

## Vergütung und Abrechnung

### ABSCHNITT I: VERGÜTUNGSPPOSITIONEN UND LEISTUNGSINHALTE

Die Vertragspartner vereinbaren für die nachstehend aufgeführten vertraglichen Leistungen folgende Vergütung:

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
<b>1. Pauschalen</b>			
<b>P1</b>	<p><b>Kardiologische leitliniengerechte Versorgung ggf. inkl. notwendiger Diagnostik (z.B. EKG, Echo) laut Kardiologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (gem. EBM-Ziffernkranz)</b></p> <p><i>Hausarztebene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HzV Vertrag)</li> <li>• Überweisung zum FACHARZT gemäß definierten Schnittstellen (s. Anlage 17)</li> </ul> <p><b>Kardiologische Leistungen</b></p> <p><b>1. Dokumentation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Korrekte endstellige ICD-Kodierung und Komorbiditäten</li> </ul> <p><b>2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung</b></p> <p><b>3. ggf. apparative Diagnostik gemäß definierten Qualitätsanforderungen (Anlage 2) z.B.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Echokardiographie</li> <li>• EKG, Langzeit-EKG, Ergometrie, LZ-RR</li> <li>• Stress-Echokardiographie</li> <li>• Transösophageale Echokardiographie (im Folgenden: TEE)</li> <li>• Invasive Diagnostik</li> </ul>	<p>1 x pro Abrechnungsquartal, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine Überweisung vom HAUSARZT vorliegt und sich diese Überweisung nicht nur auf eine Auftragsleistung gemäß dieser Anlage erstreckt und</li> <li>• mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.</li> </ul> <p>Ausnahme: Bei Notfällen und bei unaufschiebbaren Auftragsleistungen anderer FACHÄRZTE ist die Abrechnung von P1 auch ohne Überweisung möglich. Ist nicht neben A0 und V1 im selben Quartal abrechenbar.</p> <p>P1 ist vom FACHARZT oder einem anderen FACHARZT derselben BAG parallel zu P1 aus einem anderen §73c-/§140a-Vertrag nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene Überweisung des HAUSARZTES/ FACHARZTES vorliegt.</p> <p>Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.</p>	<p><b>32 €</b></p> <p><b>incl. Labor (max. 54 € mit Zuschlägen:</b></p> <p><b>Q1 = 4 €,</b></p> <p><b>Q2b = 3 €,</b></p> <p><b>Q4 = 5 €,</b></p> <p><b>Q5 = 10 €)</b></p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	<p><b>4. Therapie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien</li> </ul> <p><b>5. Beratungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medikation, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten</li> <li>• Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, Curaplan</li> </ul> <p><b>6. Berichte/Dokumentation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strukturierter Befundbericht für den HAUSARZT vom FACHARZT (gem. Anhang 1 zu Anlage 17)</li> </ul> <p><b>Sonstiges situativ z.B.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prä- und poststationäre Betreuung gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz)</li> <li>• Laborleistungen Kardiologie gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz)</li> <li>• Bei klinischer Verschlechterung umgehende Vorstellung jederzeit möglich</li> </ul> <p><b>Leistungen im Rahmen des organisierten Notfalldienstes sind kein Bestandteil des Vertrages.</b></p>	<p>HAUSÄRZTE, die auch an diesem Vertrag teilnehmen, können für eine/n HZV-Versicherte/n keine Grundpauschale P1 abrechnen, wenn der-/dieselbe Arzt/Ärztin (Personenidentität) am selben Tag auch Leistungen nach dem AOK- oder Bosch BKK-HZV-Vertrag erbringt und diese nach den Regelungen im AOK-oder Bosch BKK-HZV-Vertrag abgerechnet werden. Wird der Versicherte in der HZV als Vertretungsfall behandelt, ist die Abrechnung nach diesem Vertrag vorrangig.</p>	
<p><b>P1UE</b></p>	<p><b>Grundpauschale</b></p> <p>Siehe P1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einmal pro Abrechnungsquartal abrechenbar, sofern <ul style="list-style-type: none"> <li>○ eine <b>Überweisung vom HAUSARZT</b> vorliegt und</li> <li>○ mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.</li> </ul> </li> <li>• Nur additiv zu P1 abrechenbar.</li> </ul>	<p><b>5 €</b></p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
<b>Zusatzpauschale P1a</b>  <b>(aufgliedert in P1a I-III)</b>	<p><b>Kardiologische leitliniengerechte Versorgung herzinsuffizienter Patienten aller Schweregrade laut Kardiologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (gem. EBM-Ziffernkranz) insbesondere:</b></p> <p><i>Hausarztbene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ggf. alle 6-12 Wochen Gewicht(-sprotokoll)/ Kontrollen Blutdruck und Puls / Medikamente und Nebenwirkungen/Lebensstil und Verhalten/ggf. Lebensqualität und Depression.</li> <li>• Laborparameter wie K/Krea bei kaliumsparenden Diuretika, ACE-Hemmern/AT-1-Blockern</li> <li>• Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HzV Vertrag)</li> <li>• Überweisung zum FACHARZT gemäß definierten Schnittstellen (s. Anlage 17, Empfehlungen zur Herzinsuffizienz, Kapitel 17 Versorgungsmanagement)</li> </ul>	<p>Ist additiv abrechenbar zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12).  <b>Im Abrechnungsquartal kann nur eine Zusatzpauschale (P1a-e oder P3) abgerechnet werden.</b></p>	<p><b>53 €</b></p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	<p><b>Kardiologische Leistungen</b></p> <p><b>1. Dokumentation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• korrekte endstellige ICD-Codierung</li> <li>• Dokumentation NYHA-Stadium</li> <li>• Linksventrikuläre Ejektionsfunktion (EF)</li> <li>• Exakte Dokumentation der Form der Herzinsuffizienz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ systolische/diastolische Funktion</li> <li>▪ Genese</li> <li>▪ Links-/Rechts-/Globalinsuffizienz</li> </ul> </li> </ul> <p><b>2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung</b></p> <p><b>3. ggf. apparative Diagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ bildgebende nichtinvasive Diagnostik, wie z.B. Echokardiographie mit Nachweis einer Dysfunktion (Anlage 2)</li> <li>▪ <u>und/oder</u> BNP/NTproBNP (wird als Routinediagnostik nicht generell empfohlen)</li> <li>▪ <u>und/oder</u> Röntgen-Thorax</li> <li>▪ <u>und/oder</u> erweiterte bildgebende Diagnostik wie zum Beispiel TEE</li> <li>▪ <u>und/oder</u> invasive Diagnostik</li> </ul> <p><b>P1a I NYHA-Stadium I und II</b>  Maximales Kontrollintervall:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1x jährlich bei normaler oder geringgradig eingeschränkter LV-Funktion (EF<math>\geq</math>45%)</li> </ul> <p><b>P1a II</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2 x jährlich bei mittel/ höhergradig eingeschränkter LV-Funktion (EF 31-44%)</li> </ul> <p><b>P1a III</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 4 x jährlich bei hochgradig eingeschränkter LV-Funktion (EF <math>\leq</math>30%)</li> </ul> <p><b>NYHA-Stadium III und IV</b>  Maximales Kontrollintervall</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mindestens alle 3 Monate bei hochgradig (EF <math>\leq</math>30%), mittelgradig (EF 31-44%) und geringgradig (EF<math>\geq</math>45%) eingeschränkter LV-Funktion</li> </ul> <p><b>4. Therapie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stadienbezogene medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien</li> <li>▪ Regelmäßige Wiedervorstellung gemäß des Schweregrads</li> </ul>	<p>Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet. Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß EBM-Ziffernkranz (Anhang 1 zur Anlage 12) hinausgehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages.</p> <p>Maximal 1x im Krankheitsfall  - bei Vorliegen von NYHA I oder II und normaler oder geringgradig eingeschränkter LV-Funktion (EF<math>\geq</math>45%)</p> <p>Maximal jedes übernächste Quartal  - bei Vorliegen von NYHA I oder II und mittel/ höhergradig eingeschränkter LV-Funktion (EF 31-44%)</p> <p>Maximal 1 x pro Quartal  - bei hochgradig eingeschränkter LV-Funktion (EF <math>\leq</math>30%) unabhängig vom NYHA-Stadium oder  - bei Vorliegen von NYHA III oder IV</p> <p>Die maximale Abrechnungshäufigkeit richtet sich nach der Einstufung NYHA/LV-Funktion des aktuellen Quartals.</p>	

