



2026

KODIERHILFE

AMBULANTE ABRECHNUNG
CARDIAC RHYTHM MANAGEMENT

4. AUFLAGE

UNSERE MISSION

Leben Sie nicht einfach nur länger, sondern besser

„Wir führen mit Strategie, wissenschaftlicher Exzellenz und datengestützten Erkenntnissen, um Innovation durch kollaborative Lösungen voranzutreiben, die Abbotts Geschäftsbereiche für Medizinprodukte befähigen, die globale Gesundheit zu fördern und Leben zu verbessern.“

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

Allgemeine Veränderung für das aG-DRG-System 2026	5
--	----------

HERZSCHRITTMACHER

Herzschrittmacher-Implantationen EBM / AOP	9
Implantation 1-Kammer	10
Implantation 2-Kammer	10
Implantation 3-Kammer	10
Herzschrittmacher-Wechsel EBM / AOP	11
Wechsel 1- und 2-Kammer	12
Wechsel 3-Kammer	12
Herzschrittmacher-Implantationen GOÄ	13
Implantation 1-Kammer	14
Implantation 2-Kammer	15
Implantation 3-Kammer	16
Herzschrittmacher-Wechsel GOÄ	17
Wechsel 1-Kammer	18
Wechsel 2- und 3-Kammer	18
Herzschrittmacher Telemedizin	19

DEFIBRILLATOR

Defibrillator-Implantationen EBM/AOP	23
Implantation 1-Kammer	24
Implantation 2-Kammer	24
Implantation 3-Kammer	24
Defibrillator Implantationen – Hybrid-DRG	25
Defibrillator-Wechsel EBM/AOP	27
Wechsel 1- und 2-Kammer	28
Wechsel 3-Kammer	28
Defibrillator Wechsel – Hybrid-DRG	29
Defibrillator Systemumstellungen – Hybrid-DRG	31
Defibrillator-Implantationen GOÄ	35
Implantation 1-Kammer	36
Implantation 2-Kammer	37
Implantation 3-Kammer	38
Defibrillator-Wechsel GOÄ	39
Wechsel 1-Kammer	39
Wechsel 2- und 3-Kammer	40
Defibrillator Telemedizin	41

EREIGNISREKORDER

Implantation EBM	45
Implantation GOÄ	46
Telemedizin	47
Glossar	48
Quellen	49
Das könnte Sie auch interessieren	50
Wir für Sie	51

ALLGEMEINE VERÄNDERUNG FÜR DAS AG-DRG-SYSTEM 2026

Zum aktuellen Zeitpunkt steht das Gesundheitswesen vor erheblichen gesundheitspolitischen und strukturellen Herausforderungen. Diese betreffen sowohl den stationären als auch den ambulanten Versorgungsbereich.

Mit dem Systemjahr 2026 ergeben sich im stationären Sektor erneut Anpassungen der Klassifikationssysteme sowie Überarbeitungen der DRG-Systematik. Die hieraus resultierenden Abrechnungsänderungen werden in den jeweiligen Kodierhilfen für die stationäre Abrechnung ausführlich dargestellt, unter anderem in der Kodierhilfe Rhythmologie.

Über die rein stationären Änderungen hinaus kommt den Hybrid-DRGs im Jahr 2026 eine besondere Bedeutung zu. Mit ihnen werden in der Kardiologie erstmals identische Abrechnungsmodalitäten für ambulant und stationär erbrachte Leistungen eingeführt. Während in den Jahren 2024 und 2025 keine kardiologischen Leistungen hiervon betroffen waren, nimmt die Kardiologie im Jahr 2026 eine zentrale Rolle ein. Sie stellt den mit Abstand größten Anteil der Hybrid-DRGs innerhalb des insgesamt 69 Pauschalen umfassenden Katalogs. Die sektorale Trennung verliert damit in zentralen Leistungsbereichen der interventionellen Kardiologie und Rhythmologie erstmals ihre abrechnungstechnische Relevanz.

Auch wenn sich diese Kodierhilfe primär mit der ambulanten Abrechnung befasst, werden die relevanten stationären Rahmenbedingungen bewusst mit einbezogen. Der Übergang zwischen ambulantem und stationärem Sektor ist in der Kardiologie nicht mehr nur medizinisch, sondern nun auch abrechnungssystematisch fließend. Dies erfordert ein sektorenübergreifendes Verständnis der Kodier- und Abrechnungslogik.

Neben den Änderungen der Klassifikationen und DRG-Algorithmen bestehen auch im Jahr 2026 weiterhin vielfältige zusätzliche regulatorische und strukturelle Herausforderungen für die Krankenhäuser.

Hybrid-DRGs in der Kardiologie

Mit dem Ausbau der Hybrid-DRGs¹ im Jahr 2026 erreicht die Reform erstmals besonders sensible Leistungsbereiche der Kardiologie. Politisch vorgegebene Fallzahlziele haben zu einer deutlichen Erweiterung des Hybrid-Katalogs geführt, auch in fachlich und ökonomisch problematischen Bereichen.

Für die Krankenhäuser bedeutet dies eine erhebliche Ausweitung der Fallzahlen im Hybrid-System, teilweise bei deutlich geringeren Erlösen. Abhängig von der fachlichen Ausrichtung einer kardiologischen Abteilung sind Hybrid-Fallanteile von 40 bis 50 Prozent keine Seltenheit.

Nicht nur der Krankenhaussektor ist von der Einführung der Hybrid-DRGs betroffen. Auch der ambulante Bereich ist hiervon unmittelbar erfasst. Im stationären Sektor fallen unter die Hybrid-DRGs sowohl Fälle mit ambulanter Leistungserbringung und ggf. bislang möglicher AOP-Abrechnung als auch Fälle mit einer oder zwei Übernachtungen. Für den ambulanten Bereich sind hingegen ausschließlich außerstationär erbrachte Fälle relevant.

Diese werden analog zum stationären Bereich mit den Hybrid-Entgelten bundeseinheitlich identisch und für alle Leistungssektoren einheitlich vergütet. Zusätzliche Leistungskomponenten sind gemäß § 115f SGB V zu den Hybrid-DRGs nicht additiv abrechnungsfähig. Fälle, die bislang entweder im vertragsärztlichen Bereich ambulant oder in MVZ beziehungsweise ambulanten Einheiten der Krankenhäuser erbracht wurden, sind damit künftig in Abrechnungslogik und Erlöshöhe den kurzstationären Fällen gleichgestellt.

Grundsätzlich werden Fälle mit einer Verweildauer von weniger als drei Tagen (somit auch ambulante Fälle), einem PCCL < 3 und einem Patientenalter über 17 Jahren in eine Hybrid-DRG eingruppiert, sofern keine spezifischen Ausschlusskriterien greifen. Damit verliert die bisher für die Abrechnung einer abschlagsfreien DRG relevante Verweildauergrenze von zwei Tagen ebenso ihre Bedeutung, wie die Frage nach der stationären Leistungserbringung mit einer Übernachtung im Gegensatz zur ambulanten Abrechnung.

Besonders betroffen von der Vielzahl neuer Hybrid-DRGs sind die interventionelle Kardiologie sowie die Rhythmologie, insbesondere Defibrillatorleistungen und Ablationen.

Hybrid-DRGs Implantation und Wechsel eines Defibrillators

Neu in den Bereich der Hybrid-DRGs aufgenommen wurde der Leistungsbereich Herzschrittmacher und Defibrillatoren. Abgebildet werden hier insbesondere OPS-Codes für die Implantation, den Aggregatwechsel sowie Systemumstellungen bei bestimmten Defibrillatoren.

Auf Ebene der Basis-DRG F01 wurden die Hybrid-DRGs F01M, F01N und F01O neu eingeführt. In der Basis-DRG F02 existieren zwei Hybrid-DRGs mit den Endstellen M und N.

Die einzelnen Hybrid-DRGs zeigt die nachfolgende Tabelle.

Hybrid-DRG	Bezeichnung	Erlös
F01M	Hybrid-DRG der DRG F01C (Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator oder intrakardialer Pulsgenerator, ohne komplizierende Faktoren oder Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie)	10.067,56 €
F01N	Hybrid-DRG der DRG F01E (Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation oder aufwendige Sondenentfernung, ohne Implantation eines Drucksensors in Pulmonalarterie, ohne Implantation eines intrakardialen Pulsgenerators, Alter > 17 Jahre)	7.484,31 €
F01O	Hybrid-DRG der DRG F01F (Impl. Kardioverter / Defibrillator (AICD), Einkammer-Stimulation, ohne zusätzl. Herz- od. Gefäßeingriff, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne äuß. schw. CC, ohne aufw. Sondenentf., ohne Impl. Drucksens. in Pulmonalart., ohne Impl. Pulsgen., Alter > 17 J.)	6.163,41 €
F02M	Hybrid-DRG der DRG F02A (Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Dreikammer-Stimulation)	6.489,52 €
F02N	Hybrid-DRG der DRG F02B (Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Einkammer-Stimulation)	5.088,25 €

Die Logik des Definitionshandbuchs ist insgesamt komplex aufgebaut. Grundsätzlich betrifft die Eingruppierung in Hybrid-DRGs jedoch nur eine überschaubare Anzahl von OPS-Kodes.

