAT] ≤ 2 Tage

- Der Einschluss von Fällen mit bis zu 3 BT führt zu einer kompletten Neukalkulation der KL-Fälle in den aDRG
- Der MD kann H-DRG nicht nach AOP prüfen
- VWD-Kürzungen des MD führen nicht in eine H-DRG

Folgende Abrechnungsbestimmungen bleiben gleich:

- Eine Fallzusammenführung hat für Fälle zu erfolgen, die taggleich wegen Komplikationen erneut stationär aufgenommen werden.
- Das Pflegebudget gemäß § 6a KHEntgG des Krankenhauses bleibt durch die Abrechnung der Fallpauschalen unberührt.

- Das Pflegebudget gibt es nur für H-DRG-Fälle, die im Krankenhaus erbracht werden = H-DRG + Pflege BWR

GROUPERBEISPIEL

Pflegebudget = Pflege BWR – **nur Krankenhaus**

Gruppierungsergebnis (G-DRG 2026)						
MDC	05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems				
DRG	F50M	Hybrid-DRG der DRG F50A Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen oder Implantation eines Ereignisrekorders oder Alter < 16 Jahre oder best. angeb. Herzfehler oder mit kompl. Ablation, Alter < 18 Jahre				
PCCL	0	Status: normales Grouping (GetDRG-Grouper 2026) (GetDRG V25.2.0.0)				
Verweildauer	aktuelle VWD:	1	1. Tag Abschlag:	0	1. Tag Zuschlag:	0
	mittl. VWD (arith.):	0	untere GVWD:	0	obere GVWD:	0
Bewertungsrelation (DRG)	Katalog-BWR (DRG):	0	eff. DRG-Bewertungsrelation:	0	(Zuschlag: 0)	
DRG-Entgelt	Basisentgelt:	0,00 €	eff. DRG-Entgelt:	0 €	(Zuschlag: 0,00 €; Basisfallwert: 4561,37 €)	
Pflege-Entgelt	Pflege BWR/Tag:	0	eff. Pflege-BWR (VWD=1):	0	eff. Pflege-Entgelt:	0 €
Summe Entgelte:	7.436,84 €	Hybrid-DRG zuzüglich postoperativer Nachbehandlung, Veränderungswert 2,98%				17%)
Diagnosen (ICD-10-GM 2026)						
	Kode	Bezeichnung		Verwendet	CCL	
	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal		N	0	gültig
Prozeduren (OPS Version 2026)						
	Kode	Bezeichnung		Verwendet	OR/ NOR	Amtlich
	8-835.33	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Linker Vorhof		J	OP	8-835.33
	1-268.1	Kardiales Mapping: Linker Vorhof		N	NOP	1-268.1
	8-835.j	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Anwendung hochauflösender, multipolarer, dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren		J	NOP	8-835.j

WIE KOMMT EINE H-DRG
ZUSTANDE?

HYBRID-DRG

Grundsätzliche Definitionslogik einer Hybrid-DRG

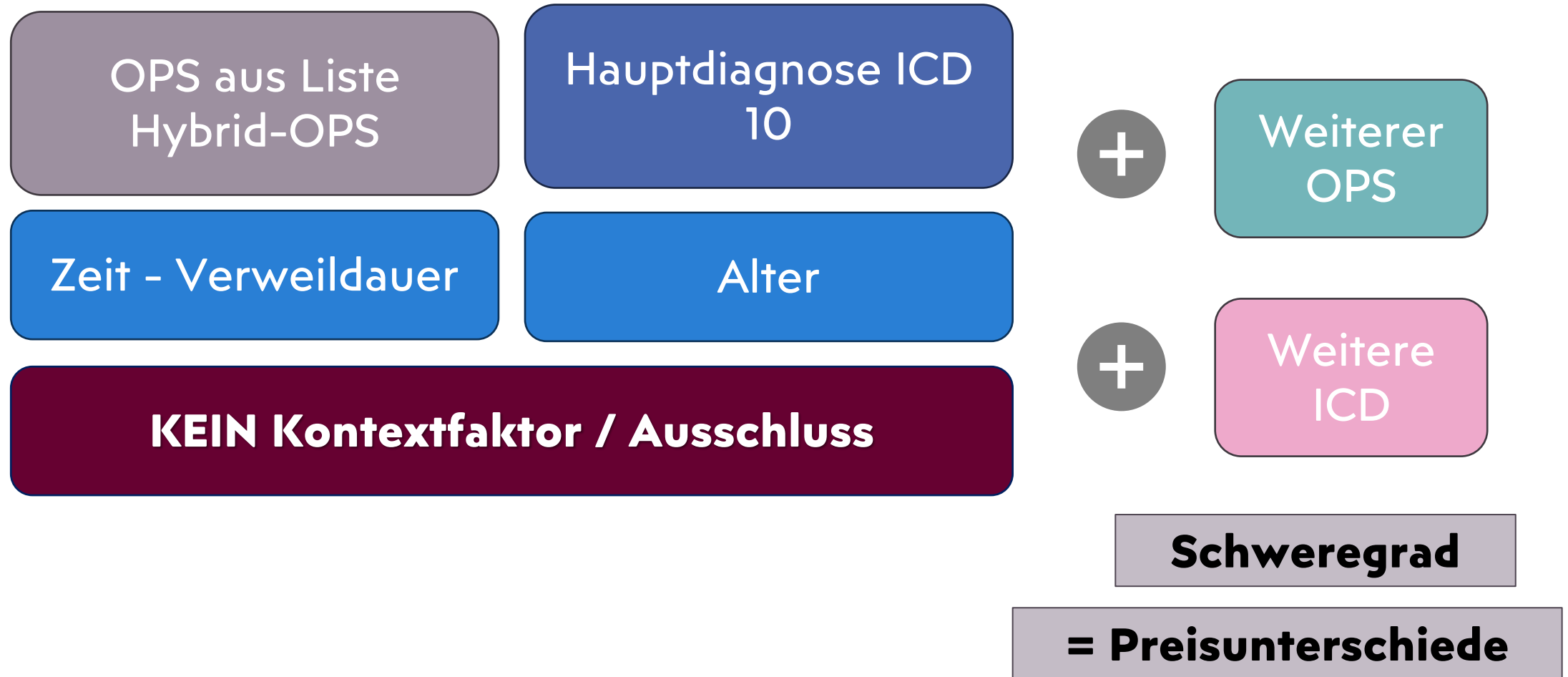


Mindestens ein OPS-Kode aus der Positivliste

Kodierung von OPS und ICD bei aDRG und H-DRG weiterhin hochrelevant!

