



Kodierleitfaden 2025

Ambulante Prozeduren für

- Rhythmusimplantate
- Koronare Gefäßprozeduren
- Periphere Gefäßprozeduren

Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser, BIOTRONIK möchte Sie auch 2025 unterstützen, und Ihnen einen Überblick der wichtigsten Neuerungen hinsichtlich der Vergütungsstrukturen bereitstellen.

Änderungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Die jährliche Anpassung des Punktwertes erfolgte für 2025 in einer Höhe von 3,85%. Bei den Gebührenordnungspositionen im Rahmen dieses Leitfadens gab es keine Veränderungen, so dass die Einnahmen im vertragsärztlichen Bereich in dieser Höhe steigen.

Ambulantes Operieren gem. § 115b SGB V – der AOP-Katalog

Seit dem 01. Juli 2024 ist die elektrische Kardioversion eine im Rahmen des AOP-Vertrages ambulant zu erbringende Leistung. In diesem Jahr pausieren die Vertragspartner – die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) – die Erweiterung des Katalogs für ambulantes Operieren im Krankenhaus weitgehend. Die Anpassungen beschränken sich auf notwendige Aktualisierungen im Zusammenhang mit dem OPS-Verzeichnis. Von den nur 14 neu aufgenommenen OPS-Kodes ist die Kardiologie nicht betroffen. Lediglich bei den Kontextfaktoren ist die Altersgrenze in Zusammenhang mit Herzkatheteruntersuchungen bei angeborenen Herzfehlern von 12 auf 16 Jahre erhöht worden.

Spezielle sektorengleiche Vergütung – Hybrid-DRG

Nach dem es die Selbstverwaltungspartner, KBV, GKV-SV und DKG im letzten Jahr nicht geschafft hatten, sich fristgerecht auf eine neue, spezielle und sektorengleiche Vergütung gem. § 115f SGB V zu einigen, wurde diese mittels Rechtsverordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorgegeben. Für das Jahr 2025 wurde bereits zum 27. März 2024 eine geringe Ausweitung des Leistungskatalogs in den bekannten Leistungsgruppen beschlossen. Zudem wurden Vorgaben für die Kalkulation der Hybrid-DRGs, inkl. Datenübertragung und Sachkostenregelung getroffen. Im Oktober erfolgte eine zusätzliche Anpassung der Vereinbarung, mit der weitere Leistungen aufgenommen wurden – eine Erweiterung der Indikationsgebiete erfolgte nicht. Im Dezember wurde zu guter Letzt die Hybrid-DRG-Vergütungsvereinbarung für 2025 beschlossen. Dabei konnte keine verbesserte Lösung für die Sachkosten gefunden werden. Sie sind weiterhin in den Fallpauschalen enthalten und nicht parallel abrechnungsfähig. Jedoch wurde in der Vereinbarung explizit festgelegt, dieses Problem im nächsten Jahr lösen zu wollen.

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde durch den Gesetzgeber zu dem die Vorgabe geschaffen, den Hybrid-DRG-Katalog 2026 deutlich umfassender zu erweitern und bis 2030 die Vergütung an den Einheitlichen Bewertungsmaßstab bzw. den AOP-Katalog anzupassen. Zudem soll die Ausweitung des Leistungskatalogs verstetigt werden. Die Weiterentwicklung soll dazu führen, dass ab 2026 jährlich mindestens eine Million, ab 2028 jährlich mindestens 1,5 Million und ab 2030 jährlich mindestens zwei Millionen Fälle nach den Regeln der Hybrid-DRG erbracht werden. Das KHVVG legt zudem einen Abrechnungsausschluss fest: Gibt es künftig für einen Eingriff eine Hybrid-DRG, ist die Abrechnung des Eingriffs nach EBM nicht möglich. Bis dato sind keine kardiologischen Prozeduren davon betroffen.

Ambulantisierung und Strukturrevolution – Wichtige Elemente der Krankenhausreform

Mit dem KHVVG wurde kurz vor dem Ende der Ampelkoalition noch eines der größten Projekte von Gesundheitsminister Karl Lauterbach verabschiedet. Gemeinsam mit den durch das Krankenhaustransparenzgesetz eingeführten Versorgungsleveln soll eine geänderte Vergütungssystematik zu einer Veränderung des Leistungsangebots in Krankenhäusern führen. Neben der Förderung einer qualitätsgesicherten Versorgung in Krankenhäusern ist somit auch die weitere Ambulantisierung relativ einfacher und komplikationsarmer Krankenhausleistungen ein Ziel dieser Reform. Die zuständigen Ministerien der Länder beginnen 2025 mit der Planung der neuen Krankenhauslandschaft. Neu für die Leistungserbringer werden die Häuser des Levels 1i, in denen stationäre und ambulante Leistungen sektorübergreifend erbracht werden. Die neue Vergütungssystematik soll ab 2027 sukzessive starten.

Die tatsächliche Wirkung der Reform ist noch nicht absehbar, da für die Umsetzung notwendige Rechtsverordnungen erst nach den im Februar anstehenden Neuwahlen und den damit einhergehenden politischen Veränderungen erarbeitet und umgesetzt werden.

Autoren

Dr. Tino Hauser

Director Market Access &
Clinical Affairs

Andreas Goetze

Manager Market Access &
Reimbursement

Markus Graf

Senior Manager Market Access &
Reimbursement

Dr. Boye Gricar

Health Economics &
Outcome Research Manager

Inhaltsverzeichnis

1 Allgemeine Vergütungsregeln für ambulante Operationen nach EBM und AOP

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

2 Ambulante Prozeduren: Rhythmusimplantate

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

3 Ambulante Prozeduren: Koronare Interventionen

3.1 Ambulant durchführbare Leistungen: Vaskuläre Intervention, koronar	23
3.2 Beispielrechnungen ambulante koronare Leistungen	25

4 Ambulante Prozeduren: Periphere Interventionen

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



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

Leistungskategorie Implantation	Obligater Leistungsinhalt	GOP	Erlös	Punkte
Eingriffe der Kategorie L1	Chirurgischer Eingriff der Kategorie L1 entsprechend Anhang 2 (EBM)	31211	169,79 €	1370
Eingriffe der Kategorie L2	Chirurgischer Eingriff der Kategorie L2 entsprechend Anhang 2 (EBM)	31212	228,66 €	1845
Eingriffe der Kategorie L3	Chirurgischer Eingriff der Kategorie L3 entsprechend Anhang 2 (EBM)	31213	318,26 €	2568
Eingriffe der Kategorie L4	Chirurgischer Eingriff der Kategorie L4 entsprechend Anhang 2 (EBM)	31214	412,20 €	3326
Eingriffe der Kategorie L5	Chirurgischer Eingriff der Kategorie L5 entsprechend Anhang 2 (EBM)	31215	594,02 €	4793

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

Zusatzpauschalen zur Implantation	Obligater Leistungsinhalt	GOP	Erlös	Punkte
Zuschlag zu den Gebühren- ordnungspositionen 31211 bis 31216 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31217	Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten, Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht, je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit Die Gebührenordnungsposition 31218 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr.14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.	31218	90,47 €	730