Ein praktikablerer Ansatz als die detaillierte Ableitung aus den Definitionshandbüchern ist die Betrachtung der relevanten OPS-Kodes aus den Vierstellergruppen 5-377 und 5-378. Ohne Berücksichtigung weiterer Kombinationsfaktoren, etwa zusätzlicher Gefäßeingriffe, ergibt sich hieraus zumindest ein belastbarer Anhaltspunkt für jene Leistungen, bei denen künftig – bei fehlenden medizinischen Kontraindikationen – auch eine ambulante oder maximal kurzstationäre Leistungserbringung mit einer Übernachtung in Betracht kommt.

Insbesondere im ambulanten Bereich ist es von großer Wichtigkeit, Fälle für Hybrid-DRGs sicher im Vorfeld des Eingriffs zu identifizieren, um nicht Leistungen ohne Vergütung zu erbringen, wenn eine Hybrid-DRG nicht möglich ist und eine alternative AOP-Abrechnung nicht zur Verfügung steht.

Die nachfolgende Tabelle stellt diese Zuordnung übersichtlich dar.

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

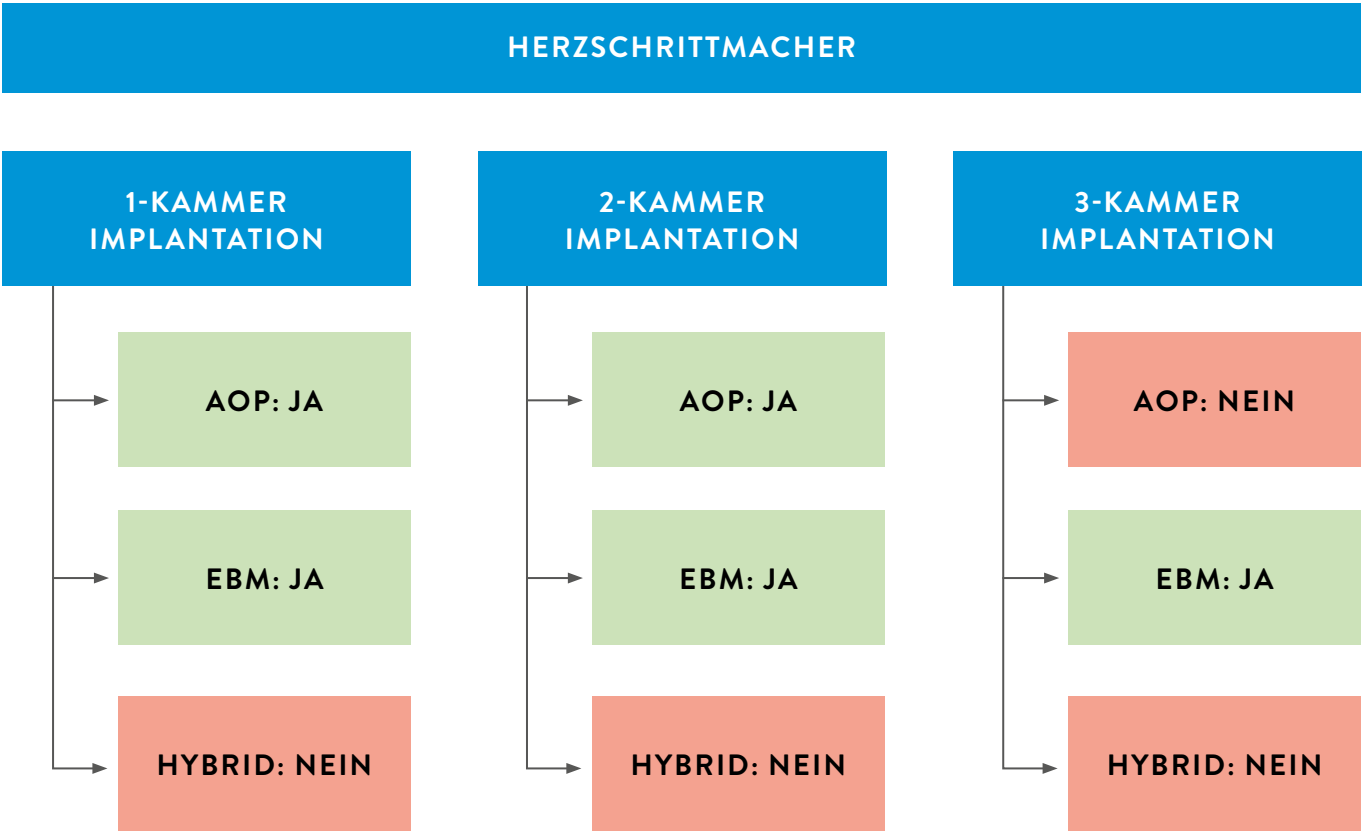
HERZSCHRITTMACHER IMPLANTATIONEN

Im Jahr 2026 ist die Implantation von Herzschrittmachern sowohl im niedergelassenen Bereich über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab als auch über den AOP-Katalog² 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-Leistung³ 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.

Die Abrechnung über Hybrid-DRGs ist im Bereich der Herzschrittmacher im Jahr 2026 nicht möglich.

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



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)	28,41 €	1	28,41 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	13,38 €	1	13,38 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,82 €	1	16,82 €
Operation	31212	Eingriff der Kategorie L2	235,06 €	1	235,06 €
	31822	Anästhesie oder Narkose 2	171,49 €	1	171,49 €
	31503	Postoperative Überwachung 3	62,17 €	1	62,17 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	25,10 €	1	50,20 €
	34280	Durchleuchtungen	12,10 €	1	12,10 €
Nach- sorge	31609	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	22,68 €	1	22,68 €
	13571	Funktionsanalyse, Herzschrittmacher	27,52 €	1	27,52 €
	13577	Zuschlag zu GOP 13571	5,10 €	1	5,10 €
Zwischensumme					644,93 €
7% Sachkostenpauschale					45,15 €
Summe zzgl. Implantatekosten					690,08 €

Implantation 2-Kammer HSM EBM/AOP

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	28,41 €	1	28,41 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	13,38 €	1	13,38 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,82 €	1	16,82 €
Operation	31214	Eingriff der Kategorie L4	423,75 €	1	423,75 €
	31824	Anästhesie oder Narkose 4	260,54 €	1	260,54 €
	31505	Postoperative Überwachung 5	124,47 €	1	124,47 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	25,10 €	2	50,20 €
	34280	Durchleuchtungen	12,10 €	1	12,10 €
Nach- sorge	31611	Postoperative Behandlung Chirurgie I/3b	30,58 €	1	30,58 €
	13571	Funktionsanalyse, Herzschrittmacher	27,52 €	1	27,52 €
	13577	Zuschlag zu GOP 13571	5,10 €	1	5,10 €
Zwischensumme					987,77 €
7% Sachkostenpauschale					69,14 €
Summe zzgl. Implantatekosten					1.056,91 €

Implantation 3-Kammer HSM EBM

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	28,41 €	1	28,41 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	13,38 €	1	13,38 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,82 €	1	16,82 €
Operation	31215	Eingriff der Kategorie L5	610,65 €	1	610,65 €
	31825	Anästhesie oder Narkose 5	349,60 €	1	349,60 €
	31506	Postoperative Überwachung 6	176,84 €	1	176,84 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	25,10 €	2	50,20 €
	34280	Durchleuchtungen	12,10 €	1	12,10 €
Nach- sorge	31611	Postoperative Behandlung Chirurgie I/3b	30,58 €	1	30,58 €
	13575	Funktionsanalyse, CRT	62,68 €	1	62,68 €
	13577	Zuschlag zu GOP 13575	5,10 €	1	5,10 €
Zwischensumme					1.351,26 €
7% Sachkostenpauschale					94,59 €
Summe zzgl. Implantatekosten					1.445,85 €



