



HEALTH ECONOMICS & REIMBURSEMENT

2025

KODIERHILFE

AMBULANTE ABRECHNUNG

CARDIAC RHYTHM MANAGEMENT

3. AUFLAGE

UNSERE MISSION

Leben Sie nicht einfach nur länger, sondern besser

„Wir von Abbott helfen Menschen, ihr Leben dank einer guten Gesundheit in vollen Zügen zu genießen. Wir arbeiten daran, die Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verbessern und entwickeln weltweit Nahrungsprodukte für Menschen allen Alters. Wir liefern Informationen, die es ermöglichen, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, entwickeln bahnbrechende medizinische Innovationen und arbeiten Tag für Tag an neuen Möglichkeiten, das Leben noch besser zu gestalten.“

UNSER ANLIEGEN

Wir möchten Sie bei Ihrer täglichen Arbeit unterstützen

„Die Abteilung Health Economics und Reimbursement (HE&R) arbeitet jeden Tag daran, den Zugang der Patient:innen zu lebensverbessernden Abbott-Technologien zu gewährleisten und als Teil eines weltweit führenden Unternehmens den Mehrwert für die Patient:innen zu erhöhen und eine Kostenerstattung zu erreichen.“



INHALT

Vorwort	4
----------------------	----------

HERZSCHRITTMACHER

Herzschrittmacher-Implantationen EBM / AOP	10
Implantation 1-Kammer	11
Implantation 2-Kammer	11
Implantation 3-Kammer	11
Herzschrittmacher-Wechsel EBM / AOP	12
Wechsel 1- und 2-Kammer	13
Wechsel 3-Kammer	13
Herzschrittmacher-Implantationen GOÄ	14
Implantation 1-Kammer	15
Implantation 2-Kammer	16
Implantation 3-Kammer	17
Herzschrittmacher-Wechsel GOÄ	18
Wechsel 1-Kammer	18
Wechsel 2- und 3-Kammer	19
Herzschrittmacher Telemedizin	20–22

DEFIBRILLATOR

Defibrillator-Implantationen EBM/AOP	23
Implantation 1-Kammer	24
Implantation 2-Kammer	24
Implantation 3-Kammer	24
Defibrillator-Wechsel EBM/AOP	25
Wechsel 1- und 2-Kammer	26
Wechsel 3-Kammer	26
Defibrillator-Implantationen GOÄ	27
Implantation 1-Kammer	28
Implantation 2-Kammer	29
Implantation 3-Kammer	30
Defibrillator-Wechsel GOÄ	31
Wechsel 1-Kammer	31
Wechsel 2- und 3-Kammer	32
Defibrillator Telemedizin	33–35

EREIGNISREKORDER

Implantation EBM	36
Implantation GOÄ	36–37
Telemedizin	38

Glossar	39
Das könnte Sie auch interessieren	40
Quellen	41
Wir für Sie	43

VORWORT

Zum aktuellen Zeitpunkt gibt es viele gesundheitspolitische Herausforderungen, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich. Im stationären Bereich gibt es auch im Jahr 2025 wieder Anpassungen der Klassifikationssysteme sowie eine Überarbeitung der DRG-Systematik. Diese Abrechnungsveränderungen erläutern wir Ihnen ausführlich in den Kodierhilfen für die stationäre Abrechnung, wie beispielsweise der Kodierhilfe Rhythmologie.

Zusätzlich zu den spezifischen Änderungen in den Klassifikationssystemen und den DRG-Algorithmen kommen für das Jahr 2025 unverändert vielfältige zusätzliche Herausforderungen für die Krankenhäuser zum Tragen.

Auch wenn diese Kodierhilfe die ambulante Abrechnung thematisiert, möchten wir auf einige wichtige Veränderungen hinweisen, da der Übergang zwischen ambulantem und stationären Sektor oft fließend ist.

Krankenhausreform und Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

Die anstehende Krankenhausreform basiert im Wesentlichen auf dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, welches aktuell vom Bundestag verabschiedet wurde.

Auch wenn das KHVVG in der derzeitigen Fassung außerordentlich komplex ist, lassen sich die Hauptpunkte folgendermaßen zusammenfassen:

Einführung von Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierung als Teil der Krankenhausfinanzierung

Krankenhäusern werden nach dem Willen des Gesetzgebers bestimmte Leistungsgruppen zugewiesen, oft basierend auf regionalen Vorgaben. Die Zuweisung wird voraussichtlich streng datengetrieben sein und wenig Möglichkeiten individueller Sonderlösungen bieten.

Diese Zuweisung schränkt die Flexibilität der Krankenhäuser ein, da sie nur für die zugewiesenen Leistungen vergütet werden. Zudem ist die Abrechnung von Leistungsgruppen an die Erfüllung von schlussendlich nicht validierten Qualitätsvorgaben gebunden. Insbesondere die hier geforderten Personalschlüssel werden viele kardiologische Fachabteilungen vor erhebliche Herausforderungen stellen. Auch wenn aktuell die Vorgaben auf Bundesebene noch nicht final sind, so existiert ein solches Leistungsgruppenmodell bereits in der Krankenhausplanung Nordrhein-Westfalen. Ein erhebliches Problem wird immer dann resultieren, wenn trotz zugewiesener Leistungsgruppe z. B. die personellen Strukturen durch den Weggang von Mitarbeiter:innen nicht mehr erfüllt werden und auch keine kurzfristige Abhilfe auf dem umkämpften Arbeitsmarkt geschaffen werden kann.

Die Regelungen zur Vorhaltefinanzierung ergänzen die Abrechnung der allgemeinen Krankenhausleistungen und knüpfen sich eng an die Leistungsgruppen. Die Vorhaltepauschalen sollen die

fixen Kosten der Krankenhäuser abdecken, unabhängig von der tatsächlichen Auslastung. Diese werden jedoch voraussichtlich häufig unzureichend sein, um, insbesondere bei spezialisierten Leistungen, die tatsächlichen Vorhaltungskosten für Personal, Technik und Infrastruktur abzudecken.

Die Abrechnung erfolgt dann über Entgelte, die anteilig gesondert für die Vorhaltevergütung abgerechnet werden. Diese erfolgt unabhängig von der tatsächlichen Fallzahl, sondern wird sukzessive im Laufe eines Jahres vergütet. Dabei werden Vorhaltevolumina als Summe der Vorhalte-bewertungsrelationen definiert. Das InEK ermittelt diese Volumina für jedes Land und je Leistungsgruppe. Das BMG ist berechtigt, Leistungsgruppen und Qualitätskriterien festzulegen, um eine bundeseinheitliche Einteilung des stationären Behandlungsspektrums zu erreichen. Diese dienen als Grundlage für die Vorhaltefinanzierung und zur Stärkung der Versorgungsqualität.

Im Endergebnis sollen dann ca. 60% der Fallvergütung im Krankenhaus über Vorhaltevergütung und Pflegebudget erfolgen, während die verbleibenden ca. 40% über sogenannte residuale Fallpauschalen (r-DRGs) vergütet werden.

Einführung von Mindestvorhaltezahlen für Leistungsgruppen

Damit eine Klinik eine Leistungsgruppe beantragen und die Leistungen erbringen und abrechnen darf, müssen nach den Plänen des Gesetzes noch zu definierende Mindestvorhaltezahlen nachgewiesen werden. Zu diesem Thema existieren vielfältige und sehr kontroverse Positionen. Im Wesentlichen lassen sich die Bedenken gegenüber diesem Punkt des KHVVG so zusammenfassen:

- Die im Gesetz vorgesehenen Qualitätsanforderungen, etwa Mindestfallzahlen, die für bestimmte Leistungsgruppen erforderlich sind, sind kritisch zu betrachten.
- Besonders kleinere Krankenhäuser in ländlichen Regionen könnten diese Anforderungen nicht erfüllen, was deren Existenz voraussichtlich gefährden wird.
- Zudem ist die fehlende Evidenz für die festgelegten Mindestvorhaltezahlen zu bemängeln.

Insgesamt stellt das KHVVG die Kliniken voraussichtlich vor erhebliche Herausforderungen und erhöht den administrativen Aufwand noch einmal erheblich. Die Änderungen sollen zunächst in den Jahren 2025 und 2026 budgetneutral eingeführt werden. Daran schließt sich eine Konvergenzphase an, in der eine anteilige Finanzierung der Krankenhäuser nach dem neuen Verfahren erfolgt. Die vollumfängliche Vergütung der Häuser mit Vorhaltepauschalen und r-DRGs greift nach dem KHVVG dann voraussichtlich ab dem Jahr 2029. Inwieweit hier dann tatsächlich eine Verbesserung der Finanzierung und eine Loslösung von aktuell rein über die Fallzahl definierten Erlösvolumina einer Klinik erfolgen, bleibt abzuwarten.

Ambulantisierung bisher stationärer Leistungen

Ende Dezember 2022 erfolgte die Umsetzung des Gutachtens durch die Selbstverwaltung. Dabei sind die bisher bekannten Kategorien 1 und 2 weggefallen und wurden durch die im Weiteren noch kurz skizzierte Kontextprüfung ersetzt. Im Bereich der Kardiologie fand ein erheblicher Um-

bau statt und viele OPS-Kodes können seither im AOP-Katalog gefunden werden. Insbesondere davon betroffen sind beispielsweise Aggregatentfernungen und -wechsel. Die vollständige Auflistung können Sie der Anlage 1 des AOP-Vertrages entnehmen.

Die folgenden Tabellen bieten eine Übersicht der erbringbaren und abrechenbaren Leistungen.

Herzschrillmacher						
	Implantation (5-377.*)	Aggregatwechsel (5-378.5*)	Aggregat- & Sondenwechsel (5-378.6*)	Aggregat- & Sondenentfernung (5-378.2*)	Sondenentfernung (5-378.1*)	Aggregatentfernung (5-378.0*)
1-Kammer	JA	JA	JA	NEIN	JA	JA
2-Kammer	JA	JA	JA	NEIN	JA	JA
3-Kammer	NEIN	JA	NEIN	NEIN	JA	JA

Defibrillator (ICD)						
	Implantation (5-377.*)	Aggregatwechsel (5-378.5*)	Aggregat- & Sondenwechsel (5-378.6*)	Aggregat- & Sondenentfernung (5-378.2*)	Sondenentfernung (5-378.1*)	Aggregatentfernung (5-378.0*)
1-Kammer	NEIN	JA	NEIN	NEIN	NEIN	JA
2-Kammer	NEIN	JA	NEIN	NEIN	NEIN	JA
3-Kammer	NEIN	JA	NEIN	NEIN	NEIN	JA

Ereignisrekorder (ICM)		
	Implantation (5-377.*)	Aggregatentfernung (5-378.0*)
1-Kammer	NEIN	NEIN
2-Kammer	NEIN	NEIN
3-Kammer	NEIN	NEIN

Grundsätzlich entfallen bei der neuen Form des AOP-Kataloges die Kategorien 1 und 2 und die G-AEP-Kriterien. Diese dienten bisher dazu, nicht in der Kodierung erfassbare Begleitumstände zu beschreiben, welche einer ambulanten Leistungserbringung im Wege standen und werden durch die später dargestellten Kontextfaktoren ersetzt. Die neue Kontextprüfung verläuft vereinfacht dargestellt so, dass zunächst auf der Ebene von OPS-Kodes Fälle identifiziert werden, welche zum ambulanten Potenzial gerechnet werden. In weiteren Schritten wird dann geprüft, ob OPS-Kodes oder andere Kriterien, wie auch Nebendiagnosen im Fall kodiert worden sind, welche dann in den Ausschlusskriterien aufzufinden sind. Dabei führt die Selbstverwaltung in einigen Bereichen z. B. höhere Pflegegrade und Funktionseinschränkungen als stationäre Begründungen an. Aktuell enthalten die Kontextfaktoren folgende thematische Bereiche:

Stationäre Begründung durch ICD-Kodes (Haupt- oder Nebendiagnose)

Mehr als 1.400 ICD-Kodes werden hier gelistet. Für das Fach der Kardiologie finden sich hier beispielhaft akute myokardiale Infarkte, wobei die instabile Angina pectoris nicht Teil der Auflistung ist. Auch entzündliche Erkrankungen des Herzens werden hier aufgeführt.

