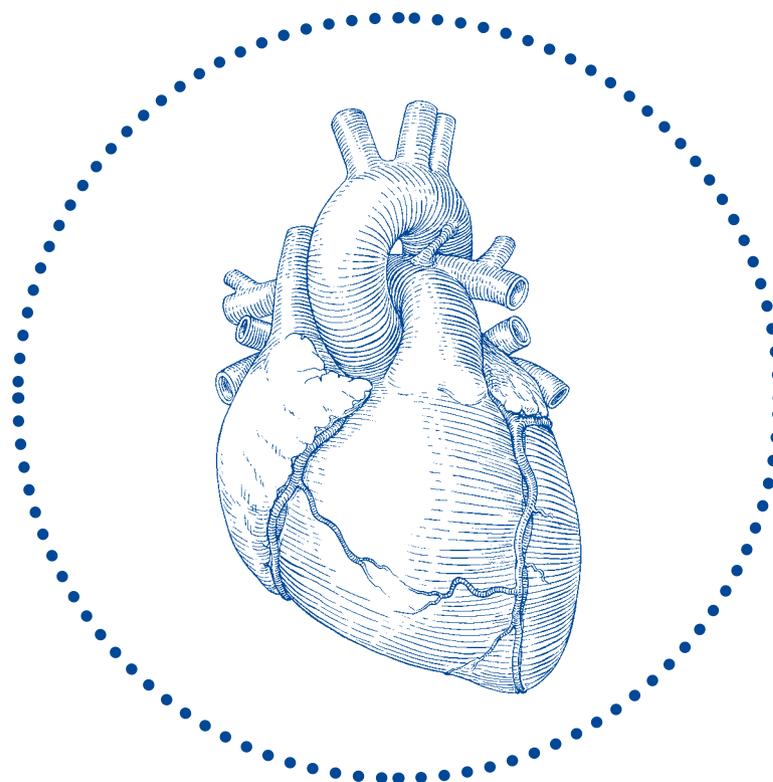




# Kodierung und Vergütung in der ambulanten Versorgung 2022

## Ambulanter Leitfaden Herzstimulations- und Diagnostiksysteme



---

Vorwort

---

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

---

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

---

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

---

Abrechnungs-  
komplexe

---

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

---

Gesetzliche  
Grundlagen

---

Abkürzungen

---

## Vorwort



**Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,**

die ambulante Medizin gewinnt auch und gerade in der Kardiologie immer mehr an Stellenwert.

Um Ihnen hier einen Überblick über die derzeitigen Versorgungsmöglichkeiten mit unseren Produkten zu geben, haben wir diesen neuen Katalog entwickelt. Wir zeigen Ihnen hier produktbezogen die verschiedenen Möglichkeiten Versorgung Ihrer Patienten auf, wie z.B. Regelversorgung, Selektivverträge, Einzelfallkostenübernahmen etc. und stellen die ggf. dafür erforderlichen Unterlagen bereit.

Die weiteren Entwicklungen in der ambulanten Versorgung, wie z.B. die Weiterentwicklung des AOP-Vertrages werden wir im Blick behalten und sobald weitere oder andere Versorgungsformen bereitgestellt werden, erstellen wir eine Aktualisierung der ambulanten Reimbursementinformationen. Die Dynamik der Veränderungen im politischen Bereich nimmt zu und die zu erwartenden Veränderungen werden voraussichtlich im nächsten Jahr zu tragen kommen. Wir werden daher versuchen, dieses Dokument an die dynamischen Entwicklungen anzupassen.

Für Rückfragen oder weiterführende Informationen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung und freuen uns über die Kontaktaufnahme,  
mit freundlichen Grüßen

**Gisela Bräuer**  
Senior Manager Reimbursement

**Rainer Voss**  
Reimbursement & Health Economics

# Unser Reimbursement Leistungsangebot

## Was bedeutet Reimbursement für uns?

Unter Reimbursement verstehen wir nicht nur eine adäquate Refinanzierung unserer Therapien, sondern auch Leistungen oder Informationen, die unseren Kunden eine solche Refinanzierung ermöglichen.

### ZU DIESEN LEISTUNGEN GEHÖREN ZUM BEISPIEL



EBM, GOÄ und  
DRG Hinweise  
zu unseren Pro-  
dukten/Services



Informationen  
zu Abrechnung  
und Kodierung



Hinweise zu Än-  
derungs- und  
Weiterentwick-  
lungsanträgen



Informationen  
zu Fragen des  
MDK und der  
Kassen



Hinweise bei  
Strategie &  
Leistungs-  
portfolio



Informationen  
zu NUB-Verfah-  
ren inkl. §137h  
SGB V



Hinweise zu  
gesundheits-  
politischen  
Entwicklungen

### UNSER REIMBURSEMENT-SERVICE IM ÜBERBLICK



#### Kostenbetrachtungen, Erlösbetrachtungen

Wir unterstützen Sie mit Erlös- und Kostenanalysen bei der Planung, Anpassung und Weiterentwicklung Ihres Leistungsangebots. Diese Konzepte entwickeln wir in Zusammenarbeit mit medizinischem Fachpersonal und Klinikverwaltungen. DRG Kodierhilfen, Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen oder Prozesskostenanalysen sind einige Beispiele.



#### Weiterbildung und Training

Unsere Weiterbildungs- und Trainingsprogramme vermitteln die Grundlagen der stationären (DRG) und ambulanten (EBM, GOÄ, AOP) Abrechnung, sowie den aktuellen Stand der Kodierung und Kostenerstattung. Dabei steht die Kodierung und Refinanzierung unserer Therapien im Mittelpunkt.

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

# Inhaltsverzeichnis

## 1. Ambulante Versorgung im Krankenhaus

### 1.1 Implantierbare Herzmonitore Reveal LINQ™/LINQ II™

1.1.1 Abrechnung mit den Krankenkassen

1.1.2 Telemedizin

1.1.3 iCARS®

1.1.4 Besondere Versorgung

1.1.5 Privatärztliche/Selbstzahler-Behandlungen

### 1.2 Schrittmacher Einkammer

1.2.1 Ambulantes Operieren

1.2.2 Ermächtigung Krankenhausärzte Institutsabrechnung

1.2.3 iCARS®

1.2.4 Besondere Versorgung

1.2.5 Privatärztliche/Selbstzahler-Behandlungen

### 1.3 Schrittmacher Zweikammer

1.3.1 Ambulantes Operieren

1.3.2 Ermächtigung Krankenhausärzte Institutsabrechnung

1.3.3 iCARS®

1.3.4 Besondere Versorgung

1.3.5 Privatärztliche/Selbstzahler-Behandlungen

### 1.4 CRT-P

1.4.1 Ermächtigung Krankenhausärzte Institutsabrechnung

1.4.2 iCARS®

1.4.3 Besondere Versorgung

1.4.4 Privatärztliche/Selbstzahler-Behandlungen

### 1.5 Einkammer ICD

1.5.1 Ermächtigung Krankenhausärzte Institutsabrechnung

1.5.2 iCARS®

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

1.5.3 Besondere Versorgung

1.5.4 Privatärztliche/Selbstzahler-Behandlungen

## 2. Ambulante vertragsärztliche Versorgung

### 2.1 Implantierbare Herzmonitore Reveal LINQ™/LINQ II™

2.1.1 Abrechnung mit den Krankenkassen

2.1.2 Telemedizin

2.1.3 iCARS®

2.1.4 Besondere Versorgung

2.1.5 Privatärztliche/Selbstzahler-Behandlungen

### 2.2 Schrittmacher Einkammer

2.2.1 Abrechnung mit den Krankenkassen

2.2.2 Telemedizin

2.2.3 iCARS®

2.2.4 Besondere Versorgung

2.2.5 Privatärztliche/Selbstzahler-Behandlungen

### 2.3 Schrittmacher Zweikammer

2.3.1 Abrechnung mit den Krankenkassen

2.3.2 Telemedizin

2.3.3 iCARS®

2.3.4 Besondere Versorgung

2.3.5 Privatärztliche/Selbstzahler-Behandlungen

### 2.4 CRT-P

2.4.1 Abrechnung mit den Krankenkassen

2.4.2 Telemedizin

2.4.3 iCARS®

2.4.4 Besondere Versorgung

2.4.5 Privatärztliche/Selbstzahler-Behandlungen

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

## 2.5 Einkammer ICD

2.5.1 Abrechnung mit den Krankenkassen

2.5.2 Telemedizin

2.5.3 iCARS®

2.5.4 Besondere Versorgung

2.5.5 Privatärztliche/Selbstzahler-Behandlungen

## 3. Weitere Informationen über die Abrechnungsmöglichkeiten

3.1 Ambulantes Operieren

3.2 Telemedizin

3.3 iCARS®

## 4. Abrechnungskomplexe

4.1 Kalkulationsbeispiel anhand Einkammer-Schrittmacher-Implantation getriggert durch den OPS Kode 5-377.1

4.2 Aufwand gemäß durchgeführten Prozesskostenkalkulationen

4.3 Leistungsbeschreibung der Abrechnungskomplexe (Auszug)

## 5. Katalogisierung

5.1 Gesetzlich versicherter Patient

5.2 Privat versicherter Patient

## 6. Gesetzliche Grundlagen

6.1 Krankenhausbehandlung § 39 SGB V

6.2 Ambulantes Operieren im Krankenhaus §115b SGB V

6.3 Besondere Versorgung §140a SGB V

6.4 Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehlbelegungsprüfungen

6.5 Zulassungen

6.6 AOP-Vertrag (Vertrag nach § 115 b Absatz 1 SGB V)

# 1. Ambulante Versorgung im Krankenhaus - Produkte -

Implantierbare Herzmonitore  
Reveal LINQ™/LINQ II™  
OPS 5-377.8

CRT-P  
OPS 5-377.41

Schrittmacher Einkammer  
OPS 5-377.1

Einkammer ICD  
OPS 5-377.50, 5-377.51

Schrittmacher Zweikammer  
OPS 5-377.2, 5-377.30, 5-377.31

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

## 1.1 Implantierbare Herzmonitore Reveal LINQ™/LINQ II™

 Abrechnung mit den Krankenkassen  
(NUR über Einzelfallkostenübernahmeantrag) **GKV**

 Besondere Versorgung **GKV**

 Telemedizin für die Nachsorge  
(NUR über Einzelfallkostenübernahmeantrag) **GKV**

 Privatärztliche/  
Selbstzahler-Behandlungen **PKV**

 iCARS® Antragservice  
Einzelfallkostenübernahme **GKV**

 Ambulantes Operieren  
gemäß § 115 b SGB V  
(zur Zeit noch nicht möglich) **GKV**



## 1.1.1 ABRECHNUNG MIT DEN KRANKENKASSEN

Bei der ambulanten Leistungserbringung ist zu beachten, dass die medizinische Leistung und die Implantatekosten adäquat abgerechnet werden. Die LINQ II™ Implantation ist in den Gebührenordnungen (AOP-Katalog) explizit noch nicht abgebildet. Es gibt jedoch folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

### GESETZLICH VERSICHERTE PATIENTEN - GKV / ABRECHNUNG NACH VEREINBARUNG

**ToDo:**

Patienten haben das Recht bei ihrer Kasse einen Einzelfallantrag zu stellen

#### Notwendige Unterlagen für die Direktabrechnung mit der Krankenkasse:

**Einwilligungserklärung des Patienten\***

welche die Datenweitergabe an und die Datenverarbeitung durch Medtronic zu Abrechnungszwecken ermöglicht. Ohne gültige Einwilligung ist keine Bearbeitung möglich.

**Meldeformular und Abtretungserklärung\***

mit Seriennummern des Implantats

**Kostenübernahmeantrag je nach Indikation\***

- iCARS Antrag LINQ II™ Synkope
- iCARS Antrag LINQ II™ Kryptogener Schlaganfall
- iCARS Antrag LINQ II™ Arrhythmie

**Empfohlene Diagnostik-Dokumentation\***

- Vorschlag Checkliste konservative Diagnostik Stroke
- Vorschlag Checkliste konservative Diagnostik Synkope

Um die entsprechende Indikationsstellung eindeutig zu belegen (zwingend erforderlich für den MDK) benötigen wir die medizinischen Unterlagen (z.B. Arztbriefe). Ohne diese Dokumente werden die Anträge wahrscheinlich abgelehnt.

\* Vordrucke und Muster für die dargestellten Unterlagen stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne elektronisch zur Verfügung.



Kontaktieren  
Sie uns!

## Ambulante Implantation

- !** **Vor der Implantation** muss das Abrechnungsverfahren mittels Einzelfallentscheid von der Kasse des Patienten genehmigt werden. Die Einzelfallanträge der Patienten unterstützen wir gerne mit unserem professionellen **iCARS® Service**. Oder wir senden wir Ihnen alternativ die Antragsunterlagen als Muster zu.

## Medizinische Leistungen

Eine Abrechnung ist nur in vorheriger Absprache mit der gesetzlichen Krankenkasse möglich. Hier eine Variante, wie sie kassenseitig vorgeschlagen wurde:

Implantationskosten in Anlehnung an bestehende EBM-Ziffern			
EBM-Ziffer	Bezeichnung	Gesamtpunkte	Betrag*
31211	Eingriff der Kategorie L1 Implantation Reveal LINQ™/LINQ II™	1556	175,30 €
31503	Postoperative Überwachung im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31211	488	54,98 €
31602	Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31211	85	9,58 €
31821	Anästhesie und/oder Narkose, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungsposition 31211	997	112,32 €
	<b>Summe</b>		<b>352,18 €</b>

\*Gemäß Punktwert von 2022 = 11,2662 Cent

## Implantatekosten

Für den Herzmonitor (Reveal LINQ™/LINQ II™) muss ein Rezept ausgestellt werden. Die Verrechnung des Implantates kann mit den medizinischen Leistungen direkt an die Kasse berechnet werden (mit Vorlage der Medtronic Rechnung) oder nach Ausstellung einer Abtrittserklärung kann die Verrechnung direkt über Medtronic erfolgen. Einen ambulanten Kostenvoranschlag stellen wir Ihnen zur Verfügung.

- !** Das Aggregat muss zusätzlich zu den medizinischen Leistungen abgerechnet werden!

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

## Nachsorge: Abrechnung für die ambulante Funktionskontrolle bzw. Auslesen des EKGs

Eine gesonderte Abrechnungsziffer für die Kontrolle, Programmierung oder das Auslesen des gespeicherten EKGs besteht nicht. Bei gesetzlich versicherten Patienten ist die analoge Berechnung der GOÄ-Ziffer 661A mit 2,1-fachem Satz denkbar. Wir möchten Sie ausdrücklich darauf hinweisen, diese Vorgehensweise im Vorfeld mit der zuständigen Krankenkasse abzustimmen!

GOÄ-Ziffer	Text	Punkte	Satz*	Faktor	Honorar
661	Impulsanalyse	530	30,89 €	1,8	55,60 €
1	Beratung auch telefonisch	80	4,66 €	1,0	4,66 €
	<b>Nachsorge pro Quartal</b>				<b>60,26 €</b>

\*Gemäß Punktwert = 5,82873 Cent

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## 1.1.2 TELEMEDIZIN

Die Telemedizinische Nachsorge des LINQ II™ ist in den Gebührenordnungen explizit noch nicht abgebildet. Es gibt die Möglichkeit einen Kostenübernahmeantrag an die Krankenkassen zu stellen.

LINQ II™ hat immer Telemedizin. Für LINQ™ ohne ausgegebene Telemedizin kann Carelink immer via iCARS beantragt werden. Soll der LINQ™ mit CareLink oder der LINQ II™ im Rahmen der ambulanten MedManagement Selektivlösung versorgt werden, muss für die TK ein iCARS Antrag gestellt werden; für die DAK soll ein Antrag via MedManagement erfolgen, ärztlich kurz begründet!

### Kostenübernahmeantrag je nach Indikation\*

- iCARS Antrag CareLink Reveal LINQ™/LINQ II™ Synkope
- iCARS Antrag CareLink Reveal LINQ™/LINQ II™ Schlaganfall
- iCARS Antrag CareLink Reveal LINQ™/LINQ II™ TK
- iCARS Antrag CareLink Reveal LINQ™/LINQ II™ DAK

Im Rahmen eines Einzelfallantrags beantragen wir die (tele)medizinische Nachsorge immer mit.

### Nachsorge: Abrechnung für die ambulante Funktionskontrolle bzw. Auslesen des EKGs

Eine gesonderte Abrechnungsziffer für die Kontrolle, Programmierung oder das Auslesen des gespeicherten EKGs besteht nicht. Bei gesetzlich versicherten Patienten ist die analoge Berechnung der GOÄ-Ziffer 661A mit 2,1-fachem Satz denkbar. Wir möchten Sie ausdrücklich darauf hinweisen, diese Vorgehensweise im Vorfeld mit der zuständigen Krankenkasse abzustimmen!

GOÄ-Ziffer	Text	Punkte	Satz <sup>1</sup>	Faktor	Honorar
661	Impulsanalyse	530	30,89 €	1,8	55,60 €
1	Beratung auch telefonisch	80	4,66 €	1,0	4,66 €
<b>Nachsorge pro Quartal</b>					<b>60,26 €</b>

<sup>1</sup> Gemäß Punktwert = 5,82873 Cent



Kontaktieren  
Sie uns!

\* Vordrucke und Muster für die dargestellten Unterlagen stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne elektronisch zur Verfügung.

## 1.1.3 MEDTRONIC iCARS® SERVICE

### Notwendige Unterlagen für einen Einzelfallantrag

1. Zunächst ist die Kostenübernahme per Einzelfallantrag zu klären. Hierbei unterstützt Medtronic Patienten – falls gewünscht – durch einen professionellen iCARS® Service der für Einzelkostenübernahmeantragservice steht.
2. Über den iCARS® Service wird im Auftrag des Patienten ein entsprechender Antrag bei seiner Krankenkasse gestellt.
3. In diesem Fall benötigt Medtronic neben der Einwilligungserklärung des Patienten einen von Ihnen ausgefüllten Kostenübernahmeantrag, sowie ergänzende medizinische Unterlagen. Kommen Sie hierzu gerne auf uns zu.

Wir reichen den Antrag mit der Einwilligungserklärung des Patienten bei dessen Krankenkasse ein.

### Der Vorteil für den Patienten:

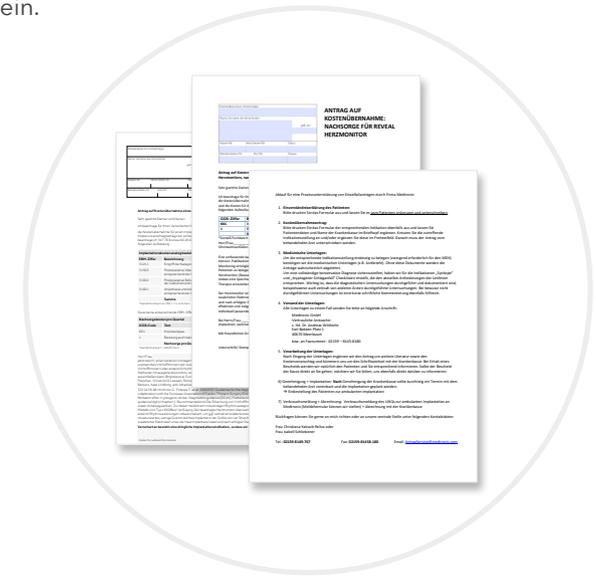
- Wir übernehmen den bürokratischen Aufwand.
- Wir übernehmen die Kommunikation mit der Krankenkasse und klären im Zweifel Rückfragen
- Falls ein Antrag abgelehnt wird, erhalten Sie weiterführende Informationen sowie Unterstützung beim Widerspruchsverfahren.

### Formulare / Vordrucke\*

- Postkarte Antragservice
- iCARS Antragservice Prozessablauf
- iCARS Einwilligungserklärung
- iCARS Antrag LINQ II™ Synkope
- iCARS Antrag LINQ II™ Kryptogener Schlaganfall
- iCARS Antrag LINQ II™ Arrhythmie
- Checkliste für Synkope und Schlaganfall

[Weitere Informationen erhalten Sie hier](#)

\* Vordrucke und Muster für die dargestellten Unterlagen stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne elektronisch zur Verfügung.



## 1.1.4 BESONDERE VERSORGUNG

Neben den genannten Behandlungen im Rahmen der Regelversorgung existieren noch zahlreiche weitere interessante Möglichkeiten der Versorgung Ihrer Patienten. Selektive Leistungen werden seitens der Krankenkassen extrabudgetär vergütet.

### Uns aktuell bekannte Beispiele:

#### *Bundesweite Verträge*

- DAK und Techniker Krankenkassen (MedManagement GmbH)

#### *Regionale Verträge*

##### *Baden Württemberg*

- AOK BW und verschiedenen BKKn:  
Facharztprogramme Baden-Württemberg (Medi-Verbund)  
<https://www.medi-verbund.de/facharztvertraege/aok-bw-bosch-bkk-kardiologie/>

##### *Sachsen*

- AOK Plus

##### *Sachsen Anhalt*

- IKK Classic
- Verschiedene Betriebskrankenkassen

Desweiteren gibt es in den einzelnen KV Bereichen die verschiedensten Selektivverträge. Zusätzlich kann es lokale oder klinik-individuelle Kassenabsprachen geben. Bitte informieren Sie sich bei Ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung oder sprechen Sie uns an.



## 1.1.5 PRIVATÄRZTLICHE/SELBSTZAHLER-BEHANDLUNGEN

### Ambulante privatärztliche Krankenhausleistungen Implantation / Nachsorge



#### ToDo: Vereinbarung für eine privatärztliche Behandlung?

In der Regel werden die Kosten von den privaten Versicherungen übernommen.

#### Antragsformulare\* (es gibt spezielle Verträge bei denen zunächst eine Kostenübernahme beantragt werden muss)

Unter Umständen kann es Vertragskonstellationen geben, dass der Versicherte die Leistungsübernahme bei seiner Krankenversicherung vorher bestätigen lassen sollte. Hierfür halten wir spezielle Anträge bereit.

- iCARS Antrag Reveal LINQ™/LINQ II™ Synkope
- iCARS Antrag Reveal LINQ™/LINQ II™ Kryptogener Schlaganfall
- iCARS Antrag Reveal LINQ™/LINQ II™ Arrhythmie

#### Implantatekosten

Die Implantatekosten können von Medtronic direkt mit den Versicherungen abgerechnet werden. Voraussetzung: Eine unterschriebene Abtretungserklärung des Patienten (als Muster von Medtronic erhältlich\*) oder die Abrechnung erfolgt mit der Rechnung der medizinischen Leistungen mit Vorlage der Medtronic Rechnung.

#### Materialkosten

Alle Verbrauchsmaterialien und Medikamente über 1,50 € sind gemäß §10 GOÄ zusätzlich abrechenbar.

#### Abrechnungsbeispiel

GOÄ-Ziffer	Text	Satz <sup>1</sup>	Faktor	Honorar
3	ausführliche Beratung/OP Aufklärung	8,74 €	2,3	20,11 €
7	Untersuchung	9,33 €	2,3	21,45 €
491	Lokalanästhesie	7,05 €	2,3	16,22 €
3095A	Implantation Reveal LINQ™/LINQ II™	161,46 €	2,3	371,36 €
445	Zuschlag ambulantes Operieren	128,23 €	1,0	128,23 €
204	Druckverband/Steri Strip	5,54 €	2,3	12,74 €
75	Ausführlicher Bericht	7,58 €	2,3	17,43 €
	Zwischensumme Leistungen			643,14 €

<sup>1</sup> Gemäß Punktwert = 5,82873 Cent

\* Vordrucke und Muster für die dargestellten Unterlagen stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne elektronisch zur Verfügung.



Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeitenAbrechnungs-  
komplexeKatalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-KammerSchrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINQ II™

## Mögliche Abrechnungsleistungen

	GOÄ-Ziffer	Anzahl	Leistungsbezeichnung	Einfachsatz	STF	Betrag
Beratung, Untersuchungen, Berichte	1	1	Beratung	4,66 €	2,30	10,72 €
	3	1	Ausführliche Beratung	8,74 €	2,30	20,11 €
	5	1	Symptombez. Untersuchung	4,66 €	2,30	10,72 €
	7	1	Untersuchung	9,33 €	2,30	21,45 €
	661A	1	Abfrage Reveal LINQ™/LINQ II™	30,89 €	1,80	55,60 €
	70A	1	OP-Bericht	2,33 €	2,30	5,36 €
	75	1	Bericht	7,58 €	2,30	17,43 €
OP-Leistungen	3095A	1	Implantation Reveal LINQ™/LINQ II™	161,46 €	2,30	371,36 €
	zzgl. 445	1	Zuschlag ambulante OP	128,23 €	1,00	128,23 €
	3096A	1	Explantation Reveal LINQ™/LINQ II™	64,70	2,30	148,81 €
	zzgl. 444		Zuschlag ambulante OP	75,77 €	1,00	75,77 €
Zusatzleistungen	204	1	Kompressionsverband	5,54 €	2,30	12,74 €
	271	1	Infusion mind. 30 min.	6,99 €	2,30	16,08 €
	491	1	Lokalanästhesie	7,05 €	2,30	16,22 €
	602	1	Oxymetrische Untersuchung	8,86 €	1,80	15,95 €
	2015	1	Redondrainge	3,50 €	2,30	8,05 €
	5295	1	Durchleuchtung	13,99 €	1,80	25,18 €

### ! Mögliche Auslagen gem. §10 GOÄ:

Anästhetikum, sterile Abdeckung und Handschuhe, Infusionsbesteck, Medikamente, Verbandsmaterial



Bei den Abrechnungspositionen handelt es sich um ein Muster. Es können nur die Leistungen abgerechnet werden, die tatsächlich erbracht worden sind. Der jeweilige Steigerungsfaktor ist gemäß Aufwand zu wählen. Weiterhin sind die Abrechnungsbestimmungen der GOÄ bezüglich der Nebeneinanderberechnung von Gebührenpositionen zu berücksichtigen. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem GOÄ-Katalog.

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINQ II™

## 1.2 Schrittmacher Einkammer

Ambulantes Operieren  
gemäß § 115 b SGB V

GKV

Besondere Versorgung

GKV



Telemedizin  
(NUR über Einzelfallkostenübernahmeantrag)

GKV

Privatärztliche/  
Selbstzahler-Behandlungen

PKV

iCARS® Antragservice  
Einzelfallkostenübernahme

GKV



## 1.2.1 AMBULANTES OPERIEREN SCHRITTMACHER-EINKAMMER SYSTEM



**ToDo: Die Teilnahme an der Versorgungsform „Ambulantes Operieren“ muss angemeldet werden!**

### ICD: I48.1 Vorhofflimmern persistierend, OPS: 5-377.1 Implantation SM-Einkammersystem

	EBM-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	EUR	
prä OP	13542 <sup>1</sup>	Grundpauschale ab 60 Jahre	1	25,12 €	
OP	31212	Einbau Schrittmachersystem*	1	228,48 €	
	31503	Postoperative Überwachung	1	54,98 €	
	31800	Regionalanästhesie durch den Operateur	1	43,37€	
	34280	Durchleuchtung	1	10,70 €	
post OP	31609	Postoperative Behandlung Operateur	1	14,54 €	27,5% Abschlag b. Krankenhäusern
	13571	Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antibradykarden Therapie	1	24,33 €	
		7% Sachkostenpauschale		401,52 €	
		<b>Zwischensumme</b>		28,11 €	
				<b>429,63 €</b>	
		 <b>Zusätzlich werden die Implantatekosten abgerechnet.</b>			
		Optional abrechenbar: TYRX™			

<sup>1</sup> Obligatorischer Leistungsinhalt Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt **und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä**

\* Siehe auch [Kosten-Erlös-Vergleich](#)

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

## 1.2.2 TELEMEDIZIN

Die Telemedizinische Nachsorge eines Einkammerschrittmachers ist in den Gebührenordnungen explizit nicht abgebildet. Es gibt die Möglichkeit einen Kostenübernahmeantrag an die Krankenkassen zu stellen.

### Kostenübernahmeantrag je nach Indikation\*

- iCARS Antrag CareLink Herzschrittmacher



Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

\* Vordrucke und Muster für die dargestellten Unterlagen stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne elektronisch zur Verfügung.

## 1.2.3 MEDTRONIC iCARS® SERVICE

### Notwendige Unterlagen für einen Einzelfallantrag

1. Zunächst ist die Kostenübernahme per Einzelfallantrag zu klären. Hierbei unterstützt Medtronic Patienten – falls gewünscht – durch einen professionellen iCARS® Service der für Einzelkostenübernahmeantragservice steht.
2. Über den iCARS® Service wird im Auftrag des Patienten ein entsprechender Antrag bei seiner Krankenkasse gestellt.
3. In diesem Fall benötigt Medtronic neben der Einwilligungserklärung des Patienten einen von Ihnen ausgefüllten Kostenübernahmeantrag, sowie ergänzende medizinische Unterlagen. Kommen Sie hierzu gerne auf uns zu.

Wir reichen den Antrag mit der Einwilligungserklärung des Patienten bei dessen Krankenkasse ein.

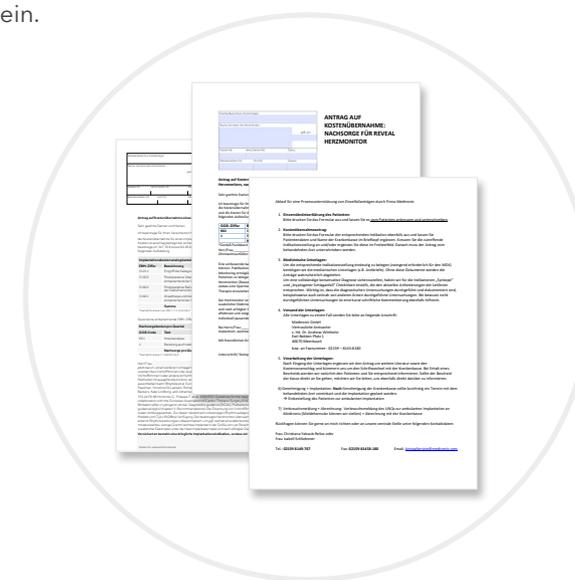
### Der Vorteil für den Patienten:

- Wir übernehmen den bürokratischen Aufwand.
- Wir übernehmen die Kommunikation mit der Krankenkasse und klären im Zweifel Rückfragen.
- Falls ein Antrag abgelehnt wird, erhalten Sie weiterführende Informationen sowie Unterstützung beim Widerspruchsverfahren.

### Formulare / Vordrucke\*

- Postkarte Antragservice
- iCARS Antragservice Prozessablauf
- iCARS Einwilligungserklärung
- iCARS Antrag CareLink Schrittmacher

[Weitere Informationen erhalten Sie hier](#)



\* Vordrucke und Muster für die dargestellten Unterlagen stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne elektronisch zur Verfügung.

## 1.2.4 BESONDERE VERSORGUNG

Neben den genannten Behandlungen im Rahmen der Regelversorgung existieren noch zahlreiche weitere interessante Möglichkeiten der Versorgung Ihrer Patienten. Selektive Leistungen werden seitens der Krankenkassen extrabudgetär vergütet.

### Uns aktuell bekannte Beispiele:

#### *Bundesweite Verträge*

- DAK und Techniker Krankenkassen (MedManagement GmbH)

#### *Regionale Verträge*

##### *Baden Württemberg*

- AOK BW und verschiedenen BKKn:  
Facharztprogramme Baden-Württemberg (Medi-Verbund)  
<https://www.medi-verbund.de/facharztvertraege/aok-bw-bosch-bkk-kardiologie/>

##### *Sachsen*

- AOK Plus

##### *Sachsen Anhalt*

- IKK Classic
- Verschiedene Betriebskrankenkassen

Desweiteren gibt es in den einzelnen KV Bereichen die verschiedensten Selektivverträge. Zusätzlich kann es lokale oder klinik-individuelle Kassenabsprachen geben. Bitte informieren Sie sich bei Ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung oder sprechen Sie uns an.



Kontaktieren  
Sie uns!

## 1.2.5 PRIVATÄRZTLICHE/SELBSTZAHLER-BEHANDLUNGEN

Die Berechnung ambulant erbrachter Leistungen bei privat versicherten Patienten erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).



### ToDo: Vereinbarung für eine privatärztliche Behandlung?

In der Regel werden die Kosten von den privaten Versicherungen übernommen.

Unter Umständen kann es Vertragskonstellationen geben, dass der Versicherte die Leistungsübernahme bei seiner Krankenversicherung vorher bestätigen lassen sollte. Hierfür halten wir spezielle Anträge bereit.