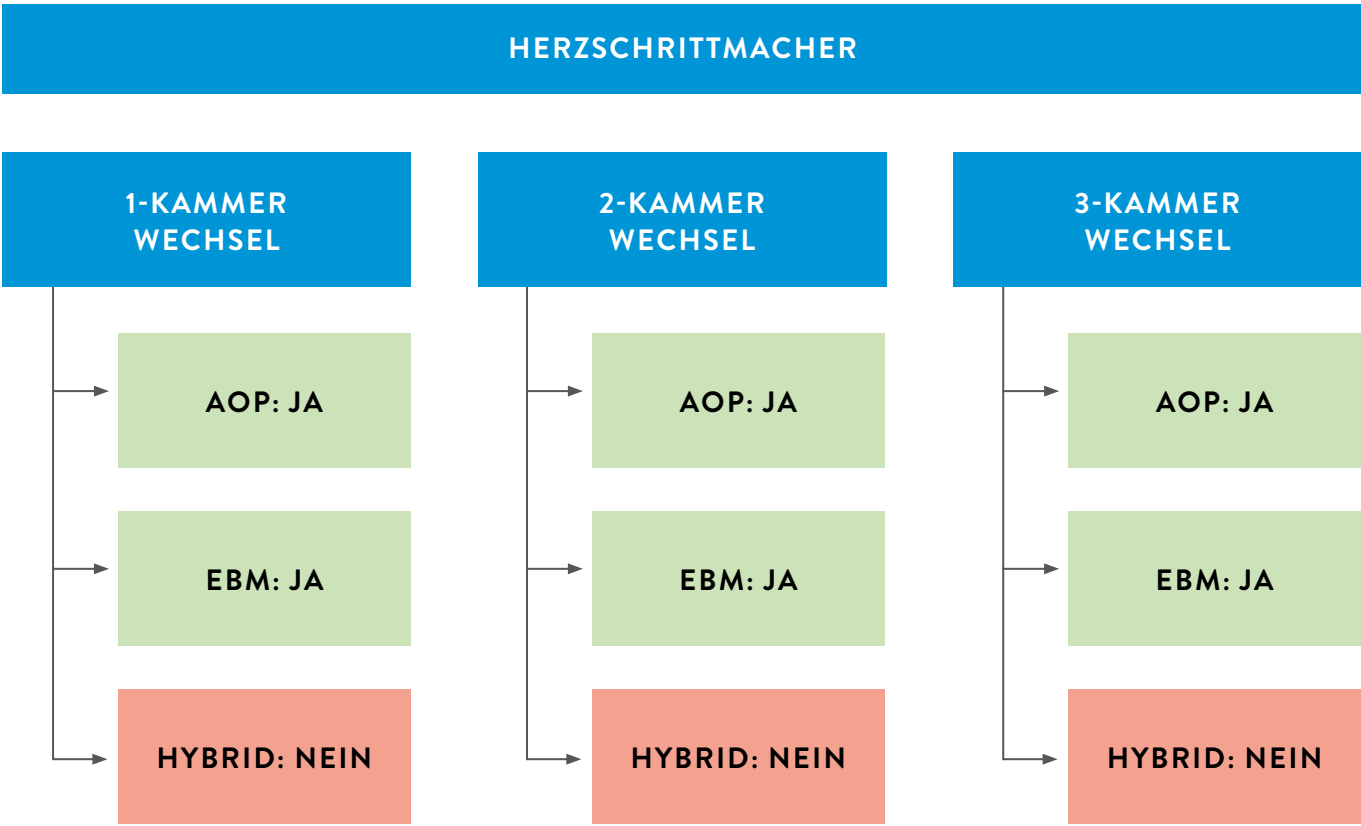
HERZSCHRITTMACHER WECHSEL

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.

Eine Abrechnung über Hybrid-DRGs ist nicht möglich.

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



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)	28,41 €	1	28,41 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	13,38 €	1	13,38 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,82 €	1	16,82 €
Operation	31212	Eingriff der Kategorie L2	235,06 €	1	235,06 €
	31822	Anästhesie oder Narkose 2	171,49 €	1	171,49 €
	31503	Postoperative Überwachung 3	62,17 €	1	62,17 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	25,10 €	2	50,20 €
	34280	Durchleuchtungen	12,10 €	1	12,10 €
Nach- sorge	31609	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	22,68 €	1	22,68 €
	13571	Funktionsanalyse, Herzschrittmacher	27,52 €	1	27,52 €
	13577	Zuschlag zu GOP 13571	5,10 €	1	5,10 €
			Zwischensumme		644,93 €
			7% Sachkostenpauschale		45,15 €
			Summe zzgl. Implantatekosten		690,08 €

Wechsel 3-Kammer HSM EBM/AOP

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	28,41 €	1	28,41 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	13,38 €	1	13,38 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,82 €	1	16,82 €
Operation	31213	Eingriff der Kategorie L3	327,17 €	1	327,17 €
	31823	Anästhesie oder Narkose 3	215,95 €	1	215,95 €
	31505	Postoperative Überwachung 5	124,47 €	1	124,47 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	25,10 €	2	50,20 €
	34280	Durchleuchtungen	12,10 €	1	12,10 €
Nach- sorge	31609	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	22,68 €	1	22,68 €
	13575	Funktionsanalyse, CRT	62,68 €	1	62,68 €
	13577	Zuschlag zu GOP 13575	5,10 €	1	5,10 €
			Zwischensumme		873,86 €
			7% Sachkostenpauschale		61,17 €
			Summe zzgl. Implantatekosten		935,03 €

HERZSCHRITTMACHER IMPLANTATION – GOÄ

Die Implantation eines Herzschrittmachers bei privat Versicherten erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)⁴. 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 variieren. 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 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 €	2,8	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 €
	1	Beratung auch mittels Fernsprecher	80	4,66 €	2,3	10,72 €
	5	Symptombezogene Untersuchung	80	4,66 €	2,3	10,72 €
Nachsorge	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 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						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 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 €
	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 €
	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						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 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 €	2,8	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 €
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						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	11,21 €	Max. 3x in 12 Monaten
13576	Telemedizinische Funktionsanalyse CRT	62,68 €	Max. 4x in 12 Monaten*
13574	Telemedizinische Kontrolle Defibrillator/Kardioverter	50,96 €	Max. 4x in 12 Monaten*
13573	Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	50,96 €	Mind. 1x in 12 Monaten*
13577	Zuschlag zu GOP 13573	5,10 €	

* 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	11,21 €	Max. 3x in 12 Monaten
04416	Telemedizinische Funktionsanalyse CRT	114,79 €	Max. 4x in 12 Monaten*
04414	Telemedizinische Kontrolle Defibrillator/Kardioverter	93,26 €	Max. 4x in 12 Monaten*
04413	Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	93,26 €	Mind. 1x in 12 Monaten*
04417	Zuschlag zu GOP 04413	5,10 €	

* 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 Monitoring-daten 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	8,28 €	Max. 3x in 12 Monaten

13579	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	16,31 €	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	12,10 €	1x in 12 Monaten

13584	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat	140,14 €	Max. 4x in 12 Monaten
-------	--	----------	-----------------------

13585	Zuschlag zur GOP 13584 für das intensivierte Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat	29,94 €	Max. 4x in 12 Monaten
-------	---	---------	-----------------------

13586	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels externen Messgeräten	267,55 €	Max. 4x in 12 Monaten
-------	--	----------	-----------------------

13587	Zuschlag zur GOP 13586 für das intensivierte Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels externen Messgeräten	29,94 €	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

Telemedizin EBM – Vergütung eines Transmitters

Der Bewertungsausschuss (BA) hat in seiner 784. Sitzung beschlossen, eine neue **Kostenpauschale GOP 40909** in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufzunehmen. Diese betrifft die Abrechnungsmöglichkeit eines Transmitters für die **telemedizinische Betreuung bei Herzinsuffizienz** sowie die **telemedizinische Funktionsanalyse**.

Wichtige Eckpunkte

- GOP 40909:**
Pauschale für einen **Transmitter** zur Datenübertragung bei Leistungen nach GOP 04414, 04416, 13574, 13576 oder 13584:
- 04414 Telemedizinische Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter
 - 04416 Telemedizinische Funktionsanalyse CRT
 - 13574 Telemedizinische Kontrolle Defibrillator/Kardioverter
 - 13576 Telemedizinische Funktionsanalyse CRT
 - 13584 Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialen Aggregat

Vergütung

	Kostenpauschale für einen erforderlichen Transmitter im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung(en) nach der/den Gebührenordnungsposition(en) 04414, 04416, 13574, 13576 oder 13584,	
	einmal im Krankheitsfall (einmal jährlich)	396,67 Euro
40909	<i>Die Kostenpauschale 40909 ist je Patient höchstens dreimal berechnungsfähig. Sofern im Zusammenhang mit einem Wechsel des kardialen Aggregates ein neuer Transmitter erforderlich ist, ist die Kostenpauschale je Patient erneut höchstens dreimal berechnungsfähig.</i>	
	<i>Die Kostenpauschale 40909 umfasst die Gerätekosten des Transmitters sowie sämtliche Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung des Transmitters.</i>	

Eine erneute Abrechnung ist bei einem Wechsel des Aggregats möglich, sofern in diesem Zuge ein neuer Transmitter erforderlich werden sollte.