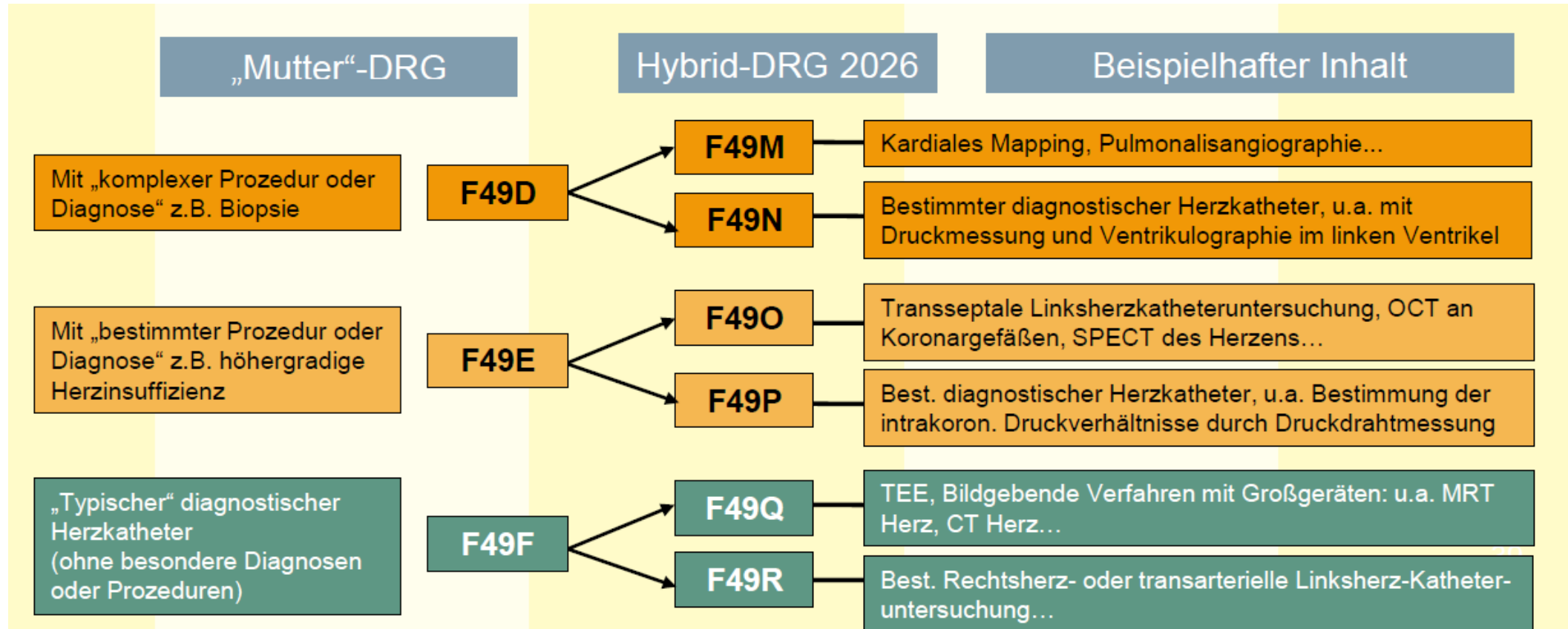
115F HYBRID-DRG – KOMPONENTEN

Schweregrad



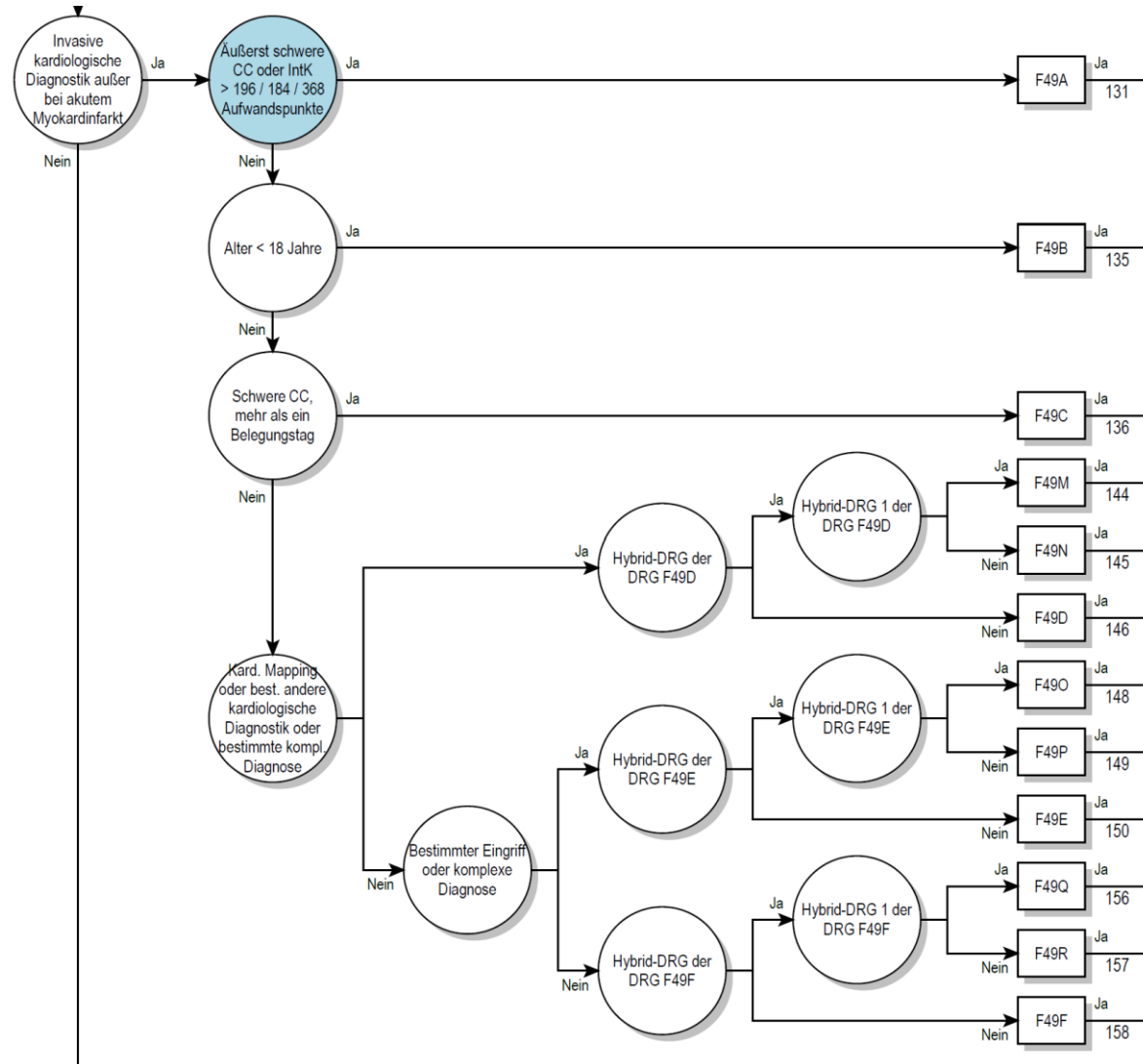
SCHWEREGRADE IN DER HYBRID-DRG

Erreichbar durch Prozeduren und oder Diagnosen



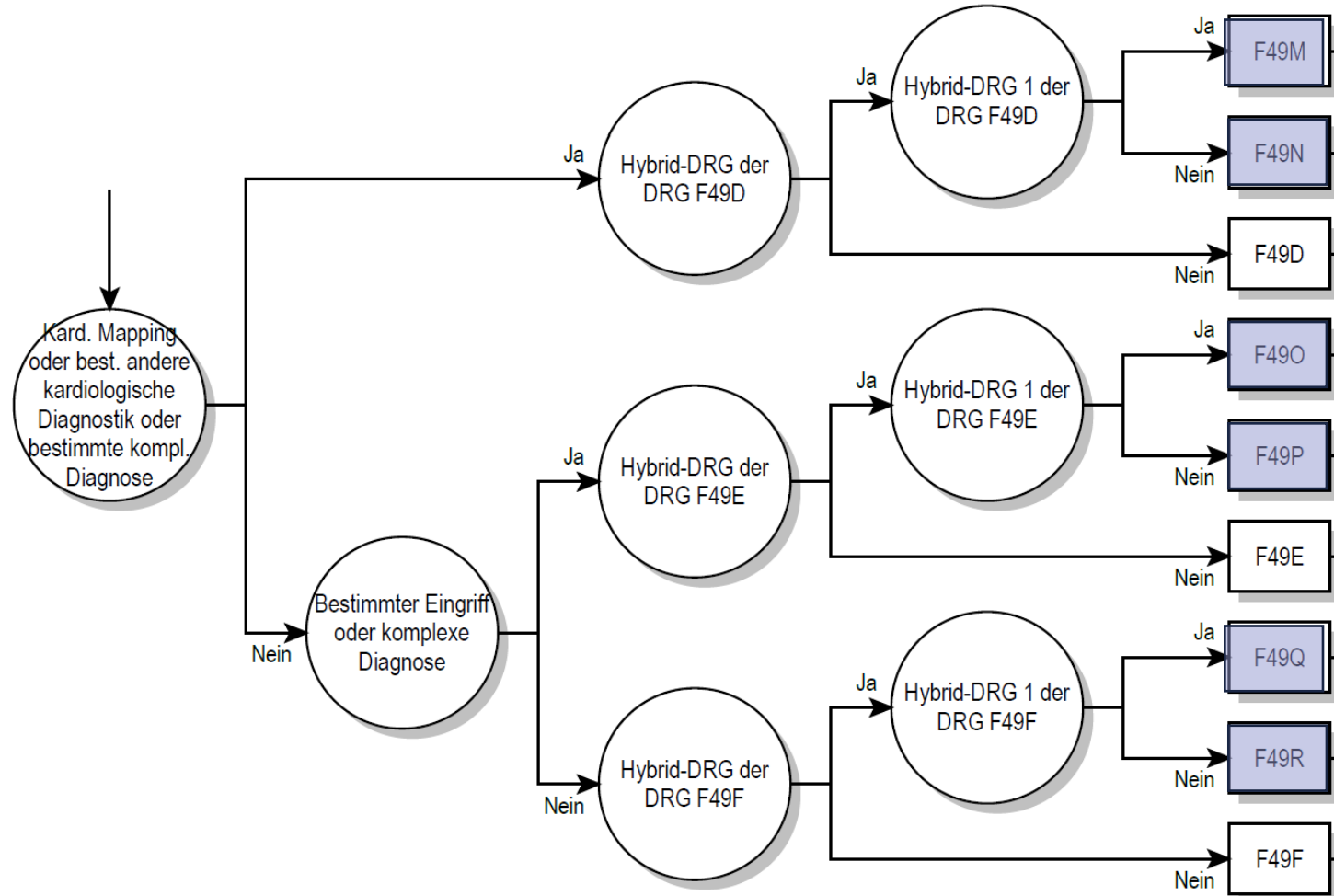
SCHWEREGRAD EINER DRG

Split - Kostentrennung



SCHWEREGRAD EINER DRG - KARDIO

Split - Kostentrennung



SCHWEREGRAD EINER H-DRG

Differenzierung nach Schweregraden

- Im 9. Beschluss des Ergänzten erweiterten Bewertungsaus-schusses vom 03.07.2025 wird das InEK mit der Prüfung beauftragt, ob sich bspw. **PCCL, Alter, Sachkosten, EBM-Kategorien** oder **Prozeduren** als Kostentrenner nach Schweregraden eignen.
 - Dabei ist „intensiv zu prüfen und zu analysieren, welche Kostentrenner zur weiteren Differenzierung nach Schweregraden geeignet sind.“
- Vollständige Untersuchung, ob sich **die PCCL-Stufen 0, 1 oder 2, Alterssplits** oder die **EBM-Kategorie** als Kostentrenner eignen.
- Im Ergebnis führen diese zu keiner **Schweregraddifferenzierung der Hybrid-DRGs.**

**Risiko versus
Kosten**



GROUPERBEISPIEL

Schweregrad – Pccl - Nebendiagnosen

Gruppierungsergebnis (G-DRG 2026)						
MDC	05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems				
DRG	F50M	Hybrid-DRG der DRG F50A Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen oder Implantation eines Ereignisrekorders oder Alter < 16 Jahre oder best. angeb. Herzfehler oder mit kompl. Ablation, Alter < 18 Jahre				
PCCL	2	Status: normales Grouping (GetDRG-Groupier 2026) (GetDRG V25.2.0.0)				
Verweildauer	aktuelle VWD:	1	1. Tag Abschlag:	0	1. Tag Zuschlag:	0
	mittl. VWD (arith.):	0	untere GVWD:	0	obere GVWD:	0
Bewertungsrelation (DRG)	Katalog-BWR (DRG):	0	eff. DRG-Bewertungsrelation:	0	(Zuschlag: 0)	
DRG-Entgelt	Basisentgelt:	0,00 €	eff. DRG-Entgelt:	0 €	(Zuschlag: 0,00 €; Basisfallwert: 4561,37 €)	
Pflege-Entgelt	Pflege BWR/Tag:	0	eff. Pflege-BWR (VWD=1):	0	eff. Pflege-Entgelt:	0 €
Summe Entgelte:	7.436,84 €	Hybrid-DRG zuzüglich postoperativer Nachbehandlung, Veränderungswert 2,98%				7%)
Diagnosen (ICD-10-GM 2026)						
	Kode	Bezeichnung	Verwendet	CCL		
	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	N	0		
	N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3	N	0		
	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	N	0		
	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	N	0		
	I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	N	1		
	E87.6	Hypokaliämie	N	0		
	G47.31	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	N	0		
	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	N	0		
	D62	Akute Blutungsanämie	N	0		
	I11.01	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	N	0		
	I20.0	Instabile Angina pectoris	N	2		

Aktuell in den EPU-DRG **keine PCCL-Splits**, da bisher ND nie relevant und daher auch nicht kalkuliert

Ab PCCL ≥ 3 → aDRG (Grundlogik H-DRG)

GROUPERBEISPIEL

Schweregrad – Pcc1 - Nebendiagnosen

Gruppierungsergebnis (G-DRG 2026)

MDC	05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems					
DRG	F50A	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen oder Implantation eines Ereignisrekorders oder Alter < 16 Jahre oder best. angeb. Herzfehler oder mit kompl. Ablation, Alter < 18 Jahre					
PCCL	2	Status: normales Grouping (GetDRG-Groupier 2026) (GetDRG V25.2.0.0)					
Verweildauer	aktuelle VWD:	1	1. Tag Abschlag:	1	1. Tag Zuschlag:	11	
	mittl. VWD (arith.):	4,5	untere GVWD:	2	obere GVWD:	10	
Bewertungsrelation (DRG)	Katalog-BWR (DRG):	1,961	eff. DRG-Bewertungsrelation:	1,546	(Abschlag: -0,415)		
DRG-Entgelt	Basisentgelt:	8944,85 €	eff. DRG-Entgelt:	7051,88 €	(Abschlag: -1892,97 €; Basisfallwert: 4561,37 €)		
Pflege-Entgelt	Pflege BWR/Tag:	0,8895	eff. Pflege-BWR (VWD=1):	0,8895	eff. Pflege-Entgelt:	222,38 €	Pflegeentgeltwert: 250 €
Summe Entgelte:	7274,25 €						

Diagnosen (ICD-10-GM 2026)

Kode	Bezeichnung	Verwendet	CCL	
I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	N	0	gültig
R57.0	Kardiogener Schock	N	3	gültig

Prozeduren (OPS Version 2026)

Kode	Bezeichnung	Verwendet	OR/NOR	Amtlich
8-835.33	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Linker Vorhof	J	OP	8-835.33
8-835.j	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Anwendung hochauflösender, multipolarer, dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren	J	NOP	8-835.j

R57.0 Kardiogener Schock → aDRG F50A

GROUPERBEISPIEL

Schweregrad – Pccl - Nebendiagnosen

Gruppierungsergebnis (G-DRG 2026)						
MDC	05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems				
DRG	F50A	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen oder Implantation eines Ereignisrekorders oder Alter < 16 Jahre oder best. angeb. Herzfehler oder mit kompl. Ablation, Alter < 18 Jahre				
PCCL	2	Status: normales Grouping (GetDRG-Grouper 2026) (GetDRG V25.2.0.0)				
Verweildauer	aktuelle VWD:	1	1. Tag Abschlag:	1	1. Tag Zuschlag:	11
	mittl. VWD (arith.):	4,5	untere GVWD:	2	obere GVWD:	10
Bewertungsrelation (DRG)	Katalog-BWR (DRG): 1,961	eff. DRG-Bewertungsrelation:		1,546	(Abschlag: -0,415)	
DRG-Entgelt	Basisentgelt:	8944,85 €	eff. DRG-Entgelt:	7051,88 €	(Abschlag: -1892,97 €; Basisfallwert: 4561,37 €)	
Pflege-Entgelt	Pflege BWR/Tag:	0,8895	eff. Pflege-BWR (VWD=1):	0,8895	eff. Pflege-Entgelt:	222,38 € Pflegeentgeltwert: 250 €
Summe Entgelte:	7274,25 €					
Diagnosen (ICD-10-GM 2026)						
	Kode	Bezeichnung		Verwendet	CCL	
	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal		N	0	gültig
	S26.0	Traumatisches Hämoperikard		N	3	gültig
Prozeduren (OPS Version 2026)						
	Kode	Bezeichnung		Verwendet	OR/ NOR	Amtlich
	8-835.33	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Linker Vorhof		J	OP	8-835.33
	8-835.j	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Anwendung hochauflösender, multipolarer, dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren		J	NOP	8-835.j

S26.0 Traumatisches Hämoperikard → aDRG F50A

GROUPERBEISPIEL

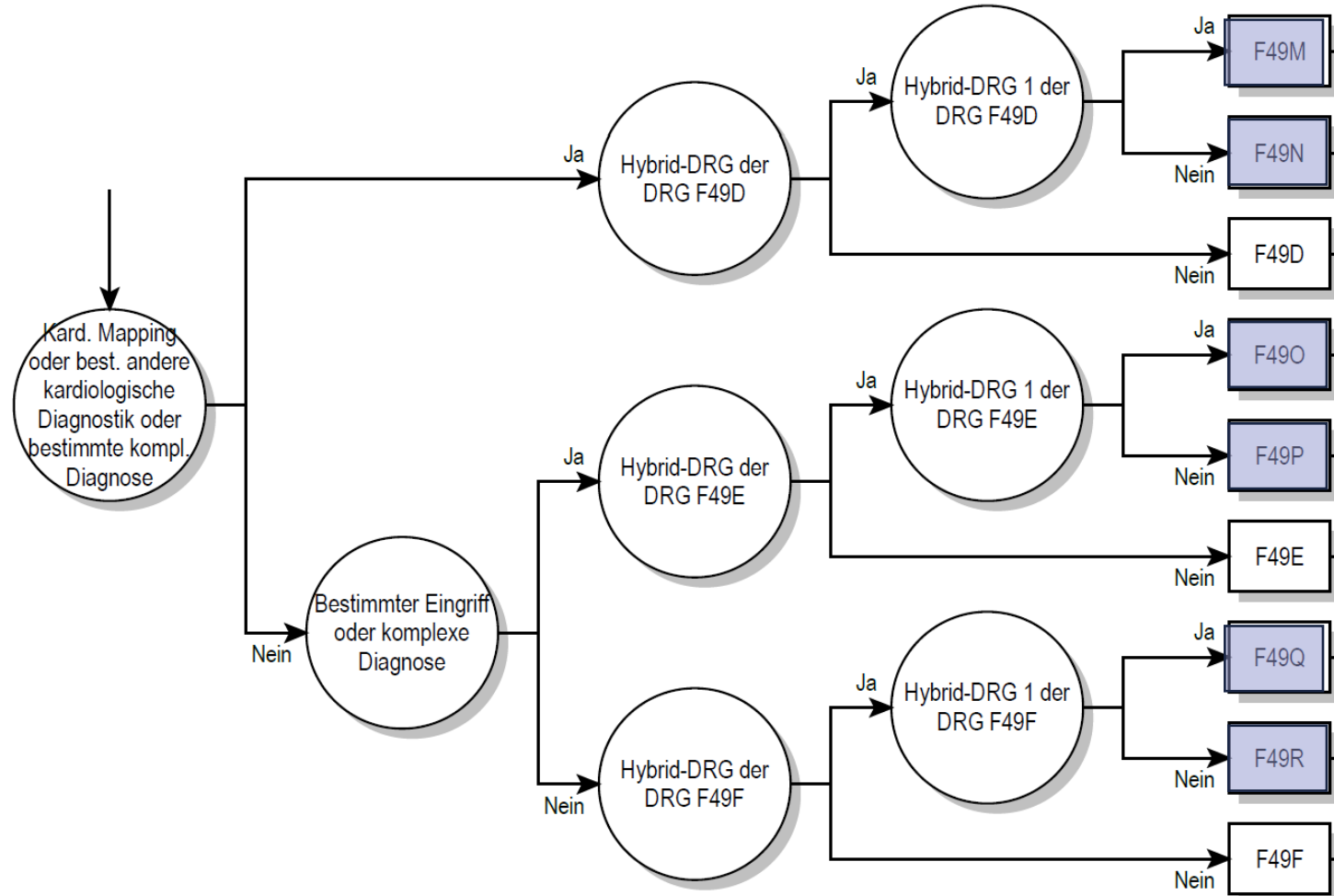
Schweregrad – Pcc1 - Nebendiagnosen

Gruppierungsergebnis (G-DRG 2026)							
MDC	05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems					
DRG	F50B	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne hochkomplexe Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne best. angeb. Herzfehler, mit komplexer Ablation, Alter > 17 Jahre					
PCCL	2	Status: normales Grouping (GetDRG-Groupier 2026) (GetDRG V25.2.0.0)					
Verweildauer	aktuelle VWD:	1	1. Tag Abschlag:	1	1. Tag Zuschlag:	11	
	mittl. VWD (arith.):	4,8	untere GVWD:	2	obere GVWD:	10	
Bewertungsrelation (DRG)	Katalog-BWR (DRG): 1,598	eff. DRG-Bewertungsrelation:		1,21	(Abschlag: -0,388)		
DRG-Entgelt	Basisentgelt:	7289,07 €	eff. DRG-Entgelt:	5519,26 €	(Abschlag: -1769,81 €; Basisfallwert: 4561,37 €)		
Pflege-Entgelt	Pflege BWR/Tag:	0,8495	eff. Pflege-BWR (VWD=1):	0,8495	eff. Pflege-Entgelt:	212,38 €	
Summe Entgelte:	5731,63 €						
Diagnosen (ICD-10-GM 2026)							
	Kode	Bezeichnung			Verwendet	CCL	
	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal			N	0 gültig	
	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand			N	3 gültig	
Prozeduren (OPS Version 2026)							
	Kode	Bezeichnung			Verwendet	OR/NOR	Amtlich
	8-835.33	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Linker Vorhof			J	OP	8-835.33