## IMPLANTATION EINKAMMERSYSTEM

### ICD: I48.10 Vorhofflimmern Paroxysmal, OPS: 5-377.1 Implantation SM-Einkammersystem

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
prä OP	3	ausführliche Beratung	1	8,74 €	2,30	20,10 €
	7	Untersuchung	1	9,33 €	2,30	21,46 €
OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	491	Lokalanästhesie	2	7,05 €	2,30	32,43 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**	2	2,94 €		5,88 €
	271	Infusion mind. 30 min.	1	6,99 €	2,30	16,08 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**		12,00 €		12,00 €
	602	Oxymetrische Untersuchung	1	8,86 €	1,80	15,95 €
	3095	Schrittmacher-Erstimplantation	1	161,46 €	2,30	371,36 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**		22,60 €		22,60 €
		evtl. TYRX™				... €
	445	Zuschlag amb. OP	1	128,23 €	1,00	128,23 €
661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €	
5295	Durchleuchtung	1	13,99 €	1,80	25,18 €	
204	Kompressionsverband	1	5,54 €	2,30	12,74 €	
	Auslagen gem. §10 GOÄ**		7,46 €		7,46 €	
...	...	...	...	...	...	...

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
...	...	...	...	...	...	...
post OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	5	symptombez. Untersuchung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €
evtl.	75	Bericht	1	7,58 €	2,30	17,43 €
		<b>Zwischensumme ohne Implantatekosten</b>				<b>852,26 €</b>
		zzgl. Implantatekosten*** = Endsumme				

\* Der Faktor ist je nach Schweregrad zwischen 1,0 und 3,5 bei ärztlichen Leistungen. Bei einer Steigerung über dem s.g. Schwellenwert (2,3) ist eine Begründung erforderlich. Bei technischen Leistungen ist der Steigerungsfaktor zwischen 1,0 und 2,5, der Schwellenwert liegt hier bei 1,8. Steigerungsbegründung: Wegen erhöhtem Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad, z.B. 2,8 bei Implantation von Zweikammersystem, z.B. 3,3 bei Implantation von Dreikammersystem

\*\* Alle Verbrauchsmaterialien und Medikamente über 1,50 € sind gemäß §10 GOÄ zusätzlich abrechenbar. (z.B. Anästhetikum, Infusionsbesteck, sterile Handschuhe, Medikamente ...) Bei Beträgen über 50€ ist ein Einzelnachweis erforderlich.

\*\*\* Implantatekosten: Die Implantatekosten können von Medtronic entweder direkt mit den Krankenkassen/ Versicherungen abgerechnet werden (Voraussetzung: Eine unterschriebene Abtretungserklärung des Patienten) oder die Abrechnung erfolgt mit der Rechnung der medizinischen Leistungen mit Vorlage der Medtronic Rechnung.

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## AGGREGATWECHSEL

ICD: I48.11 Vorhofflimmern persistierend, OPS: 5-378.51 Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem oder 5-378.52 Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
prä OP	3	ausführliche Beratung	1	8,74 €	2,30	20,10 €
	7	Untersuchung	1	9,33 €	2,30	21,46 €
OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	491	Lokalanästhesie	2	7,05 €	2,30	32,43 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**	2			5,88 €
	271	Infusion mind. 30 min.	1	6,99 €	2,30	16,08 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**		12,00 €		12,00 €
	602	Oxymetrische Untersuchung	1	8,86 €	1,80	15,95 €
	3096	Aggregatwechsel	1	64,70 €	2,30	148,81 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**				15,03 €
		evtl. TYRX™				... €
	444	Zuschlag amb. OP	1	75,77 €	1,00	75,77 €
	661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €
	5295	Durchleuchtung	1	13,99 €	1,80	25,18 €
	204	Kompressionsverband	1	5,54 €	2,30	12,74 €
	Auslagen gem. §10 GOÄ**				7,46 €	
post OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	5	symptombez. Untersuchung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €
evtl.	75	Bericht	1	7,58 €	2,30	17,43 €
		<b>Zwischensumme ohne Implantatekosten</b>				<b>570,29 €</b>
		zzgl. Implantatekosten*** = Endsumme				

\* Der Faktor ist je nach Schweregrad zwischen 1,0 und 3,5 bei ärztlichen Leistungen. Bei einer Steigerung über dem s.g. Schwellenwert (2,3) ist eine Begründung erforderlich. Bei technischen Leistungen ist der Steigerungsfaktor zwischen 1,0 und 2,5, der Schwellenwert liegt hier bei 1,8. Steigerungsbegründung: Wegen erhöhtem Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad, z.B. 2,8 bei Implantation von Zweikammersystem, z.B. 3,3 bei Implantation von Dreikammersystem

\*\* Alle Verbrauchsmaterialien und Medikamente über 1,50 € sind gemäß §10 GOÄ zusätzlich abrechenbar. (z.B. Anästhetikum, Infusionsbesteck, sterile Handschuhe, Medikamente ...)  
Bei Beträgen über 50€ ist ein Einzelnachweis erforderlich.

\*\*\* Implantatekosten: Die Implantatekosten können von Medtronic entweder direkt mit den Krankenkassen/ Versicherungen abgerechnet werden (Voraussetzung: Eine unterschriebene Abtretungserklärung des Patienten) oder die Abrechnung erfolgt mit der Rechnung der medizinischen Leistungen mit Vorlage der Medtronic Rechnung.

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## AMBULANTE EXPLANTATION

ICD: R55 Synkope, OPS: 5-378.07 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung:  
Ereignis-Rekorder

OP Tag	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	491	Lokalanästhesie	1	7,05 €	2,30	6,22 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ*				2,94 €
	602	Oxymetrische Untersuchung	1	8,86 €	1,80	15,95 €
	3096A	Explantation Schrittmacher	1	64,70 €	2,30	148,81 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ*				15,03 €
	444	Zuschlag amb. OP	1	75,77 €	1,00	75,77 €
	204	Kompressionsverband	1	5,54 €	2,30	12,74 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ*				7,46 €
	75	Bericht	1	7,58 €	2,30	17,43 €
		<b>Summe</b>				<b>315,03 €</b>

\* Alle Verbrauchsmaterialien und Medikamente über 1,50 € sind gemäß §10 GOÄ zusätzlich abrechenbar. (z.B. Anästhetikum, Infusionsbesteck, sterile Handschuhe, Medikamente ...)  
Bei Beträgen über 50€ ist ein Einzelnachweis erforderlich.

\*\* Je nach Schweregrad der Leistungserbringung ist der Steigerungsfaktor bei techn. Leistungen zw. 1,8 - 2,5 , bei ärztl. Leistungen zwischen 2,3 - 3,5

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## Mögliche Abrechnungsleistungen

	GOÄ-Ziffer	Anzahl	Leistungsbezeichnung	Einfachsatz	STF	Betrag
Beratung, Untersuchungen, Berichte	1	1	Beratung	4,66 €	2,30	10,72 €
	3	1	Ausführliche Beratung	8,74 €	2,30	20,11 €
	5	1	Symptombez. Untersuchung	4,66 €	2,30	10,72 €
	7	1	Untersuchung	9,33 €	2,30	21,45 €
	661A	1	Abfrage LINQ II™	30,89 €	1,80	55,60 €
	70A	1	OP-Bericht	2,33 €	2,30	5,36 €
	75	1	Bericht	7,58 €	2,30	17,43 €
OP-Leistungen	3095A	1	Implantation LINQ II™	161,46 €	2,30	371,36 €
	zzgl. 445	1	Zuschlag ambulante OP	128,23 €	1,00	128,23 €
	3096A	1	Explantation LINQ II™	64,70 €	2,30	148,81 €
	zzgl. 444		Zuschlag ambulante OP	75,77 €	1,00	75,77 €
Zusatzleistungen	204	1	Kompressionsverband	5,54 €	2,30	12,74 €
	271	1	Infusion mind. 30 min.	6,99 €	2,30	16,08 €
	491	1	Lokalanästhesie	7,05 €	2,30	16,22 €
	602	1	Oxymetrische Untersuchung	8,86 €	1,80	15,95 €
	2015	1	Redondrainge	3,50 €	2,30	8,05 €
	5295	1	Durchleuchtung	13,99 €	1,80	25,18 €

**!** Bei den Abrechnungspositionen handelt es sich um ein Muster. Es können nur die Leistungen abgerechnet werden, die tatsächlich erbracht worden sind. Der jeweilige Steigerungsfaktor ist gemäß Aufwand zu wählen. Weiterhin sind die Abrechnungsbestimmungen der GOÄ bezüglich der Nebeneinanderberechnung von Gebührenpositionen zu berücksichtigen. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem GOÄ-Katalog.

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

## 1.3 Schrittmacher Zweikammer

 Ambulantes Operieren 

 Besondere Versorgung 

 Telemedizin  
(NUR über Einzelfallkostenübernahmeantrag) 

 Privatärztliche/  
Selbstzahler-Behandlungen 

 iCARS® Antragservice  
Einzelfallkostenübernahme 

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## 1.3.1 AMBULANTES OPERIEREN



**ToDo: Die Teilnahme an der Versorgungsform „Ambulantes Operieren“ muss angemeldet werden!**

### ZWEIKAMMER-SCHRITTMACHER MIT EINER SCHRITTMACHERSONDE

ICD: I48.1 Vorhofflimmern persistierend, OPS: 5-377.2 Implantation Schrittmacher, Zweikammersystem, mit einer Schrittmachersonde

	EBM-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	EUR	
prä OP	13542 <sup>1</sup>	Grundpauschale ab 60 Jahre	1	25,12 €	
OP	31212	Einbau Schrittmachersystem*	1	228,48 €	
	31503	Postoperative Überwachung	1	54,98 €	
	31800	Regionalanästhesie durch den Operateur	1	43,37€	
	34280	Durchleuchtung	1	10,70 €	
post OP	31609	Postoperative Behandlung Operateur	1	14,54 €	27,5% Abschlag b. Krankenhäusern
	13571	Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antibradykarden Therapie	1	24,33 €	
		7% Sachkostenpauschale		401,52 €	
		<b>Zwischensumme</b>		28,11 €	
				<b>429,63 €</b>	
		 <b>Zusätzlich werden die Implantatekosten abgerechnet.</b> Optional abrechenbar: TYRX™			

<sup>1</sup> Obligatorischer Leistungsinhalt Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt **und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä**

\* Im Vertragsarztbereich  
Für den Herzschrittmacher und die Elektroden muss ein Rezept ausgestellt werden.  
Die Rechnungsstellung an die Krankenkasse erfolgt gemäß den einzelnen KV-Abrechnungsmodalitäten.

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## ZWEIKAMMER-SCHRITTMACHER MIT 2 SCHRITTMACHERSONDEN

ICD: I48.1 Vorhofflimmern persistierend, OPS: 5-377.30 mplantation Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden, Ohne antitachykarde Stimulation

	EBM-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	EUR	
prä OP	13542 <sup>1</sup>	Grundpauschale ab 60 Jahre	1	25,12 €	
OP	31214	Einbau Schrittmachersystem	1	380,68 €	
	31505	Postoperative Überwachung	1	110,07 €	
	31800	Regionalanästhesie durch den Operateur	1	43,37€	
	34280	Durchleuchtung	1	10,70 €	
post OP	31609	Postoperative Behandlung Operateur	1	19,60 €	27,5% Abschlag b. Krankenhäusern
	13571	Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antibradykarden Therapie	1	24,33 €	
		7% Sachkostenpauschale		614,88 €	
		<b>Zwischensumme</b>		43,04 €	
				<b>657,92 €</b>	
		<b>Zusätzlich werden die Implantatekosten abgerechnet.</b> Optional abrechenbar: TYRX™			

<sup>1</sup> obligatorischer Leistungsinhalt Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt **und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä**

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

## 1.3.2 TELEMEDIZIN

Die Telemedizinische Nachsorge eines Einkammerschrittmachers ist in den Gebührenordnungen explizit nicht abgebildet. Es gibt die Möglichkeit einen Kostenübernahmeantrag an die Krankenkassen zu stellen.

### Kostenübernahmeantrag je nach Indikation\*

- iCARS Antrag CareLink Herzschrittmacher



Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

\* Vordrucke und Muster für die dargestellten Unterlagen stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne elektronisch zur Verfügung.

## 1.3.3 MEDTRONIC iCARS® SERVICE

### Notwendige Unterlagen für einen Einzelfallantrag

1. Zunächst ist die Kostenübernahme per Einzelfallantrag zu klären. Hierbei unterstützt Medtronic Patienten – falls gewünscht – durch einen professionellen iCARS® Service der für Einzelkostenübernahmeantragservice steht.
2. Über den iCARS® Service wird im Auftrag des Patienten ein entsprechender Antrag bei seiner Krankenkasse gestellt.
3. In diesem Fall benötigt Medtronic neben der Einwilligungserklärung des Patienten einen von Ihnen ausgefüllten Kostenübernahmeantrag, sowie ergänzende medizinische Unterlagen. Kommen Sie hierzu gerne auf uns zu.

Wir reichen den Antrag mit der Einwilligungserklärung des Patienten bei dessen Krankenkasse ein.

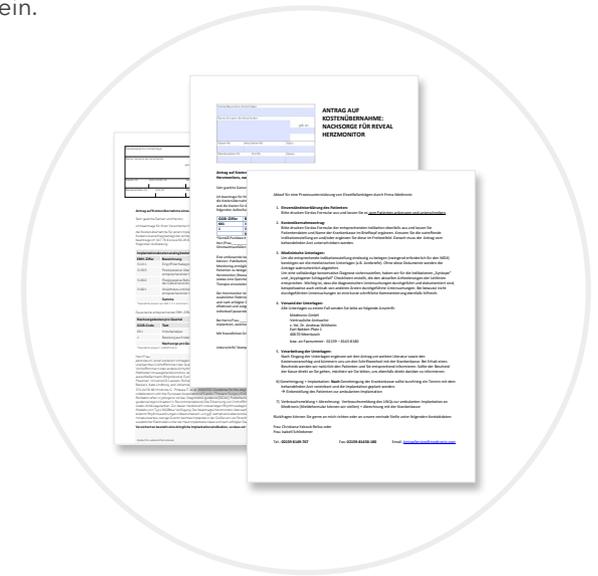
### Der Vorteil für den Patienten:

- Wir übernehmen den bürokratischen Aufwand.
- Wir übernehmen die Kommunikation mit der Krankenkasse und klären im Zweifel Rückfragen.
- Falls ein Antrag abgelehnt wird, erhalten Sie weiterführende Informationen sowie Unterstützung beim Widerspruchsverfahren.

### Formulare / Vordrucke\*

- Postkarte Antragservice
- iCARS Antragservice Prozessablauf
- iCARS Einwilligungserklärung
- iCARS Antrag CareLink Schrittmacher

[Weitere Informationen erhalten Sie hier](#)



\* Vordrucke und Muster für die dargestellten Unterlagen stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne elektronisch zur Verfügung.

## 1.3.4 BESONDERE VERSORGUNG

Neben den genannten Behandlungen im Rahmen der Regelversorgung existieren noch zahlreiche weitere interessante Möglichkeiten der Versorgung Ihrer Patienten. Selektive Leistungen werden seitens der Krankenkassen extrabudgetär vergütet.

### Uns aktuell bekannte Beispiele:

#### *Bundesweite Verträge*

- DAK und Techniker Krankenkassen (MedManagement GmbH)

#### *Regionale Verträge*

##### *Baden Württemberg*

- AOK BW und verschiedenen BKKn:  
Facharztprogramme Baden-Württemberg (Medi-Verbund)  
<https://www.medi-verbund.de/facharztvertraege/aok-bw-bosch-bkk-kardiologie/>

##### *Sachsen*

- AOK Plus

##### *Sachsen Anhalt*

- IKK Classic
- Verschiedene Betriebskrankenkassen

Desweiteren gibt es in den einzelnen KV Bereichen die verschiedensten Selektivverträge. Zusätzlich kann es lokale oder klinik-individuelle Kassenabsprachen geben. Bitte informieren Sie sich bei Ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung oder sprechen Sie uns an.



## 1.3.5 PRIVATÄRZTLICHE/SELBSTZAHLER-BEHANDLUNGEN

Die Berechnung ambulant erbrachter Leistungen bei privat versicherten Patienten erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).



### ToDo: Vereinbarung für eine privatärztliche Behandlung?

In der Regel werden die Kosten von den privaten Versicherungen übernommen.

Unter Umständen kann es Vertragskonstellationen geben, dass der Versicherte die Leistungsübernahme bei seiner Krankenversicherung vorher bestätigen lassen sollte. Hierfür halten wir spezielle Anträge bereit.



## IMPLANTATION ZWEIKAMMERSYSTEM

ICD: I44.2 Atrioventrikulärer Block 3. Grades, OPS: 5-377.30 Implantation SM-Zweikammersystem

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
prä OP	3	ausführliche Beratung	1	8,74 €	2,30	20,10 €
	7	Untersuchung	1	9,33 €	2,30	21,46 €
OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	491	Lokalanästhesie	2	7,05 €	2,30	32,43 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**	2	2,94 €		5,88 €
	271	Infusion mind. 30 min.	1	6,99 €	2,30	16,08 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**		12,00 €		12,00 €
	602	Oxymetrische Untersuchung	1	8,86 €	1,80	15,95 €
	3095	Schrittmacher-Erstimplantation (Erhöht. Zeitaufw. b. SM Implant. mit 2 Elektr.)	1	161,46 €	2,80	452,09 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**		22,60 €		22,60 €
		evtl. TYRX™				... €
	445	Zuschlag amb. OP	1	128,23 €	1,00	128,23 €
	661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €
5295	Durchleuchtung	1	13,99 €	1,80	25,18 €	
204	Kompressionsverband	1	5,54 €	2,30	12,74 €	
	Auslagen gem. §10 GOÄ**		7,46 €		7,46 €	
...	...	...	...	...	...	...

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
...	...	...	...	...	...	...
post OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	5	symptombez. Untersuchung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €
	75	Bericht	1	7,58 €	2,30	17,43 €
		<b>Zwischensumme ohne Implantatekosten</b>				<b>915,56 €</b>
		zzgl. Implantatekosten*** = Endsumme				

- \* Der Faktor ist je nach Schweregrad zwischen 1,0 und 3,5 bei ärztlichen Leistungen. Bei einer Steigerung über dem s.g. Schwellenwert (2,3) ist eine Begründung erforderlich. Bei technischen Leistungen ist der Steigerungsfaktor zwischen 1,0 und 2,5, der Schwellenwert liegt hier bei 1,8. Steigerungsbegründung: Wegen erhöhtem Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad, z.B. 2,8 bei Implantation von Zweikammersystem, z.B. 3,3 bei Implantation von Dreikammersystem
- \*\* Alle Verbrauchsmaterialien und Medikamente über 1,50 € sind gemäß §10 GOÄ zusätzlich abrechenbar. Bei Beträgen über 50€ ist ein Einzelnachweis erforderlich.
- \*\*\* Implantatekosten: Die Implantatekosten können von Medtronic entweder direkt mit den Krankenkassen/ Versicherungen abgerechnet werden (Voraussetzung: Eine unterschriebene Abtretungserklärung des Patienten) oder die Abrechnung erfolgt mit der Rechnung der medizinischen Leistungen mit Vorlage der Medtronic Rechnung.

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## AGGREGATWECHSEL

ICD: I48.11 Vorhofflimmern persistierend, OPS: 5-378.51 Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem oder 5-378.52 Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
prä OP	3	ausführliche Beratung	1	8,74 €	2,30	20,10 €
	7	Untersuchung	1	9,33 €	2,30	21,46 €
OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	491	Lokalanästhesie	2	7,05 €	2,30	32,43 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**	2			5,88 €
	271	Infusion mind. 30 min.	1	6,99 €	2,30	16,08 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**		12,00 €		12,00 €
	602	Oxymetrische Untersuchung	1	8,86 €	1,80	15,95 €
	3096	Aggregatwechsel	1	64,70 €	2,30	148,81 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**				15,03 €
		evtl. TYRX™				... €
	444	Zuschlag amb. OP	1	75,77 €	1,00	75,77 €
	661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €
	5295	Durchleuchtung	1	13,99 €	1,80	25,18 €
	204	Kompressionsverband	1	5,54 €	2,30	12,74 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**				7,46 €
post OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	5	symptombez. Untersuchung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €
	75	Bericht	1	7,58 €	2,30	17,43 €
		<b>Zwischensumme ohne Implantatekosten</b>				<b>570,29 €</b>
		zzgl. Implantatekosten*** = Endsumme				

\* Der Faktor ist je nach Schweregrad zwischen 1,0 und 3,5 bei ärztlichen Leistungen. Bei einer Steigerung über dem s.g. Schwellenwert (2,3) ist eine Begründung erforderlich. Bei technischen Leistungen ist der Steigerungsfaktor zwischen 1,0 und 2,5, der Schwellenwert liegt hier bei 1,8. Steigerungsbegründung: Wegen erhöhtem Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad, z.B. 2,8 bei Implantation von Zweikammersystem, z.B. 3,3 bei Implantation von Dreikammersystem

\*\* Alle Verbrauchsmaterialien und Medikamente über 1,50 € sind gemäß §10 GOÄ zusätzlich abrechenbar. Bei Beträgen über 50€ ist ein Einzelnachweis erforderlich.

\*\*\* Implantatekosten: Die Implantatekosten können von Medtronic entweder direkt mit den Krankenkassen/ Versicherungen abgerechnet werden (Voraussetzung: Eine unterschriebene Abtretungserklärung des Patienten) oder die Abrechnung erfolgt mit der Rechnung der medizinischen Leistungen mit Vorlage der Medtronic Rechnung.

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## AMBULANTE EXPLANTATION

ICD: R55 Synkope, OPS: 5-378.07 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung:  
Ereignis-Rekorder

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
OP Tag	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	491	Lokalanästhesie	1	7,05 €	2,30	6,22 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ*				2,94 €
	602	Oxymetrische Untersuchung	1	8,86 €	1,80	15,95 €
	3096A	Explantation Schrittmacher	1	64,70 €	2,30	148,81 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ*				15,03 €
	444	Zuschlag amb. OP	1	75,77 €	1,00	75,77 €
	204	Kompressionsverband	1	5,54 €	2,30	12,74 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ*				7,46 €
	75	Bericht	1	7,58 €	2,30	17,43 €
	<b>Summe</b>				<b>298,93 €</b>	

\* Alle Verbrauchsmaterialien und Medikamente über 1,50 € sind gemäß §10 GOÄ zusätzlich abrechenbar. Bei Beträgen über 50€ ist ein Einzelnachweis erforderlich.

\*\* Je nach Schweregrad der Leistungserbringung ist der Steigerungsfaktor bei techn. Leistungen zw. 1,8 - 2,5 , bei ärztl. Leistungen zwischen 2,3 - 3,5

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## 1.4 CRT-P



Abrechnung mit den Krankenkassen  
(NUR über Einzelfallkostenübernahmeantrag)

GKV



iCARS® Antragservice  
Einzelfallkostenübernahme

GKV



Telemedizin

GKV



Besondere Versorgung

GKV



Ambulantes Operieren  
gemäß § 115 b SGB V  
(zur Zeit noch nicht möglich)

GKV



Privatärztliche/  
Selbstzahler-Behandlungen

PKV

## 1.4.1 ABRECHNUNG MIT DEN KRANKENKASSEN

Bei der ambulanten Leistungserbringung ist zu beachten, dass die medizinische Leistung und die Implantatekosten adäquat abgerechnet werden. Die Implantation ist in den Gebührenordnungen explizit nicht abgebildet. Es gibt jedoch folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

### GESETZLICH VERSICHERTE PATIENTEN - GKV / ANALOGE ABRECHNUNG NACH VEREINBARUNG

**ToDo:**

Patienten haben das Recht bei ihrer Kasse einen Einzelfallantrag zu stellen

#### Notwendige Unterlagen für die Direktabrechnung mit der Krankenkasse:

- Rezept Muster 16 „CareLink Netzwerk für die telemedizinische Funktionsanalyse eines ICD/CRT-P/CRT-D“\*

#### Einwilligungserklärung des Patienten\*

welche die Datenweitergabe an und die Datenverarbeitung durch Medtronic zu Abrechnungszwecken ermöglicht. Ohne gültige Einwilligung ist keine Bearbeitung möglich.

#### Meldeformular und Abtretungserklärung\*

Mit Seriennummern des Implantats, sowie ggf. des MyCareLink Monitors / Hinweis auf die MyCareLink Heart App.

#### Kostenübernahmeantrag je nach Indikation\*

- iCARS® Antrag telemedizinische Funktionsanalyse eines ICD- und CRT-Patienten  
(nur bei Patienten die bei einer Kasse versichert sind, die nicht auf der Positivliste abgebildet ist, gilt nicht für die Direktabrechnung)

#### Positivliste der Krankenkasse (Stand Jan. 2020)

- AOK Baden-Württemberg
- AOK Bayern
- AOK Bremen/Bremerhaven
- AOK Hessen
- AOK Niedersachsen
- AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
- Barmer
- BKK Mobil Oil

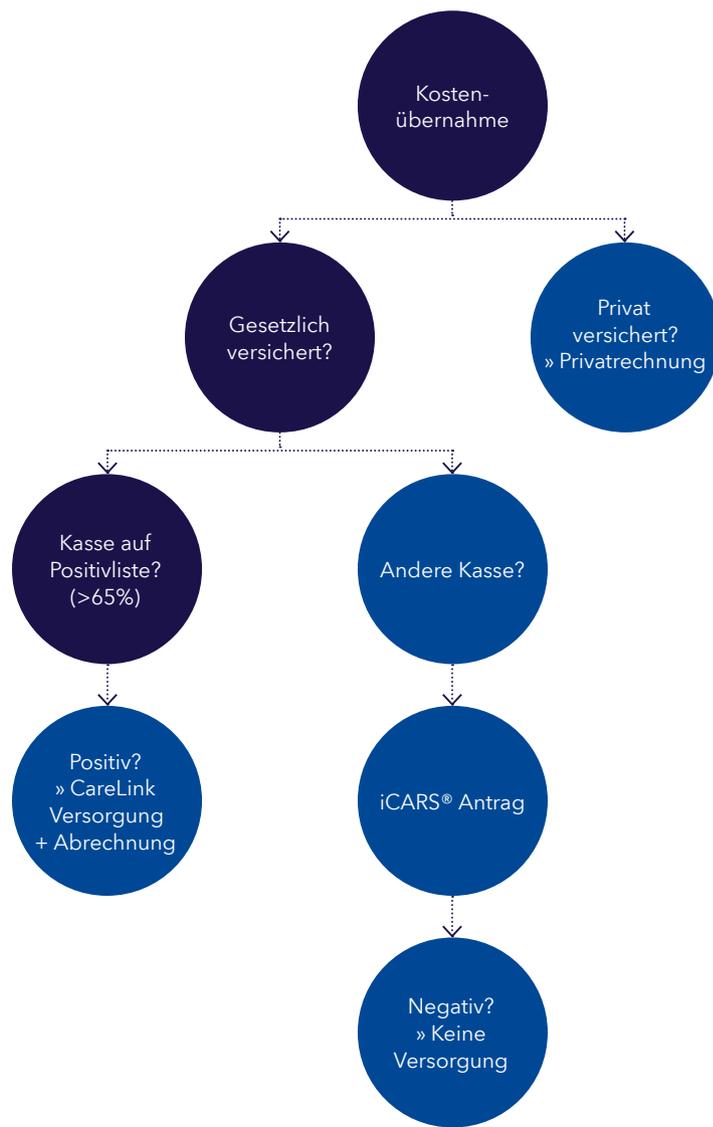
- BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg
- Bosch BKK
- BKK Werra-Meißner
- DAK
- Heimat Krankenkasse
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- IKK Südwest
- KKH Kaufmännische Krankenkasse

- hkk Krankenkasse
- Siemens BKK

Bei anderen Krankenkassen muss vor der Versorgung mit CareLink ein Kostenübernahmeantrag gestellt und genehmigt werden. Patienten können dazu gerne unseren iCARS® Service in Anspruch nehmen.

\* Vordrucke und Muster für die dargestellten Unterlagen [stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne elektronisch zur Verfügung.](#)

## Ablaufgrafik



Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## 1.4.2 TELEMEDIZIN

### Abrechnungsmöglichkeit gemäß EBM

#### Bei Erwachsenen

<b>13576</b>	<b>Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)</b>
<b>Beschreibung</b>	
Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)	
<b>Obligater Leistungsinhalt</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D),</li><li>- Überprüfung des Batteriezustandes,</li><li>- Überprüfung und Dokumentation der erhobenen Parameter und Messwerte,</li><li>- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)</li></ul>	
<b>EBM Wert 55,43 €</b>	

EBM Wert = EBM Punkte x Orientierungswert 11,2662

#### Bei Kindern

<b>04416</b>	<b>Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D) bis zum 18. Lebensjahr</b>
<b>Beschreibung</b>	
Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)	
<b>Obligater Leistungsinhalt</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D),</li><li>- Überprüfung des Batteriezustandes,</li><li>- Überprüfung und Dokumentation der erhobenen Parameter und Messwerte,</li><li>- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)</li></ul>	
<b>EBM Wert 101,51 €</b>	

EBM Wert = EBM Punkte x Orientierungswert 11,2662

## 1.4.3 MEDTRONIC iCARS® SERVICE (Nur bei Kassen die nicht auf der Positivliste stehen)

### Notwendige Unterlagen für einen Einzelfallantrag

1. Zunächst ist die Kostenübernahme per Einzelfallantrag zu klären. Hierbei unterstützt Medtronic Patienten - falls gewünscht - durch einen professionellen iCARS® Service der für Einzelkostenübernahmeantragsservice steht.
2. Über den iCARS® Service wird im Auftrag des Patienten ein entsprechender Antrag bei seiner Krankenkasse gestellt.
3. In diesem Fall benötigt Medtronic neben der Einwilligungserklärung des Patienten einen von Ihnen ausgefüllten Kostenübernahmeantrag, sowie ergänzende medizinische Unterlagen. Kommen Sie hierzu gerne auf uns zu.

Wir reichen den Antrag mit der Einwilligungserklärung des Patienten bei dessen Krankenkasse ein.

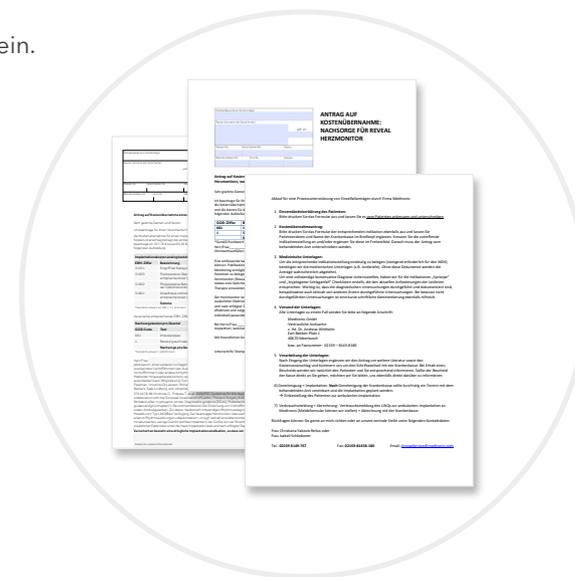
### Der Vorteil für den Patienten:

- Wir übernehmen den bürokratischen Aufwand.
- Wir übernehmen die Kommunikation mit der Krankenkasse und klären im Zweifel Rückfragen.
- Falls ein Antrag abgelehnt wird, erhalten Sie weiterführende Informationen sowie Unterstützung beim Widerspruchsverfahren.

### Formulare / Vordrucke\*

- Postkarte Antragservice
- iCARS Antragservice Prozessablauf
- iCARS Einwilligungserklärung
- iCARS Antrag CareLink ICD und CRT

[Weitere Informationen erhalten Sie hier](#)



\* Vordrucke und Muster für die dargestellten Unterlagen stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne elektronisch zur Verfügung.

## 1.4.4 BESONDERE VERSORGUNG

Neben den genannten Behandlungen im Rahmen der Regelversorgung existieren noch zahlreiche weitere interessante Möglichkeiten der Versorgung Ihrer Patienten. Selektive Leistungen werden seitens der Krankenkassen extrabudgetär vergütet.

### Uns aktuell bekannte Beispiele:

#### *Bundesweite Verträge*

- DAK und Techniker Krankenkassen (MedManagement GmbH)

#### *Regionale Verträge*

##### *Baden Württemberg*

- AOK BW und verschiedenen BKKn:  
Facharztprogramme Baden-Württemberg (Medi-Verbund)  
<https://www.medi-verbund.de/facharztvertraege/aok-bw-bosch-bkk-kardiologie/>

##### *Sachsen*

- AOK Plus

##### *Sachsen Anhalt*

- IKK Classic
- Verschiedene Betriebskrankenkassen

Desweiteren gibt es in den einzelnen KV Bereichen die verschiedensten Selektivverträge. Zusätzlich kann es lokale oder klinik-individuelle Kassenabsprachen geben. Bitte informieren Sie sich bei Ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung oder sprechen Sie uns an.