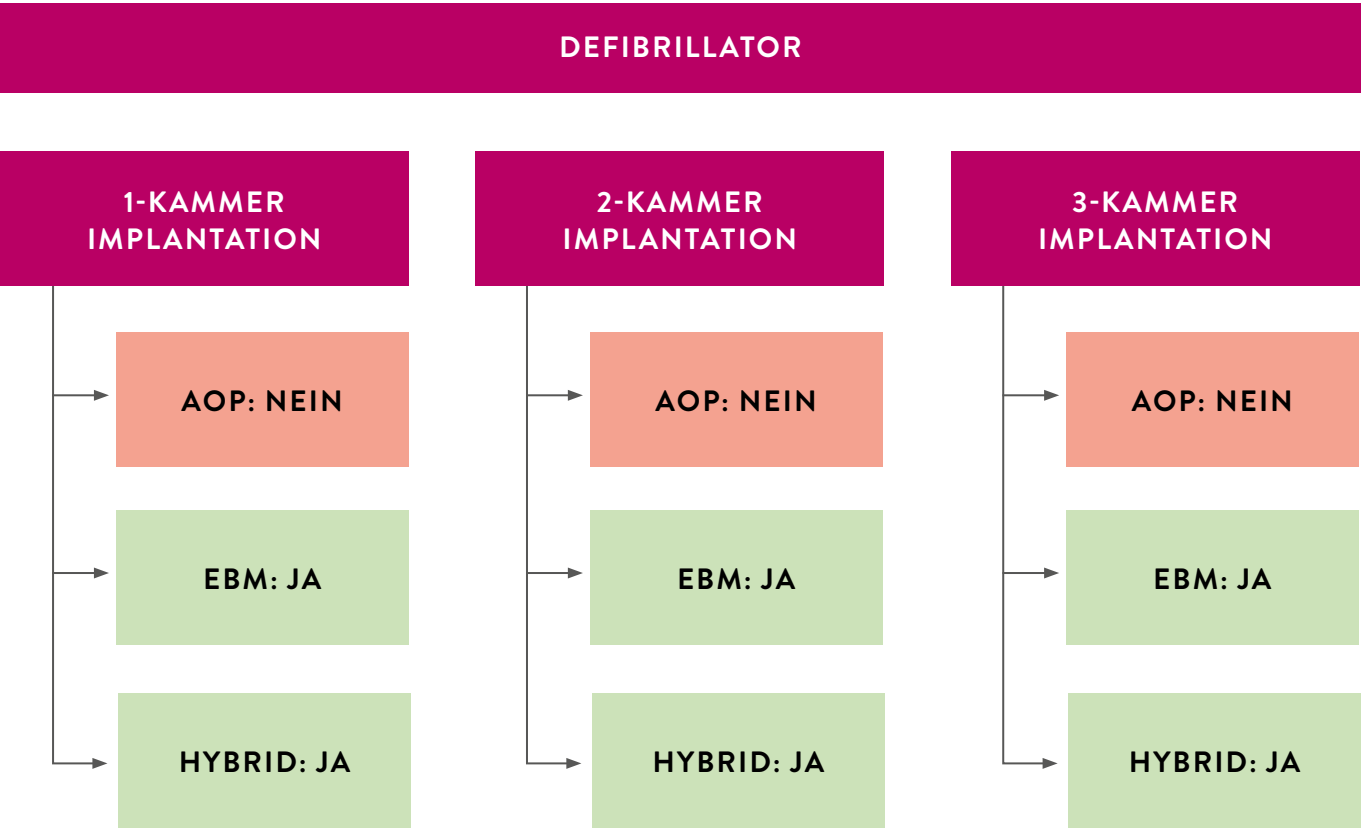
Die Vergütung der Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 40909 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.

DEFIBRILLATOR IMPLANTATIONEN

Im Folgenden werden Ihnen die Abrechnungsmöglichkeiten von Defibrillator-Implantationen dargestellt. Seit dem Jahr 2023 ist 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.

Allerdings wurde die Implantation von Defibrillatoren auch in den Hybrid-DRG Katalog aufgenommen und stellt somit eine neue sektorenübergreifende Abrechnungsmöglichkeit dar.

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)	28,41 €	1	28,41 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	13,38 €	1	13,38 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,82 €	1	16,82 €
Operation	31213	Eingriff der Kategorie L3	327,17 €	1	327,17 €
	31823	Anästhesie oder Narkose 3	215,95 €	1	215,95 €
	31505	Postoperative Überwachung 5	124,47 €	1	124,47 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	25,10 €	2	50,20 €
	34280	Durchleuchtungen	12,10 €	1	12,10 €
Nach- sorge	31609	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	22,68 €	1	22,68 €
	13573	Funktionsanalyse, Defibrillator	50,96 €	1	50,96 €
	13577	Zuschlag zu GOP 13573	5,10 €	1	5,10 €
			Zwischensumme		867,24 €
			7% Sachkostenpauschale		60,71 €
			Summe zzgl. Implantatekosten		927,95 €

Implantation 2-Kammer ICD EBM

	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	28,41 €	1	28,41 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	13,38 €	1	13,38 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,82 €	1	16,82 €
Operation	31215	Eingriff der Kategorie L5	610,65 €	1	610,65 €
	31825	Anästhesie oder Narkose 5	349,60 €	1	349,60 €
	31506	Postoperative Überwachung 6	176,84 €	1	176,84 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	25,10 €	2	50,20 €
	34280	Durchleuchtungen	12,10 €	1	12,10 €
Nach- sorge	31611	Postoperative Behandlung Chirurgie I/3b	30,58 €	1	30,58 €
	13573	Funktionsanalyse, Defibrillator	50,96 €	1	50,96 €
	13577	Zuschlag zu GOP 13573	5,10 €	1	5,10 €
			Zwischensumme		1.339,54 €
			7% Sachkostenpauschale		93,77 €
			Summe zzgl. Implantatekosten		1.433,31 €

Implantation 3-Kammer ICD EBM

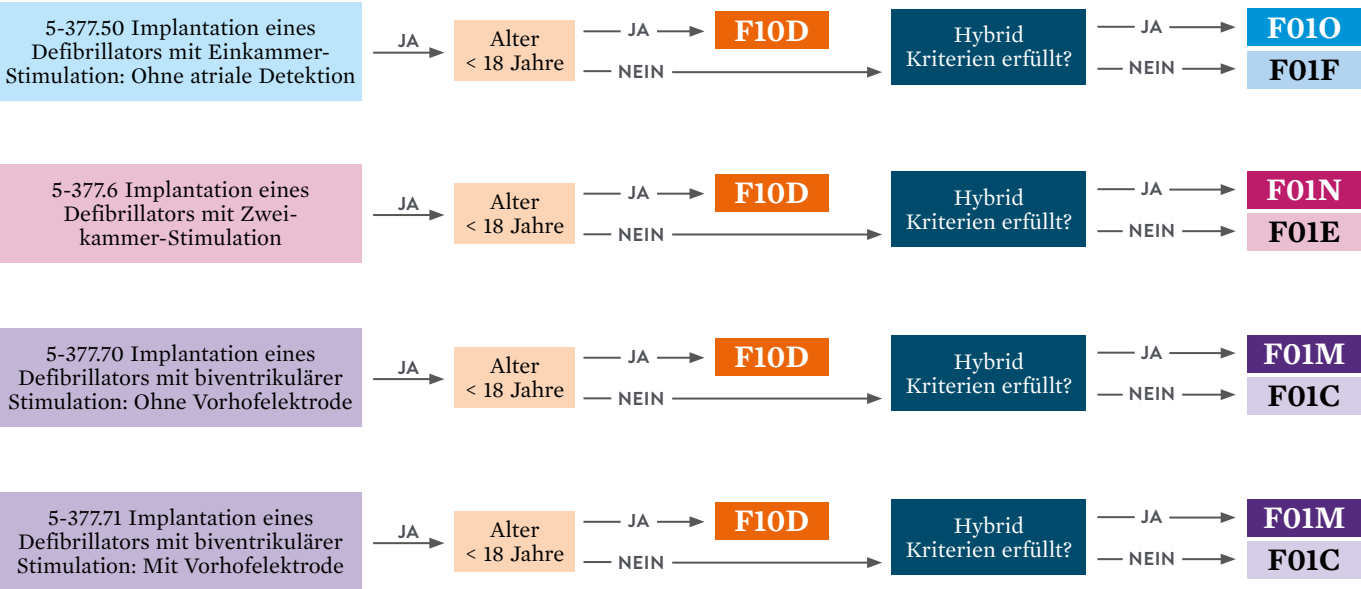
	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	28,41 €	1	28,41 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	13,38 €	1	13,38 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,82 €	1	16,82 €
Operation	31215	Eingriff der Kategorie L5	610,65 €	1	610,65 €
	31825	Anästhesie oder Narkose 5	349,60 €	1	349,60 €
	31506	Postoperative Überwachung 6	176,84 €	1	176,84 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	25,10 €	2	50,20 €
	34280	Durchleuchtungen	12,10 €	1	12,10 €
Nach- sorge	31611	Postoperative Behandlung Chirurgie I/3b	30,58 €	1	30,58 €
	13575	Funktionsanalyse, CRT	62,68 €	1	62,68 €
	13577	Zuschlag zu GOP 13573	5,10 €	1	5,10 €
			Zwischensumme		1.351,26 €
			7% Sachkostenpauschale		94,59 €
			Summe zzgl. Implantatekosten		1.445,85 €

DEFIBRILLATOR
IMPLANTATIONEN – HYBRID-DRG

Betroffene OPS-Codes im Bereich der ICD Implantation und Systemumstellungen

- 5-377.50 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders:
Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Ohne atriale Detektion
- 5-377.6 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders:
Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
- 5-377.70 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders:
Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation: Ohne Vorhofelektrode
- 5-377.71 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders:
Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation: Mit Vorhofelektrode