I21.0 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand → aDRG

SCHWEREGRAD EINER DRG - KARDIO

Split - Kostentrennung



SCHWEREGRAD EINER DRG - KARDIO

Split - Kostentrennung

DRG F49R

Hybrid-DRG 2 der DRG F49F

Pr Hybrid MDC 05 – 18 (F49-V13)	Pr Invasive kardiologische Diagnostik (I) (F49-V6)	Tagesdifferenz [von ADT zu SDT] ≤ 2	Nicht [Ausschluss Kontextfaktoren F49]	Ohne Pr Hybrid MDC 05, 06, 07 (F49-V14)	Ohne Pr Hoher Pflegegrad (F49-V15)	Alter > 17 J	PCCL < 3	VWD < 3 T	Ohne HD Akuter Myokardinfarkt (F49-V1)
									VWD > 1 T

DRG F49Q

Hybrid-DRG 1 der DRG F49F

Pr Hybrid MDC 05 – 18 (F49-V13)	Pr Invasive kardiologische Diagnostik (I) (F49-V6)	Tagesdifferenz [von ADT zu SDT] ≤ 2	Nicht [Ausschluss Kontextfaktoren F49]	Ohne Pr Hybrid MDC 05, 06, 07 (F49-V14)	Ohne Pr Hoher Pflegegrad (F49-V15)	Pr Hybrid MDC 05 – 21 (F49-V18)	Alter > 17 J	PCCL < 3	VWD < 3 T	Ohne HD Akuter Myokardinfarkt (F49-V1)
										VWD > 1 T

SCHWEREGRAD EINER DRG - KARDIO

Split - Kostentrennung

DRG F49R

Hybrid-DRG 2 der DRG F49F

Pr Hybrid MDC 05 – 18 (F49-V13)	Pr Invasive kardiologische Diagnostik (I) (F49-V6)	Tagesdifferenz [von ADT zu SDT] ≤ 2	Nicht [Ausschluss Kontextfaktoren F49]	Ohne Pr Hybrid MDC 05, 06, 07 (F49-V14)	Ohne Pr Hoher Pflegegrad (F49-V15)	Alter > 17 J	PCCL < 3	VWD < 3 T	Ohne HD Akuter Myokardinfarkt (F49-V1) VWD > 1 T
---------------------------------------	---	---	--	--	--	--------------	----------	-----------	--

DRG F49Q

Hybrid MDC 05 – 21 (F49-V18)

Pr Hybrid MDC 05 – 18 (F49-V13)	Pr kard Dia (F49-V18)	3-052†	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	3-703.0†	Szintigraphie Lunge: Perfusionsszintigraphie
		3-200†	Native Computertomographie des Schädels	3-703.1†	Szintigraphie Lunge: Ventilationsszintigraphie
		3-202†	Native Computertomographie des Thorax	3-703.2†	Szintigraphie Lunge: Perfusions- u Ventilationsszintigraphie
		3-203†	Native Computertomographie Wirbelsäule und Rückenmark	3-800†	Native MRT des Schädels
		3-204†	Native Computertomographie des Herzens	3-803.0†	Native MRT Herz: In Ruhe
		3-206†	Native Computertomographie des Beckens	3-803.1†	Native MRT Herz: Unter physischer Belastung
		3-207†	Native Computertomographie des Abdomens	3-803.2†	Native MRT Herz: Unter pharmakologischer Belastung
		3-220†	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	3-803.x†	Native MRT Herz: Sonstige
		3-221†	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	3-809†	Native MRT des Thorax
		3-222†	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	3-820†	MRT des Schädels mit Kontrastmittel
		3-224.0†	Computertomographie Herz m Kontrastmittel: In Ruhe	3-822†	MRT des Thorax mit Kontrastmittel
		3-224.1†	Computertomographie Herz m Kontrastmittel: Unter phys Belast	3-824.0†	MRT des Herzens mit Kontrastmittel: In Ruhe
		3-224.2†	Computertomographie Herz m Kontrastm: Unt pharmak Belast	3-824.1†	MRT des Herzens mit Kontrastmittel: Unter physischer Belast
		3-224.30†	CT Herz m KontrMittel: CT-KorAngiogr: oh Bestimm d FFRmyo	3-824.2†	MRT des Herzens mit Kontrastmittel: Unter pharmakolog Belast
		3-224.31†	CT Herz m KontrMittel: CT-KorAngiogr: mit Bestimm d FFRmyo	3-824.x†	MRT des Herzens mit Kontrastmittel: Sonstige
		3-224.x†	Computertomographie Herz mit Kontrastmittel: Sonstige	3-825†	MRT des Abdomens mit Kontrastmittel
		3-225†	Computertomographie Abdomen mit Kontrastmittel	3-840†	Magnetresonanz-Ventrikulographie
		3-226†	Computertomographie Becken mit Kontrastmittel		

SCHWEREGRAD EINER DRG - KARDIO

Split - Kostentrennung

Leistungsbereich	Hybrid-DRG	Text-Hybrid-DRG	Fallpauschale der Hybrid-DRG ohne postoperative Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte A) in Euro	Fallpauschale der Hybrid-DRG zuzüglich postoperativer Nachbehandlung im Krankenhaus (Spalte B) in Euro
Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt	F49Q	Hybrid-DRG 1 der DRG F49F (Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, ohne best. Eingr.)	1.927,53	1.957,53
Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt	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. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, ohne best. Eingr.)	1.144,01	1.174,01

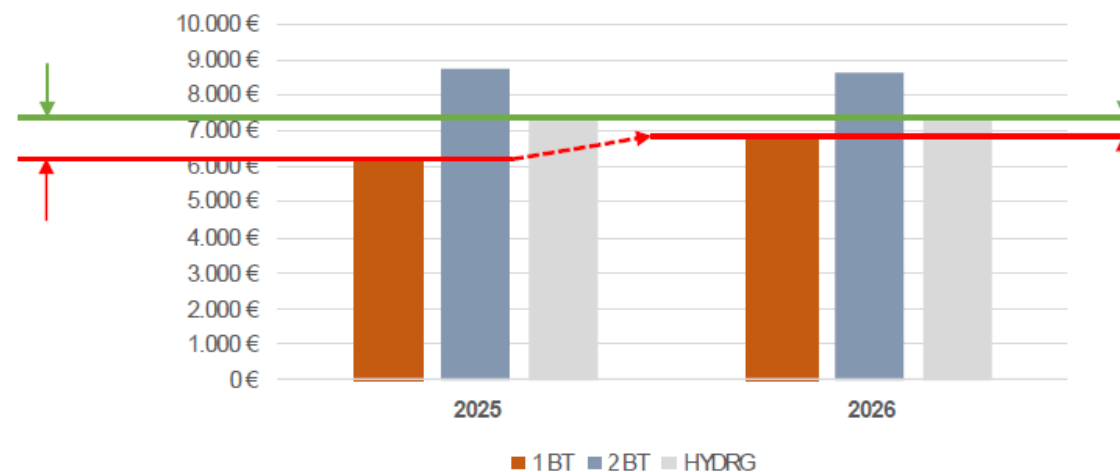
TEE
EBM
138,45€

ERLÖSVERGLEICH 2025 - 2026

H-DRG – Kurzlieger aDRG – Normallieger aDRG

aDRG	Hybrid-DRG	Text-Hybrid-DRG	Leistungsbereich	Fallpauschale der Hybrid-DRG zuzüglich postoperativer Nachbehandlung im KH	KL 2025	NL 2025	Fallpauschale der Hybrid-DRG zuzüglich postoperativer Nachbehandlung im KH	KL 2026	NL 2026
F50A	F50M	Hybrid-DRG der DRG F50A (Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen oder Implantation eines Ereignisrekorders oder Alter < 16 Jahre oder best. angeb. Herzfehler oder mit kompl. Ablation, Alter < 18 Jahre)	Ablation bei Herzrhythmusstörung		5.954,34 €	8.324,40 €	7.436,84 €	6.598,78 €	8.370,12 €
F50B	F50N	Hybrid-DRG der DRG F50B (Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne hochkomplexe Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne best. angeb. Herzfehler, mit komplexer Ablation, Alter > 17 Jahre)	Ablation bei Herzrhythmusstörung		4.481,40 €	6.751,32 €	5.098,89 €	5.164,63 €	6.820,73 €
F50C	F50O	Hybrid-DRG der DRG F50C (Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne hochkomplexe Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne best. angeb. Herzfehler, ohne kompl. Ablation, Alter > 15 Jahre)							

Erlösvergleich stationär/Hybrid 2025/26 F50A/ F50M



EINZELLEISTUNGSSICHT VERSUS PAUSCHALISIERUNG



115F HYBRID-DRG – KOMPONENTEN

Einmal Hybrid – immer Hybrid?

OPS aus Liste
Hybrid-OPS

Hauptdiagnose
ICD 10

Zeit - Verweildauer

Alter

KEIN Kontextfaktor | Ausschluss | pccl

Ein OPS
beschreibt
keine Leistung
- der EBM
(GOP) tut das

115F HYBRID-DRG – KOMPONENTEN

Einmal Hybrid – immer Hybrid?

OPS aus Liste
Hybrid-OPS

Hauptdiagnose ICD
10

Zeit - Verweildauer

Alter

KEIN Kontextfaktor

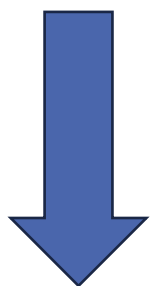
OPS

Arthrodesse (Versteifung) der Zehengelenke	5-780.6w	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Phalangen Fuß
--	----------	--

HD

M05.87

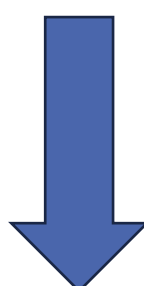
Sonstige seropositive
chronische Polyarthrititis:
Knöchel und Fuß