## 1.4.5 PRIVATÄRZTLICHE/SELBSTZAHLER-BEHANDLUNGEN

Die Berechnung ambulant erbrachter Leistungen bei privat versicherten Patienten erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).



### ToDo: Vereinbarung für eine privatärztliche Behandlung?

In der Regel werden die Kosten von den privaten Versicherungen übernommen.

Unter Umständen kann es Vertragskonstellationen geben, dass der Versicherte die Leistungsübernahme bei seiner Krankenversicherung vorher bestätigen lassen sollte. Hierfür halten wir spezielle Anträge bereit.



Kontaktieren  
Sie uns!

## IMPLANTATION

ICD: I44.2 Atrioventrikulärer Block 3. Grades, OPS: 5-377.40 Implant. SM, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], Ohne Vorhofelektrode

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechengesamt
prä OP	3	ausführliche Beratung	1	8,74 €	2,30	20,10 €
	7	Untersuchung	1	9,33 €	2,30	21,46 €
OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	491	Lokalanästhesie	2	7,05 €	2,30	32,43 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**	2	2,94 €		5,88 €
	271	Infusion mind. 30 min.	1	6,99 €	2,30	16,08 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**		12,00 €		12,00 €
	602	Oxymetrische Untersuchung	1	8,86 €	1,80	15,95 €
	3095	Schrittmacher-Erstimplantation (Erhöht. Zeitaufw. b. 3-Kammerschrittmacher)	1	161,46 €	3,50	565,11€
		Auslagen gem. §10 GOÄ**		22,60 €		22,60 €
		evtl. TYRX™				... €
	445	Zuschlag amb. OP	1	128,23 €	1,00	128,23 €
661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €	
5295	Durchleuchtung	1	13,99 €	1,80	25,18 €	
204	Kompressionsverband	1	5,54 €	2,30	12,74 €	
	Auslagen gem. §10 GOÄ**		7,46 €		7,46 €	
...	...	...	...	...	...	...

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
...	...	...	...	...	...	...
post OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	5	symptombez. Untersuchung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €
	75	Bericht	1	7,58 €	2,30	17,43 €
		<b>Zwischensumme ohne Implantatekosten</b>				<b>1.046,01 €</b>
		zzgl. Implantatekosten*** = Endsumme				

- \* Der Faktor ist je nach Schweregrad zwischen 1,0 und 3,5 bei ärztlichen Leistungen. Bei einer Steigerung über dem s.g. Schwellenwert (2,3) ist eine Begründung erforderlich. Bei technischen Leistungen ist der Steigerungsfaktor zwischen 1,0 und 2,5, der Schwellenwert liegt hier bei 1,8. Steigerungsbegründung: Wegen erhöhtem Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad, z.B. 2,8 bei Implantation von Zweikammersystem, z.B. 3,3 bei Implantation von Dreikammersystem
- \*\* Alle Verbrauchsmaterialien und Medikamente über 1,50 € sind gemäß §10 GOÄ zusätzlich abrechenbar. Bei Beträgen über 50€ ist ein Einzelnachweis erforderlich.
- \*\*\* Implantatekosten: Die Implantatekosten können von Medtronic entweder direkt mit den Krankenkassen/ Versicherungen abgerechnet werden (Voraussetzung: Eine unterschriebene Abtretungserklärung des Patienten) oder die Abrechnung erfolgt mit der Rechnung der medizinischen Leistungen mit Vorlage der Medtronic Rechnung.

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## AGGREGATWECHSEL

ICD: I48.11 Vorhofflimmern persistierend, OPS: 5-378.51 Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem oder 5-378.52 Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
prä OP	3	ausführliche Beratung	1	8,74 €	2,30	20,10 €
	7	Untersuchung	1	9,33 €	2,30	21,46 €
OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	491	Lokalanästhesie	2	7,05 €	2,30	32,43 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**	2			5,88 €
	271	Infusion mind. 30 min.	1	6,99 €	2,30	16,08 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**		12,00 €		12,00 €
	602	Oxymetrische Untersuchung	1	8,86 €	1,80	15,95 €
	3096	Aggregatwechsel	1	64,70 €	2,30	148,81 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**				15,03 €
		evtl. TYRX™				... €
	444	Zuschlag amb. OP	1	75,77 €	1,00	75,77 €
	661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €
	5295	Durchleuchtung	1	13,99 €	1,80	25,18 €
	204	Kompressionsverband	1	5,54 €	2,30	12,74 €
	Auslagen gem. §10 GOÄ**				7,46 €	
post OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	5	symptombez. Untersuchung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €
	75	Bericht	1	7,58 €	2,30	17,43 €
		<b>Zwischensumme ohne Implantatekosten</b>				<b>569,84 €</b>
		zzgl. Implantatekosten*** = Endsumme				

\* Der Faktor ist je nach Schweregrad zwischen 1,0 und 3,5 bei ärztlichen Leistungen. Bei einer Steigerung über dem s.g. Schwellenwert (2,3) ist eine Begründung erforderlich. Bei technischen Leistungen ist der Steigerungsfaktor zwischen 1,0 und 2,5, der Schwellenwert liegt hier bei 1,8. Steigerungsbegründung: Wegen erhöhtem Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad, z.B. 2,8 bei Implantation von Zweikammersystem, z.B. 3,3 bei Implantation von Dreikammersystem

\*\* Alle Verbrauchsmaterialien und Medikamente über 1,50 € sind gemäß §10 GOÄ zusätzlich abrechenbar. Bei Beträgen über 50€ ist ein Einzelnachweis erforderlich.

\*\*\* Implantatekosten: Die Implantatekosten können von Medtronic entweder direkt mit den Krankenkassen/ Versicherungen abgerechnet werden (Voraussetzung: Eine unterschriebene Abtretungserklärung des Patienten) oder die Abrechnung erfolgt mit der Rechnung der medizinischen Leistungen mit Vorlage der Medtronic Rechnung.

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## AMBULANTE EXPLANTATION

ICD: R55 Synkope, OPS: 5-378.07 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung:  
Ereignis-Rekorder

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
OP Tag	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	491	Lokalanästhesie	1	7,05 €	2,30	6,22 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ*				2,94 €
	602	Oxymetrische Untersuchung	1	8,86 €	1,80	15,95 €
	3096A	Explantation Schrittmacher	1	64,70 €	2,30	148,81 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ				15,03 €
	444	Zuschlag amb. OP	1	75,77 €	1,00	75,77 €
	204	Kompressionsverband	1	5,54 €	2,30	12,74 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ				7,46 €
	75	Bericht	1	7,58 €	2,30	17,43 €
	<b>Summe</b>				<b>298,93 €</b>	

\* Alle Verbrauchsmaterialien und Medikamente über 1,50 € sind gemäß §10 GOÄ zusätzlich abrechenbar. Bei Beträgen über 50€ ist ein Einzelnachweis erforderlich.  
\*\* Je nach Schweregrad der Leistungserbringung ist der Steigerungsfaktor bei techn. Leistungen zw. 1,8 - 2,5 , bei ärztl. Leistungen zwischen 2,3 - 3,5

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## 1.5 Einkammer ICD



Abrechnung mit den Krankenkassen  
(NUR über Einzelfallkostenübernahmeantrag)

GKV



iCARS® Antragservice  
Einzelfallkostenübernahme

GKV



Telemedizin

GKV



Besondere Versorgung

GKV



Ambulantes Operieren  
gemäß § 115 b SGB V  
(zur Zeit noch nicht möglich)

GKV



Privatärztliche/  
Selbstzahler-Behandlungen

PKV

## 1.5.1 ABRECHNUNG MIT DEN KRANKENKASSEN

Bei der ambulanten Leistungserbringung ist zu beachten, dass die medizinische Leistung und die Implantatekosten adäquat abgerechnet werden. Die Implantation ist in den Gebührenordnungen explizit nicht abgebildet. Es gibt jedoch folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

### GESETZLICH VERSICHERTE PATIENTEN - GKV / ANALOGE ABRECHNUNG NACH VEREINBARUNG

**ToDo:**

Patienten haben das Recht bei ihrer Kasse einen Einzelfallantrag zu stellen

#### Notwendige Unterlagen für die Direktabrechnung mit der Krankenkasse:

- Rezept Muster 16 „CareLink Netzwerk für die telemedizinische Funktionsanalyse eines ICD/CRT-P/CRT-D“\*

#### Einwilligungserklärung des Patienten\*

welche die Datenweitergabe an und die Datenverarbeitung durch Medtronic zu Abrechnungszwecken ermöglicht. Ohne gültige Einwilligung ist keine Bearbeitung möglich.

#### Meldeformular und Abtretungserklärung\*

Mit Seriennummern des Implantats, sowie ggf. des MyCareLink Monitors / Hinweis auf die MyCareLink Heart App.

#### Kostenübernahmeantrag je nach Indikation\*

- iCARS® Antrag telemedizinische Funktionsanalyse eines ICD- und CRT-Patienten  
(nur bei Patienten die bei einer Kasse versichert sind, die nicht auf der Positivliste abgebildet ist, gilt nicht für die Direktabrechnung)

#### Positivliste der Krankenkasse (Stand Jan. 2020)

- AOK Baden-Württemberg
- AOK Bayern
- AOK Bremen/Bremerhaven
- AOK Hessen
- AOK Niedersachsen
- AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
- Barmer
- BKK Mobil Oil

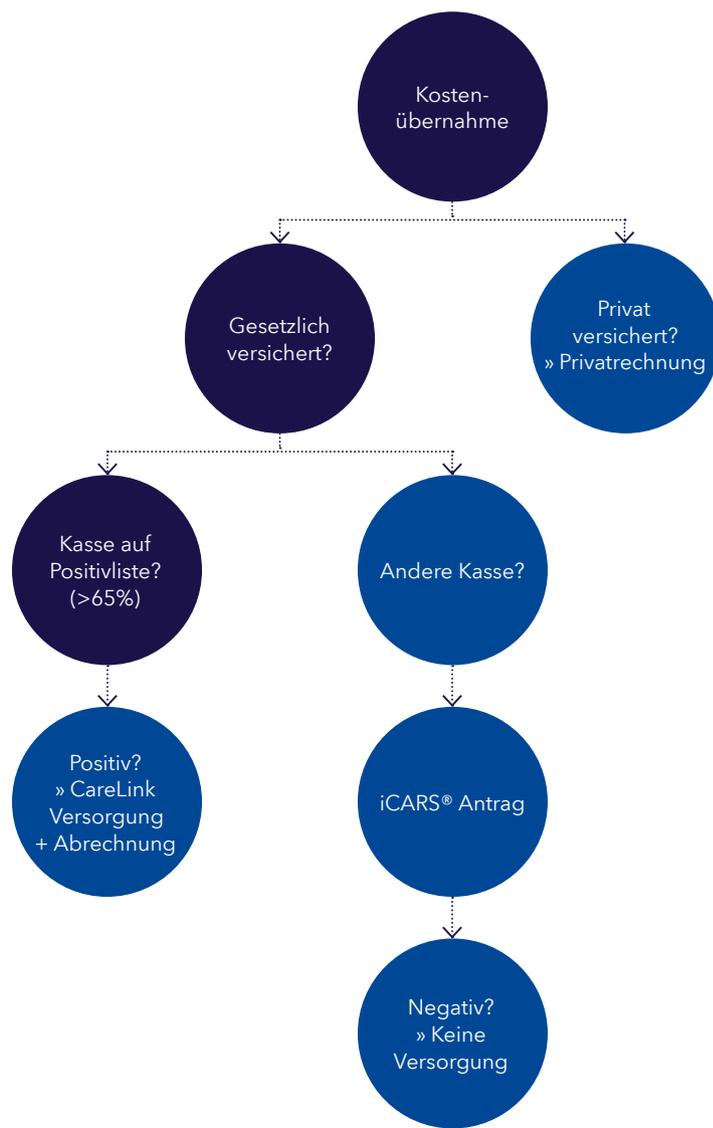
- BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg
- Bosch BKK
- BKK Werra-Meißner
- DAK
- Heimat Krankenkasse
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- IKK Südwest
- KKH Kaufmännische Krankenkasse

- hkk Krankenkasse
- Siemens BKK

Bei anderen Krankenkassen muss vor der Versorgung mit CareLink ein Kostenübernahmeantrag gestellt und genehmigt werden. Patienten können dazu gerne unseren iCARS® Service in Anspruch nehmen.

\* Vordrucke und Muster für die dargestellten Unterlagen stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne elektronisch zur Verfügung.

## Ablaufgrafik



Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## 1.5.2 TELEMEDIZIN

### Bei Erwachsenen

<b>13574</b>	<b>Funkt.analyse ein. implantiert. Kardioverters bzw. Defibrillators</b>
<b>Beschreibung</b>	
Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators	
<b>Obligater Leistungsinhalt</b>	
- Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators, - Überprüfung des Batteriezustandes, - Überprüfung und Dokumentation der erhobenen Parameter und Messwerte, - Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)	
<b>EBM Wert</b>	<b>45,06 €</b>

EBM Wert = EBM Punkte x Orientierungswert 11,2662

### Bei Kindern

<b>04414</b>	<b>Funkt.analyse ein. implantiert. Kardioverters bzw. Defibrillators bis zum 18. Lebensjahr</b>
<b>Beschreibung</b>	
Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators	
<b>Obligater Leistungsinhalt</b>	
- Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators, - Überprüfung des Batteriezustandes, - Überprüfung und Dokumentation der erhobenen Parameter und Messwerte, - Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)	
<b>EBM Wert</b>	<b>82,47 €</b>

EBM Wert = EBM Punkte x Orientierungswert 11,2662

### Gegenüberstellung des Leistungsumfangs von telemedizinischer Funktionsanalyse zu kardialem Telemonitoring

Die telemedizinische Funktionsanalyse dient dazu, implantierbare Cardioverter-Defibrillatoren und Geräten für die kardiale Resynchronisationstherapie (ICD und CRT-P/ CRT-D Systemen) regelmäßig zu fest definierten Zeitpunkten auf technische Funktionsfähigkeit zu überprüfen und, falls notwendig, Änderungen der Geräteprogrammierung z.B. für eine individuelle Therapie-Optimierung, durchzuführen.

Das kardiale Telemonitoring für Herzinsuffizienzpatienten (NYHA-II- oder NYHA-III-Stadium und einer Ejektionsfraktion < 40 %), die zusätzlich Träger eines ICD und CRT-P/ CRT-D Systems sind, ermöglicht ein kontinuierliches Monitoring der technischen vor allem aber auch der klinischen Parameter und dient damit dazu, eine etwaige Entgleisung von Patienten frühzeitig zu identifizieren, um dieser durch geeignete Maßnahmen entgegen zu wirken.

<https://www.kbv.de/html/13259.php?sr=relevance&stp=fulltext&q=Telemonitoring+bei+Herzinsuffizienz+mittels+kardialem+Aggregat&s=Suchen>

## 1.5.3 MEDTRONIC iCARS® SERVICE (Nur bei Kassen die nicht auf der Positivliste stehen)

### Notwendige Unterlagen für einen Einzelfallantrag

1. Zunächst ist die Kostenübernahme per Einzelfallantrag zu klären. Hierbei unterstützt Medtronic Patienten - falls gewünscht - durch einen professionellen iCARS® Service der für Einzelkostenübernahmeantragsservice steht.
2. Über den iCARS® Service wird im Auftrag des Patienten ein entsprechender Antrag bei seiner Krankenkasse gestellt.
3. In diesem Fall benötigt Medtronic neben der Einwilligungserklärung des Patienten einen von Ihnen ausgefüllten Kostenübernahmeantrag, sowie ergänzende medizinische Unterlagen. Kommen Sie hierzu gerne auf uns zu.

Wir reichen den Antrag mit der Einwilligungserklärung des Patienten bei dessen Krankenkasse ein.

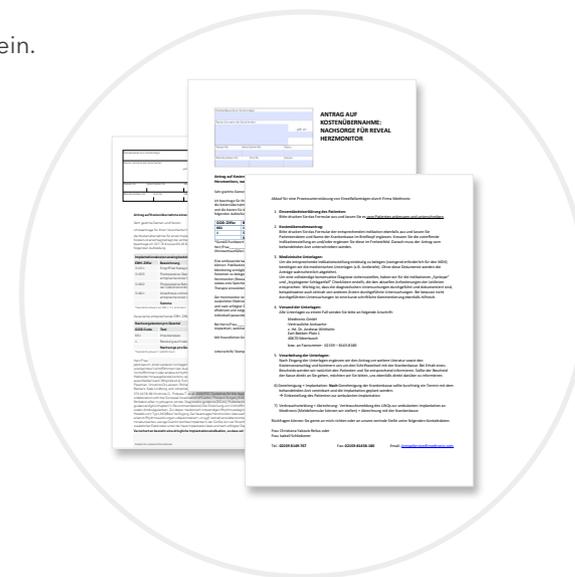
### Der Vorteil für den Patienten:

- Wir übernehmen den bürokratischen Aufwand.
- Wir übernehmen die Kommunikation mit der Krankenkasse und klären im Zweifel Rückfragen.
- Falls ein Antrag abgelehnt wird, erhalten Sie weiterführende Informationen sowie Unterstützung beim Widerspruchsverfahren.

### Formulare / Vordrucke\*

- Postkarte Antragservice
- iCARS Antragservice Prozessablauf
- iCARS Einwilligungserklärung
- iCARS Antrag CareLink ICD und CRT

Weitere Informationen erhalten Sie hier



\* Vordrucke und Muster für die dargestellten Unterlagen stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne elektronisch zur Verfügung.

## 1.5.4 BESONDERE VERSORGUNG

Neben den genannten Behandlungen im Rahmen der Regelversorgung existieren noch zahlreiche weitere interessante Möglichkeiten der Versorgung Ihrer Patienten. Selektive Leistungen werden seitens der Krankenkassen extrabudgetär vergütet.

### Uns aktuell bekannte Beispiele:

#### *Bundesweite Verträge*

- DAK und Techniker Krankenkassen (MedManagement GmbH)

#### *Regionale Verträge*

##### *Baden Württemberg*

- AOK BW und verschiedenen BKKn:  
Facharztprogramme Baden-Württemberg (Medi-Verbund)  
<https://www.medi-verbund.de/facharztvertraege/aok-bw-bosch-bkk-kardiologie/>

##### *Sachsen*

- AOK Plus

##### *Sachsen Anhalt*

- IKK Classic
- Verschiedene Betriebskrankenkassen

Desweiteren gibt es in den einzelnen KV Bereichen die verschiedensten Selektivverträge. Zusätzlich kann es lokale oder klinik-individuelle Kassenabsprachen geben. Bitte informieren Sie sich bei Ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung oder sprechen Sie uns an.



## 1.5.5 PRIVATÄRZTLICHE/SELBSTZAHLER-BEHANDLUNGEN

Die Berechnung ambulant erbrachter Leistungen bei privat versicherten Patienten erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).



### ToDo: Vereinbarung für eine privatärztliche Behandlung?

In der Regel werden die Kosten von den privaten Versicherungen übernommen.

Unter Umständen kann es Vertragskonstellationen geben, dass der Versicherte die Leistungsübernahme bei seiner Krankenversicherung vorher bestätigen lassen sollte. Hierfür halten wir spezielle Anträge bereit.



### IMPLANTATION

ICD: I44.2 Atrioventrikulärer Block 3. Grades, OPS: 5-377.40 Implant. SM, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], Ohne Vorhofelektrode

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechengruppe
prä OP	3	ausführliche Beratung	1	8,74 €	2,30	20,10 €
	7	Untersuchung	1	9,33 €	2,30	21,46 €
OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	491	Lokalanästhesie	2	7,05 €	2,30	32,43 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**	2	2,94 €		5,88 €
	271	Infusion mind. 30 min.	1	6,99 €	2,30	16,08 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**		12,00 €		12,00 €
	602	Oxymetrische Untersuchung	1	8,86 €	1,80	15,95 €
	3095	Schrittmacher-Erstimplantation (Erhöht. Zeitaufw. bei ICD Implantation)	1	161,46 €	3,00	484,38 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**		22,60 €		22,60 €
		evtl. TYRX™				... €
	445	Zuschlag amb. OP	1	128,23 €	1,00	128,23 €
661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €	
5295	Durchleuchtung	1	13,99 €	1,80	25,18 €	
204	Kompressionsverband	1	5,54 €	2,30	12,74 €	
	Auslagen gem. §10 GOÄ**		7,46 €		7,46 €	
...	...	...	...	...	...	...

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
...	...	...	...	...	...	...
post OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	5	symptombez. Untersuchung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €
	75	Bericht	1	7,58 €	2,30	17,43 €
		<b>Zwischensumme ohne Implantatekosten</b>				<b>973,33 €</b>
		zzgl. Implantatekosten*** = Endsumme				

- \* Der Faktor ist je nach Schweregrad zwischen 1,0 und 3,5 bei ärztlichen Leistungen. Bei einer Steigerung über dem s.g. Schwellenwert (2,3) ist eine Begründung erforderlich. Bei technischen Leistungen ist der Steigerungsfaktor zwischen 1,0 und 2,5, der Schwellenwert liegt hier bei 1,8. Steigerungsbegründung: Wegen erhöhtem Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad, z.B. 2,8 bei Implantation von Zweikammersystem, z.B. 3,3 bei Implantation von Dreikammersystem
- \*\* Alle Verbrauchsmaterialien und Medikamente über 1,50 € sind gemäß §10 GOÄ zusätzlich abrechenbar. Bei Beträgen über 50€ ist ein Einzelnachweis erforderlich.
- \*\*\* Implantatekosten: Die Implantatekosten können von Medtronic entweder direkt mit den Krankenkassen/ Versicherungen abgerechnet werden (Voraussetzung: Eine unterschriebene Abtretungserklärung des Patienten) oder die Abrechnung erfolgt mit der Rechnung der medizinischen Leistungen mit Vorlage der Medtronic Rechnung.

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## AGGREGATWECHSEL

ICD: I48.11 Vorhofflimmern persistierend, OPS: 5-378.51 Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem oder 5-378.52 Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
prä OP	3	ausführliche Beratung	1	8,74 €	2,30	20,10 €
	7	Untersuchung	1	9,33 €	2,30	21,46 €
OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	491	Lokalanästhesie	2	7,05 €	2,30	32,43 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**	2			5,88 €
	271	Infusion mind. 30 min.	1	6,99 €	2,30	16,08 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**		12,00 €		12,00 €
	602	Oxymetrische Untersuchung	1	8,86 €	1,80	15,95 €
	3096	Aggregatwechsel	1	64,70 €	2,30	148,81 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**				15,03 €
		evtl. TYRX™				... €
	444	Zuschlag amb. OP	1	75,77 €	1,00	75,77 €
	661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €
	5295	Durchleuchtung	1	13,99 €	1,80	25,18 €
	204	Kompressionsverband	1	5,54 €	2,30	12,74 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**				7,46 €
post OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	5	symptombez. Untersuchung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €
	75	Bericht	1	7,58 €	2,30	17,43 €
		<b>Zwischensumme ohne Implantatekosten</b>				<b>570,29 €</b>
		zzgl. Implantatekosten*** = Endsumme				

\* Der Faktor ist je nach Schweregrad zwischen 1,0 und 3,5 bei ärztlichen Leistungen. Bei einer Steigerung über dem s.g. Schwellenwert (2,3) ist eine Begründung erforderlich. Bei technischen Leistungen ist der Steigerungsfaktor zwischen 1,0 und 2,5, der Schwellenwert liegt hier bei 1,8. Steigerungsbegründung: Wegen erhöhtem Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad, z.B. 2,8 bei Implantation von Zweikammersystem, z.B. 3,3 bei Implantation von Dreikammersystem

\*\* Alle Verbrauchsmaterialien und Medikamente über 1,50 € sind gemäß §10 GOÄ zusätzlich abrechenbar. Bei Beträgen über 50€ ist ein Einzelnachweis erforderlich.

\*\*\* Implantatekosten: Die Implantatekosten können von Medtronic entweder direkt mit den Krankenkassen/ Versicherungen abgerechnet werden (Voraussetzung: Eine unterschriebene Abtretungserklärung des Patienten) oder die Abrechnung erfolgt mit der Rechnung der medizinischen Leistungen mit Vorlage der Medtronic Rechnung.

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## AMBULANTE EXPLANTATION

ICD: R55 Synkope, OPS: 5-378.07 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung:  
Ereignis-Rekorder

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
OP Tag	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	491	Lokalanästhesie	1	7,05 €	2,30	6,22 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ*				2,94 €
	602	Oxymetrische Untersuchung	1	8,86 €	1,80	15,95 €
	3096A	Explantation Schrittmacher	1	64,70 €	2,30	148,81 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ*				15,03 €
	444	Zuschlag amb. OP	1	75,77 €	1,00	75,77 €
	204	Kompressionsverband	1	5,54 €	2,30	12,74 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ*				7,46 €
	75	Bericht	1	7,58 €	2,30	17,43 €
	<b>Summe</b>				<b>298,93 €</b>	

\* Alle Verbrauchsmaterialien und Medikamente über 1,50 € sind gemäß §10 GOÄ zusätzlich abrechenbar. Bei Beträgen über 50€ ist ein Einzelnachweis erforderlich.  
\*\* Je nach Schweregrad der Leistungserbringung ist der Steigerungsfaktor bei techn. Leistungen zw. 1,8 - 2,5 , bei ärztl. Leistungen zwischen 2,3 - 3,5

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## 2. Ambulante vertragsärztliche Versorgung - Produkte -

Implantierbare Herzmonitore  
Reveal LINQ™/LINQ II™  
OPS 5-377.8

CRT-P  
OPS 5-377.41

Schrittmacher Einkammer  
OPS 5-377.1

Einkammer ICD  
OPS 5-377.50, 5-377.51

Schrittmacher Zweikammer  
OPS 5-377.2, 5-377.30, 5-377.31

 Für alle Zulassungen im vertragsärztlichen Bereich, z.B. MVZ, Praxisklinik gemäß EBM und/oder GOÄ

## 2.1 Implantierbare Herzmonitore Reveal LINQ™/LINQ II™

 Abrechnung mit den Krankenkassen  
(NUR über Einzelfallkostenübernahmeantrag) **GKV**

 Besondere Versorgung

 Telemedizin für die Nachsorge  
(NUR über Einzelfallkostenübernahmeantrag) **GKV**

 Privatärztliche/  
Selbstzahler-Behandlungen

 iCARS® Antragservice  
Einzelfallkostenübernahme **GKV**

 Ambulantes Operieren  
gemäß § 115 b SGB V  
(zur Zeit noch nicht möglich) **GKV**



## 2.1.1 ABRECHNUNG MIT DEN KRANKENKASSEN

Bei der ambulanten Leistungserbringung ist zu beachten, dass die medizinische Leistung und die Implantatekosten adäquat abgerechnet werden. Die LINQ II™ Implantation ist in den Gebührenordnungen (AOP-Katalog) explizit noch nicht abgebildet. Es gibt jedoch folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

### GESETZLICH VERSICHERTE PATIENTEN - GKV / ANALOGE ABRECHNUNG NACH VEREINBARUNG



#### **ToDo:**

Patienten haben das Recht bei ihrer Kasse einen Einzelfallantrag zu stellen

#### **Notwendige Unterlagen für die Direktabrechnung mit der Krankenkasse:**

##### **Einwilligungserklärung des Patienten\***

welche die Datenweitergabe an und die Datenverarbeitung durch Medtronic zu Abrechnungszwecken ermöglicht. Ohne gültige Einwilligung ist keine Bearbeitung möglich.

##### **Meldeformular und Abtretungserklärung\***

Mit Seriennummern des Implantats

##### **Kostenübernahmeantrag je nach Indikation\***

- iCARS Antrag LINQ II™ Synkope
- iCARS Antrag LINQ II™ Kryptogener Schlaganfall
- iCARS Antrag LINQ II™ Arrhythmie

##### **Empfohlene Diagnostik-Dokumentation\***

- Vorschlag Checkliste konservative Diagnostik Stroke
- Vorschlag Checkliste konservative Diagnostik Synkope

Um die entsprechende Indikationsstellung eindeutig zu belegen (zwingend erforderlich für den MD) benötigen wir die medizinischen Unterlagen (z.B. Arztbriefe). Ohne diese Dokumente werden die Anträge wahrscheinlich abgelehnt.

\* Vordrucke und Muster für die dargestellten Unterlagen stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne elektronisch zur Verfügung.



Kontaktieren  
Sie uns!

## Ambulante Implantation

- ! **Vor der Implantation** muss das Abrechnungsverfahren mittels Einzelfallentscheid von der Kasse des Patienten genehmigt werden. Die Einzelfallanträge der Patienten unterstützen wir gerne mit unserem professionellen **iCARS® Service**. Oder wir senden wir Ihnen alternativ die Antragsunterlagen als Muster zu.

## Medizinische Leistungen

Eine analoge Abrechnung ist nur in vorheriger Absprache mit der gesetzlichen Krankenkasse möglich. Hier eine Variante, wie sie kassenseitig vorgeschlagen wurde:

Implantationskosten in Anlehnung an bestehende EBM-Ziffern			
EBM-Ziffer	Bezeichnung	Gesamtpunkte	Betrag*
31211	Eingriff der Kategorie L1 Implantation LINQ II™	1556	175,30 €
31503	Postoperative Überwachung im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31211	488	54,98 €
31602	Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31211	85	9,58 €
31821	Anästhesie und/oder Narkose, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungsposition 31211	997	112,32 €
	<b>Summe</b>		<b>352,18 €</b>

\*Gemäß Punktwert von 2022 = 11,2662 Cent

## Implantatekosten

Für den Herzmonitor (LINQ II™) muss ein Rezept ausgestellt werden. Die Verrechnung des Implantates kann mit den medizinischen Leistungen direkt an die Kasse berechnet werden (mit Vorlage der Medtronic Rechnung) oder nach Ausstellung einer Abtrittserklärung kann die Verrechnung direkt über Medtronic erfolgen. Einen ambulanten Kostenvoranschlag stellen wir Ihnen zur Verfügung.

- ! Das Aggregat muss zusätzlich zu den medizinischen Leistungen abgerechnet werden!

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

## Nachsorge: Abrechnung für die ambulante Funktionskontrolle bzw. Auslesen des EKGs

Eine gesonderte Abrechnungsziffer für die Kontrolle, Programmierung oder das Auslesen des gespeicherten EKGs besteht nicht. Bei gesetzlich versicherten Patienten ist die analoge Berechnung der GOÄ-Ziffer 661A mit 2,1-fachem Satz denkbar. Wir möchten Sie ausdrücklich darauf hinweisen, diese Vorgehensweise im Vorfeld mit der zuständigen Krankenkasse abzustimmen!

GOÄ-Ziffer	Text	Punkte	Satz*	Faktor	Honorar
661	Impulsanalyse	530	30,89 €	1,8	55,60 €
1	Beratung auch telefonisch	80	4,66 €	1,0	4,66 €
	<b>Nachsorge pro Quartal</b>				<b>60,26 €</b>

\*Gemäß Punktwert = 5,82873 Cent

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## 2.1.2 TELEMEDIZIN

Die Telemedizinische Nachsorge des LINQ II™ ist in den Gebührenordnungen explizit noch nicht abgebildet. Es gibt die Möglichkeit einen Kostenübernahmeantrag an die Krankenkassen zu stellen.

LINQ II™ hat immer Telemedizin. Für LINQ™ ohne ausgegebene Telemedizin kann Carelink immer via iCARS beantragt werden. Soll der LINQ™ mit CareLink oder der LINQ II™ im Rahmen der ambulanten MedManagement Selektivlösung versorgt werden, muss für die TK ein iCARS Antrag gestellt werden; für die DAK soll ein Antrag via MedManagement erfolgen, ärztlich kurz begründet!

### Kostenübernahmeantrag je nach Indikation\*

- iCARS Antrag CareLink LINQ II™ Synkope
- iCARS Antrag CareLink LINQ II™ Schlaganfall
- iCARS Antrag CareLink LINQ II™ TK
- iCARS Antrag CareLink LINQ II™ DAK

Im Rahmen eines Einzelfallantrags beantragen wir die (tele)medizinische Nachsorge immer mit.

### Nachsorge: Abrechnung für die ambulante Funktionskontrolle bzw. Auslesen des EKGs

Eine gesonderte Abrechnungsziffer für die Kontrolle, Programmierung oder das Auslesen des gespeicherten EKGs besteht nicht. Bei gesetzlich versicherten Patienten ist die analoge Berechnung der GOÄ-Ziffer 661A mit 2,1-fachem Satz denkbar. Wir möchten Sie ausdrücklich darauf hinweisen, diese Vorgehensweise im Vorfeld mit der zuständigen Krankenkasse abzustimmen!

GOÄ-Ziffer	Text	Punkte	Satz <sup>1</sup>	Faktor	Honorar
661	Impulsanalyse	530	30,89 €	1,8	55,60 €
1	Beratung auch telefonisch	80	4,66 €	1,0	4,66 €
	<b>Nachsorge pro Quartal</b>				<b>60,26 €</b>

1 Gemäß Punktwert = 5,82873 Cent



\* Vordrucke und Muster für die dargestellten Unterlagen stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne elektronisch zur Verfügung.