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	<p><b>5. Beratung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medikation, DMP, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten</li> <li>▪ Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, Curaplan Risikofaktoren</li> </ul> <p><b>6. Nachsorge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnostik: Wiedervorstellungszyklen gemäß Nr. 3</li> <li>▪ Therapie: Kontrollintervalle gemäß den Empfehlungen (z.B. DEFI oder CRT; vgl. P1c)</li> </ul> <p><b>Bei klinischer Verschlechterung umgehende Vorstellung jederzeit möglich.</b></p> <p><b>7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anlage 17)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fragebogen zum Schweregrad der Herzinsuffizienz</li> <li>▪ Strukturierter Befundbericht für den HAUSARZT vom FACHARZT</li> </ul>		
<p><b>Zusatzpauschale P1b</b></p>	<p><b>Kardiologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit KHK laut Kardiologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz), insbesondere:</b></p> <p><i>Hausarztbene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ggf. alle 6 Monate beim HAUSARZT, mit Kontrollen Blutdruck / Gewicht / Medikamenten</li> <li><input type="checkbox"/> ggf. Labor (z.B. K/Krea unter ACE-Hemmer/AT-1-Blocker/ Diuretika)</li> <li><input type="checkbox"/> Lebensstil / ggf. Lebensqualität / Depression</li> <li><input type="checkbox"/> Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HzV Vertrag)</li> <li><input type="checkbox"/> Überweisung zum FACHARZT gemäß definierten Schnittstellen (Anlage 17)</li> </ul> <p><b>Kardiologische Leistungen</b></p> <p><b>1. Dokumentation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Korrekte endstellige ICD-Codierung</li> </ul> <p><b>2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung</b></p> <p><b>3. Apparative Diagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ EKG</li> <li>▪ ggf. Ergometrie</li> <li>▪ ggf. LZ-EKG</li> <li>▪ ggf. Stressechokardiographie</li> <li>▪ ggf. TEE</li> <li>▪ ggf. Invasive Diagnostik</li> </ul>	<p>Ist additiv abrechenbar zur P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12).  <b>Im Abrechnungsquartal kann nur eine Zusatzpauschale (P1a-e oder P3) abgerechnet werden.</b></p> <p>Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.</p>	<p><b>25 €</b></p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	<p><b>4. Therapie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medikamentöse und interventionelle Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien</li> </ul> <p><b>5. Beratungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medikation, DMP, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten</li> <li>▪ Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, Curaplan</li> </ul> <p><b>6. Nachsorge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmäßige Wiedervorstellung gemäß klinischem Bild <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chronisch stabile KHK <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1x pro Jahr</li> </ul> </li> <li>▪ Bei klinischer Verschlechterung ggf. kurzfristige Vorstellung und individuelle Kontrollintervalle</li> <li>▪ Nach interventioneller Therapie; <ul style="list-style-type: none"> <li>- nach 4 Wochen, 3, 6 und 12 Monaten. Anschließend wie bei stabiler KHK</li> </ul> </li> <li>▪ Nach Bypassoperation: <ul style="list-style-type: none"> <li>- unmittelbar nach stationärer Entlassung, nach 4 Wochen, 3, 6 und 12 Monaten. Anschließend wie bei stabiler KHK</li> </ul> </li> <li>▪ Nach akutem Koronarsyndrom: <ul style="list-style-type: none"> <li>- unmittelbar nach stationärer Entlassung, nach 4 Wochen, 3, 6 und 12 Monaten. Anschließend wie bei stabiler KHK</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p><b>Bei klinischer Verschlechterung umgehende Vorstellung jederzeit möglich</b></p> <p><b>7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anlage 17)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Überweisungsformular Kardiologie (vom HAUSARZT zum FACHARZT)</li> </ul>	<p>Ist abrechenbar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- im Regelfall max. 1 x im Krankheitsfall,</li> <li>- nach Intervention, Bypassoperation, akutem Koronarsyndrom: bis zu 4 Quartale (max. 1x pro Quartal) des Krankheitsfalls.</li> </ul>	
<p><b>Zusatzpauschale P1c</b></p>	<p><b>Kardiologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Herzrhythmusstörungen laut Kardiologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz), insbesondere:</b></p> <p><i>Hausarztbene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HzV Vertrag)</i></li> <li>• <i>Überweisung zum FACHARZT gemäß definierten Schnittstellen (s. Anlage 17)</i></li> </ul>	<p>Ist additiv abrechenbar zur P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12).  <b>Im Abrechnungsquartal kann nur eine Zusatzpauschale (P1a-e oder P3) abgerechnet werden.</b></p>	<p><b>30 €</b></p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	<p><b>Kardiologische Leistungen</b></p> <p><b>1. Dokumentation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Korrekte, endstellige ICD-Codierung</li> </ul> <p><b>2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung</b></p> <p><b>3. Apparative Diagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ EKG</li> <li>▪ ggf. LZ-EKG</li> <li>▪ ggf. Ergometrie</li> <li>▪ ggf. Echokardiographie</li> <li>▪ ggf. TEE</li> <li>▪ ggf. Stressechokardiographie</li> <li>▪ ggf. Invasive Diagnostik</li> </ul> <p><b>4. Therapie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie <ul style="list-style-type: none"> <li>- ggf. Kardioversion</li> <li>- ggf. Schrittmacherimplantation oder Implantation eines Ereignisrekorders gemäß den aktuell gültigen Leitlinien der Fachgesellschaften</li> </ul> </li> <li>▪ ggf. Besprechung erweiterter Therapieoptionen (z.B. DEFI, Ablation)</li> </ul> <p><b>5. Beratungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medikation, DMP, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten</li> <li>▪ Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, Curaplan</li> </ul> <p><b>6. Nachsorge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmäßige Wiedervorstellung gemäß klinischem Bild <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stabil: Vorstellung in der Regel in 6 bis 12-monatigen Abständen</li> </ul> </li> </ul> <p>Verschlechterung: ggf. kurzfristige Vorstellung und individuelle Kontrollintervalle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontrollintervalle bei Schrittmacher-/ Defi-/ CRT-Patienten (gemäß Anlage 2) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schrittmacher/implantierbare Ereignisrecorder (Eventrecorder): <ul style="list-style-type: none"> <li>- unmittelbar nach Implantation/ Aggregatwechsel, nach 4 Wochen und 3 Monaten, danach in 6 bis 12-monatigen Abständen, vor Laufzeitende individuell kürzere Kontrollintervalle</li> <li>- bei V.a. Dysfunktion Abfrage jederzeit und bei Bedarf mehrmals im Quartal möglich</li> <li>- die Abfrage des Herzschrittmachers/Eventrecorders kann bei Vorliegen der technischen Voraussetzungen auch telemetrisch erfolgen</li> </ul> </li> <li>▪ CRT-Defi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- unmittelbar nach Implantation/ Aggregatwechsel nach 4 Wochen und 3 Monaten,</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.</p> <p>Ist abrechenbar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- im Regelfall max. 1x im Krankheitsfall, Ausnahme: Bei Wiederauftreten akuter Rhythmusstörungen 1x im zugehörigen Quartal,</li> </ul>	