Stationäre Begründung durch OPS-Kodes

In der Liste der OPS-Kodes, welche eine stationäre Behandlung begründen können, finden sich ausschließlich OPS-Kodes des Kapitels 5 des OPS-Katalogs.

Funktionseinschränkungen

Für die stationär begründenden Funktionseinschränkungen wurden die nachfolgenden ICD-Kodes definiert.

ICD-KODE	OPS-TEXT
U50.40	Schwere motorische Funktionseinschränkung; Barthel-Index: 20–35 Punkte
U50.41	Schwere motorische Funktionseinschränkung; Motorischer FIM: 31–42 Punkte
U50.50	Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung; Barthel-Index: 0–15 Punkte
U50.51	Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung; Motorischer FIM: 13–30 Punkte
U51.20	Schwere kognitive Funktionseinschränkung; Erweiterter Barthel-Index: 0–15 Punkte
U51.21	Schwere kognitive Funktionseinschränkung; Kognitiver FIM: 5–10 Punkte
U51.22	Schwere kognitive Funktionseinschränkung; MMSE: 0–16 Punkte

Pflegegrad

Bei den Pflegegraden finden lediglich die Grade 4 und 5 in der Auflistung der Selbstverwaltung Niederschlag.

ICD-KODE	OPS-TEXT
9-984.9	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4
9-984.a	Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5

Beatmung

Beatmete Fälle werden automatisch aus der Bewertung als ambulant erbringbare Konstellationen ausgeschlossen.

Untere Altersgrenze

Die untere Altersgrenze wird von der Selbstverwaltung sehr niedrig angesetzt: „Bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres kann eine stationäre Durchführung einer Leistung begründet sein.“ Hier findet sich für die interventionelle Kardiologie sicher keine Relevanz.

Leistungserbringung AOP

Nach §1 des Vertrages nach §115b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus (AOP-Vertrag) – bedarf es zur Erbringung von Leistungen des AOP-Kataloges einer maschinenlesbaren Mitteilung des Krankenhauses an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss. Hierzu ist laut Vertrag des zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgestimmte Meldeformular zu verwenden*.

Erweiterung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes

Auch der Einheitliche Bewertungsmaßstab wurde zum 01. Januar 2023 deutlich erweitert, vor allem im Bereich der Kardiologie. Hierzu zählen insbesondere die Prozeduren rund um die Implantation und den Wechsel von implantierbaren Defibrillatoren.

Die folgenden Tabellen bieten eine Übersicht der erbringbaren und abrechenbaren Leistungen.

Herzschrittmacher						
	Implantation (5-377.*)	Aggregatwechsel (5-378.5*)	Aggregat- & Sondenwechsel (5-378.6*)	Aggregat- & Sondenentfernung (5-378.2*)	Sondenentfernung (5-378.1*)	Aggregatentfernung (5-378.0*)
1-Kammer	JA	JA	JA	JA	JA	JA
2-Kammer	JA	JA	JA	JA	JA	JA
3-Kammer	JA	JA	JA	JA	JA	NEIN

Defibrillator (ICD)						
	Implantation (5-377.*)	Aggregatwechsel (5-378.5*)	Aggregat- & Sondenwechsel (5-378.6*)	Aggregat- & Sondenentfernung (5-378.2*)	Sondenentfernung (5-378.1*)	Aggregatentfernung (5-378.0*)
1-Kammer	JA	JA	JA	JA	JA	JA
2-Kammer	JA	JA	JA	JA	JA	JA
3-Kammer	JA	JA	JA	JA	JA	JA

Ereignisrekorder (ICM)		
	Implantation (5-377.*)	Aggregatentfernung (5-378.0*)
1-Kammer	NEIN	JA
2-Kammer	NEIN	JA
3-Kammer	NEIN	JA

* <https://www.dkgev.de/themen/medizin-wissenschaft/ambulantes-operieren-115b-rgb-v/>

TAKE HOME MESSAGES

zur kommenden Krankenhausreform

Aktuell wurde das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom Bundestag verabschiedet. Hauptpunkte des Gesetzes sind die Einführung von Leistungsgruppen einschließlich der für die Zuweisung von Leistungsgruppen an eine Klinik gekoppelte Erfüllung von Qualitätskriterien, sowie die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf einen aus der DRG-Vergütung auszukoppelnden Vorhaltefinanzierungsanteil, welcher eng mit den Leistungsgruppen verknüpft ist. Eine große Hürde für Kliniken werden voraussichtlich auch die erheblichen Personalanforderungen der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen sein, da eine nicht oder nicht mehr erfüllte Vorgabe eine gesamte Fachabteilung aus der Leistungserbringung wird herauslösen können.

Hybrid-DRGs

Für das Jahr 2025 finden sich keine Leistungen der Kardiologie in den Leistungsbereichen der Hybrid-DRGs.

Ambulantisierung

Für das Jahr 2025 wurden keine nennenswerten Neuerungen im den AOP oder EBM Katalog aufgenommen.

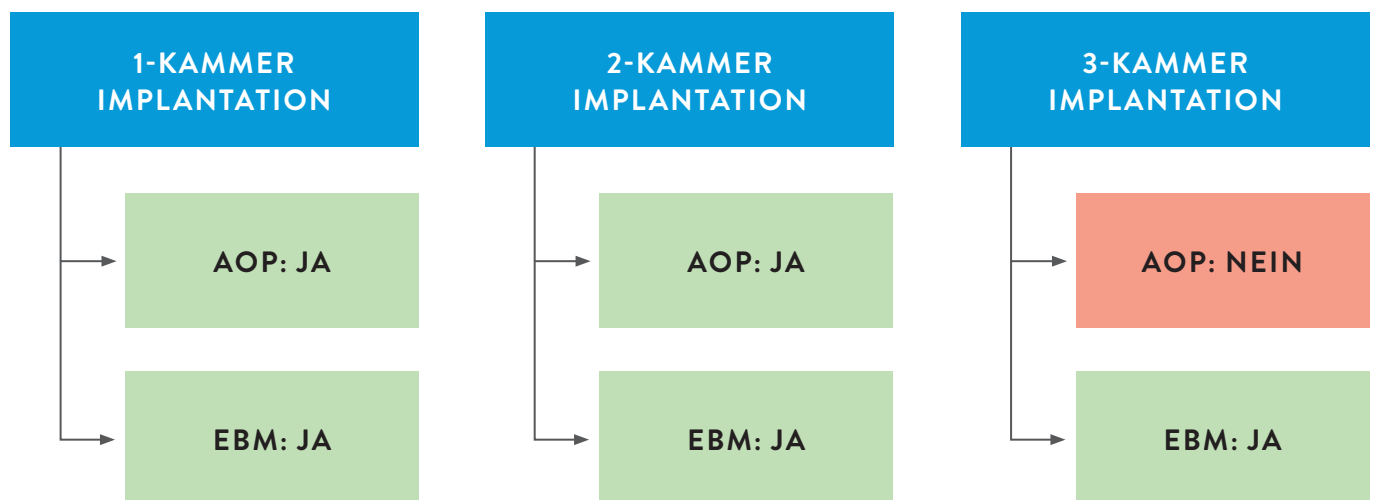
HERZSCHRITTMACHER IMPLANTATIONEN

Im Jahr 2025 ist die Implantation von Herzschrittmachern sowohl im niedergelassenen Bereich über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab als auch über den AOP-Katalog¹⁾ als ambulante Operation im Krankenhaus weitgehend möglich. Die einzige Ausnahme bildet dabei die Implantation eines 3-Kammer Herzschrittmachers, die nicht im AOP-Katalog abgebildet ist, dafür jedoch als EBM-Leistung²⁾ erbringbar ist.

Bitte beachten Sie, dass die Vergütung für AOP-Leistungen nahezu identisch zu EBM-Leistungen ist. Die im Folgenden dargestellten Abrechnungsbeispiele verstehen sich somit gleichermaßen für die ärztliche Leistungserbringung im niedergelassenen Bereich aber auch im Krankenhaus, zuzüglich Implantatekosten.

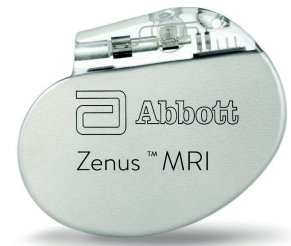
Bitte beachten Sie, dass die aufgeführten Ziffern ein Abrechnungsbeispiel darstellen und nur die Leistungen abgerechnet werden dürfen, die auch tatsächlich erbracht wurden.

HERZSCHRITTMACHER



HERZSCHRITTMACHER IMPLANTATIONEN – EBM/AOP

Vergütung der ärztlichen Leistung (ohne Implantatekosten)



Implantation 1-Kammer HSM EBM/AOP

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	27,64 €	1	27,64 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	13,01 €	1	13,01 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,36 €	1	16,36 €
Operation	31212	Eingriff der Kategorie L2	228,66 €	1	228,66 €
	31822	Anästhesie oder Narkose 2	166,82 €	1	166,82 €
	31503	Postoperative Überwachung 3	60,48 €	1	60,48 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	24,41 €	2	48,82 €
	34280	Durchleuchtungen	11,77 €	1	11,77 €
Nach- sorge	31609	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	22,06 €	1	22,06 €
	13571	Funktionsanalyse, Herzschrittmacher	26,77 €	1	26,77 €
Zwischensumme					622,39 €
7% Sachkostenpauschale					43,57 €
Summe zzgl. Implantatekosten					665,96 €

Implantation 2-Kammer HSM EBM/AOP

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	27,64 €	1	27,64 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	13,01 €	1	13,01 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,36 €	1	16,36 €
Operation	31214	Eingriff der Kategorie L4	412,20 €	1	412,20 €
	31824	Anästhesie oder Narkose 4	253,45 €	1	253,45 €
	31505	Postoperative Überwachung 5	121,08 €	1	121,08 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	24,41 €	2	48,82 €
	34280	Durchleuchtungen	11,77 €	1	11,77 €
Nach- sorge	31611	Postoperative Behandlung Chirurgie I/3b	29,74 €	1	29,74 €
	13571	Funktionsanalyse, Herzschrittmacher	26,77 €	1	26,77 €
Zwischensumme					960,84 €
7% Sachkostenpauschale					67,26 €
Summe zzgl. Implantatekosten					1.028,10 €

Implantation 3-Kammer HSM EBM

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	27,64 €	1	27,64 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	13,01 €	1	13,01 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,36 €	1	16,36 €
Operation	31215	Eingriff der Kategorie L5	594,02 €	1	594,02 €
	31825	Anästhesie oder Narkose 5	340,07 €	1	340,07 €
	31506	Postoperative Überwachung 6	172,02 €	1	172,02 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	24,41 €	2	48,82 €
	34280	Durchleuchtungen	11,77 €	1	11,77 €
Nach- sorge	31611	Postoperative Behandlung Chirurgie I/3b	29,74 €	1	29,74 €
	13575	Funktionsanalyse, CRT	60,98 €	1	60,98 €
Zwischensumme					1.314,43 €
7% Sachkostenpauschale					92,01 €
Summe zzgl. Implantatekosten					1.406,44 €

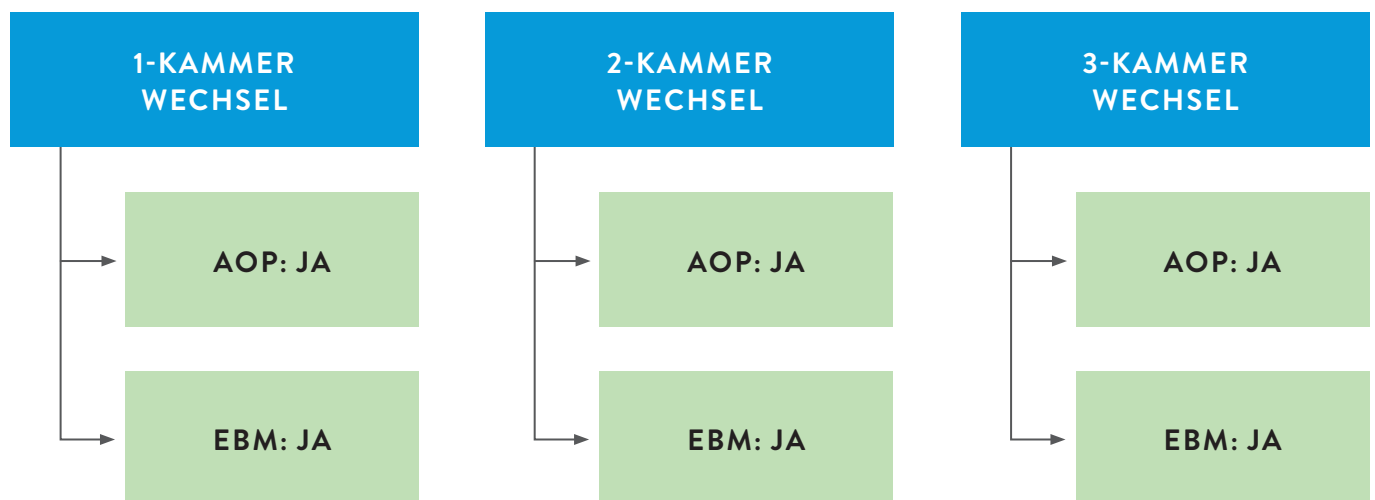
HERZSCHRITTMACHER WECHSEL

Der Aggregatwechsel von Herzschrittmachern ist sowohl im niedergelassenen Bereich über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab als auch über den AOP-Katalog als ambulante Operation im Krankenhaus vollständig möglich. Der Wechsel kann für 1-Kammer, 2-Kammer und 3-Kammer Geräte abgerechnet werden.