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

- Kategorie 1** 15 Minuten
- Kategorie 2** 30 Minuten
- Kategorie 3** 45 Minuten
- Kategorie 4** 60 Minuten
- Kategorie 5** 90 Minuten
- Kategorie 6** 120 Minuten



1.2 Zusätzliche GOP im Rahmen ambulanter Operationen

Kardiologisch-Fachärztliche GOPs	Obligater Leistungsinhalt	GOP	Erlös	Punkte
Grundpauschale Kardiologie (Fachärztlich)	Für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr, persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt	13541	26,65 €	215
Grundpauschale Kardiologie (Fachärztlich)	Für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres, persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt	13542	27,64 €	223
Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13540 bis 13542 für die kardiologisch-internistische Grundversorgung	Einmal im Behandlungsfall Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13543 kann nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 01450, 13540, 13541, 13542, 13544, 13547 und/oder 32001 berechnet werden.	13543	5,08 €	41
Postoperative Überwachung im Anschluss an die Erbringung einer Leistung (L1 und L2) entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31211 und 31212	Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz, Abschlussuntersuchung(en)	31503	60,48 €	488
Postoperative Überwachung im Anschluss an die Erbringung einer Leistung (L3 und L4) entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31213 und 31214	Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz, Abschlussuntersuchung(en)	31505	121,08 €	977
Postoperative Überwachung im Anschluss an die Erbringung einer Leistung (L5) entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31215	Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz, Abschlussuntersuchung(en)	31506	172,02 €	1388
Durchleuchtung(en)	Durchleuchtung(en) unter Anwendung von BV/TV	34280	11,77 €	95

Hinweis: 4.3.7 Operative Eingriffe: Die Verwendung der Begriffe klein/groß, kleinflächig/großflächig, lokal/ radikal und ausgedehnt bei operativen Eingriffen entspricht den Definitionen nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen Schlüssel für Operationen und sonstige Prozeduren gemäß § 295 Abs. 1 Satz 4 SGB V: Länge: kleiner/größer 3 cm, Fläche: kleiner/größer 4 cm², lokal: bis 4 cm² oder bis zu 1 cm³, radikal und ausgedehnt: größer 4 cm² oder größer 1 cm³. Nicht anzuwenden ist der Begriff "klein" bei Eingriffen am Kopf und an den Händen. Operative Eingriffe setzen die Eröffnung von Haut und/oder Schleimhaut bzw. eine primäre Wundversorgung voraus, soweit in den Leistungsbeschreibungen nicht anders angegeben. Punktionen mit Nadeln, Kanülen und Biopsienadeln fallen nicht unter die Definition eines operativen Eingriffs. Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen.



1.3 Abrechenbare Leistungen in der ambulanten Regelvergütung: Anästhesie

Anästhesiologisch-Fachärztliche GOPs	Obligater Leistungsinhalt	GOP	Erlös	Punkte
Präanästhesiologische Untersuchung vor einer geplanten ambulanten oder belegärztlichen Operation der Abschnitte 31.2 oder 36.2	Überprüfung der Narkosefähigkeit des Patienten, Aufklärungsgespräch mit Dokumentation	05310	26,65 €	132
Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä. (Überprüfung der Narkosefähigkeit des Patienten, Aufklärungsgespräch mit Dokumentation)	05211	27,64 €	90
Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä	05212	5,08 €	105
Zuschlag für die anästhesiologische Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 05210 bis 05212	Einmal im Behandlungsfall. Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 05220 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.	05220	60,48 €	75
Überwachung der Vitalfunktionen (Fachärztlich)	Überwachung der Vitalfunktionen (Stand-by), persönliche Anwesenheit des Arztes, Pulsoxymetrie. abrechenbar je 15min Schnitt-Naht-Zeit	05340	121,08 €	197
Anästhesie und/oder Narkose (Fachärztlich)	Anästhesie und/oder Narkose bis zu einer Schnitt-Naht-Zeit bzw. Eingriffszeit von 15 Minuten einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: Plexusanästhesie und/oder Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie	05330	172,02 €	997
Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 05330 bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose (Fachärztlich)	Je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit bzw. Eingriffszeit Die Gebührenordnungsposition 05331 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.5.3 und 36.5.3 berechnungsfähig.	05331	11,77 €	349

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



1.3 Abrechenbare Leistungen in der ambulanten Regelvergütung: Anästhesie

Andere Narkosen	Obligater Leistungsinhalt	GOP	Erlös	Punkte
Anästhesie und/oder Narkose 1, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen ... 31211 [Chirurgischer Eingriff der Kategorie L1]	Anästhesien oder Narkose einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: Plexusanästhesie und/oder Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie. Die Gebührenordnungsposition 31821 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 05330, 05331 berechnungsfähig.	31821	123,56 €	997
Anästhesie und/oder Narkose 2, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen ... 31212 [Chirurgischer Eingriff der Kategorie L2]	Anästhesien oder Narkose einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: Plexusanästhesie und/oder Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie. Die Gebührenordnungsposition 31822 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 05330, 05331 berechnungsfähig.	31822	166,82 €	1346
Anästhesie und/oder Narkose 3, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen ... 31213 [Chirurgischer Eingriff der Kategorie L3]	Anästhesien oder Narkose einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: Plexusanästhesie und/oder Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie. Die Gebührenordnungsposition 31823 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 05330, 05331 berechnungsfähig.	31823	210,07 €	1695
Anästhesie und/oder Narkose 4, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen ... 31214 [Chirurgischer Eingriff der Kategorie L4]	Anästhesien oder Narkose einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: Plexusanästhesie und/oder Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie. Die Gebührenordnungsposition 31824 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 05330, 05331 berechnungsfähig.	31824	253,45 €	2045
Anästhesie und/oder Narkose 5, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen ... 31215 [Chirurgischer Eingriff der Kategorie L5]	Anästhesien oder Narkose einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: Plexusanästhesie und/oder Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder – Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie. Die Gebührenordnungsposition 31825 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 05330, 05331 berechnungsfähig.	31825	340,07 €	2744

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



1.4 Postoperative Leistungen

Zusatzpauschalen Kardiologie	Obligater Leistungsinhalt	GOP	Erlös	Punkte
Zusatzpauschalen Kardiologie I	Duplex-Echokardiographische Untersuchung (GOP 33022), Druckmessung(en)	13545	91,59 €	739
Elektrostimulation des Herzens	Temporäre transvenöse Elektrostimulation des Herzens, Elektrodeneinführung, EKG-Monitoring	13551	64,07 €	517