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	<p>danach in 3- bis 6-monatigen Abständen vor Laufzeitende individuell kürzere Kontrollintervalle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei V.a. Dysfunktion Abfrage jederzeit und bei Bedarf mehrmals im Quartal möglich</li> <li>- die Abfrage des DEFI/CRT-DEFI kann bei Vorliegen der technischen Voraussetzungen auch telemetrisch erfolgen</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontrollintervalle nach Kardioversion                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Folgetag der Kardioversion, nach 4 Wochen, 3 und 6 Monaten, danach in 6- bis 12-monatigen Abständen</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Bei klinischer Verschlechterung umgehende Vorstellung jederzeit möglich.</b></p> <p><b>7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anlage 17)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• strukturierter Befundbericht für den Hausarzt vom Kardiologen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abrechnung max. 1x pro Quartal bei Schrittmacher- / Defi- / CRT-Kontrolle,</li> <li>- max. 3 x im Krankheitsfall (max. 1x im Quartal) nach Kardioversion.</li> </ul>	
<p><b>Zusatzpauschale P1d</b></p>	<p><b>Kardiologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Vitien, laut Kardiologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (gem. EBM-Ziffernkranz) insbesondere:</b></p> <p>Hausarztbene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HzV Vertrag)</i></li> <li>• <i>Überweisung zum FACHARZT gemäß definierten Schnittstellen (s. Anlage 17), Versorgungskoordination, Empfehlungen zu Vitien)</i></li> </ul> <p><b>Kardiologische Leistungen</b></p> <p><b>1. Dokumentation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Korrekte endstellige ICD-Codierung</li> </ul> <p><b>2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung</b></p> <p><b>3. Apparative Diagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ggf. Echokardiographie</li> <li>▪ ggf. EKG</li> <li>▪ ggf. LZ-EKG</li> <li>▪ ggf. Ergometrie</li> <li>▪ ggf. TEE</li> <li>▪ ggf. Stressechokardiographie</li> <li>▪ ggf. Invasive Diagnostik</li> </ul>	<p>Ist abrechenbar additiv zur P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12).</p> <p><b>Im Abrechnungsquartal kann nur eine Zusatzpauschale (P1a-e oder P3) abgerechnet werden.</b></p> <p>Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.</p>	<p><b>30 €</b></p>



Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	<p><b>4. Therapie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien</li> <li>▪ ggf. Besprechung erweiterter Therapieoptionen (z.B. Intervention, OP)</li> </ul> <p><b>5. Beratungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medikation, DMP, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten</li> <li>▪ Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, Curaplan</li> </ul> <p><b>6. Nachsorge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmäßige Wiedervorstellung gemäß des klinischen Bildes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei stabiler Klinik Vorstellung 1-3-jährigen Abständen</li> <li>• Bei klinischer Verschlechterung und schwerem Krankheitsbild kurzfristige Vorstellung und individuelle Kontrollintervalle</li> <li>• Nach Intervention/OP individuelle Kontrollintervalle bis zur klinischen Stabilisierung</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Bei klinischer Verschlechterung umgehende Vorstellung jederzeit möglich</b></p> <p><b>7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anlage 17)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Strukturierter Befundbericht für den HAUSARZT vom FACHARZT</li> </ul>	<p>1 x im Krankheitsfall</p>	
<p><b>Zusatzpauschale P1e</b></p>	<p><b>Kardiologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Hypertonie, laut Kardiologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz) insbesondere:</b></p> <p>Hausarztbene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HzV Vertrag)</i></li> <li>• <i>Überweisung zum FACHARZT gemäß definierten Schnittstellen (s. Anlage 17))</i></li> </ul> <p><b>Kardiologische Leistungen</b></p> <p>Die arterielle Hypertonie bestimmt u.a. das kardiovaskuläre Erkrankungsrisiko und damit auch die Prognose (z.B. linksventrikuläre Hypertrophie, hypertensive Kardiomyopathie bei KHK/Myokardinfarkt/Herzinsuffizienz, auch maligne Hypertonie usw.) z.B. bezüglich des 10-Jahresrisikos.</p> <p><b>1. Dokumentation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Korrekte, endstellige ICD-Codierung</li> </ul> <p><b>2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung</b></p>	<p>Ist additiv abrechenbar zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12).  <b>Im Abrechnungsquartal kann nur eine Zusatzpauschale (P1a-e oder P3) abgerechnet werden.</b></p> <p>Ist 1 mal im Quartal und max. 2 mal in 4 Quartalen abrechenbar.</p>	<p><b>25 €</b></p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnostik und Bestimmung des Schweregrades</li> <li>▪ Diagnostische Differenzierung in primär oder sekundär</li> </ul> <p><b>3. Apparative Diagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ EKG</li> <li>▪ ggf. Ergometrie</li> <li>▪ ggf. Echokardiographie</li> <li>▪ ggf. LZ-RR</li> </ul> <p><b>4. Therapie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien</li> <li>▪ ggf. Besprechung erweiterter Therapieoptionen (z.B. erweiterte Diagnostik, Intervention)</li> </ul> <p><b>5. Beratungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erkennen von und auch motivational ausgerichtetes Beraten zu den kardiovaskulären Risikofaktoren und möglichen bzw. bereits bestehenden Organschäden, Folge- und Begleiterkrankungen, zur Basistherapie, nicht-medikamentösen Empfehlungen zur Lebensweise, Medikation einschließlich Rabattierung mit dem Ziel Normalniveau des Blutdrucks zu erreichen. (Anlage 17 Minderung von Komplikationen).</li> <li>▪ Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst</li> </ul> <p><b>6. Nachsorge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmäßige Wiedervorstellung gemäß des klinischen Bildes                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei stabiler Klinik Vorstellung 1-3-jährigen Abständen</li> <li>▪ Bei klinischer Verschlechterung und schwerem Krankheitsbild kurzfristige Vorstellung und individuelle Kontrollintervalle</li> <li>▪ Nach Intervention individuelle Kontrollintervalle bis zur klinischen Stabilisierung</li> </ul> </li> </ul> <p>Bei klinischer Verschlechterung umgehende Vorstellung jederzeit möglich</p> <p><b>7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anlage 17)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strukturierter Befundbericht für den HAUSARZT vom FACHARZT</li> </ul>	<p>Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.</p>	