## 2.1.3 MEDTRONIC iCARS® SERVICE

### Notwendige Unterlagen für einen Einzelfallantrag

1. Zunächst ist die Kostenübernahme per Einzelfallantrag zu klären. Hierbei unterstützt Medtronic Patienten – falls gewünscht – durch einen professionellen iCARS® Service der für Einzelkostenübernahmeantragservice steht.
2. Über den iCARS® Service wird im Auftrag des Patienten ein entsprechender Antrag bei seiner Krankenkasse gestellt.
3. In diesem Fall benötigt Medtronic neben der Einwilligungserklärung des Patienten einen von Ihnen ausgefüllten Kostenübernahmeantrag, sowie ergänzende medizinische Unterlagen. Kommen Sie hierzu gerne auf uns zu.

Wir reichen den Antrag mit der Einwilligungserklärung des Patienten bei dessen Krankenkasse ein.

### Der Vorteil für den Patienten:

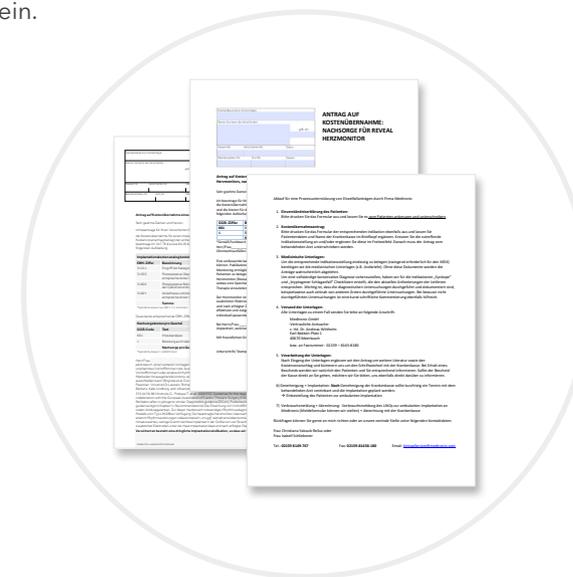
- Wir übernehmen den bürokratischen Aufwand.
- Wir übernehmen die Kommunikation mit der Krankenkasse und klären im Zweifel Rückfragen
- Falls ein Antrag abgelehnt wird, erhalten Sie weiterführende Informationen sowie Unterstützung beim Widerspruchsverfahren.

### Formulare / Vordrucke\*

- Postkarte Antragservice
- iCARS Antragservice Prozessablauf
- iCARS Einwilligungserklärung
- iCARS Antrag LINQ II™ Synkope
- iCARS Antrag LINQ II™ Kryptogener Schlaganfall
- iCARS Antrag LINQ II™ Arrhythmie
- Checkliste für Synkope und Schlaganfall

Weitere Informationen erhalten Sie hier

\* Vordrucke und Muster für die dargestellten Unterlagen stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne elektronisch zur Verfügung.



## 2.1.4 BESONDERE VERSORGUNG

Neben den genannten Behandlungen im Rahmen der Regelversorgung existieren noch zahlreiche weitere interessante Möglichkeiten der Versorgung Ihrer Patienten. Selektive Leistungen werden seitens der Krankenkassen extrabudgetär vergütet.

### Uns aktuell bekannte Beispiele:

#### *Bundesweite Verträge*

- DAK und Techniker Krankenkassen (MedManagement GmbH)

#### *Regionale Verträge*

##### *Baden Württemberg*

- AOK BW und verschiedenen BKKn:  
Facharztprogramme Baden-Württemberg (Medi-Verbund)  
<https://www.medi-verbund.de/facharztvertraege/aok-bw-bosch-bkk-kardiologie/>

##### *Sachsen*

- AOK Plus

##### *Sachsen Anhalt*

- IKK Classic
- Verschiedene Betriebskrankenkassen

Desweiteren gibt es in den einzelnen KV Bereichen die verschiedensten Selektivverträge. Zusätzlich kann es lokale oder klinik-individuelle Kassenabsprachen geben. Bitte informieren Sie sich bei Ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung oder sprechen Sie uns an.



## 2.1.5 PRIVATÄRZTLICHE/SELBSTZAHLER-BEHANDLUNGEN

### Ambulante privatärztliche Leistungen Implantation / Nachsorge

 **ToDo: Vereinbarung für eine privatärztliche Behandlung?**  
In der Regel werden die Kosten von den privaten Versicherungen übernommen.

#### Antragsformulare\* (es gibt spezielle Verträge bei denen zunächst eine Kostenübernahme beantragt werden muss)

Unter Umständen kann es Vertragskonstellationen geben, dass der Versicherte die Leistungsübernahme bei seiner Krankenversicherung vorher bestätigen lassen sollte. Hierfür halten wir spezielle Anträge bereit.

- iCARS Antrag LINQ II™ Synkope
- iCARS Antrag LINQ II™ Kryptogener Schlaganfall
- iCARS Antrag LINQ II™ Arrhythmie

#### Implantatekosten

Die Implantatekosten können von Medtronic direkt mit den Versicherungen abgerechnet werden. Voraussetzung: Eine unterschriebene Abtretungserklärung des Patienten (als Muster von Medtronic erhältlich\*) oder die Abrechnung erfolgt mit der Rechnung der medizinischen Leistungen mit Vorlage der Medtronic Rechnung.

#### Materialkosten

Alle Verbrauchsmaterialien und Medikamente über 1,50 € sind gemäß §10 GOÄ zusätzlich abrechenbar.

#### Abrechnungsbeispiel

GOÄ-Ziffer	Text	Satz <sup>1</sup>	Faktor	Honorar
3	ausführliche Beratung/OP Aufklärung	8,74 €	2,3	20,11 €
7	Untersuchung	9,33 €	2,3	21,45 €
491	Lokalanästhesie	7,05 €	2,3	16,22 €
3095A	Implantation LINQ II™	161,46 €	2,3	371,36 €
445	Zuschlag ambulantes Operieren	128,23 €	1,0	128,23 €
204	Druckverband/Steri Strip	5,54 €	2,3	12,74 €
75	Ausführlicher Bericht	7,58 €	2,3	17,43 €
	Zwischensumme Leistungen			643,14 €

<sup>1</sup> Gemäß Punktwert = 5,82873 Cent

\* Vordrucke und Muster für die dargestellten Unterlagen stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne elektronisch zur Verfügung.



Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

## Mögliche Abrechnungsleistungen

	GOÄ-Ziffer	Anzahl	Leistungsbezeichnung	Einfachsatz	STF	Betrag
Beratung, Untersuchungen, Berichte	1	1	Beratung	4,66 €	2,30	10,72 €
	3	1	Ausführliche Beratung	8,74 €	2,30	20,11 €
	5	1	Symptombez. Untersuchung	4,66 €	2,30	10,72 €
	7	1	Untersuchung	9,33 €	2,30	21,45 €
	661A	1	Abfrage LINQ II™	30,89 €	1,80	55,60 €
	70A	1	OP-Bericht	2,33 €	2,30	5,36 €
	75	1	Bericht	7,58 €	2,30	17,43 €
OP-Leistungen	3095A	1	Implantation LINQ II™	161,46 €	2,30	371,36 €
	zzgl. 445	1	Zuschlag ambulante OP	128,23 €	1,00	128,23 €
	3096A	1	Explantation LINQ II™	64,70	2,30	148,81 €
	zzgl. 444		Zuschlag ambulante OP	75,77 €	1,00	75,77 €
Zusatzleistungen	204	1	Kompressionsverband	5,54 €	2,30	12,74 €
	271	1	Infusion mind. 30 min.	6,99 €	2,30	16,08 €
	491	1	Lokalanästhesie	7,05 €	2,30	16,22 €
	602	1	Oxymetrische Untersuchung	8,86 €	1,80	15,95 €
	2015	1	Redondrainge	3,50 €	2,30	8,05 €
	5295	1	Durchleuchtung	13,99 €	1,80	25,18 €

**!** Bei den Abrechnungspositionen handelt es sich um ein Muster. Es können nur die Leistungen abgerechnet werden, die tatsächlich erbracht worden sind. Der jeweilige Steigerungsfaktor ist gemäß Aufwand zu wählen. Weiterhin sind die Abrechnungsbestimmungen der GOÄ bezüglich der Nebeneinanderberechnung von Gebührenpositionen zu berücksichtigen. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem GOÄ-Katalog.

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINQ II™

## 2.2 Schrittmacher Einkammer

Ambulantes Operieren  
gemäß § 115 b SGB V

GKV

Besondere Versorgung

GKV



Telemedizin  
(NUR über Einzelfallkostenübernahmeantrag)

GKV

Privatärztliche/  
Selbstzahler-Behandlungen

PKV

iCARS® Antragservice  
Einzelfallkostenübernahme

GKV



## 2.2.1 AMBULANTES OPERIEREN SCHRITTMACHER-EINKAMMER SYSTEM



**ToDo: Die Teilnahme an der Versorgungsform „Ambulantes Operieren“ muss angemeldet werden!**

### ICD: I48.1 Vorhofflimmern persistierend, OPS: 5-377.1 Implantation SM-Einkammersystem

	EBM-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	EUR	
prä OP	13542 <sup>1</sup>	Grundpauschale ab 60 Jahre	1	25,12 €	
OP	31212	Einbau Schrittmachersystem*	1	228,48 €	
	31503	Postoperative Überwachung	1	54,98 €	
	31800	Regionalanästhesie durch den Operateur	1	43,37€	
	34280	Durchleuchtung	1	10,70 €	
post OP	31609	Postoperative Behandlung Operateur	1	14,54 €	27,5% Abschlag b. Krankenhäusern
	13571	Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antibradykarden Therapie	1	24,33 €	
		7% Sachkostenpauschale		401,52 €	
		<b>Zwischensumme</b>		28,11 €	
				<b>429,63 €</b>	
		 <b>Zusätzlich werden die Implantatekosten abgerechnet.</b>			
		Optional abrechenbar: TYRX™			

<sup>1</sup> Obligatorischer Leistungsinhalt Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt **und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä**

\* Siehe auch [Kosten-Erlös-Vergleich](#)

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINO™/LINO II™

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

## 2.2.2 TELEMEDIZIN

Die Telemedizinische Nachsorge eines Einkammerschrittmachers ist in den Gebührenordnungen explizit nicht abgebildet. Es gibt die Möglichkeit einen Kostenübernahmeantrag an die Krankenkassen zu stellen.

### Kostenübernahmeantrag je nach Indikation\*

- iCARS Antrag CareLink Herzschrittmacher



Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

\* Vordrucke und Muster für die dargestellten Unterlagen stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne elektronisch zur Verfügung.

## 2.2.3 MEDTRONIC iCARS® SERVICE

### Notwendige Unterlagen für einen Einzelfallantrag

1. Zunächst ist die Kostenübernahme per Einzelfallantrag zu klären. Hierbei unterstützt Medtronic Patienten – falls gewünscht – durch einen professionellen iCARS® Service der für Einzelkostenübernahmeantragservice steht.
2. Über den iCARS® Service wird im Auftrag des Patienten ein entsprechender Antrag bei seiner Krankenkasse gestellt.
3. In diesem Fall benötigt Medtronic neben der Einwilligungserklärung des Patienten einen von Ihnen ausgefüllten Kostenübernahmeantrag, sowie ergänzende medizinische Unterlagen. Kommen Sie hierzu gerne auf uns zu.

Wir reichen den Antrag mit der Einwilligungserklärung des Patienten bei dessen Krankenkasse ein.

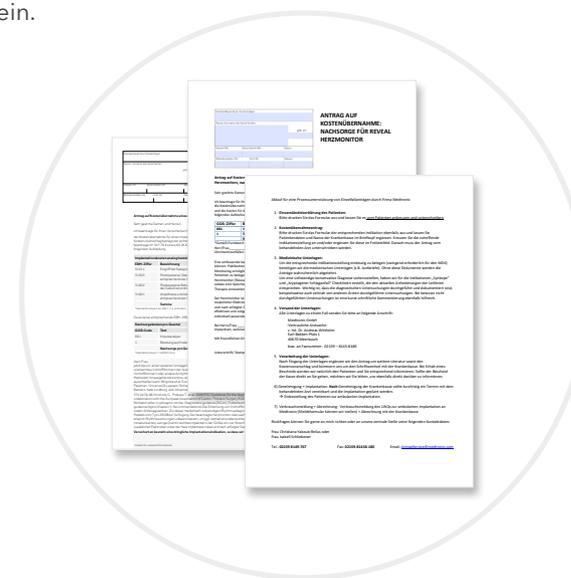
### Der Vorteil für den Patienten:

- Wir übernehmen den bürokratischen Aufwand.
- Wir übernehmen die Kommunikation mit der Krankenkasse und klären im Zweifel Rückfragen.
- Falls ein Antrag abgelehnt wird, erhalten Sie weiterführende Informationen sowie Unterstützung beim Widerspruchsverfahren.

### Formulare / Vordrucke\*

- Postkarte Antragservice
- iCARS Antragservice Prozessablauf
- iCARS Einwilligungserklärung
- iCARS Antrag CareLink Schrittmacher

Weitere Informationen erhalten Sie hier



\* Vordrucke und Muster für die dargestellten Unterlagen stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne elektronisch zur Verfügung.

## 2.2.4 BESONDERE VERSORGUNG

Neben den genannten Behandlungen im Rahmen der Regelversorgung existieren noch zahlreiche weitere interessante Möglichkeiten der Versorgung Ihrer Patienten. Selektive Leistungen werden seitens der Krankenkassen extrabudgetär vergütet.

### Uns aktuell bekannte Beispiele:

#### *Bundesweite Verträge*

- DAK und Techniker Krankenkassen (MedManagement GmbH)

#### *Regionale Verträge*

##### *Baden Württemberg*

- AOK BW und verschiedenen BKKn:  
Facharztprogramme Baden-Württemberg (Medi-Verbund)  
<https://www.medi-verbund.de/facharztvertraege/aok-bw-bosch-bkk-kardiologie/>

##### *Sachsen*

- AOK Plus

##### *Sachsen Anhalt*

- IKK Classic
- Verschiedene Betriebskrankenkassen

Desweiteren gibt es in den einzelnen KV Bereichen die verschiedensten Selektivverträge. Zusätzlich kann es lokale oder klinik-individuelle Kassenabsprachen geben. Bitte informieren Sie sich bei Ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung oder sprechen Sie uns an.



Kontaktieren  
Sie uns!

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## 2.2.5 PRIVATÄRZTLICHE/SELBSTZAHLER-BEHANDLUNGEN

Die Berechnung ambulant erbrachter Leistungen bei privat versicherten Patienten erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).



### **ToDo: Vereinbarung für eine privatärztliche Behandlung?**

In der Regel werden die Kosten von den privaten Versicherungen übernommen.

Unter Umständen kann es Vertragskonstellationen geben, dass der Versicherte die Leistungsübernahme bei seiner Krankenversicherung vorher bestätigen lassen sollte. Hierfür halten wir spezielle Anträge bereit.



Kontaktieren  
Sie uns!

## IMPLANTATION EINKAMMERSYSTEM

### ICD: I48.10 Vorhofflimmern Paroxysmal, OPS: 5-377.1 Implantation SM-Einkammersystem

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
prä OP	3	ausführliche Beratung	1	8,74 €	2,30	20,10 €
	7	Untersuchung	1	9,33 €	2,30	21,46 €
OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	491	Lokalanästhesie	2	7,05 €	2,30	32,43 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**	2	2,94 €		5,88 €
	271	Infusion mind. 30 min.	1	6,99 €	2,30	16,08 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**		12,00 €		12,00 €
	602	Oxymetrische Untersuchung	1	8,86 €	1,80	15,95 €
	3095	Schrittmacher-Erstimplantation	1	161,46 €	2,30	371,36 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**		22,60 €		22,60 €
		evtl. TYRX™				... €
	445	Zuschlag amb. OP	1	128,23 €	1,00	128,23 €
661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €	
5295	Durchleuchtung	1	13,99 €	1,80	25,18 €	
204	Kompressionsverband	1	5,54 €	2,30	12,74 €	
	Auslagen gem. §10 GOÄ**		7,46 €		7,46 €	
...	...	...	...	...	...	...

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
...	...	...	...	...	...	...
post OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	5	symptombez. Untersuchung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €
evtl.	75	Bericht	1	7,58 €	2,30	17,43 €
		<b>Zwischensumme ohne Implantatekosten</b>				<b>852,26 €</b>
		zzgl. Implantatekosten*** = Endsumme				

- \* Der Faktor ist je nach Schweregrad zwischen 1,0 und 3,5 bei ärztlichen Leistungen. Bei einer Steigerung über dem s.g. Schwellenwert (2,3) ist eine Begründung erforderlich. Bei technischen Leistungen ist der Steigerungsfaktor zwischen 1,0 und 2,5, der Schwellenwert liegt hier bei 1,8. Steigerungsbegründung: Wegen erhöhtem Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad, z.B. 2,8 bei Implantation von Zweikammersystem, z.B. 3,3 bei Implantation von Dreikammersystem
- \*\* Alle Verbrauchsmaterialien und Medikamente über 1,50 € sind gemäß §10 GOÄ zusätzlich abrechenbar. Bei Beträgen über 50€ ist ein Einzelnachweis erforderlich.
- \*\*\* Implantatekosten: Die Implantatekosten können von Medtronic entweder direkt mit den Krankenkassen/ Versicherungen abgerechnet werden (Voraussetzung: Eine unterschriebene Abtretungserklärung des Patienten) oder die Abrechnung erfolgt mit der Rechnung der medizinischen Leistungen mit Vorlage der Medtronic Rechnung.

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## AGGREGATWECHSEL

ICD: I48.11 Vorhofflimmern persistierend, OPS: 5-378.51 Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem oder 5-378.52 Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
prä OP	3	ausführliche Beratung	1	8,74 €	2,30	20,10 €
	7	Untersuchung	1	9,33 €	2,30	21,46 €
OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	491	Lokalanästhesie	2	7,05 €	2,30	32,43 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**	2			5,88 €
	271	Infusion mind. 30 min.	1	6,99 €	2,30	16,08 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**		12,00 €		12,00 €
	602	Oxymetrische Untersuchung	1	8,86 €	1,80	15,95 €
	3096	Aggregatwechsel	1	64,70 €	2,30	148,81 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**				15,03 €
		evtl. TYRX™				... €
	444	Zuschlag amb. OP	1	75,77 €	1,00	75,77 €
	661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €
	5295	Durchleuchtung	1	13,99 €	1,80	25,18 €
	204	Kompressionsverband	1	5,54 €	2,30	12,74 €
	Auslagen gem. §10 GOÄ**				7,46 €	
post OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	5	symptombez. Untersuchung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €
evtl.	75	Bericht	1	7,58 €	2,30	17,43 €
		<b>Zwischensumme ohne Implantatekosten</b>				<b>570,29 €</b>
		zzgl. Implantatekosten*** = Endsumme				

\* Der Faktor ist je nach Schweregrad zwischen 1,0 und 3,5 bei ärztlichen Leistungen. Bei einer Steigerung über dem s.g. Schwellenwert (2,3) ist eine Begründung erforderlich. Bei technischen Leistungen ist der Steigerungsfaktor zwischen 1,0 und 2,5, der Schwellenwert liegt hier bei 1,8. Steigerungsbegründung: Wegen erhöhtem Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad, z.B. 2,8 bei Implantation von Zweikammersystem, z.B. 3,3 bei Implantation von Dreikammersystem

\*\* Alle Verbrauchsmaterialien und Medikamente über 1,50 € sind gemäß §10 GOÄ zusätzlich abrechenbar. Bei Beträgen über 50€ ist ein Einzelnachweis erforderlich.

\*\*\* Implantatekosten: Die Implantatekosten können von Medtronic entweder direkt mit den Krankenkassen/ Versicherungen abgerechnet werden (Voraussetzung: Eine unterschriebene Abtretungserklärung des Patienten) oder die Abrechnung erfolgt mit der Rechnung der medizinischen Leistungen mit Vorlage der Medtronic Rechnung.

## AMBULANTE EXPLANTATION

ICD: R55 Synkope, OPS: 5-378.07 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung:  
Ereignis-Rekorder

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
OP Tag	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	491	Lokalanästhesie	1	7,05 €	2,30	6,22 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ*				2,94 €
	602	Oxymetrische Untersuchung	1	8,86 €	1,80	15,95 €
	3096A	Explantation Schrittmacher	1	64,70 €	2,30	148,81 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ*				15,03 €
	444	Zuschlag amb. OP	1	75,77 €	1,00	75,77 €
	204	Kompressionsverband	1	5,54 €	2,30	12,74 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ*				7,46 €
	75	Bericht	1	7,58 €	2,30	17,43 €
		<b>Summe</b>				<b>315,03 €</b>

\* Alle Verbrauchsmaterialien und Medikamente über 1,50 € sind gemäß §10 GOÄ zusätzlich abrechenbar. Bei Beträgen über 50€ ist ein Einzelnachweis erforderlich.  
\*\* Je nach Schweregrad der Leistungserbringung ist der Steigerungsfaktor bei techn. Leistungen zw. 1,8 - 2,5 , bei ärztl. Leistungen zwischen 2,3 - 3,5

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## Mögliche Abrechnungsleistungen

	GOÄ-Ziffer	Anzahl	Leistungsbezeichnung	Einfachsatz	STF	Betrag
Beratung, Untersuchungen, Berichte	1	1	Beratung	4,66 €	2,30	10,72 €
	3	1	Ausführliche Beratung	8,74 €	2,30	20,11 €
	5	1	Symptombez. Untersuchung	4,66 €	2,30	10,72 €
	7	1	Untersuchung	9,33 €	2,30	21,45 €
	661A	1	Abfrage LINQ II™	30,89 €	1,80	55,60 €
	70A	1	OP-Bericht	2,33 €	2,30	5,36 €
	75	1	Bericht	7,58 €	2,30	17,43 €
OP-Leistungen	3095A	1	Implantation LINQ II™	161,46 €	2,30	371,36 €
	zzgl. 445	1	Zuschlag ambulante OP	128,23 €	1,00	128,23 €
	3096A	1	Explantation LINQ II™	64,70	2,30	148,81 €
	zzgl. 444		Zuschlag ambulante OP	75,77 €	1,00	75,77 €
Zusatzleistungen	204	1	Kompressionsverband	5,54 €	2,30	12,74 €
	271	1	Infusion mind. 30 min.	6,99 €	2,30	16,08 €
	491	1	Lokalanästhesie	7,05 €	2,30	16,22 €
	602	1	Oxymetrische Untersuchung	8,86 €	1,80	15,95 €
	2015	1	Redondrainge	3,50 €	2,30	8,05 €
	5295	1	Durchleuchtung	13,99 €	1,80	25,18 €

**!** Bei den Abrechnungspositionen handelt es sich um ein Muster. Es können nur die Leistungen abgerechnet werden, die tatsächlich erbracht worden sind. Der jeweilige Steigerungsfaktor ist gemäß Aufwand zu wählen. Weiterhin sind die Abrechnungsbestimmungen der GOÄ bezüglich der Nebeneinanderberechnung von Gebührenpositionen zu berücksichtigen. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem GOÄ-Katalog.

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

## 2.3 Schrittmacher Zweikammer

 Ambulantes Operieren 

 Besondere Versorgung 

 Telemedizin   
(NUR über Einzelfallkostenübernahmeantrag)

 Privatärztliche/  
Selbstzahler-Behandlungen 

 iCARS® Antragservice  
Einzelfallkostenübernahme 

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## 2.3.1 AMBULANTES OPERIEREN



**ToDo: Die Teilnahme an der Versorgungsform „Ambulantes Operieren“ muss angemeldet werden!**

### ZWEIKAMMER-SCHRITTMACHER MIT EINER SCHRITTMACHERSONDE

ICD: I48.1 Vorhofflimmern persistierend, OPS: 5-377.2 Implantation Schrittmacher, Zweikammersystem, mit einer Schrittmachersonde

	EBM-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	EUR
prä OP	13542 <sup>1</sup>	Grundpauschale ab 60 Jahre	1	25,12 €
OP	31212	Einbau Schrittmachersystem*	1	228,48 €
	31503	Postoperative Überwachung	1	54,98 €
	31800	Regionalanästhesie durch den Operateur	1	43,37€
	34280	Durchleuchtung	1	10,70 €
post OP	31609	Postoperative Behandlung Operateur	1	20,05 €
	13571	Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antibradykarden Therapie	1	24,33 €
		7% Sachkostenpauschale		407,03 €
		<b>Zwischensumme</b>		28,49 €
				<b>435,52 €</b>
		 <b>Zusätzlich werden die Implantatekosten abgerechnet.</b> Optional abrechenbar: TYRX™		

<sup>1</sup> Obligatorischer Leistungsinhalt Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt **und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä**

\* Im Vertragsarztbereich  
Für den Herzschrittmacher und die Elektroden muss ein Rezept ausgestellt werden.  
Die Rechnungsstellung an die Krankenkasse erfolgt gemäß den einzelnen KV-Abrechnungsmodalitäten.

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## ZWEIKAMMER-SCHRITTMACHER MIT 2 SCHRITTMACHERSONDEN

ICD: I48.1 Vorhofflimmern persistierend, OPS: 5-377.30 mplantation Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden, Ohne antitachykarde Stimulation

	EBM-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	EUR	
prä OP	13542 <sup>1</sup>	Grundpauschale ab 60 Jahre	1	25,12 €	
OP	31214	Einbau Schrittmachersystem	1	380,68 €	
	31505	Postoperative Überwachung	1	110,07 €	
	31800	Regionalanästhesie durch den Operateur	1	43,37€	
	34280	Durchleuchtung	1	10,70 €	
post OP	31611	Postoperative Behandlung Operateur	1	27,04 €	
	13571	Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antibradykarden Therapie	1	24,33 €	
		7% Sachkostenpauschale		622,32 €	
		<b>Zwischensumme</b>		43,56 €	
				<b>665,88 €</b>	
		<b>Zusätzlich werden die Implantatekosten abgerechnet.</b> Optional abrechenbar: TYRX™			

<sup>1</sup> obligatorischer Leistungsinhalt Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt **und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä**

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

## 2.3.2 TELEMEDIZIN

Die Telemedizinische Nachsorge eines Einkammerschrittmachers ist in den Gebührenordnungen explizit nicht abgebildet. Es gibt die Möglichkeit einen Kostenübernahmeantrag an die Krankenkassen zu stellen.

### Kostenübernahmeantrag je nach Indikation\*

- iCARS Antrag CareLink Herzschrittmacher



Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

\* Vordrucke und Muster für die dargestellten Unterlagen stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne elektronisch zur Verfügung.

## 2.3.3 MEDTRONIC iCARS® SERVICE

### Notwendige Unterlagen für einen Einzelfallantrag

1. Zunächst ist die Kostenübernahme per Einzelfallantrag zu klären. Hierbei unterstützt Medtronic Patienten – falls gewünscht – durch einen professionellen iCARS® Service der für Einzelkostenübernahmeantragservice steht.
2. Über den iCARS® Service wird im Auftrag des Patienten ein entsprechender Antrag bei seiner Krankenkasse gestellt.
3. In diesem Fall benötigt Medtronic neben der Einwilligungserklärung des Patienten einen von Ihnen ausgefüllten Kostenübernahmeantrag, sowie ergänzende medizinische Unterlagen. Kommen Sie hierzu gerne auf uns zu.

Wir reichen den Antrag mit der Einwilligungserklärung des Patienten bei dessen Krankenkasse ein.

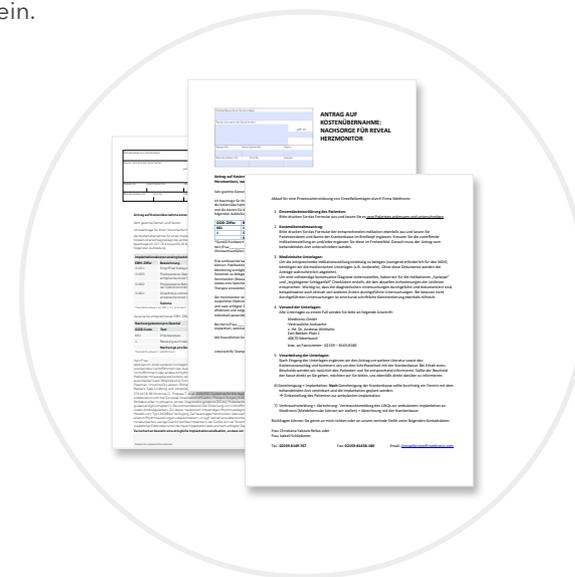
### Der Vorteil für den Patienten:

- Wir übernehmen den bürokratischen Aufwand.
- Wir übernehmen die Kommunikation mit der Krankenkasse und klären im Zweifel Rückfragen.
- Falls ein Antrag abgelehnt wird, erhalten Sie weiterführende Informationen sowie Unterstützung beim Widerspruchsverfahren.

### Formulare / Vordrucke\*

- Postkarte Antragservice
- iCARS Antragservice Prozessablauf
- iCARS Einwilligungserklärung
- iCARS Antrag CareLink Schrittmacher

Weitere Informationen erhalten Sie hier



\* Vordrucke und Muster für die dargestellten Unterlagen stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne elektronisch zur Verfügung.

## 2.3.4 BESONDERE VERSORGUNG

Neben den genannten Behandlungen im Rahmen der Regelversorgung existieren noch zahlreiche weitere interessante Möglichkeiten der Versorgung Ihrer Patienten. Selektive Leistungen werden seitens der Krankenkassen extrabudgetär vergütet.

### Uns aktuell bekannte Beispiele:

#### *Bundesweite Verträge*

- DAK und Techniker Krankenkassen (MedManagement GmbH)

#### *Regionale Verträge*

##### *Baden Württemberg*

- AOK BW und verschiedenen BKKn:  
Facharztprogramme Baden-Württemberg (Medi-Verbund)  
<https://www.medi-verbund.de/facharztvertraege/aok-bw-bosch-bkk-kardiologie/>

##### *Sachsen*

- AOK Plus

##### *Sachsen Anhalt*

- IKK Classic
- Verschiedene Betriebskrankenkassen

Desweiteren gibt es in den einzelnen KV Bereichen die verschiedensten Selektivverträge. Zusätzlich kann es lokale oder klinik-individuelle Kassenabsprachen geben. Bitte informieren Sie sich bei Ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung oder sprechen Sie uns an.



## 2.3.5 PRIVATÄRZTLICHE/SELBSTZAHLER-BEHANDLUNGEN

Die Berechnung ambulant erbrachter Leistungen bei privat versicherten Patienten erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).



### ToDo: Vereinbarung für eine privatärztliche Behandlung?

In der Regel werden die Kosten von den privaten Versicherungen übernommen.

Unter Umständen kann es Vertragskonstellationen geben, dass der Versicherte die Leistungsübernahme bei seiner Krankenversicherung vorher bestätigen lassen sollte. Hierfür halten wir spezielle Anträge bereit.



Kontaktieren  
Sie uns!

## IMPLANTATION ZWEIKAMMERSYSTEM

### ICD: I44.2 Atrioventrikulärer Block 3. Grades, OPS: 5-377.30 Implantation SM-Zweikammersystem

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
prä OP	3	ausführliche Beratung	1	8,74 €	2,30	20,10 €
	7	Untersuchung	1	9,33 €	2,30	21,46 €
OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	491	Lokalanästhesie	2	7,05 €	2,30	32,43 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**	2	2,94 €		5,88 €
	271	Infusion mind. 30 min.	1	6,99 €	2,30	16,08 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**		12,00 €		12,00 €
	602	Oxymetrische Untersuchung	1	8,86 €	1,80	15,95 €
	3095	Schrittmacher-Erstimplantation (Erhöht. Zeitaufw. b. SM Implant. mit 2 Elektr.)	1	161,46 €	2,80	452,09 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**		22,60 €		22,60 €
		evtl. TYRX™				... €
	445	Zuschlag amb. OP	1	128,23 €	1,00	128,23 €
	661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €
5295	Durchleuchtung	1	13,99 €	1,80	25,18 €	
204	Kompressionsverband	1	5,54 €	2,30	12,74 €	
	Auslagen gem. §10 GOÄ**		7,46 €		7,46 €	
...	...	...	...	...	...	