Leistungsbereich	Hybrid- DRG	Beschreibung	Fallpauschale Hybrid-DRG	Fallpauschale Hybrid-DRG zzgl. Postoperativer Nachbehandlung
Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD) oder Im- plantation eines myokardmo- dulierenden Systems oder eines Drucksensors in die Pulmonal- arterie oder eines intrakardia- len Pulsgenerators	F01M	Hybrid-DRG der DRG F01C (Implan- tation Kardioverter / Defibrillator (AICD), DreikammerStimulation oder Defibrillator oder intrakardialer Pulsgenerator, ohne komplizierende Faktoren oder Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie)	10.281,49 €	10.311,49 €
Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD) oder Im- plantation eines myokardmo- dulierenden Systems oder eines Drucksensors in die Pulmonal- arterie oder eines intrakardia- len Pulsgenerators	F01N	Hybrid-DRG der DRG F01E (Implan- tation Kardioverter / Defibrillator (AICD), ZweikammerStimulation oder aufwendige Sondenentfernung, ohne Implantation eines Drucksen- sors in Pulmonalarterie, ohne Implan- tation eines intrakardialen Pulsgene- rators, Alter > 17 Jahre)	7.642,84 €	7.672,84 €
Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD) oder Im- plantation eines myokardmo- dulierenden Systems oder eines Drucksensors in die Pulmonal- arterie oder eines intrakardia- len Pulsgenerators	F01O	Hybrid-DRG der DRG F01F (Impl. Kardioverter / Defibrillator (AICD), Einkammer-Stimulation, ohne zu- sätzl. Herz- od. Gefäßeingriff, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne auß. schw. CC, ohne aufw. Sondenentf., ohne Impl. Drucksens. in Pulmonalart., ohne Impl. Pulsgen., Alter > 17 J.)	6.294,39 €	6.324,39 €



* Hybrid-Kriterien: PCCL < 3, Alter > 17 Jahre, kein hoher Pflegegrad (4 und 5), VWD < 3 Tage, Abstand zwischen Aufnahme und Entlassung nicht mehr als 2 Kalendertage, kein Zusatzentgelt oder NUB, keine Beatmung, keine TISS/SAPS, keine weiteren Kontextfaktoren

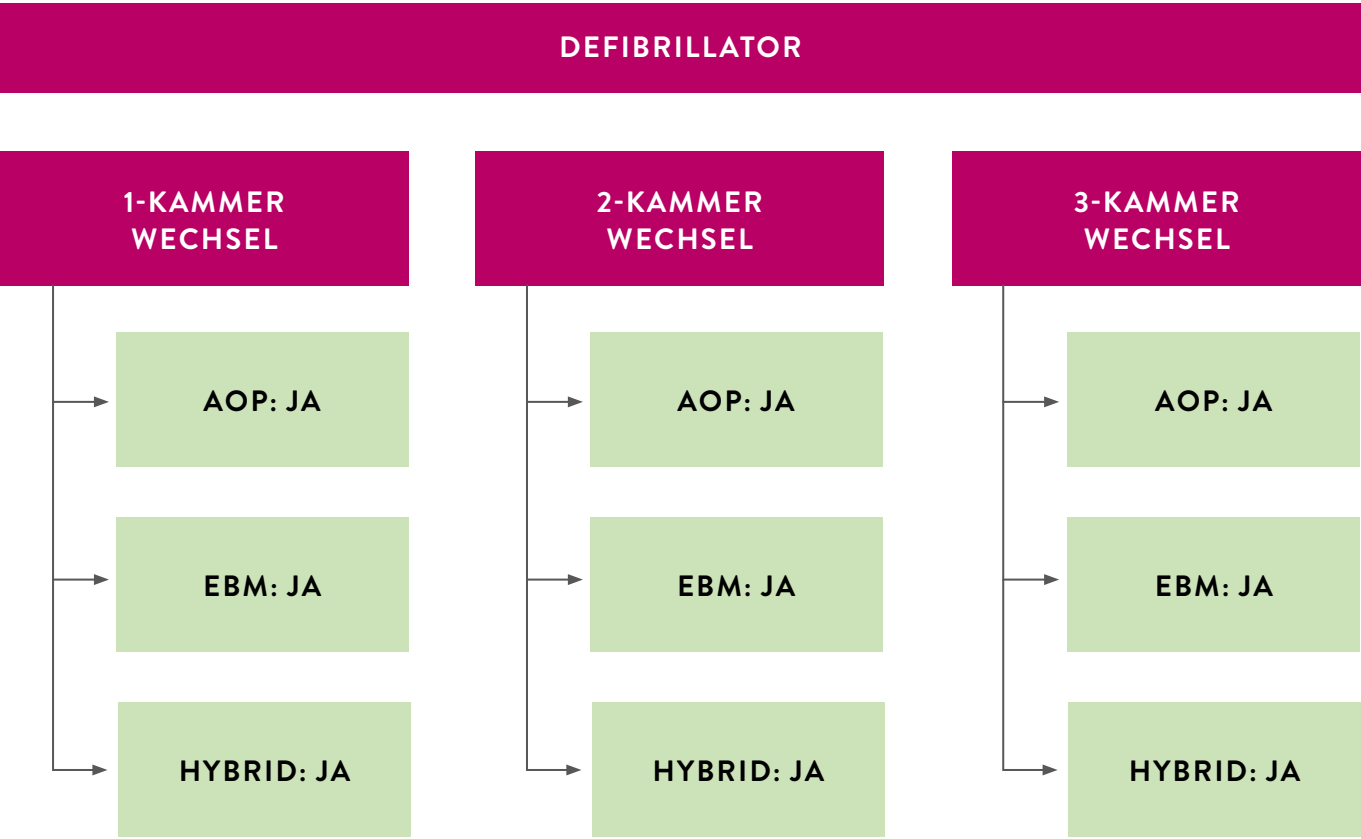
DEFIBRILLATOR WECHSEL

Im Bereich der Defibrillator-Wechsel 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.

Durch die umfassende Erweiterung des Hybrid-DRG Kataloges ist auch der Wechsel von ICDs sektorübergreifend abbildbar. Auch verschiedenste Systemumstellung sind hiervon betroffen.

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)	28,41 €	1	28,41 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	13,38 €	1	13,38 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,82 €	1	16,82 €
Operation	31212	Eingriff der Kategorie L2	235,06 €	1	235,06 €
	31822	Anästhesie oder Narkose 2	171,49 €	1	171,49 €
	31503	Postoperative Überwachung 3	62,17 €	1	62,17 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	25,10 €	2	50,20 €
	34280	Durchleuchtungen	12,10 €	1	12,10 €
Nach- sorge	31609	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	22,68 €	1	22,68 €
	13573	Funktionsanalyse, Defibrillator	50,96 €	1	50,96 €
	13577	Zuschlag zu GOP 13573	5,10 €	1	5,10 €
			Zwischensumme		663,27 €
			7% Sachkostenpauschale		46,43 €
			Summe zzgl. Implantatekosten		709,70 €

Wechsel 3-Kammer ICD EBM/AOP

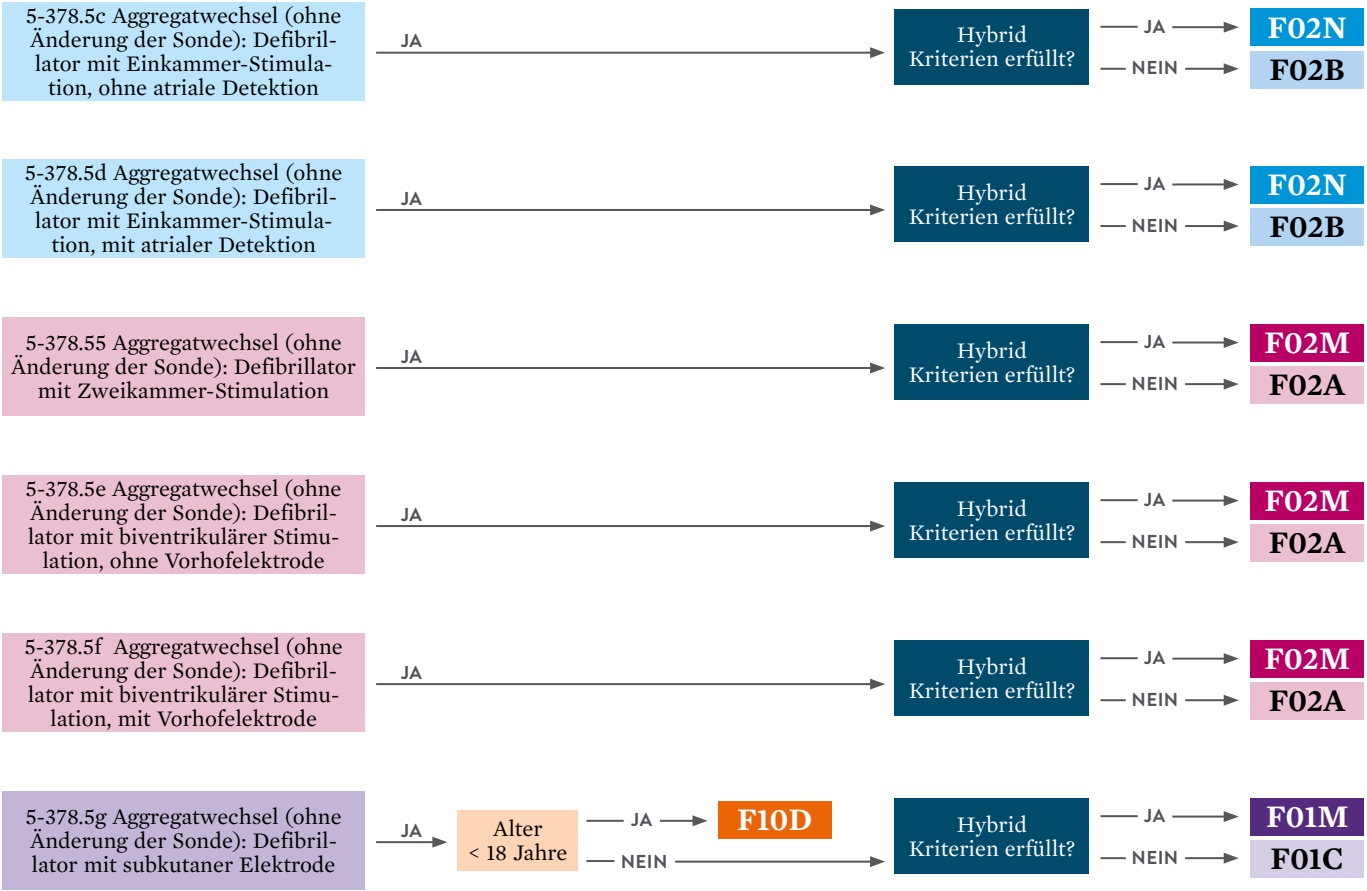
	EBM	Beschreibung	Summe	Anzahl	Summe
Vor- bereitung	13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Internist)	28,41 €	1	28,41 €
	05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (Anästhesist)	13,38 €	1	13,38 €
	05310	Präanästhesiologische Untersuchung	16,82 €	1	16,82 €
Operation	31213	Eingriff der Kategorie L3	327,17 €	1	327,17 €
	31823	Anästhesie oder Narkose 3	215,95 €	1	215,95 €
	31505	Postoperative Überwachung 5	124,47 €	1	124,47 €
	05340	Überwachung der Vitalfunktionen	25,10 €	2	50,20 €
	34280	Durchleuchtungen	12,10 €	1	12,10 €
Nach- sorge	31609	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	22,68 €	1	22,68 €
	13575	Funktionsanalyse, CRT	62,68 €	1	62,68 €
	13577	Zuschlag zu GOP 13573	5,10 €	1	5,10 €
			Zwischensumme		873,86 €
			7% Sachkostenpauschale		61,17 €
			Summe zzgl. Implantatekosten		935,03 €