Bitte beachten Sie, dass die Vergütung für AOP-Leistungen nahezu identisch zu EBM-Leistungen ist. Die im Folgenden dargestellten Abrechnungsbeispiele verstehen sich somit gleichermaßen für die ärztliche Leistungserbringung im niedergelassenen Bereich aber auch im Krankenhaus, zuzüglich Implantatekosten.

Bitte beachten Sie, dass die aufgeführten Ziffern ein Abrechnungsbeispiel darstellen und nur die Leistungen abgerechnet werden dürfen, die auch tatsächlich erbracht wurden.

HERZSCHRITTMACHER



HERZSCHRITTMACHER WECHSEL – EBM/AOP

Vergütung der ärztlichen Leistung (ohne Implantatekosten)

Wechsel 1-Kammer und 2-Kammer HSM EBM/AOP

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	27,64 €	1	27,64 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	13,01 €	1	13,01 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,36 €	1	16,36 €
Operation	31212	Eingriff der Kategorie L2	228,66 €	1	228,66 €
	31822	Anästhesie oder Narkose 2	166,82 €	1	166,82 €
	31503	Postoperative Überwachung 3	60,48 €	1	60,48 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	24,41 €	2	48,82 €
	34280	Durchleuchtungen	11,77 €	1	11,77 €
Nach- sorge	31609	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	22,06 €	1	22,06 €
	13571	Funktionsanalyse, Herzschrittmacher	26,77 €	1	26,77 €
Zwischensumme					622,39 €
7% Sachkostenpauschale					43,57 €
Summe zzgl. Implantatekosten					665,96 €

Wechsel 3-Kammer HSM EBM/AOP

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	27,64 €	1	27,64 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	13,01 €	1	13,01 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,36 €	1	16,36 €
Operation	31213	Eingriff der Kategorie L3	318,26 €	1	318,26 €
	31823	Anästhesie oder Narkose 3	210,07 €	1	210,07 €
	31505	Postoperative Überwachung 5	116,59 €	1	116,59 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	24,41 €	2	48,82 €
	34280	Durchleuchtungen	11,77 €	1	11,77 €
Nach- sorge	31609	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	22,06 €	1	22,06 €
	13575	Funktionsanalyse, CRT	60,98 €	1	60,98 €
Zwischensumme					845,56 €
7% Sachkostenpauschale					59,19 €
Summe zzgl. Implantatekosten					904,75 €

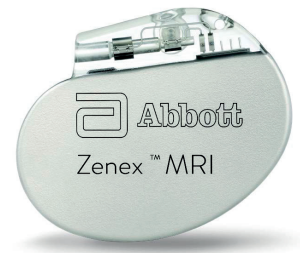
HERZSCHRITTMACHER IMPLANTATION – GOÄ

Die Implantation eines Herzschrittmachers bei privat Versicherten erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)³⁾. Bei den folgenden Beispielen handelt es sich um die ärztliche Vergütung ohne Material. Bitte beachten Sie, dass die aufgeführten Ziffern ein Abrechnungsbeispiel darstellen und lediglich eine Orientierungshilfe darstellen, die Erbringung und Abrechnung alternativer Ziffern ist möglich. Ebenso ist auch der verwendete Faktor als Beispiel zu verstehen und sollte je nach Schwierigkeit und Zeitaufwand angepasst werden. Es dürfen nur die Leistungen abgerechnet werden, die auch tatsächlich erbracht wurden. Verbrauchsmaterialien und Medikamente mit einem Wert von über 1,50 € dürfen nach §10 GOÄ zusätzlich abgerechnet werden.

Grundsätzlich ist in der GOÄ der Faktor je nach Schweregrad anzupassen. Dieser kann für ärztliche Leistungen zwischen 1,0 und 3,5 variieren. Ab einer Steigerung über den Faktor 2,3 ist eine Begründung notwendig. Bei technischen Leistungen kann der Faktor von 1,0 bis 2,5. Ab einer Steigerung über den Faktor 1,8 ist eine Begründung notwendig. Bitte beachten Sie, dass es sich bei den aufgeführten Abrechnungsbeispielen lediglich um Orientierungshilfen handelt und die tatsächliche Abrechnung und Höhe des Faktors davon abweichen kann.

HERZSCHRITTMACHER IMPLANTATION – GOÄ

Vergütung der ärztlichen Leistung (ohne Material)



Implantation 1-Kammer HSM GOÄ

	GOÄ	Beschreibung	Punkte	1-Fach	Faktor	Summe
Vorbereitung	3	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung auch mittels Fernsprecher	150	8,74 €	2,3	20,11 €
	7	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege) gegebenenfalls einschließlich Dokumentation	160	9,33 €	2,3	21,45 €
Operation	1	Beratung auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	491	Infiltrationsanästhesie großer Bezirke auch Parazervikanalanästhesie	121	7,05 €	2,3	16,22 €
	271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer	120	6,99 €	2,3	16,09 €
	602	Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut) gegebenenfalls einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung	152	8,86 €	1,8	15,95 €
	3095	Schrittmacher-Erstimplantation	2770	161,46 €	2,3	371,35 €
	445	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1200 und mehr Punkten bewertet sind	2200	128,23 €	1	128,23 €
	661	Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers gegebenenfalls mit Magnettest	530	30,89 €	1,8	55,61 €
	5295	Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung	240	13,99 €	1,8	25,18 €
	2015	Anlegen einer oder mehrerer Redondrainage(n) in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang gegebenenfalls einschließlich Spülung	60	3,50 €	2,3	8,04 €
	204	Zirkulärer Verband des Kopfes oder des Rumpfes (auch als Wundverband); stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke; Schanzscher Halskrawattenverband; Kompressionsverband	95	5,54 €	2,3	12,74 €
Nachsorge	60	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt	120	6,99 €	2,3	16,09 €
	1	Beratung auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	5	Symptombezogene Untersuchung	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	661	Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers gegebenenfalls mit Magnettest	530	30,89 €	1,8	55,61 €
	75	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie	130	7,58 €	2,3	17,43 €
	200	Verband ausgenommen Schnell- und Sprühverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher	45	2,62 €	2,3	6,03 €
Zwischensumme ohne Implantatekosten						818,28 €

HERZSCHRITTMACHER IMPLANTATION – GOÄ

Vergütung der ärztlichen Leistung (ohne Material)

Implantation 2-Kammer HSM GOÄ

	GOÄ	Beschreibung	Punkte	1-Fach	Faktor	Summe
Vorbereitung	3	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung auch mittels Fernsprecher	150	8,74 €	2,3	20,11 €
	7	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege) gegebenenfalls einschließlich Dokumentation	160	9,33 €	2,3	21,45 €
Operation	1	Beratung auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	491	Infiltrationsanästhesie großer Bezirke auch Parazervikalanästhesie	121	7,05 €	2,3	16,22 €
	271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer	120	6,99 €	2,3	16,09 €
	602	Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut) gegebenenfalls einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung	152	8,86 €	1,8	15,95 €
	3095	Schrittmacher-Erstimplantation	2770	161,46 €	2,8	452,09 €
	445	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1200 und mehr Punkten bewertet sind	2200	128,23 €	1	128,23 €
	661	Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers gegebenenfalls mit Magnettest	530	30,89 €	1,8	55,61 €
	5295	Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung	240	13,99 €	1,8	25,18 €
	2015	Anlegen einer oder mehrerer Redondrainage(n) in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang gegebenenfalls einschließlich Spülung	60	3,50 €	2,3	8,04 €
	204	Zirkulärer Verband des Kopfes oder des Rumpfes (auch als Wundverband); stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke; Schanzscher Halskrawattenverband; Kompressionsverband	95	5,54 €	2,3	12,74 €
	60	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt	120	6,99 €	2,3	16,09 €
Nachsorge	1	Beratung auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	5	Symptombezogene Untersuchung	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	661	Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers gegebenenfalls mit Magnettest	530	30,89 €	1,8	55,61 €
	75	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie	130	7,58 €	2,3	17,43 €
	200	Verband ausgenommen Schnell- und Sprühverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher	45	2,62 €	2,3	6,03 €
Zwischensumme ohne Implantatekosten						899,02 €

HERZSCHRITTMACHER IMPLANTATION – GOÄ

Vergütung der ärztlichen Leistung (ohne Material)

Implantation 3-Kammer HSM GOÄ

	GOÄ	Beschreibung	Punkte	1-Fach	Faktor	Summe
Vorbereitung	3	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung auch mittels Fernsprecher	150	8,74 €	2,3	20,11 €
	7	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege) gegebenenfalls einschließlich Dokumentation	160	9,33 €	2,3	21,45 €
Operation	1	Beratung auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	491	Infiltrationsanästhesie großer Bezirke auch Parazervikalanästhesie	121	7,05 €	2,3	16,22 €
	271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer	120	6,99 €	2,3	16,09 €
	602	Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut) gegebenenfalls einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung	152	8,86 €	1,8	15,95 €
	3095	Schrittmacher-Erstimplantation	2770	161,46 €	3,5	565,11 €
	445	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1200 und mehr Punkten bewertet sind	2200	128,23 €	1	128,23 €
	661	Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers gegebenenfalls mit Magnettest	530	30,89 €	1,8	55,61 €
	5295	Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung	240	13,99 €	1,8	25,18 €
	2015	Anlegen einer oder mehrerer Redondrainage(n) in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang gegebenenfalls einschließlich Spülung	60	3,50 €	2,3	8,04 €
	204	Zirkulärer Verband des Kopfes oder des Rumpfes (auch als Wundverband); stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke; Schanzscher Halskra- wattenverband; Kompressionsverband	95	5,54 €	2,3	12,74 €
	60	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt	120	6,99 €	2,3	16,09 €
Nachsorge	1	Beratung auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	5	Symptombezogene Untersuchung	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	661	Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers gegebenenfalls mit Magnettest	530	30,89 €	1,8	55,61 €
	75	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie	130	7,58 €	2,3	17,43 €
	200	Verband ausgenommen Schnell- und Sprühverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher	45	2,62 €	2,3	6,03 €
Zwischensumme ohne Implantatekosten						1.012,04 €

HERZSCHRITTMACHER WECHSEL – GOÄ

Vergütung der ärztlichen Leistung (ohne Material)