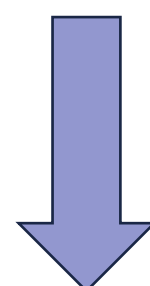
I20N

M00.07

Arthritis und Polyarthrititis
durch Staphylokokken:
Knöchel und Fuß



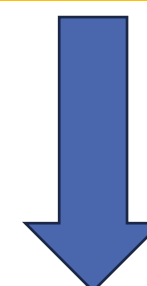
I20C



AOP

L60.0

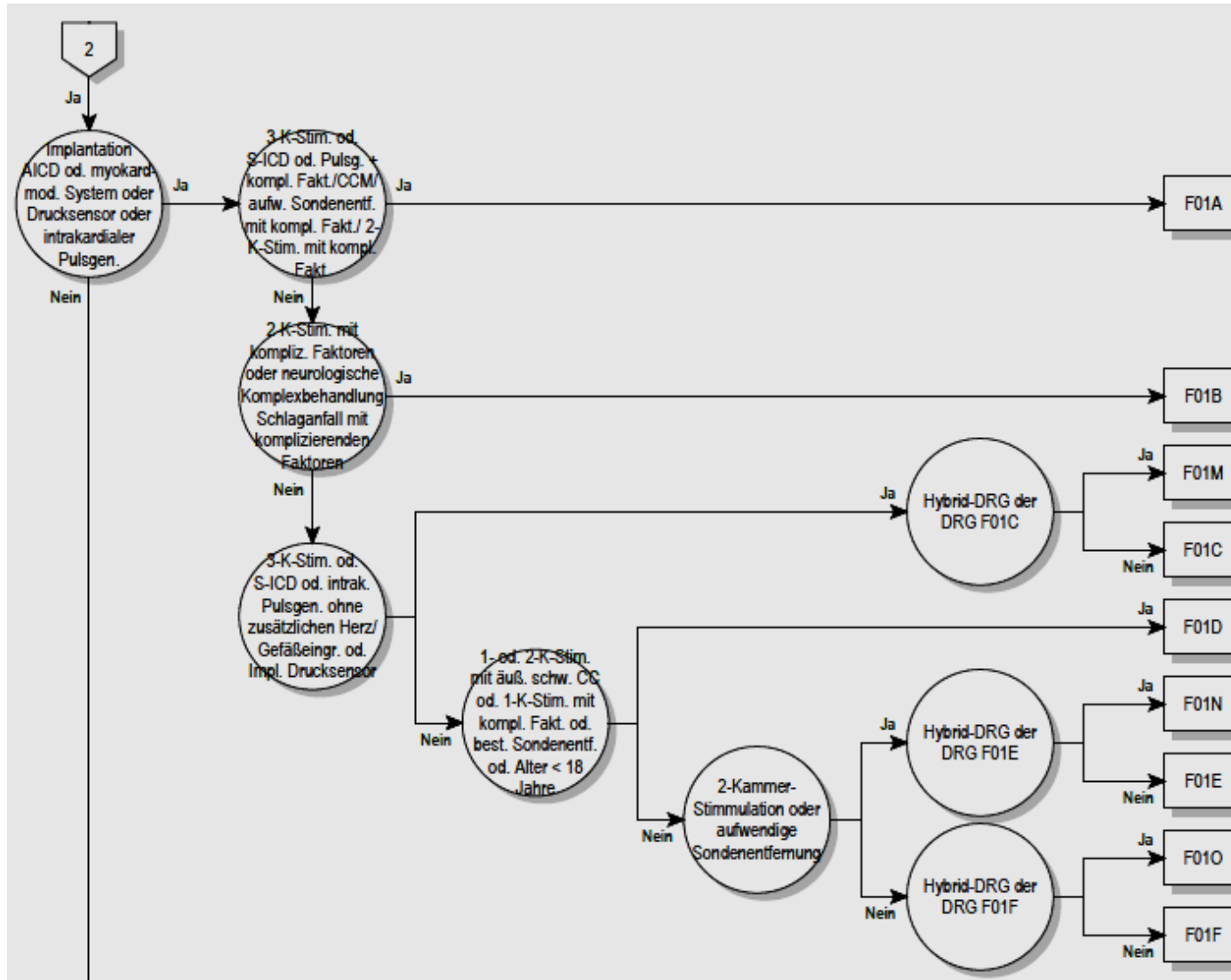
Unguis incarnatus



I20M

DER GROUPER

16.000 Seiten Power



Leistung

OPS KV



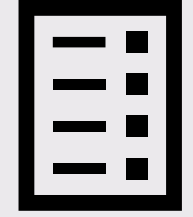
OPS AOP



OPS H-DRG



OPS aDRG



WER DARF WAS?

Abrechnungslogiken & Regeln

Leistungsart	was bringt = Erlöse	Erbringung	Abrechnung	Prozess	Bett/Stuhl/Nacht	SACHBEDARF	ENTLASSMANAGEMENT
KV/MVZ	€		EBM → €			Pauschalen + Nach Aufwand	
Ermächtigung	€		EBM → €			Pauschalen + Nach Aufwand	
Leistung OPS							
§115b AOP	€		EBM → €			Pauschalen + Nach Aufwand	
§115f Hybrid	€ €		€			Pauschal	
aDRG	€ € €		CMP → €			Pauschal + ZE & NUB	

Abrechnungslogiken & Regeln

	Leistungsart	was bringt = Erlöse	Erbringung	Abrechnung	Prozess	Bett/Stuhl/Nacht	SACHBEDARF	ENTLASSMANAGEMENT
Leistung OPS	KV/MVZ			EBM → €			Pauschalen + Nach Aufwand	
	Ermächtigung			EBM → €			Pauschalen + Nach Aufwand	
	§115b AOP			EBM → €			Pauschalen + Nach Aufwand	
Diagnose ICD	§115f Hybrid			€			Pauschal	
	aDRG			CMP → €			Pauschal + ZE & NUB	

WAS IST DRIN

WAS IST DRIN

Umfang der Fallpauschale

Von der Fallpauschale umfasst

- Aufklärung über die Leistungen der Hybrid-DRG → **EBM GP**
- perioperative Anästhesieleistungen beginnend mit der Feststellung der Operationsfähigkeit im Hinblick auf das Narkoserisiko → **EBM-Kapitel 05**
- Grundpauschale für Anästhesisten (sofern im Zusammenhang mit der OP)
- präanästhesiologischen Untersuchungen nach GOP 05310
- perioperative Laboruntersuchungen → **EBM-Kapitel 32**
- histopathologische und zytologische Beurteilung von intraoperativ entnommenem Material gemäß Indikation → **mittels ÜW**
- perioperative bildgebende Verfahren → **EBM-Kapitel 34**
- postoperative Überwachung und Nachbeobachtung → **EBM 31.3**
- Sachkosten und Arzneimittel → **7 %, SSB, EBM Kapitel V, SACH §115b, SV**
- Kosten für Unterkunft und Verpflegung
- ärztliche Abschlussuntersuchung(en), Dokumentation(en) → **EBM 31.2**
- Erstellung und Übermittlung eines Abschlussberichts an den weiterbehandelnden Vertragsarzt und Hausarzt → **EBM 32.2**
- Aushändigung des Abschlussberichts an die Versicherten
- **vor- und nachstationäre Behandlung, § 115a SGB V (Krankenhäuser) → !!!**

Separat vergütet nach EBM

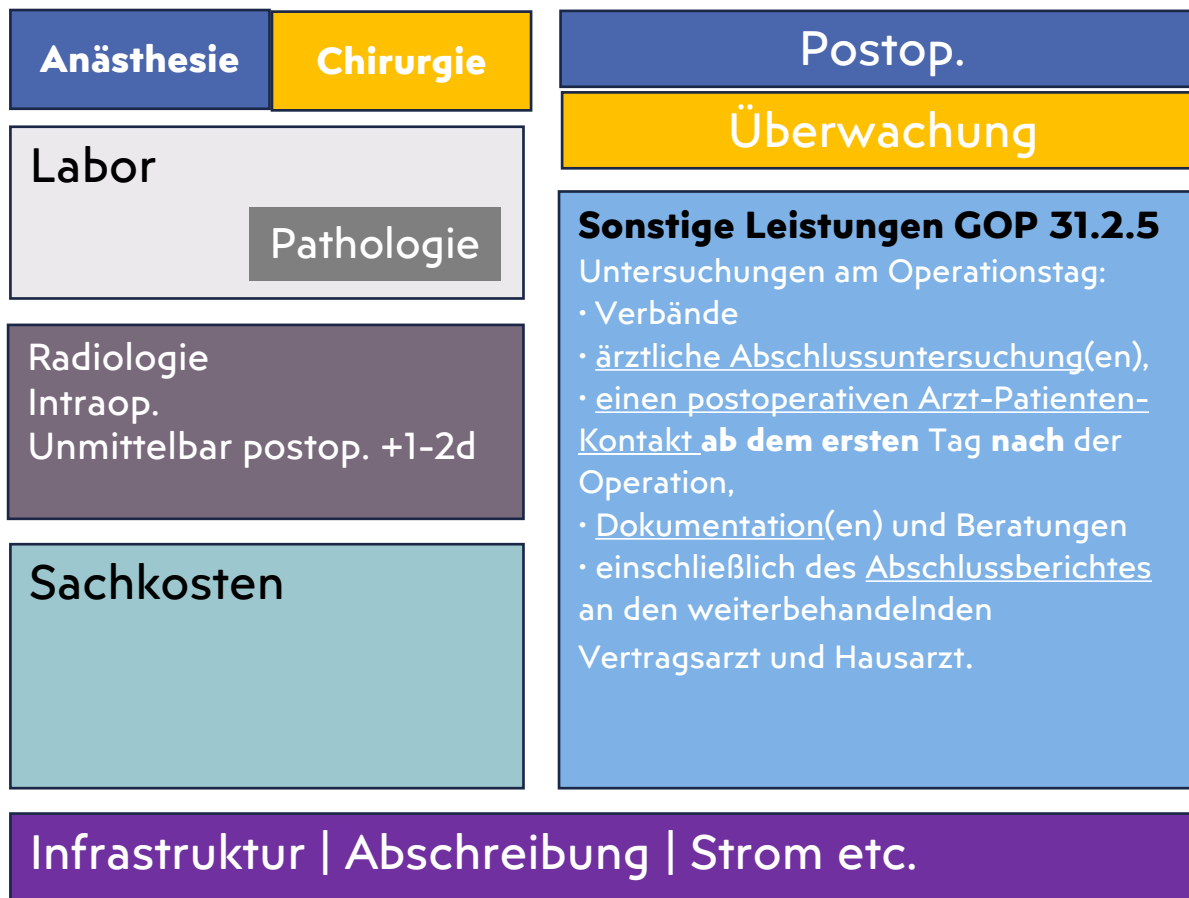
- bis **31.12.2026** präoperative Leistungen zur Indikationsstellung und Abklärung des Narkoserisikos (z. B. Leistungen Abschnitt 31.1 EBM, **05311**)
- postoperative Behandlung (Abschnitt 31.4 EBM)
- Sprechstundenbedarf

Separat vergütet Indikationsstellung

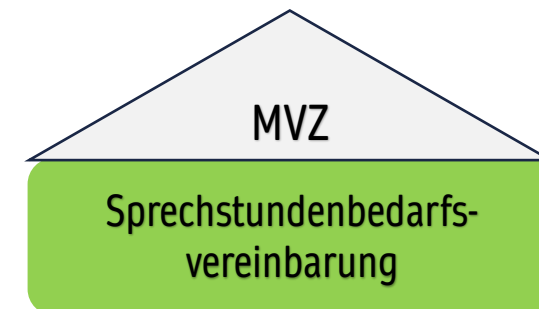
- Prä op Röntgen

Präop diagn.
Radiologie
Rö | CT

+

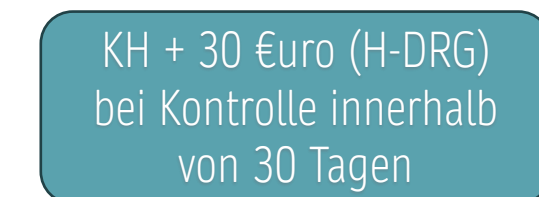
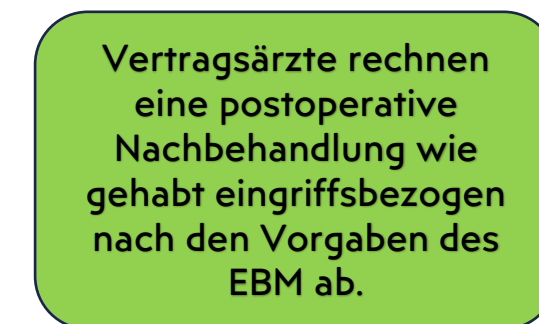


+



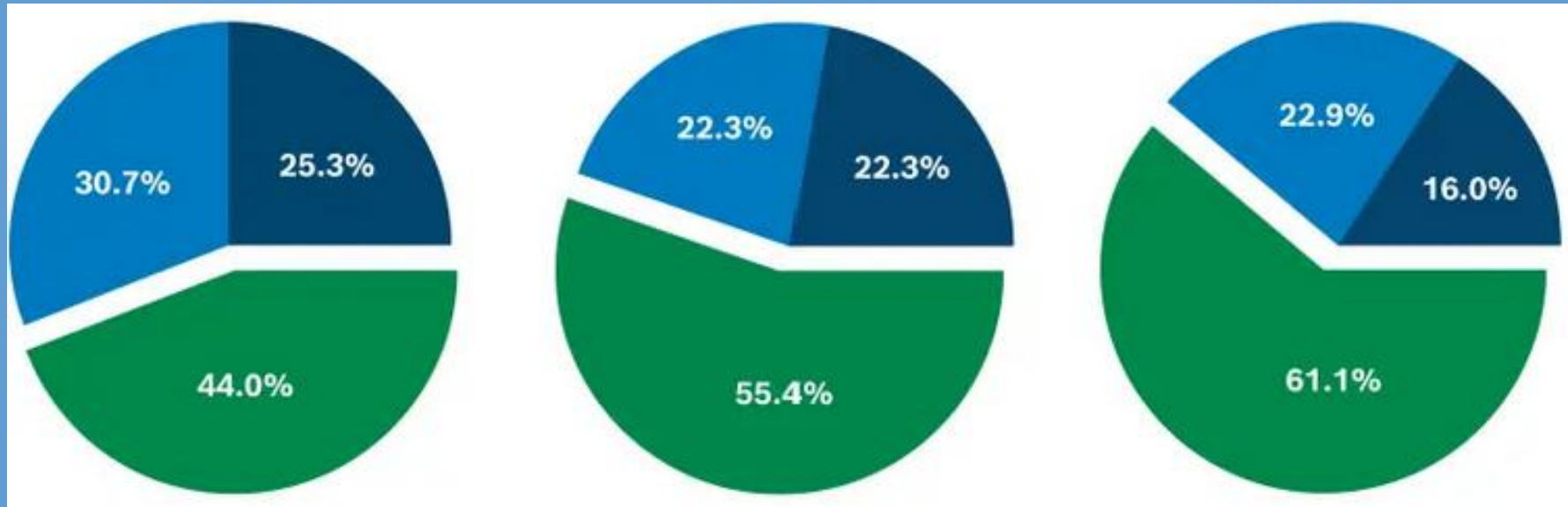
*Nicht mehr möglich:
Regionale Sachkostenvereinbarung
z.B. L058 Kunststoffnetzte Hernioplastik*

+



Welche Leistungen sind umfasst?
...Operation / Intervention sowie *unmittelbar damit verbundene ärztliche Leistungen*...

BERECHNUNG & KALKULATION AUFTEILUNG?