<p><b>Zusatzpauschale P2</b></p>	<p><b>Angiologiemodul</b></p>	<p>qualifikationsgebunden</p> <p>Abrechnender FACHARZT darf keine Überweisungen für Duplexuntersuchungen ausstellen, für die er selbst die Qualifikation besitzt.</p>	<p><b>35 €</b></p>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	<p><b>1. Leistungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carotisduplex und/oder</li> <li>• Venenduplex und/oder</li> <li>• Beinduplex und/oder</li> <li>• Nierenarterienduplex und/oder</li> <li>• Weitere Duplexuntersuchungen</li> </ul>	<p>Bei Zielaufträgen vom HAUSARZT/ FACHARZT dürfen lediglich P2 und A0 abgerechnet werden.</p> <p>P2 kann pro Abrechnungsquartal je eingeschriebenen Kardiologie-Versicherten nur 1x abgerechnet werden (mind. eine der aufgeführten Duplexuntersuchungen muss erbracht werden. Wenn mehrere der unter „Leistungsinhalt“ aufgeführten Duplexuntersuchungen erbracht werden, kann nur 1x P2 abgerechnet werden).</p>	
P3	<b>Diagnostikzuschlag</b>	<p>Ist 1-mal in 4 Quartalen abrechenbar.</p> <p>Abrechenbar für Patienten ohne Zusatzpauschale (P1a-e, P2) Nicht abrechenbar, wenn Leistungen aus dem § 73c-Gastro-Vertrag im selben Quartal abgerechnet werden.</p>	<b>20 €</b>
<p><b>2. Einzelleistungen</b></p> <p><b>Einzelleistungen sind, soweit für die jeweilige Vergütungsposition in der Spalte „Vergütungsregeln“ nicht abweichend geregelt, pro Patient nur einmal im Quartal abrechenbar. Hiervon ausgenommen sind begründete Verschlechterungen und Nottfälle. Der FACHARZT kann nicht für denselben Versicherten im selben Quartal Auftragsleistungen und Einzelleistungen nebeneinander abrechnen.</b></p>			
E1	<b>Transösophageale Echokardiographie (TEE)</b>	qualifikationsgebunden	<b>60 €</b>
E2a	<b>Schrittmacher-Nachsorge (SM-Nachsorge)</b>	qualifikationsgebunden Nicht abrechenbar neben E2b und E2c am selben Tag	<b>25 €</b>
E2b	<b>Defi-System Nachsorge</b>	qualifikationsgebunden Nicht abrechenbar neben E2a und E2c am selben Tag	<b>45 €</b>
E2c	<b>CRT-System Nachsorge</b>	qualifikationsgebunden Nicht abrechenbar neben E2a und E2b am selben Tag	<b>55 €</b>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
<b>E3a</b>	<b>Linksherzkatheter</b>	qualifikationsgebunden nur abrechenbar, wenn E3b nicht abrechenbar Möglichkeit zur sofortigen Intervention muss gegeben sein. Abrechnungsinformation konservativ/operativ bzw. Intervention  inkl. Sachkostenpauschale  Bei Verwendung eines Druckdrahtes kann zusätzlich die Vergütungsposition E7 abgerechnet werden. Ausschließliche Indikation für die Vergütung eines Druckdrahtes bei einer Katheteruntersuchung: Patienten mit Angina pectoris bei Fehlen eines objektiven nicht-invasiven Ischämienachweises (z.B. fehlendem Ischämienachweis in der Ergometrie). Für die Messung der FFR sollen Führungskatheter verwendet werden, um im Falle einer Komplikation sofort intervenieren zu können.	<b>660 €</b>
<b>E3b</b>	<b>Linksherzkatheter</b> als Kontrolluntersuchung nach PCI (im selben Quartal)	qualifikationsgebunden nur abrechenbar nach E4a/E4b/E5a/E5b (d.h. ab Folgetag) inkl. Sachkostenpauschale	<b>406,50 €</b>
<b>E4a</b>	<b>Perkutane Koronarintervention (PCI)</b> Ein-Gefäß PCI	qualifikationsgebunden mehrmals im Quartal abrechenbar, aber nicht neben <ul style="list-style-type: none"> <li>- E3a im selben Quartal</li> <li>- E4b, E5a, E5b, E6 am selben Tag</li> </ul> inkl. Sachkosten, ohne DES und ohne Sonder-Devices	<b>2.060 €</b>
<b>E4b</b>	<b>Perkutane Koronarintervention (PCI)</b> Ein-Gefäß PCI mit 1 DES Stent	qualifikationsgebunden mehrmals im Quartal abrechenbar, aber nicht neben <ul style="list-style-type: none"> <li>- E3a im selben Quartal</li> <li>- E4a, E5a, E5b am selben Tag</li> </ul> inkl. Sachkosten, ohne Sonder-Devices	<b>2.660 €</b>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
<b>E5a</b>	<b>Perkutane Koronarintervention (PCI)</b> Mehr-Gefäß PCI	qualifikationsgebunden mehrmals im Quartal abrechenbar, aber nicht neben - E3a im selben Quartal - E4a, E4b, E5b, E6 am selben Tag inkl. Sachkosten, ohne DES und ohne Sonder-Devices	<b>2.750,20 €</b>
<b>E5b</b>	<b>Perkutane Koronarintervention (PCI)</b> Mehr-Gefäß PCI mit 1 DES Stent	qualifikationsgebunden mehrmals im Quartal abrechenbar, aber nicht neben - E3a im selben Quartal - E4a, E4b, E5a am selben Tag inkl. Sachkosten, ohne Sonder-Devices	<b>3.350,20 €</b>
<b>E6</b>	<b>Honorarpauschale Drug-Eluting Stent (DES)</b>	inkl. Sachkosten für jeden weiteren DES Stent  nur abrechenbar in Kombination (= am selben Tag) mit E4b oder E5b	<b>500 €</b>
<b>E7</b>	<b>Sonder-Devices</b>	z. B. Druckdraht, Laserkatheter, Rotablator, IVUS, Protection-Devices, DEB  Ist abrechenbar max. 1x in Kombination mit E3a, E4a, E4b, E5a oder E5b am selben Tag.  In Verbindung mit der E3a beinhaltet E7 alle für die Druckdrahtmessung notwendigen Materialien (insbesondere Draht, Führungskatheter, Adenosin).  Zur Überprüfung des Einsatzes eines Druckdrahtes i.V.m. der E3a setzen die Vertragspartner eine Qualitätskommission ein, die FACHÄRZTE nach Ablauf eines Jahres überprüfen kann, wenn diese mehr als 10 % der E3a in einem Kalenderjahr zusätzlich mit E7 abrechnen (Stichprobe). Bei Fehlen der Indikationsvoraussetzungen wird E7 zurückgefordert.  Die Vertragspartner prüfen kontinuierlich die Relation zwischen E3a und E7 auch über alle FACHÄRZTE hinweg und entscheiden über die Notwendigkeit von Anpassungen im Beirat.  Bitte Sachkostennachweise für die ersten vier Abrechnungsquartale des Vertrages bei der Managementgesellschaft einreichen!	<b>900 €</b>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E8	<b>Kardioversion</b>	Überwachung nach Eingriff ist obligat. max. 3x im Krankheitsfall Bei Qualifikationsvoraussetzungen gem. Anhang 1 zu Anlage 1	<b>400 €</b>
E9	<b>Rechtsherzkatheter</b>		<b>50 €</b>
E10	<b>Spiroergometrie</b> Qualifikation des FACHARZTES zur Erbringung der Spiroergometrie gemäß EBM (vgl. Anhang 1)	Durchführung gemäß den aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften (Umwandlung in Q5 bei Erreichen von 10 Einzelleistungen pro Quartal gemäß Abschnitt II, Abs. II)	<b>35 €</b>
E11a DMP (Abrechnung über Ziff. 99967)	<b>DMP-Ebene 2 (invasiv)</b>	abrechenbar gemäß DMP-Verträgen der AOK  Pauschale für die Mitbehandlung von Patienten, die in DMP-KHK eingeschrieben sind, bei invasiv-kardiologischen Maßnahmen.  Ist nicht neben E11b abrechenbar (im selben Quartal). abzüglich KV Verwaltungskostensatz	<b>Gemäß DMP Verträgen der AOK, aktuell</b>  <b>32 €</b>
E11b DMP (Abrechnung über Ziff. 99968)	<b>DMP-Ebene 2 (nicht-invasiv)</b>	abrechenbar gemäß DMP-Verträgen der AOK Pauschale für die Mitbehandlung von Patienten, die in DMP-KHK eingeschrieben sind, bei nicht-invasiven kardiologischen Maßnahmen.  Ist nicht neben E11a abrechenbar (im selben Quartal). abzüglich KV Verwaltungskostensatz	<b>Gemäß DMP Verträgen der AOK, aktuell</b>  <b>32 €</b>
