



## Kodierleitfaden 2023 Ambulante Prozeduren für

- Rhythmusimplantate
- Koronare Gefäßprozeduren
- Periphere Gefäßprozeduren

Überblick über die  
Abrechnungsmöglichkeiten  
nach EBM und AOP  
Stand 2023

60 Years  
of Innovation



**BIOTRONIK**  
excellence for life

# Autoren

## Dr. Tino Hauser

Director Market Access  
& Clinical Affairs

## Andreas Goetze

Manager Market Access  
& Reimbursement

## Markus Graf

Senior Manager Market Access  
& Reimbursement

## Dr. Boye Gricar

Health Economics &  
Outcome Research Manager

# Vorwort

## Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

in dieser Broschüre stellen wir Ihnen die wichtigsten Informationen für ambulante Operationen zusammen. Zum 1. Januar 2023 hat die Selbstverwaltung mehrere Anpassungen und Erweiterungen vorgenommen. All diese Maßnahmen zielen darauf ab, die Ambulantisierung zu fördern und stationäre Aufenthalte zu verringern. Den aktuellen Stand haben wir Ihnen in der folgenden Übersicht zusammengestellt.

KBV und GKV-Spitzenverband haben den Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) um eine Reihe von bisher stationären Eingriffen erweitert, die Vertragsärztinnen und -ärzte nun ab Januar ambulant durchführen können. Dafür wurden insgesamt 196 OPS-Kodes in den Anhang 2 des EBM aufgenommen – unter anderem aus dem Bereich der Rhythmusimplantate. Ausgewählte Operationen erhalten im Rahmen der Anpassungen zudem eine höhere Vergütung. Weitere Änderungen betreffen die postoperative Überwachung. Künftig ist für bestimmte Patientinnen und Patienten eine doppelt so lange Nachbeobachtung von bis zu 16 Stunden möglich. Für die längeren Überwachungszeiten gibt es extra-budgetäre Zuschläge.

Neben den Anpassungen für ambulante Operationen im EBM haben KBV, GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im Dezember 2022 beschlossen, den Katalog für ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V (AOP-Katalog) anzupassen. Der Katalog enthält alle Operationen, stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen, die Krankenhäuser ambulant vornehmen und nach EBM abrechnen können. Mit der Erweiterung des AOP-Kataloges wurden 208 OPS-Kodes neu aufgenommen – 35 Eingriffe erneut aus der Rhythmuschirurgie. Der bisherige Aufbau des Kataloges wurde nicht verändert und gliedert sich in die folgenden drei Abschnitte:

**Abschnitt 1** beinhaltet Leistungen, die im Anhang 2 des EBM enthalten sind. Hier finden sich ausschließlich Angaben zu OPS-Kodes. Abrechnungsgrundlage ist der jeweils gültige EBM.

**Abschnitt 2** beinhaltet Leistungen, die im EBM außerhalb des Anhangs 2 zu Kapitel 31 aufgeführt sind. Hier finden sich im Gegensatz zu Abschnitt 1 neben dem OPS-Kode auch Angaben über die dazugehörigen EBM-Leistungen.

**Abschnitt 3** enthält Leistungen, deren Beschreibung von den analogen Prozeduren im OPS-Katalog abweicht. Daher sind für diese Leistungen nur EBM-Ziffern aufgeführt.

Neu ist dagegen ein Zuschlag für Rezidivbeziehungsweise Reoperationen. Eingriffe aus dem Abschnitt 1 des AOP können fortan als Reoperation gekennzeichnet werden, soweit sie nicht bereits im EBM über eigenständige OPS-Schlüssel abgebildet und spezifisch bewertet sind. Für den zusätzlichen Zeitaufwand kann ein Zuschlag abgerechnet werden.

Im Rahmen der Erweiterung des AOP-Kataloges wurden zudem die G-AEP-Kriterien – bisherige Grundlage für die Beurteilung der Notwendigkeit stationärer Behandlungen – durch Kontextfaktoren ersetzt. In diesem Zusammenhang wurden die bisherigen Kategorien 1 und 2 des AOP-Kataloges aufgelöst. Mit der neuen Systematik müssen Leistungserbringer u. a. anhand von ausgewählten ICD-10- und/oder OPS-Kodes dokumentieren, warum ein Patient stationär behandelt wird, obwohl der Eingriff prinzipiell ambulant möglich ist.

Aufgrund erforderlicher Vorlaufzeiten in der Umstellung des AOP-Kataloges samt Kontextfaktoren wurden Übergangsregelungen für Krankenhäuser getroffen (§ 24 des AOP-Vertrages):

- Sofern Patientinnen bzw. Patienten bis einschließlich dem 31. März 2023 zur stationären Durchführung einer Leistung, die in Anlage 1 mit „neu“ gekennzeichnet ist, in ein Krankenhaus aufgenommen werden, wird die Abrechnung des Krankenhauses für diese Leistung nicht im Hinblick darauf überprüft, ob die Leistung im Rahmen des § 115b SGB V erbracht werden konnte.
- Für die Durchführung aller anderen Leistungen galt die Übergangsfrist nur bis zum 15. Februar 2023.

Aufgrund des kurzen Zeitfensters zwischen der Veröffentlichung der neuen Regelungen und dem Inkrafttreten soll es den Krankenhäusern Übergangsweise ermöglicht werden auch solche Patientinnen und Patienten stationär zu behandeln, bei denen Begleitumstände vorliegen und deren Operationstermin bereits geplant ist.

Darüber hinaus hat die Bundesregierung mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) beschlossen, eine „spezielle sektorengleiche Vergütung“ (sogenannte Hybrid-DRGs) einzuführen. Die Selbstverwaltung ist bis zum 31. März 2023 beauftragt, eine neue Vergütungssystematik zu entwerfen. Zudem sollen Leistungen aus dem AOP-Katalog benannt werden, für die die neue Vergütung gelten wird. Wir werden Sie mit einem Update dieser Broschüre über wichtige Änderungen informieren, sobald diese verfügbar sind.

### Nutzungshinweis

Dieser Leitfaden enthält nur Prozeduren aus dem Bereich Kardiologie, die überwiegend mit BIOTRONIK-Produkten geleistet werden können. Nach einem allgemein gültigen Teil beginnen die Abschnitte mit einer Übersicht, in welchem Sektor die Prozeduren durchführbar sind. Alle Berechnungsbeispiele beruhen auf den GOP des EBM (1. Quartal 2023) unabhängig davon, in welchem Versorgungssektor sie erbracht werden.

## Inhaltsverzeichnis

### 1. Allgemeine Vergütungsregeln für ambulante Operationen nach EBM und AOP

1.1 Leistungen in der ambulanten Regelvergütung (EBM) für: Implantation, Wechsel, Explantation oder Revision	4
1.2 Zusätzliche GOP im Rahmen ambulanter Operationen	5
1.3 Abrechenbare Leistungen in der ambulanten Regelvergütung: Anästhesie	6
1.4 Postoperative Leistungen	8
1.5 Sonstige allgemeine Abrechnungspositionen für Beratungs- und Untersuchungsleistungen in der ambulanten Regelvergütung	9
1.6 Leistungen in der ambulanten Regelvergütung (EBM) für die Nachsorge von Rhythmusimplantaten	10
1.7 Sachkostenabrechnung	11

### 2. Ambulante Prozeduren: Rhythmusimplantate

2.1 Ambulant durchführbare Leistungen: Herzschrittmacher	13
2.2 Beispielrechnungen ambulante Operationen: 1-Kammer-Herzschrittmacher	14
2.3 Beispielrechnungen ambulante Operationen: 2-Kammer-Herzschrittmacher	15
2.4 Ambulant durchführbare Leistungen: Defibrillatoren	17
2.5 Beispielrechnungen ambulante Operationen: 1-Kammer-Defibrillator	18
2.6 Beispielrechnungen ambulante Operationen: 2-Kammer-Defibrillator	19
2.7 Ambulant durchführbare Leistungen: Systemumstellungen	20

### 3. Ambulante Prozeduren: Koronare Interventionen

3.1 Ambulant durchführbare Leistungen: Vaskuläre Intervention, koronar	22
3.2 Beispielrechnungen ambulante koronare Leistungen	24

### 4. Ambulante Prozeduren: Periphere Interventionen

4.1 Ambulant durchführbare Leistungen: Vaskuläre Intervention, peripher	26
4.2 Beispielrechnung ambulante periphere Leistungen	27

## 1.1 Leistungen in der ambulanten Regelvergütung (EBM) für: Implantation, Wechsel, Explantation oder Revision

Leistungskategorie Implantation	Obligater Leistungsinhalt	GOP	Wert in Euro	Punkte
Eingriffe der Kategorie L1	Chirurgischer Eingriff der Kategorie L1 entsprechend Anhang 2 (EBM)	31211	157,43	1370
Eingriffe der Kategorie L2	Chirurgischer Eingriff der Kategorie L2 entsprechend Anhang 2 (EBM)	31212	212,02	1845
Eingriffe der Kategorie L3	Chirurgischer Eingriff der Kategorie L3 entsprechend Anhang 2 (EBM)	31213	295,10	2568
Eingriffe der Kategorie L4	Chirurgischer Eingriff der Kategorie L4 entsprechend Anhang 2 (EBM)	31214	382,21	3326
Eingriffe der Kategorie L5	Chirurgischer Eingriff der Kategorie L5 entsprechend Anhang 2 (EBM)	31215	550,79	4793

**Hinweis:** Die obligaten Leistungsinhalte müssen erfüllt sein, um die Leistung abrechnen zu können. Die fakultativen Leistungen müssen nicht erbracht werden. Werden sie erbracht, können sie nicht zusätzlich abgerechnet werden.