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINO™/LINO II™

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
...	...	...	...	...	...	...
post OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	5	symptombez. Untersuchung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €
	75	Bericht	1	7,58 €	2,30	17,43 €
		<b>Zwischensumme ohne Implantatekosten</b>				<b>915,56 €</b>
		zzgl. Implantatekosten*** = Endsumme				

- \* Der Faktor ist je nach Schweregrad zwischen 1,0 und 3,5 bei ärztlichen Leistungen. Bei einer Steigerung über dem s.g. Schwellenwert (2,3) ist eine Begründung erforderlich. Bei technischen Leistungen ist der Steigerungsfaktor zwischen 1,0 und 2,5, der Schwellenwert liegt hier bei 1,8. Steigerungsbegründung: Wegen erhöhtem Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad, z.B. 2,8 bei Implantation von Zweikammersystem, z.B. 3,3 bei Implantation von Dreikammersystem
- \*\* Alle Verbrauchsmaterialien und Medikamente über 1,50 € sind gemäß §10 GOÄ zusätzlich abrechenbar. Bei Beträgen über 50€ ist ein Einzelnachweis erforderlich.
- \*\*\* Implantatekosten: Die Implantatekosten können von Medtronic entweder direkt mit den Krankenkassen/ Versicherungen abgerechnet werden (Voraussetzung: Eine unterschriebene Abtretungserklärung des Patienten) oder die Abrechnung erfolgt mit der Rechnung der medizinischen Leistungen mit Vorlage der Medtronic Rechnung.

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## AGGREGATWECHSEL

ICD: I48.11 Vorhofflimmern persistierend, OPS: 5-378.51 Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem oder 5-378.52 Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
prä OP	3	ausführliche Beratung	1	8,74 €	2,30	20,10 €
	7	Untersuchung	1	9,33 €	2,30	21,46 €
OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	491	Lokalanästhesie	2	7,05 €	2,30	32,43 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**	2			5,88 €
	271	Infusion mind. 30 min.	1	6,99 €	2,30	16,08 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**		12,00 €		12,00 €
	602	Oxymetrische Untersuchung	1	8,86 €	1,80	15,95 €
	3096	Aggregatwechsel	1	64,70 €	2,30	148,81 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**				15,03 €
		evtl. TYRX™				... €
	444	Zuschlag amb. OP	1	75,77 €	1,00	75,77 €
	661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €
	5295	Durchleuchtung	1	13,99 €	1,80	25,18 €
	204	Kompressionsverband	1	5,54 €	2,30	12,74 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**				7,46 €
post OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	5	symptombez. Untersuchung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €
	75	Bericht	1	7,58 €	2,30	17,43 €
		<b>Zwischensumme ohne Implantatekosten</b>				<b>570,29 €</b>
		zzgl. Implantatekosten*** = Endsumme				

\* Der Faktor ist je nach Schweregrad zwischen 1,0 und 3,5 bei ärztlichen Leistungen. Bei einer Steigerung über dem s.g. Schwellenwert (2,3) ist eine Begründung erforderlich. Bei technischen Leistungen ist der Steigerungsfaktor zwischen 1,0 und 2,5, der Schwellenwert liegt hier bei 1,8. Steigerungsbegründung: Wegen erhöhtem Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad, z.B. 2,8 bei Implantation von Zweikammersystem, z.B. 3,3 bei Implantation von Dreikammersystem

\*\* Alle Verbrauchsmaterialien und Medikamente über 1,50 € sind gemäß §10 GOÄ zusätzlich abrechenbar. Bei Beträgen über 50€ ist ein Einzelnachweis erforderlich.

\*\*\* Implantatekosten: Die Implantatekosten können von Medtronic entweder direkt mit den Krankenkassen/ Versicherungen abgerechnet werden (Voraussetzung: Eine unterschriebene Abtretungserklärung des Patienten) oder die Abrechnung erfolgt mit der Rechnung der medizinischen Leistungen mit Vorlage der Medtronic Rechnung.

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## AMBULANTE EXPLANTATION

ICD: R55 Synkope, OPS: 5-378.07 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung:  
Ereignis-Rekorder

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
OP Tag	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	491	Lokalanästhesie	1	7,05 €	2,30	6,22 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ*				2,94 €
	602	Oxymetrische Untersuchung	1	8,86 €	1,80	15,95 €
	3096A	Explantation Schrittmacher	1	64,70 €	2,30	148,81 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ*				15,03 €
	444	Zuschlag amb. OP	1	75,77 €	1,00	75,77 €
	204	Kompressionsverband	1	5,54 €	2,30	12,74 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ*				7,46 €
	75	Bericht	1	7,58 €	2,30	17,43 €
	<b>Summe</b>				<b>298,93 €</b>	

\* Alle Verbrauchsmaterialien und Medikamente über 1,50 € sind gemäß §10 GOÄ zusätzlich abrechenbar. Bei Beträgen über 50€ ist ein Einzelnachweis erforderlich.

\*\* Je nach Schweregrad der Leistungserbringung ist der Steigerungsfaktor bei techn. Leistungen zw. 1,8 - 2,5 , bei ärztl. Leistungen zwischen 2,3 - 3,5

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

## 2.4 CRT-P



Abrechnung mit den Krankenkassen  
(NUR über Einzelfallkostenübernahmeantrag)

GKV



iCARS® Antragservice  
Einzelfallkostenübernahme

GKV



Telemedizin

GKV



Besondere Versorgung

GKV



Ambulantes Operieren  
gemäß § 115 b SGB V  
(zur Zeit noch nicht möglich)

GKV



Privatärztliche/  
Selbstzahler-Behandlungen

PKV

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## 2.4.1 ABRECHNUNG MIT DEN KRANKENKASSEN

Bei der ambulanten Leistungserbringung ist zu beachten, dass die medizinische Leistung und die Implantatekosten adäquat abgerechnet werden. Die Implantation ist in den Gebührenordnungen explizit nicht abgebildet. Es gibt jedoch folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

### GESETZLICH VERSICHERTE PATIENTEN - GKV / ANALOGE ABRECHNUNG NACH VEREINBARUNG

**ToDo:**

Patienten haben das Recht bei ihrer Kasse einen Einzelfallantrag zu stellen

#### Notwendige Unterlagen für die Direktabrechnung mit der Krankenkasse:

- Rezept Muster 16 „CareLink Netzwerk für die telemedizinische Funktionsanalyse eines ICD/CRT-P/CRT-D“\*

#### Einwilligungserklärung des Patienten\*

welche die Datenweitergabe an und die Datenverarbeitung durch Medtronic zu Abrechnungszwecken ermöglicht. Ohne gültige Einwilligung ist keine Bearbeitung möglich.

#### Meldeformular und Abtretungserklärung\*

Mit Seriennummern des Implantats, sowie ggf. des MyCareLink Monitors / Hinweis auf die MyCareLink Heart App.

#### Kostenübernahmeantrag je nach Indikation\*

- iCARS® Antrag telemedizinische Funktionsanalyse eines ICD- und CRT-Patienten  
(nur bei Patienten die bei einer Kasse versichert sind, die nicht auf der Positivliste abgebildet ist, gilt nicht für die Direktabrechnung)

#### Positivliste der Krankenkasse (Stand Jan. 2020)

- AOK Baden-Württemberg
- AOK Bayern
- AOK Bremen/Bremerhaven
- AOK Hessen
- AOK Niedersachsen
- AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
- Barmer
- BKK Mobil Oil

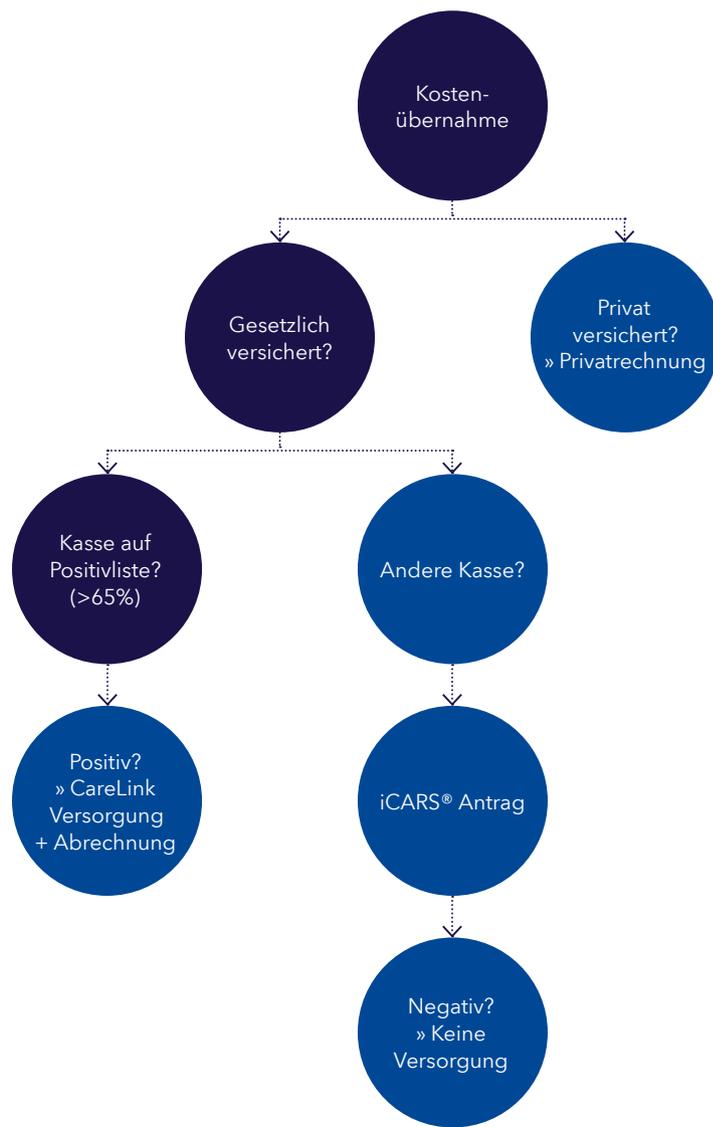
- BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg
- Bosch BKK
- BKK Werra-Meißner
- DAK
- Heimat Krankenkasse
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- IKK Südwest
- KKH Kaufmännische Krankenkasse

- hkk Krankenkasse
- Siemens BKK

Bei anderen Krankenkassen muss vor der Versorgung mit CareLink ein Kostenübernahmeantrag gestellt und genehmigt werden. Patienten können dazu gerne unseren iCARS® Service in Anspruch nehmen.

\* Vordrucke und Muster für die dargestellten Unterlagen stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne elektronisch zur Verfügung.

## Ablaufgrafik



Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeitenAbrechnungs-  
komplexeKatalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

## 2.4.2 TELEMEDIZIN

### Abrechnungsmöglichkeit gemäß EBM

#### Bei Erwachsenen

<b>13576</b>	<b>Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)</b>
<b>Beschreibung</b>	
Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)	
<b>Obligater Leistungsinhalt</b>	
- 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)	
<b>EBM Wert 55,43 €</b>	

EBM Wert = EBM Punkte x Orientierungswert 11,2662

#### Bei Kindern

<b>04416</b>	<b>Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D) bis zum 18. Lebensjahr</b>
<b>Beschreibung</b>	
Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)	
<b>Obligater Leistungsinhalt</b>	
- 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)	
<b>EBM Wert 101,51 €</b>	

EBM Wert = EBM Punkte x Orientierungswert 11,2662

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-KammerSchrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## 2.4.3 MEDTRONIC iCARS® SERVICE (Nur bei Kassen die nicht auf der Positivliste stehen)

### Notwendige Unterlagen für einen Einzelfallantrag

1. Zunächst ist die Kostenübernahme per Einzelfallantrag zu klären. Hierbei unterstützt Medtronic Patienten - falls gewünscht - durch einen professionellen iCARS® Service der für Einzelkostenübernahmeantragsservice steht.
2. Über den iCARS® Service wird im Auftrag des Patienten ein entsprechender Antrag bei seiner Krankenkasse gestellt.
3. In diesem Fall benötigt Medtronic neben der Einwilligungserklärung des Patienten einen von Ihnen ausgefüllten Kostenübernahmeantrag, sowie ergänzende medizinische Unterlagen. Kommen Sie hierzu gerne auf uns zu.

Wir reichen den Antrag mit der Einwilligungserklärung des Patienten bei dessen Krankenkasse ein.

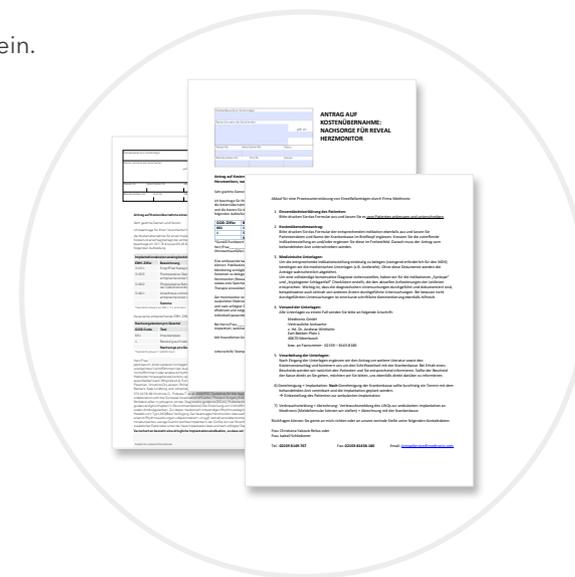
### Der Vorteil für den Patienten:

- Wir übernehmen den bürokratischen Aufwand.
- Wir übernehmen die Kommunikation mit der Krankenkasse und klären im Zweifel Rückfragen.
- Falls ein Antrag abgelehnt wird, erhalten Sie weiterführende Informationen sowie Unterstützung beim Widerspruchsverfahren.

### Formulare / Vordrucke\*

- Postkarte Antragservice
- iCARS Antragservice Prozessablauf
- iCARS Einwilligungserklärung
- iCARS Antrag CareLink ICD und CRT

Weitere Informationen erhalten Sie hier



\* Vordrucke und Muster für die dargestellten Unterlagen stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne elektronisch zur Verfügung.

## 2.4.4 BESONDERE VERSORGUNG

Neben den genannten Behandlungen im Rahmen der Regelversorgung existieren noch zahlreiche weitere interessante Möglichkeiten der Versorgung Ihrer Patienten. Selektive Leistungen werden seitens der Krankenkassen extrabudgetär vergütet.

### Uns aktuell bekannte Beispiele:

#### *Bundesweite Verträge*

- DAK und Techniker Krankenkassen (MedManagement GmbH)

#### *Regionale Verträge*

##### *Baden Württemberg*

- AOK BW und verschiedenen BKKn:  
Facharztprogramme Baden-Württemberg (Medi-Verbund)  
<https://www.medi-verbund.de/facharztvertraege/aok-bw-bosch-bkk-kardiologie/>

##### *Sachsen*

- AOK Plus

##### *Sachsen Anhalt*

- IKK Classic
- Verschiedene Betriebskrankenkassen

Desweiteren gibt es in den einzelnen KV Bereichen die verschiedensten Selektivverträge. Zusätzlich kann es lokale oder klinik-individuelle Kassenabsprachen geben. Bitte informieren Sie sich bei Ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung oder sprechen Sie uns an.



## 2.4.5 PRIVATÄRZTLICHE/SELBSTZAHLER-BEHANDLUNGEN

Die Berechnung ambulant erbrachter Leistungen bei privat versicherten Patienten erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).



### ToDo: Vereinbarung für eine privatärztliche Behandlung?

In der Regel werden die Kosten von den privaten Versicherungen übernommen.

Unter Umständen kann es Vertragskonstellationen geben, dass der Versicherte die Leistungsübernahme bei seiner Krankenversicherung vorher bestätigen lassen sollte. Hierfür halten wir spezielle Anträge bereit.



Kontaktieren  
Sie uns!

## IMPLANTATION

ICD: I44.2 Atrioventrikulärer Block 3. Grades, OPS: 5-377.40 Implant. SM, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], Ohne Vorhofelektrode

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
prä OP	3	ausführliche Beratung	1	8,74 €	2,30	20,10 €
	7	Untersuchung	1	9,33 €	2,30	21,46 €
OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	491	Lokalanästhesie	2	7,05 €	2,30	32,43 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**	2	2,94 €		5,88 €
	271	Infusion mind. 30 min.	1	6,99 €	2,30	16,08 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**		12,00 €		12,00 €
	602	Oxymetrische Untersuchung	1	8,86 €	1,80	15,95 €
	3095	Schrittmacher-Erstimplantation (Erhöht. Zeitaufw. b. 3-Kammerschrittmacher)	1	161,46 €	3,50	565,11€
		Auslagen gem. §10 GOÄ**		22,60 €		22,60 €
		evtl. TYRX™				... €
	445	Zuschlag amb. OP	1	128,23 €	1,00	128,23 €
661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €	
5295	Durchleuchtung	1	13,99 €	1,80	25,18 €	
204	Kompressionsverband	1	5,54 €	2,30	12,74 €	
	Auslagen gem. §10 GOÄ**		7,46 €		7,46 €	
...	...	...	...	...	...	...

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
...	...	...	...	...	...	...
post OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	5	symptombez. Untersuchung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €
	75	Bericht	1	7,58 €	2,30	17,43 €
		<b>Zwischensumme ohne Implantatekosten</b>				<b>1.046,01 €</b>
		zzgl. Implantatekosten*** = Endsumme				

- \* Der Faktor ist je nach Schweregrad zwischen 1,0 und 3,5 bei ärztlichen Leistungen. Bei einer Steigerung über dem s.g. Schwellenwert (2,3) ist eine Begründung erforderlich. Bei technischen Leistungen ist der Steigerungsfaktor zwischen 1,0 und 2,5, der Schwellenwert liegt hier bei 1,8. Steigerungsbegründung: Wegen erhöhtem Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad, z.B. 2,8 bei Implantation von Zweikammersystem, z.B. 3,3 bei Implantation von Dreikammersystem
- \*\* Alle Verbrauchsmaterialien und Medikamente über 1,50 € sind gemäß §10 GOÄ zusätzlich abrechenbar. Bei Beträgen über 50€ ist ein Einzelnachweis erforderlich.
- \*\*\* Implantatekosten: Die Implantatekosten können von Medtronic entweder direkt mit den Krankenkassen/ Versicherungen abgerechnet werden (Voraussetzung: Eine unterschriebene Abtretungserklärung des Patienten) oder die Abrechnung erfolgt mit der Rechnung der medizinischen Leistungen mit Vorlage der Medtronic Rechnung.

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## AGGREGATWECHSEL

ICD: I48.11 Vorhofflimmern persistierend, OPS: 5-378.51 Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem oder 5-378.52 Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
prä OP	3	ausführliche Beratung	1	8,74 €	2,30	20,10 €
	7	Untersuchung	1	9,33 €	2,30	21,46 €
OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	491	Lokalanästhesie	2	7,05 €	2,30	32,43 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**	2			5,88 €
	271	Infusion mind. 30 min.	1	6,99 €	2,30	16,08 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**		12,00 €		12,00 €
	602	Oxymetrische Untersuchung	1	8,86 €	1,80	15,95 €
	3096	Aggregatwechsel	1	64,70 €	2,30	148,81 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**				15,03 €
		evtl. TYRX™				... €
	444	Zuschlag amb. OP	1	75,77 €	1,00	75,77 €
	661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €
	5295	Durchleuchtung	1	13,99 €	1,80	25,18 €
	204	Kompressionsverband	1	5,54 €	2,30	12,74 €
	Auslagen gem. §10 GOÄ**				7,46 €	
post OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	5	symptombez. Untersuchung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €
	75	Bericht	1	7,58 €	2,30	17,43 €
		<b>Zwischensumme ohne Implantatekosten</b>				<b>569,84 €</b>
		zzgl. Implantatekosten*** = Endsumme				

\* Der Faktor ist je nach Schweregrad zwischen 1,0 und 3,5 bei ärztlichen Leistungen. Bei einer Steigerung über dem s.g. Schwellenwert (2,3) ist eine Begründung erforderlich. Bei technischen Leistungen ist der Steigerungsfaktor zwischen 1,0 und 2,5, der Schwellenwert liegt hier bei 1,8. Steigerungsbegründung: Wegen erhöhtem Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad, z.B. 2,8 bei Implantation von Zweikammersystem, z.B. 3,3 bei Implantation von Dreikammersystem

\*\* Alle Verbrauchsmaterialien und Medikamente über 1,50 € sind gemäß §10 GOÄ zusätzlich abrechenbar. Bei Beträgen über 50€ ist ein Einzelnachweis erforderlich.

\*\*\* Implantatekosten: Die Implantatekosten können von Medtronic entweder direkt mit den Krankenkassen/ Versicherungen abgerechnet werden (Voraussetzung: Eine unterschriebene Abtretungserklärung des Patienten) oder die Abrechnung erfolgt mit der Rechnung der medizinischen Leistungen mit Vorlage der Medtronic Rechnung.

## AMBULANTE EXPLANTATION

ICD: R55 Synkope, OPS: 5-378.07 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung:  
Ereignis-Rekorder

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
OP Tag	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	491	Lokalanästhesie	1	7,05 €	2,30	6,22 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ*				2,94 €
	602	Oxymetrische Untersuchung	1	8,86 €	1,80	15,95 €
	3096A	Explantation Schrittmacher	1	64,70 €	2,30	148,81 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ*				15,03 €
	444	Zuschlag amb. OP	1	75,77 €	1,00	75,77 €
	204	Kompressionsverband	1	5,54 €	2,30	12,74 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ*				7,46 €
	75	Bericht	1	7,58 €	2,30	17,43 €
	<b>Summe</b>				<b>298,93 €</b>	

\* Alle Verbrauchsmaterialien und Medikamente über 1,50 € sind gemäß §10 GOÄ zusätzlich abrechenbar. Bei Beträgen über 50€ ist ein Einzelnachweis erforderlich.  
\*\* Je nach Schweregrad der Leistungserbringung ist der Steigerungsfaktor bei techn. Leistungen zw. 1,8 - 2,5 , bei ärztl. Leistungen zwischen 2,3 - 3,5

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## 2.5 Einkammer ICD



Abrechnung mit den Krankenkassen  
(NUR über Einzelfallkostenübernahmeantrag)

GKV



iCARS® Antragservice  
Einzelfallkostenübernahme

GKV



Telemedizin

GKV



Besondere Versorgung

GKV



Ambulantes Operieren  
gemäß § 115 b SGB V  
(zur Zeit noch nicht möglich)

GKV



Privatärztliche/  
Selbstzahler-Behandlungen

PKV

## 2.5.1 ABRECHNUNG MIT DEN KRANKENKASSEN

Bei der ambulanten Leistungserbringung ist zu beachten, dass die medizinische Leistung und die Implantatekosten adäquat abgerechnet werden. Die Implantation ist in den Gebührenordnungen explizit nicht abgebildet. Es gibt jedoch folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

### GESETZLICH VERSICHERTE PATIENTEN - GKV / ANALOGE ABRECHNUNG NACH VEREINBARUNG

**ToDo:**

Patienten haben das Recht bei ihrer Kasse einen Einzelfallantrag zu stellen

#### Notwendige Unterlagen für die Direktabrechnung mit der Krankenkasse:

- Rezept Muster 16 „CareLink Netzwerk für die telemedizinische Funktionsanalyse eines ICD/CRT-P/CRT-D“\*

#### Einwilligungserklärung des Patienten\*

welche die Datenweitergabe an und die Datenverarbeitung durch Medtronic zu Abrechnungszwecken ermöglicht. Ohne gültige Einwilligung ist keine Bearbeitung möglich.

#### Meldeformular und Abtretungserklärung\*

Mit Seriennummern des Implantats, sowie ggf. des MyCareLink Monitors / Hinweis auf die MyCareLink Heart App.

#### Kostenübernahmeantrag je nach Indikation\*

- iCARS® Antrag telemedizinische Funktionsanalyse eines ICD- und CRT-Patienten (nur bei Patienten die bei einer Kasse versichert sind, die nicht auf der Positivliste abgebildet ist, gilt nicht für die Direktabrechnung)

#### Positivliste der Krankenkasse (Stand Jan. 2020)

- AOK Baden-Württemberg
- AOK Bayern
- AOK Bremen/Bremerhaven
- AOK Hessen
- AOK Niedersachsen
- AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
- Barmer
- BKK Mobil Oil

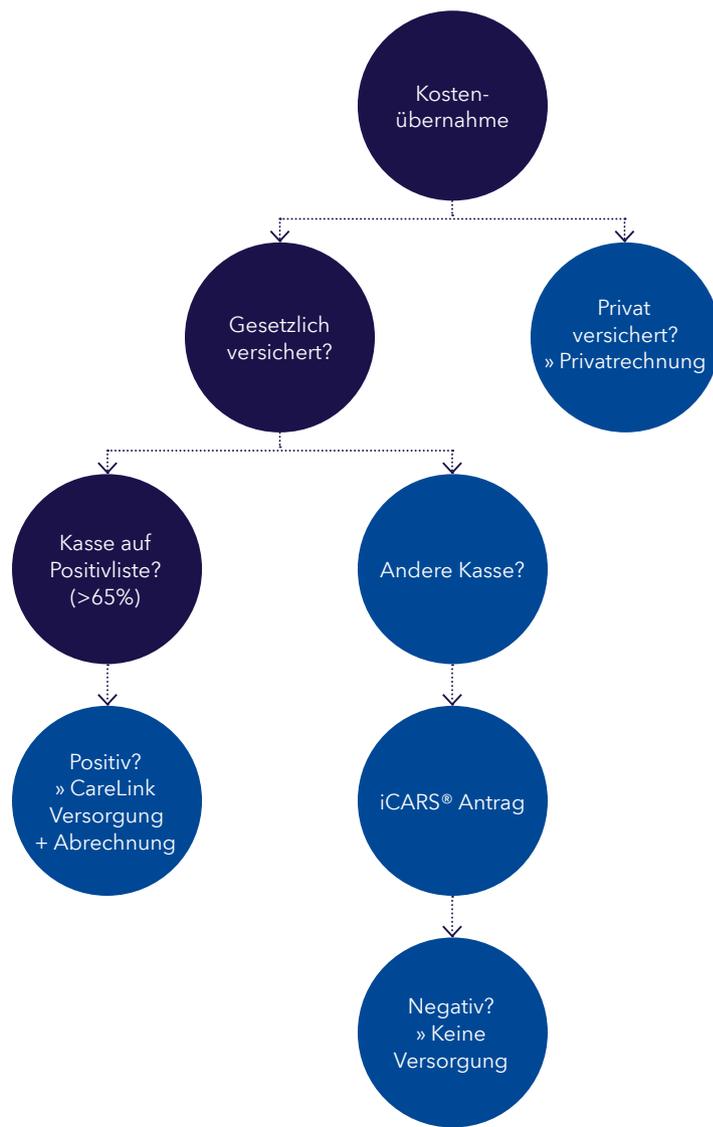
- BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg
- Bosch BKK
- BKK Werra-Meißner
- DAK
- Heimat Krankenkasse
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- IKK Südwest
- KKH Kaufmännische Krankenkasse

- hkk Krankenkasse
- Siemens BKK

Bei anderen Krankenkassen muss vor der Versorgung mit CareLink ein Kostenübernahmeantrag gestellt und genehmigt werden. Patienten können dazu gerne unseren iCARS® Service in Anspruch nehmen.

\* Vordrucke und Muster für die dargestellten Unterlagen stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne elektronisch zur Verfügung.

## Ablaufgrafik



Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## 2.5.2 TELEMEDIZIN

### Bei Erwachsenen

<b>13574</b>	<b>Funkt.analyse ein. implantiert. Kardioverters bzw. Defibrillators</b>
<b>Beschreibung</b>	
Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators	
<b>Obligater Leistungsinhalt</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators,</li> <li>- Überprüfung des Batteriezustandes,</li> <li>- Überprüfung und Dokumentation der erhobenen Parameter und Messwerte,</li> <li>- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)</li> </ul>	
<b>EBM Wert</b>	<b>45,06 €</b>

EBM Wert = EBM Punkte x Orientierungswert 11,2662

### Bei Kindern

<b>04414</b>	<b>Funkt.analyse ein. implantiert. Kardioverters bzw. Defibrillators bis zum 18. Lebensjahr</b>
<b>Beschreibung</b>	
Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators	
<b>Obligater Leistungsinhalt</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators,</li> <li>- Überprüfung des Batteriezustandes,</li> <li>- Überprüfung und Dokumentation der erhobenen Parameter und Messwerte,</li> <li>- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)</li> </ul>	
<b>EBM Wert</b>	<b>82,47 €</b>

EBM Wert = EBM Punkte x Orientierungswert 11,2662

### Gegenüberstellung des Leistungsumfangs von telemedizinischer Funktionsanalyse zu kardialem Telemonitoring

Die telemedizinische Funktionsanalyse dient dazu, implantierbare Cardioverter-Defibrillatoren und Geräten für die kardiale Resynchronisationstherapie (ICD und CRT-P/ CRT-D Systemen) regelmäßig zu fest definierten Zeitpunkten auf technische Funktionsfähigkeit zu überprüfen und, falls notwendig, Änderungen der Geräteprogrammierung z.B. für eine individuelle Therapie-Optimierung, durchzuführen.

Das kardiale Telemonitoring für Herzinsuffizienzpatienten (NYHA-II- oder NYHA-III-Stadium und einer Ejektionsfraktion < 40 %), die zusätzlich Träger eines ICD und CRT-P/ CRT-D Systems sind, ermöglicht ein kontinuierliches Monitoring der technischen vor allem aber auch der klinischen Parameter und dient damit dazu, eine etwaige Entgleisung von Patienten frühzeitig zu identifizieren, um dieser durch geeignete Maßnahmen entgegen zu wirken.

<https://www.kbv.de/html/13259.php?sr=relevance&stp=fulltext&q=Telemonitoring+bei+Herzinsuffizienz+mittels+kardialem+Aggregat&s=Suchen>

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINO™/LINO II™

## 2.5.3 MEDTRONIC iCARS® SERVICE (Nur bei Kassen die nicht auf der Positivliste stehen)

### Notwendige Unterlagen für einen Einzelfallantrag

1. Zunächst ist die Kostenübernahme per Einzelfallantrag zu klären. Hierbei unterstützt Medtronic Patienten - falls gewünscht - durch einen professionellen iCARS® Service der für Einzelkostenübernahmeantragsservice steht.
2. Über den iCARS® Service wird im Auftrag des Patienten ein entsprechender Antrag bei seiner Krankenkasse gestellt.
3. In diesem Fall benötigt Medtronic neben der Einwilligungserklärung des Patienten einen von Ihnen ausgefüllten Kostenübernahmeantrag, sowie ergänzende medizinische Unterlagen. Kommen Sie hierzu gerne auf uns zu.

Wir reichen den Antrag mit der Einwilligungserklärung des Patienten bei dessen Krankenkasse ein.

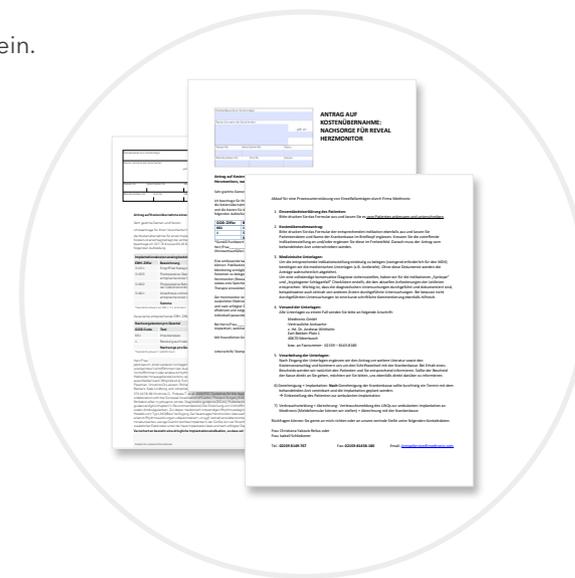
### Der Vorteil für den Patienten:

- Wir übernehmen den bürokratischen Aufwand.
- Wir übernehmen die Kommunikation mit der Krankenkasse und klären im Zweifel Rückfragen.
- Falls ein Antrag abgelehnt wird, erhalten Sie weiterführende Informationen sowie Unterstützung beim Widerspruchsverfahren.

### Formulare / Vordrucke\*

- Postkarte Antragservice
- iCARS Antragservice Prozessablauf
- iCARS Einwilligungserklärung
- iCARS Antrag CareLink ICD und CRT

Weitere Informationen erhalten Sie hier



\* Vordrucke und Muster für die dargestellten Unterlagen stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne elektronisch zur Verfügung.

## 2.5.4 BESONDERE VERSORGUNG

Neben den genannten Behandlungen im Rahmen der Regelversorgung existieren noch zahlreiche weitere interessante Möglichkeiten der Versorgung Ihrer Patienten. Selektive Leistungen werden seitens der Krankenkassen extrabudgetär vergütet.

### Uns aktuell bekannte Beispiele:

#### *Bundesweite Verträge*

- DAK und Techniker Krankenkassen (MedManagement GmbH)

#### *Regionale Verträge*

##### *Baden Württemberg*

- AOK BW und verschiedenen BKKn:  
Facharztprogramme Baden-Württemberg (Medi-Verbund)  
<https://www.medi-verbund.de/facharztvertraege/aok-bw-bosch-bkk-kardiologie/>

##### *Sachsen*

- AOK Plus

##### *Sachsen Anhalt*

- IKK Classic
- Verschiedene Betriebskrankenkassen

Desweiteren gibt es in den einzelnen KV Bereichen die verschiedensten Selektivverträge. Zusätzlich kann es lokale oder klinik-individuelle Kassenabsprachen geben. Bitte informieren Sie sich bei Ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung oder sprechen Sie uns an.