BERECHNUNGSBEIPIEL H-DRG

Abhängig von Sachkosten, Miete, Verteilung

Abhängig von Sachkosten, Miete, Verteilung

Miete/d	Eingriffe
800,00 €	5

Miete / Eingriff
160,00 €

				30%				40%	60%	
			Gesamterlös H-DRG		SK	Erlös H-DRG ohne SK		Miete	Erlös H-DRG ohne SK Mietabzug	
Hybrid	N05N	Hybrid-DRG der DRG N05B Ovariectomies and complex interventions on the uterine tubes except for malignant neoplasm, without extremely severe or severe CC or other intervention on the bladder or adhesiolysis, age > 15 years	1.742,81 €		522,84 €	1.219,97 €		160,00 €	1.059,97 €	
Hybrid	N25N	Hybrid-DRG der DRG N25Z Other interventions on the uterus and adnexa or certain hernias except for malignant neoplasm, without complex diagnosis or other minor interventions on the female genital organs, age > 13 years	1.752,32 €		525,70 €	1.226,62 €		160,00 €	1.066,62 €	
Hybrid	N07N	Hybrid-DRG der DRG N07A Other interventions on the uterus and adnexa or certain hernias except for malignant neoplasm, with complex diagnosis or certain interventions on the female genital organs, with specific Ei	1.598,91 €		479,67 €	1.119,24 €		160,00 €	959,24 €	

CHECK MIT INEK-MATRIX – NORMALLIEGER

Nur Anhaltspunkte – Verteilung kann nicht übernommen werden

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.

Original InEK-Kostendaten	DRG	Personalkosten			Sachkosten						Infrastruktur		SUMME
		ÄD	PD	MTD	Arzneimittel Gemeinkosten	Arzneimittel Einzelkosten	Implantate / Transplantate	übriger med. Bedarf Gemeinkosten	übriger med. Bedarf Einzelkosten	von dritten bezogene med. Leistungen	medizinisch	nicht med.	
01 Normalstation	F49E	525,00 €	- €	71,45 €	39,99 €	5,35 €	- €	46,05 €	3,79 €	2,74 €	257,13 €	722,72 €	1.674,22 €
02 Intensivstation	F49E	75,42 €	- €	3,94 €	9,31 €	0,75 €	- €	19,13 €	0,43 €	0,20 €	26,96 €	70,47 €	206,61 €
03 Dialyseabteilung	F49E												- €
04 OP-Bereich	F49E	1,09 €	- €	0,97 €	0,02 €	- €	- €	0,57 €	0,23 €	- €	0,34 €	0,45 €	3,67 €
05 Anaesthesie	F49E	2,55 €	- €	0,99 €	0,14 €	- €	- €	0,36 €	- €	- €	0,24 €	0,50 €	4,78 €
06 Kreißsaal	F49E												- €
07 Kard. Diagn./Therapie	F49E	207,79 €	- €	222,06 €	11,27 €	1,52 €	1,43 €	117,47 €	312,70 €	32,07 €	96,00 €	152,00 €	1.154,31 €
08 Endosk. Diagn./Therapie	F49E	6,25 €	- €	7,60 €	0,36 €	- €	0,01 €	3,21 €	0,71 €	0,10 €	2,88 €	3,56 €	24,68 €
09 Radiologie	F49E	51,66 €	- €	46,13 €	1,51 €	1,05 €	0,01 €	9,88 €	3,59 €	21,93 €	17,60 €	26,95 €	180,31 €
10 Labor	F49E	7,79 €	- €	40,22 €	2,10 €	2,49 €	- €	31,86 €	- €	31,43 €	6,39 €	17,15 €	139,43 €
11 Diagnostische Bereiche	F49E	104,09 €	1,31 €	73,17 €	1,30 €	0,01 €	- €	10,48 €	0,31 €	0,29 €	14,43 €	39,45 €	244,84 €
12 Therapeutische Verfahren	F49E	1,48 €	1,48 €	16,18 €	0,04 €	- €	- €	0,20 €	0,02 €	1,42 €	0,70 €	5,25 €	26,77 €
13 Patientenaufnahme	F49E	83,39 €	30,96 €	49,36 €	3,23 €	0,26 €	- €	10,27 €	1,00 €	0,13 €	14,54 €	49,73 €	242,87 €
	SUMME	1.066,51 €	33,75 €	532,07 €	69,27 €	11,43 €	1,45 €	249,48 €	322,78 €	90,31 €	437,21 €	1.088,23 €	3.902,49 €

CHECK MIT INEK-MATRIX – NORMALLIEGER

Nur Anhaltspunkte – Verteilung kann nicht übernommen werden

F50A

Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen oder Implantation eines Ereignisrekorders oder Alter < 16 Jahre oder best. angeb. Herzfehler oder mit kompl. Ablation, Alter < 18 Jahre

Original InEK-Kostendaten	DRG	Personalkosten			Sachkosten						Infrastruktur		SUMME
		ÄD	PD	MTD	Arzneimittel Gemeinkosten	Arzneimittel Einzelkosten	Implantate / Transplantate	übriger med. Bedarf Gemeinkosten	übriger med. Bedarf Einzelkosten	von dritten bezogene med. Leistungen	medizinisch	nicht med.	
01 Normalstation	F50A	397,81 €	- €	72,43 €	28,03 €	1,80 €	- €	33,61 €	14,42 €	2,54 €	208,59 €	589,45 €	1.348,68 €
02 Intensivstation	F50A	57,78 €	- €	4,62 €	6,32 €	1,53 €	- €	15,21 €	0,67 €	0,21 €	22,78 €	60,37 €	169,49 €
03 Dialyseabteilung	F50A												- €
04 OP-Bereich	F50A	3,96 €	- €	3,16 €	0,16 €	0,13 €	2,75 €	1,76 €	2,25 €	- €	1,25 €	2,31 €	17,73 €
05 Anaesthesie	F50A	44,24 €	- €	38,49 €	2,55 €	0,03 €	- €	11,18 €	0,03 €	0,01 €	5,75 €	14,27 €	116,55 €
06 Kreißsaal	F50A												- €
07 Kard. Diagn./Therapie	F50A	629,05 €	- €	521,07 €	20,82 €	2,68 €	10,56 €	246,80 €	3.946,00 €	174,41 €	229,19 €	378,75 €	6.159,33 €
08 Endosk. Diagn./Therapie	F50A	12,92 €	- €	12,96 €	0,63 €	- €	- €	6,16 €	0,60 €	- €	4,85 €	6,15 €	44,27 €
09 Radiologie	F50A	20,23 €	- €	18,04 €	0,41 €	0,04 €	0,76 €	3,25 €	3,69 €	6,61 €	6,60 €	10,47 €	70,10 €
10 Labor	F50A	4,56 €	- €	24,62 €	1,33 €	2,88 €	- €	20,47 €	- €	16,50 €	4,21 €	10,77 €	85,34 €
11 Diagnostische Bereiche	F50A	111,10 €	2,10 €	81,92 €	1,46 €	0,01 €	- €	10,19 €	0,47 €	0,28 €	20,60 €	48,41 €	276,54 €
12 Therapeutische Verfahren	F50A	0,40 €	0,29 €	4,14 €	0,01 €	- €	- €	0,06 €	- €	0,53 €	0,13 €	1,22 €	6,78 €
13 Patientenaufnahme	F50A	45,25 €	19,73 €	23,83 €	1,48 €	0,23 €	- €	5,00 €	0,21 €	0,03 €	9,20 €	28,94 €	133,90 €
	SUMME	1.327,30 €	22,12 €	805,28 €	63,20 €	9,33 €	14,07 €	353,69 €	3.968,34 €	201,12 €	513,15 €	1.151,11 €	8.428,71 €

CHECK MIT INEK-MATRIX – NORMALLIEGER

Nur Anhaltspunkte – Verteilung kann nicht übernommen werden

F01C

Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator oder intrakardialer Pulsgenerator, ohne komplizierende Faktoren oder Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie

Original InEK-Kostendaten	DRG	Personalkosten			Sachkosten						Infrastruktur		SUMME
		ÄD	PD	MTD	Arzneimittel Gemeinkosten	Arzneimittel Einzelkosten	Implantate / Transplantate	übriger med. Bedarf Gemeinkosten	übriger med. Bedarf Einzelkosten	von dritten bezogene med. Leistungen	medizinisch	nicht med.	
01 Normalstation	F01C	508,71 €	- €	87,55 €	38,30 €	6,48 €	- €	47,55 €	6,87 €	2,56 €	277,24 €	758,92 €	1.734,18 €
02 Intensivstation	F01C	195,47 €	- €	12,68 €	26,54 €	2,38 €	2,31 €	55,00 €	1,47 €	1,54 €	72,48 €	184,99 €	554,86 €
03 Dialyseabteilung	F01C												- €
04 OP-Bereich	F01C	139,98 €	- €	140,98 €	9,00 €	0,51 €	2.206,68 €	123,84 €	74,57 €	6,13 €	68,08 €	129,91 €	2.899,68 €
05 Anaesthesie	F01C	151,99 €	- €	90,40 €	15,12 €	0,03 €	- €	28,60 €	0,53 €	0,39 €	16,29 €	38,76 €	342,11 €
06 Kreißsaal	F01C												- €
07 Kard. Diagn./Therapie	F01C	385,33 €	- €	384,12 €	14,15 €	1,48 €	4.748,42 €	147,83 €	297,78 €	81,84 €	161,95 €	259,49 €	6.482,39 €
08 Endosk. Diagn./Therapie	F01C	2,34 €	- €	2,84 €	0,10 €	- €	- €	1,07 €	0,26 €	0,09 €	1,26 €	1,45 €	9,41 €
09 Radiologie	F01C	50,12 €	- €	50,51 €	0,67 €	0,11 €	0,56 €	8,17 €	2,87 €	15,28 €	17,24 €	27,61 €	173,14 €
10 Labor	F01C	8,82 €	- €	45,06 €	2,80 €	7,24 €	5,16 €	36,68 €	0,02 €	30,44 €	7,24 €	19,43 €	162,89 €
11 Diagnostische Bereiche	F01C	88,21 €	1,34 €	70,12 €	0,99 €	- €	- €	10,17 €	0,13 €	0,16 €	14,79 €	35,85 €	221,76 €
12 Therapeutische Verfahren	F01C	1,51 €	1,88 €	15,55 €	0,06 €	- €	- €	0,21 €	- €	2,20 €	0,73 €	4,85 €	26,99 €
13 Patientenaufnahme	F01C	65,50 €	20,00 €	31,55 €	2,14 €	0,21 €	- €	6,79 €	0,06 €	0,03 €	12,43 €	38,15 €	176,86 €
	SUMME	1.597,98 €	23,22 €	931,36 €	109,87 €	18,44 €	6.963,13 €	465,91 €	384,56 €	140,66 €	649,73 €	1.499,41 €	12.784,27 €

WAHLELEISTUNG

PRIVATPATIENTEN IN DER PRAXIS

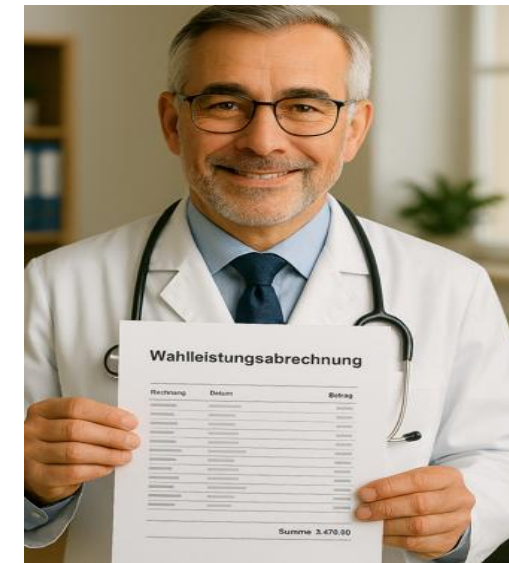
Zu unterscheiden sind Wahlleistungspatienten von ambulanten Privatpatienten

Gilt die Hybrid-DRG-Abrechnung auch für Privatpatienten?

Nein, für Privatpatienten bleibt alles beim Alten: Die Abrechnung erfolgt weiterhin nach GOÄ, inklusive Auslagen und Zuschlägen. Um Honorarausfälle zu vermeiden und ihre Liquidität zuverlässig zu sichern, können Praxen die gesamte Abrechnung an AÄA auslagern. AÄA sorgt dafür, dass die Privatabrechnung professionell und vollständig erfolgt – für maximale Sicherheit und eine reibungslose Praxisorganisation.

Bei rein ambulanten Privatpatienten:
gilt **nicht** Privatliquidation + Hybrid-DRG
Sondern nur die Privatleistung

Nur im KH gilt:



Privatliquidation
+ Hybrid-DRG

Quelle: https://www.apotheken-aerzte.de/aerzte/wissen/hybrid-drg-transparenz-und-effizienz?utm_source=Newsletter&utm_medium=email&utm_content=Honorarvereinbarungen%20in%20der%20GO%C3%84neu%20%7C%20Hybrid-DRG%20%7C%20GO%C3%84-Webinar%20f%C3%BCr%20Allgemeinmediziner&utm_campaign=%C3%84RZ%20%2F%20Alle%20Fachrichtungen%20%2F%20Weihnachten%202024%20%28Kopieren%29&vgo_ee=pa6jReMBQq6HkXihtAmrYufJwzFLBpK2rFzIWzdwLWM8xiRw4Q%3D%3D%3AQbVYLfT92AoabosncJ9ogxbEsMS%2BD463

HYBRID-DRG VS. PRIVATLEISTUNG

Sektorengleich und doch unterschiedlich

		GKV-Patient	PKV Patient
	Vertragsarzt	H-DRG	GOÄ Abrechnung
Leistung die in eine H-DRG triggert	Krankenhaus	H-DRG	H-DRG + WL*
	Belegarzt im Krankenhaus	H-DRG	H-DRG **

HYBRID-DRG VS. PRIVATLEISTUNG

Sektorengleich und doch unterschiedlich

	GKV-Patient	PKV Patient
Vertragsarzt	H-DRG	GOÄ Abrechnung
Krankenhaus	H-DRG	H-DRG + WL*
Belegarzt im Krankenhaus	H-DRG	H-DRG **

Nicht ganz klar geregelt GKV mit Zusatzversicherung
Muss mindestens „schlafen“

*Zu beachten ist dabei aber, dass diese GOÄ-Leistungen, auch wenn diese am Ende **rein ambulant** erbracht wurden, dennoch gemäß §6a GOÄ um **25% gemindert** werden müssen, da es sich hierbei um „stationsäquivalente“ bzw. „tagesstationäre“ Leistungen nach der seit 07-2023 geltenden Neufassung des §6a GOÄ handelt.