Wechsel 1-Kammer HSM GOÄ

	GOÄ	Beschreibung	Punkte	1-Fach	Faktor	Summe
Vorbereitung	3	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung auch mittels Fernsprecher	150	8,74 €	2,3	20,11 €
	7	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organe: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege) gegebenenfalls einschließlich Dokumentation	160	9,33 €	2,3	21,45 €
Operation	1	Beratung auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	491	Infiltrationsanästhesie großer Bezirke auch Parazervikanalanästhesie	121	7,05 €	2,3	16,22 €
	271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer	120	6,99 €	2,3	16,09 €
	602	Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut) gegebenenfalls einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung	152	8,86 €	1,8	15,95 €
	3096	Schrittmacher-Aggregatwechsel	1110	64,70 €	2,3	148,81 €
	444	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 800 bis 1199 Punkten bewertet sind	1300	75,77 €	1	75,77 €
	661	Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers gegebenenfalls mit Magnettest	530	30,89 €	1,8	55,61 €
	5295	Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung	240	13,99 €	1,8	25,18 €
	2015	Anlegen einer oder mehrerer Redondrainage(n) in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang gegebenenfalls einschließlich Spülung	60	3,50 €	2,3	8,04 €
	204	Zirkulärer Verband des Kopfes oder des Rumpfes (auch als Wundverband); stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke; Schanzscher Halskrawattenverband; Kompressionsverband	95	5,54 €	2,3	12,74 €
Nachsorge	60	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt	120	6,99 €	2,3	16,09 €
	1	Beratung auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	5	Symptombezogene Untersuchung	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	661	Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers gegebenenfalls mit Magnettest	530	30,89 €	1,8	55,61 €
	75	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie	130	7,58 €	2,3	17,43 €
	200	Verband ausgenommen Schnell- und Sprühverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher	45	2,62 €	2,3	6,03 €
Zwischensumme ohne Implantatekosten						543,28 €

HERZSCHRITTMACHER WECHSEL – GOÄ

Vergütung der ärztlichen Leistung (ohne Material)

Wechsel 2- und 3-Kammer HSM GOÄ

	GOÄ	Beschreibung	Punkte	1-Fach	Faktor	Summe
Vorbereitung	3	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung auch mittels Fernsprecher	150	8,74 €	2,3	20,11 €
	7	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege) gegebenenfalls einschließlich Dokumentation	160	9,33 €	2,3	21,45 €
Operation	1	Beratung auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	491	Infiltrationsanästhesie großer Bezirke auch Parazervikanalanästhesie	121	7,05 €	2,3	16,22 €
	271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer	120	6,99 €	2,3	16,09 €
	602	Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut) gegebenenfalls einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung	152	8,86 €	1,8	15,95 €
	3096	Schrittmacher-Aggregatwechsel	1110	64,70 €	2,8	181,16 €
	444	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 800 bis 1199 Punkten bewertet sind	1300	75,77 €	1	75,77 €
	661	Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers gegebenenfalls mit Magnettest	530	30,89 €	1,8	55,61 €
	5295	Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung	240	13,99 €	1,8	25,18 €
	2015	Anlegen einer oder mehrerer Redondrainage(n) in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang gegebenenfalls einschließlich Spülung	60	3,50 €	2,3	8,04 €
	204	Zirkulärer Verband des Kopfes oder des Rumpfes (auch als Wundverband); stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke; Schanzscher Halskrawattenverband; Kompressionsverband	95	5,54 €	2,3	12,74 €
	60	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt	120	6,99 €	2,3	16,09 €
Nachsorge	1	Beratung auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	5	Symptombezogene Untersuchung	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	661	Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers gegebenenfalls mit Magnettest	530	30,89 €	1,8	55,61 €
	75	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie	130	7,58 €	2,3	17,43 €
	200	Verband ausgenommen Schnell- und Sprühverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher	45	2,62 €	2,3	6,03 €
Zwischensumme ohne Implantatekosten						575,63 €

HERZSCHRITTMACHER TELEMEDIZIN – EBM

Die telemedizinische Nachsorge von 1- und 2-Kammer Schrittmachern ist im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zum aktuellen Zeitpunkt nicht abgebildet. Es besteht jedoch die Möglichkeit vorab einen Antrag auf Kostenübernahme bei der Krankenkasse zu stellen.

Für CRT-P Geräte hingegen lassen sich mittels der telemedizinischen Nachsorge regelmäßige Kontrollen durchführen. Die telemedizinische Überwachung des Patientenzustands verbessert durch frühzeitige Intervention die Patientenbetreuung. Zur Abrechnung dieser GOP benötigen Ärztinnen und Ärzte eine Genehmigung ihrer KV nach der neuen Qualitätssicherungsvereinbarung inkl. Anlage 1 zum Datenschutz.

Bitte beachten Sie, dass die aufgeführten Ziffern ein Abrechnungsbeispiel darstellen und nur die Leistungen abgerechnet werden dürfen, die auch tatsächlich erbracht wurden.

Abrechnungsziffern Erwachsene

Telemedizin EBM CRT-P Erwachsene

GOP	Beschreibung	Pauschale	Abrechenbarkeit
01438	Telefonische Kontaktaufnahme Telemedizin	10,91 €	Max. 3x in 12 Monaten
13576	Telemedizinische Funktionsanalyse CRT	60,98 €	Max. 4x in 12 Monaten*
13574	Telemedizinische Kontrolle Defibrillator/Kardioverter	49,57 €	Max. 4x in 12 Monaten*
13573	Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	49,57 €	Mind. 1x in 12 Monaten*
13577	Zuschlag zu GOP 13573	4,96 €	

* in der Summe max. 5x in 12 Monaten

Abrechnungsziffer Kinder

Telemedizin EBM CRT-P Kinder (<13 Jahre)

GOP	Beschreibung	Pauschale	Abrechenbarkeit
01438	Telefonische Kontaktaufnahme Telemedizin	10,91 €	Max. 3x in 12 Monaten
04416	Telemedizinische Funktionsanalyse CRT	111,66 €	Max. 4x in 12 Monaten*
04414	Telemedizinische Kontrolle Defibrillator/Kardioverter	90,72 €	Max. 4x in 12 Monaten*
04413	Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	90,72 €	Mind. 1x in 12 Monaten*
04417	Zuschlag zu GOP 04413	4,96 €	

* in der Summe max. 5x in 12 Monaten

HERZSCHRITTMACHER TELEMEDIZIN NACH GBA BESCHLUSS (HI TELEMONTORING)

Mit dem Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses vom 15. Dezember 2021 treten folgende Änderungen des EBM in Kraft:

Voraussetzungen dafür sind:

- Es liegt eine Herzinsuffizienz nach NYHA-II oder NYHA-III Stadium mit einer Ejektionsfraktion < 40% vor
- Die Patient:in ist Träger:in eines implantierten kardialen Aggregats (ICD, CRT-P, CRT-D) oder ist im zurückliegenden Jahr wegen kardialer Dekompensation stationär behandelt worden
- Die Herzinsuffizienz wird leitliniengerecht behandelt
- Es sind keine Faktoren erkennbar, die die Gewährleistung einer Übertragung der Monitoringdaten verhindern oder gefährden oder die das Selbstmanagement der Patient:in behindern würden.

Zu erbringen vom primär behandelnden Arzt (PBA)

GOP	Beschreibung	Pauschale	Abrechenbarkeit
13578	Indikationsstellung zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	8,06 €	Max. 3x in 12 Monaten
13579	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	15,86 €	Max 4x in 12 Monaten

Zu erbringen durch ein Telemedizinisches Zentrum (TMZ)

GOP	Beschreibung	Pauschale	Abrechenbarkeit
13583	Anleitung und Aufklärung durch ein Telemedizinzentrum zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	11,77 €	1x in 12 Monaten
13584	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat	136,33 €	Max. 4x in 12 Monaten
13585	Zuschlag zur GOP 13584 für das intensivierte Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat	29,12 €	Max. 4x in 12 Monaten
13586	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels externen Messgeräten	260,26 €	Max. 4x in 12 Monaten
13587	Zuschlag zur GOP 13586 für das intensivierte Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels externen Messgeräten	29,12 €	Max 4x in 12 Monaten

HERZSCHRITTMACHER TELEMEDIZIN – GOÄ

Mit Geltung seit dem 01. Januar 2024 gibt es eine gemeinsame Abrechnungsempfehlung von Bundesärztekammer, Verband der Privaten Krankenversicherung und den Trägern der Kosten im Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften des Bundes und der Länder zum Telemonitoring bei chronischer Herzinsuffizienz. Bitte beachten Sie, dass es sich bei den hier aufgeführten Ziffern um Analogziffern handelt. Die Darstellung ist ein Abrechnungsbeispiel und der Faktor kann variieren.

GOÄ Telemonitoring Abrechnungsziffern

GOÄ	Beschreibung	Faktor	Summe	Hinweis
33A	Anleitung und Aufklärung des Patienten zu Grundprinzipien des Telemonitorings, zum Gebrauch der eingesetzten Geräte und zum Selbstmanagement	2,3	40,22	Die Leistung ist einmal zum Beginn der Behandlung berechnungsfähig.
551A	Datenerfassung, Analyse und Sichtung von ggf. auftretenden Warnmeldungen (Datenmanagement) mittels kardialer Aggregate telemetrisch übertragener Daten im Rahmen eines Telemonitorings bei chronischer Herzinsuffizienz, je Kalendertag	1,8	5,04	Wird die Leistung auch an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen durchgeführt, rechtfertigt dies ein Überschreiten der Begründungsschwelle gemäß § 5 Abs. 2 GOÄ – unter ggf. maximaler Ausschöpfung des Gebührenrahmens – an diesen Tagen. Beim Telemonitoring bei chronischer Herzinsuffizienz mittels kardialer Aggregate können als Nutzungspauschale Kosten in Höhe von 100 Euro pro Quartal für den Transmitter als Auslagen separat berechnet werden. Die Auslagen von 100 EUR je Quartal dürfen die tatsächlichen Kosten nicht übersteigen. Die tatsächlichen Auslagen sind auf Verlangen des Zahlungspflichtigen nachzuweisen. Darüberhinausgehende Kosten für die Nutzung von Geräten und Anwendungen (Sachkosten), können nicht separat berechnet werden, sondern sind mit der Gebühr für die ärztliche Leistung abgegolten
600A	Datenerfassung, Analyse und Sichtung von ggf. auftretenden Warnmeldungen (Datenmanagement) mittels externer Messgeräte telemetrisch übertragener Daten im Rahmen eines Telemonitorings bei chronischer Herzinsuffizienz, je Kalendertag	2,3	9,79	Wird die Leistung auch an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen durchgeführt, rechtfertigt dies ein Überschreiten der Begründungsschwelle gemäß § 5 Abs. 2 GOÄ – unter ggf. maximaler Ausschöpfung des Gebührenrahmens – an diesen Tagen. Die Kosten für die Nutzung von Geräten und Anwendungen (Sachkosten), können nicht separat berechnet werden, sondern sind mit der Gebühr für die ärztliche Leistung abgegolten.
60A	Konsiliarische Erörterung von Warnmeldungen und den dazu veranlassten Maßnahmen und/oder patientenindividuelle Erörterung zwischen den am Telemonitoring beteiligten Ärzten, einschließlich der entsprechenden Dokumentation, je beteiligtem Arzt	2,3	16,09	Die Leistung nach Nr. 60 GOÄ ist nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte demselben ärztlichen telemedizinischen Zentrum (TMZ) angehören.