Postoperative Behandlung	Obligater Leistungsinhalt	GOP	Erlös	Punkte
Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31211 bei Überweisung durch den Operateur	Befundkontrolle(n), Befundbesprechung	31601	18,09 €	146
Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31211 bei Erbringung durch den Operateur	Befundkontrolle(n), Befundbesprechung	31602	10,53 €	85
Postoperative Behandlung nach Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31212 und 31213 bei Überweisung durch den Operateur	Befundkontrolle(n), Befundbesprechung	31608	29,74 €	240
Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31212 und 31213 bei Erbringung durch den Operateur	Befundkontrolle(n), Befundbesprechung	31609	22,06 €	178
Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31214 und 31215 bei Überweisung durch den Operateur	Befundkontrolle(n), Befundbesprechung	31610	37,30 €	301
Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31214 und 31215 bei Erbringung durch den Operateur	Befundkontrolle(n), Befundbesprechung	31611	29,74 €	240



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

Pauschalen Innere Medizin	Obligater Leistungsinhalt	GOP	Erlös	Punkte
Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen	Im unmittelbaren Anschluss an eine diagnostische Herzkatheteruntersuchung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34291, Dauer mehr als 4 Stunden	01520	108,81 €	878
Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen	Im unmittelbaren Anschluss an eine therapeutische Herzkatheteruntersuchung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292, Dauer mehr als 12 Stunden	01521	188,50 €	1521
Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen	Im unmittelbaren Anschluss an eine therapeutische Herzkatheteruntersuchung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292, Dauer mehr als 6 Stunden	01522	161,98 €	1307
Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Angiografie	Im unmittelbaren Anschluss an eine diagnostische angiologische Untersuchung gemäß GOP 34283, Dauer mehr als 4 Stunden	01530	108,81 €	878
Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Angiografie	Im unmittelbaren Anschluss an eine therapeutische angiologische Leistung gemäß GOP 34284 und/oder 34285 und/oder 34286, Dauer mehr als 6 Stunden	01531	188,50 €	1521
Pauschalen für den Vertragsarzt Innere Medizin	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt ¹	13540	19,09 €	154
	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt ²	13541	26,65 €	215
	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt ³	13542	27,64 €	223
Pauschalen für den Krankenhausarzt	Grundpauschale für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	01321	19,71 €	159
	Konsultationspauschale	01436	2,23 €	18
	Ärztlicher Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung	01600	6,82 €	55

Anmerkung

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



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

Nachsorge	Obligater Leistungsinhalt	GOP	Erlös	Punkte
Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antibradykarden Therapie	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antibradykarden Therapie, Implantatnachsorge*	13571 04411	26,77 €	216
Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators, Implantatnachsorge*	13573 04413	49,57 €	400
Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators, Überprüfung des Batteriezustandes, Überprüfung und Dokumentation der erhobenen Parameter und Messwerte, Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)	13574 04414	49,57 €	400
Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D), Implantatnachsorge*	13575 04415	60,98 €	492
Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D), Überprüfung des Batteriezustandes, Überprüfung und Dokumentation der erhobenen Parameter und Messwerte, Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)	13576 04416	60,98 €	492
Telefonische Kontaktaufnahme Telemedizin	Telefonische Kontaktaufnahme mit dem Patienten im Zusammenhang mit der telemedizinischen Funktionsanalyse (im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 13574 oder 13576)	01438	10,91 €	88
Indikationsstellung für das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, Aufklärung und Beratung zur Teilnahme am Telemonitoring bei Herzinsuffizienz nur durch Primär behandelnder Arzt (PBA)	13578 03325 04325	8,06 €	65
Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	Kommunikation mit dem verantwortlichen Telemedizinischen Zentrum (TMZ) nur durch PBA	13579 03326 04326	15,86 €	128
Anleitung und Aufklärung zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	nur durch TMZ	13583	11,77 €	95
Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat	Kommunikation mit dem primär behandelnden Arzt, Versenden eines Quartalsberichts an den primär behandelnden Arzt, Telemonitoring und Dokumentation gemäß MVV-Richtlinie nur durch TMZ	13584	136,33 €	1100
Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 13584 für das intensiviertere Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat	Telefonische Kontaktaufnahme mit dem Patienten bei Warnmeldungen mit Handlungsbedarf, Therapieanpassung, Sicherstellung zeitnaher notwendiger Interventionen nur durch TMZ	13585	29,12 €	235

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

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



1.7 Sachkostenabrechnung

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

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

Näheres zu den nicht enthaltenen Kosten:

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

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

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

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

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

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

Diese ist wie folgt geregelt:

Die für die Eingriffe benötigten Verbrauchsmaterialien, Verbandmittel, Arzneimittel und Hilfsmittel werden vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt. Die Abrechnung der Sachkosten und Arzneimittel erfolgt zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen. Der Krankenhausarzt ist nicht berechtigt, die in diesem Absatz aufgeführten Mittel auf Kassenrezept zu verordnen.

Für Artikel analog dem Sprechstundenbedarf kann das Krankenhaus eine Sachmittelpauschale in Höhe von 7 % der ärztlichen Honorarsumme in Rechnung stellen. Zusätzlich besteht für das Krankenhaus die Möglichkeit, die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM abzurechnen.

Darüber hinaus können bestimmte Sachmittel separat abgerechnet werden, z. B. im Körper verbleibende Implantate in Summe. Diese gesondert abrechnungsfähigen Sachmittel können in voller Höhe des Rechnungsbetrages abzüglich eines Selbstbehalts von 6,25 € je aufgeführter Produktkategorie vom Krankenhaus in Ansatz gebracht werden. Es können nur Sachmittel abgerechnet werden, die teurer als 6,25 € sind.

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

Für beide Leistungssektoren gilt:

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

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

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

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

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



Amvia Sky DR-T
Home Monitoring

 0AE-DDDR

 1234567890

 **BIOTRONIK**
Made in Germany

 RA
 RV
IS-1



2.1 Ambulant durchführbare Leistungen: Herzschrittmacher

OPS 2025		durch Vertragsarzt nach EBM	Ambulant im KH nach §115b SGB V	Leistungs- kategorie EBM
Neuimplantation				
5-377.1	1-K-HSM	Ja	Ja	L2
5-377.2	2-K-HSM mit einer Schrittmachersonde	Ja	Ja	L2
5-377.30	2-K-HSM mit 2 Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation	Ja	Ja	L4
5-377.31	2-K-HSM mit 2 Schrittmachersonden: Mit antitachykarde Stimulation	Ja	Ja	L4
5-377.40	3-K-HSM ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-377.41	3-K-HSM mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
Wechsel				
5-378.51	Aggregatwechsel 1-K-HSM (ohne Änderung der Sonde)	Ja	Ja	L2
5-378.52	Aggregatwechsel 2-K-HSM (ohne Änderung der Sonde)	Ja	Ja	L2
5-378.5a	Aggregatwechsel 3-K-HSM ohne Vorhofelektrode (ohne Änderung der Sonde)	Ja	Ja	L3
5-378.5b	Aggregatwechsel 3-K-HSM mit Vorhofelektrode (ohne Änderung der Sonde)	Ja	Ja	L3
5-378.61	Aggregat- und Sondenwechsel 1-K-HSM	Ja	Ja	L4
5-378.62	Aggregat- und Sondenwechsel 2-K-HSM	Ja	Ja	L5
5-378.6a	Aggregat- und Sondenwechsel 3-K-HSM ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-378.6b	Aggregat- und Sondenwechsel 3-K-HSM mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-378.71	Sondenwechsel 1-K-HSM	Ja	Ja	L4
5-378.72	Sondenwechsel 2-K-HSM	Ja	Ja	L5
5-378.7a	Sondenwechsel 3-K-HSM ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L4
5-378.7b	Sondenwechsel 3-K-HSM mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L4
Entfernung				
5-378.01	Aggregatentfernung 1-K-HSM	Ja	Ja	L1
5-378.02	Aggregatentfernung 2-K-HSM	Ja	Ja	L1
5-378.0a	Aggregatentfernung 3-K-HSM ohne Vorhofelektrode	Ja	Ja	L2
5-378.0b	Aggregatentfernung 3-K-HSM mit Vorhofelektrode	Ja	Ja	L2
5-378.18	Sondenentfernung HSM	Ja	Ja	L2
5-378.21	Aggregat- und Sondenentfernung 1-K-HSM	Ja	Nein	L2
5-378.22	Aggregat- und Sondenentfernung 2-K-HSM	Ja	Nein	L2
5-378.2a	Aggregat- und Sondenentfernung 3-K-HSM ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L4
5-378.2b	Aggregat- und Sondenentfernung 3-K-HSM mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L4
Korrektur				
5-378.31	Sondenkorrektur 1-K-HSM	Ja	Ja	L2
5-378.32	Sondenkorrektur 2-K-HSM	Ja	Ja	L3
5-378.3a	Sondenkorrektur 3-K-HSM ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L3
5-378.3b	Sondenkorrektur 3-K-HSM mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L3
5-378.41	Lagekorrektur des Aggregats 1-K-HSM	Ja	Ja	L2
5-378.42	Lagekorrektur des Aggregats 2-K-HSM	Ja	Ja	L2
5-378.4a	Lagekorrektur des Aggregats 3-K-HSM ohne Vorhofelektrode	Ja	Ja	L2
5-378.4b	Lagekorrektur des Aggregats 3-K-HSM mit Vorhofelektrode	Ja	Ja	L2

Hinweis: Zur Abrechnung der Sachkosten siehe Seite 11.



2.2 Beispielrechnungen ambulante Operationen: 1-Kammer-Herzschrillmacher

Leistung	Patient 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr			Patient ab Beginn des 60. Lebensjahres		
	GOP	Erlös	Punkte	GOP	Erlös	Punkte
Implantation						
Nur ärztliche Leistung						
Aufnahme						
Präoperativ (Grundpauschale)	13541	26,65 €	215	13542	27,64 €	223
ODER						
Grundpauschale für das Krankenhaus	01321	19,71 €	159	01321	19,71 €	159
OP-Leistung						
Implantation L2	31212	228,66 €	1845	31212	228,66 €	1845
Postoperative Überwachung	31503	60,48 €	488	31503	60,48 €	488
Durchleuchten	34280	11,77 €	95	34280	11,77 €	95
Post-OP						
Postoperative Behandlung	31608	29,74 €	240	31608	29,74 €	240
Funktionsanalyse HSM*	13571	26,77 €	216	13571	26,77 €	216
	403,78 €			404,77 €		

Leistung	Patient 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr			Patient ab Beginn des 60. Lebensjahres		
	GOP	Erlös	Punkte	GOP	Erlös	Punkte
Aggregatwechsel						
Nur ärztliche Leistung						
Aufnahme						
Präoperativ (Grundpauschale)	13541	26,65 €	215	13542	27,64 €	223
ODER						
Grundpauschale für das Krankenhaus	01321	19,71 €	159	01321	19,71 €	159
OP-Leistung						
Implantation L2	31212	228,66 €	1845	31212	228,66 €	1845
Postoperative Überwachung	31503	60,48 €	488	31503	60,48 €	488
Durchleuchten	34280	11,77 €	95	34280	11,77 €	95
Post-OP						
Postoperative Behandlung	31608	29,74 €	240	31608	29,74 €	240
Funktionsanalyse HSM*	13571	26,77 €	216	13571	26,77 €	216
	403,78 €			404,77 €		

Hinweis: Zur Abrechnung der Sachkosten siehe Seite 11.

* ab dem 4. postoperativen Tag



2.3 Beispielrechnungen ambulante Operationen: 2-Kammer-Herzschrittmacher

Leistung	Patient 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr			Patient ab Beginn des 60. Lebensjahres		
	GOP	Erlös	Punkte	GOP	Erlös	Punkte
Implantation Nur ärztliche Leistung						
Aufnahme						
Präoperativ (Grundpauschale)	13541	26,65 €	215	13542	27,64 €	223
ODER						
Grundpauschale für das Krankenhaus	01321	19,71 €	159	01321	19,71 €	159
OP-Leistung						
Implantation L4	31214	412,20 €	3326	31214	412,20 €	3326
Postoperative Überwachung	31505	121,08 €	977	31505	121,08 €	977
Durchleuchten	34280	11,77 €	95	34280	11,77 €	95
Post-OP						
Postoperative Behandlung	31608	29,74 €	240	31608	29,74 €	240
Funktionsanalyse HSM*	13571	26,77 €	216	13571	26,77 €	216
	647,92 €			648,91 €		

Leistung	Patient 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr			Patient ab Beginn des 60. Lebensjahres		
	GOP	Erlös	Punkte	GOP	Erlös	Punkte
Aggregatwechsel Nur ärztliche Leistung						
Aufnahme						
Präoperativ (Grundpauschale)	13541	26,65 €	215	13542	27,64 €	223
ODER						
Grundpauschale für das Krankenhaus	01321	19,71 €	159	01321	19,71 €	159
OP-Leistung						
Implantation L2	31212	228,66 €	1845	31212	228,66 €	1845
Postoperative Überwachung	31503	60,48 €	488	31503	60,48 €	488
Durchleuchten	34280	11,77 €	95	34280	11,77 €	95
Post-OP						
Postoperative Behandlung	31608	29,74 €	240	31608	29,74 €	240
Funktionsanalyse HSM*	13571	26,77 €	216	13571	26,77 €	216
	403,78 €			404,77 €		

Hinweis: Zur Abrechnung der Sachkosten siehe Seite 11.