DEFIBRILLATOR WECHSEL – HYBRID-DRG

Betroffene OPS-Codes im Bereich der ICD-Wechsel

- 5-378.55 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators:
Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
- 5-378.5c Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators:
Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Einkammer-Stimulation,
ohne atriale Detektion
- 5-378.5d Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators:
Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Einkammer-Stimulation,
mit atrialer Detektion
- 5-378.5e Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators:
Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit biventrikulärer
Stimulation, ohne Vorhofelektrode
- 5-378.5f Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators:
Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit biventrikulärer
Stimulation, mit Vorhofelektrode
- 5-378.5g Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators:
Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit subkutaner Elektrode

Leistungsbereich	Hybrid- DRG	Beschreibung	Fallpauschale Hybrid-DRG	Fallpauschale Hybrid-DRG zzgl. Postoperativer Nachbehandlung
Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD)	F02M	Hybrid-DRG der DRG F02A (Aggregatwechsel eines Kardiover- ters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder DreikammerStimulation)	6.623,80 €	6.653,80 €
Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD)	F02N	Hybrid-DRG der DRG F02B (Aggregatwechsel eines Kardiover- ters / Defibrillators (AICD), Einkam- mer-Stimulation)	5.193,46 €	5.223,46 €
Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD) oder Im- plantation eines myokardmo- dulierenden Systems oder eines Drucksensors in die Pulmonal- arterie oder eines intrakardia- len Pulsgenerators	F01M	Hybrid-DRG der DRG F01C (Implantation Kardioverter / Defibril- lator (AICD), DreikammerStimulation oder Defibrillator oder intrakardialer Pulsgenerator, ohne komplizierende Faktoren oder Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie)	10.281,49 €	10.311,49 €



* Hybrid-Kriterien: PCCL < 3, Alter > 17 Jahre, kein hoher Pflegegrad (4 und 5), VWD < 3 Tage, Abstand zwischen Aufnahme und Entlassung nicht mehr als 2 Kalendertage, kein Zusatzentgelt oder NUB, keine Beatmung, keine TISS/SAPS, keine weiteren Kontextfaktoren