Zusatzpauschalen zur Implantation	Obligater Leistungsinhalt	GOP	Wert in Euro	Punkte
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31211 bis 31216 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31217	Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten, Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht, je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit 83,89€ / 730 Punkte  Die Gebührenordnungsposition 31218 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr.14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.	31218	83,89	730

<b>Kategorie 1</b>	15 Minuten
<b>Kategorie 2</b>	30 Minuten
<b>Kategorie 3</b>	45 Minuten
<b>Kategorie 4</b>	60 Minuten
<b>Kategorie 5</b>	90 Minuten
<b>Kategorie 6</b>	120 Minuten

**Hinweis:** Erfolgen mehrere operative Prozeduren unter einer Diagnose und/oder über einen gemeinsamen operativen Zugangsweg, so kann nur der am höchsten bewertete Eingriff berechnet werden. Abweichend davon kann bei Simultaneingriffen (zusätzliche, vom Haupteingriff unterschiedliche Diagnose und gesonderter operativer Zugangsweg) die durch das OP- und/oder das Narkoseprotokoll nachgewiesene Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffes durch die zusätzliche Berechnung der entsprechenden Zuschlagspositionen berechnet werden. Die berechnungsfähige Höchstzeit bei Simultaneingriffen entspricht der Summe der Zeiten der Einzeleingriffe. Als Berechnungsgrundlagen für Simultaneingriffe gelten die oben stehenden Zeiten.

## 1.2 Zusätzliche GOP im Rahmen ambulanter Operationen

Kardiologisch-Fachärztliche GOPs	Obligater Leistungsinhalt	GOP	Wert in Euro	Punkte
Grundpauschale Kardiologie (Fachärztlich)	Für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr, persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt	13541	24,71	215
Grundpauschale Kardiologie (Fachärztlich)	Für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres, persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt	13542	25,63	223
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13540 bis 13542 für die kardiologisch-internistische Grundversorgung	Einmal im Behandlungsfall Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13543 kann nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 01450, 13540, 13541, 13542, 13544, 13547 und/oder 32001 berechnet werden.	13543	4,71	41
Postoperative Überwachung im Anschluss an die Erbringung einer Leistung (L1 und L2) entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31211 und 31212	Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz, Abschlussuntersuchung(en)	31503	56,08	488
Postoperative Überwachung im Anschluss an die Erbringung einer Leistung (L3 und L4) entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31213 und 31214	Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz, Abschlussuntersuchung(en)	31505	112,27	977
Postoperative Überwachung im Anschluss an die Erbringung einer Leistung (L5) entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31215	Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz, Abschlussuntersuchung(en)	31506	159,50	1388
Durchleuchtung(en)	Durchleuchtung(en) unter Anwendung von BV/TV	34280	10,92	95

**Hinweis:** 4.3.7 Operative Eingriffe: Die Verwendung der Begriffe klein/groß, kleinflächig/großflächig, lokal/ radikal und ausgedehnt bei operativen Eingriffen entspricht den Definitionen nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen Schlüssel für Operationen und sonstige Prozeduren gemäß § 295 Abs. 1 Satz 4 SGB V: Länge: kleiner/größer 3 cm, Fläche: kleiner/größer 4 cm<sup>2</sup>, lokal: bis 4 cm<sup>2</sup> oder bis zu 1 cm<sup>3</sup>, radikal und ausgedehnt: größer 4 cm<sup>2</sup> oder größer 1 cm<sup>3</sup>. Nicht anzuwenden ist der Begriff "klein" bei Eingriffen am Kopf und an den Händen. Operative Eingriffe setzen die Eröffnung von Haut und/oder Schleimhaut bzw. eine primäre Wundversorgung voraus, soweit in den Leistungsbeschreibungen nicht anders angegeben. Punktionen mit Nadeln, Kanülen und Biopsienadeln fallen nicht unter die Definition eines operativen Eingriffs. Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen.

## Abrechenbare Leistungen in der ambulanten Regelvergütung: Anästhesie

Anästhesiologisch-Fachärztliche GOPs	Obligater Leistungsinhalt	GOP	Wert in Euro	Punkte
Präanästhesiologische Untersuchung vor einer geplanten ambulanten oder belegärztlichen Operation der Abschnitte 31.2 oder 36.2	Überprüfung der Narkosefähigkeit des Patienten, Aufklärungsgespräch mit Dokumentation	05310	15,17	132
Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä. (Überprüfung der Narkosefähigkeit des Patienten, Aufklärungsgespräch mit Dokumentation)	05211	10,34	90
Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä	05212	12,07	105
Zuschlag für die anästhesiologische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 05210 bis 05212	Einmal im Behandlungsfall. Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 05220 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.	05220	8,62	75
Überwachung der Vitalfunktionen (Fachärztlich)	Überwachung der Vitalfunktionen (Stand-by), Persönliche Anwesenheit des Arztes, Pulsoxymetrie. abrechenbar je 15min Schnitt-Naht-Zeit	05340	22,64	197
Anästhesie und/oder Narkose (Fachärztlich)	Anästhesie und/oder Narkose, bis zu einer Schnitt-Naht-Zeit bzw. Eingriffszeit von 15 Minuten, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: Plexusanästhesie und/oder Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie	05330	114,57	997
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 05330 bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose (Fachärztlich)	Je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit bzw. Eingriffszeit Die Gebührenordnungsposition 05331 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.5.3 und 36.5.3 berechnungsfähig.	05331	40,11	349

**Hinweis:** Die Leistungen bzw. Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 5 (Anästhesiologische Gebührenordnungspositionen) können ausschließlich von Fachärzten für Anästhesiologie berechnet werden.

Andere Narkosen	Obligater Leistungsinhalt	GOP	Wert in Euro	Punkte
Anästhesie und/oder Narkose 1, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen ... 31211 (Chirurgischer Eingriff der Kategorie L1)	Anästhesien oder Narkose, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: Plexusanästhesie und/oder Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie. Die Gebührenordnungsposition 31821 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 05330, 05331 berechnungsfähig.	31821	114,57	997
Anästhesie und/oder Narkose 2, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen ... 31212 (Chirurgischer Eingriff der Kategorie L2)	Anästhesien oder Narkose, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: Plexusanästhesie und/oder Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie. Die Gebührenordnungsposition 31822 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 05330, 05331 berechnungsfähig.	31822	154,68	1346
Anästhesie und/oder Narkose 3, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen ... 31213 (Chirurgischer Eingriff der Kategorie L3)	Anästhesien oder Narkose, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: Plexusanästhesie und/oder Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie. Die Gebührenordnungsposition 31823 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 05330, 05331 berechnungsfähig.	31823	194,78	1695
Anästhesie und/oder Narkose 4, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen ... 31214 (Chirurgischer Eingriff der Kategorie L4)	Anästhesien oder Narkose, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: Plexusanästhesie und/oder Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie. Die Gebührenordnungsposition 31824 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 05330, 05331 berechnungsfähig.	31824	235,00	2045
Anästhesie und/oder Narkose 5, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen ... 31215 (Chirurgischer Eingriff der Kategorie L5)	Anästhesien oder Narkose, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: Plexusanästhesie und/oder Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie. Die Gebührenordnungsposition 31825 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 05330, 05331 berechnungsfähig.	31825	315,33	2744

**Hinweis:** Die Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.5.3 können nur von Fachärzten für Anästhesie erbracht werden.