E12	<b>Pauschale zur Einstellung auf dauerhafte Vitamin K-Antagonisten-Therapie (VKA-Therapie)</b>  Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen der Therapie und Therapiealternativen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernährungsberatung (Vitamin K)</li> <li>• Arzt-Patient-Kontakt</li> <li>• Bedeutung der Mitarbeit des Patienten und regelmäßiger Kontrollen</li> <li>• Ausstellen und Erläuterung der Handhabung des Passes</li> </ul>	Die E12 kann einmalig pro HZV- (im Rahmen der Sofortabrechnung nach Einschreibung) bzw. FAV-Versicherten durch den HAUS- oder FACHARZT abgerechnet werden. Bei paralleler Abrechnung dieser Leistung von HAUS- und FACHARZT im selben Quartal erfolgt eine Kürzung der E12 beim FACHARZT ab dem Quartal, in dem der Anteil der Parallelabrechnungen die Schwelle von 1 % an allen Einstellungspauschalen VKA übersteigt. Grundlage hierfür sind die Abrechnungsdaten der AOK.	<b>120 €</b>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		<p>Die Pauschale kann abgerechnet werden, wenn (1) dem Patienten im Abrechnungsquartal erstmalig, d.h. in den letzten fünf Quartalen (5 Vorquartale vor Abrechnungsquartal) vor Verordnung des VKA liegt in den Abrechnungsdaten der AOK keine VKA-Verordnung vor, eine VKA-Therapie verordnet oder (2) der Patient auf eine VKA-Therapie umgestellt wird. Zudem muss mindestens eine der in Anhang 6 zu Anlage 12 aufgeführten Diagnosen vorliegen und dokumentiert werden.</p> <p>Die E12 kann nicht im gleichen Quartal neben der E13 abgerechnet werden.</p> <p>Ein Arzt-Patienten-Kontakt muss stattgefunden haben im Abrechnungsquartal.</p> <p>Die Leistung wird anteilig storniert, wenn im Abrechnungsquartal sowie innerhalb von fünf Quartalen nach Abrechnung der Leistung (Abrechnungsquartal) von einem/r beliebigen Arzt/Ärztin ein DOAK für den Versicherten verordnet wurde. Abgaben oder Verordnungen durch den stationären Sektor oder Klinikambulanzen werden nicht berücksichtigt. Grundlage hierfür sind die Abrechnungsdaten der AOK.</p> <p>Wenn DOAK und VKA am gleichen Tag verordnet werden wird der Versicherte der DOAK-Gruppe zugeordnet.</p>	
E13	<p><b>Aufwandspauschale bei dauerhafter Vitamin K-Antagonisten-Therapie (VKA-Therapie)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboruntersuchungen</li> <li>• Führen des Passes, Terminmanagement</li> <li>• Arzt-Patient-Kontakt</li> <li>• Einwirken auf die Adhärenz des Patienten</li> </ul>	<p>Die E13 ist einmal pro Quartal pro eingeschriebenem HZV-(im Rahmen der Sofortabrechnung nach Einschreibung) bzw. FAV-Versicherten, bei dem eine VKA-Therapie durchgeführt wird, durch den FACHARZT abrechenbar für Versicherte, die vom FACHARZT umfassend und kontinuierlich betreut werden. Bei paralleler Abrechnung dieser Leistung von HAUS- und FACHARZT im selben Quartal erfolgt eine Kürzung der E13 beim FACHARZT.</p> <p>Zudem muss mindestens eine der in Anhang 6 zu Anlage 12 aufgeführten Diagnosen vorliegen und dokumentiert werden.</p> <p>Die E13 ist bei Verordnung von Messstreifen zur trockenchemischen INR-Bestimmung (z.B. CoaguChek®) nicht abrechenbar.</p>	15 €

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		<p>Arzt-Patienten-Kontakt muss stattgefunden haben im Abrechnungsquartal.</p> <p>Die E13 kann nicht im gleichen Quartal neben der E12 abgerechnet werden.</p> <p>Sollte im Abrechnungsquartal der E13 eine vergütete Z1a/b/c Buchung (Zuschlag für weitere persönliche Arzt-Patienten-Kontakte) für einen über den FAV behandelten Versicherten anfallen, erfolgt eine Kürzung der E13.</p> <p>Ein Patient mit VKA-Therapie wird dadurch identifiziert, dass ihm im Betrachtungszeitraum (Abrechnungsquartal + 5 Vorquartale) entweder ausschließlich und mindestens einmal VKA-Präparate (und keine DOAKs) verordnet wurden oder zwar zunächst DOAKs verordnet wurden, sodann aber VKAs. Grundlage hierfür sind die Abrechnungsdaten der AOK.</p> <p>Wenn DOAK und VKA am gleichen Tag verordnet werden, wird der Versicherte der DOAK-Gruppe zugeordnet.</p>	
<b>E15</b>	<b>Schrittmacherimplantation(1-Kammer)</b>	<p>qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2)  nicht abrechenbar neben E16-E19, E22 und E24-E28 am selben Tag  inkl. Sachkosten  inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten)  Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.</p>	<b>3.900 €</b>
<b>E16</b>	<b>Schrittmacherimplantation(2-Kammer)</b>	<p>qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2)  nicht abrechenbar neben E15, E17-E19, E22 und E24-E28 am selben Tag  inkl. Sachkosten  inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten)  Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.</p>	<b>4.400 €</b>



Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E17	<b>Implantation Eventrekorder</b>	qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben E15, E16, E18- E22 und E24-E28 am selben Tag inkl Sachkosten inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.	<b>3.100 €</b>
E18	<b>Aggregatwechsel1-Kammer-HSM</b>	qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben E15-E17, E19, E21, E22 und E24-E28 am selben Tag inkl. Sachkosten inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.	<b>2.300 €</b>
E19	<b>Aggregatwechsel2-Kammer-HSM</b>	qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben E15-E18, E21,E22 und E24-E28 am selben Tag inkl. Sachkosten inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.	<b>3.000 €</b>
E20	<b>Revision HSM/ICD ohne Aggregatwechsel</b>	qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben E17, E21 und E22 am selben Tag inkl. Sachkosten inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.	<b>1.900 €</b>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
<b>E21</b>	<b>Explantation Eventrecorder</b>	qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben E17-E20, E22 und E24-E28 am selben Tag inkl. Sachkosten inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.	<b>1.600 €</b>
<b>E22</b>	<b>Implantation Reveal LINQ Eventrecorder</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2)</li> <li>• nicht abrechenbar neben E15-E20 und E24-E28 am selben Tag</li> <li>• Inkl. Sachkosten</li> <li>• Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten)</li> <li>• Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.</li> <li>• Nur abrechenbar, sofern mindestens eine der drei Indikationen R55, G45 oder I69 als gesicherte Diagnose vorliegt und zusätzlich eine Verdachtsdiagnose aus dem Bereich Herzrhythmusstörung kodiert wird. Im Anschluss an den Einsatz des Eventrekorders, spätestens 12 Monate nach der Implantation, ist die Verdachtsdiagnose der Herzrhythmusstörung entweder als gesichert oder als Ausschluss zu kodieren.</li> </ul>	<b>3.800 €</b>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E24	<b>Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Neuimplantation 1-Kammer-ICD</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2)</li> <li>• nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22 und E25-E28 am selben Tag</li> <li>• Inkl. Sachkosten</li> <li>• Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten)</li> <li>• Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.</li> <li>• Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).</li> </ul>	<b>8.500 €</b>
E25	<b>Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aggregatwechsel 1-Kammer-ICD</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2)</li> <li>• nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22, E24 und E26-E28 am selben Tag</li> <li>• Inkl. Sachkosten</li> <li>• Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten)</li> <li>• Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.</li> <li>• Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).</li> </ul>	<b>7.000 €</b>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
E26	<b>Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Neuimplantation 2-Kammer-ICD</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2)</li> <li>• nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22, E24, E25, E27 und E28 am selben Tag</li> <li>• Inkl. Sachkosten</li> <li>• Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten)</li> <li>• Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.</li> <li>• Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).</li> </ul>	<b>9.500 €</b>