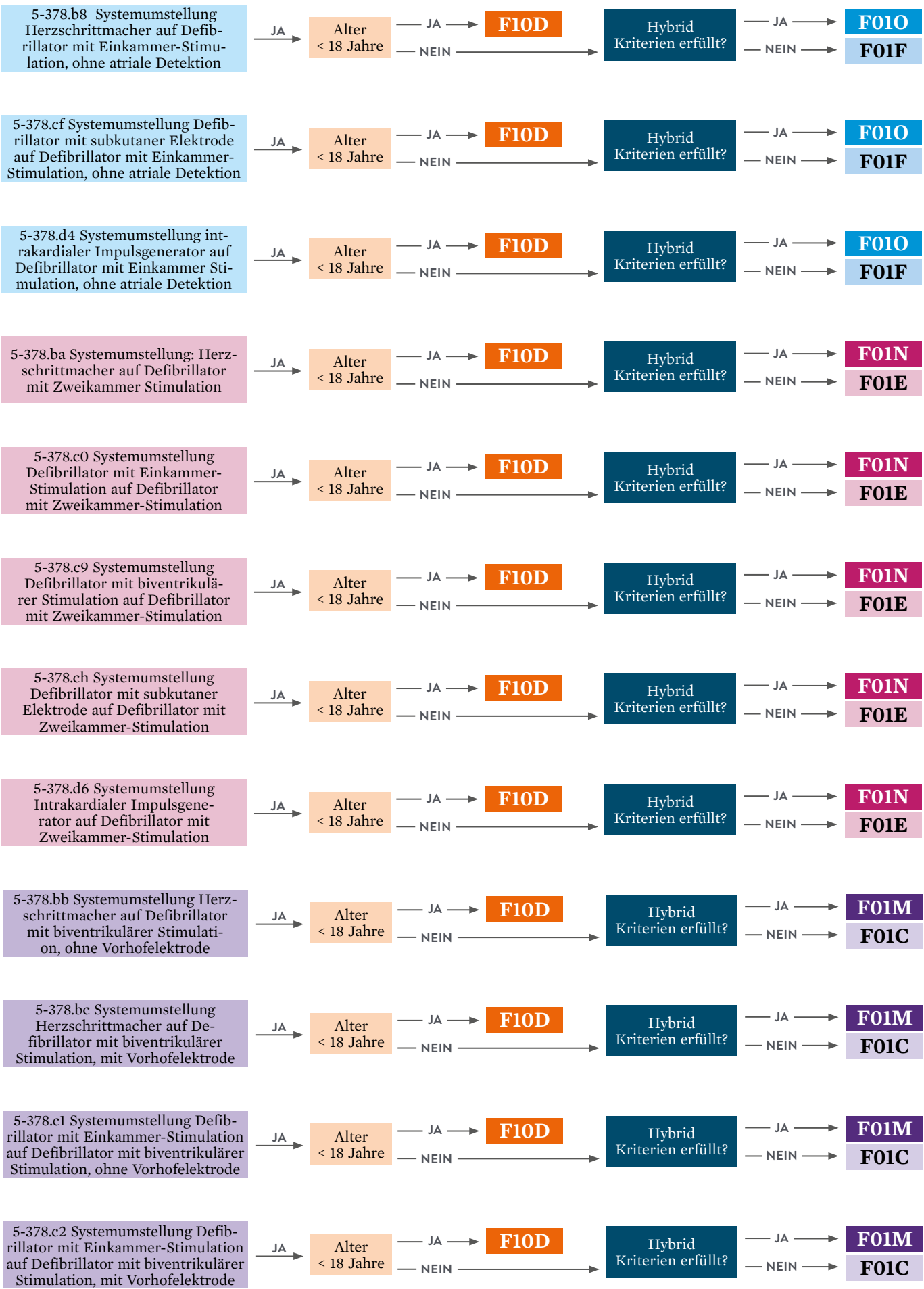
DEFIBRILLATOR SYSTEMUMSTELLUNGEN – HYBRID-DRG

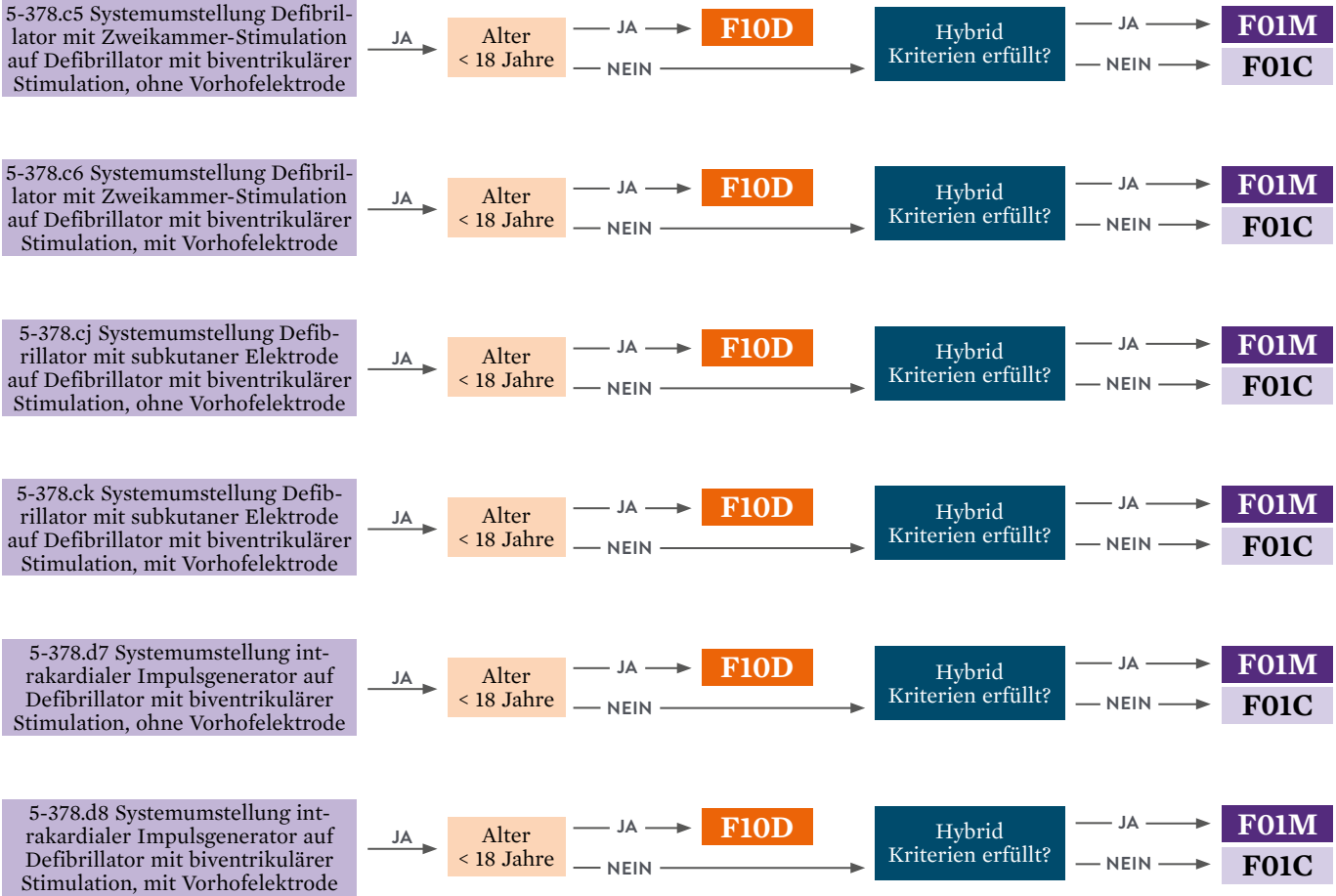
Betroffene OPS-Codes im Bereich der ICD Implantation und Systemumstellungen

- 5-378.b8** Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
- 5-378.ba** Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher, Defibrillator oder intrakardialen Impulsgenerator: Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Zweikammer Stimulation
- 5-378.bb** Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode
- 5-378.bc** Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
- 5-378.c0** Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
- 5-378.c1** Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode
- 5-378.c2** Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
- 5-378.c5** Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode
- 5-378.c6** Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
- 5-378.c9** Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
- 5-378.cf** Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
- 5-378.ch** Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation

- 5-378.cj Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode
- 5-378.ck Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
- 5-378.d4 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung intrakardialer Impulsgenerator auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
- 5-378.d6 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung intrakardialer Impulsgenerator auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Intrakardialer Impulsgenerator auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
- 5-378.d7 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung intrakardialer Impulsgenerator auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode
- 5-378.d8 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung intrakardialer Impulsgenerator auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode

Leistungsbereich	Hybrid-DRG	Beschreibung	Fallpauschale Hybrid-DRG	Fallpauschale Hybrid-DRG zzgl. Postoperativer Nachbehandlung
Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD) oder Implantation eines myokardmodulierenden Systems oder eines Drucksensors in die Pulmonalarterie oder eines intrakardialen Pulsgenerators	F01M	Hybrid-DRG der DRG F01C (Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammerstimulation oder Defibrillator oder intrakardialer Pulsgenerator, ohne komplizierende Faktoren oder Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie)	10.281,49 €	10.311,49 €
Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD) oder Implantation eines myokardmodulierenden Systems oder eines Drucksensors in die Pulmonalarterie oder eines intrakardialen Pulsgenerators	F01N	Hybrid-DRG der DRG F01E (Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammerstimulation oder aufwendige Sondenentfernung, ohne Implantation eines Drucksensors in Pulmonalarterie, ohne Implantation eines intrakardialen Pulsgenerators, Alter > 17 Jahre)	7.642,84 €	7.672,84 €
Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD) oder Implantation eines myokardmodulierenden Systems oder eines Drucksensors in die Pulmonalarterie oder eines intrakardialen Pulsgenerators	F01O	Hybrid-DRG der DRG F01F (Impl. Kardioverter / Defibrillator (AICD), Einkammer-Stimulation, ohne zusätzl. Herz- od. Gefäßeingriff, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne auß. schw. CC, ohne aufw. Sondenentf., ohne Impl. Drucksens. in Pulmonalart., ohne Impl. Pulsgen., Alter > 17 J.)	6.294,39 €	6.324,39 €





* Hybrid-Kriterien: PCCL < 3, Alter > 17 Jahre, kein hoher Pflegegrad (4 und 5), VWD < 3 Tage, Abstand zwischen Aufnahme und Entlassung nicht mehr als 2 Kalendertage, kein Zusatzentgelt oder NUB, keine Beatmung, keine TISS/SAPS, keine weiteren Kontextfaktoren

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 variieren. 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 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 €
	3095A	Analogziffer: 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	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 €
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	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						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 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 €
	3095A	Analogziffer: 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	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 €
	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 €
Nachsorge	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 Organ-systeme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brust-organe, 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 Sauerstoffsät-tigung 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 Halskrawatten-verband; 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	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 Organ-systeme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brust-organe, 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 Sauerstoffsät-tigung im Blut) gegebenenfalls einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung	152	8,86 €	1,8	15,95 €
	3096A	Analogziffer: 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	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 Halskrawatten-verband; 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	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					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 Organ-systeme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brust-organe, 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 Sauerstoffsät-tigung im Blut) gegebenenfalls einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung	152	8,86 €	1,8	15,95 €
	3096A	Analogziffer: 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	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 Spü-lung	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 Halskrawatten-verband; 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						575,63 €

DEFIBRILLATOR TELEMEDIZIN FUNKTIONSANALYSE – EBM

Mit der telemedizinischen Nachsorge lassen sich regelmäßige ICD- und CRT-D Kontrollen durch-führen. 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	11,21 €	Max. 3x in 12 Monaten
13576	Telemedizinische Funktionsanalyse CRT	62,68 €	Max. 4x in 12 Monaten*
13574	Telemedizinische Kontrolle Defibrillator/Kardioverter	50,96 €	Max. 4x in 12 Monaten*
13573	Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	50,96 €	Mind. 1x in 12 Monaten*
13577	Zuschlag zu GOP 13573	5,10 €	

* 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	11,21 €	Max. 3x in 12 Monaten
04416	Telemedizinische Funktionsanalyse CRT	114,79 €	Max. 4x in 12 Monaten*
04414	Telemedizinische Kontrolle Defibrillator/Kardioverter	93,26 €	Max. 4x in 12 Monaten*
04413	Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	93,26 €	Mind. 1x in 12 Monaten*
04417	Zuschlag zu GOP 04413	5,10 €	

* 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 Monitoring-daten 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	8,28 €	Max. 3x in 12 Monaten
13579	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	16,31 €	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	12,10 €	1x in 12 Monaten
13584	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat	140,14 €	Max. 4x in 12 Monaten
13585	Zuschlag zur GOP 13584 für das intensivierte Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat	29,94 €	Max. 4x in 12 Monaten
13586	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels externen Messgeräten	267,55 €	Max. 4x in 12 Monaten
13587	Zuschlag zur GOP 13586 für das intensivierte Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels externen Messgeräten	29,94 €	Max 4x in 12 Monaten

Telemedizin EBM – Vergütung eines Transmitters

Der Bewertungsausschuss (BA) hat in seiner 784. Sitzung beschlossen, eine neue **Kostenpauschale GOP 40909** in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufzunehmen. Diese betrifft die Abrechnungsmöglichkeit eines Transmitters für die **telemedizinische Betreuung bei Herzinsuffizienz** sowie die **telemedizinische Funktionsanalyse**.