## Postoperative Leistungen

Zusatzpauschalen Kardiologie	Obligater Leistungsinhalt	GOP	Wert in Euro	Punkte
Zusatzpauschalen Kardiologie I	Duplex-Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33022), Druckmessung(en)	13545	84,92	739
Elektrostimulation des Herzens	Temporäre transvenöse Elektrostimulation des Herzens, Elektrodeneinführung, EKG-Monitoring	13551	59,41	517
Postoperative Behandlung	Obligater Leistungsinhalt	GOP	Wert in Euro	Punkte
Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31211 bei <b>Überweisung durch den Operateur</b>	Befundkontrolle(n), Befundbesprechung	31601	16,78	146
Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31211 bei <b>Erbringung durch den Operateur</b>	Befundkontrolle(n), Befundbesprechung	31602	9,77	85
Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31212 und 31213 bei <b>Überweisung durch den Operateur</b>	Befundkontrolle(n), Befundbesprechung	31608	27,58	240
Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31212 und 31213 bei <b>Erbringung durch den Operateur</b>	Befundkontrolle(n), Befundbesprechung	31609	20,45	178
Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31214 und 31215 bei <b>Überweisung durch den Operateur</b>	Befundkontrolle(n), Befundbesprechung	31610	34,59	301
Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31214 und 31215 bei <b>Erbringung durch den Operateur</b>	Befundkontrolle(n), Befundbesprechung	31611	27,58	240



## Sonstige allgemeine Abrechnungspositionen für Beratungs- und Untersuchungsleistungen in der ambulanten Regelvergütung

Grundpauschalen Vertragsarzt Innere Medizin	Obligater Leistungsinhalt	GOP	Erlös	Punkte
Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen	Im unmittelbaren Anschluss an eine diagnostische Herzkatheteruntersuchung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34 291, Dauer mehr als 4 Stunden	01520	100,90 €	878
Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen	Im unmittelbaren Anschluss an eine therapeutische Herzkatheteruntersuchung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34 292, Dauer mehr als 12 Stunden	01521	174,79 €	1521
Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Angiografie	Im unmittelbaren Anschluss an eine diagnostische angiologische Untersuchung gemäß GOP 34283, Dauer mehr als 4 Stunden	01530	100,90 €	878
Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Angiografie	Im unmittelbaren Anschluss an eine therapeutische angiologische Leistung gemäß GOP 34284 und/oder 34285 und/oder 34286, Dauer mehr als 6 Stunden	01531	174,79 €	1521
<b>Pauschalen für den Vertragsarzt Innere Medizin</b>	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt <sup>1</sup>	13540	17,70 €	154
	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt <sup>2</sup>	13541	24,71 €	215
	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt <sup>3</sup>	13542	25,63 €	223
<b>Pauschalen für den Krankenhausarzt</b>	Grundpauschale für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	01321	18,27 €	159
	Konsultationspauschale	01436	2,07 €	18
	Ärztlicher Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung	01600	6,32 €	55

**Anmerkung**

- 1** für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
- 2** für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
- 3** für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres

## 1.6 Leistungen in der ambulanten Regelvergütung (EBM) für die Nachsorge von Rhythmusimplantaten

Nachsorge	Obligater Leistungsinhalt	GOP	Wert in Euro	Punkte
Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antibradykarden Therapie	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antibradykarden Therapie, Implantatnachsorge*	13571 04411	24,82	216
Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators, Implantatnachsorge*	13573 04413	45,97	400
Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators, Überprüfung des Batteriezustandes, Überprüfung und Dokumentation der erhobenen Parameter und Messwerte, Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)	13574 04414	45,97	400
Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D), Implantatnachsorge*	13575 04415	56,54	492
Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D), Überprüfung des Batteriezustandes, Überprüfung und Dokumentation der erhobenen Parameter und Messwerte, Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)	13576 04416	56,54	492
Telefonische Kontaktaufnahme Telemedizin	Telefonische Kontaktaufnahme mit dem Patienten im Zusammenhang mit der telemedizinischen Funktionsanalyse (im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 13574 oder 13576)	01438	10,11	88
Indikationsstellung für das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, Aufklärung und Beratung zur Teilnahme am Telemonitoring bei Herzinsuffizienz <b>nur durch PBA</b>	13578 03325 04325	7,47	65
Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	Kommunikation mit dem verantwortlichen Telemedizinischen Zentrum (TMZ) <b>nur durch PBA</b>	13579 03326 04326	14,71	128
Anleitung und Aufklärung zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	<b>nur durch TMZ</b>	13583	10,92	95
Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat	Kommunikation mit dem primär behandelnden Arzt, Versenden eines Quartalsberichts an den primär behandelnden Arzt, Telemonitoring und Dokumentation gemäß MVV-Richtlinie <b>nur durch TMZ</b>	13584	126,41	1100
Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 13584 für das intensivierte Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat	Telefonische Kontaktaufnahme mit dem Patienten bei Warnmeldungen mit Handlungsbedarf, Therapieanpassung, Sicherstellung zeitnaher notwendiger Interventionen <b>nur durch TMZ</b>	13585	27,01	235

**Hinweis:** Für das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz bedarf es eines Transmitters (CardioMessenger), um die Anforderungen zur Qualitätssicherung zu erfüllen. Die Erstattung der Sachkosten dafür ist aktuell noch nicht bundeseinheitlich geregelt und Inhalt einer Diskussion in der Selbstverwaltung. Aktuell bedarf es im Einzelfall noch eines Einzelantrages bei der Krankenkasse bzw. der Bestätigung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse.

\* Überprüfung des Batteriezustandes, Überprüfung und Dokumentation der programmierbaren Parameter und Messwerte durch Ausdruck des Programmiergerätes, Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)

## 1.7 Sachkostenabrechnung

Die Abrechnungsmodalitäten für die verwendeten Sachkosten unterscheiden sich je nach dem Ort der Erbringung der Leistung.

Für den **Vertragsarzt** ergeben sie sich aus den Allgemeinen Bestimmungen des EBM Punkt 7 „Kosten“. Im Einzelnen finden sich Angaben zu den Sachkosten im Punkt 7.1 (Praxisbedarf), im Kapitel 40 (Sachkostenpauschalen) und unter 7.3 (nicht enthaltene Kosten). Darüber hinaus haben die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen die Möglichkeit, gesonderte Strukturverträge (§ 73 a SGB V) zu schließen.

### Näheres zu den nicht enthaltenen Kosten:

Es gelten gesonderte Abrechnungsbedingungen für nicht in den Gebührenordnungspositionen (GOP) enthaltene Materialkosten. Diese Bedingungen gelten nur, wenn die Kosten von Materialien

- nicht Praxisbedarf sind (Einmalhandschuhe, Einmalspritzen etc.) (bereits in der EBM-Ziffer enthalten)
- nicht in den Kostenpauschalen des Kapitel 40 geregelt sind,
- nicht als Sprechstundenbedarf (SSB) abgerechnet werden können,
- keine verordnungsfähige (arzneimittelähnliche) Medizinprodukte sind oder
- keine Hilfs- und Verbandmittel sind.

Diese Medizinprodukte sind nach der Sonderregelung des EBM Nr. 7.3 abzurechnen, zum Beispiel im Körper verbleibende Implantate (Rhythmusimplantate, etc.)

Die gesonderten Sachkosten werden in der Regel direkt mit der jeweiligen KV abgerechnet. Es gibt jedoch einzelne Krankenkassen, die die gesonderten Sachkosten direkt abrechnen.

Die Partner der Gesamtverträge können abweichende Regelungen treffen, insbesondere für einzelne gesondert berechnungsfähige Materialien Maximal- oder Pauschalbeträge vereinbaren.

Wird die Prozedur im Rahmen einer **AOP im Krankenhaus** nach § 115 b SGB V (Kapitel 31 EBM) erbracht, so erfolgt die Erstattung gem. § 11 AOP-Vertrag – Vergütung der Sachkosten.

### Diese ist wie folgt geregelt:

Die für die Eingriffe 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. Der Krankenhausarzt ist nicht berechtigt, die in diesem Absatz aufgeführten Mittel auf Kassenrezept zu verordnen.