* ab dem 4. postoperativen Tag



ATRIUM IS-1 BI

BIOTRONIK

Acticor 7 VR-T DX
Home Monitoring
VVE-VDDR

12340631

 **BIOTRONIK**
Made in Germany



2.4 Ambulant durchführbare Leistungen: Defibrillatoren

OPS 2025		durch Vertragsarzt nach EBM	Ambulant im KH nach §115b SGB V	Leistungs- kategorie EBM
Neuimplantation				
5-377.50	1-K-ICD ohne atriale Detektion	Ja	Nein	L3
5-377.51	1-K-ICD mit atrialer Detektion	Ja	Nein	L4
5-377.6	2-K-ICD	Ja	Nein	L5
5-377.70	3-K-ICD ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-377.71	3-K-ICD mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
Wechsel				
5-378.55	Aggregatwechsel 2-K-ICD	Ja	Ja	L2
5-378.5c	Aggregatwechsel 1-K-ICD ohne atriale Detektion	Ja	Ja	L2
5-378.5d	Aggregatwechsel 1-K-ICD mit atrialer Detektion	Ja	Ja	L2
5-378.5e	Aggregatwechsel 3-K-ICD ohne Vorhofelektrode	Ja	Ja	L3
5-378.5f	Aggregatwechsel 3-K-ICD mit Vorhofelektrode	Ja	Ja	L3
5-378.65	Aggregat- und Sondenwechsel 2-K-ICD	Ja	Nein	L5
5-378.6c	Aggregat- und Sondenwechsel 1-K-ICD ohne atriale Detektion	Ja	Nein	L5
5-378.6d	Aggregat- und Sondenwechsel 1-K-ICD mit atrialer Detektion	Ja	Nein	L5
5-378.6e	Aggregat- und Sondenwechsel 3-K-ICD ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-378.6f	Aggregat- und Sondenwechsel 3-K-ICD mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-378.75	Sondenwechsel 2-K-ICD	Ja	Nein	L5
5-378.7c	Sondenwechsel 1-K-ICD ohne atriale Detektion	Ja	Nein	L4
5-378.7d	Sondenwechsel 1-K-ICD mit atrialer Detektion	Ja	Nein	L4
5-378.7e	Sondenwechsel 3-K-ICD ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-378.7f	Sondenwechsel 3-K-ICD mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
Entfernung				
5-378.05	Aggregatentfernung 2-K-ICD	Ja	Ja	L3
5-378.0c	Aggregatentfernung 1-K-ICD ohne atriale Detektion	Ja	Ja	L3
5-378.0d	Aggregatentfernung 1-K-ICD mit atrialer Detektion	Ja	Ja	L3
5-378.0e	Aggregatentfernung 3-K-ICD ohne Vorhofelektrode	Ja	Ja	L3
5-378.0f	Aggregatentfernung 3-K-ICD mit Vorhofelektrode	Ja	Ja	L3
5-378.19	Sondenentfernung ICD	Ja	Nein	L3
5-378.25	Aggregat- und Sondenentfernung 2-K-ICD	Ja	Nein	L4
5-378.2c	Aggregat- und Sondenentfernung 1-K-ICD ohne atriale Detektion	Ja	Nein	L2
5-378.2d	Aggregat- und Sondenentfernung 1-K-ICD mit atrialer Detektion	Ja	Nein	L2
5-378.2e	Aggregat- und Sondenentfernung 3-K-ICD ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L2
5-378.2f	Aggregat- und Sondenentfernung 3-K-ICD mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L2
Korrektur				
5-378.45	Lagekorrektur des Aggregates 2-K-ICD	Ja	Ja	L2
5-378.4c	Lagekorrektur des Aggregates 1-K-ICD ohne atriale Detektion	Ja	Ja	L2
5-378.4d	Lagekorrektur des Aggregates 1-K-ICD mit atrialer Detektion	Ja	Ja	L2
5-378.4e	Lagekorrektur des Aggregates 3-K-ICD ohne Vorhofelektrode	Ja	Ja	L2
5-378.4f	Lagekorrektur des Aggregates 3-K-ICD mit Vorhofelektrode	Ja	Ja	L2
5-378.35	Sondenkorrektur 2-K-ICD	Ja	Nein	L3
5-378.3c	Sondenkorrektur 1-K-ICD ohne atriale Detektion	Ja	Nein	L2
5-378.3d	Sondenkorrektur 1-K-ICD mit atrialer Detektion	Ja	Nein	L3
5-378.3e	Sondenkorrektur 3-K-ICD ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L3
5-378.3f	Sondenkorrektur 3-K-ICD mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L3



2.5 Beispielrechnungen ambulante Operationen: 1-Kammer-Defibrillator

Leistung	Patient 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr			Patient ab Beginn des 60. Lebensjahres		
	GOP	Erlös	Punkte	GOP	Erlös	Punkte
Implantation						
Nur ärztliche Leistung						
Aufnahme						
Präoperativ (Grundpauschale)	13541	26,65 €	215	13542	27,64 €	223
OP-Leistung						
Implantation L3	31213	318,26 €	2568	31213	318,26 €	2568
Postoperative Überwachung	31505	121,08 €	977	31505	121,08 €	977
Durchleuchten	34280	11,77 €	95	34280	11,77 €	95
Post-OP						
Postoperative Behandlung	31608	29,74 €	240	31608	29,74 €	240
Funktionsanalyse ICD*	13573	49,57 €	400	13573	49,57 €	400
	576,78 €			577,77 €		

Leistung	Patient 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr			Patient ab Beginn des 60. Lebensjahres		
	GOP	Erlös	Punkte	GOP	Erlös	Punkte
Aggregatwechsel						
Nur ärztliche Leistung						
Aufnahme						
Präoperativ (Grundpauschale)	13541	26,65 €	215	13542	27,64 €	223
ODER						
Grundpauschale für das Krankenhaus	01321	19,71 €	159	01321	19,71 €	159
OP-Leistung						
Implantation L2	31212	228,66 €	1845	31212	228,66 €	1845
Postoperative Überwachung	31503	60,48 €	488	31503	60,48 €	488
Durchleuchten	34280	11,77 €	95	34280	11,77 €	95
Post-OP						
Postoperative Behandlung	31608	29,74 €	240	31608	29,74 €	240
Funktionsanalyse ICD*	13573	49,57 €	400	13573	49,57 €	400
	426,58 €			427,57 €		

Hinweis: Zur Abrechnung der Sachkosten siehe Seite 11.

* ab dem 4. postoperativen Tag



2.6 Beispielrechnungen ambulante Operationen: 2-Kammer-Defibrillator

Leistung	Patient 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr			Patient ab Beginn des 60. Lebensjahres		
	GOP	Erlös	Punkte	GOP	Erlös	Punkte
Implantation Nur ärztliche Leistung						
Aufnahme						
Präoperativ (Grundpauschale)	13541	26,65 €	215	13542	27,64 €	223
OP-Leistung						
Implantation L5	31215	594,02 €	4793	31215	594,02 €	4793
Postoperative Überwachung	31506	172,02 €	1388	31506	172,02 €	1388
Durchleuchten	34280	11,77 €	95	34280	11,77 €	95
Post-OP						
Postoperative Behandlung	31610	37,30 €	301	31610	37,30 €	301
Funktionsanalyse ICD*	13573	49,57 €	400	13573	49,57 €	400
	911,04 €			912,03 €		

Leistung	Patient 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr			Patient ab Beginn des 60. Lebensjahres		
	GOP	Erlös	Punkte	GOP	Erlös	Punkte
Aggregatwechsel Nur ärztliche Leistung						
Aufnahme						
Präoperativ (Grundpauschale)	13541	26,65 €	215	13542	27,64 €	223
ODER						
Grundpauschale für das Krankenhaus	01321	19,71 €	159	01321	19,71 €	159
OP-Leistung						
Implantation L2	31212	228,66 €	1845	31212	228,66 €	1845
Postoperative Überwachung	31503	60,48 €	488	31503	60,48 €	488
Durchleuchten	34280	11,77 €	95	34280	11,77 €	95
Post-OP						
Postoperative Behandlung	31608	29,74 €	240	31608	29,74 €	240
Funktionsanalyse ICD*	13573	49,57 €	400	13573	49,57 €	400
	426,58 €			427,57 €		

Hinweis: Zur Abrechnung der Sachkosten siehe Seite 11.