E27	<b>Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aggregatwechsel 2-Kammer-ICD</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2)</li> <li>• nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22, E24-E26 und E28 am selben Tag</li> <li>• Inkl. Sachkosten</li> <li>• Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten)</li> <li>• Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.</li> <li>• Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).</li> </ul>	<b>8.000 €</b>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
<b>E28</b>	<b>Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aggregatwechsel 3-Kammer-ICD</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2)</li> <li>• nicht abrechenbar neben E15-E19, E21, E22 und E24-E27 am selben Tag</li> <li>• Inkl. Sachkosten</li> <li>• Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten)</li> <li>• Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.</li> <li>• Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).</li> </ul>	<b>8.700 €</b>
<b>E30</b>	<b>Magnetresonanztomographie des Herzens in Ruhe (Kardio-MRT – Ruhe)</b>  Für die Indikation, Durchführung und Befundung von Kardio-MRT Untersuchungen und Qualifikationsanforderungen gilt Anh. 3 zu Anl. 12.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• qualifikationsgebunden (Anhang 3 zur Anlage 2)</li> <li>• Nur abrechenbar bei Indikationen gemäß Anhang 3 zur Anlage 2</li> <li>• Durchführung und Umsetzung gemäß Anhang 3 zur Anlage 2</li> <li>• nicht abrechenbar neben E31 am selben Tag</li> <li>• je Untersuchung abrechenbar</li> <li>• Inkl. Material- und Sachkosten und ärztlicher Leistung</li> </ul>	<b>670,00 €</b>
<b>E31</b>	<b>Magnetresonanztomographie des Herzens mit Stress - Perfusion (Kardio-MRT – Stress)</b>  Für die Indikation, Durchführung und Befundung von Kardio-MRT-Untersuchungen und Qualifikationsanforderungen gilt Anh. 3 zu Anl. 12.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• qualifikationsgebunden (Anhang 3 zur Anlage 2)</li> <li>• Nur abrechenbar bei Indikationen gemäß Anhang 3 zur Anlage 2</li> <li>• Durchführung und Umsetzung gemäß Anhang 3 zur Anlage 2</li> <li>• nicht abrechenbar neben E30 am selben Tag</li> <li>• je Untersuchung abrechenbar</li> <li>• Inkl. Material- und Sachkosten und ärztliche Leistung</li> </ul>	<b>750,00 €</b>
<b>E32</b>	<b>Kontrastmitteleinbringung bei Echokardiographie/ Sonographie des Abdomens</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je Durchführung abrechenbar</li> </ul>	<b>10,00 €</b>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
32097	<b>BNP: Untersuchung des/der natriuretischen Peptides/Peptide BNP und/oder NT-Pro-BNP und/oder MR-Pro-ANP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• je Untersuchung abrechenbar</li> </ul>	<b>19,40 €</b>
32150	<b>Troponin: Immunologischer Nachweis von Troponin I und/oder Troponin T auf einem vorgefertigten Reagenzträger bei akutem koronaren Syndrom (ACS), ggf. einschl. apparativer quantitativer Auswertung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• je Untersuchung abrechenbar</li> </ul>	<b>11,25 €</b>
32212	<b>Fibrin: Fibrinmonomere, Fibrin- und/oder Fibrinogenspaltprodukte, z. B. D-Dimere</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• je Untersuchung abrechenbar</li> </ul>	<b>17,80 €</b>
32232	<b>Lactat: Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• je Untersuchung abrechenbar</li> </ul>	<b>6,90 €</b>
<b>3. Zuschläge</b>			
<b>ZP1 (Zuschlag auf P1)</b>	Grundversorgungspauschale	1 x pro Abrechnungsquartal als Zuschlag auf P1. Keine Abrechnung neben V1, A0-A21, E1-E28 sowie P2 im selben Quartal.	<b>12 €</b>
<b>ZP2 (Zuschlag auf P1)</b>	Grundversorgungspauschale Fachinternisten ohne Schwerpunkt (FIOS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nur abrechenbar für Fachinternisten ohne Schwerpunkt. (PSM 29)</li> <li>• 1 x pro Abrechnungsquartal als Zuschlag auf P1.</li> <li>• Keine Abrechnung neben ZP1, V1, A0-A21, E1-E28 sowie P2 im selben Quartal.</li> </ul>	<b>15 €</b>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
<b>Z1a</b> (Zuschlag auf P1a III)	Zuschlag zu P1a III für weitere persönliche Arzt-Patienten-Kontakte	<p>Die Arzt-Patienten Kontakte müssen grundsätzlich persönliche Kontakte sein, in Ausnahmefällen ist auch ein Telefonkontakt möglich.</p> <p>Ist abrechenbar bei Vorliegen der Voraussetzung für die Zusatzpauschale P1a, jedoch nur bei NYHA-Stadium III/IV oder linksventrikuläre EF <math>\leq</math>30%.</p> <p>Kann zur Vermeidung akuter Dekompensation grundsätzlich bei jedem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet werden. Die Honorierung erfolgt aber erst ab dem 3. Kontakt im Abrechnungsquartal und max. 12 x im gleichen Abrechnungsquartal.</p>	<b>15 €</b>
<b>Z1b</b> (Zuschlag auf P1b)	Zuschlag zu P1b für weitere persönliche Arzt-Patienten-Kontakte	<p>Die Arzt-Patienten Kontakte müssen grundsätzlich persönliche Kontakte sein, in Ausnahmefällen ist auch ein Telefonkontakt möglich.</p> <p>Ist abrechenbar bei Vorliegen der Voraussetzung für die Zusatzpauschale P1b. Kann grundsätzlich bei jedem persönlichen Arzt-Patientenkontakt abgerechnet werden. Die Honorierung erfolgt aber erst ab dem 3. Arzt-Patientenkontakt und max. 5 x im gleichen Abrechnungsquartal.</p>	<b>15 €</b>
<b>Z1c</b> (Zuschlag auf P1c)	Zuschlag zu P1c für weitere persönliche Arzt-Patienten-Kontakte	<p>Die Arzt-Patienten Kontakte müssen grundsätzlich persönliche Kontakte sein, in Ausnahmefällen ist auch ein Telefonkontakt möglich.</p> <p>Ist abrechenbar bei Vorliegen der Voraussetzung für die Zusatzpauschale P1c.</p> <p>Kann grundsätzlich bei jedem persönlichen Arzt-Patientenkontakt abgerechnet werden. Die Honorierung erfolgt aber erst ab dem 3. Arzt-Patientenkontakt und max. 5 x im gleichen Abrechnungsquartal.</p>	<b>15 €</b>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
<b>4. Qualitätszuschläge</b>			
Q1	Qualitätszuschlag Rationale Pharmakotherapie Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware	Bei Erreichen bestimmter Quoten erfolgt ein Zuschlag <b>auf die Pauschale P1</b> gemäß Anhang 3	<b>4 € / Quartal</b>
Q2a	Zielgenaue stationäre Krankenhauseinweisungen bei <ul style="list-style-type: none"> <li>• Herzinsuffizienz</li> <li>• KHK</li> <li>• Herzrhythmusstörungen</li> </ul>	Zuschlag <b>auf Z1 a bis c</b> bei Einsparungen gemäß Anhang 5 von mind. 3,0 %	<b>20 €</b>
Q2b	Kollektive Qualitätszuschläge, die gemäß Anhang 5 bei Erreichen von Einsparungen, die über alle teilnehmenden Fachärzte ermittelt werden, vergütet werden. Die beiden Zuschläge werden kalenderjährlich ermittelt und anschließend unverzüglich ausbezahlt. Die Ausgaben für die ambulanten Schrittmacherimplantationen (E15-E21 und A15-A21) sind bei der Ermittlung der Krankenhauskosten zur Errechnung des Zuschlags Q2 (Krankenhausbonus) mit zu berücksichtigen.	Zuschlag <b>auf P1</b> bei Einsparungen gemäß Anhang 5 von mind. 5,0 %	<b>3 €</b>
Q3	Herzkatheter	Individueller Qualitätszuschlag auf E3a, E3b, A3a, A3b, E4a, E4b, A4a, A4b A5a, A5b, E5a und E5b gemäß Anhang 4	<b>60 €</b>
Q4	Qualifikation des FACHARZTES zur Erbringung der Leistung Stressecho gemäß EBM (vgl. Anhang 1)	Der Zuschlag wird automatisch auf P 1 aufgeschlagen, wenn der FACHARZT gemäß Anlage 1 (Teilnahmeerklärung) nachgewiesen hat, dass er über die entsprechende Ausstattung der Praxis verfügt und dass er die Qualifikation für die Erbringung der Leistung besitzt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal.	<b>5 €</b>