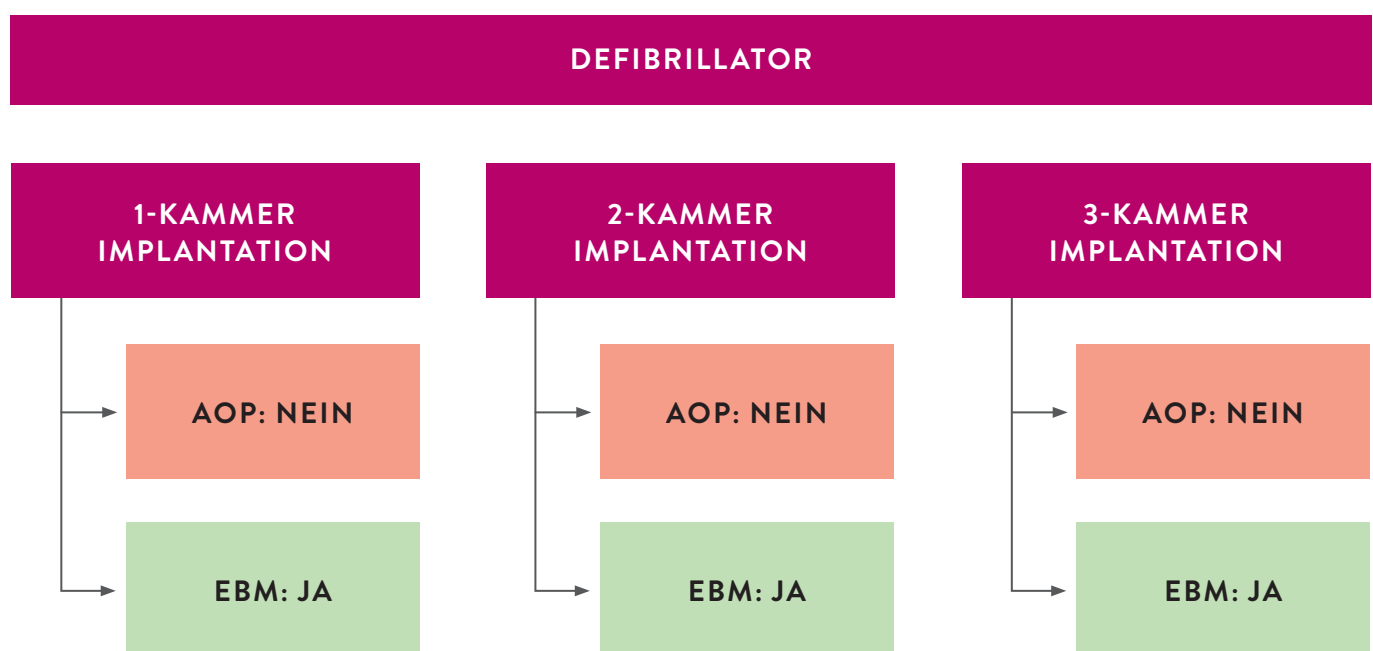
Hinweise zur Abrechnungsempfehlung:

1. Die medizinische Notwendigkeit für ein Telemonitoring ist bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz in den Stadien NYHA-II und NYHA III jeweils mit einer EF <40% gegeben. Bei Patienten mit einer EF > 40 % muss mindestens eine Hospitalisierung wegen einer kardialen Dekompensation im Zeitraum von 12 Monaten vor Beginn des Telemonitorings stattgefunden haben.
2. Die Abrechnungsempfehlung gilt im Zeitraum 01.01.2024 – 31.12.2026. Die Bundesärztekammer und der PKV-Verband verständigen sich rechtzeitig nach gemeinsamer Evaluation über eine Verlängerung bzw. Anpassung dieser Analogempfehlungen

DEFIBRILLATOR IMPLANTATIONEN

Im Folgenden werden Ihnen die Abrechnungsmöglichkeiten von Defibrillator-Implantationen dargestellt. Bisher waren diese im ambulanten Bereich nicht in den Vergütungskatalogen abgebildet. Seit dem Jahr 2023 ist jedoch die Implantation von 1- bis 3-Kammer ICDs im niedergelassenen Bereich über den EBM möglich. Die Leistungserbringung als ambulante Operation im Krankenhaus (AOP-Katalog) ist zum aktuellen Zeitpunkt nicht möglich.

Bitte beachten Sie, dass die aufgeführten Ziffern ein Abrechnungsbeispiel darstellen und nur die Leistungen abgerechnet werden dürfen, die auch tatsächlich erbracht wurden.



DEFIBRILLATOR IMPLANTATIONEN – EBM

Vergütung der ärztlichen Leistung (ohne Implantatekosten)



Implantation 1-Kammer ICD EBM

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	27,64 €	1	27,64 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	13,01 €	1	13,01 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,36 €	1	16,36 €
Operation	31213	Eingriff der Kategorie L3	318,26 €	1	318,26 €
	31823	Anästhesie oder Narkose 3	210,07 €	1	210,07 €
	31505	Postoperative Überwachung 5	121,08 €	1	121,08 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	24,41 €	2	48,82 €
	34280	Durchleuchtungen	11,77 €	1	11,77 €
Nach- sorge	31609	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	22,06 €	1	22,06 €
	13573	Funktionsanalyse, Defibrillator	49,57 €	1	49,57 €
Zwischensumme					838,64 €
7% Sachkostenpauschale					58,70 €
Summe zzgl. Implantatekosten					897,34 €

Implantation 2-Kammer ICD EBM

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	27,64 €	1	27,64 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	13,01 €	1	13,01 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,36 €	1	16,36 €
Operation	31215	Eingriff der Kategorie L5	594,02 €	1	594,02 €
	31825	Anästhesie oder Narkose 5	340,07 €	1	340,07 €
	31506	Postoperative Überwachung 6	172,02 €	1	172,02 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	24,41 €	2	48,82 €
	34280	Durchleuchtungen	11,77 €	1	11,77 €
Nach- sorge	31611	Postoperative Behandlung Chirurgie I/3b	29,74 €	1	29,74 €
	13573	Funktionsanalyse, Defibrillator	49,57 €	1	49,57 €
Zwischensumme					1.303,02 €
7% Sachkostenpauschale					91,21 €
Summe zzgl. Implantatekosten					1.394,23 €

Implantation 3-Kammer ICD EBM

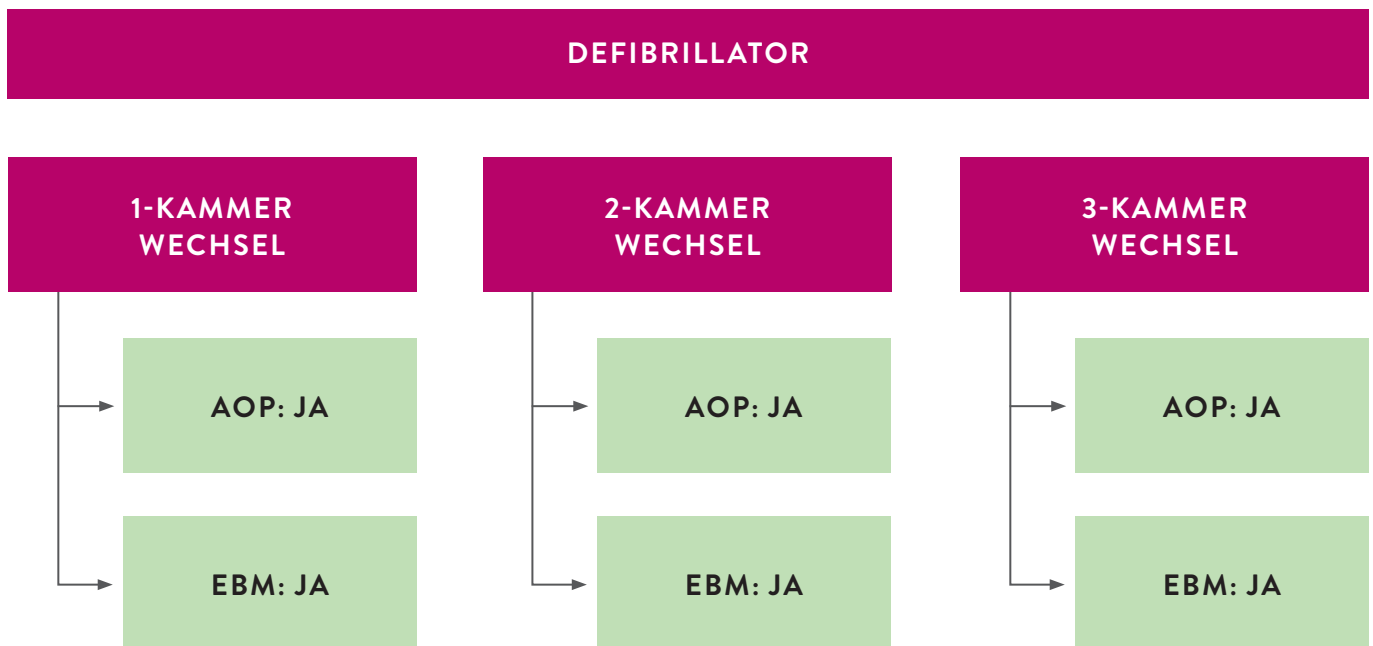
	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	27,64 €	1	27,64 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	13,01 €	1	13,01 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,36 €	1	16,36 €
Operation	31215	Eingriff der Kategorie L5	594,02 €	1	594,02 €
	31825	Anästhesie oder Narkose 5	340,07 €	1	340,07 €
	31506	Postoperative Überwachung 6	172,02 €	1	172,02 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	24,41 €	2	48,82 €
	34280	Durchleuchtungen	11,77 €	1	11,77 €
Nach- sorge	31611	Postoperative Behandlung Chirurgie I/3b	29,74 €	1	29,74 €
	13575	Funktionsanalyse, CRT	60,98 €	1	60,98 €
Zwischensumme					1.314,43 €
7% Sachkostenpauschale					92,01 €
Summe zzgl. Implantatekosten					1.406,44 €

DEFIBRILLATOR WECHSEL

Im Bereich der Defibrillator-Wechsel gab es 2023 weitreichende Veränderungen. So ist seit dem 01. Januar 2023 der Wechsel von 1- bis 3-Kammer ICDs sowohl im niedergelassenen Bereich über den EBM als auch als ambulante Operation im Krankenhaus über den AOP-Katalog möglich.

Bitte beachten Sie, dass die Vergütung für AOP-Leistungen nahezu identisch zu EBM-Leistungen ist. Die im Folgenden dargestellten Abrechnungsbeispiele verstehen sich somit gleichermaßen für die ärztliche Leistungserbringung im niedergelassenen Bereich aber auch im Krankenhaus, zuzüglich Implantatekosten.

Bitte beachten Sie, dass die aufgeführten Ziffern ein Abrechnungsbeispiel darstellen und nur die Leistungen abgerechnet werden dürfen, die auch tatsächlich erbracht wurden.



DEFIBRILLATOR WECHSEL – EBM/AOP

Vergütung der ärztlichen Leistung (ohne Implantatekosten)

Wechsel 1-Kammer und 2-Kammer ICD EBM/AOP

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	27,64 €	1	27,64 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	13,01 €	1	13,01 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,36 €	1	16,36 €
Operation	31212	Eingriff der Kategorie L2	228,66 €	1	228,66 €
	31822	Anästhesie oder Narkose 2	166,82 €	1	166,82 €
	31503	Postoperative Überwachung 3	60,48 €	1	60,48 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	24,41 €	2	48,82 €
	34280	Durchleuchtungen	11,77 €	1	11,77 €
Nach- sorge	31609	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	22,06 €	1	22,06 €
	13573	Funktionsanalyse, Defibrillator	49,57 €	1	49,57 €
Zwischensumme					645,19 €
7% Sachkostenpauschale					45,16 €
Summe zzgl. Implantatekosten					690,35 €

Wechsel 3-Kammer ICD EBM/AOP

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	27,64 €	1	27,64 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	13,01 €	1	13,01 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,36 €	1	16,36 €
Operation	31213	Eingriff der Kategorie L3	318,26 €	1	318,26 €
	31823	Anästhesie oder Narkose 3	210,07 €	1	210,07 €
	31505	Postoperative Überwachung 5	121,08 €	1	121,08 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	24,41 €	2	48,82 €
	34280	Durchleuchtungen	11,77 €	1	11,77 €
Nach- sorge	31609	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	22,06 €	1	22,06 €
	13575	Funktionsanalyse, CRT	60,98 €	1	60,98 €
Zwischensumme					850,05 €
7% Sachkostenpauschale					59,50 €
Summe zzgl. Implantatekosten					909,55 €

DEFIBRILLATOR IMPLANTATION – GOÄ

Die Implantation eines Defibrillators bei privat Versicherten erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Bei den folgenden Beispielen handelt es sich um die ärztliche Vergütung ohne Material. Bitte beachten Sie, dass die aufgeführten Ziffern ein Abrechnungsbeispiel darstellen und lediglich eine Orientierungshilfe darstellen, die Erbringung und Abrechnung alternativer Ziffern ist möglich. Ebenso ist auch der verwendete Faktor als Beispiel zu verstehen und sollte je nach Schwierigkeit und Zeitaufwand angepasst werden. Es dürfen nur die Leistungen abgerechnet werden, die auch tatsächlich erbracht wurden. Verbrauchsmaterialien und Medikamente mit einem Wert von über 1,50 € dürfen nach §10 GOÄ zusätzlich abgerechnet werden.