Für Artikel analog dem Sprechstundenbedarf kann das Krankenhaus eine Sachmittelpauschale in Höhe von 7 %

der ärztlichen Honorarsumme in Rechnung stellen. Zusätzlich besteht für das Krankenhaus die Möglichkeit, die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM abzurechnen. Darüber hinaus können bestimmte Sachmittel separat abgerechnet werden, z. B. im Körper verbleibende Implantate in Summe. Diese gesondert abrechnungsfähigen Sachmittel können in voller Höhe des Rechnungsbetrages abzüglich eines Selbstbehalts von 6,25 € je aufgeführter Produktkategorie vom Krankenhaus in Ansatz gebracht werden. Es können nur Sachmittel abgerechnet werden, die teurer als 6,25 € sind.

Hinsichtlich der Vergütung von Arzneimitteln, die einen Betrag von 40,00 Euro übersteigen und die nicht Bestandteil der o. g. Regelungen sind, erfolgt eine Vergütung auf der Grundlage des in der Lauertaxe ausgewiesenen Apotheken-Einkaufspreises mit einem Abschlag in Höhe von 25% zuzüglich Mehrwertsteuer.

### Für beide Leistungssektoren gilt:

Die gesondert berechnungsfähigen Materialien müssen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit ausgewählt werden.

Die rechnungsbegründenden Unterlagen, wie z. B. die Originalrechnungen, sind bei der rechnungsbegleitenden Stelle einzureichen (Aufbewahrungsfrist im Krankenhaus: 5 Jahre) und müssen mindestens folgende Informationen beinhalten:

- Name des Herstellers
- Produkt-/Artikelbezeichnung inkl. Artikel- und Modellnummer
- Versichertennummer des Patienten

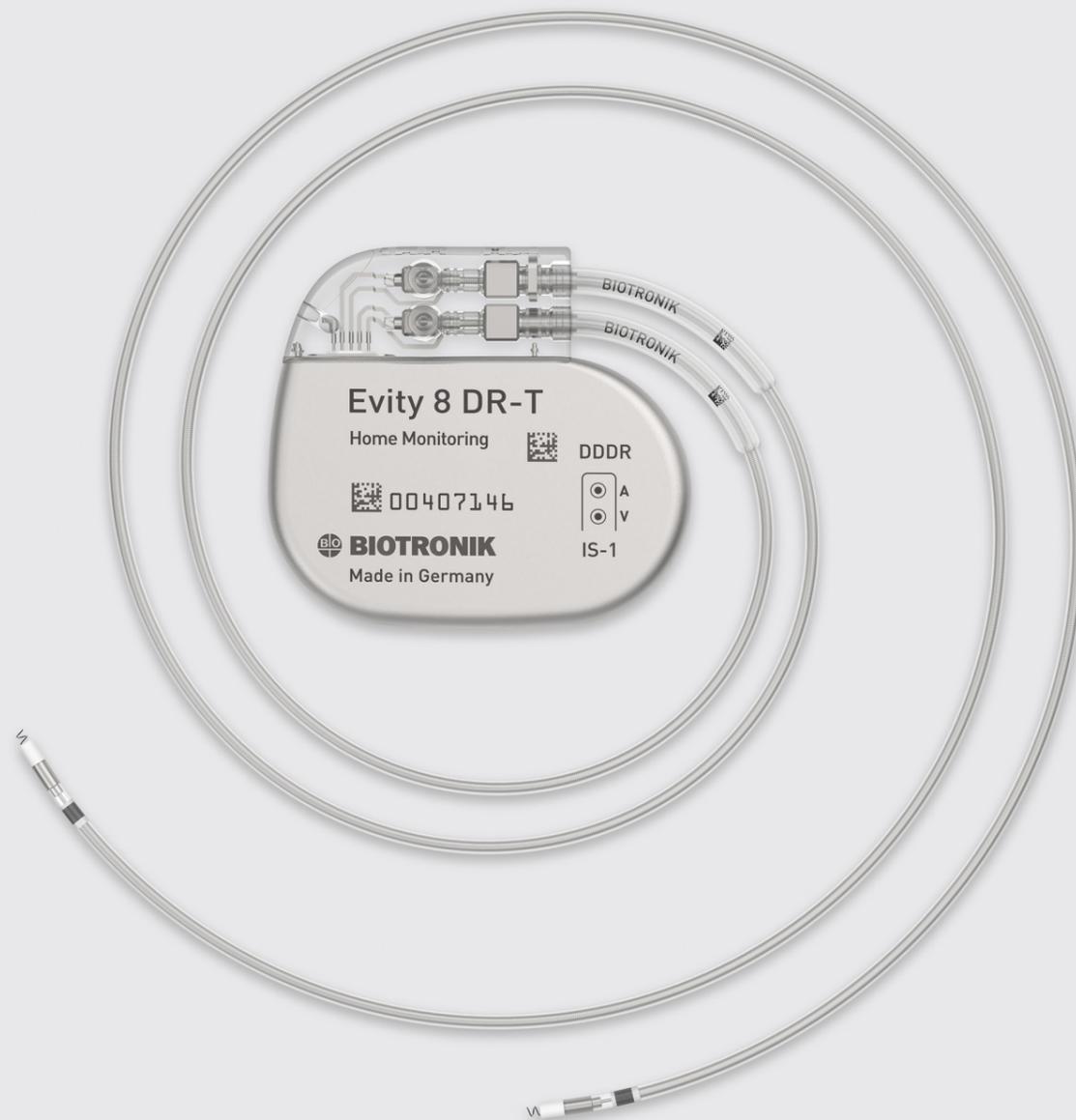
Für die rechnungsbegründende Unterlagen gelten unterschiedliche Regelungen bzgl. Aufbewahrungsfristen, im Krankenhaus in der Regel 5 Jahre. Der Bundesmantelvertrag regelt mittlerweile nicht mehr, dass die Abrechnungsunterlagen für acht Quartale aufbewahrt werden müssen, dennoch gilt diese Frist weiterhin als Empfehlung. Weitere Vorgaben sind in den Vereinbarungen der Gesamtvertragspartner enthalten (z. B. Sprechstundenbedarfsvereinbarung).

Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen und ggf. vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten bis zu 3 % weiterzugeben.

## Ambulant durchführbare Leistungen: Herzschrittmacher

OPS 2023		durch Vertragsarzt nach EBM	Ambulant im KH nach §115b SGB V	Leistungs- kategorie EBM
<b>Neuimplantation</b>				
5-377.1	1-K-HSM	Ja	Ja	L2
5-377.2	2-K-HSM mit einer Schrittmachersonde	Ja	Ja	L2
5-377.30	2-K-HSM mit 2 Schrittmachersonden: ohne antitachykardie Stimulation	Ja	Ja	L4
5-377.31	2-K-HSM mit 2 Schrittmachersonden: Mit antitachykardie Stimulation	Ja	Ja	L4
5-377.40	3-K-HSM ohne Vorhofolektrode	Ja	Nein	L5
5-377.41	3-K-HSM mit Vorhofolektrode	Ja	Nein	L5
<b>Wechsel</b>				
5-378.51	Aggregatwechsel 1-K-HSM (ohne Änderung der Sonde)	Ja	Ja	L2
5-378.52	Aggregatwechsel 2-K-HSM (ohne Änderung der Sonde)	Ja	Ja	L2
5-378.5a	Aggregatwechsel 3-K-HSM ohne Vorhofolektrode (ohne Änderung der Sonde)	Ja	Ja	L3
5-378.5b	Aggregatwechsel 3-K-HSM mit Vorhofolektrode (ohne Änderung der Sonde)	Ja	Ja	L3
5-378.61	Aggregat- und Sondenwechsel 1-K-HSM	Ja	Ja	L4
5-378.62	Aggregat- und Sondenwechsel 2-K-HSM	Ja	Ja	L5
5-378.6a	Aggregat- und Sondenwechsel 3-K-HSM ohne Vorhofolektrode	Ja	Nein	L5
5-378.6b	Aggregat- und Sondenwechsel 3-K-HSM mit Vorhofolektrode	Ja	Nein	L5
5-378.71	Sondenwechsel 1-K-HSM	Ja	Ja	L4
5-378.72	Sondenwechsel 2-K-HSM	Ja	Ja	L5
5-378.7a	Sondenwechsel 3-K-HSM ohne Vorhofolektrode	Ja	Nein	L4
5-378.7b	Sondenwechsel 3-K-HSM mit Vorhofolektrode	Ja	Nein	L4
<b>Entfernung</b>				
5-378.01	Aggregatentfernung 1-K-HSM	Ja	Ja	L1
5-378.02	Aggregatentfernung 2-K-HSM	Ja	Ja	L1
5-378.0a	Aggregatentfernung 3-K-HSM ohne Vorhofolektrode	Ja	Ja	L2
5-378.0b	Aggregatentfernung 3-K-HSM mit Vorhofolektrode	Ja	Ja	L2
5-378.18	Sondenentfernung HSM	Ja	Ja	L2
5-378.21	Aggregat- und Sondenentfernung 1-K-HSM	Ja	Nein	L2
5-378.22	Aggregat- und Sondenentfernung 2-K-HSM	Ja	Nein	L2
5-378.2a	Aggregat- und Sondenentfernung 3-K-HSM ohne Vorhofolektrode	Ja	Nein	L4
5-378.2b	Aggregat- und Sondenentfernung 3-K-HSM mit Vorhofolektrode	Ja	Nein	L4
<b>Korrektur</b>				
5-378.31	Sondenkorrektur 1-K-HSM	Ja	Ja	L2
5-378.32	Sondenkorrektur 2-K-HSM	Ja	Ja	L3
5-378.3a	Sondenkorrektur 3-K-HSM ohne Vorhofolektrode	Ja	Nein	L3
5-378.3b	Sondenkorrektur 3-K-HSM mit Vorhofolektrode	Ja	Nein	L3
5-378.41	Lagekorrektur des Aggregats 1-K-HSM	Ja	Ja	L2
5-378.42	Lagekorrektur des Aggregats 2-K-HSM	Ja	Ja	L2
5-378.4a	Lagekorrektur des Aggregats 3-K-HSM ohne Vorhofolektrode	Ja	Ja	L2
5-378.4b	Lagekorrektur des Aggregats 3-K-HSM mit Vorhofolektrode	Ja	Ja	L2