Q5	Qualifikation des FACHARZTES zur Erbringung der Spiroergometrie gemäß EBM (vgl. Anhang 1)	Der Zuschlag wird automatisch ab 10 abgerechneten E10 auf P1 gem. Abschnitt III Abs. II. aufgeschlagen.	<b>10 €</b>
Q6	Strukturzuschlag für EFA®	Der Zuschlag wird automatisch auf P1a, P1b, P1c oder P1d aufgeschlagen, wenn der FACHARZT gemäß Anhang 7 zu Anl. 12 nachgewiesen hat, dass er eine/n EFA® mit entsprechender Qualifikation beschäftigt. Der Zuschlag wird je EFA® in Abhängigkeit des Tätigkeitsumfangs wie folgt zugesetzt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 100%-Tätigkeit (wöchentl. Arbeitszeit mind. 38,5 Std.) bis zu 400 Zuschläge</li> <li>• 75%-Tätigkeit (wöchentl. Arbeitszeit mind. 28 Std.) bis zu 300 Zuschläge</li> <li>• 50%-Tätigkeit (wöchentl. Arbeitszeit mind. 19 Std.) bis zu 200 Zuschläge</li> </ul> Das Nähere ist abschließend in Anh. 7 zu Anl. 12 geregelt.	<b>5 €</b>



Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
<b>5. Auftragsleistungen</b>			
<p><b>Auftragsleistungen sind, soweit für die jeweilige Vergütungsposition in der Spalte „Vergütungsregeln“ nicht abweichend geregelt, pro Patient nur einmal im Quartal abrechenbar. Hiervon ausgenommen sind begründete Verschlechterungen und Nottfälle. Der FACHARZT kann nicht für denselben Versicherten im selben Quartal Auftragsleistungen und Einzelleistungen nebeneinander abrechnen. Die Abrechnung von Auftragsleistungen schließt die Abrechnung von P1 aus.</b></p>			
<p><b>Abrechenbar bei Vorliegen eines Zielauftrags eines anderen FACHARZTES, sofern der überweisende FACHARZT selbst nicht über die entsprechende Zulassung verfügt. Zielaufträge vom HAUSARZT sind nur für folgende Auftragsleistungen möglich: A12, A13, A14, A23 (Auswertung, Erbringung von Langzeit EKG, Belastungs EKG), sowie P2 (Angiologie).</b></p>			
A0	<p><b>Auftragsgrundpauschale</b>  Grundpauschale für die Erbringung von folgenden Auftragsleistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TEE (A1)</li> <li>- Schrittmacher Nachsorge (A2a)</li> <li>- Defi-System-Nachsorge (A2b)</li> <li>- CRT-System-Nachsorge (A2c)</li> <li>- Kardioversion (A8)</li> <li>- Spiroergometrie (A10)</li> <li>- Stressecho (A11)</li> <li>- Ergometrie (Belastungs- EKG) (A14)</li> <li>- Schrittmacherimplantation (1-Kammer) (A15)</li> <li>- Schrittmacherimplantation (2-Kammer) (A16)</li> <li>- Implantation Eventrekorder (A17 und A22)</li> <li>- Aggregatwechsel 1-Kammer-HSM (A18)</li> <li>- Aggregatwechsel 2-Kammer-HSM (A19)</li> <li>- Revision HSM ohne Aggregatwechsel (A20)</li> <li>- Explantation Eventrecorder (A21)</li> <li>- Angiologie als Auftragsleistung (P2)</li> <li>- Langzeitblutdruckmessung (A23)</li> </ul>	<p>Ist max. 1x pro Patient/Quartal abrechenbar, jedoch nicht neben</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P1</li> <li>- P1a-d</li> <li>- Z2</li> <li>- allen Einzelleistungen.</li> </ul>	<b>16 €</b>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
A1	<b>Transösophageale Echokardiographie (TEE)</b> Indikation und Durchführung analog zu E1	Qualifikationsgebunden	<b>60 €</b>
A2a	<b>Schrittmacher-Nachsorge (SM-Nachsorge)</b> Indikation und Durchführung analog zu E2 a	Qualifikationsgebunden Nicht abrechenbar neben A2b und A2c am selben Tag	<b>20 €</b>
A2b	<b>Defi-System Nachsorge</b> Indikation und Durchführung analog zu E2 b	Qualifikationsgebunden Nicht abrechenbar neben A2a und A2c am selben Tag	<b>40 €</b>
A2c	<b>CRT-System-Nachsorge</b> Indikation und Durchführung analog zu E2 c	Qualifikationsgebunden Nicht abrechenbar neben A2a und A2b am selben Tag	<b>50 €</b>
A3a	<b>Linksherzkatheter</b> Indikation und Durchführung analog zu E3a	Qualifikationsgebunden  Möglichkeit zur sofortigen Intervention muss gegeben sein.  Sonstige Vergütungsregelungen analog E3a  inkl. Sachkostenpauschale  Bei Verwendung eines Druckdrahtes kann zusätzlich die Vergütungsposition E7 abgerechnet werden. Ausschließliche Indikation für die Vergütung eines Druckdrahtes bei einer Katheteruntersuchung: Patienten mit Angina pectoris bei Fehlen eines objektiven nicht-invasiven Ischämienachweises (z.B. fehlendem Ischämienachweis in der Ergometrie). Für die Messung der FFR sollen Führungskatheter verwendet werden, um im Falle einer Komplikation sofort intervenieren zu können.	<b>641,50 €</b>
A3b	<b>Linksherzkatheter als Kontrolluntersuchung nach PCI</b> Indikation und Durchführung analog zu E3 b	Qualifikationsgebunden. Nur abrechenbar nach (d.h. ab Folgetag) A3a Sonstige Vergütungsregelungen analog E3b inkl. Sachkostenpauschale	<b>406,50 €</b>
A4a	<b>Perkutane Koronarintervention (PCI)</b> Ein-Gefäß PCI	Qualifikationsgebunden mehrmals im Quartal abrechenbar, aber nicht neben - A3a, im selben Quartal - A4b, A5a, A5b, A6 am selben Tag  inkl. Sachkosten, ohne DES und ohne Sonder-Devices	<b>2.060 €</b>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
<b>A4b</b>	<b>Perkutane Koronarintervention (PCI)</b> Ein-Gefäß PCI Mit 1 DES Stent	qualifikationsgebunden mehrmals im Quartal abrechenbar, aber nicht neben - A3a im selben Quartal - A4a A5a, A5b am selben Tag  inkl. Sachkosten, ohne Sonder-Devices	<b>2.760 €</b>
<b>A5a</b>	<b>Perkutane Koronarintervention (PCI)</b> Mehr-Gefäß PCI	qualifikationsgebunden mehrmals im Quartal abrechenbar, aber nicht neben - A3a im selben Quartal - A4a, A4b, A5b, A6 am selben Tag  inkl. Sachkosten, ohne DES und ohne Sonder-Devices	<b>2.750,20 €</b>
<b>A5b</b>	<b>Perkutane Koronarintervention (PCI)</b> Mehr-Gefäß PCI Mit 1 DES Stent	qualifikationsgebunden mehrmals im Quartal abrechenbar, aber nicht neben - A3a im selben Quartal - A4a, A4b, A5a am selben Tag inkl. Sachkosten, ohne Sonder-Devices	<b>3.450,20 €</b>
<b>A6</b>	<b>Honorarpauschale</b> Drug-Eluting-Stent (DES)	nur abrechenbar in Kombination (= am selben Tag) mit A4b oder A5b  inkl. Sachkosten für jeden weiteren DES Stent	<b>600 €</b>
<b>A7</b>	<b>Sonderdevices</b>	z.B. Druckdraht, Laserkatheter, Rotablator, IVUS, Protection-Devices, DEB  1x in Kombination mit A3a, A4a, A4b, A5a oder A5b am selben Tag  In Verbindung mit der E3a beinhaltet E7 alle für die Druckdrahtmessung notwendigen Materialien (insbesondere Draht, Führungskatheter, Adenosin).  Zur Überprüfung des Einsatzes eines Druckdrahtes i.V.m. der E3a setzen die Vertragspartner eine Qualitätskommission ein, die FACHÄRZTE nach Ablauf eines Jahres überprüfen kann, wenn diese mehr als 10 % der E3a in einem Kalenderjahr zusätzlich mit E7 abrechnen (Stichprobe). Bei Fehlen der Indikationsvoraussetzungen wird E7 zurückgefordert.	<b>900 €</b>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
		<p>Die Vertragspartner prüfen kontinuierlich die Relation zwischen E3a und E7 auch über alle FACHÄRZTE hinweg und entscheiden über die Notwendigkeit von Anpassungen im Beirat.</p> <p>Bitte Sachkostennachweise für die ersten vier Abrechnungsquartale des Vertrages einreichen!</p>	
<b>A8</b>	<p><b>Kardioversion</b> Indikation und Durchführung analog zu E8</p>	<p>Durchführung gemäß den aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften Überwachung nach Eingriff obligat max. 3x im Krankheitsfall sonstige Vergütungsregelungen analog E8</p>	<b>400 €</b>
<b>A9</b>	<p><b>Rechtsherzkatheter</b></p>	<p>inkl. Sachkosten</p>	<b>82€</b>