Auch die Berechnung von „**Ambulanzzuschlägen**“ ist hier **nicht** möglich.

HYBRID-DRG VS. PRIVATLEISTUNG

Sektorengleich und doch unterschiedlich

	GKV-Patient	PKV Patient
Vertragsarzt	H-DRG	GOÄ Abrechnung
Krankenhaus	H-DRG	H-DRG + WL*
Belegarzt im Krankenhaus	H-DRG	H-DRG **

** keine Wahlleistung; Frühzeitig mit der Klinik klären, wie das Honorar aus der Pauschale verteilt wird

VERGLEICHE ABRECHNUNG & GROUPEBEISPIELE



KARDIOLOGIE

Migrationsschema Hybrid-DRGs Basis-DRG F50

8-835*	AVK	LA	LV	PV	RA	RV
And EnQu	F50C → F50O	F50C → F50O	F50C → F50C	F50B → F50N	F50C → F50O	F50C → F50O
BipPhV RFA		F50B → F50N				
Gek RFA		F50C → F50O				
IRE		F50C → F50O				
Konv RFA		F50B → F50N				
Kryo						

8-835* + 3D	AVK	LA	LV	PV	RA	RV
And EnQu	F50C → F50O	F50A → F50M	F50B → F50B	F50A → F50M	F50B → F50N	F50B → F50N
BipPhV RFA			F50A → F50A			
Gek RFA			F50B → F50B			
IRE			F50A → F50A			
Konv RFA						
Kryo						

KARDIOLOGIE

Migrationsschema Hybrid-DRGs Basis-DRG F50

1. **3 D-Verfahren** und / oder **transseptale Techniken verhindern** die Hybrid-DRG **nicht**.
2. Die Anwendung dieser Verfahren kann analog zur stationären F50 regelmäßig zur **Aufwertung** führen.
3. Dabei werden Fälle aber (wie auch bisher in der F50) zwischen Hybrid-DRGs verschoben.
4. Es wird **immer** 1:1 übergeleitet:
 - Fall war in der F50A → Fall kommt in die F50M
 - Fall war in der F50B → Fall kommt in die F50N
 - Fall war in der F50C → Fall kommt in die F50O



KARDIOLOGIE

Hybrid-DRG F49

Hybrid MDC 05 – 18 (F49-V13)	
1-265.4	KathGest EPU Herz, Tachyk schmal QRS-Kplx od atrial Tach
1-265.8	KathGest EPU Herz, Synk unkl Genese
1-265.x/y	KathGest EPU Herz, sonst/nnbez
1-273.1	Rechts-HKT: Oxymetrie
1-273.2	Rechts-HKT: Oxymetrie Druckmess Mess Shuntvolumen
1-273.x/v	Rechts-HKT: Oxymetrie: sonst/nnbez
1-274.0	Transsept Li-Herzkath, Druckmess
1-274.30	Transsept Li-HKT, Sond ASD: Mit Nadel
1-274.3x	Transsept Li-HKT, Sond ASD: Sonstige
1-274.x	Transsept Li-Herzkath, sonst
1-274.y	Transsept Li-Herzkath, nnbez
1-275*	Transart LHK (bis auf 1-275.6 VentrGr Druckm LV u AoBoDarst
1-279.0	HKT: Bestimm Herzvol u AustrFrakt
1-279.a	Koronarangiogr Bestim intrakor Druckverh d Druckdrahtmess

+

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

Mit **einem** OPS-Kode **aus beiden** Tabellen

oder

zwei aus **jeweils einer** Tabelle sind die Hybrid-DRG-Voraussetzungen in der **F49 erfüllt**.

KARDIOLOGIE

Hybrid-DRG F49

F49N

Hybrid MDC 05 – 19 (F49-V16)

1-265.4	KathGest EPU Herz, Tachyk schmal QRS-Kplx od atrial Tach
1-265.x	KathGest EPU Herz, sonst
1-265.y	KathGest EPU Herz, nnbez
1-268*	Kardiales Mapping
1-276.0	Pulmonalisangiographie als selbständige Maßnahme


F49M
F49P

Hybrid MDC 05 – 22 (F49-V17)

1-265*	KathGest EPU Herz, Tachyk schm QRS-Kplx od atrial Tach (bis auf: Endstelle -0, -1, -3 (Stör Sinuskn, AV-Überl, fasz Block))
1-268*	Kardiales Mapping
1-274.1	Transsept Li-Herzkath (bis auf -0 Druckm)
3-300.1	OCT: Koronargefäße
3-721*	Single-Photon-EmissCT Herz: MyokSzint


F49O
F49R

Hybrid MDC 05 – 21 (F49-V18)

3-052	TEE
3-20*	CT bis auf Hals, Skelett, periph. Gef.
3-221	CT des Halses mit KM
3-222	CT des Thorax mit KM
3-224*	CT Herz m KM
3-224.1	CT Herz m KM: Unter phys Belast
3-225	CT Abdomen mit KM
3-226	CT Becken mit KM
3-703*	Szintigraphie Lunge
3-800	Native MRT des Schädels
3-803*	Native MRT Herz
3-809	Native MRT des Thorax
3-820	CT des Schädels mit KM
3-822	CT des Thorax mit KM
3-824*	MRT des Herzens mit KM
3-825	MRT des Abdomens mit KM
3-840	MR-Ventrikulographie


F49Q

KARDIOLOGIE

Ablation LA ohne 3D

Gruppierungsergebnis (G-DRG 2026)						
MDC	05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems				
DRG	F50N	Hybrid-DRG der DRG F50B Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne hochkomplexe Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne best. angeb. Herzfehler, mit komplexer Ablation, Alter > 17 Jahre				
PCCL	0	Status: normales Grouping (GetDRG-Grouper 2026) (GetDRG V25.2.0.0)				
Verweildauer	aktuelle VWD:	2	1. Tag Abschlag:	0	1. Tag Zuschlag:	0
	mittl. VWD (arith.):	0	untere GVWD:	0	obere GVWD:	0
Bewertungsrelation (DRG)	Katalog-BWR (DRG):	0	eff. DRG-Bewertungsrelation:	0	(Zuschlag: 0)	
DRG-Entgelt	Basisentgelt:	0,00 €	eff. DRG-Entgelt:	0 €	(Zuschlag: 0,00 €; Basisfallwert: 4561,37 €)	
Pflege-Entgelt	Pflege BWR/Tag:	0	eff. Pflege-BWR (VWD=2):	0	eff. Pflege-Entgelt:	0 €
Summe Entgelte:	5.098,89 €	Hybrid-DRG zuzüglich postoperativer Nachbehandlung, Veränderungswert 2,98%				
Diagnosen (ICD-10-GM 2026)						
	Kode	Bezeichnung		Verwendet	CCL	
	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal		N	0	gültig
Prozeduren (OPS Version 2026)						
	Kode	Bezeichnung		Verwendet	OR/NOR	Amtlich
	8-835.33	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Linker Vorhof		J	OP	8-835.33

KARDIOLOGIE

Ablation LV

F50C

Gruppierungsergebnis (G-DRG 2026)

MDC	05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems				
DRG	F50C	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne hochkomplexe Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne best. angeb. Herzfehler, ohne komplexe Ablation, Alter > 15 Jahre				
PCCL	0	Status: normales Grouping (GetDRG-Grouper 2026) (GetDRG V25.2.0.0)				
Verweildauer	aktuelle VWD:	2	1. Tag Abschlag:	1	1. Tag Zuschlag:	12
	mittl. VWD (arith.):	5	untere GVWD:	2	obere GVWD:	11
Bewertungsrelation (DRG)	Katalog-BWR (DRG):	1,187	eff. DRG-Bewertungsrelation:	1,187	(Zuschlag: 0)	
DRG-Entgelt	Basisentgelt:	5414,35 €	eff. DRG-Entgelt:	5414,35 €	(Zuschlag: 0,00 €, Basisfallwert: 4561,37 €)	
Pflege-Entgelt	Pflege BWR/Tag:	0,8786	eff. Pflege-BWR (VWD=2):	1,7572	eff. Pflege-Entgelt:	439,3 €
Summe Entgelte:	5853,65 €					Pflegeentgeltwert: 250 €

Diagnosen (ICD-10-GM 2026)

Kode	Bezeichnung	Verwendet	CCL	
I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	N	0	gültig

Prozeduren (OPS Version 2026)

Kode	Bezeichnung	Verwendet	OR/NOR	Amtlich
8-835.34	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Linker Ventrikel	J	OP	8-835.34

KARDIOLOGIE

Ablation LV + 3D

F50A

Gruppierungsergebnis (G-DRG 2026)							
MDC	05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems					
DRG	F50A	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen oder Implantation eines Ereignisrekorders oder Alter < 16 Jahre oder best. angeb. Herzfehler oder mit kompl. Ablation, Alter < 18 Jahre					
PCCL	0	Status: normales Grouping (GetDRG-Grouper 2026) (GetDRG V25.2.0.0)					
Verweildauer	aktuelle VWD:	2	1. Tag Abschlag:	1	1. Tag Zuschlag:	11	
	mittl. VWD (arith.):	4,5	untere GVWD:	2	obere GVWD:	10	
Bewertungsrelation (DRG)	Katalog-BWR (DRG):	1,961	eff. DRG-Bewertungsrelation:	1,961	(Zuschlag: 0)		
DRG-Entgelt	Basisentgelt:	8944,85 €	eff. DRG-Entgelt:	8944,85 €	(Zuschlag: 0,00 €; Basisfallwert: 4561,37 €)		
Pflege-Entgelt	Pflege BWR/Tag:	0,8895	eff. Pflege-BWR (VWD=2):	1,779	eff. Pflege-Entgelt:	444,75 €	
Summe Entgelte:	9389,6 €						
Diagnosen (ICD-10-GM 2026)							
	Kode	Bezeichnung			Verwendet	CCL	
	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal			N	0 gültig	
Prozeduren (OPS Version 2026)							
	Kode	Bezeichnung			Verwendet	OR/ NOR	Amtlich
	8-835.34	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Linker Ventrikel			J	OP	8-835.34
	8-835.j	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Anwendung hochauflösender, multipolarer, dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren			J	NOP	8-835.j

KARDIOLOGIE

Ablation LV + LA

Gruppierungsergebnis (G-DRG 2026)

MDC	05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems					
DRG	F50B	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne hochkomplexe Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne best. angeb. Herzfehler, mit komplexer Ablation, Alter > 17 Jahre					
PCCL	0	Status: normales Grouping (GetDRG-Grouper 2026) (GetDRG V25.2.0.0)					
Verweildauer	aktuelle VWD:	2	1. Tag Abschlag:	1	1. Tag Zuschlag:	11	
	mittl. VWD (arith.):	4,8	untere GVWD:	2	obere GVWD:	10	
Bewertungsrelation (DRG)	Katalog-BWR (DRG):	1,598	eff. DRG-Bewertungsrelation:	1,598	(Zuschlag: 0)		
DRG-Entgelt	Basisentgelt:	7289,07 €	eff. DRG-Entgelt:	7289,07 €	(Zuschlag: 0,00 €; Basisfallwert: 4561,37 €)		
Pflege-Entgelt	Pflege BWR/Tag:	0,8495	eff. Pflege-BWR (VWD=2):	1,699	eff. Pflege-Entgelt:	424,75 €	Pflegeentgeltwert: 250 €
Summe Entgelte:	7713,82 €						

Diagnosen (ICD-10-GM 2026)

Kode	Bezeichnung	Verwendet	CCL	
I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	N	0	gültig

Prozeduren (OPS Version 2026)

Kode	Bezeichnung	Verwendet	OR/NOR	Amtlich
8-835.34	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Linker Ventrikel	J	OP	8-835.34
8-835.33	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen: Gekühlte Radiofrequenzablation: Linker Vorhof	J	OP	8-835.33

KARDIOLOGIE

Herzkatheter AP + LHK

F49R

Gruppierungsergebnis (G-DRG 2026)									
MDC	05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems							
DRG	F49R	Hybrid-DRG 2 der DRG F49F Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, ohne best. Eingr.							
PCCL	0	Status: normales Grouping (GetDRG-Grouper 2026) (GetDRG V25.2.0.0)							
Verweildauer	aktuelle VWD:	1	1. Tag Abschlag:	0	1. Tag Zuschlag:	0			
	mittl. VWD (arith.):	0	untere GVWD:	0	obere GVWD:	0			
Bewertungsrelation (DRG)	Katalog-BWR (DRG):	0	eff. DRG-Bewertungsrelation:	0	(Zuschlag: 0)				
DRG-Entgelt	Dasisentgelt:	0,00 €	eff. DRG-Entgelt:	0 €	(Zuschlag: 0,00 €; Dasisfallwert: 4501,37 €)				
Pflege-Entgelt	Pflege BWR/Tag:	0	eff. Pflege-BWR (VWD=1):	0	eff. Pflege-Entgelt:	0 €	Pflegeentgeltwert:	250 €	
Summe Entgelte:	1.174,01 €	Hybrid-DRG zuzüglich postoperativer Nachbehandlung, Veränderungswert 2,98%							
Diagnosen (ICD-10-GM 2026)									
	Kode	Bezeichnung			Verwendet	CCL			
	I20.0	Instabile Angina pectoris			N	1	gültig		
Prozeduren (OPS Version 2026)									
	Kode	Bezeichnung			Verwendet	OR/NOR	Amtlich		
	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen			J	NOP	1-275.0		