**Hinweis:** Zur Abrechnung der Sachkosten siehe Seite 11.





## Beispielrechnungen ambulante Operationen: 1-Kammer-Herzschrittmacher

### Implantation

Nur ärztliche Leistung

Leistung	Patient 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr			Patient ab Beginn des 60. Lebensjahres		
	GOP	Wert in Euro	Punkte	GOP	Wert in Euro	Punkte
<b>Aufnahme</b>						
Präoperativ (Grundpauschale)	13541	24,71	215	13542	25,63	223
<b>OP-Leistung</b>						
Implantation L2	31212	212,02	1845	31212	212,02	1845
Postoperative Überwachung	31503	56,08	488	31503	56,08	488
Durchleuchten	34280	10,92	95	34280	10,92	95
<b>Post-OP</b>						
Postoperative Behandlung	31608	27,58	240	31608	27,58	240
Funktionsanalyse HSM*	13571	24,82	216	13571	24,82	216
Grundpauschale für das Krankenhaus	01321	18,27	159	01321	18,27	159
		<b>374,40</b>			<b>375,32</b>	

### Aggregatwechsel

Nur ärztliche Leistung

Leistung	Patient 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr			Patient ab Beginn des 60. Lebensjahres		
	GOP	Wert in Euro	Punkte	GOP	Wert in Euro	Punkte
<b>Aufnahme</b>						
Präoperativ (Grundpauschale)	13541	24,71	215	13542	25,63	223
<b>OP-Leistung</b>						
Implantation L2	31212	212,02	1845	31212	212,02	1845
Postoperative Überwachung	31503	56,08	488	31503	56,08	488
Durchleuchten	34280	10,92	95	34280	10,92	95
<b>Post-OP</b>						
Postoperative Behandlung	31608	27,58	240	31608	27,58	240
Funktionsanalyse HSM*	13571	24,82	216	13571	24,82	216
Grundpauschale für das Krankenhaus	01321	18,27	159	01321	18,27	159
		<b>374,40</b>			<b>375,32</b>	

**Hinweis:** Zur Abrechnung der Sachkosten siehe Seite 11.

\* ab dem 4. postoperativen Tag



## Beispielrechnungen ambulante Operationen: 2-Kammer-Herzschrittmacher

### Implantation

Nur ärztliche Leistung

Leistung	Patient 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr			Patient ab Beginn des 60. Lebensjahres		
	GOP	Wert in Euro	Punkte	GOP	Wert in Euro	Punkte
<b>Aufnahme</b>						
Präoperativ (Grundpauschale)	13541	24,71	215	13542	25,63	223
<b>OP-Leistung</b>						
Implantation L4	31214	382,21	3326	31214	382,21	3326
Postoperative Überwachung	31505	112,27	977	31505	112,27	977
Durchleuchten	34280	10,92	95	34280	10,92	95
<b>Post-OP</b>						
Postoperative Behandlung	31610	34,59	301	31610	34,59	301
Funktionsanalyse HSM*	13571	24,82	216	13571	24,82	216
Grundpauschale für das Krankenhaus	01321	18,27	159	01321	18,27	159
		<b>607,79</b>			<b>608,71</b>	

### Aggregatwechsel

Nur ärztliche Leistung

Leistung	Patient 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr			Patient ab Beginn des 60. Lebensjahres		
	GOP	Wert in Euro	Punkte	GOP	Wert in Euro	Punkte
<b>Aufnahme</b>						
Präoperativ (Grundpauschale)	13541	24,71	215	13542	25,63	223
<b>OP-Leistung</b>						
Implantation L2	31212	212,02	1845	31212	212,02	1845
Postoperative Überwachung	31503	56,08	488	31503	56,08	488
Durchleuchten	34280	10,92	95	34280	10,92	95
<b>Post-OP</b>						
Postoperative Behandlung	31608	27,58	240	31608	27,58	240
Funktionsanalyse HSM*	13571	24,82	216	13571	24,82	216
Grundpauschale für das Krankenhaus	01321	18,27	159	01321	18,27	159
		<b>374,40</b>			<b>375,32</b>	

**Hinweis:** Zur Abrechnung der Sachkosten siehe Seite 11.

\* ab dem 4. postoperativen Tag

## Ambulant durchführbare Leistungen: Defibrillatoren



OPS 2023		durch Vertragsarzt nach EBM	Ambulant im KH nach §115b SGB V	Leistungs- kategorie EBM
<b>Neuimplantation</b>				
5-377.50	1-K-ICD ohne atriale Detektion	Ja	Nein	L3
5-377.51	1-K-ICD mit atrialer Detektion	Ja	Nein	L4
5-377.6	2-K-ICD	Ja	Nein	L5
5-377.70	3-K-ICD ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-377.71	3-K-ICD mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
<b>Wechsel</b>				
5-378.55	Aggregatwechsel 2-K-ICD	Ja	Ja	L2
5-378.5c	Aggregatwechsel 1-K-ICD ohne atriale Detektion	Ja	Ja	L2
5-378.5d	Aggregatwechsel 1-K-ICD mit atrialer Detektion	Ja	Ja	L2
5-378.5e	Aggregatwechsel 3-K-ICD ohne Vorhofelektrode	Ja	Ja	L3
5-378.5f	Aggregatwechsel 3-K-ICD mit Vorhofelektrode	Ja	Ja	L3
5-378.65	Aggregat- und Sondenwechsel 2-K-ICD	Ja	Nein	L5
5-378.6c	Aggregat- und Sondenwechsel 1-K-ICD ohne atriale Detektion	Ja	Nein	L5
5-378.6d	Aggregat- und Sondenwechsel 1-K-ICD mit atrialer Detektion	Ja	Nein	L5
5-378.6e	Aggregat- und Sondenwechsel 3-K-ICD ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-378.6f	Aggregat- und Sondenwechsel 3-K-ICD mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-378.75	Sondenwechsel 2-K-ICD	Ja	Nein	L5
5-378.7c	Sondenwechsel 1-K-ICD ohne atriale Detektion	Ja	Nein	L4
5-378.7d	Sondenwechsel 1-K-ICD mit atrialer Detektion	Ja	Nein	L4
5-378.7e	Sondenwechsel 3-K-ICD ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-378.7f	Sondenwechsel 3-K-ICD mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
<b>Entfernung</b>				
5-378.05	Aggregatentfernung 2-K-ICD	Ja	Ja	L3
5-378.0c	Aggregatentfernung 1-K-ICD ohne atriale Detektion	Ja	Ja	L3
5-378.0d	Aggregatentfernung 1-K-ICD mit atrialer Detektion	Ja	Ja	L3
5-378.0e	Aggregatentfernung 3-K-ICD ohne Vorhofelektrode	Ja	Ja	L3
5-378.0f	Aggregatentfernung 3-K-ICD mit Vorhofelektrode	Ja	Ja	L3
5-378.19	Sondenentfernung ICD	Ja	Nein	L3
5-378.25	Aggregat- und Sondenentfernung 2-K-ICD	Ja	Nein	L4
5-378.2c	Aggregat- und Sondenentfernung 1-K-ICD ohne atriale Detektion	Ja	Nein	L2
5-378.2d	Aggregat- und Sondenentfernung 1-K-ICD mit atrialer Detektion	Ja	Nein	L2
5-378.2e	Aggregat- und Sondenentfernung 3-K-ICD ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L2
5-378.2f	Aggregat- und Sondenentfernung 3-K-ICD mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L2
<b>Korrektur</b>				
5-378.35	Sondenkorrektur 2-K-ICD	Ja	Nein	L3
5-378.3c	Sondenkorrektur 1-K-ICD ohne atriale Detektion	Ja	Nein	L2
5-378.3d	Sondenkorrektur 1-K-ICD mit atrialer Detektion	Ja	Nein	L3
5-378.3e	Sondenkorrektur 3-K-ICD ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L3
5-378.3f	Sondenkorrektur 3-K-ICD mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L3
5-378.45	Lagekorrektur des Aggregates 2-K-ICD	Ja	Ja	L2
5-378.4c	Lagekorrektur des Aggregates 1-K-ICD ohne atriale Detektion	Ja	Ja	L2
5-378.4d	Lagekorrektur des Aggregates 1-K-ICD mit atrialer Detektion	Ja	Ja	L2
5-378.4e	Lagekorrektur des Aggregates 3-K-ICD ohne Vorhofelektrode	Ja	Ja	L2
5-378.4f	Lagekorrektur des Aggregates 3-K-ICD mit Vorhofelektrode	Ja	Ja	L2