Wichtige Eckpunkte

GOP 40909:
Pauschale für einen **Transmitter** zur Datenübertragung bei Leistungen nach GOP 04414, 04416, 13574, 13576 oder 13584:

- 04414 Telemedizinische Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter
- 04416 Telemedizinische Funktionsanalyse CRT
- 13574 Telemedizinische Kontrolle Defibrillator/Kardioverter
- 13576 Telemedizinische Funktionsanalyse CRT
- 13584 Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat

Vergütung

Kostenpauschale für einen erforderlichen Transmitter im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung(en) nach der/den Gebührenordnungsposition(en) 04414, 04416, 13574, 13576 oder 13584,

einmal im Krankheitsfall (einmal jährlich) 396,67 Euro

40909
Die Kostenpauschale 40909 ist je Patient höchstens dreimal berechnungsfähig. Sofern im Zusammenhang mit einem Wechsel des kardialen Aggregates ein neuer Transmitter erforderlich ist, ist die Kostenpauschale je Patient erneut höchstens dreimal berechnungsfähig.

Die Kostenpauschale 40909 umfasst die Gerätekosten des Transmitters sowie sämtliche Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung des Transmitters.

Eine erneute Abrechnung ist bei einem Wechsel des Aggregats möglich, sofern in diesem Zuge ein neuer Transmitter erforderlich werden sollte.

Die Vergütung der Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 40909 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.

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:

- 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.
- 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	174,54 €
31503	Postoperative Überwachung 3	1	62,17 €
31602	Postoperative Behandlung I/1b	1	10,83 €
31821	Anästhesie oder Kurznarkose 1	1	127,02 €
Zwischensumme ohne Implantatekosten			374,56 €

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 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	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

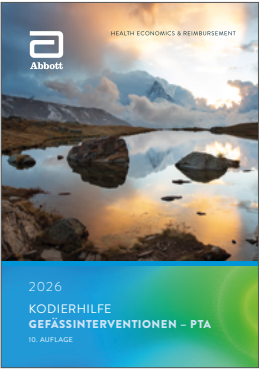
aG-DRG D iagnosis R elated G roups (Diagnosebezogene Fallgruppen, das a steht für ausgegliedert), bezeichnen ein ökonomisch-medizinisches Klassifikationsmodell
AOP A mbulantes O perieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V). Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationersetzender Eingriffe. https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant_stationaere_versorgung/ambulantes_operieren_115_b/ambulantes_operieren_115_b.jsp
CRT-D / CRT-P C ardiac R esynchronization T herapy – D efibrillator / P acemaker Schrittmacher oder Defibrillator zur kardialen Resynchronisationstherapie
EBM E inheitlicher 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
EKG E lektro k ardiogramm
GOÄ G ebühren 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
GOP G ebühren o rdnungs p osition
HSM H erz s chritt m acher 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 I mplantierbarer 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 I mplantable C ardiac M onitor (<i>Ereignisrekorder, Loop Rekorder</i>). Ein implantierbarer Herzmonitor ermöglicht die längerfristige Überwachung des Herzrhythmus.
KHVVG K ranken h aus v ersorgungs v erbesserungs g esetz

KV K assenärztliche V ereinigung
MVZ M edizinisches V ersorgungszentrum
NYHA Die NYHA-Klassifikation ist ein Schema zur Einteilung des Schweregrades von Herzschwäche (Stadium I bis IV) die den Empfehlungen der N ew Y ork H eart A ssociation folgt.
OPS O perationen und P rozedurensschlüssel
PCCL P atient C linical C omplexity L evel Der PCCL-Wert beschreibt den Gesamtschweregrad einer DRG
PBA P rimär b ehandelnder A rzt
SGB S ozial g esetz b uch
TMZ T ele m edizinisches Z entrum

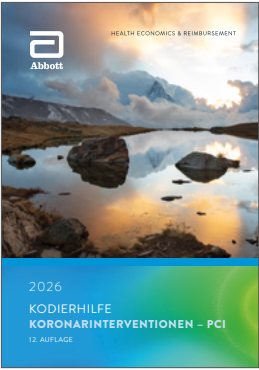
QUELLEN

- InEK, Fallpauschalenkatalog Hybrid-DRG:**
<https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2026/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-2026>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung, Ambulantes Operieren 2026:**
<https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/weitere-vertraege/praxen/ambulantes-operieren/aop-vertrag-anlage-1.pdf>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung, Einheitlicher Bewertungsmaßstab 2026:**
<https://www.kbv.de/documents/praxis/abrechnung/ebm/2026-1-ebm.pdf>
- Verband der Privaten Krankenversicherung, Gebührenordnung für Ärzte 2026:**
<https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/unfallversicherung-und-weitere/unfallversicherung/uv-goae/uv-goae-01-01-2026.pdf>

DAS KÖNNTE SIE AUCH INTERESSIEREN



Kodierhilfe
Gefäßinterventionen –
PTA



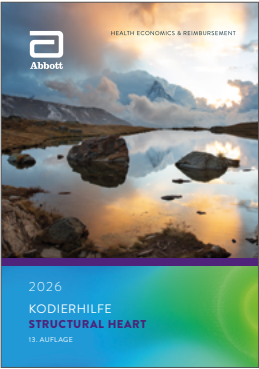
Kodierhilfe
Koronarinterventionen –
PCI



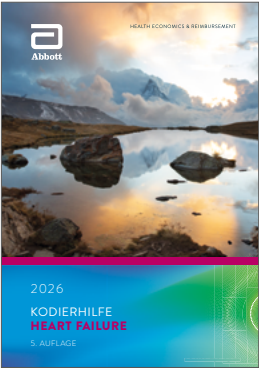
Kodierhilfe
Neurostimulation



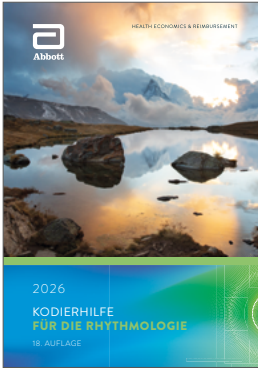
Kodierhilfe
Ambulante Abrechnung
Neurostimulation



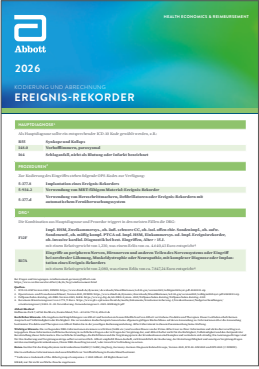
Kodierhilfe
Structural Heart



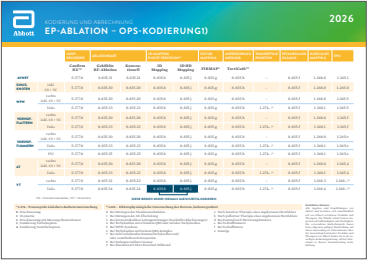
Kodierhilfe
Heart Failure



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>

WIR FÜR SIE



KATHARINA BECK
Associate Manager
Health Economics & Reimbursement



JANNIS RADELEFF
Head of Health Economics &
Reimbursement DACH

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 stellen keine Rechts-, Erstattungs-, Geschäfts-, Klinik- oder sonstige Beratung dar und stellen auch keine solche dar. Darüber hinaus ist nicht beabsichtigt und stellt keine Zusicherung oder Garantie einer Erstattung, Zahlung oder Kosten dar, oder dass eine Erstattung oder sonstige Zahlung erfolgt. Es ist nicht beabsichtigt, die Zahlung eines Kostenträgers zu erhöhen oder zu maximieren. Abbott übernimmt keine ausdrückliche oder stillschweigende Zusicherung oder Garantie dafür, dass die Liste der Codes und Beschreibungen in diesem Dokument vollständig oder fehlerfrei ist. Ebenso wenig sollte dieses Dokument als Anleitung zur Auswahl eines bestimmten Codes angesehen werden und Abbott befürwortet oder garantiert nicht die Angemessenheit der Verwendung eines bestimmten Codes. Die letztendliche Verantwortung für die Kodierung und den Erhalt der Zahlung/Erstattung liegt beim Kunden. Dies beinhaltet die Verantwortung für die Genauigkeit und Richtigkeit aller Kodierungen und Forderungen, die Drittzahlern vorgelegt werden. Darüber hinaus sollte der Kunde beachten, dass Gesetze, Vorschriften und Versicherungspolicen komplex sind und häufig aktualisiert werden. Daher sollte der Kunde sich häufig bei seinen lokalen Anbietern oder Vermittlern erkundigen und bei Fragen zu Kodierung, Abrechnung, Erstattung oder ähnlichen Themen einen Rechtsberater oder einen Spezialisten für Finanzen, Kodierung oder Erstattung konsultieren. Dieses Material gibt Informationen nur zu Referenzzwecken wieder. Es ist nicht für Marketingzwecke vorgesehen 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 2026, ICD-10-GM 2026 und OPS 2026 (© BfArM).

ACHTUNG: Produkte dürfen nur von einem Arzt oder unter dessen Anleitung verwendet werden. Es ist wichtig, vor der Verwendung sorgfältig die Packungsbeilage in der Produktverpackung (falls vorhanden) oder auf manuals.eifu.abbott zu lesen für detaillierte Informationen über Indikationen, Kontraindikationen, Warnungen, Vorsichtsmaßnahmen und mögliche Komplikationen, die bei der Verwendung dieses Produkts auftreten können. Dieses Material ist nur für die Nutzung von medizinischem Fachpersonal gedacht.

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

www.cardiovascular.abbott

© 2026 Abbott. Alle Rechte vorbehalten. MAT-2603353 v1.0