<b>A10</b>	<p><b>Spiroergometrie</b> Qualifikation des FACHARZTES zur Erbringung der Spiroergometrie gemäß EBM (vgl. Anhang 1) Indikation und Durchführung analog zu Q5</p>	<p>Durchführung gemäß den aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften</p>	<b>35 €</b>
<b>A11</b>	<p><b>Stressecho</b></p>	<p>qualifikationsgebunden</p>	<b>54 €</b>
<b>A15</b>	<p><b>Schrittmacherimplantation (1-Kammer)</b></p>	<p>qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben A16-A19, A22 und A24-A28 am selben Tag</p> <p>inkl. Sachkosten inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch A0 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.</p>	<b>3.900 €</b>
<b>A16</b>	<p><b>Schrittmacherimplantation (2-Kammer)</b></p>	<p>qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben A15, A17- A19, A22 und A24-A28 am selben Tag inkl. Sachkosten inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch A0 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.</p>	<b>4.400 €</b>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
<b>A17</b>	<b>Implantation Eventrekorder</b>	qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben A15, A16, A18-A22 und A24-A28 am selben Tag inkl. Sachkosten inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch A0 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.	<b>3.100 €</b>
<b>A18</b>	<b>Aggregatwechsel1-Kammer-HSM</b>	qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben A15-A17, A19, A21, A22 und A24-A28 am selben Tag inkl. Sachkosten inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch A0 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.	<b>2.300 €</b>
<b>A19</b>	<b>Aggregatwechsel2-Kammer-HSM</b>	qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben A15- A18, A21, A22 und A24-A28 am selben Tag inkl. Sachkosten inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch A0 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.	<b>3.000 €</b>
<b>A20</b>	<b>Revision HSM/ICD ohne Aggregatwechsel</b>	qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben A17, A21 und A22 am selben Tag inkl. Sachkosten inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch A0 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.	<b>1.900 €</b>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
A21	<b>Explantation Eventrecorder</b>	qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2) nicht abrechenbar neben A17-A20 und A24-A28 am selben Tag inkl. Sachkosten inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch A0 abgegolten) Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.	<b>1.600 €</b>
A22	<b>Implantation Reveal LINQ Eventrecorder</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2)</li> <li>• nicht abrechenbar neben A15-A20 und A24-A28 am selben Tag</li> <li>• Inkl. Sachkosten</li> <li>• Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten)</li> <li>• Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.</li> <li>• Nur abrechenbar, sofern mindestens eine der drei Indikationen R55, G45 oder I69 als gesicherte Diagnose vorliegt und zusätzlich eine Verdachtsdiagnose aus dem Bereich Herzrhythmusstörung kodiert wird. Im Anschluss an den Einsatz des Eventrekorders, spätestens 12 Monate nach der Implantation, ist die Verdachtsdiagnose der Herzrhythmusstörung entweder als gesichert oder als Ausschluss zu kodieren.</li> </ul>	<b>3.800 €</b>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
A24	<b>Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Neuimplantation 1-Kammer-ICD</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2)</li> <li>• nicht abrechenbar neben A15-A19, A21, A22 und A25-A28 am selben Tag</li> <li>• Inkl. Sachkosten</li> <li>• Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten)</li> <li>• Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.</li> <li>• Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).</li> </ul>	<b>8.500 €</b>
A25	<b>Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aggregatwechsel 1-Kammer-ICD</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2)</li> <li>• nicht abrechenbar neben A15-A19, A21, A22, A24 und A26-A28 am selben Tag</li> <li>• Inkl. Sachkosten</li> <li>• Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten)</li> <li>• Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.</li> <li>• Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).</li> </ul>	<b>7.000 €</b>

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
A26	<b>Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Neuimplantation 2-Kammer-ICD</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2)</li> <li>• nicht abrechenbar neben A15-A19, A21, A22, A24, A25, A27 und A28 am selben Tag</li> <li>• Inkl. Sachkosten</li> <li>• Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten)</li> <li>• Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.</li> <li>• Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).</li> </ul>	<b>9.500 €</b>
A27	<b>Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aggregatwechsel 2-Kammer-ICD</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2)</li> <li>• nicht abrechenbar neben A15-A19, A21, A22, A24-A26 und A28 am selben Tag</li> <li>• Inkl. Sachkosten</li> <li>• Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten)</li> <li>• Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.</li> <li>• Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).</li> </ul>	<b>8.000 €</b>



Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
A28	<b>Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aggregatwechsel 3-Kammer-ICD</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• qualifikationsgebunden (Anhang 2 zur Anlage 2)</li> <li>• nicht abrechenbar neben A15-A19, A21, A22, A24-A27 am selben Tag</li> <li>• Inkl. Sachkosten</li> <li>• Inkl. prä- und postoperative sowie anästhesiologische Leistungen (durch P1 abgegolten)</li> <li>• Ambulante OP- Ziffern (Kap. 31) können am selben Tag neben dieser Ziffer bei 73c-Patienten nicht über die KV abgerechnet werden.</li> <li>• Nur abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 9 zur Anlage 12).</li> </ul>	<b>8.700 €</b>
A30	<b>Magnetresonanztomographie des Herzens in Ruhe (Kardio-MRT – Ruhe)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• qualifikationsgebunden (Anhang 3 zur Anlage 2)</li> <li>• Nur abrechenbar bei Indikationen gemäß Anhang 3 zur Anlage 2</li> <li>• Durchführung und Umsetzung gemäß Anhang 3 zur Anlage 2</li> <li>• nicht abrechenbar neben A31 am selben Tag</li> <li>• je Untersuchung abrechenbar</li> <li>• Inkl. Material- und Sachkosten und ärztliche Leistung</li> </ul>	<b>618,00 €</b>
A31	<b>Magnetresonanztomographie des Herzens mit Stress - Perfusion (Kardio-MRT – Stress)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• qualifikationsgebunden (Anhang 3 zur Anlage 2)</li> <li>• Nur abrechenbar bei Indikationen gemäß Anhang 3 zur Anlage 2</li> <li>• Durchführung und Umsetzung gemäß Anhang 3 zur Anlage 2</li> <li>• nicht abrechenbar neben A30 am selben Tag</li> <li>• je Untersuchung abrechenbar</li> <li>• Inkl. Material- und Sachkosten und ärztliche Leistung</li> </ul>	<b>702,00 €</b>
<b>Zielauftrag auch vom HAUSARZT möglich:</b>			
A12	<b>Erbringung Langzeit EKG</b>		<b>12,50 €</b>
A13	<b>Auswertung Langzeit EKG</b>		<b>12,50 €</b>
A14	<b>Ergometrie (Belastungs-EKG)</b>		<b>12,50 €</b>

<b>A23</b>	<b>Langzeitblutdruckmessung</b>		<b>12,50 €</b>
<b>6. Vertretungsleistungen</b>			
<b>V1</b>	Vertretungspauschale	Neben V1 sind bei Vorliegen der Voraussetzungen alle gesondert abrechenbaren Einzelleistungen, die Zusatzpauschalen zu P1 und die Zuschläge Z1a-c abrechenbar	<b>17,50 €</b>