## Beispielrechnungen ambulante Operationen: 1-Kammer-Defibrillator

### Implantation

Nur ärztliche Leistung

Leistung	Patient 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr			Patient ab Beginn des 60. Lebensjahres		
	GOP	Wert in Euro	Punkte	GOP	Wert in Euro	Punkte
<b>Aufnahme</b>						
Präoperativ (Grundpauschale)	13541	24,71	215	13542	25,63	223
<b>OP-Leistung</b>						
Implantation L3	31213	295,10	2568	31213	295,10	2568
Postoperative Überwachung	31505	112,27	977	31505	112,27	977
Durchleuchten	34280	10,92	95	34280	10,92	95
<b>Post-OP</b>						
Postoperative Behandlung	31608	27,58	240	31608	27,58	240
Funktionsanalyse ICD*	13573	45,97	400	13573	45,97	400
Grundpauschale für das Krankenhaus	01321	18,27	159	01321	18,27	159
		<b>534,82</b>			<b>535,74</b>	

### Aggregatwechsel

Nur ärztliche Leistung

Leistung	Patient 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr			Patient ab Beginn des 60. Lebensjahres		
	GOP	Wert in Euro	Punkte	GOP	Wert in Euro	Punkte
<b>Aufnahme</b>						
Präoperativ (Grundpauschale)	13541	24,71	215	13542	25,63	223
<b>OP-Leistung</b>						
Implantation L2	31212	212,02	1845	31212	212,02	1845
Postoperative Überwachung	31503	56,08	488	31503	56,08	488
Durchleuchten	34280	10,92	95	34280	10,92	95
<b>Post-OP</b>						
Postoperative Behandlung	31608	27,58	240	31608	27,58	240
Funktionsanalyse ICM*	13573	45,97	400	13573	45,97	400
Grundpauschale für das Krankenhaus	01321	18,27	159	01321	18,27	159
		<b>395,55</b>			<b>396,47</b>	

**Hinweis:** Zur Abrechnung der Sachkosten siehe Seite 11.

\* ab dem 4. postoperativen Tag

## Beispielrechnungen ambulante Operationen: 2-Kammer-Defibrillator

### Implantation

Nur ärztliche Leistung

Leistung	Patient 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr			Patient ab Beginn des 60. Lebensjahres		
	GOP	Wert in Euro	Punkte	GOP	Wert in Euro	Punkte
<b>Aufnahme</b>						
Präoperativ (Grundpauschale)	13541	24,71	215	13542	25,63	223
<b>OP-Leistung</b>						
Implantation L5	31215	550,79	4793	31215	550,79	4793
Postoperative Überwachung	31506	159,50	1388	31506	159,50	1388
Durchleuchten	34280	10,92	95	34280	10,92	95
<b>Post-OP</b>						
Postoperative Behandlung	31610	34,59	301	31610	34,59	301
Funktionsanalyse ICD*	13573	45,97	400	13573	45,97	400
Grundpauschale für das Krankenhaus	01321	18,27	159	01321	18,27	159
		<b>844,75</b>			<b>845,67</b>	

### Aggregatwechsel

Nur ärztliche Leistung

Leistung	Patient 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr			Patient ab Beginn des 60. Lebensjahres		
	GOP	Wert in Euro	Punkte	GOP	Wert in Euro	Punkte
<b>Aufnahme</b>						
Präoperativ (Grundpauschale)	13541	24,71	215	13542	25,63	223
<b>OP-Leistung</b>						
Implantation L2	31212	212,02	1845	31212	212,02	1845
Postoperative Überwachung	31503	56,08	488	31503	56,08	488
Durchleuchten	34280	10,92	95	34280	10,92	95
<b>Post-OP</b>						
Postoperative Behandlung	31608	27,58	240	31608	27,58	240
Funktionsanalyse ICD*	13573	45,97	400	13573	45,97	400
Grundpauschale für das Krankenhaus	01321	18,27	159	01321	18,27	159
		<b>395,55</b>			<b>396,47</b>	

**Hinweis:** Zur Abrechnung der Sachkosten siehe Seite 11.

\* ab dem 4. postoperativen Tag

## Ambulant durchführbare Leistungen: Systemumstellungen

OPS 2023		durch Vertragsarzt nach EBM	Ambulant im KH nach §115b SGB V	Leistungs- kategorie EBM
<b>Systemumstellung 1-K-HSM auf...</b>				
5-378.b0	2-K-HSM	Ja	Ja	L5
5-378.b1	3-K-HSM ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-378.b2	3-K-HSM mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
<b>Systemumstellung 2-K-HSM auf...</b>				
5-378.b3	1-K-HSM	Ja	Ja	L4
5-378.b4	3-K-HSM ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L6
5-378.b5	3-K-HSM mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
<b>Systemumstellung 3-K-HSM auf...</b>				
5-378.b6	1-K-HSM	Ja	Ja	L4
5-378.b7	2-K-HSM	Ja	Ja	L4
<b>Systemumstellung HSM auf...</b>				
5-378.b8	1-K-ICD ohne atriale Detektion	Ja	Nein	L5
5-378.b9	1-K-ICD mit atrialer Detektion	Ja	Nein	L5
5-378.ba	2-K-ICD	Ja	Nein	L5
5-378.bb	3-K-ICD ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-378.bc	3-K-ICD mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
<b>Systemumstellung 1-K-ICD auf...</b>				
5-378.c0	2-K-ICD	Ja	Nein	L4
5-378.c1	3-K-ICD ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-378.c2	3-K-ICD mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
<b>Systemumstellung 2-K-ICD auf...</b>				
5-378.c3	1-K-ICD ohne atriale Detektion	Ja	Nein	L4
5-378.c4	1-K-ICD mit atrialer Detektion	Ja	Nein	L4
5-378.c5	3-K-ICD ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-378.c6	3-K-ICD mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
<b>Systemumstellung 3-K-ICD auf...</b>				
5-378.c7	1-K-ICD ohne atriale Detektion	Ja	Nein	L5
5-378.c8	1-K-ICD mit atrialer Detektion	Ja	Nein	L5
5-378.c9	2-K-ICD	Ja	Nein	L5
<b>Systemumstellung ICD auf...</b>				
5-378.ca	1-K-HSM	Ja	Nein	L5
5-378.cb	2-K-HSM	Ja	Nein	L5
5-378.cc	3-K-HSM ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-378.cd	3-K-HSM mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5

## Ambulant durchführbare Leistungen: Systemumstellungen

OPS 2023		durch Vertragsarzt nach EBM	Ambulant im KH nach §115b SGB V	Leistungs- kategorie EBM
<b>Systemumstellung S-ICD auf...</b>				
5-378.cf	1-K-ICD ohne atriale Detektion	Ja	Nein	L5
5-378.cg	1-K-ICD mit atrialer Detektion	Ja	Nein	L5
5-378.ch	2-K-ICD	Ja	Nein	L5
5-378.cj	3-K-ICD ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-378.ck	3-K-ICD mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
<b>Systemumstellung Intrakardialer Impulsgenerator auf...</b>				
5-378.d0	1-K-HSM	Ja	Nein	L4
5-378.d1	2-K-HSM	Ja	Nein	L5
5-378.d2	3-K-HSM ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-378.d3	3-K-HSM mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-378.d4	1-K-ICD ohne atriale Detektion	Ja	Nein	L5
5-378.d5	1-K-ICD mit atrialer Detektion	Ja	Nein	L5
5-378.d6	2-K-ICD	Ja	Nein	L5
5-378.d7	3-K-ICD ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-378.d8	3-K-ICD mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5