KARDIOLOGIE

Herzkatheter AP + LHK + TEE

Gruppierungsergebnis (G-DRG 2026)						
MDC	05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems				
DRG	F49Q	Hybrid-DRG 1 der DRG F49F Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, ohne best. Eingr.				
PCCL	0	Status: normales Grouping (GetDRG-Grouper 2026) (GetDRG V25.2.0.0)				
Verweildauer	aktuelle VWD:	1	1. Tag Abschlag:	0	1. Tag Zuschlag:	0
	mittl. VWD (arith.):	0	untere GVWD:	0	obere GVWD:	0
Bewertungsrelation (DRG)	Katalog-BWR (DRG):	0	eff. DRG-Bewertungsrelation:	0	(Zuschlag: 0)	
DRG-Entgelt	Basisentgelt:	0,00 €	eff. DRG-Entgelt:	0 €	(Zuschlag: 0,00 €; Basisfallwert: 4561,37 €)	
Pflege-Entgelt	Pflege BWR/Tag:	0	eff. Pflege-BWR (VWD=1):	0	eff. Pflege-Entgelt:	0 €
Summe Entgelte:	1.957,53 €	Hybrid-DRG zuzüglich postoperativer Nachbehandlung, Veränderungswert 2,98%				
Diagnosen (ICD-10-GM 2026)						
	Kode	Bezeichnung		Verwendet	CCL	
	I20.0	Instabile Angina pectoris		N	1	gültig
Prozeduren (OPS Version 2026)						
	Kode	Bezeichnung		Verwendet	OR/NOR	Amtlich
	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen		J	NOP	1-275.0
	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]		J	NOP	3-052

KARDIOLOGIE

Herzinsuff. + LHK

F49P

Gruppierungsergebnis (G-DRG 2026)						
MDC	05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems				
DRG	F49P	Hybrid-DRG 2 der DRG F49E Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr.				
PCCL	0	Status: normales Grouping (GetDRG-Grouper 2026) (GetDRG V25.2.0.0)				
Verweildauer	aktuelle VWD:	1	1. Tag Abschlag:	0	1. Tag Zuschlag:	0
	mittl. VWD (arith.):	0	untere GVWD:	0	obere GVWD:	0
Bewertungsrelation (DRG)	Katalog-BWR (DRG):	0	eff. DRG-Bewertungsrelation:	0	(Zuschlag: 0)	
DRG-Entgelt	Basisentgelt:	0,00 €	eff. DRG-Entgelt:	0 €	(Zuschlag: 0,00 €; Basisfallwert: 4561,37 €)	
Pflege-Entgelt	Pflege BWR/Tag:	0	eff. Pflege-BWR (VWD=1):	0	eff. Pflege-Entgelt:	0 €
Summe Entgelte:	2.077,45 €	Hybrid-DRG zuzüglich postoperativer Nachbehandlung, Veränderungswert 2,98%				
Diagnosen (ICD-10-GM 2026)						
	Kode	Bezeichnung		Verwendet	CCL	
	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz		J	0	gültig
Prozeduren (OPS Version 2026)						
	Kode	Bezeichnung		Verwendet	OR/NOR	Amtlich
	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen		J	NOP	1-275.0

KARDIOLOGIE

AOP

AOP Abrechnung

EBM Ziffer	Leistungsbezeichnung	EBM Punkte Stand 2025	EUR
01520	Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Koronarangiografie	878	108,81 €
34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	3175	393,49 €
40300	Sachkosten für eine Koronarangiografie	0	181,50 €
1-275.1	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel		683,80 €
13545	Duplex-Echokardiographie Zuschlag TEE OPS 3-052	739	91,95 €
33023	Transösophagealer Durchführung	739	46,85 €
3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]		138,80 €
			822,60 €

ZUSAMMENFASSUNG FÜR EINFACHE EINGRIFFE

ein OPS-Kode

OPS	Text		DRG 2025	HYDRG 2026
5-377.50	Implantation HSM, Defi und Ereignis-Rekorders	Defi mit 1KS: Oh atr Det	F01F	F01O
5-377.6		Defi mit 2KS	F01E	F01N
5-377.70		Defi mit biventr Stim: Ohne VHElekt	F01C	F01M
5-377.71		Defi mit biventr Stim: Mit VHElekt	F01C	F01M
5-378.55	Entfernung, Wechsel und Korrektur HSM und Defi	AggrWechsel (oh Änd Sonde): Defi mit 2KS	F02A	F02M
5-378.5c		AggrWechsel (oh Änd Sonde): Defi mit 1KS, ohne atriale Detektion	F02B	F02N
5-378.5d		AggrWechsel (oh Änd Sonde): Defi mit 1KS, mit atrialer Detektion	F02B	F02N
5-378.5e		AggrWechsel (oh Änd Sonde): Defi mit biventr Stim, ohne VHElekt	F02A	F02M
5-378.5f		AggrWechsel (oh Änd Sonde): Defi mit biventr Stim, mit VHElekt	F02A	F02M
5-378.5g		AggrWechsel (oh Änd Sonde): Defi mit SC Elekt	F01C	F01M
5-378.b8		SystUmst HSM auf Defi mit 1KS, ohne atriale Detektion	F01F	F01O
5-378.ba		SystUmst HSM auf HSM, Defi od intrakard ImpGen: HSM auf Defi mit 2KS	F01E	F01N
5-378.bb		SystUmst HSM auf Defi mit biventr Stim, ohne VHElekt	F01C	F01M
5-378.bc		SystUmst HSM auf Defi mit biventr Stim, mit VHElekt	F01C	F01M
5-378.c0		SystUmst Defi mit 1KS auf Defi mit 2KS	F01E	F01N
5-378.c1		SystUmst Defi mit 1KS auf Defi mit biventr Stim, ohne VHElekt	F01C	F01M
5-378.c2		SystUmst Defi mit 1KS auf Defi mit biventr Stim, mit VHElekt	F01C	F01M
5-378.c5		SystUmst Defi mit 2KS auf Defi mit biventr Stim, ohne VHElekt	F01C	F01M
5-378.c6		SystUmst Defi mit 2KS auf Defi mit biventr Stim, mit VHElekt	F01C	F01M
5-378.c9		SystUmst Defi mit biventr Stim auf Defi mit 2KS	F01E	F01N
5-378.cf		SystUmst Defi mit SC Elekt auf Defi mit 1KS, ohne atriale Detektion	F01F	F01O
5-378.ch		SystUmst Defi mit SC Elekt auf Defi mit 2KS	F01E	F01N
5-378.cj		SystUmst Defi mit SC Elekt auf Defi mit biventr Stim, ohne VHElekt	F01C	F01M
5-378.ck		SystUmst Defi mit SC Elekt auf Defi mit biventr Stim, mit VHElekt	F01C	F01M
5-378.d4		SystUmst intrakard ImpGen auf Defi mit 1KS, ohne atriale Detektion	F01F	F01O
5-378.d6		SystUmst intrakard ImpGen auf HSM oder Defi: Intrakard ImpGen auf Defi mit 2KS	F01E	F01N
5-378.d7		SystUmst intrakard ImpGen auf Defi mit biventr Stim, ohne VHElekt	F01C	F01M
5-378.d8		SystUmst intrakard ImpGen auf Defi mit biventr Stim, mit VHElekt	F01C	F01M

RICHTLINIE ZUR DATENGESTÜTZTEN EINRICHTUNGSÜBERGREIFENDEN QUALITÄTSSICHERUNG – DEQS-RL

QUALITÄTSSICHERUNGSBÖGEN

Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – DeQS-RL

Die Richtlinie legt in Teil 1 – den Rahmenbestimmungen – die infrastrukturellen und verfahrenstechnischen Grundlagen zur Messung der Versorgungsqualität durch das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und das Verarbeiten und Nutzen von Daten bei den Krankenkassen für den Vergleich der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer untereinander fest. In Teil 2 der Richtlinie werden in themenspezifischen Bestimmungen die erfassten Leistungen und die Einzelheiten des jeweiligen Qualitätssicherungsverfahrens geregelt:

- Verfahren 1 – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)
- Verfahren 2 – Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)
- Verfahren 3 – Cholezystektomie (QS CHE)
- Verfahren 4 – Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)
- Verfahren 5 – Transplantationsmedizin (QS TX)
- Verfahren 6 – Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)
- Verfahren 7 – Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)
- Verfahren 8 – Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)
- Verfahren 9 – Mammachirurgie (QS MC)
- Verfahren 10 – Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)
- Verfahren 11 – Dekubitusprophylaxe (QS DEK)
- Verfahren 12 – Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)
- Verfahren 13 – Perinatalmedizin (QS PM)
- Verfahren 14 – Hüftgelenkversorgung (QS HGV)
- Verfahren 15 – Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)
- Verfahren 16 – ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (QS ambulante Psychotherapie)

DIENSTAG, 16. DEZEMBER 2025

QS-Dokumentationsverpflichtung für Hybrid-DRGs im Verfahren QS-PCI

Durch die Einführung von Hybrid-DRGs ergeben sich im Erfassungsjahr 2026 bei der Auslösung von ambulant erbrachten perkutanen Koronarinterventionen und Koronarangiographien Probleme, da der QS-Filter bisher noch nicht auf die Hybrid-DRG angepasst werden konnte. Das IQTIG hat klargestellt, dass eine manuelle Auslöseverpflichtung der QS-Bögen für vertragsärztlich erbrachte Hybrid-DRG-Leistungen besteht. Im Krankenhaus und selektivvertraglich durchgeführte Hybrid-DRG Fälle lösen gemäß QS-Filter aus. Bei der Dokumentation kann das Datenfeld 2- „Art der Leistungserbringung“ leer gelassen werden, um den Bogen abschließen zu können.

QUALITÄTSSICHERUNGSBÖGEN

Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – DeQS-RL

Die Richtlinie legt in Teil 1 – den Rahmenbestimmungen – die infrastrukturellen und verfahrenstechnischen Grundlagen zur Messung der Versorgungsqualität durch das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und das Verarbeiten und Nutzen von Daten bei den Krankenkassen für den Vergleich der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer untereinander fest. In Teil 2 der Richtlinie werden in themenspezifischen Bestimmungen die erfassten Leistungen und die Einzelheiten des jeweiligen Qualitätssicherungsverfahrens geregelt:

- Verfahren 1 – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)
- Verfahren 2 – Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)
- Verfahren 3 – Cholezystektomie (QS CHE)
- Verfahren 4 – Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)
- Verfahren 5 – Transplantationsmedizin (QS TX)
- Verfahren 6 – Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)
- Verfahren 7 – Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)
- Verfahren 8 – Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)
- Verfahren 9 – Mammachirurgie (QS MC)
- Verfahren 10 – Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)
- Verfahren 11 – Dekubitusprophylaxe (QS DEK)
- Verfahren 12 – Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)
- Verfahren 13 – Perinatalmedizin (QS PM)
- Verfahren 14 – Hüftgelenkversorgung (QS HGV)
- Verfahren 15 – Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)
- Verfahren 16 – ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (QS ambulante Psychotherapie)

- Das IQTIG hat die entsprechenden Anwenderinformationen (QS-Filter-Auslösekriterien für die Dokumentationsverpflichtung) für das Erfassungsjahr 2026 nicht rechtzeitig an die Hybrid-DRG anpassen können. Eine Änderung der Spezifikation ist erst für das Erfassungsjahr 2027 geplant.
- Da die vorliegenden Auslösekriterien (QS-Filter; Spezifikation 2026 V03) bei vertragsärztlich ambulant erbrachten Leistungen ausschließlich auf den EBM zugreifen und nicht auf die Hybrid-DRGs, wird im Erfassungsjahr 2026 keine QS-Filter-basierte Auslösung von vertragsärztlich ambulant erbrachten Perkutane Koronarinterventionen und Koronarangiographien QS-Bögen möglich sein.
- Das IQTIG hat in seinem Schreiben vom 10.12.2025 klargestellt, dass für das Erfassungsjahr 2026 eine **manuelle Auslöseverpflichtung für vertragsärztlich erbrachte Hybrid-DRG-Leistungen** sowohl für den Bogen QS-PCI wie auch den QS-PPCI Bogen besteht. Weiterführende Informationen finden Sie im Schreiben des IQTIGs (siehe [Anlage](#)).
- Die manuelle Auslösepflicht betrifft nach Aussagen des IQTIGs ausschließlich KV-Leistungserbringer.