## 2.5.5 PRIVATÄRZTLICHE/SELBSTZAHLER-BEHANDLUNGEN

Die Berechnung ambulant erbrachter Leistungen bei privat versicherten Patienten erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).



### ToDo: Vereinbarung für eine privatärztliche Behandlung?

In der Regel werden die Kosten von den privaten Versicherungen übernommen.

Unter Umständen kann es Vertragskonstellationen geben, dass der Versicherte die Leistungsübernahme bei seiner Krankenversicherung vorher bestätigen lassen sollte. Hierfür halten wir spezielle Anträge bereit.



### IMPLANTATION

ICD: I44.2 Atrioventrikulärer Block 3. Grades, OPS: 5-377.40 Implant. SM, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], Ohne Vorhofelektrode

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechengruppe
prä OP	3	ausführliche Beratung	1	8,74 €	2,30	20,10 €
	7	Untersuchung	1	9,33 €	2,30	21,46 €
OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	491	Lokalanästhesie	2	7,05 €	2,30	32,43 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**	2	2,94 €		5,88 €
	271	Infusion mind. 30 min.	1	6,99 €	2,30	16,08 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**		12,00 €		12,00 €
	602	Oxymetrische Untersuchung	1	8,86 €	1,80	15,95 €
	3095	Schrittmacher-Erstimplantation (Erhöht. Zeitaufw. bei ICD Implantation)	1	161,46 €	3,00	484,38 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**		22,60 €		22,60 €
		evtl. TYRX™				... €
	445	Zuschlag amb. OP	1	128,23 €	1,00	128,23 €
661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €	
5295	Durchleuchtung	1	13,99 €	1,80	25,18 €	
204	Kompressionsverband	1	5,54 €	2,30	12,74 €	
	Auslagen gem. §10 GOÄ**		7,46 €		7,46 €	
...	...	...	...	...	...	...

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
...	...	...	...	...	...	...
post OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	5	symptombez. Untersuchung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €
	75	Bericht	1	7,58 €	2,30	17,43 €
		<b>Zwischensumme ohne Implantatekosten</b>				<b>973,33 €</b>
		zzgl. Implantatekosten*** = Endsumme				

- \* Der Faktor ist je nach Schweregrad zwischen 1,0 und 3,5 bei ärztlichen Leistungen. Bei einer Steigerung über dem s.g. Schwellenwert (2,3) ist eine Begründung erforderlich. Bei technischen Leistungen ist der Steigerungsfaktor zwischen 1,0 und 2,5, der Schwellenwert liegt hier bei 1,8. Steigerungsbegründung: Wegen erhöhtem Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad, z.B. 2,8 bei Implantation von Zweikammersystem, z.B. 3,3 bei Implantation von Dreikammersystem
- \*\* Alle Verbrauchsmaterialien und Medikamente über 1,50 € sind gemäß §10 GOÄ zusätzlich abrechenbar. Bei Beträgen über 50€ ist ein Einzelnachweis erforderlich.
- \*\*\* Implantatekosten: Die Implantatekosten können von Medtronic entweder direkt mit den Krankenkassen/ Versicherungen abgerechnet werden (Voraussetzung: Eine unterschriebene Abtretungserklärung des Patienten) oder die Abrechnung erfolgt mit der Rechnung der medizinischen Leistungen mit Vorlage der Medtronic Rechnung.

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## AGGREGATWECHSEL

ICD: I48.11 Vorhofflimmern persistierend, OPS: 5-378.51 Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem oder 5-378.52 Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
prä OP	3	ausführliche Beratung	1	8,74 €	2,30	20,10 €
	7	Untersuchung	1	9,33 €	2,30	21,46 €
OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	491	Lokalanästhesie	2	7,05 €	2,30	32,43 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**	2			5,88 €
	271	Infusion mind. 30 min.	1	6,99 €	2,30	16,08 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**		12,00 €		12,00 €
	602	Oxymetrische Untersuchung	1	8,86 €	1,80	15,95 €
	3096	Aggregatwechsel	1	64,70 €	2,30	148,81 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ**				15,03 €
		evtl. TYRX™				... €
	444	Zuschlag amb. OP	1	75,77 €	1,00	75,77 €
	661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €
	5295	Durchleuchtung	1	13,99 €	1,80	25,18 €
	204	Kompressionsverband	1	5,54 €	2,30	12,74 €
	Auslagen gem. §10 GOÄ**				7,46 €	
post OP	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	5	symptombez. Untersuchung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	661	Impulsanalyse und EKG	1	30,89 €	1,80	55,60 €
	75	Bericht	1	7,58 €	2,30	17,43 €
		<b>Zwischensumme ohne Implantatekosten</b>				<b>558,29 €</b>
		zzgl. Implantatekosten*** = Endsumme				

\* Der Faktor ist je nach Schweregrad zwischen 1,0 und 3,5 bei ärztlichen Leistungen. Bei einer Steigerung über dem s.g. Schwellenwert (2,3) ist eine Begründung erforderlich. Bei technischen Leistungen ist der Steigerungsfaktor zwischen 1,0 und 2,5, der Schwellenwert liegt hier bei 1,8. Steigerungsbegründung: Wegen erhöhtem Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad, z.B. 2,8 bei Implantation von Zweikammersystem, z.B. 3,3 bei Implantation von Dreikammersystem

\*\* Alle Verbrauchsmaterialien und Medikamente über 1,50 € sind gemäß §10 GOÄ zusätzlich abrechenbar. Bei Beträgen über 50€ ist ein Einzelnachweis erforderlich.

\*\*\* Implantatekosten: Die Implantatekosten können von Medtronic entweder direkt mit den Krankenkassen/ Versicherungen abgerechnet werden (Voraussetzung: Eine unterschriebene Abtretungserklärung des Patienten) oder die Abrechnung erfolgt mit der Rechnung der medizinischen Leistungen mit Vorlage der Medtronic Rechnung.

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

## AMBULANTE EXPLANTATION

ICD: R55 Synkope, OPS: 5-378.07 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung:  
Ereignis-Rekorder

	GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Anzahl	Einfach-Satz GOÄ	Faktor*	Rechensumme
OP Tag	1	Beratung	1	4,66 €	2,30	10,72 €
	491	Lokalanästhesie	1	7,05 €	2,30	6,22 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ*				2,94 €
	602	Oxymetrische Untersuchung	1	8,86 €	1,80	15,95 €
	3096A	Explantation Schrittmacher	1	64,70 €	2,30	148,81 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ*				15,03 €
	444	Zuschlag amb. OP	1	75,77 €	1,00	75,77 €
	204	Kompressionsverband	1	5,54 €	2,30	12,74 €
		Auslagen gem. §10 GOÄ*				7,46 €
	75	Bericht	1	7,58 €	2,30	17,43 €
	<b>Summe</b>				<b>298,93 €</b>	

\* Alle Verbrauchsmaterialien und Medikamente über 1,50 € sind gemäß §10 GOÄ zusätzlich abrechenbar. Bei Beträgen über 50€ ist ein Einzelnachweis erforderlich.  
\*\* Je nach Schweregrad der Leistungserbringung ist der Steigerungsfaktor bei techn. Leistungen zw. 1,8 - 2,5 , bei ärztl. Leistungen zwischen 2,3 - 3,5

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Einkammer ICD

CRT-P

Schrittmacher  
2-Kammer

Schrittmacher  
1-Kammer

Reveal LINQ™/LINO II™

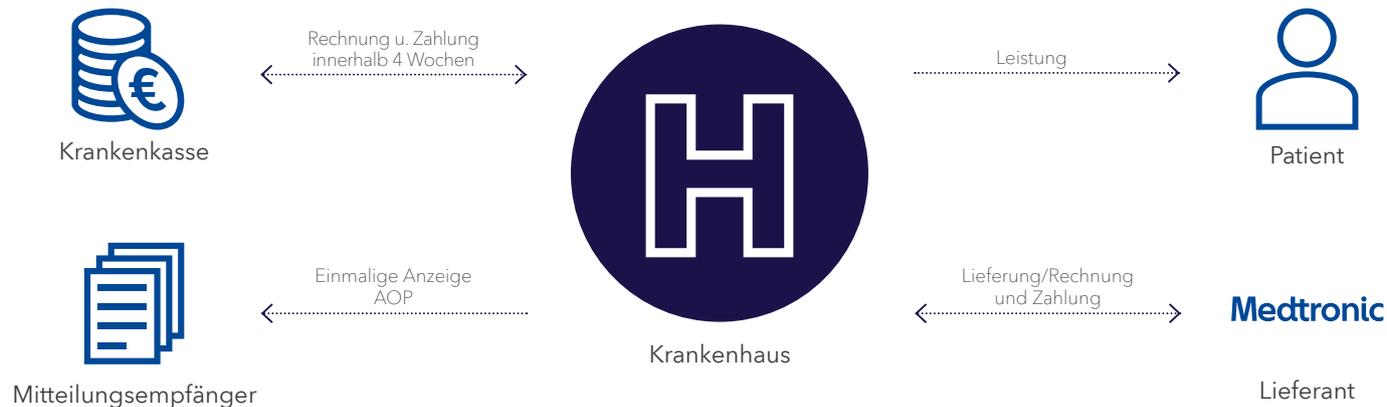
## 3. Weitere Informationen über die Abrechnungsmöglichkeiten

### 3.1 Ambulantes Operieren

#### WELCHE LEISTUNGEN KÖNNEN SOFORT AMBULANT ERBRACHT WERDEN?

Grundsätzlich hat jeder Krankenhausarzt gem. § 39 SGB V vor Behandlungsbeginn zu prüfen, ob die für erforderlich gehaltenen therapeutischen Maßnahmen unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten nicht auch ambulant erbracht werden können. Da die Implantatetechnik und die OP-Technik ambulante Operationen erlauben, ist es von beabsichtigter Therapie und Gesundheitszustand des Patienten abhängig, ob diese Leistungen ambulant erbracht werden können. Jene Leistungen sind sowohl im EBM / GOÄ aufgeführt, als auch im Katalog zum ambulanten Operieren im zugelassenen Kh nach § 115 b SGB V ausgewiesen.

#### AMBULANTES OPERIEREN IM ZUGELASSENEN KRANKENHAUS - BEZIEHUNGSVERHÄLTNISSE



Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

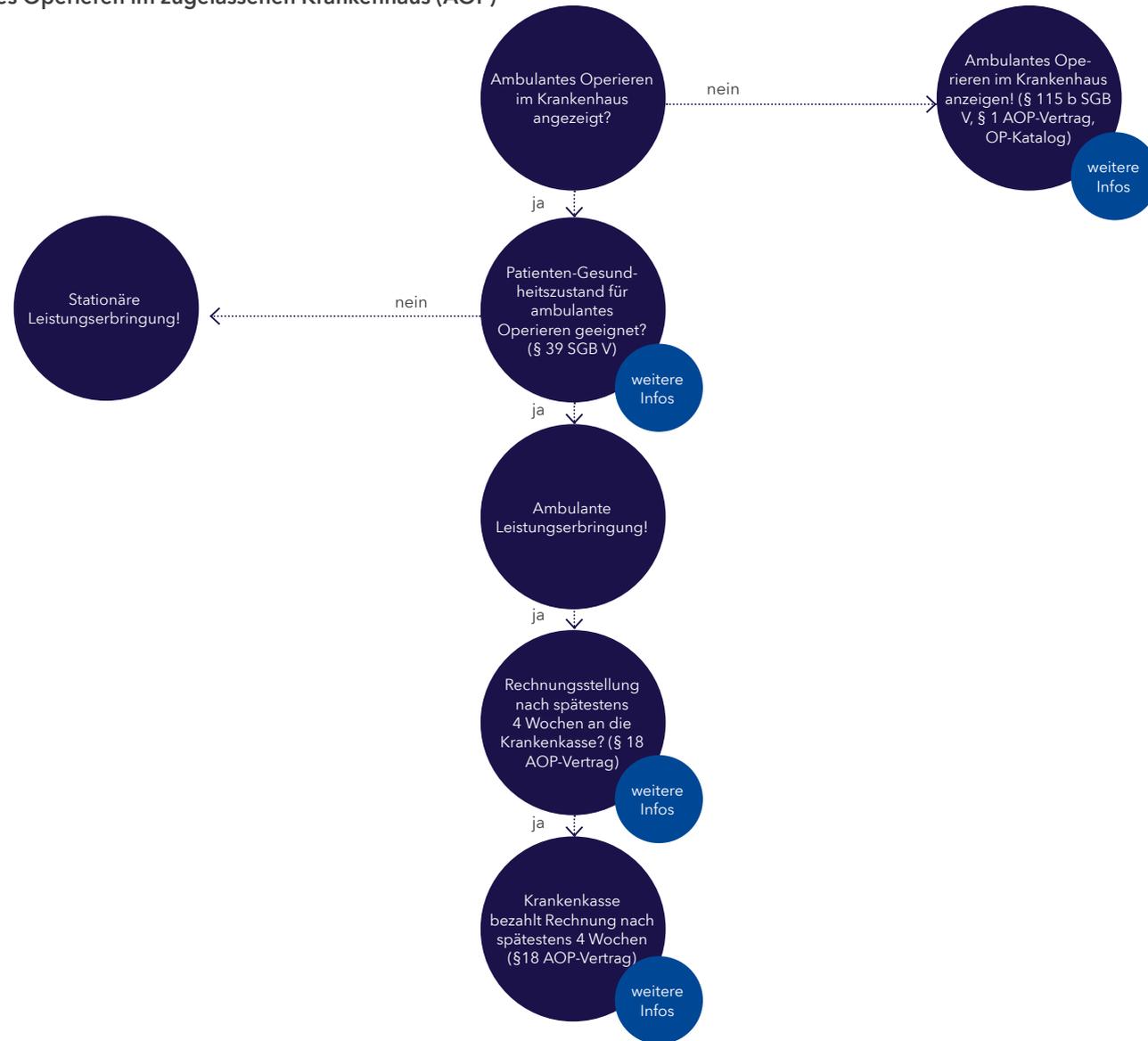
Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

## Ambulantes Operieren im zugelassenen Krankenhaus (AOP)



Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

## Herzstimulation im AOP-Katalog (Anlage)

Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe gemäß § 115 b SGB V im Krankenhaus

OPS 2022	Bezeichnung OPS 2022	Kategorie	Kategorie AOP-Vertrag	OP-Leistung*	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operateur	Narkose
5-377.1	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Einkammersystem	L2	2	31212	31503	31608	31609	31822

Kategorie: L2 = L = Einbau, Wechsel oder Entfernung eines Schrittmachersystems  
2 = Kalkulierte Schnitt-Naht Zeit 15 - 30 Minuten

AOP Vertrag: (-ambulantes operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus-) Vertrag nach 115b Abs.1 SGB V  
Kategorie 1 = Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können  
Kategorie 2 = Leistungen, die ambulant oder stationär erbracht werden können

\* GO-Pos. gemäß EBM 2022



Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

OPS 2022	Bezeichnung OPS 2022	Kategorie	Kategorie AOP-Vertrag	OP-Leistung*	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operateur	Narkose	Summe € ohne Nachbe- handlung
5-377.1	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Einkammersystem	L2	2	31212	31503	31608	31609	31822	
		EUR		228,48 €	54,98 €	27,04 €	20,05 €	151,64 €	435,10 €
5-377.2	Implantation e. Herzschrittmachers, Defibrillators u. Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit einer Schrittmachersonde	L2	2	31212	31503	31608	31609	31822	
		EUR		228,48 €	54,98 €	27,04 €	20,05 €	151,64 €	435,10 €
5-377.30	Implantation eines HSM, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, 2-Kammersystem, mit 2 Schrittmachersonden: Ohne antitachykarder Stimulation	L4	2	31214	31505	31610	31611	31824	
		EUR		380,68 €	110,07 €	33,91 €	27,04 €	230,39 €	721,14 €
5-377.31	Implantation eines HSM, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, 2-Kammersystem, mit 2 Schrittmachersonden: Mit antitachykarder Stimulation	L4	n.AOP <sup>1</sup>						
		EUR							
5-378.01	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, Einkammersystem	L1	1	31211	31503	31601	31602	31821	
		EUR		175,30 €	54,98 €	16,45 €	9,58 €	112,32 €	342,60 €
5-378.02	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, Zweikammersystem	L1	1	31211	31503	31601	31602	31821	
		EUR		175,30 €	54,98 €	16,45 €	9,58 €	112,32 €	342,60 €
5-378.07	Entfernung, Wechsel u Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Ereignis-Rekorder	L1	n.AOP <sup>1</sup>						
		EUR							
5-378.18	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenentfernung: Schrittmacher	L2	2	31212	31503	31608	31609	31822	
		EUR		228,48 €	54,98 €	27,04 €	20,05 €	151,64 €	435,10 €
5-378.21	Entfernung, Wechsel u Korrektur eines HSM und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, Einkammersystem	L2	n.AOP <sup>1</sup>						
		EUR							
5-378.22	Entfernung, Wechsel u Korrektur eines HSM und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, Zweikammersystem	L2	n.AOP <sup>1</sup>						
		EUR							
5-378.2c	Entfernung, Wechsel u Korrektur eines HSM und Defi: Aggregat- u Sondenentfernung: Defi m 1-Kammer-Stim, ohne atriale Detektion	L2	n.AOP <sup>1</sup>						
		EUR							
5-378.2d	Entfernung, Wechsel u Korrektur eines HSM und Defi: Aggregat- u Sondenentfernung: Defibrillator m 1-Kammer-Stim, mit atrialer Detektion	L2	n.AOP <sup>1</sup>						
		EUR							
5-378.2e	Entfernung, Wechsel u Korrektur eines HSM und Defi: Aggregat- u Sondenentfernung: Defibrillator m biventrikulärer Stim, oh Vorhofelektrode	L2	n.AOP <sup>1</sup>						
		EUR							
5-378.2f	Entfernung, Wechsel u Korrektur eines HSM und Defi: Aggregat- u Sondenentfernung: Defibrillator m biventrikulärer Stim, m Vorhofelektrode	L2	n.AOP <sup>1</sup>						
		EUR							
5-378.31	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Einkammersystem	L2	2	31212	31503	31608	31609	31822	
		EUR		228,48 €	54,98 €	27,04 €	20,05 €	151,64 €	435,10 €
5-378.32	Entfernung, Wechsel u Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem	L3	2	31213	31505	31608	31609	31823	
		EUR		299,57 €	110,07 €	27,04 €	20,05 €	190,96 €	600,60 €



Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

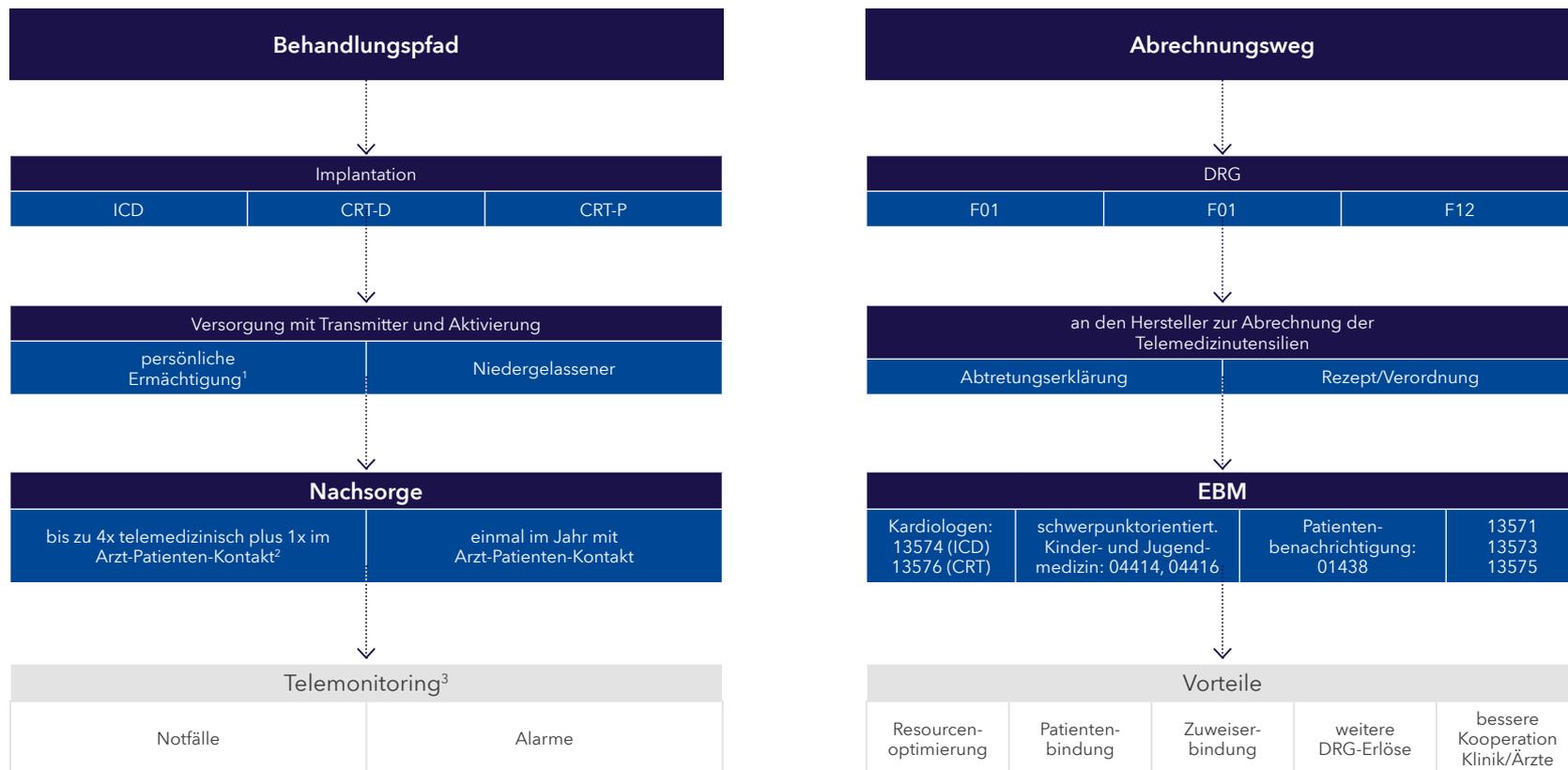
OPS 2022	Bezeichnung OPS 2022	Kategorie	Kategorie AOP-Vertrag	OP-Leistung*	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operateur	Narkose	Summe € ohne Nachbe- handlung
5-378.41	Entfernung, Wechsel u Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, Einkammersystem	L2	1	31212	31503	31608	31609	31822	
		EUR		228,48 €	54,98 €	27,04 €	20,05 €	151,64 €	435,10 €
5-378.42	Entfernung, Wechsel u Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, Zweikammersystem	L2	1	31212	31503	31608	31609	31822	
		EUR		228,48 €	54,98 €	27,04 €	20,05 €	151,64 €	435,10 €
5-378.51	Entfern., Wechsel u Korrektur eines HSM und Defi: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem	L2	1	31212	31503	31608	31609	31822	
		EUR		228,48 €	54,98 €	27,04 €	20,05 €	151,64 €	435,10 €
5-378.52	Entfernung, Wechsel u Korrektur eines HSM und Defi: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem	L2	1	31212	31503	31608	31609	31822	
		EUR		228,48 €	54,98 €	27,04 €	20,05 €	151,64 €	435,10 €
5-378.61	Entfernung, Wechsel u Korrektur eines HSM und Defi: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Einkammersystem	L4	2	31214	31505	31610	31611	31824	
		EUR		380,68 €	110,07 €	33,91 €	27,04 €	230,39 €	721,14 €
5-378.62	Entfernung, Wechsel u Korrektur eines HSM und Defi: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem	L5	2	31215	31506	31610	31611	31825	
		EUR		513,96 €	156,37 €	33,91 €	27,04 €	309,14 €	979,47 €
5-378.71	Entfernung, Wechsel u Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Einkammersystem	L4	2	31214	31505	31610	31611	31824	
		EUR		380,68 €	110,07 €	33,91 €	27,04 €	230,39 €	721,14 €
5-378.72	Entfernung, Wechsel u Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem	L5	2	31215	31506	31610	31611	31825	
		EUR		513,96 €	156,37 €	33,91 €	27,04 €	309,14 €	979,47 €
5-378.81	Entfernung, Wechsel u Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kuppelungskorrektur: Schrittmacher, Einkammersystem	L1	1	31211	31503	31601	31602	31821	
		EUR		175,30 €	54,98 €	16,45 €	9,58 €	112,32 €	342,60 €
5-378.82	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kuppelungskorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem	L1	1	31211	31503	31601	31602	31821	
		EUR		175,30 €	54,98 €	16,45 €	9,58 €	112,32 €	342,60 €
5-378.b0	Entfernung, Wechsel u Korrektur eines HSM und Defi: Systemumstellung HSM, Einkammersystem auf HSM, Zweikammersystem	L5	2	31215	31506	31610	31611	31825	
		EUR		513,96 €	156,37 €	33,91 €	27,04 €	309,14 €	979,47 €
5-378.b3	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines HSM und Defi: Systemumstellung HSM, Zweikammersystem auf HSM, Einkammersystem	L4	2	31214	31505	31610	31611	31824	
		EUR		380,68 €	110,07 €	33,91 €	27,04 €	230,39 €	721,14 €
5-378.b6	Entfernung, Wechsel u Korrektur eines HSM und Defi: Systemumstellung HSM, biventrikuläre Stim [3-Kam-Syst] auf HSM, 1-Kam-Syst	L2	n.AOP <sup>1</sup>						
		EUR							
5-378.b7	Entfernung, Wechsel u Korrektur eines HMS und Defi: Systemumstellung HSM, biventrikuläre Stim [3-Kam-Syst] auf HSM, 2-Kam-Syst	L2	n.AOP <sup>1</sup>						
		EUR							

<sup>1</sup> Im Krankenhaus nicht als ambulante OP abrechenbar, kann über iCARS® beantragt werden

\* GO-Pos. gemäß EBM 2022, \*\* abzüglich 27,5 % bei Erbringung durch ein Krankenhaus

## 3.2 Telemedizin

Workflow und Abrechnungsablauf Telekardiologie bei CRTs und Defibrillatoren nach dem EBM ab 04/2016, ergänzt und aufgeteilt in Herzschrittmacher, CRT und Defibrillatoren in 10/2017



<sup>1</sup> um z.B. die Hochschulermächtigung auszuschließen

<sup>2</sup> Die Gebührenordnungspositionen 13573 und 13574 sind in Summe höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig

<sup>3</sup> Telemonitoring von Patienten mit Herzinsuffizienz und kardialen Implantaten wird derzeit vom G-BA hinsichtlich künftiger Erstattungsfähigkeit bewertet. Der G-BA hat die Einführung am 17.12.2020 beschlossen. Die Bewertung steht noch aus.

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

## 3.3 iCARS® Einzelfallkostenübernahmeantragservice

SERVICE ZUR UNTERSTÜTZUNG DER PATIENTEN BEI DER KOSTENÜBERNAHME



Die Gesichter von iCARS® - Ihre persönlichen Ansprechpartner



**Christiana Yakoub-Relius**  
Health Insurance Relationship  
Specialist Diagnostics



**Isabell Schliebener**  
Health Insurance Relationship  
Specialist Diagnostics



**Dr. med. Andreas Witthohn**  
Senior Reimbursement Manager



Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

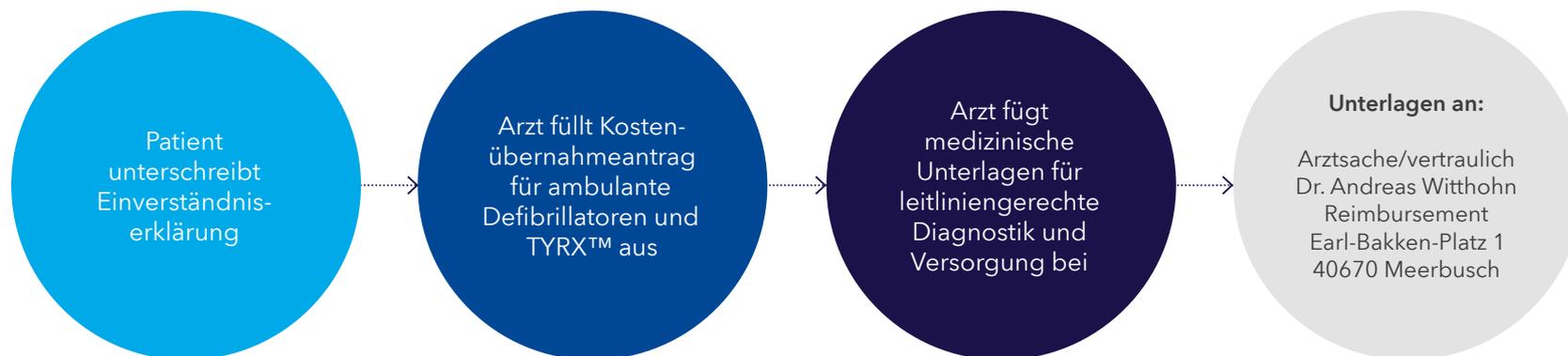
Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

## WIE SIEHT DER ABLAUF AUS?



## SIE MÖCHTEN DIE UNTERLAGEN ANFORDERN, HABEN FRAGEN UND MÖCHTEN WEITERE INFORMATIONEN?

E-Mail: [antragservice@medtronic.com](mailto:antragservice@medtronic.com)  
Tel.: 02159 / 8149-767  
Fax: 02159 / 81458-180

## 4. Abrechnungskomplexe gemäß Anlage 2 des EBM 2022 (Auszug)

### 4.1 Kalkulationsbeispiel anhand Einkammer-Schrittmacher-Implantation getriggert durch den OPS Kode 5-377.1

<b>31 212</b> 36 Min.	<b>Eingriff der Kategorie L2</b> Prüfzeit
<b>Obligater Leistungsinhalt</b>	
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie L2 entsprechend Anhang 2	
<b>Fakultativer Leistungsinhalt</b>	
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt	
<b>EBM Wert</b>	<b>228,48 €* (2028 Punkte)</b>

**!** 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.

Ärztlicher Leistungsanteil	Anteil des ärztl. Dienstes	Kalkulatorische Zeit Minute	Arzt	Assistent	Punkte	je Minute	je Minute	Arzt	Assistenzarzt	Summe
UBR Chirurgie	100 %	3	1		25,70	0,902		2,71 €		
OP Chirurgie IV	100 %	36	1	0,3	354,40	0,902	0,42	32,47 €	4,54 €	
UBR Chirurgie	100 %	6	1		51,40	0,902		5,41 €		
<b>Summe</b>								<b>40,59 €</b>	<b>4,54 €</b>	<b>45,13 €</b>

Technischer Leistungsanteil	Technisch. Leistungsanteil	Kalkulatorische Zeit Minute	Technische Leistung Punkte	PB Punkte	TL je Minute	PB je Minute		OP	Funktionsdienst	Summe
UBR Chirurgie	100 %	5	21	2,2	0,04	0,42		0,20 €	2,10 €	
OP Chirurgie IV	100 %	56	1832,5	218,7	3,05	0,42		170,80 €	23,52 €	
UBR Chirurgie	100 %	7	29,4	3,1	0,04	0,42		0,28 €	2,94 €	
<b>Summe</b>								<b>171,28 €</b>	<b>28,56 €</b>	<b>199,84 €</b>
<b>Gesamtsumme</b>										<b>244,97 €</b>

UBR: Untersuchungs- und Behandlungsraum, PB: Personalbindung  
Quelle: Kölner Kommentar zum EBM

\* EBM Wert = EBM Punkte x Orientierungswert 11,1244

## 4.2 Aufwand gemäß durchgeführten Prozesskostenkalkulationen\*

Tätigkeit	Aufwand	Anteil des ärztlichen Dienstes	lt. EBM - kalkulatorische Arztminute	Kosten Ärztliche Leistung	Summe
Vorbereitung	10 Min.				
SM Implantation	20 Min.				
Zwischensumme	30 Min.	100 %	0,902	27,06 €	
Dokumentation/ Pat Gespräch	10 Min.				
Zwischensumme	10 Min.	100 %	0,902	9,02 €	
<b>Summe</b>				<b>36,08 €</b>	<b>36,08 €</b>

	Anteil Technischer Leistungsanteil	Technische Leistung Punkte	PB Punkte	TL je Minute	PB je Minute	OP	Funktionsdienst	Summe
Administration	100 %	5	10	0,04	0,42	0,20 €	4,20 €	
OP Chirurgie IV	100 %	40	40	3,05	0,42	122,00 €	16,80 €	
<b>Summe</b>						<b>122,20 €</b>	<b>21,00 €</b>	<b>143,20 €</b>
<b>Gesamtsumme</b>								<b>179,28 €</b>