## Ambulant durchführbare Leistungen: Vaskuläre Intervention, koronar

OPS 2023		durch Vertragsarzt nach EBM	Ambulant im KH nach §115b SGB V	GOP im EBM
<b>Diagnostik</b>				
1-275.*	Diagnostik - Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	Ja	Ja	34291 + 01520
1-275.0	Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	Ja	Ja	34291 + 01520
1-275.1	Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	Ja	Ja	34291 + 01520
1-275.2	Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	Ja	Ja	34291 + 01520
1-275.3	Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Darstellung	Ja	Ja	34291 + 01520
1-275.4	Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Darstellung	Ja	Ja	34291 + 01520
1-275.5	Koronarangiographie von Bypassgefäßen	Ja	Ja	34291 + 01520
<b>Intervention (Abrechnung der GOP zusätzlich zu den diagnostischen GOP)</b>				
8-837.0*	Ballon-Angioplastie	Ja	Nein	34292
8-837.m* + 8-83b.08	Einlegen eines Medikamente-freisetzenden Stents Kodierung des Medikamentes (Sirolimus)	Ja	Nein	34292
8-837.k*	Einlegen eines nicht Medikamente Stents	Ja	Nein	34292
8-83d.0* + 8-83b.08 + 8-83b.m1	Einlegen eines Medikamente-freisetzenden bioresorbierbaren Stents Kodierung des Medikamentes (Sirolimus) Kodierung des Stentmaterials	Ja	Nein	34292
8-837.0* + 8-83b.b*	Angioplastie mit Medikamente-freisetzenden Ballon[s] Kodierung des Medikamentes	Ja	Nein	34292
8-839.9*	Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken*	Ja	Nein	34292
8-837.t	Thrombektomie aus Koronargefäßen	Ja	Nein	34292

### Intervention (Abrechnung der GOP zusätzlich zu den diagnostischen GOP)

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

GOP	Beschreibung	Betrag 2023
40300	Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34291	181,50 €
40302	Durchführung einer PTCA an einem Gefäß, ggf. einschl. Stent entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292	1.058,40 €
40304	Durchführung einer PTCA an mehreren Gefäßen, ggf. einschl. Stents entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292, zusätzlich zur Sachkostenpauschale Nr. 40302	690,20 €
40306	Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34291 für die Qualitätssicherung	2,50 €

### Anmerkungen

- Die einzeitige Mehrgefäßdilatation am Herzen beinhaltet die Dilatation mehrerer verschiedener Gefäße (A. coronaria dextra, A. coronaria sinistra, Ramus interventricularis anterior und/oder Bypass) in einer Sitzung.
- Folgende Materialien sind nicht enthalten:  
Spezialballons, wie z.B. Scoring-Ballon, Drug Coated Ballon, etc.
- Die im Zusammenhang mit interventionellen kardiologischen Maßnahmen, wie z. B. der Rotablation oder der Atherektomie entstehenden Sachkosten, sind nicht Bestandteil der Kostenpauschalen
- Die entstehenden Kosten in 2. und 3. sind gesondert über Rezept berechnungsfähig.

**Hinweis:** Zur Abrechnung der Sachkosten siehe Seite 11.

## Beispielrechnungen ambulante koronare Leistungen

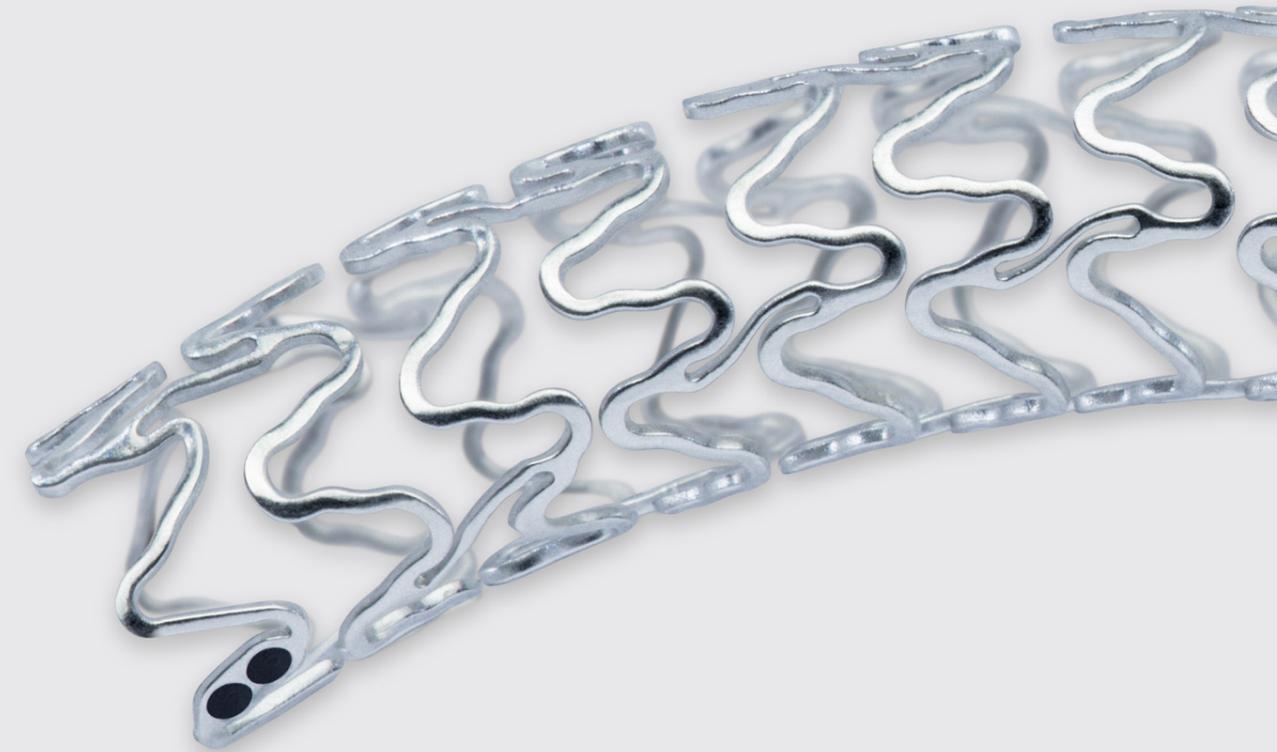
### Durchführung einer PTCA an einem Gefäß (DES/BMS/RMS)

Leistung	Patient 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr			Patient ab Beginn des 60. Lebensjahres		
	GOP	Erlös	Punkte	GOP	Erlös	Punkte
<b>Aufnahme</b>						
Grundpauschale	13541	24,71 €	215	13542	25,63 €	223
<b>Interventionelle Maßnahme</b>						
Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	34291	364,86 €	3175	34291	364,86 €	3175
Kostenpauschale für die Durchführung einer Koronarangiografie	40300	181,50 €		40300	181,50 €	
Koronarintervention	34292	436,56 €	3799	34292	436,56 €	3799
Kostenpauschale für die Durchführung einer PTCA	40302	1.058,40 €		40302	1.058,40 €	
<b>Nach dem Eingriff</b>						
Zusatzpauschale nach diagnostischer Koronarangiografie	01520	100,90 €	878	01520	100,90 €	878
		<b>2.166,93 €</b>			<b>2.167,85 €</b>	

### Durchführung einer PTCA an mehreren Gefäßen (DES/BMS/RMS)

Leistung	Patient 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr			Patient ab Beginn des 60. Lebensjahres		
	GOP	Wert in Euro	Punkte	GOP	Wert in Euro	Punkte
<b>Aufnahme</b>						
Grundpauschale	13541	24,71 €	215	13542	25,63 €	223
<b>Interventionelle Maßnahme</b>						
Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	34291	364,86 €	3175	34291	364,86 €	3175
Kostenpauschale für die Durchführung einer Koronarangiografie	40300	181,50 €		40300	181,50 €	
Koronarintervention	34292	436,56 €	3799	34292	436,56 €	3799
Kostenpauschale für die Durchführung einer PTCA	40302	1.058,40 €		40302	1.058,40 €	
Kostenpauschale für die Durchführung einer PTCA an mehreren Gefäßen	40304	690,20 €		40304	690,20 €	
<b>Nach dem Eingriff</b>						
Zusatzpauschale nach therapeutischer Angiografie	01521	174,79 €	1521	01521	174,79 €	1521
		<b>2.931,02 €</b>			<b>2.931,94 €</b>	