* ab dem 4. postoperativen Tag



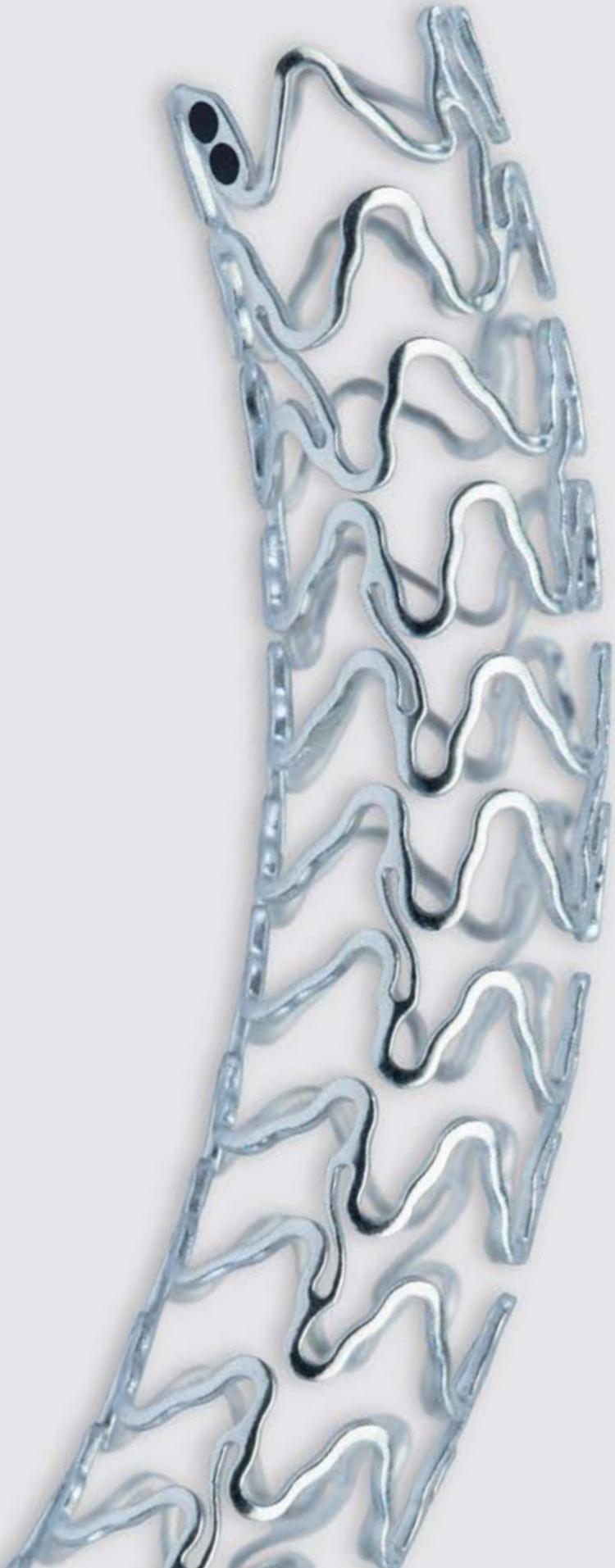
2.7 Ambulant durchführbare Leistungen: Systemumstellungen

OPS 2025		durch Vertragsarzt nach EBM	Ambulant im KH nach §115b SGB V	Leistungs- kategorie EBM
Systemumstellung 1-K-HSM auf...				
5-378.b0	2-K-HSM	Ja	Ja	L5
5-378.b1	3-K-HSM ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-378.b2	3-K-HSM mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
Systemumstellung 2-K-HSM auf...				
5-378.b3	1-K-HSM	Ja	Ja	L4
5-378.b4	3-K-HSM ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L6
5-378.b5	3-K-HSM mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
Systemumstellung 3-K-HSM auf...				
5-378.b6	1-K-HSM	Ja	Ja	L4
5-378.b7	2-K-HSM	Ja	Ja	L4
Systemumstellung HSM auf...				
5-378.b8	1-K-ICD ohne atriale Detektion	Ja	Nein	L5
5-378.b9	1-K-ICD mit atrialer Detektion	Ja	Nein	L5
5-378.ba	2-K-ICD	Ja	Nein	L5
5-378.bb	3-K-ICD ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-378.bc	3-K-ICD mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
Systemumstellung 1-K-ICD auf...				
5-378.c0	2-K-ICD	Ja	Nein	L4
5-378.c1	3-K-ICD ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-378.c2	3-K-ICD mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
Systemumstellung 2-K-ICD auf...				
5-378.c3	1-K-ICD ohne atriale Detektion	Ja	Nein	L4
5-378.c4	1-K-ICD mit atrialer Detektion	Ja	Nein	L4
5-378.c5	3-K-ICD ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-378.c6	3-K-ICD mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
Systemumstellung 3-K-ICD auf...				
5-378.c7	1-K-ICD ohne atriale Detektion	Ja	Nein	L5
5-378.c8	1-K-ICD mit atrialer Detektion	Ja	Nein	L5
5-378.c9	2-K-ICD	Ja	Nein	L5
Systemumstellung ICD auf...				
5-378.ca	1-K-HSM	Ja	Nein	L5
5-378.cb	2-K-HSM	Ja	Nein	L5
5-378.cc	3-K-HSM ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-378.cd	3-K-HSM mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5



2.7 Ambulant durchführbare Leistungen: Systemumstellungen

OPS 2025		durch Vertragsarzt nach EBM	Ambulant im KH nach §115b SGB V	Leistungs- kategorie EBM
Systemumstellung S-ICD auf...				
5-378.cf	1-K-ICD ohne atriale Detektion	Ja	Nein	L5
5-378.cg	1-K-ICD mit atrialer Detektion	Ja	Nein	L5
5-378.ch	2-K-ICD	Ja	Nein	L5
5-378.cj	3-K-ICD ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-378.ck	3-K-ICD mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
Systemumstellung Intrakardialer Impulsgenerator auf...				
5-378.d0	1-K-HSM	Ja	Nein	L4
5-378.d1	2-K-HSM	Ja	Nein	L5
5-378.d2	3-K-HSM ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-378.d3	3-K-HSM mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-378.d4	1-K-ICD ohne atriale Detektion	Ja	Nein	L5
5-378.d5	1-K-ICD mit atrialer Detektion	Ja	Nein	L5
5-378.d6	2-K-ICD	Ja	Nein	L5
5-378.d7	3-K-ICD ohne Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5
5-378.d8	3-K-ICD mit Vorhofelektrode	Ja	Nein	L5