In diesem Beispiel werden Analogziffern verwendet, diese sind mit einem A gekennzeichnet. Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) enthält in § 6 Abs. 2 die Grundlage dafür, dass der Arzt - anders als im vertragsärztlichen Bereich, in dem nur im EBM enthaltene Leistungen berechenbar sind – **eine nicht in der GOÄ enthaltene Leistung analog einer gleichwertigen, in der GOÄ enthaltenen Leistung abrechnen kann.**

Grundsätzlich ist in der GOÄ der Faktor je nach Schweregrad anzupassen. Dieser kann für ärztliche Leistungen zwischen 1,0 und 3,5 variieren. Ab einer Steigerung über den Faktor 2,3 ist eine Begründung notwendig. Bei technischen Leistungen kann der Faktor von 1,0 bis 2,5. Ab einer Steigerung über den Faktor 1,8 ist eine Begründung notwendig. Bitte beachten Sie, dass es sich bei den aufgeführten Abrechnungsbeispielen lediglich um Orientierungshilfen handelt und die tatsächliche Abrechnung und Höhe des Faktors davon abweichen kann.

DEFIBRILLATOR IMPLANTATION – GOÄ

Vergütung der ärztlichen Leistung (ohne Material)



Implantation 1-Kammer ICD GOÄ

	GOÄ	Beschreibung	Punkte	1-Fach	Faktor	Summe
Vorbereitung	3	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung auch mittels Fernsprecher	150	8,74 €	2,3	20,11 €
	7	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege) gegebenenfalls einschließlich Dokumentation	160	9,33 €	2,3	21,45 €
Operation	1	Beratung auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	491	Infiltrationsanästhesie großer Bezirke auch Parazervikalanästhesie	121	7,05 €	2,3	16,22 €
	271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer	120	6,99 €	2,3	16,09 €
	602	Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut) gegebenenfalls einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung	152	8,86 €	1,8	15,95 €
	3095A	<i>Analogziffer:</i> Defibrillator-Erstimplantation	2770	161,46 €	3	484,38 €
	445	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1200 und mehr Punkten bewertet sind	2200	128,23 €	1	128,23 €
	661A	<i>Analogziffer:</i> Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Defibrillators gegebenenfalls mit Magnettest	530	30,89 €	1,8	55,61 €
	5295	Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung	240	13,99 €	1,8	25,18 €
	2015	Anlegen einer oder mehrerer Redondrainage(n) in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang gegebenenfalls einschließlich Spülung	60	3,50 €	2,3	8,04 €
	204	Zirkulärer Verband des Kopfes oder des Rumpfes (auch als Wundverband); stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke; Schanzscher Halskrawattenverband; Kompressionsverband	95	5,54 €	2,3	12,74 €
Nachsorge	60	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt	120	6,99 €	2,3	16,09 €
	1	Beratung auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	5	Symptombezogene Untersuchung	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	661A	<i>Analogziffer:</i> Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Defibrillators gegebenenfalls mit Magnettest	530	30,89 €	1,8	55,61 €
	75	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie	130	7,58 €	2,3	17,43 €
	200	Verband ausgenommen Schnell- und Sprühverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher	45	2,62 €	2,3	6,03 €

Zwischensumme ohne Implantatekosten

931,31 €

DEFIBRILLATOR IMPLANTATION – GOÄ

Vergütung der ärztlichen Leistung (ohne Material)

Implantation 2-Kammer ICD GOÄ

	GOÄ	Beschreibung	Punkte	1-Fach	Faktor	Summe
Vorbereitung	3	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung auch mittels Fernsprecher	150	8,74 €	2,3	20,11 €
	7	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege) gegebenenfalls einschließlich Dokumentation	160	9,33 €	2,3	21,45 €
Operation	1	Beratung auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	491	Infiltrationsanästhesie großer Bezirke auch Parazervikanalanästhesie	121	7,05 €	2,3	16,22 €
	271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer	120	6,99 €	2,3	16,09 €
	602	Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut) gegebenenfalls einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung	152	8,86 €	1,8	15,95 €
	3095A	<i>Analogziffer:</i> Defibrillator-Erstimplantation	2770	161,46 €	3,3	532,82 €
	445	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1200 und mehr Punkten bewertet sind	2200	128,23 €	1	128,23 €
	661A	<i>Analogziffer:</i> Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Defibrillators gegebenenfalls mit Magnettest	530	30,89 €	1,8	55,61 €
	5295	Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung	240	13,99 €	1,8	25,18 €
	2015	Anlegen einer oder mehrerer Redondrainage(n) in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang gegebenenfalls einschließlich Spülung	60	3,50 €	2,3	8,04 €
	204	Zirkulärer Verband des Kopfes oder des Rumpfes (auch als Wundverband); stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke; Schanzscher Halskrawattenverband; Kompressionsverband	95	5,54 €	2,3	12,74 €
Nachsorge	60	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt	120	6,99 €	2,3	16,09 €
	1	Beratung auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	5	Symptombezogene Untersuchung	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	661A	<i>Analogziffer:</i> Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Defibrillators gegebenenfalls mit Magnettest	530	30,89 €	1,8	55,61 €
	75	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie	130	7,58 €	2,3	17,43 €
	200	Verband ausgenommen Schnell- und Sprühverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher	45	2,62 €	2,3	6,03 €
Zwischensumme ohne Implantatekosten						979,75 €

DEFIBRILLATOR IMPLANTATION – GOÄ

Vergütung der ärztlichen Leistung (ohne Material)

Implantation 3-Kammer ICD GOÄ

	GOÄ	Beschreibung	Punkte	1-Fach	Faktor	Summe
Vorbereitung	3	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung auch mittels Fernsprecher	150	8,74 €	2,3	20,11 €
	7	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege) gegebenenfalls einschließlich Dokumentation	160	9,33 €	2,3	21,45 €
Operation	1	Beratung auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	491	Infiltrationsanästhesie großer Bezirke auch Parazervikalanästhesie	121	7,05 €	2,3	16,22 €
	271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer	120	6,99 €	2,3	16,09 €
	602	Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut) gegebenenfalls einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung	152	8,86 €	1,8	15,95 €
	3095A	Analogziffer: Defibrillator-Erstimplantation	2770	161,46 €	3,5	565,11 €
	445	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1200 und mehr Punkten bewertet sind	2200	128,23 €	1	128,23 €
	661A	Analogziffer: Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Defibrillators gegebenenfalls mit Magnettest	530	30,89 €	1,8	55,61 €
	5295	Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung	240	13,99 €	1,8	25,18 €
	2015	Anlegen einer oder mehrerer Redondrainage(n) in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang gegebenenfalls einschließlich Spülung	60	3,50 €	2,3	8,04 €
	204	Zirkulärer Verband des Kopfes oder des Rumpfes (auch als Wundverband); stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke; Schanzscher Halskrawattenverband; Kompressionsverband	95	5,54 €	2,3	12,74 €
	60	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt	120	6,99 €	2,3	16,09 €
Nachsorge	1	Beratung auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	5	Symptombezogene Untersuchung	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	661A	Analogziffer: Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Defibrillators gegebenenfalls mit Magnettest	530	30,89 €	1,8	55,61 €
	75	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie	130	7,58 €	2,3	17,43 €
	200	Verband ausgenommen Schnell- und Sprühverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher	45	2,62 €	2,3	6,03 €
Zwischensumme ohne Implantatekosten						1.012,04 €

DEFIBRILLATOR WECHSEL – GOÄ

Vergütung der ärztlichen Leistung (ohne Material)

Wechsel 1-Kammer ICD GOÄ

	GOÄ	Beschreibung	Punkte	1-Fach	Faktor	Summe
Vorbereitung	3	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung auch mittels Fernsprecher	150	8,74 €	2,3	20,11 €
	7	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege) gegebenenfalls einschließlich Dokumentation	160	9,33 €	2,3	21,45 €
Operation	1	Beratung auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	491	Infiltrationsanästhesie großer Bezirke auch Parazervikalanästhesie	121	7,05 €	2,3	16,22 €
	271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer	120	6,99 €	2,3	16,09 €
	602	Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut) gegebenenfalls einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung	152	8,86 €	1,8	15,95 €
	3096A	<i>Analogziffer:</i> Defibrillator-Aggregatwechsel	1110	64,70 €	2,3	148,81 €
	444	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 800 bis 1199 Punkten bewertet sind	1300	75,77 €	1	75,77 €
	661A	<i>Analogziffer:</i> Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Defibrillators gegebenenfalls mit Magnettest	530	30,89 €	1,8	55,61 €
	5295	Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung	240	13,99 €	1,8	25,18 €
	2015	Anlegen einer oder mehrerer Redondrainage(n) in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang gegebenenfalls einschließlich Spülung	60	3,50 €	2,3	8,04 €
	204	Zirkulärer Verband des Kopfes oder des Rumpfes (auch als Wundverband); stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke; Schanzscher Halskrawattenverband; Kompressionsverband	95	5,54 €	2,3	12,74 €
	60	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt	120	6,99 €	2,3	16,09 €
Nachsorge	1	Beratung auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	5	Symptombezogene Untersuchung	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	661A	<i>Analogziffer:</i> Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Defibrillators gegebenenfalls mit Magnettest	530	30,89 €	1,8	55,61 €
	75	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie	130	7,58 €	2,3	17,43 €
	200	Verband ausgenommen Schnell- und Sprühverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher	45	2,62 €	2,3	6,03 €
Zwischensumme ohne Implantatekosten						543,28 €

DEFIBRILLATOR WECHSEL – GOÄ

Vergütung der ärztlichen Leistung (ohne Material)

Wechsel 2- und 3-Kammer ICD GOÄ

	GOÄ	Beschreibung	Punkte	1-Fach	Faktor	Summe
Vorbereitung	3	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung auch mittels Fernsprecher	150	8,74 €	2,3	20,11 €
	7	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege) gegebenenfalls einschließlich Dokumentation	160	9,33 €	2,3	21,45 €
Operation	1	Beratung auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	491	Infiltrationsanästhesie großer Bezirke auch Parazervikalanästhesie	121	7,05 €	2,3	16,22 €
	271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer	120	6,99 €	2,3	16,09 €
	602	Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut) gegebenenfalls einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung	152	8,86 €	1,8	15,95 €
	3096A	<i>Analogziffer:</i> Defibrillator-Aggregatwechsel	1110	64,70 €	2,8	181,16 €
	444	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 800 bis 1199 Punkten bewertet sind	1300	75,77 €	1	75,77 €
	661A	<i>Analogziffer:</i> Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Defibrillators gegebenenfalls mit Magnettest	530	30,89 €	1,8	55,61 €
	5295	Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung	240	13,99 €	1,8	25,18 €
	2015	Anlegen einer oder mehrerer Redondrainage(n) in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang gegebenenfalls einschließlich Spülung	60	3,50 €	2,3	8,04 €
	204	Zirkulärer Verband des Kopfes oder des Rumpfes (auch als Wundverband); stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke; Schanzscher Halskrawattenverband; Kompressionsverband	95	5,54 €	2,3	12,74 €
	60	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt	120	6,99 €	2,3	16,09 €
Nachsorge	1	Beratung auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	5	Symptombezogene Untersuchung	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	661A	<i>Analogziffer:</i> Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Defibrillators gegebenenfalls mit Magnettest	530	30,89 €	1,8	55,61 €
	75	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie	130	7,58 €	2,3	17,43 €
	200	Verband ausgenommen Schnell- und Sprühverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher	45	2,62 €	2,3	6,03 €
Zwischensumme ohne Implantatekosten						575,63 €

DEFIBRILLATOR TELEMEDIZIN

FUNKTIONSANALYSE – EBM

Mit der telemedizinischen Nachsorge lassen sich regelmäßige ICD- und CRT-D Kontrollen durchführen. Die telemedizinische Überwachung des Patientenzustands verbessert durch frühzeitige Intervention die Patientenbetreuung.