**Hinweis:** Zur Abrechnung der Sachkosten siehe Seite 11.



## 4.1 Ambulant durchführbare Leistungen: Vaskuläre Intervention, peripher

OPS 2023		durch Vertragsarzt nach EBM	Ambulant im KH nach §115b SGB V	GOP im EBM
<b>Diagnostik</b>				
3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	Ja	Ja	34283 + 34285 + 01530 bzw. 01531
3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	Ja	Ja	34283 + 34285 + 01530 bzw. 01531
3-608	Superselektive Arteriographie	Ja	Ja	34283 + 34285 + 01530 bzw. 01531
<b>Intervention</b>				
8-836.0s	Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	Ja	Ja	34283 + 34286 + 01530 bzw. 01531
8-836.0q	Ballon-Angioplastie: Andere Arterien abdominal und pelvin	Ja	Ja	34283 + 34286 + 01530 bzw. 01531
8-836.0c	Ballon-Angioplastie: Arterien Unterschenkel	Ja	Nein	34283 + 34286 + 01530 bzw. 01531
8-836.0s + 8-83b.b*	Ballon-Angioplastie mit Medikamente-freisetzen- den Ballons Arterien Oberschenkel	Ja	Nein	34283 + 34286 + 01530 bzw. 01531
8-836.0q + 8-83b.b*	Ballon-Angioplastie mit Medikamente-freisetzen- den Ballons – Andere Arterien abdominal und pelvin	Ja	Nein	34283 + 34286 + 01530 bzw. 01531
8-836.0c + 8-83b.b*	Ballon-Angioplastie mit Medikamente-freisetzen- den Ballons – Arterien Unterschenkel	Ja	Nein	34283 + 34286 + 01530 bzw. 01531
8-840.**	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamente-freisetzen- den Stents	Ja	Nein	34283 + 34286 + 01530 bzw. 01531

## 4.2 Beispielrechnung ambulante periphere Leistungen

### Durchführung einer Serienangiografie

Nur ärztliche Leistung

Leistung	GOP	Erlös	Punkte	Patient 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr		Patient ab Beginn des 60. Lebensjahres	
				GOP	Erlös	Punkte	Erlös
<b>Aufnahme</b>							
Grundpauschale	13541	24,71 €	215	13542	25,63 €	223	
<b>Interventionelle Maßnahme</b>							
Serienangiografie	34283	178,35 €	1552	34283	178,35 €	1552	
Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Angiografie	01530	100,90 €	878	01530	100,90 €	878	
		<b>303,96 €</b>			<b>304,88 €</b>		

### Durchführung einer PTA

Nur ärztliche Leistung

Leistung	GOP	Erlös	Punkte	Patient 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr		Patient ab Beginn des 60. Lebensjahres	
				GOP	Erlös	Punkte	Erlös
<b>Aufnahme</b>							
Grundpauschale	13541	24,71 €	215	13542	25,63 €	223	
<b>Interventionelle Maßnahme</b>							
Serienangiografie	34283	178,35 €	1552	34283	178,35 €	1552	
Zuschlag bei Intervention	34286	255,23 €	2221	34286	255,23 €	2221	
Zuschlag zur GOP 34283 bei selektiver Darstellung anderer als in GOP 34284 genannten Gefäße	34285	54,81 €	477	34285	54,81 €	477	
Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Angiografie	01531	174,79 €	1521	01531	174,79 €	1521	
		<b>687,89 €</b>			<b>688,81 €</b>		

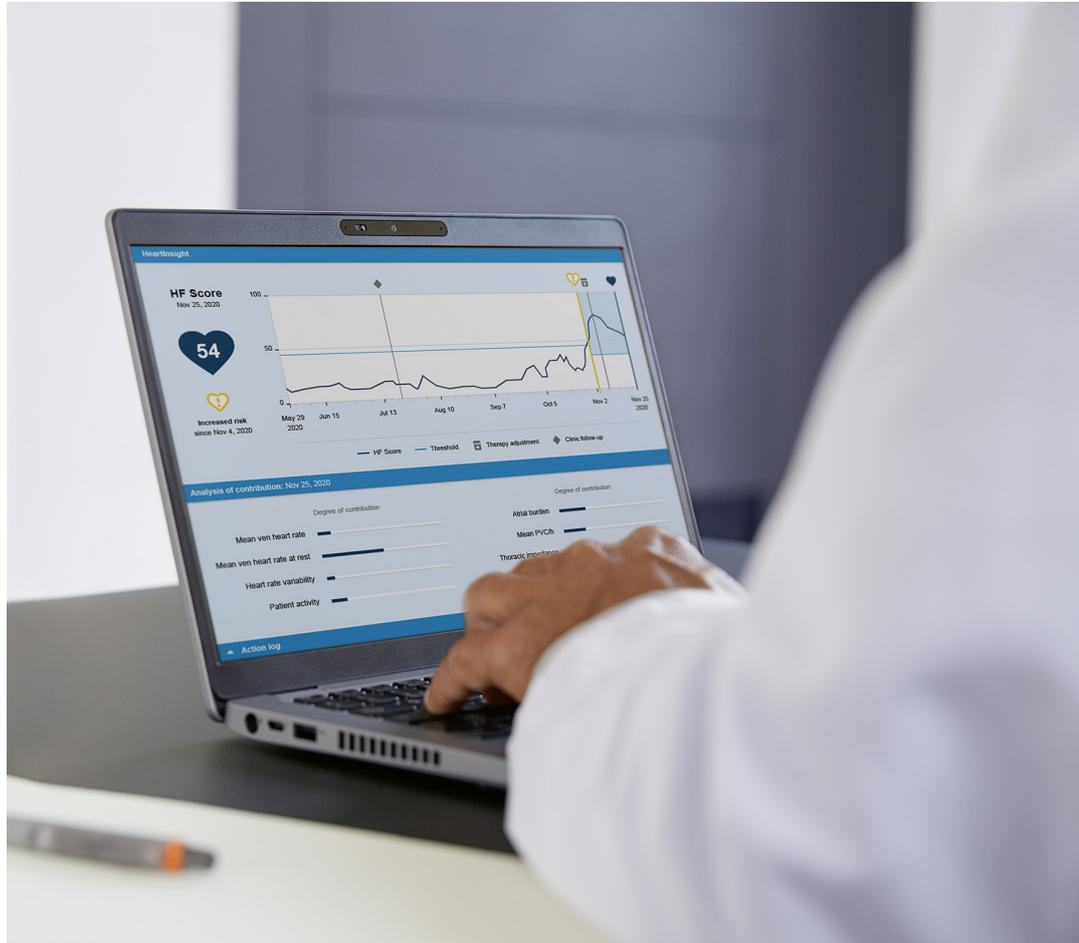
**Hinweis:** Zur Abrechnung der Sachkosten siehe Seite 11.

**Rechtlicher Hinweis:**

Die Angaben basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab 1. Quartal 2023 (Quelle: [www.kbv.de](http://www.kbv.de)). Änderungen sind durch Beschluss des G-BA im Laufe des Jahres möglich. Trotz gründlicher Recherche kann für die Richtigkeit und Vollständigkeit keine Haftung übernommen werden.

Alle Angaben sind Empfehlungen von BIOTRONIK, beziehen sich ausschließlich auf von BIOTRONIK vertriebene Produkte. Die verwendeten Kodierbeispiele lassen keine allgemein gültigen Rückschlüsse auf deren Anwendung zu. Informationen über die Anwendung bestimmter Produkte und Therapien von BIOTRONIK finden Sie in der jeweiligen Gebrauchsanweisung.

# HeartInsight – Heart Failure Management Solution



© BIOTRONIK SE & Co. KG  
Alle Rechte vorbehalten.  
Technische Änderungsvorbehalten.

BIOTRONIK Vertriebs  
GmbH & Co. KG  
Woermannkehe 1  
12359 Berlin / Germany  
reimbursement.de@biotronik.com  
www.biotronik.com/de-de/  
healthcare-professionals/reimbursement

Stand: 01/2023

60 Years  
of Innovation

**BIOTRONIK**  
excellence for life