3.1 Ambulant durchführbare Leistungen: Vaskuläre Intervention, koronar

OPS 2025 (AOP)		durch Vertragsarzt nach EBM	Ambulant im KH nach §115b SGB V	GOP im EBM
Diagnostik				
1-275.*	Diagnostik - Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	Ja	Ja	34291 + 01520
1-275.0	Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	Ja	Ja	34291 + 01520
1-275.1	Koronarangiographie und Druckmessung im linken Ventrikel	Ja	Ja	34291 + 01520
1-275.2	Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	Ja	Ja	34291 + 01520
1-275.3	Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Darstellung	Ja	Ja	34291 + 01520
1-275.4	Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Darstellung	Ja	Ja	34291 + 01520
1-275.5	Koronarangiographie von Bypassgefäßen	Ja	Ja	34291 + 01520
Intervention (Abrechnung der GOP zusätzlich zu den diagnostischen GOP)				
8-837.00	Ballon-Angioplastie in einer Koronararterie	Ja	Ja	34292
8-837.m0 + 8-83b.08	Einlegen eines medikamentefreisetzenden Stents in eine Koronararterie Kodierung des Medikamentes (Sirolimus)	Ja	Ja	34292
8-837.k0	Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents in eine Koronararterie	Ja	Ja	34292
	Ballon-Angioplastie	Ja	Nein	34292
	Einlegen eines Stents Kodierung des Medikamentes (Sirolimus)	Ja	Nein	34292
	Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents	Ja	Nein	34292
	Einlegen eines medikamentefreisetzenden bioresorbierbaren Stents Auswahl des Medikamentes nicht vorgeschrieben Auswahl des Stentmaterials nicht vorgeschrieben	Ja	Nein	34292
	Angioplastie mit medikamentefreisetzenden Ballon[s] Auswahl des Medikamentes nicht vorgeschrieben	Ja	Nein	34292
	Rekanalisation eines Koronargefäßes unter Verwendung spezieller Techniken*	Ja	Nein	34292
	Thrombektomie aus Koronargefäßen	Ja	Nein	34292
Nachbeobachtung nach therapeutischer Intervention				
	Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken im unmittelbaren Anschluss an eine therapeutische Herzkatheteruntersuchung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292	Ja	Ja	01522

* mit kontralateraler Koronardarstellung (mit Doppeldrahttechnik) oder retrograder Sondierung mit oder ohne Externalisation



3.1 Ambulant durchführbare Leistungen: Vaskuläre Intervention, koronar

OPS 2025	durch Vertragsarzt nach EBM	Ambulant im KH nach §115b SGB V	GOP im EBM
----------	-----------------------------------	---------------------------------------	---------------

Intervention (Abrechnung der GOP zusätzlich zu den diagnostischen GOP)

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

GOP	Beschreibung	Betrag 2025
40300	Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34291	181,50 €
40302	Durchführung einer PTCA an einem Gefäß, ggf. einschl. Stent entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292	1.058,40 €
40304	Durchführung einer PTCA an mehreren Gefäßen, ggf. einschl. Stents entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292, zusätzlich zur Sachkostenpauschale Nr. 40302	690,20 €
40306	Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34291 für die Qualitätssicherung	2,50 €

Hinweis: Zur Abrechnung der Sachkosten siehe Seite 11.

Anmerkungen

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



3.2 Beispielrechnungen ambulante koronare Leistungen

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

Patient 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

Patient ab Beginn des 60. Lebensjahres

Leistung	GOP	Erlös	Punkte	GOP	Erlös	Punkte
Aufnahme						
Grundpauschale	13541	26,65 €	215	13542	27,64 €	223
Interventionelle Maßnahme						
Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	34291	393,49 €	3175	34291	393,49 €	3175
Kostenpauschale für die Durchführung einer Koronarangiografie	40300	181,50 €		40300	181,50 €	
Koronarintervention	34292	470,83 €	3799	34292	470,83 €	3799
Kostenpauschale für die Durchführung einer PTCA	40302	1.058,40 €		40302	1.058,40 €	
Nach dem Eingriff						
Zusatzpauschale nach therapeutischer Koronarangiografie (mehr als 6 Stunden)	01522	161,98 €	1307	01522	161,98 €	1307
		2.292,85 €			2.293,84 €	

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

Patient 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

Patient ab Beginn des 60. Lebensjahres

Leistung	GOP	Erlös	Punkte	GOP	Erlös	Punkte
Aufnahme						
Grundpauschale	13541	26,65 €	215	13542	27,64 €	223
Interventionelle Maßnahme						
Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	34291	393,49 €	3175	34291	393,49 €	3175
Kostenpauschale für die Durchführung einer Koronarangiografie	40300	181,50 €		40300	181,50 €	
Koronarintervention	34292	470,83 €	3799	34292	470,83 €	3799
Kostenpauschale für die Durchführung einer PTCA	40302	1.058,40 €		40302	1.058,40 €	
Kostenpauschale für die Durchführung einer PTCA an mehreren Gefäßen	40304	690,20 €		40304	690,20 €	
Nach dem Eingriff						
Zusatzpauschale nach therapeutischer Koronarangiografie (mehr als 6 Stunden)	01522	161,98 €	1307	01522	161,98 €	1307
		2.983,05 €			2.984,04 €	

Hinweis: Zur Abrechnung der Sachkosten siehe Seite 11.

* RMS sind im AOP-Katalog nicht ausdrücklich genannt. DCB sind im AOP nicht vorgesehen

** Durchführung einer PTCA an mehreren Gefäßen nur im vertragsärztlichen Bereich



4.1 Ambulant durchführbare Leistungen: Vaskuläre Intervention, peripher

OPS 2025		durch Vertragsarzt nach EBM	Ambulant im KH nach §115b SGB V	GOP im EBM
Diagnostik				
3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	Ja	Ja	34283 + 34285 + 01530 bzw. 01531
3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	Ja	Ja	34283 + 34285 + 01530 bzw. 01531
3-608	Superselektive Arteriographie	Ja	Ja	34283 + 34285 + 01530 bzw. 01531
Intervention				
8-836.0s	Ballon-Angioplastie: Arterien Oberschenkel	Ja	Ja	34283 + 34286 + 01530 bzw. 01531
8-836.0q	Ballon-Angioplastie: Andere Arterien abdominal und pelvin	Ja	Ja	34283 + 34286 + 01530 bzw. 01531
	Ballon-Angioplastie: Arterien Unterschenkel	Ja	Nein	34283 + 34286 + 01530 bzw. 01531
	Ballon-Angioplastie mit medikamentefreisetzenden Ballons: Arterien Oberschenkel	Ja	Nein	34283 + 34286 + 01530 bzw. 01531
	Ballon-Angioplastie mit medikamentefreisetzenden Ballons: Andere Arterien abdominal und pelvin	Ja	Nein	34283 + 34286 + 01530 bzw. 01531
	Ballon-Angioplastie mit medikamentefreisetzenden Ballons: Arterien Unterschenkel	Ja	Nein	34283 + 34286 + 01530 bzw. 01531
	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	Ja	Nein	34283 + 34286 + 01530 bzw. 01531