Zur Abrechnung dieser GOP benötigen Ärztinnen und Ärzte eine Genehmigung ihrer KV nach der neuen Qualitätssicherungsvereinbarung inkl. Anlage 1 zum Datenschutz.

Bitte beachten Sie, dass die aufgeführten Ziffern ein Abrechnungsbeispiel darstellen und nur die Leistungen abgerechnet werden dürfen, die auch tatsächlich erbracht wurden.

Abrechnungsziffern Erwachsene

Telemedizin EBM ICD/CRT-D Erwachsene

GOP	Beschreibung	Pauschale	Abrechenbarkeit
01438	Telefonische Kontaktaufnahme Telemedizin	10,91 €	Max. 3x in 12 Monaten
13576	Telemedizinische Funktionsanalyse CRT	60,98 €	Max. 4x in 12 Monaten*
13574	Telemedizinische Kontrolle Defibrillator/Kardioverter	49,57 €	Max. 4x in 12 Monaten*
13573	Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	49,57 €	Mind. 1x in 12 Monaten*
13577	Zuschlag zu GOP 13573	4,96 €	

* in der Summe max. 5x in 12 Monaten

Abrechnungsziffer Kinder

Telemedizin EBM ICD/CRT Kinder (<13 Jahre)

GOP	Beschreibung	Pauschale	Abrechenbarkeit
01438	Telefonische Kontaktaufnahme Telemedizin	10,91 €	Max. 3x in 12 Monaten
04416	Telemedizinische Funktionsanalyse CRT	111,66 €	Max. 4x in 12 Monaten*
04414	Telemedizinische Kontrolle Defibrillator/Kardioverter	90,72 €	Max. 4x in 12 Monaten*
04413	Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	90,72 €	Mind. 1x in 12 Monaten*
04417	Zuschlag zu GOP 04413	4,96 €	

* in der Summe max. 5x in 12 Monaten

DEFIBRILLATOR TELEMEDIZIN NACH GBA BESCHLUSS (HI TELEMONTORING)

Mit dem Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses vom 15. Dezember 2021 treten folgende Änderungen des EBM in Kraft:

Voraussetzungen dafür sind:

- Es liegt eine Herzinsuffizienz nach NYHA-II oder NYHA-III Stadium mit einer Ejektionsfraktion < 40% vor
- Die Patient:in ist Träger:in eines implantierten kardialen Aggregats (ICD, CRT-P, CRT-D) oder ist im zurückliegenden Jahr wegen kardialer Dekompensation stationär behandelt worden
- Die Herzinsuffizienz wird leitliniengerecht behandelt
- Es sind keine Faktoren erkennbar, die die Gewährleistung einer Übertragung der Monitoringdaten verhindern oder gefährden oder die das Selbstmanagement der Patient:in behindern würden.

Zu erbringen vom primär behandelnden Arzt (PBA)

GOP	Beschreibung	Pauschale	Abrechenbarkeit
13578	Indikationsstellung zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	8,06 €	Max. 3x in 12 Monaten
13579	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	15,86 €	Max 4x in 12 Monaten

Zu erbringen durch ein Telemedizinisches Zentrum (TMZ)

GOP	Beschreibung	Pauschale	Abrechenbarkeit
13583	Anleitung und Aufklärung durch ein Telemedizinzentrum zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	11,77 €	1x in 12 Monaten
13584	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialen Aggregat	136,33 €	Max. 4x in 12 Monaten
13585	Zuschlag zur GOP 13584 für das intensivierte Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialen Aggregat	29,12 €	Max. 4x in 12 Monaten
13586	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels externen Messgeräten	260,26 €	Max. 4x in 12 Monaten
13587	Zuschlag zur GOP 13586 für das intensivierte Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels externen Messgeräten	29,12 €	Max 4x in 12 Monaten

HERZSCHRITTMACHER TELEMEDIZIN – GOÄ

Mit Geltung seit dem 01. Januar 2024 gibt es eine gemeinsame Abrechnungsempfehlung von Bundesärztekammer, Verband der Privaten Krankenversicherung und den Trägern der Kosten im Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften des Bundes und der Länder zum Telemonitoring bei chronischer Herzinsuffizienz. Bitte beachten Sie, dass es sich bei den hier aufgeführten Ziffern um Analogziffern handelt. Die Darstellung ist ein Abrechnungsbeispiel und der Faktor kann variieren.

GOÄ Telemonitoring Abrechnungsziffern

GOÄ	Beschreibung	Faktor	Summe	Hinweis
33A	Anleitung und Aufklärung des Patienten zu Grundprinzipien des Telemonitorings, zum Gebrauch der eingesetzten Geräte und zum Selbstmanagement	2,3	40,22	Die Leistung ist einmal zum Beginn der Behandlung berechnungsfähig.
551A	Datenerfassung, Analyse und Sichtung von ggf. auftretenden Warnmeldungen (Datenmanagement) mittels kardialer Aggregate telemetrisch übertragener Daten im Rahmen eines Telemonitorings bei chronischer Herzinsuffizienz, je Kalendertag	1,8	5,04	Wird die Leistung auch an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen durchgeführt, rechtfertigt dies ein Überschreiten der Begründungsschwelle gemäß § 5 Abs. 2 GOÄ – unter ggf. maximaler Ausschöpfung des Gebührenrahmens – an diesen Tagen. Beim Telemonitoring bei chronischer Herzinsuffizienz mittels kardialer Aggregate können als Nutzungspauschale Kosten in Höhe von 100 Euro pro Quartal für den Transmitter als Auslagen separat berechnet werden. Die Auslagen von 100 EUR je Quartal dürfen die tatsächlichen Kosten nicht übersteigen. Die tatsächlichen Auslagen sind auf Verlangen des Zahlungspflichtigen nachzuweisen. Darüberhinausgehende Kosten für die Nutzung von Geräten und Anwendungen (Sachkosten), können nicht separat berechnet werden, sondern sind mit der Gebühr für die ärztliche Leistung abgegolten
600A	Datenerfassung, Analyse und Sichtung von ggf. auftretenden Warnmeldungen (Datenmanagement) mittels externer Messgeräte telemetrisch übertragener Daten im Rahmen eines Telemonitorings bei chronischer Herzinsuffizienz, je Kalendertag	2,3	9,79	Wird die Leistung auch an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen durchgeführt, rechtfertigt dies ein Überschreiten der Begründungsschwelle gemäß § 5 Abs. 2 GOÄ – unter ggf. maximaler Ausschöpfung des Gebührenrahmens – an diesen Tagen. Die Kosten für die Nutzung von Geräten und Anwendungen (Sachkosten), können nicht separat berechnet werden, sondern sind mit der Gebühr für die ärztliche Leistung abgegolten.
60A	Konsiliarische Erörterung von Warnmeldungen und den dazu veranlassten Maßnahmen und/oder patientenindividuelle Erörterung zwischen den am Telemonitoring beteiligten Ärzten, einschließlich der entsprechenden Dokumentation, je beteiligtem Arzt	2,3	16,09	Die Leistung nach Nr. 60 GOÄ ist nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte demselben ärztlichen telemedizinischen Zentrum (TMZ) angehören.

Hinweise zur Abrechnungsempfehlung:

1. Die medizinische Notwendigkeit für ein Telemonitoring ist bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz in den Stadien NYHA-II und NYHA III jeweils mit einer EF <40% gegeben. Bei Patienten mit einer EF > 40 % muss mindestens eine Hospitalisierung wegen einer kardialen Dekompensation im Zeitraum von 12 Monaten vor Beginn des Telemonitorings stattgefunden haben.
2. Die Abrechnungsempfehlung gilt im Zeitraum 01.01.2024 – 31.12.2026. Die Bundesärztekammer und der PKV-Verband verständigen sich rechtzeitig nach gemeinsamer Evaluation über eine Verlängerung bzw. Anpassung dieser Analogempfehlungen

EREIGNISREKORDER IMPLANTATION – EBM / AOP

Eine Implantation des Ereignisrekorders im Rahmen des ambulanten Operierens im Krankenhaus ist zum aktuellen Zeitpunkt nicht möglich, da der AOP-Katalog keine entsprechende Gebührenordnungsposition aufweist.

Bei der Implantation eines Ereignisrekorders bei gesetzlich Versicherten muss vor der Implantation ein Antrag auf Kostenübernahme an die Krankenkasse seitens des Arztes gestellt werden, damit die Analogziffern auch bei gesetzlich Versicherten ausnahmsweise herangezogen werden können. Beispielhafte Abrechnungsziffern haben wir hier für Sie aufgeführt.

Bei diesem Beispiel handelt es sich um die ärztliche Vergütung ohne Material. Bitte beachten Sie, dass die aufgeführten Ziffern ein Abrechnungsbeispiel darstellen und nur die Leistungen abgerechnet werden dürfen, die auch tatsächlich erbracht wurden.

Implantation Ereignisrekorder EBM

EBM-Ziffer	Beschreibung	Anzahl	Betrag
31211	Chirurgischer Eingriff der Kategorie L1	1	169,79 €
31503	Postoperative Überwachung 3	1	60,48 €
31602	Postoperative Behandlung I/1b	1	10,53 €
31821	Anästhesie oder Kurznarkose 1	1	123,56 €
Zwischensumme ohne Implantatekosten			364,36 €

Denken Sie auch daran, die verwendeten Materialien abzurechnen. Typische Beispiele finden Sie hier aufgeführt:

Menge	Bezeichnung
1	Eventrekorder
1	Wundversorgung chirurgisch
1	OP-Abdecktuch 75x75 cm steril ohne Loch
1	Einmal-Skalpell
1	Einmal-Spritze steril
2	Kanüle
1	Lokalanästhetikum
3	Kompressen 10x10 cm steril
1	Nahtmaterial
1	Hautdesinfektion
1	Einmal-Rasierer
1	Einmal-Nierenschale Pappe
1	Einmal-Haube unsteril
1	Einmal-Mundschutz unsteril
5	Pflaster 8x12 cm steril
1	Verbandmaterial
1	Salbe

EREIGNISREKORDER IMPLANTATION – GOÄ

In der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sind einige Leistungen im Zusammenhang mit einem Ereignisrekorder spezifisch abgebildet, andere müssen über Analog-Ziffern (GOÄ §6 Abs. 2) berechnet werden. Als Beispiel wird hier die Implantation eines Ereignisrekorders aufgrund einer Synkope ausgewählt. Die nachfolgende Tabelle fasst exemplarisch Leistungen aus dem Bereich der Kardiologie zusammen, die nach der GOÄ erbracht werden könnten.

Bei diesem Beispiel handelt es sich um die ärztliche Vergütung ohne Material. Bitte beachten Sie, dass die aufgeführten Ziffern ein Abrechnungsbeispiel darstellen und nur die Leistungen abgerechnet werden dürfen, die auch tatsächlich erbracht wurden. Verbrauchsmaterialien und Medikamente mit einem Wert von über 1,50 € dürfen nach §10 GOÄ zusätzlich abgerechnet werden.