PB: Personalbindung

\* erhobene Prozesskosten gemäß GfG-Erhebung

## 4.3 Leistungsbeschreibung der Abrechnungskomplexe (Auszug)

### ANÄSTHESIELEISTUNGEN

31 822 53 Min.	Anästhesie und/oder Narkose, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen 31 102, 31 112, 31 122, 31 132, 31 142, 31 152, 31 162, 31 172, 31 182, 31 192, 31 202, 31 212, 31 222, 31 232, 31 242, 31 252, 31 262, 31 272, 31 282, 31 292, 31 302, 31 312, 31 322, 31 332, 31 342 oder 31 351 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
-------------------	---

#### Obligater Leistungsinhalt

- Anästhesien oder Narkose

#### Fakultativer Leistungsinhalt

- Anästhesien nach der Nr. 05 320
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere
- Infusion(en) (Nr. 02 100)
- Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02 320)
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02 321)
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02 322)
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02 323)
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02 330)
- Multigasmessung
- Gesteuerte Blutdrucksenkung
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

**EBM Wert** 151,64 €\* (1346 Punkte)

31 503 10 Min.	Postoperative Überwachung im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31 102, 31 112, 31 122, 31 132, 31 142, 31 151, 31 152, 31 161, 31 162, 31 171, 31 172, 31 201, 31 202, 31 211, 31 212, 31 222, 31 232, 31 242, 31 272, 31 282, 31 291, 31 292, 31 302, 31 311, 31 312, 31 322, 31 332 oder 31 351
-------------------	--

#### Obligater Leistungsinhalt

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz
- Abschlussuntersuchung(en)

#### Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusionstherapie
- akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.7
- EKG-Monitoring

**EBM Wert** 54,98 €\* (488 Punkte)

\* EBM Wert = EBM Punkte x Orientierungswert 11,2662

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

<b>31 608</b> 20 Min.	Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31 102, 31 103, 31 112, 31 113, 31 152, 31 153, 31 162, 31 163, 31 182, 31 183, 31 192, 31 193, 31 212, 31 213, 31 272 oder 31 273 bei Überweisung durch den Operateur
<b>Obligater Leistungsinhalt</b>	
- Befundkontrolle(n) - Befundbesprechung	
<b>Fakultativer Leistungsinhalt</b>	
- Verbandwechsel - Drainagewechsel - Drainageentfernung - Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie	
einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2	
<b>EBM Wert</b>	27,04 €* (240 Punkte)

<b>31 609</b> 14 Min.	Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31 102, 31 103, 31 112, 31 113, 31 152, 31 153, 31 162, 31 163, 31 182, 31 183, 31 192, 31 193, 31 212, 31 213, 31 272 oder 31 273 bei Erbringung durch den Operateur
<b>Obligater Leistungsinhalt</b>	
- Befundkontrolle(n) - Befundbesprechung	
<b>Fakultativer Leistungsinhalt</b>	
- Verbandwechsel, - Drainagewechsel, - Drainageentfernung, - Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,	
einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2	
<b>EBM Wert</b>	20,05 €* (178 Punkte)

\* EBM Wert = EBM Punkte x Orientierungswert 11,2662

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

## ZUSÄTZLICH ABRECHENBARE LEISTUNGEN

13545 04410	Zusatzpauschale Kardiologie Zusatzpauschale Kinderkardiologie
<b>Beschreibung</b>	
Zusatzpauschale Kardiologie I	
<b>Obligater Leistungsinhalt</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Duplex-Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33022),</li> <li>- Druckmessung(en)</li> </ul>	
<b>EBM Wert</b>	83,26 €* 83,26 €*

13571 04411	Funkt.analyse ein. Herzschrittm. zur antibradykarden Therapie bis zum 18. Lebensjahr
<b>Beschreibung</b>	
Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antibradykarden Therapie	
<b>Obligater Leistungsinhalt</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,</li> <li>- Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antibradykarden Therapie,</li> <li>- Überprüfung des Batteriezustandes,</li> <li>- Überprüfung und Dokumentation der programmierbaren Parameter und Messwerte durch Ausdruck des Programmiergerätes,</li> <li>- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)</li> </ul>	
<b>EBM Wert</b>	24,33 €* 44,61 €*

13551	Elektrostimulation des Herzens
<b>Beschreibung</b>	
Elektrostimulation des Herzens	
<b>Obligater Leistungsinhalt</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temporäre transvenöse Elektrostimulation des Herzens,</li> <li>- Elektrodeneinführung,</li> <li>- EKG-Monitoring</li> </ul>	
<b>EBM Wert</b>	58,25 €*

13573 04413	Funkt.analyse ein. implantiert. Kardioverters bzw. Defibrillators bis zum 18. Lebensjahr
<b>Beschreibung</b>	
Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators	
<b>Obligater Leistungsinhalt</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,</li> <li>- Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators,</li> <li>- Überprüfung des Batteriezustandes,</li> <li>- Überprüfung und Dokumentation der programmierbaren Parameter und Messwerte durch Ausdruck des Programmiergerätes,</li> <li>- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)</li> </ul>	
<b>EBM Wert</b>	45,06 €* 82,47 €*

\* EBM Wert = EBM Punkte x Orientierungswert 11,2662



Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

<b>13574</b>	<b>Funkt.analyse ein. implantiert. Kardioverters bzw. Defibrillators</b>
<b>04414</b>	<b>bis zum 18. Lebensjahr</b>
<b>Beschreibung</b>	
Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators	
<b>Obligater Leistungsinhalt</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators,</li> <li>- Überprüfung des Batteriezustandes,</li> <li>- Überprüfung und Dokumentation der erhobenen Parameter und Messwerte,</li> <li>- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)</li> </ul>	
<b>EBM Wert</b>	<b>45,06 € *</b> <b>82,47 € *</b>

<b>13576</b>	<b>Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)</b>
<b>04416</b>	<b>bis zum 18. Lebensjahr</b>
<b>Beschreibung</b>	
Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)	
<b>Obligater Leistungsinhalt</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D),</li> <li>- Überprüfung des Batteriezustandes,</li> <li>- Überprüfung und Dokumentation der erhobenen Parameter und Messwerte,</li> <li>- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)</li> </ul>	
<b>EBM Wert</b>	<b>55,43 € *</b> <b>101,51 € *</b>

<b>13575</b>	<b>Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)</b>
<b>04415</b>	<b>bis zum 18. Lebensjahr</b>
<b>Beschreibung</b>	
Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)	
<b>Obligater Leistungsinhalt</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators,</li> <li>- Überprüfung des Batteriezustandes,</li> <li>- Überprüfung und Dokumentation der erhobenen Parameter und Messwerte,</li> <li>- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)</li> </ul>	
<b>EBM Wert</b>	<b>55,43 € *</b> <b>101,51 € *</b>

<b>01438</b>	<b>Telefonische Kontaktaufnahme Telemedizin</b>
<b>Beschreibung</b>	
Telefonische Kontaktaufnahme im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 04414, 04416, 13574 oder 13576	
<b>Obligater Leistungsinhalt</b>	
- Telefonische Kontaktaufnahme mit dem Patienten im Zusammenhang mit der telemedizinischen Funktionsanalyse	
<b>EBM Wert</b>	<b>9,91 € *</b>

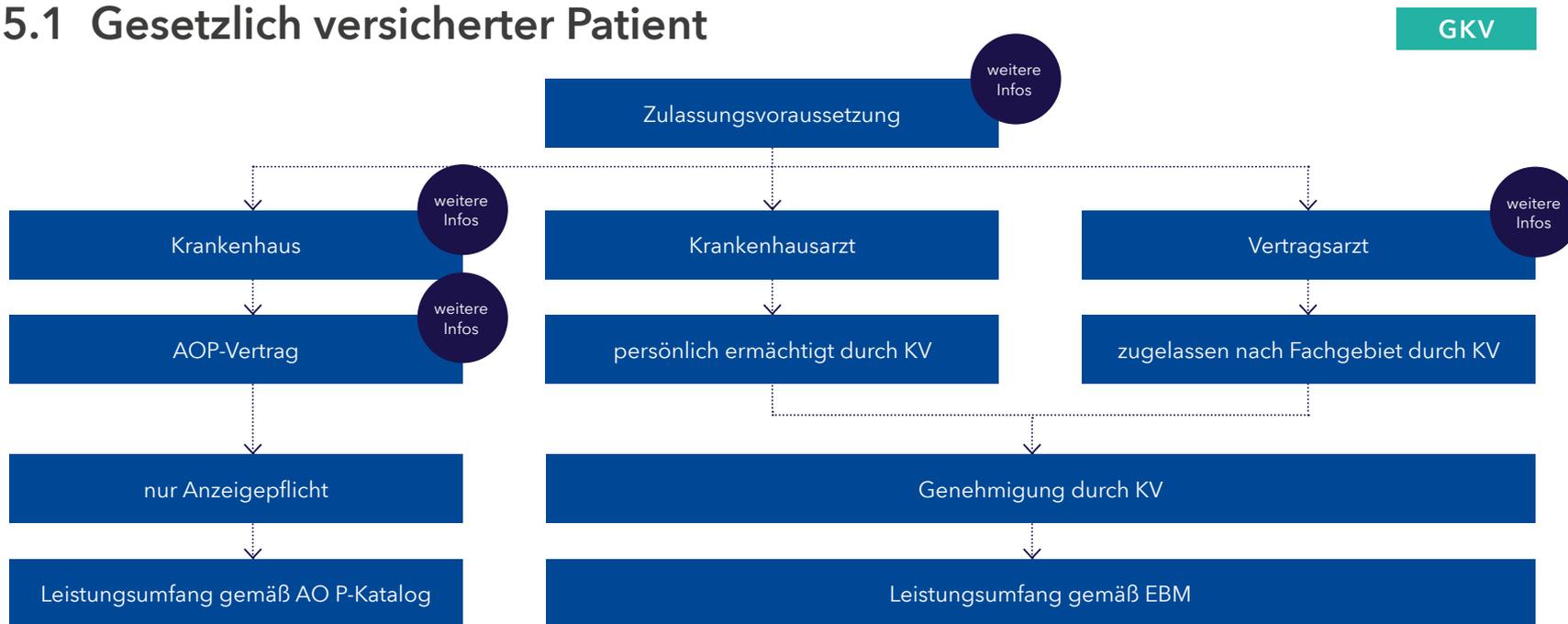
**!** Seit 01.04.2016 gibt es eine Abrechnungsmöglichkeit der telemetrischen Abfrage von Defibrillatoren und CRT Systemen. Für die telemetrische Abfrage von Herzschrittmachern, gibt es noch keine Regelung. Bis dieses geschieht, kann die Medtronic Reimbursementabteilung die betroffenen Patienten bei deren Kostenübernahmebeantragung unterstützen. Dieses gilt ebenso, wenn die Kostenübernahme für die ambulante Implantation des Ereignisrekorder LINQ II™™ LINQ nicht anders gesichert werden kann. Kontakt: [AntragService@medtronic.com](mailto:AntragService@medtronic.com)

\* EBM Wert = EBM Punkte x Orientierungswert 11,2662

## 5. Katalogisierung

Um die korrekte Abrechnungsmöglichkeit zu definieren, erfolgt folgende Katalogisierung:

### 5.1 Gesetzlich versicherter Patient



#### Abrechnung erfolgt gemäß EBM

- pauschale Kostenerstattung
- 7% vom Rechnungsbetrag
- zusätzlich Implantatekosten mit Rechnungsnachweis

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

## 5.2 Privat versicherter Patient

PKV

Abrechnung erfolgt gemäß GOÄ an den Patienten von

- Vertragsarzt
- Chefarzt
- Institut - Krankenhaus

Voraussetzung ist ein privatärztliche Vereinbarung mit dem Patienten.

## 6. Gesetzliche Grundlagen

Krankenhausbehandlung  
§ 39 SGB V

Kriterien-Katalog (G-AEP) für  
Fehlbelegungsprüfungen

Ambulantes Operieren  
im Krankenhaus  
§ 115b SGB V

Zulassungen

Besondere Versorgung  
§ 140a SGB V

AOP-Vetrag

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

## 6.1 Krankenhausbehandlung § 39 SGB V

(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht; sie umfasst auch Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach § 137c Absatz 1 getroffen hat und die das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfaßt im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung. **Zur Krankenhausbehandlung gehört auch eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungsstatus im Laufe der Behandlung und vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten.**

(1a) Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt. Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. § 11 des Apothekengesetzes bleibt unberührt. Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1; soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander. Das Entlassmanagement umfasst alle Leistungen, die für die Versorgung nach Krankenhausbehandlung erforderlich sind, insbesondere die Leistungen nach den §§ 37b, 38, 39c sowie alle dafür erforderlichen Leistungen nach dem Elften Buch. Das Entlassmanagement umfasst auch die Verordnung einer erforderlichen Anschlussversorgung durch Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus. Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können die Krankenhäuser Leistungen nach § 33a und die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und 12 genannten Leistungen verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen; hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung mit der Maßgabe, dass bis zur Verwendung der Arztnummer nach § 293 Absatz 7 Satz 3 Nummer 1 eine im Rahmenvertrag nach Satz 9 erster Halbsatz zu vereinbarende alternative Kennzeichnung zu verwenden ist. Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen; im Übrigen können die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnet und die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7). Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, 7 und 12 die weitere Ausgestaltung des Ordnungsrechts nach Satz 7. Die weiteren Einzelheiten zu den Sätzen 1 bis 8, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen, regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in einem Rahmenvertrag. Wird der Rahmenvertrag ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

Ablauf des Vertrages kein neuer Rahmenvertrag zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. Vor Abschluss des Rahmenvertrages ist der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker sowie den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Die Information sowie die Einwilligung müssen schriftlich oder elektronisch erfolgen.

(2) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See gemeinsam erstellen unter Mitwirkung der Landeskrankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung ein Verzeichnis der Leistungen und Entgelte für die Krankenhausbehandlung in den zugelassenen Krankenhäusern im Land oder in einer Region und passen es der Entwicklung an (Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte). Dabei sind die Entgelte so zusammenzustellen, daß sie miteinander verglichen werden können. Die Krankenkassen haben darauf hinzuwirken, daß Vertragsärzte und Versicherte das Verzeichnis bei der Verordnung und Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung beachten.

(4) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 40 Abs. 6 Satz 1 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.

(5) (weggefallen)

## 6.2 Ambulantes Operieren im Krankenhaus §115b SGB V

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 31. Januar 2022

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarung. In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 und den §§ 136 bis 136b zu berücksichtigen. In der Vereinbarung ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31. Dezember 2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Der Vereinbarungsteil nach Satz 1 Nummer 1 bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(1a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen leiten bis zum 30. Juni 2020 das Verfahren für die Vergabe eines gemeinsamen Gutachtens ein, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationsersetzenden Eingriffen und stationsersetzenden Behandlungen untersucht wird. Das Gutachten hat ambulant durchführbare Operationen, stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren. Im Gutachtauftrag ist vorzusehen, dass das Gutachten spätestens innerhalb eines Jahres, nachdem das Gutachten in Auftrag gegeben worden ist, fertigzustellen ist.

(2) Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen, stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen zugelassen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuß (§ 96); die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landeskrankenhausgesellschaft über den Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung. Das Krankenhaus ist zur Einhaltung des Vertrages nach Absatz 1 verpflichtet. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen; die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 301, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist.

Vorwort

Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Katalogs nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ambulant erbringen, unterliegen nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1.

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

(3) Kommt eine der Vereinbarungen nach Absatz 1 nicht fristgerecht zustande oder wird eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. Absatz 1 Satz 7 gilt entsprechend für die Festsetzung nach Satz 1 durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

(4) In der Vereinbarung nach Absatz 1 können Regelungen über ein gemeinsames Budget zur Vergütung der ambulanten Operationsleistungen der Krankenhäuser und der Vertragsärzte getroffen werden. Die Mittel sind aus der Gesamtvergütung und den Budgets der zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäuser aufzubringen.

Weitere Informationen  
über die Abrechnungsmöglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen



## 6.3 Besondere Versorgung §140a SGB V

(1) Die Krankenkassen können Verträge mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Die Verträge ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie besondere Versorgungsaufträge unter Beteiligung der Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften. Die Verträge können auch Regelungen enthalten, die die besondere Versorgung regional beschränken. Verträge, die nach den §§ 73a, 73c und 140a in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung geschlossen wurden, sind spätestens bis zum 31. Dezember 2024 durch Verträge nach dieser Vorschrift zu ersetzen oder zu beenden. Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 1 eingeschränkt. Satz 4 gilt nicht für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten.

(2) Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen beinhalten. Die Verträge können auch Abweichendes von den im Dritten Kapitel benannten Leistungen beinhalten, soweit sie die in § 11 Absatz 6 genannten Leistungen, Leistungen nach den §§ 20i, 25, 26, 27b, 37a und 37b sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen. Die Sätze 1 und 2 gelten insoweit, als über die Eignung der Vertragsinhalte als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Absatz 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Die abweichende Regelung muss dem Sinn und der Eigenart der besonderen Versorgung entsprechen, sie muss insbesondere darauf ausgerichtet sein, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Wenn Verträge über eine besondere Versorgung zur Durchführung von nach § 92a Absatz 1 Satz 1 und 2 geförderten neuen Versorgungsformen abgeschlossen werden, gelten die Anforderungen an eine besondere Versorgung nach Absatz 1 Satz 1 und 2 und die Anforderungen nach Satz 4 als erfüllt. Das gilt auch für Verträge zur Fortführung von nach § 92a Absatz 1 Satz 1 und 2 geförderten neuen Versorgungsformen oder wesentlicher Teile daraus sowie für Verträge zur Übertragung solcher Versorgungsformen in andere Regionen. Für die Qualitätsanforderungen zur Durchführung der Verträge gelten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindestvoraussetzungen entsprechend. Gegenstand der Verträge dürfen auch Vereinbarungen sein, die allein die Organisation der Versorgung betreffen. Die Partner eines Vertrages nach Absatz 1 können sich darauf verständigen, dass Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Leistungserbringer und der Krankenkassen zur Versorgung der Versicherten im Rahmen der besonderen Versorgung durch die Vertragspartner oder Dritte erbracht werden; § 11 Absatz 4 Satz 5 gilt entsprechend. Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein.

(3) Die Krankenkassen können nach Maßgabe von Absatz 1 Satz 2 Verträge abschließen mit:

1. nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,
2. Trägern von Einrichtungen, die eine besondere Versorgung durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten,
3. Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b des Elften Buches,
- 3a. anderen Leistungsträgern nach § 12 des Ersten Buches und den Leistungserbringern, die nach den für diese Leistungsträger geltenden Bestimmungen zur Versorgung berechtigt sind,

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

- 3b. privaten Kranken- und Pflegeversicherungen, um Angebote der besonderen Versorgung für Versicherte in der gesetzlichen und in der privaten Krankenversicherung zu ermöglichen,
4. Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1,
5. pharmazeutischen Unternehmern,
6. Herstellern von Medizinprodukten im Sinne der Verordnung (EU) 2017/745,
7. Kassenärztlichen Vereinigungen oder Berufs- und Interessenverbänden der Leistungserbringer nach Nummer 1 zur Unterstützung von Mitgliedern, die an der besonderen Versorgung teilnehmen,
8. Anbietern von digitalen Diensten und Anwendungen nach § 68a Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 und 3.

Die Partner eines Vertrages über eine besondere Versorgung nach Absatz 1 können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der besonderen Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist. Bei Verträgen mit Anbietern von digitalen Diensten und Anwendungen nach Nummer 8 sind die Zugänglichkeitskriterien für Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen.

(3a) Gegenstand der Verträge kann sein

1. die Förderung einer besonderen Versorgung, die von den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern selbständig durchgeführt wird, oder
2. die Beteiligung an Versorgungsaufträgen anderer Leistungsträger nach § 12 des Ersten Buches.

Die Förderung und Beteiligung nach Satz 1 dürfen erfolgen, soweit sie dem Zweck der gesetzlichen Krankenversicherung dienen.

(3b) Gegenstand der Verträge kann eine besondere Versorgung im Wege der Sach- oder Dienstleistung sein

1. im Einzelfall, wenn medizinische oder soziale Gründe dies rechtfertigen, oder
2. in den Fällen, in denen die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung der vom Versicherten selbst beschafften Leistungen vorliegen.

Verträge nach Satz 1 können auch mit nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern geschlossen werden, wenn eine dem Versorgungsniveau in der gesetzlichen Krankenversicherung gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.

(4) Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der besonderen Versorgung schriftlich oder elektronisch gegenüber ihrer Krankenkasse. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung an die Teilnahmeerklärung, zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in den Teilnahmeerklärungen. Die Satzung der Krankenkasse hat Regelungen zur Abgabe der Teilnahmeerklärungen zu enthalten. Die Regelungen sind auf der Grundlage der Richtlinie nach § 217f Absatz 4a zu treffen.

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

(4a) Krankenkassen können Verträge auch mit Herstellern von Medizinprodukten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 über die besondere Versorgung der Versicherten mit digitalen Versorgungsangeboten schließen. Absatz 1 Satz 2 ist nicht anzuwenden. In den Verträgen ist sicherzustellen, dass über eine individualisierte medizinische Beratung einschließlich von Therapievorschlägen hinausgehende diagnostische Feststellungen durch einen Arzt zu treffen sind. Bei dem einzubeziehenden Arzt muss es sich in der Regel um einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt handeln.

(5) Die Verarbeitung der für die Durchführung der Verträge nach Absatz 1 erforderlichen personenbezogenen Daten durch die Vertragspartner nach Absatz 1 darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information der Versicherten erfolgen.

(6) Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Absatz 3 Satz 2 gilt § 73b Absatz 7 entsprechend; falls eine Vorabereinbarung der teilnehmenden Versicherten nicht möglich ist, kann eine rückwirkende Bereinigung vereinbart werden. Die Krankenkasse kann bei Verträgen nach Absatz 1 auf die Bereinigung verzichten, wenn das voraussichtliche Bereinigungsvolumen einer Krankenkasse für einen Vertrag nach Absatz 1 geringer ist als der Aufwand für die Durchführung dieser Bereinigung. Der Bewertungsausschuss hat in seinen Vorgaben gemäß § 87a Absatz 5 Satz 7 zur Bereinigung und zur Ermittlung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs auch Vorgaben zur Höhe des Schwellenwertes für das voraussichtliche Bereinigungsvolumen, unterhalb dessen von einer basiswirksamen Bereinigung abgesehen werden kann, zu der pauschalen Ermittlung und Übermittlung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens an die Vertragspartner nach § 73b Absatz 7 Satz 1 sowie zu dessen Anrechnung beim Aufsatzwert der betroffenen Krankenkasse zu machen.

## 6.4 Kriterien-Katalog (G-AEP) für Fehlbelegungsprüfungen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben sich auf einen gemeinsamen Katalog von Kriterien (German Appropriateness Evaluation Protocol: G-AEP) für das Prüfverfahren gem. § 17 c Absatz 4 Satz 9 KHG verständigt. Die Kriterien sollen Transparenz darüber schaffen, wann eine stationäre Aufnahme in ein Krankenhaus nach Auffassung der Vertragspartner erforderlich ist. D.h. es handelt sich hierbei um eine nicht abschließende Positivliste zum Ausschluss unstreitiger, notwendigerweise vollstationär zu behandelnder Fälle. Bei der Anwendung der Kriterien ist die ex-ante-Sichtweise des behandelnden Arztes zu legen. Die Vertragspartner stimmen überein, dass wegen der Individualität medizinischer Sachverhalte und aufgrund der Gesamtbewertung des Krankheitsbildes die Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme oder eines Behandlungstages auch dann gegeben sein kann, wenn keines der Kriterien des Kataloges nach Anlage 1 erfüllt ist. Umgekehrt kann die Notwendigkeit verneint werden, obwohl ein Kriterium erfüllt ist. In diesen Fällen ist sowohl für den behandelnden Krankenhausarzt im Rahmen seiner Behandlungsentscheidung als auch für den MDK-Prüfarzt im Rahmen seiner Beurteilungsentscheidung das ärztliche Ermessen ausschlaggebend (override option). Eine Ausübung dieser abweichenden Ermessensentscheidung ist im Einzelfall zu begründen und zu dokumentieren.

Die Kriterien können nicht alle stationären Behandlungsnotwendigkeiten abbilden (z. B. subakute Zustände, akute Exazerbation chronischer Erkrankungen). Das kann auch auf Fälle zutreffen, in denen sich durch eine Verdichtung diagnostischer bzw. therapeutischer Maßnahmen ein deutlicher Zusatznutzen durch die stationäre Behandlung erwarten lässt und dies nachvollziehbar dokumentiert wird. Darüber hinaus sind die Kriterien für nachfolgend genannte Fachbereiche nicht geeignet: Psychiatrie, Psychosomatik, psychotherapeutische Medizin, Pädiatrie. Sollte sich aus der Anwendung der Override Option ergeben, dass weitere Bereiche nicht nur in Einzelfällen nicht angemessen abgebildet werden können, werden die Vertragspartner eine entsprechende Weiterentwicklung vornehmen.

Die festgelegten Kriterien dienen ausschließlich der Überprüfung der primären (Notwendigkeit stationärer Aufnahme) und nicht der sekundären (Länge des stationären Aufenthaltes) Fehlbelegung bei akuten Erkrankungen. Sie bilden die Grundlage für die bundesweite Einheitlichkeit des Prüfverfahrens gem. § 17 c KHG.

Ergänzende haftungsrechtliche Erfordernisse zur stationären Aufnahme können sich beispielsweise in Situationen ergeben, wenn und solange der Krankenhausarzt nicht unverzüglich klären kann, ob und wie die aus seiner Sicht ausreichende ambulante Behandlung gewährleistet werden kann. Eine solche Situation entbindet den Krankenhausarzt nicht von einer Prüfung gemäß § 39 SGB V (Möglichkeiten der teil-, vorstationären sowie ambulanten Behandlung).

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

## KRITERIEN-KATALOG (G-AEP) - ANLAGE

### Anlage 2 zu den Gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17 c KHG in der gültigen Fassung vom 15.04.2004

Nr.	Kriterium	Verbindung mit Zusatzkriterium?
A	Schwere der Erkrankung	B
A1	Plötzliche Bewusstseinsstörung oder akuter Verwirrheitszustand	Nein
A2	Pulsfrequenz: <50 / min oder > 140 / min.	Ja
A3	Blutdruck: systolisch < 90 oder > 200 mmHg	Ja
A4	Akuter Verlust der Sehfähigkeit oder des Gleichgewichtssinnes	Nein
A5	Akuter Verlust der Hörfähigkeit	Ja
A6	Akute oder progrediente Lähmung oder andere akute neurologische Symptomatik	Ja
A7	Lebensbedrohliche Infektion oder anhaltendes oder intermittierendes Fieber (> 38,0° C Kerntemperatur )	Ja
A8	Akute/ Subakute Blutung und / oder interventionsbedürftiger Hämoglobinabfall	Ja
A9	Schwere Elektrolytstörung oder Blutgasentgleisung oder aktuelle Entgleisung harnpflichtiger Substanzen	Ja
A10	Akute oder progrediente sensorische, motorische, funktionelle, zirkulatorische oder respiratorische oder dermatologische Störungen sowie Schmerzzustände, die den Patienten nachdrücklich behindern oder gefährden	Ja
A11	Dringender Verdacht oder Nachweis einer myokardialen Ischämie	Nein
A12	Krankheit, die eine Behandlung mit onkologischen Chemotherapeutika oder anderen potenziell lebensbedrohlichen Substanzen erfordert	Ja
B	Intensität der Behandlung	A
B1	Kontinuierliche bzw. intermittierende intravenöse Medikation und / oder Infusion (schließt Sondenernährung nicht ein)	Ja
B2	Operation, Intervention oder spezielle diagnostische Maßnahme innerhalb der nächsten 24 Stunden, die die besonderen Mittel und Einrichtungen eines Krankenhauses erfordert	Nein
B3	Mehrfache Kontrolle der Vitalzeichen, auch mittels Monitor, mindestens alle 4 Stunden	Ja
B4	Behandlung auf einer Intensivstation	Nein
B5	Intermittierende, mehrmals tägliche oder kontinuierliche, assistierte oder kontrollierte Beatmung	Nein
C	Operation / Invasive Maßnahme (außer Notfallmaßnahmen)	A, D, E oder F
C1	Operation / Prozedur, die unstrittig nicht ambulant erbracht werden kann	Nein
C2	Leistungen, die gemäß des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V in der Regel ambulant erbracht werden sollen (mit Kategorie 1 gekennzeichnete Leistungen aus dem aktuellen Katalog ambulanter Operationen und stationsersetzender Eingriffe nach Anlage 1) und ein Kriterium der allgemeinen Tatbestände gemäß § 3 Abs. 3 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V erfüllen	Nein



## 6.5 Zulassungen

### ZULASSUNG VON KRANKENHÄUSERN ZUR ERBRINGUNG VON EINGRIFFEN GEMÄSS § 115 B SGB V

(1) Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog nach § 3 aufgeführten Eingriffe gemäß § 115 b SGB V in den Leistungsbereichen zugelassen, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlung erbringen. Hierzu bedarf es einer maschinenlesbaren Mitteilung des Krankenhauses an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss.

(2) In dieser Mitteilung sind die entsprechenden abteilungsbezogenen Leistungsbereiche und einzelnen Leistungen, die in diesem Krankenhaus ambulant durchgeführt werden sollen, auf der Grundlage des gemeinsamen Katalogs maschinenlesbar zu benennen. Die Krankenhäuser verwenden für diese Mitteilung das zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgestimmte Formular in der jeweils aktuellen Fassung.

**Die Formulare können abgerufen werden unter:** [http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/amb\\_versorgung/](http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/amb_versorgung/)

### ANSCHRIFTEN DER FÜR DEN EMPFANG DER MITTEILUNG ZUSTÄNDIGEN KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN, LANDESVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN, VERBÄNDE DER ERSATZKASSEN UND ZULASSUNGS-AUSSCHÜSSE

Um die Berechtigung zur Durchführung ambulanter Operationen zu erlangen, bedarf es gemäß § 115b §1 Absatz 2 einer maschinenlesbaren Mitteilung des Krankenhauses an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss. Hierzu ist das zwischen dem GKV-Spitzenverband und der DKG abgestimmte Meldeformular zu verwenden: [https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/ambulant\\_versorgung/amb\\_operieren/index.html](https://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/ambulant_versorgung/amb_operieren/index.html)

### LANDESVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN UND VERBÄNDE DER ERSATZKASSEN

Es bestehen sechs Krankenkassenarten:  
Ortskrankenkassen (§ 143 SGB V)  
Betriebskrankenkassen (§ 144 SGB V)  
Innungskrankenkassen (§ 145 SGB V)  
Landwirtschaftliche Krankenkassen (§ 146 SGB V)  
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (§ 147 SGB V)  
Ersatzkassen (§ 148 SGB V)

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

## KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG

Zur Erfüllung der ihnen durch das SGB V übertragenen Aufgaben der vertragsärztlichen Versorgung bilden die Vertragsärzte für den Bereich jedes Landes eine Kassenärztliche Vereinigung (§ 77 Absatz 1 Satz 1 SGB V).

## ZULASSUNGS-AUSSCHUSS

Um an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen zu können, bedarf der Arzt einer Zulassung (§ 95 Absatz 1 SGB V). Zur Beschlussfassung und Entscheidung in Zulassungssachen errichten die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung oder für Teile dieses Bezirks (Zulassungsbezirk) einen Zulassungsausschuss für Ärzte (§ 96 Absatz 1 SGB V).

Die Geschäfte der Zulassungsausschüsse werden bei den Kassenärztlichen Vereinigungen geführt (§ 96 Absatz 3 Satz 1 SGB V), daher sind die Anschriften der Zulassungsausschüsse nachfolgend nicht extra aufgeführt, weil sie identisch sind mit denen der Kassenärztlichen Vereinigungen.

## ZULASSUNG ERMÄCHTIGTER KRANKENHAUSARZT

Ein im Krankenhaus angestellter Arzt kann auf seinen Antrag an den Zulassungsausschuss bei der KV persönlich ermächtigt werden, seine persönlich erbrachte Leistung gemäß EBM/E-GO abzurechnen. Dazu muss er einerseits ambulantes Operieren und andererseits die angestrebten Leistungen nach EBM beantragen. In Fällen der persönlichen Ermächtigung ist in Bezug auf unsere Therapien ein Sachkostenübernahmeantrag erforderlich. Der Arzt rechnet seine persönlich erbrachte Leistung nach EBM/E-GO mit seiner KV ab, wir rechnen unsere Implantate gemäß den regionalen Abrechnungswegen direkt oder indirekt über den Arzt und Abtretung der Zahlung, mit der Krankenkasse ab.