4.2 Beispielrechnung ambulante periphere Leistungen

Durchführung einer Serienangiografie Nur ärztliche Leistung

Patient 6. bis zum
vollendeten 59. LebensjahrPatient ab Beginn des
60. Lebensjahres

Leistung	GOP	Erlös	Punkte	GOP	Erlös	Punkte
Aufnahme						
Grundpauschale	13541	26,65 €	215	13542	27,64 €	223
Interventionelle Maßnahme						
Serienangiografie	34283	192,35 €	1552	34283	192,35 €	1552
Nach dem Eingriff						
Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Angiografie (mehr als 4 Stunden)	01530	108,81 €	878	01530	108,81 €	878
		327,81 €			328,80 €	

Durchführung einer PTA Nur ärztliche Leistung

Patient 6. bis zum
vollendeten 59. LebensjahrPatient ab Beginn des
60. Lebensjahres

Leistung	GOP	Erlös	Punkte	GOP	Erlös	Punkte
Aufnahme						
Grundpauschale	13541	26,65 €	215	13542	27,64 €	223
Interventionelle Maßnahme						
Serienangiografie	34283	192,35 €	1552	34283	192,35 €	1552
Zuschlag bei Intervention	34286	275,26 €	2221	34286	275,26 €	2221
Zuschlag zur GOP 34283 bei selektiver Darstellung anderer als in GOP 34284 genannten Gefäße	34285	59,12 €	477	34285	59,12 €	477
Nach dem Eingriff						
Zusatzpauschale nach therapeutischer Angiografie (mehr als 6 Stunden)	01531	188,50 €	1521	01521	188,50 €	1521
		741,88 €			742,87 €	

Hinweis: Zur Abrechnung der Sachkosten siehe Seite 11.



Rechtlicher Hinweis

Die Angaben basieren auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab 1. Quartal 2025 (Quelle: www.kbv.de). Änderungen sind durch Beschluss des G-BA im Laufe des Jahres möglich. Trotz gründlicher Recherche kann für die Richtigkeit und Vollständigkeit keine Haftung übernommen werden.

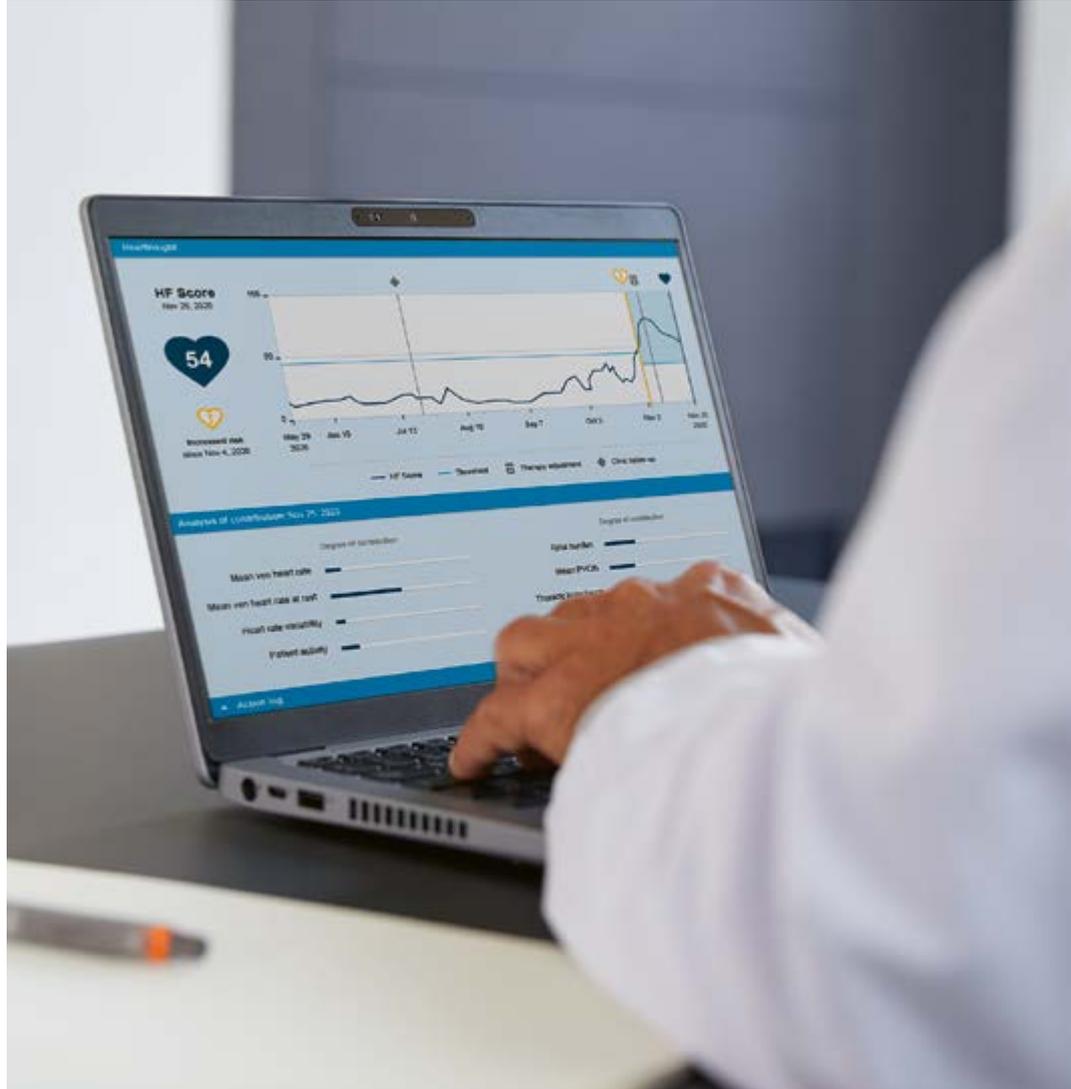
Alle Angaben sind Empfehlungen von BIOTRONIK, beziehen sich ausschließlich auf von BIOTRONIK vertriebene Produkte. Die verwendeten Kodierbeispiele lassen keine allgemein gültigen Rückschlüsse auf deren Anwendung zu. Informationen über die Anwendung bestimmter Produkte und Therapien von BIOTRONIK finden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





HeartInsight

Heart Failure Management Solution



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

BIOTRONIK Vertriebs
 GmbH & Co. KG
 Woermannkehre 1
 12359 Berlin

Tel +49 (0) 30 68905-0
 Fax +49 (0) 30 6852804
 sales@biotronik.com
 www.biotronik.de

reimbursement.de@biotronik.com
 www.biotronik.com/de-de/
 healthcare-professionals/reimbursement

Stand: Q1/2025