Vergütung der ärztlichen Leistung (ohne Material)

Implantation Ereignisrekorder GOÄ

	GOÄ	Beschreibung	Punkte	1-Fach	Faktor	Summe
Vorbereitung	3	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung auch mittels Fernsprecher	150	8,74 €	2,3	20,11 €
	7	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege) gegebenenfalls einschließlich Dokumentation	160	9,33 €	2,3	21,45 €
Operation	1	Beratung auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	491	Infiltrationsanästhesie großer Bezirke auch Parazervikanalanästhesie	121	7,05 €	2,3	16,22 €
	271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer	120	6,99 €	2,3	16,09 €
	602	Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut) gegebenenfalls einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung	152	8,86 €	1,8	15,95 €
	3096A	Analogziffer: Implantation Ereignisrekorder	1110	64,70 €	2,3	148,81 €
	444	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 800 bis 1199 Punkten bewertet sind	1300	75,77 €	1	75,77 €
	661A	Analogziffer: Abfrage Ereignisrekorder	530	30,89 €	1,8	55,61 €
	5295	Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung	240	13,99 €	1,8	25,18 €
	2015	Anlegen einer oder mehrerer Redondrainage(n) in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang gegebenenfalls einschließlich Spülung	60	3,50 €	2,3	8,04 €
	204	Zirkulärer Verband des Kopfes oder des Rumpfes (auch als Wundverband); stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke; Schanzscher Halskrawattenverband; Kompressionsverband	95	5,54 €	2,3	12,74 €
Nachsorge	70A	Analogziffer: OP-Bericht	40	2,33 €	2,3	5,36 €
	1	Beratung auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	5	Symptombezogene Untersuchung	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	661A	Analogziffer: Abfrage Ereignisrekorder	530	30,89 €	1,8	55,61 €
	75	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie	130	7,58 €	2,3	17,43 €
	200	Verband ausgenommen Schnell- und Sprühverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher	45	2,62 €	2,3	6,03 €
Zwischensumme ohne Implantatekosten						532,55 €

EREIGNISREKORDER TELEMEDIZIN – EBM

Die telemedizinische Nachsorge eines Ereignisrekorders ist im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zum aktuellen Zeitpunkt nicht explizit abgebildet. Es besteht die Möglichkeit einen Kostenübernahmeantrag bei der Krankenkasse zu stellen.

EREIGNISREKORDER TELEMEDIZIN – GOÄ

Die Telemedizinische Nachsorge des Ereignisrekorders bei einem Privatpatienten ist über folgende Ziffern abrechenbar:

GOÄ	Beschreibung	Punkte	1-Fach	Faktor	Summe
1	Beratung auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €	2,3	10,72 €
653	Elektrokardiographische Untersuchung auf telemetrischem Wege	253	14,75 €	1,8	26,54 €
					37,26 €

GLOSSAR

AOP

Ambulantes **O**perieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V). Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationärsersetzender Eingriffe.

https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant_stationaere_versorgung/ambulantes_operieren_115_b/ambulantes_operieren_115_b.jsp

CRT-D / CRT-P

Cardiac **R**esynchronization **T**herapy – **D**efibrillator / **P**acemaker

Schrittmacher oder Defibrillator zur kardialen Resynchronisationstherapie

EBM

Einheitlicher **B**ewertungs**m**aßstab. Der EBM bildet die Grundlage für die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen (haus-, fachärztliche und gemeinsam abrechenbare Leistungen) und ist bundesweit gültig. Er wird vom Bewertungsausschuss, bestehend aus Vertreter:innen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes, erstellt.

<https://www.kbv.de/html/ebm.php>

GOÄ

Gebühren**o**rdnung für **Ä**rzte. Sie regelt die Abrechnungen privatärztlicher Leistungen, also medizinische Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung.

https://www.privat-patienten.de/fileadmin/Dateien/2_Beim_Arzt/PDF/GOÄ_Gebührenordnung_für_Ärzte.pdf

HSM

Herz**s**chrittmacher wurden für Patienten entwickelt, deren Herz zu langsam schlägt. Das Implantat überwacht die Herzaktivität der Patient:in. Es sendet elektrische Impulse, wenn kein herzeigener Rhythmus vorliegt und veranlasst den Herzmuskel, sich zusammenzuziehen.

ICD

Implantierbarer **C**ardioverter/**D**efibrillator. ICDs überwachen den Herzrhythmus einer Patient:in, können, ähnlich wie ein Herzschrittmacher über elektrische Impulse den Herzmuskel stimulieren und zusätzlich, über eine Schockabgabe, schwerwiegende Formen von Herzrhythmusstörungen beenden und wieder einen normalen Herzrhythmus herstellen.

ICM

Implantable **C**ardiac **M**onitor (*Ereignisrekorder, Loop Rekorder*). Ein implantierbarer Herzmonitor ermöglicht die längerfristige Überwachung des Herzrhythmus.

KHVVG

Kranken**h**aus**v**ersorgungs**v**erbesserungs**g**esetz

PBA

Primär **b**ehandelnder **A**rzt

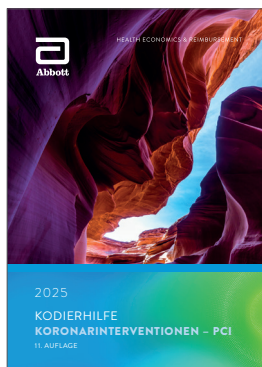
TMZ

Tele**m**edizinisches **Z**entrum

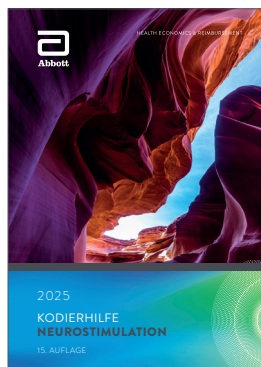
DAS KÖNNTE SIE AUCH INTERESSIEREN



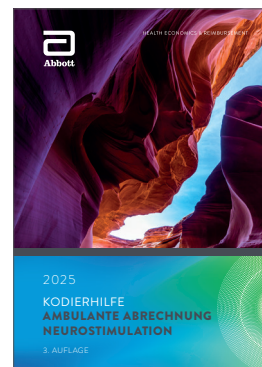
Kodierhilfe
Gefäßinterventionen –
PTA



Kodierhilfe
Koronarinterventionen –
PCI



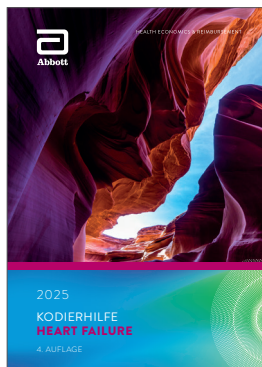
Kodierhilfe
Neurostimulation



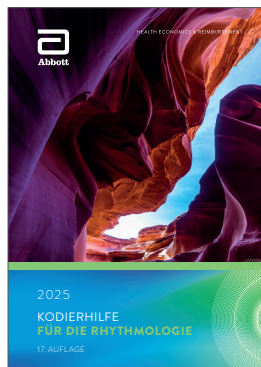
Kodierhilfe
Ambulante Abrechnung
Neurostimulation



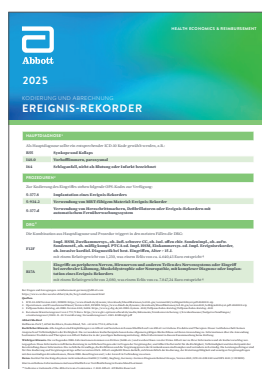
Kodierhilfe
Structural Heart



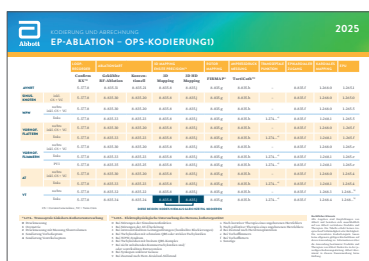
Kodierhilfe
Heart Failure



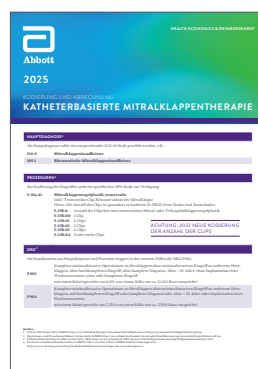
Kodierhilfe
Rhythmologie



Ereignis-Rekorder



EP-Ablation



Katheterbasierte
Mitralklappentherapie



Mitralklappen
Transkatheter Ersatz

WEITERE INFORMATIONEN UND KODIERHINWEISE FINDEN SIE UNTER

<https://www.cardiovascular.abbott/de/de/hcp/reimbursement.html>

QUELLEN

1. **Kassenärztliche Bundesvereinigung, Katalog Ambulantes Operieren 2025:**
https://www.kbv.de/media/sp/2024-12-18_AOP-Vertrag_2025_mit_Anlagen.pdf
2. **Kassenärztliche Bundesvereinigung, Einheitlicher Bewertungsmaßstab 2025:**
https://www.kbv.de/media/sp/EBM_Gesamt_-_Stand_1._Quartal_2025.pdf
3. **Verband der Privaten Krankenversicherung, Gebührenordnung für Ärzte 2025:**
<https://www.privat-patienten.de/fileadmin/Import/gebuehrenordnung-fuer-aerzte.pdf>

WIR FÜR SIE



KATHARINA BECK

**Associate Manager
Health Economics & Reimbursement**

Telefon: +49 (0) 6196 7711-172



JANNIS RADELEFF

**Head of Health Economics &
Reimbursement DACH**

Telefon: +49 (0) 6196 7711-144

IHR ANSPRECHPARTNER

Abbott Medical GmbH

Helfmann-Park 7

65760 Eschborn

Tel: +49 6196 771111-0

Fax: +49 6169 7711-117

Bei Fragen und Anregungen: reimbursement-germany@abbott.com

Rechtlicher Hinweis: Dieses Material und die darin enthaltenen Informationen dienen nur allgemeinen Informationszwecken und sind nicht als Rechts-, Vergütungs-, Geschäfts-, klinische oder sonstige Beratung gedacht und stellen keine dar. Darüber hinaus ist weder eine Zusicherung oder Garantie für eine Vergütung, Zahlung oder Belastung beabsichtigt oder garantiert, noch dass eine Rückerstattung oder andere Zahlung erfolgen wird. Es ist nicht beabsichtigt, die Vergütung durch einen Kostenträger zu erhöhen oder zu maximieren. Ebenso sollte nichts in diesem Dokument als Anleitung zur Auswahl eines bestimmten Codes angesehen werden, und Abbott befürwortet oder garantiert nicht die Korrektheit der Verwendung eines bestimmten Codes. Die letztendliche Verantwortung für die Kodierung und den Erhalt der Vergütung verbleibt beim Kunden. Dies schließt die Verantwortung für die Genauigkeit und Richtigkeit aller Kodierungen und Ansprüche ein, die an Drittzahler übermittelt werden. Darüber hinaus sollte der Kunde beachten, dass Gesetze, Vorschriften und Vergütungsrichtlinien komplex sind und häufig aktualisiert werden, und der Kunde sollte sich daher häufig bei seinen örtlichen Kostenträgern erkundigen und sich an einen Rechtsbeistand oder einen Finanz-, Kodierungs- oder Kostenerstattungsspezialist für alle Fragen im Zusammenhang mit Kodierung, Abrechnung, Kostenerstattung oder damit zusammenhängenden Problemen wenden. Dieses Material reproduziert Informationen nur zu Referenzzwecken. Es wird nicht für Marketingzwecke bereitgestellt oder autorisiert.

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

Daten: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (© InEK), Siegburg, Germany: German Diagnosis Related Groups, Version 2025, ICD-10-GM 2025 und OPS 2025 (© BfArM).

ACHTUNG: Das/die Produkt(e) sind für die Verwendung durch einen Arzt oder unter ärztlicher Anleitung bestimmt. Lesen Sie vor der Verwendung die Gebrauchsanweisung in der Produktverpackung (sofern verfügbar) oder unter www.eifu.abbott, um ausführlichere Informationen zu Indikationen, Kontraindikationen, Warnhinweisen, Vorsichtsmaßnahmen und Nebenwirkungen zu erhalten.

Archivierung der Daten und Fotoaufnahmen durch Abbott Medical.

Hierin enthaltene Informationen sind ausschließlich zur Veröffentlichung in Deutschland bestimmt.

ABBOTT MEDICAL GMBH

Helfmann-Park 7 | 65760 Eschborn

Tel: +49 6196 771111-0 | Fax: +49 6169 7711-117

™ kennzeichnet eine Marke der Abbott Unternehmensgruppe.

© 2025 Abbott. Alle Rechte vorbehalten.

MAT-2501616 v2.0