## ZULASSUNG VERTRAGSARZT

(1) Der Vertragsarzt muss einerseits ambulantes Operieren und andererseits die angestrebten Leistungen nach EBM beim Zulassungsausschuss der zuständigen KV beantragen. Der Arzt rechnet seine persönlich erbrachte Leistung nach EBM/E-GO mit seiner KV ab, wir rechnen unsere Implantate gemäß den regionalen Abrechnungswegen direkt oder indirekt über den Arzt und Abtretung der Zahlung, mit der Krankenkasse ab.

(2) Sonderfall: Niedergelassener vertragsärztlicher Kardiologe ist gleichzeitig Belegarzt im zugelassenen Krankenhaus. Das zugelassene Krankenhaus zeigt ambulantes Operieren nach § 115 b SGB V an. Der Vertragsarzt rechnet seine zugelassenen OP-Leistungen mit der regionalen KV ab. Restliche Leistungen z.B. Anästhesie und Implantatkosten rechnet das Krankenhaus mit den Krankenkassen ab. Auf der Rechnung des Krankenhauses müssen die OP Leistungen des Vertragsarztes ohne Bewertung aufgeführt werden.

**(3) Wichtig: Ein Beleg-Krankenhaus kann kein ambulantes Operieren im zugelassenen Krankenhaus nach § 115 b SGB V anzeigen.**

## 6.6 AOP-Vertrag (Vertrag nach § 115 b Absatz 1 SGB V)

### AMBULANTES OPERIEREN UND STATIONSERSETZENDE EINGRIFFE IM KRANKENHAUS

**AOP Vertrag 08.04.2014**

zwischen

**dem GKV-Spitzenverband, Berlin**

und

**der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin**

sowie

**der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin**

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband schließen aufgrund des in § 115 b SGB V enthaltenen Auftrages folgenden Vertrag:

#### GRUNDSÄTZE

Dieser Vertrag soll dazu dienen, einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe - nachfolgend „Eingriffe gemäß § 115 b SGB V“ genannt - im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus zu schaffen und die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern zu fördern. Dies umfasst auch die nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz zulässigen neuen Kooperationsmöglichkeiten.

Er zielt darauf ab, auf der Basis des § 39 SGB V zur Vermeidung nicht notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlung eine patientengerechte und wirtschaftliche Versorgung zu sichern und die Kooperation zwischen niedergelassenem Bereich und Krankenhausbereich zu verbessern, einschließlich der gemeinsamen Nutzung von Operationskapazitäten im Krankenhaus.

Die Parteien sind sich bewusst, dass die Leistungserbringung nach wirtschaftlichen Grundsätzen zu erfolgen hat und sowohl ambulant operierende Ver-

tragsärzte als auch die nach § 115 b SGB V zugelassenen Krankenhäuser gleichberechtigt diese Leistungen erbringen können.

## § 1 ZULASSUNG VON KRANKENHÄUSERN ZUR ERBRINGUNG VON EINGRIFFEN GEMÄSS § 115b SGB V

(1) Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog nach § 3 aufgeführten Eingriffen gemäß § 115 b SGB V in den Leistungsbereichen zugelassen, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlung erbringen. Hierzu bedarf es einer maschinenlesbaren Mitteilung des Krankenhauses an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss.

(2) In dieser Mitteilung sind die entsprechenden abteilungsbezogenen Leistungsbereiche und einzelnen Leistungen, die in diesem Krankenhaus ambulant durchgeführt werden sollen, auf der Grundlage des gemeinsamen Katalogs maschinenlesbar zu benennen. Die Krankenhäuser verwenden für diese Mitteilung das zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgestimmte Formular in der jeweils aktuellen Fassung.

## § 2 ZUGANG DER PATIENTEN ZU EINGRIFFEN NACH § 115b SGB V

(1) Eingriffe gemäß § 115 b SGB V sollen in der Regel auf Veranlassung eines niedergelassenen Vertragsarztes unter Verwendung eines Überweisungsscheins durchgeführt werden. Falls ein Versicherter ohne Überweisungsschein das Krankenhaus zur ambulanten Operation aufsucht, gilt die Krankenversichertenkarte in Verbindung mit einem amtlichen Lichtbildausweis als Nachweis für die Mitgliedschaft. Bei Fehlen eines Überweisungsscheins zieht das Krankenhaus die Zuzahlung gemäß § 28 Absatz 4 SGB V ein. Der für den Eingriff gemäß § 115 b SGB V verantwortliche Arzt entscheidet über Art und Umfang des ambulanten Eingriffs.

(2) Aus dem als Anlage des Vertrages beigefügten „Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationersetzender Eingriffe“ kann nicht die Verpflichtung hergeleitet werden, dass die dort aufgeführten Eingriffe ausschließlich ambulant zu erbringen sind. Der Arzt ist verpflichtet, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands des Patienten die ambulante Durchführung der Operation nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben. Zugleich muss sich der verantwortliche Arzt vergewissern und dafür Sorge tragen, dass der Patient nach Entlassung aus der unmittelbaren Betreuung des operierenden Arztes auch im häuslichen Bereich sowohl ärztlich als gegebenenfalls auch pflegerisch angemessen versorgt wird. Die Entscheidung ist zu dokumentieren.

## § 3 KATALOG AMBULANT DURCHFÜHRBARER OPERATIONEN UND STATIONSERSETZENDER EINGRIFFE

(1) In der Anlage sind abschließend die Leistungen aufgeführt, die Operationen und stationersetzende Eingriffe gemäß § 115 b SGB V darstellen.

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

(2) Eingriffe gemäß § 115 b SGB V, die in der Regel ambulant erbracht werden sollen, sind in der Anlage gesondert gekennzeichnet. Bei Vorliegen beziehungsweise Erfüllung der Kriterien der allgemeinen Tatbestände gemäß § 3 Absatz 3 des Vertrages kann jedoch eine stationäre Durchführung dieser Eingriffe erforderlich sein.

(3) Allgemeine Tatbestände, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung der in der Regel ambulant durchzuführenden Leistungen erforderlich sein kann, sind der Anlage 2 zu den Gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17c Abs. 4 Satz 9 KHG in der bis zum 31.07.2013 geltenden Fassung (mit Ausnahme des Kriteriums C) zu entnehmen.

(4) Die Vertragspartner beabsichtigen, den Katalog regelmäßig zu überarbeiten.

## § 4 PRÄOPERATIVE LEISTUNGEN

(1) Zur Vermeidung von Doppeluntersuchung stellt der überweisende Arzt dem den Eingriff nach § 115 b SGB V durchführenden Arzt die im Zusammenhang mit dem vorgesehenen Eingriff gemäß § 115 b SGB V bedeutsamen Unterlagen zur Verfügung. Der Operateur/Anästhesist hat diese Unterlagen bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen. Werden bereits durchgeführte Untersuchungen nochmals veranlasst, so sind diese in medizinisch begründeten Fällen von den Kostenträgern zu vergüten. Diese sind bei der Abrechnung zu kennzeichnen und auf Nachfrage zu begründen.

(2) Erfolgt eine vollstationäre Behandlung, so sind die diagnostischen Maßnahmen, die der Vorbereitung dieser stationären Behandlung dienen und innerhalb der Fristen gemäß § 115 a Absatz 2 SGB V erbracht werden, nicht als Eingriffe gemäß § 115 b SGB V abzurechnen.

(3) Der den Eingriff nach § 115 b SGB V durchführende Krankenhausarzt/Anästhesist ist berechtigt, die gegebenenfalls zusätzlich erforderlichen, auf das eigene Fachgebiet bezogenen diagnostischen Leistungen im Krankenhaus durchführen zu lassen, soweit das Krankenhaus über die hierfür erforderlichen Einrichtungen verfügt. Diese Leistungen sind mit den Krankenkassen nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen des EBM und des § 7 abzurechnen.

(4) Handelt es sich um notwendige fachgebietsbezogene Leistungen, die vom Krankenhaus nicht erbracht werden können, hat der Krankenhausarzt den Patienten an einen niedergelassenen Vertragsarzt dieses Fachgebietes, einen ermächtigten Krankenhausarzt, eine ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung oder eine zugelassene Einrichtung mittels Definitionsauftrag durch Verwendung des entsprechenden Vordrucks gemäß § 13 zu überweisen.

(5) Soweit es sich um notwendige, nicht fachgebietsbezogene Leistungen handelt, hat der Krankenhausarzt den Patienten an einen niedergelassenen Vertragsarzt dieses anderen Fachgebietes, einen ermächtigten Krankenhausarzt, eine ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung oder eine zugelassene Einrichtung mittels Definitionsauftrag durch Verwendung des entsprechenden Vordrucks gemäß § 13 zu überweisen.

## § 5 INTRAOPERATIVE LEISTUNGEN

In Verbindung mit einem ambulanten Eingriff nach § 115 b SGB V können intraoperative Leistungen erbracht oder veranlasst werden, die in einem unmittelbaren zeitlichen und medizinischen Zusammenhang mit dem Eingriff stehen (insbesondere Laboruntersuchungen, Leistungen der konventionellen Radiologie, Histologie oder der Pathologie).

## § 6 POSTOPERATIVE LEISTUNGEN

Postoperative, auf das eigene Fachgebiet des den Eingriff nach § 115b SGB V erbringenden Arztes/Anästhesisten bezogene ärztliche Leistungen, einschließlich der Leistungen des Abschnitts 31.3 des EBM, die erforderlich sind, um den Behandlungserfolg des im Krankenhaus durchgeführten Eingriffs nach § 115 b SGB V zu sichern bzw. zu festigen, sind auch von fachlich verantwortlichen Krankenhausärzten durchzuführen. Die Behandlungsdauer soll 14 Tage nicht überschreiten, ohne dass es einer erneuten Überweisung bedarf.

## § 7 VERGÜTUNG

(1) Die im Katalog nach § 3 aufgeführten ambulant durchführbaren Operationen und stationersetzende Eingriffe sowie die nach den §§ 4, 5 und 6 erbrachten Leistungen des Krankenhauses und der Vertragsärzte werden mit den Preisen für den Regelfall der für den Standort des Krankenhauses geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 SGB V bzw. den diesen zu Grunde liegenden Punktwerten und den Punktzahlen des EBM (ggf. BMÄ / E-GO) außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Die Regelungen nach Satz 1 werden für Vertragsärzte bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung in dem Verfahren vor dem Sozialgericht Berlin (Az. S 79 KA 977/06) und der Vereinbarung dadurch ggf. erforderlicher Anpassungen durch die Vertragsparteien ausgesetzt.

Die Abrechnungsbestimmungen des EBM gelten für die Krankenhäuser entsprechend. Die Partner dieses Vertrages werden wegen der noch ausstehenden Klärung der Umsetzungsfragen nach Nr. 2.2 des vom Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V am 2. September 2009 beschlossenen Teils D des Beschlusses zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung für das Jahr 2010 bis zum 30. September 2010 prüfen, wie die gesetzlichen Bestimmungen gemäß § 87 Abs. 2e SGB V (Orientierungswerte im Regelfall sowie bei festgestellter Unter- und Überversorgung) bei der Vergütung der Leistungen nach Satz 1 ab dem 01. Januar 2011 zu berücksichtigen sind. Sofern zwischen den Gesamtvertragspartnern zusätzliche Vergütungsbestandteile (z. B. Zuschläge auf den der Euro-Gebührenordnung zu Grunde liegenden Punktwert) vereinbart wurden, sind diese auch von den Krankenhäusern abrechenbar. Die Gesamtvertragspartner benennen der Landeskrankenhausesgesellschaft einen Ansprechpartner, der dieser jeweils innerhalb von 2 Wochen nach der Vereinbarung die Euro-Gebührenordnung zur Verfügung stellt sowie über die zusätzlichen Vergütungsbestandteile informiert. Soweit sich im Ergebnis der vom GKV-Spitzenverband vor dem LSG Berlin Brandenburg unter dem Az.: L 7 KA 84/09 ER bzw. Az.: L 7 KA 62/09 KL und Az.: L 7 KA 140/09 ER bzw. Az.: L 7 KA 135/09 KL eingebrachten Klageverfahren rechtskräftig die Unzulässigkeit zusätzlicher regionaler Vergütungsbestandteile ergibt, sind diese von den Krankenhäusern unter Beachtung entsprechender Regelungen der Partner der Gesamtverträge zurück zu erstatten. Zudem werden die Partner dieses Vertrages die betroffenen Regelungen entsprechend anpassen.

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

(2) Die postoperativen Behandlungskomplexe des Abschnitts 31.4 des EBM für die postoperative Behandlung bei Erbringung durch den Operateur können durch das Krankenhaus für die darin enthaltenen Leistungen bis zum 14. Tag nach Erbringung des Eingriffs nach § 115 b SGB V mit einem Abschlag von der Punktzahl in Höhe von 27,5 Prozent berechnet werden. Sobald der Bewertungsausschuss die postoperative Behandlungsdauer im Rahmen der Leistungen des Abschnitts 31.4 des EBM auf den Zeitraum von 14 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 einschränkt, entfällt der Abschlag nach Satz 1 mit Inkrafttreten der Einschränkung.

(3) Wird ein Patient an demselben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit dem ambulanten Eingriff eines Krankenhauses stationär aufgenommen, erfolgt die Vergütung nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung beziehungsweise des Krankenhausentgeltgesetzes.

(4) Krankenhäuser sind bei der Vergütung ambulanter Leistungen wie niedergelassene Fachärzte der entsprechenden Fachrichtung einzustufen. Dies gilt insbesondere auch für die separate Abrechenbarkeit anästhesiologischer Leistungen/Narkosen, sofern im Krankenhaus bei Eingriffen gemäß § 115 b SGB V sowohl ein Operateur als auch ein Anästhesist des Krankenhauses beteiligt sind oder die Leistung nach § 115 b SGB V durch einen belegärztlich tätigen Vertragsarzt erfolgt und das Krankenhaus nur die Anästhesieleistung erbringt. Krankenhäuser können die im Katalog nach § 3 aufgeführten ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationärsersetzenden Eingriffe und anästhesiologische Leistungen/Narkosen auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbringen.

(5) Sofern die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene zweiseitige, zusätzliche Vereinbarungen zur Vergütung von Leistungen nach § 3 treffen, so ist deren Übertragung auf den an der jeweiligen Vereinbarung unbeteiligten anderen Sektor zu prüfen. Voraussetzung ist die Erfüllung der für die strukturvertragliche Förderung in der jeweiligen Vereinbarung bestimmten Kriterien. Näheres regeln die Vertragspartner auf Landesebene.

## § 8 UNTERRICHTUNG DES VERTRAGSARZTES

Nach Durchführung des Eingriffs nach § 115 b SGB V ist dem Versicherten eine für den weiterbehandelnden Vertragsarzt bestimmte Kurzinformation mitzugeben, aus der die Diagnose, Therapieangaben, angezeigte Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hervorgehen. Diese Information ist obligater Bestandteil der Leistung und somit nicht gesondert abrechenbar.

## § 9 VERGÜTUNG VON SACHKOSTEN (VERBRAUCHSMATERIALIEN, VERBANDMITTEL, ARZNEIMITTEL, HILFSMITTEL)

(1) Die für die Durchführung der Eingriffe gemäß § 3 und die Leistungen nach den §§ 4 bis 6 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 gemäß § 18. Der Krankenhausarzt ist nicht berechtigt, die in diesem Absatz aufgeführten Mittel auf Kassenrezept zu verordnen.

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

(2) Sachmittel nach Absatz 1, deren Kosten gemäß Nr. 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM (Praxisbedarf) mit der Gebühr für die ärztliche Leistung abgegolten sind oder Sachmittel, die explizit Leistungsinhalt der Leistungen des EBM sind, sind nicht gesondert berechnungsfähig.

(3) Arznei- und Sachmittel, die weder nach Absatz 2 Bestandteil der berechnungsfähigen ärztlichen Leistungen des EBM sind noch gemäß der Absätze 4 bis 7 gesondert abgerechnet werden können, werden durch einen pauschalen Zuschlag auf die gesamte Honorarsumme in Höhe von 7,0 % vergütet. Sofern eine leistungsbezogene Kostenpauschale nach Absatz 4 in Rechnung gestellt wird, ist die entsprechende ärztliche Leistung des EBM für die Berechnung der Zuschlagshöhe aus der Honorarsumme auszuklammern.

(4) Die im Kapitel 40 des EBM ausgewiesenen Kostenpauschalen nach BMÄ und E-GO sind berechnungsfähig. Die Kostenpauschalen sind nicht in die Honorarsumme zur Berechnung des pauschalen Zuschlags nach Absatz 3 einzurechnen.

(5) Nachfolgende Sachmittel werden zusätzlich zu der Vergütung nach Abs. 3 und 4 nach Aufwand erstattet, soweit sie je nachfolgend aufgeführter Sachmittelposition (je Spiegelstrich) einen Betrag von 12,50 Euro im Behandlungsfall überschreiten:

- im Körper verbleibende Implantate in Summe,
- Röntgenkontrastmittel,
- Nahtmaterial,
- Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, Gefäßschleuse, Einführungsbesteck und Verschlussysteme im Zusammenhang mit angiologisch-diagnostischen und -therapeutischen, gefäßchirurgischen und phlebologischen Leistungen,
- Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, im Zusammenhang mit gastrokopischen Leistungen (inkl. Leistungen an den Gallenwegen),
- Trokare, Endoclips und Einmalapplikatoren für Clips, im Zusammenhang m. laparoskopischen Leistungen,
- Narkosegase, Sauerstoff,
- Diagnostische und interventionelle Katheter (ausgenommen Transferkatheter) einschl. Führungsdraht im Zusammenhang mit Leistungen zur In-Vitro-Fertilisation abzüglich des Patienteneigenanteils,
- Iris-Retraktoren, Kapselspannringe, Injektionshalterungen bei ophthalmochirurgischen Leistungen,
- Ophthalmica (Viskoelastika, Perfluordecaline, Silikonöl, C3F8-Gas) bei ophthalmochirurgischen Leistungen,
- Schienen, Kompressionsstrümpfe (nicht Anti-Thrombosestrümpfe).

(6) Das Krankenhaus wählt die gesondert berechnungsfähigen Materialien nach Absatz 5 unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus. Es hat die rechnungsbegründenden Unterlagen in Form der Originalrechnungen für die Dauer von fünf Jahren auf-

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

zubewahren und vorzuhalten. Aus den Originalrechnungen muss der Name des Herstellers bzw. des Lieferanten, die Artikelbezeichnung sowie die vom Hersteller bzw. Lieferanten festgelegte Artikelnummer hervorgehen. Das Krankenhaus ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen und nach Maßgabe der Krankenkasse nachzuweisen. Gegebenfalls vom Hersteller beziehungsweise Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten sind weiterzugeben. Ein Barzahlungsrabatt (Preisnachlass bei fristgerechter Zahlung) ist weiterzugeben, soweit dieser 3 % übersteigt. Werden die Materialien bei mehreren Patienten verbraucht, so ist ein durchschnittlicher Preis je Patient zu ermitteln und nach Maßgabe der Krankenkasse nachzuweisen.

(7) Übersteigt der Preis eines Arzneimittels, das nicht Bestandteil der Vergütungen gemäß der Absätze 2 bis 5 ist, einen Betrag von 40,00 Euro, erfolgt eine Vergütung auf der Grundlage des in der Großen Deutschen Spezialitätentaxe (Lauertaxe) ausgewiesenen Apotheken-Einkaufspreises mit einem Abschlag in Höhe von 25 % zuzüglich Mehrwertsteuer. Der Preis ergibt sich aus den tatsächlich für den Behandlungsfall verbrauchten Einheiten des jeweiligen Arzneimittels und dem Preis einer Einzeldosis der größten, in der Lauertaxe angegebenen Packungseinheit.

(8) Abweichend von Absatz 7 erfolgt für Photosensibilisatoren (z. B. Verteporfin) bei der Photodynamischen Therapie und Hormonpräparate bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung eine Vergütung auf der Grundlage des in der Großen Deutschen Spezialitätentaxe (Lauertaxe) ausgewiesenen Apotheken-Einkaufspreises mit einem Abschlag in Höhe von 20% zuzüglich Mehrwertsteuer. Der Preis ergibt sich aus den tatsächlich für den Behandlungsfall verbrauchten Einheiten des jeweiligen Arzneimittels und dem Preis einer Einzeldosis der größten, in der Lauertaxe angegebenen Packungseinheit. Der Rechnungsbetrag für Hormonpräparate zur In-vitro-Fertilisation ist um den Eigenanteil der Patienten zu reduzieren. Der Betrag nach Absatz 7 Satz 1 (40,00 Euro) gilt für Photosensibilisatoren (z. B. Verteporfin) bei der Photodynamischen Therapie und Hormonpräparate bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nicht.

## § 10 ARBEITSUNFÄHIGKEIT / HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE

(1) Ist der Patient bedingt durch den im Krankenhaus ambulant durchgeführten Eingriff arbeitsunfähig, kann Arbeitsunfähigkeit vom Krankenhausarzt in der Regel bis zu fünf Tagen bescheinigt werden.

(2) Die Verordnung häuslicher Krankenpflege durch den Krankenhausarzt ist bis zu einer Dauer von drei Tagen möglich, sofern sie in Zusammenhang der Sicherstellung des Behandlungserfolges im häuslichen Umfeld des Patienten erfolgt (Sicherungspflege). Die entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege gelten. Folgeverordnungen sind durch den nachbehandelnden Vertragsarzt vorzunehmen.

## § 11 TRANSPORT DES PATIENTEN

Ist ein Krankentransport zu Lasten einer Krankenkasse nach Durchführung eines Eingriffs nach § 115 b SGB V notwendig, ist er von dem Krankenhausarzt unter Beachtung der Krankentransport-Richtlinie in des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils gültigen Fassung anzuordnen.

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

## § 12 DATENSCHUTZ UND ÄRZTLICHE SCHWEIGEPFLICHT

Die datenschutzrechtlichen Vorschriften und die ärztliche Schweigepflicht sind zu beachten.

## § 13 VORDRUCKE

Soweit Vordrucke erforderlich sind, werden die für die vertragsärztliche Versorgung vereinbarten Formulare verwendet. Sie werden den Krankenhäusern von den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellt.

## § 14 FACHARZTSTANDARD

Ärztliche Leistungen gemäß § 115 b SGB V werden nach dem jeweilig zum Behandlungszeitpunkt geltenden Facharztstandard erbracht. Danach sind die ärztlichen Leistungen gemäß § 115 b SGB V nur von Fachärzten, unter Assistenz von Fachärzten oder unter deren unmittelbarer Aufsicht und Weisung mit der Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifens zu erbringen. Werden die im Katalog nach § 3 aufgeführten ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationersetzenden Eingriffe nach § 7 Absatz 4 auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht, so ist das Krankenhaus für die Einhaltung des Facharztstandards verantwortlich.

## § 15 QUALITÄTSSICHERUNG

Leistungen des Katalogs nach § 115 b SGB V, für die Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 135 SGB V existieren, sind auch unter den gleichen Maßgaben im stationären Bereich zu erbringen. Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V und nach § 137 Abs. 1 Satz 1 SGB V sind zu berücksichtigen. Dies betrifft insbesondere die Durchführung von Hygienekontrollen, die Einhaltung der weiteren Strukturqualität sowie auch die Einhaltung von Frequenzregelungen. Frequenzregelungen sind arztbezogen zu erfüllen, wobei alle Leistungen, unabhängig zu wessen Lasten und in welcher Behandlungsform diese erbracht wurden, Anrechnung finden können. Leistungen, die unter unmittelbarer Aufsicht und Weisung von Fachärzten mit der Möglichkeit des unmittelbaren Eingreifens erbracht werden, können von diesen auf die eigene Leistungsfrequenz angerechnet werden.

## § 16 MASSNAHMEN ZUR SICHERUNG DER WIRTSCHAFTLICHKEIT

Die Vertragspartner werden Maßnahmen zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit bei Eingriffen gemäß § 115 b SGB V in einer gesonderten Vereinbarung treffen.

## § 17 BETEILIGUNG DER DEUTSCHEN KRANKENHAUSGESELLSCHAFT

Soweit über die Bewertung der im „Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationersetzender Eingriffe“ (Anlage) aufgeführten Leistungen zu beraten ist, können Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft an Sitzungen des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses teilnehmen. Dazu ergeht jeweils im Rahmen der üblichen Fristen vor der geplanten Sitzung des Arbeitsausschusses eine entsprechende Einladung durch die Geschäftsführung des Bewertungsausschusses.

## § 18 ABRECHNUNGSVERFAHREN

- (1) Es ist nur eine Rechnung zulässig, die sämtliche abrechenbaren Leistungen der ambulanten Operation oder des sonstigen stationersetzenden Eingriffs gemäß der Anlage sowie gegebenenfalls des §§ 4, 5, 6 und 9 umfasst. Einbehaltene Zuzahlungen gemäß § 28 Absatz 4 SGB V sind gesondert auszuweisen. Der Rechnungsbetrag ist um einbehaltene Zuzahlungen zu bereinigen.
- (2) Erfolgen die ambulante Operation, der sonstige stationersetzende Eingriff oder die anästhesiologische Leistung/Narkose durch einen Vertragsarzt im Rahmen einer vertraglichen Zusammenarbeit nach § 7 Absatz 4, so sind seine Leistungen vom Krankenhaus in Rechnung zu stellen. Die lebenslange Arztnummer des Vertragsarztes ist auf der Rechnung des Krankenhauses auszuweisen. Eine gesonderte Vergütung des Vertragsarztes erfolgt in diesem Fall weder durch die Krankenkasse noch durch die Kassenärztliche Vereinigung.
- (3) Erfolgt die ambulante Operation oder der sonstige stationersetzende Eingriff durch einen am Krankenhaus tätigen Belegarzt, sind seine Leistungen ausschließlich nach den vertragsärztlichen Regelungen mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen. 2 Die Leistung des Belegarztes nach § 3 sowie die lebenslange Arztnummer des Belegarztes sind auf der Rechnung des Krankenhauses gesondert auszuweisen.
- (4) Die Leistungen aus dem „Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe“ und gegebenenfalls der §§ 4, 5, 6 und 9 dieses Vertrages werden dem Krankenhaus von der für die Patienten zuständigen Krankenkasse vergütet.
- (5) Nach Abschluss des Falles einer ambulanten Operation wird der zuständigen Krankenkasse innerhalb von vier Wochen eine Rechnung übersandt. Als Versandtag gilt der Tag der Absendung der Rechnung. Ist der letzte Tag der Vier-Wochen-Frist ein arbeitsfreier Tag, verlängert sich die Frist auf den nächstfolgenden Arbeitstag.
- (6) Die Krankenkassen haben die Rechnung innerhalb von vier Wochen nach Rechnungseingang zu bezahlen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrags an ein Geldinstitut oder der Versendung von Zahlungsmitteln an das Krankenhaus. Ist der Fälligkeitstag ein Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag, so verschiebt er sich auf den nächstfolgenden Arbeitstag.

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

## § 19 DATENÜBERMITTLUNG

- (1) Die zugelassenen Krankenhäuser haben den Krankenkassen die Daten nach § 301 SGB V zu übermitteln.
- (2) Für die Abrechnung der Leistungen gemäß diesem Vertrag sind auf den Abrechnungsunterlagen zwingend Diagnosen und Prozeduren in der jeweils gültigen Fassung gemäß § 301 Absatz 2 SGB V kodiert anzugeben.

## § 20 EINFÜHRUNG EINES PAUSCHALIERTEN ENTGELTSYSTEMS

Die Vertragspartner beabsichtigen, die Umstellung der Abrechnungspositionen für die Eingriffe gemäß § 115 b SGB V auf ein vollständig pauschaliertes Entgeltsystem vorzunehmen.

## § 21 ANPASSUNG DER OPERATIONENSCHLÜSSEL

Die Vertragspartner vereinbaren, die erforderlichen Anpassungen der Operationen und sonstigen Prozeduren (OPS 301) im Katalog der Eingriffe gemäß § 115 b Absatz 1 SGB V vorzunehmen. Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, stellen die Vertragspartner spätestens vier Wochen nach Vorabbenachrichtigung des OPS 301 eine gemeinsame Liste von Sachverständigen auf, die im Wege der Schlichtung zu offenen Fragen Stellung nehmen sollen; jeder Vertragspartner kann einen Sachverständigen benennen. Kommt es zu keiner Einigung über die Person des Sachverständigen, entscheidet innerhalb einer Woche das Los, welcher Sachverständiger den Auftrag erhält, die Anpassung des OPS 301 innerhalb von vier Wochen zu erstellen. Die Kosten der Beauftragung tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Soweit die Vertragspartner nicht innerhalb von zwei Wochen den Sachverständigenvorschlag annehmen oder sich einvernehmlich auf Änderungen des Sachverständigenvorschlags einigen, gilt der Vorschlag des Sachverständigen als abgelehnt.

## § 22 GELTUNG DES VERTRAGES

Der Vertrag tritt am 1. Juni 2012 in Kraft. Er kann mit einer Frist von einem Jahr jeweils zum 30.06. oder 31.12. eines jeden Jahres durch einen der drei Vertragspartner durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden. Die Partner erklären ihre Bereitschaft, innerhalb von drei Monaten nach erfolgter Kündigung an der Verabschiedung eines Anschlussvertrages mitzuwirken.

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

## § 23 SALVATORISCHE KLAUSEL

Sollten einzelne Klauseln oder Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmung soll eine Bestimmung gelten, die dem zulässiger Weise am nächsten kommt, was die Vertragspartner gewollt haben oder gewollt hätten, wenn sie die Regelungsbedürftigkeit bedacht hätten.

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

## Abkürzungen

<b>aG-DRG</b>	German Diagnosis Related Groups (nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)
<b>AOP</b>	Ambulantes Operieren
<b>BfArM</b>	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
<b>BVMed</b>	Bundesverband Medizintechnologie
<b>DGfM</b>	Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V.
<b>DIMDI</b>	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
<b>DKG</b>	Deutsche Krankenhausgesellschaft
<b>DKI</b>	Deutsches Krankenhausinstitut
<b>DRG</b>	Diagnosis related Group; Fallpauschale
<b>EBM</b>	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
<b>FPV</b>	Fallpauschalenvereinbarung
<b>G-AEP</b>	German Appropriateness Evaluation Protocol
<b>GKV</b>	Gesetzliche Krankenversicherung; hier stellvertretend für die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen
<b>GOÄ</b>	Gebührenordnung für Ärzte
<b>ICD</b>	International Statistical Classification of Diseases (Internationale Klassifikation der Krankheiten)

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

<b>InEK</b>	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH, Siegburg
<b>KHBV</b>	Krankenhausbuchführungsverordnung
<b>KHG</b>	Krankenhausfinanzierungsgesetz
<b>KHEntgG</b>	Krankenhausentgeltgesetz
<b>LBFW</b>	Landesbasisfallwert
<b>MD(K)</b>	Medizinischer Dienst der Krankenversicherer
<b>MD Bund</b>	Medizinischer Dienst Bund
<b>ME</b>	Mengeneinheit
<b>MRT</b>	Magnetresonanztomographie
<b>NUB</b>	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
<b>OPS</b>	Operationsschlüssel
<b>PKV</b>	Private Krankenversicherung

Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

## Weitere Informationsbroschüren



Kodierhilfen



LINQ II™



Ablationen

Die Broschüre erhalten Sie ebenso im Download unter: [www.medtronic-reimbursement.de](http://www.medtronic-reimbursement.de)



Vorwort

Ambulante Versorgung  
im Krankenhaus  
- Produkte -

Ambulante vertrags-  
ärztliche Versorgung  
- Produkte -

Weitere Informationen  
über die Abrechnungs-  
möglichkeiten

Abrechnungs-  
komplexe

Katalogisierung  
- Auswahl GKV / PKV -

Gesetzliche  
Grundlagen

Abkürzungen

## Medtronic

Medtronic GmbH  
Earl-Bakken-Platz 1  
40670 Meerbusch

Telefon: +49-2159-81 49-0  
Telefax: +49-2159-81 49-100  
E-Mail: [rs.dusreimbursement@medtronic.com](mailto:rs.dusreimbursement@medtronic.com)

[www.medtronic-reimbursement.de](http://www.medtronic-reimbursement.de)

UC202215416 DEPFD  
© Medtronic GmbH  
All Rights Reserved. 06/2022

### Rechtlicher Hinweis

Alle Angaben sind Empfehlungen von Medtronic, beziehen sich ausschließlich auf von Medtronic vertriebene Produkte und Therapien und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Richtigkeit. Die verwendeten Kodierbeispiele lassen keine allgemein gültigen Rückschlüsse auf deren Anwendung zu. Informationen über die Anwendung bestimmter Produkte und Therapien von Medtronic finden Sie in der jeweiligen Gebrauchsanweisung. Medtronic übernimmt daher in diesem Zusammenhang keine Haftung.