QUALITÄTSSICHERUNGSBÖGEN

Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – DeQS-RL

Die Richtlinie legt in Teil 1 – den Rahmenbestimmungen – die infrastrukturellen und verfahrenstechnischen Grundlagen zur Messung der Versorgungsqualität durch das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und das Verarbeiten und Nutzen von Daten bei den Krankenkassen für den Vergleich der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer untereinander fest. In Teil 2 der Richtlinie werden in themenspezifischen Bogen die erfassten Leistungen und die Einzelheiten des jeweiligen Qualitätssicherungsverfahrens geregelt:

- Verfahren 1 – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangioplastik (PCI)
- Verfahren 2 – Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Infektionen (QS WI)
- Verfahren 3 – Cholezystektomie (QS CHE)
- Verfahren 4 – Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)
- Verfahren 5 – Transplantationsmedizin (QS TX)
- Verfahren 6 – Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS K)
- Verfahren 7 – Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)
- Verfahren 8 – Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)
- Verfahren 9 – Mammachirurgie (QS MC)
- Verfahren 10 – Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)
- Verfahren 11 – Dekubitusprophylaxe (QS DEK)
- Verfahren 12 – Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)
- Verfahren 13 – Perinatalmedizin (QS PM)
- Verfahren 14 – Hüftgelenkversorgung (QS HGV)
- Verfahren 15 – Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)
- Verfahren 16 – ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Versicherter (QS ambulante Psychotherapie)

Hinweise für Vertragsärzt:innen zu QS PCI/PPCI:

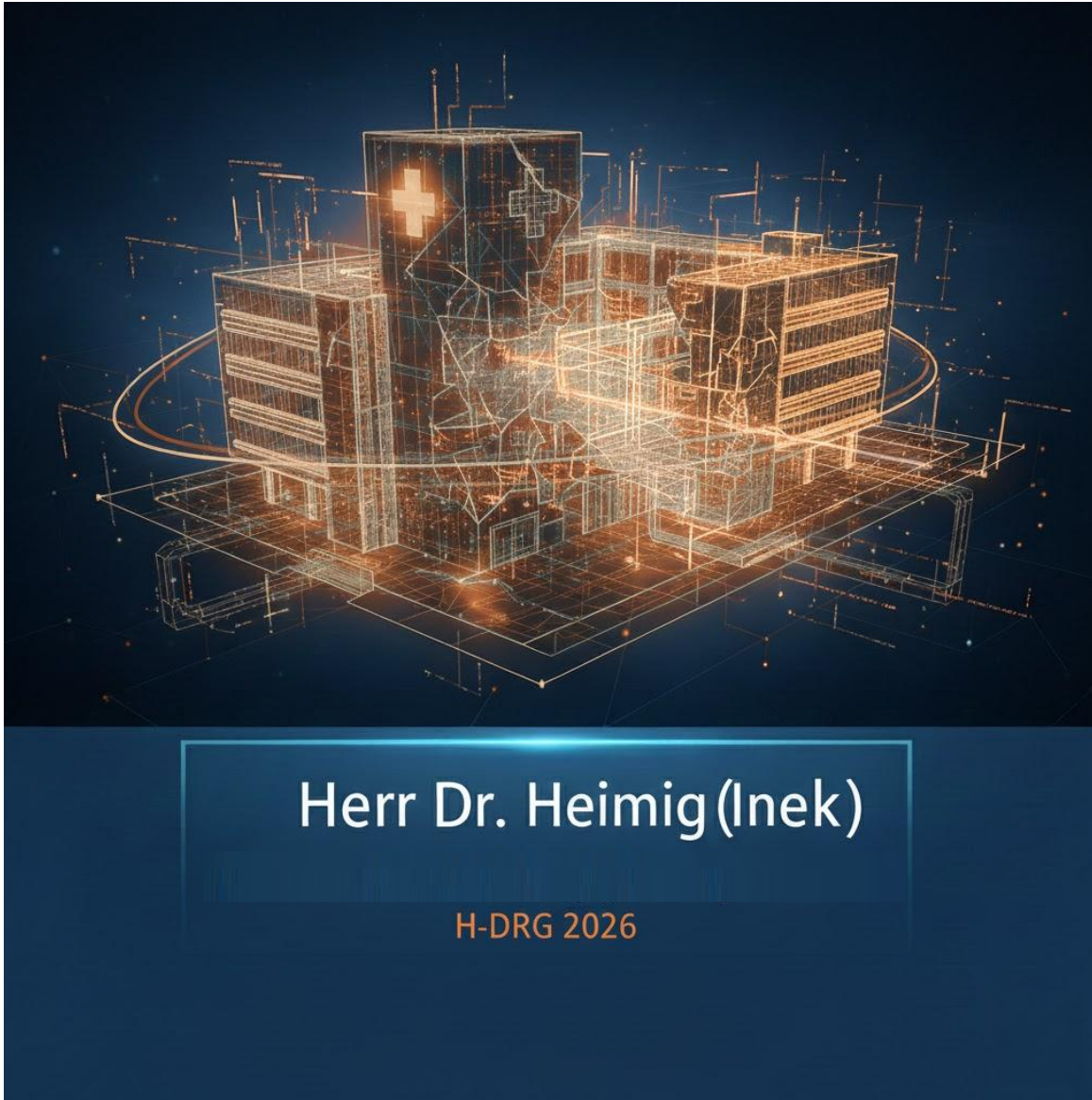
Die QS-Dokumentationspflicht im Verfahren QS PCI sowie PPCI gilt ab dem EJ 2026 auch für alle Fälle, die von Vertragsärzt:innen, Krankenhäusern und selektivvertraglichen Leistungserbringern per Hybrid-DRG erbracht und abgerechnet werden.

Eine Besonderheit ergibt sich für den vertragsärztlichen Bereich. Hier sieht der **für das EJ 2026 beschlossene QS-Filter eine (automatisierte) Fallauslösung nur für Fälle vor, die nach EBM bzw. GOP abgerechnet** werden. Da diese Form der Abrechnung für Hybrid-DRG-Fälle keine Anwendung findet, kann für Hybrid-DRG-Fälle, die von Vertragsärzt:innen erbracht werden, für das EJ 2026 keine automatisierte Auslösung über den QS-Filter erfolgen.

Da eine nachträgliche Anpassung des QS-Filters für das EJ 2026 seitens des IQTIG nicht mehr möglich ist, gilt für **vertragsärztliche Hybrid-DRG-Leistungen**, die auf Basis mindestens einer der o. g. OPS-Kodes erbracht und abgerechnet werden, im **EJ 2026 ausnahmsweise eine manuelle Auslösepflicht**. Details entnehmen Sie bitte dem [IQTIG-Informationsschreiben](#).

-STATIONAR





„EIN
UNVOLLSTÄNDIG
LOGISCHES
SYSTEM...“

DGfM 25. Herbstsymposium 2025 Frankfurt 13.10.2025
InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

KRANKENHAUSREFORM: FORTENTWICKLUNG

Änderungen, um Umsetzung zu erleichtern

Fristen

Prüfungen der Qualitätsvoraussetzungen der Leistungsgruppen durch den Medizinischen Dienst

- Verschiebung der Prüffrist (§ 275a Abs. 3 SGB V):
 - Beauftragung bis 31.12.2025
 - Beendigung der Prüfung bis 31.07.2026

Mindestvorhaltezahlen

- Verschiebung der Frist für die Rechtsverordnung zu Mindestvorhaltezahlen auf den 31.12.2026 (§ 135 f Abs. 4 SGB V)

Vorhaltebudget

- **Verschiebung um ein Jahr**
- Nichtberücksichtigung von Fällen, die im nächsten Kalenderjahr voraussichtlich nach § 115f SGB V (**Hybrid-DRG**) vergütet werden, bei der der Ermittlung der Vorhaltevolumina (**aber für die Mindestvorhaltezahl**)
- Für ein Land (NRW), in dem bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen wurden, und dessen Krankenhäuser ist die Ermittlung des jeweiligen Vorhalteanteils rein informativ

BERECHNUNGSLOGIK H-DRG

Ergänzten erweiterter Bewertungsausschuss ergEBA

3. Berechnungssystematik

Zur Bestimmung der unter Nr. 7 aufgelisteten Kennzahlen sind die Berechnungen nach Nr. 3.1 unter Berücksichtigung der Variablendefinition nach Nr. 3.2 durchzuführen.

3.1. Berechnungsformeln

Für die Operationen, die in den Jahren 2025 oder 2026 in die Hybrid-DRGs überführt werden:

$$\begin{aligned} \text{Hybrid}_{\text{DRG}} = & \left(\frac{\text{Fallzahl}_{\text{Praxis}} + \text{Fallzahl}_{115b}}{\text{Fallzahl}_{\text{gesamt}}} \right) * \text{Fallwert}_{\text{Praxis}} + \left(\frac{\text{Fallzahl}_{\text{stationär}}}{\text{Fallzahl}_{\text{gesamt}}} \right) * \text{Fallkosten}_{\text{stationär}} \\ & + \text{Sach- und Laborkosten ausschließlich Implantat-/Transplantatkosten}_{\text{stationär}} \\ & + \text{Implantat-/Transplantatkosten}_{\text{stationär}} \end{aligned}$$

$$\text{mit Fallzahl}_{\text{gesamt}} = \text{Fallzahl}_{\text{Praxis}} + \text{Fallzahl}_{115b} + \text{Fallzahl}_{\text{stationär}}$$

Für die Operationen, die im Jahr 2024 in die Hybrid-DRGs überführt wurden:

$$\begin{aligned} \text{Hybrid}_{\text{DRG}} = & \left(\frac{\text{Fallzahl}_{\text{ambulant}}}{\text{Fallzahl}_{\text{gesamt}}} \right) * \text{Fallwert}_{\text{ambulant}} + \left(\frac{\text{Fallzahl}_{\text{KH}}}{\text{Fallzahl}_{\text{gesamt}}} \right) * \text{Fallkosten}_{\text{KH}} \\ & + \text{Sach- und Laborkosten ausschließlich Implantat-/Transplantatkosten}_{\text{KH}} \\ & + \text{Implantat-/Transplantatkosten}_{\text{KH}} \end{aligned}$$

$$\text{mit Fallzahl}_{\text{gesamt}} = \text{Fallzahl}_{\text{ambulant}} + \text{Fallzahl}_{\text{KH}}$$

Aktuell in Abstimmung, ob im ambulanten / vertragsärztlichen Bereich die Kostendaten so erhoben und abgegeben werden, um eine InEK – Matrix analog der stationären Vergütungslogik zu erstellen

BERECHNUNGSLOGIK H-DRG

Ergänzten erweiterter Bewertungsausschuss ergEBA

3. Berechnungssystematik

Zur Bestimmung der unter Nr. 7 aufgelisteten Kennzahlen sind die Berechnungen nach Nr. 3.1 unter Berücksichtigung der Variablendefinition nach Nr. 3.2 durchzuführen.

3.1. Berechnungsformeln

Für die Operationen, die in den Jahren 2025 oder 2026 in die Hybrid-DRGs überführt werden:

$$\text{Hybrid}_{\text{DRG}} = \left(\frac{\text{Fallzahl}_{\text{Praxis}} + \text{Fallzahl}_{115b}}{\text{Fallzahl}_{\text{gesamt}}} \right) * \text{Fallwert}_{\text{Praxis}} + \left(\frac{\text{Fallzahl}_{\text{stationär}}}{\text{Fallzahl}_{\text{gesamt}}} \right) * \text{Fallkosten}_{\text{stationär}}$$

+ Sach- und Laborkosten ausschließlich Implantat-/Transplantatkosten_{stationär}

+ Implantat-/Transplantatkosten_{stationär}

$$\text{mit Fallzahl}_{\text{gesamt}} = \text{Fallzahl}_{\text{Praxis}} + \text{Fallzahl}_{115b} + \text{Fallzahl}_{\text{stationär}}$$

Für die Operationen, die im Jahr 2024 in die Hybrid-DRGs überführt wurden:

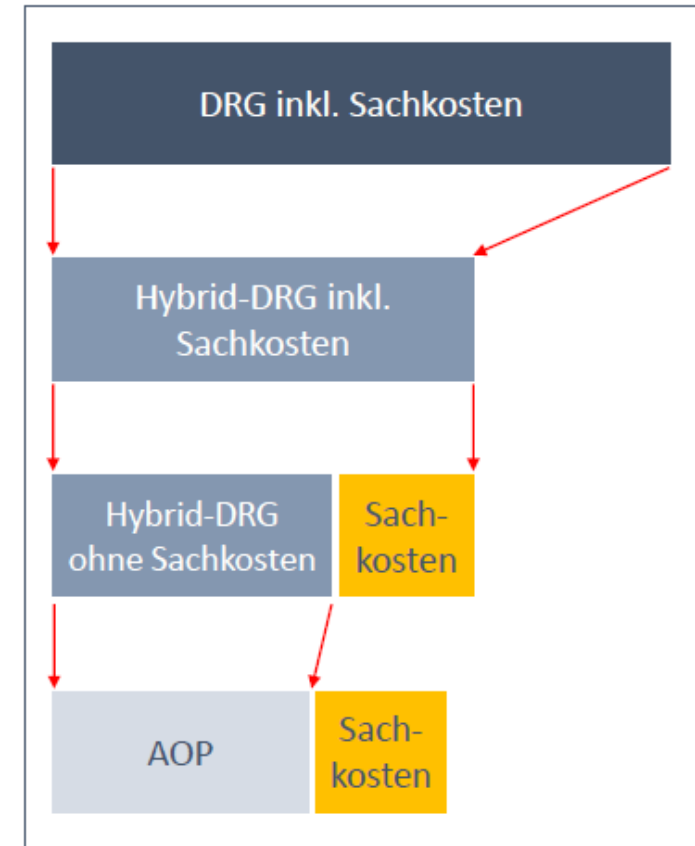
$$\text{Hybrid}_{\text{DRG}} = \left(\frac{\text{Fallzahl}_{\text{ambulant}}}{\text{Fallzahl}_{\text{gesamt}}} \right) * \text{Fallwert}_{\text{ambulant}} + \left(\frac{\text{Fallzahl}_{\text{KH}}}{\text{Fallzahl}_{\text{gesamt}}} \right) * \text{Fallkosten}_{\text{KH}}$$

+ Sach- und Laborkosten ausschließlich Implantat-/Transplantatkosten_{KH}

+ Implantat-/Transplantatkosten_{KH}

$$\text{mit Fallzahl}_{\text{gesamt}} = \text{Fallzahl}_{\text{ambulant}} + \text{Fallzahl}_{\text{KH}}$$

Alternative eher Annäherung an ambulante Vergütungslogik über Sachkostenpauschalen:





VIELEN DANK!
HABEN SIE NOCH WEITERE
FRAGEN ?

© Dr. Susanne Hellmich Dr. Hellmich Institut
Stand 2026.

Irrtum vorbehalten, alle Angaben ohne Gewähr.

*Jede Verwertung der Broschüre außerhalb der
engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist
ohne Zustimmung der Verfasserinnen
unzulässig.*

Alle Rechte vorbehalten.

